

ANÁLISE DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA A PARTIR DE ÓBITOS INFANTIS

Maria Lair Ponte Vasconcelos¹

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto²

Adriana Gomes Nogueira Ferreira³

Resumo – O modelo político-organizativo do setor saúde no Brasil apresentou mudanças significativas a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). A integralidade, princípio doutrinário do SUS, tem sido um eixo norteador para garantir a qualidade da atenção à saúde, quando colocada em prática, como na atenção à saúde da criança. Na Estratégia Saúde da Família (ESF), o cuidado à criança é um descritor importante para avaliar a qualidade da atenção e, conseqüentemente, o princípio da integralidade, principalmente quando ocorrem óbitos infantis. Este estudo foi realizado no município de Viçosa do Ceará e objetiva analisar a integralidade da atenção à saúde em óbitos de crianças menores de um ano, a partir da percepção das mães. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, baseada em estudo de caso. As informações foram obtidas a partir de um formulário e de uma entrevista semiestruturada. Os resultados foram sistematizados a partir do fluxograma analisador proposto por Merhy. Os resultados revelam que a integralidade da atenção está distante das práticas assistenciais vividas pela população brasileira, sendo necessário buscar novos mecanismos que superem as dificuldades inerentes à nossa realidade, por meio de um melhor planejamento, organização e avaliação dos serviços de saúde por parte dos gestores.

Palavras-chave: Integralidade. Mortalidade Infantil. Organização do serviço.

¹ Enfermeira da Estratégia Saúde da Família do município de Viçosa do Ceará. Especialista em Saúde da Família.

² Enfermeiro Sanitarista, mestre em Saúde Pública, doutor em Ciências. Docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Vale do Acaraú (UVA) e do Mestrado Profissional em Saúde da Família UVA/FIOCRUZ/RENASF. E-mail: rosemironeto@gmail.com.

³ Enfermeira Obstetra, mestra e doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Maranhão (UFMA).

1 INTRODUÇÃO

A integralidade é uma das diretrizes básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), instituída pela Constituição Federal de 1988, e seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde (CAMPOS, 2003). Para Kantorski *et al.* (2006), a integralidade consiste num conceito polissêmico, guardando uma dimensão plural, ética e democrática, que se revela em diferentes saberes e práticas operados no cotidiano de trabalho e vivência dos sujeitos – educadores, trabalhadores da saúde, usuários e gestores –, e se expressa de forma particular e própria em diferentes contextos.

Quanto aos sentidos da integralidade, Kell (2007) descreve pelo menos três grandes conjuntos que merecem ser refletidos: o primeiro se aplica às práticas dos profissionais da saúde, o segundo se refere aos aspectos de organização dos serviços de saúde e o terceiro é voltado às respostas governamentais aos problemas de saúde.

O conceito de integralidade prevê que sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção de fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação, de forma articulada, segundo a dinâmica do processo saúde-doença, e que a intervenção deve ocorrer nos âmbitos individual e coletivo, conforme o estágio em que se encontra determinado agravo, de modo articulado e integrado, em todos os espaços organizacionais do sistema de saúde (CAMPOS, 2003).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o princípio da integralidade deve considerar o sujeito como um todo, atendendo todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações que incluem desde a promoção da saúde até o processo de reabilitação, ao mesmo tempo que pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, como forma de assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos sujeitos.

Segundo Mattos (2004), dentre os princípios e diretrizes do SUS, talvez o da integralidade seja o menos visível na trajetória do sistema de saúde e sua práxis, e não adquiriu a generalização e visibilidade que se almeja, ao contrário da descentralização e controle social,

que já assumiram mudanças evidentes no cotidiano da atenção. Para autores como Ximenes Neto e Cunha (2006, p. 1), o princípio da integralidade “está distante das práticas assistenciais – com uma atenção fragmentada, sem continuidade, e gerencial – tanto na gestão clínica, como da atenção, ficando também longe da pesquisa e do ensino”.

Na organização da atenção à saúde no SUS, em especial na Estratégia Saúde da Família (ESF), o cuidado à criança tem sido um descritor importantíssimo para avaliação e análise da qualidade da atenção e, conseqüentemente, do princípio da integralidade, principalmente quando da ocorrência de óbitos infantis.

A mortalidade infantil tem sido frequentemente apontada como um sensível indicador da qualidade de vida de uma determinada população. A infância representa, de fato, uma fase particularmente vulnerável da vida, quando os determinantes biológicos do óbito estão fortemente atrelados às condições externas, sejam socioeconômicas e ambientais, como moradia, alimentação, saneamento, higiene e relações familiares, sejam referentes à disponibilidade de serviços de saúde (CALDEIRA, 2001).

No caso do Brasil, a Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) vem declinando nos últimos anos, apresentando em 2004 uma TMI de 22,5/1000 Nascidos Vivos (NV) o que representa uma redução de 15,9% entre 2000 e 2004 (BRASIL, 2007). No entanto, a mortalidade infantil no país ainda é elevada, principalmente quando comparada a determinado grupo de países que já possuíam TMI abaixo de 15/1000 NV desde a década de 1980 (HOLCMAN *et al.*, 2004). Dentro do território brasileiro, as grandes regiões apresentam diferentes níveis de mortalidade, desde 12,9/1000 NV na região Sul, até índices de 28,7/1000 NV no Nordeste, chegando a 41,2/1000 NV em Alagoas no ano de 2007 (RIPSA, 2009).

Mesmo sabendo que 50% das mortes de crianças brasileiras com menos de um ano aconteçam por causas perinatais, relacionadas ao parto e pós-parto, segundo o Ministério da Saúde do Brasil, em 1998, 11,9% dos óbitos ainda ocorreram por causas mal definidas, incitando-nos a avaliar a qualidade dos serviços materno-infantis oferecidos pelo Estado (UNICEF, 2001).

A mortalidade infantil traz consigo uma sobrecarga de valores atrelados ao que nos remete a questionar: o direito à vida e à saúde da criança está se fazendo cumprir? É diante deste questionamento que se procura compreender a integralidade da atenção a partir dos óbitos infantis, com o intuito de se evidenciar o modo de organização do sistema de saúde voltado para a articulação e integração das ações em todos os espaços institucionais, visto ser a mortalidade infantil motivo de angústia, sequelas emocionais e preocupação a todos que a vivenciam, sejam gestores, familiares ou sociedade como um todo.

Assim, o presente estudo objetiva analisar a integralidade da atenção à saúde, com base em óbitos de crianças menores de um ano, a partir da percepção das mães.

2 SUJEITOS E MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, baseada em estudo de caso, realizada em Viçosa do Ceará, no ano de 2008.

O estudo de caso, segundo Yin (2003, p. 32), é uma investigação empírica que busca analisar um “fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, especialmente quando “[...] os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. O autor ainda cita que o estudo de caso como estratégia de pesquisa é utilizado numa variedade de situações, nas quais se incluem “Política, Ciência Política e pesquisa em Administração Pública; Sociologia e Psicologia comunitária; estudos organizacionais e gerenciais; pesquisa de planejamento regional e municipal, como estudos de plantas, bairros ou instituições públicas” (YIN, 2003, p. 19).

O município de Viçosa do Ceará está situado na Serra da Ibiapaba, na região noroeste do estado do Ceará, a uma altitude de 685 m, distando 295 km em linha reta da capital, Fortaleza. Apresenta uma unidade territorial de 1.312 km² e uma população estimada em 52.368 habitantes, de acordo com o censo demográfico (IBGE, 2007). Viçosa dispõe de 12 equipes da ESF, um hospital e maternida-

de municipal, um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Polo de Atendimento à Criança e ao Adolescente (PACAD). Oferece ainda atendimento especializado em gineco-obstetrícia, clínica médica, pediatria, traumatologia e neurologia.

Durante o período de janeiro a junho de 2007, no referido município foram registrados dez óbitos de crianças menores de um ano. No entanto, os sujeitos do estudo são quatro mães que presenciaram a morte de seus filhos; essas mães foram identificadas e aceitaram participar da pesquisa, após terem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Não foi possível localizar as demais, levando-se em consideração o espaço geográfico, pois se trata de comunidades distantes e de difícil acesso às residências, tendo em vista que as estradas encontravam-se danificadas por consequência das fortes chuvas, e as casas se localizavam em áreas de ladeiras bastante íngremes.

Os instrumentos utilizados para a obtenção das informações foram um formulário para com informações acerca do perfil sociodemográfico das mães e uma entrevista semiestruturada que buscou informações acerca do processo de cuidar de seu filho, do início da doença/agravo até o óbito. A coleta das informações, tanto do formulário, quanto da entrevista, ocorreu no lar, realizada pelo enfermeiro do respectivo território da ESF em que residia a mãe. A entrevista, com a permissão dos sujeitos, foi gravada em fita cassete.

A entrevista semiestruturada, de acordo com Tobar e Yalour (2001, p. 101), se baseia em um guia de entrevistas contendo perguntas ou temas a serem abordados em seu decurso. O ordenamento das perguntas e a redação podem variar para cada entrevistado. Neste tipo de pesquisa, o “pesquisador pode encontrar e seguir pistas e novos temas que surgem no curso da entrevista, mas o guia é um conjunto de instruções claras às principais perguntas a serem feitas ou aos temas a serem explorados”. Foram utilizadas também outras fontes secundárias – prontuários, inquéritos de óbitos, fichas etc. – ou outros sujeitos, a exemplo dos profissionais de saúde que assistiram as

crianças, que foram consultados para esclarecimento de fatos e informações complementares.

As informações foram sistematizadas a partir de um histórico de cada caso e estão analisadas utilizando-se o “fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde” proposto por Merhy (1997). O fluxograma analisador é um “[...] diagrama muito usado por diferentes campos de conhecimentos, com a perspectiva de ‘desenhar’ [um] certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalho, que se vinculam entre si em torno de [uma] certa cadeia de produção” (MERHY, 1997, p. 73). No fluxograma alguns símbolos são utilizados para a construção do diagrama: a elipse – o começo e o fim da cadeia produtiva; o retângulo – etapas importantes da cadeia produtiva, nas quais se realizam consumo de recursos e produção de produtos bem definidos, e o losango – momentos de decisão a serem seguidos durante a cadeia produtiva. O fluxograma, segundo Franco (2006, p. 165), “permite um olhar agudo sobre os fluxos existentes no momento da produção da assistência à saúde e permite a detecção de seus problemas”.

Pesquisa realizada por Barboza e Fracolli (2005) com equipes da ESF, utilizando o fluxograma analisador, permitiu capturar a estrutura do processo de trabalho desenvolvido, com suas lógicas, saberes e práticas predominantes, além da visualização das práticas, oferecendo oportunidade de mudá-las, caso necessário e em havendo abertura para tal. O trabalho em saúde, segundo as autoras, “[...] por estar sempre em estruturação, dentro de um quadro incerto sobre o que é o padrão de seu produto final, necessita de estratégias organizacionais competentes para “capturar” o autogoverno dos trabalhadores, no sentido de torná-lo capaz de viabilizar o SUS” (BARBOZA; FRACOLLI, 2005, p. 1043).

Este estudo respeitou os princípios da pesquisa que envolve seres humanos, de acordo com a Resolução N° 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde. Para isto, o protocolo da pesquisa foi enviado à Secretaria da Saúde e Ação Social de Viçosa do Ceará para obter

liberação para sua realização e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Perfil das mães

A descrição do perfil das mães fez-se necessária nesta pesquisa, para um melhor conhecimento das cuidadoras das crianças que foram a óbito. A seguir o perfil das mães:

Mãe 1 – 26 anos, solteira, residente na zona rural. É mãe de dois filhos vivos, analfabeta e trabalha como agricultora, com uma renda mensal inferior a um salário mínimo. É portadora de distúrbio mental - esquizofrenia e retardo mental, e faz acompanhamento no CAPS.

Mãe 2 – 42 anos, com companheiro fixo, reside na zona rural. Tem formação universitária e é professora, com renda mensal de um salário mínimo. Mãe de dois filhos.

Mãe 3 – 21 anos, com companheiro fixo, analfabeta, mesmo tendo cursado três anos de estudo. Mãe de um filho vivo. Trabalha como agricultora, mora na zona rural e tem renda familiar inferior a um salário mínimo.

Mãe 4 – 33 anos, solteira, mãe de três filhos vivos, analfabeta, mesmo tendo cursado três anos de estudo, trabalha como agricultora, com renda familiar inferior a um salário mínimo. Mora na zona rural.

As condições de vida que envolvem a criança e o perfil de sua cuidadora têm papel muito importante para determinar seu processo de cuidar. Para Novaes *et al.* (2002), algumas condições sociais são apontadas como desfavoráveis no processo de cuidar da criança, como renda familiar menor que dois salários mínimos, baixo grau de escola-

ridade materna – analfabetismo ou analfabetismo funcional, com menos de três anos de escolaridade. Os autores acrescentam ainda que o cuidado inadequado das crianças está associado ao fator de risco comportamental.

A renda apresentada no perfil das mães é semelhante à renda da maioria das famílias brasileiras, que é o de baixa renda, ou seja, abaixo da linha de pobreza. Elas não dispõem de recursos que possam promover melhores condições de vida a suas famílias.

A renda familiar é uma variável associada à sobrevivência infantil, estando diretamente relacionada com o acesso a bens e serviços que influem na manutenção da saúde das crianças e no processo de cuidar destas. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância – UNICEF (2006) –, boa parte dos problemas está relacionada à baixa renda da população brasileira. Considerada a população como um todo, 33,5% das famílias vive em situação de pobreza, ou seja, com renda *per capita* igual ou inferior a meio salário mínimo mensal. Quando considerados aqueles lares com crianças, a situação é mais grave, e o índice de pobreza alcança 45%. Tal situação se agrava no semiárido nordestino, devido às precárias condições sociais e econômicas a que estão submetidas as famílias de baixa renda.

Observando o fator escolaridade, uma mãe concluiu o ensino universitário, enquanto as demais são analfabetas. A instrução e a formação educacional da mãe funciona como um elemento decisivo para uma percepção mais efetiva acerca da necessidade dos cuidados de higiene e alimentação para as crianças, bem como para recorrer aos serviços de saúde em geral, quando necessário.

O grau de instrução das mulheres é um aspecto de grande impacto sobre a mortalidade de crianças. Diferentes estudos comprovam que quanto maior o número de anos de estudo da mãe, mais chances ela tem de evitar a morte de seu filho nos primeiros cinco anos de vida (UNICEF, 2006).

A educação da mãe é uma das principais variáveis socioeconômicas que originam impactos nos índices de mortalidade infantil. Existe uma relação inversa entre o nível de educação da mãe e a mortalida-

de infantil, ou seja, à medida que aumenta a escolaridade materna, diminui de maneira significativa a mortalidade de menores de um ano.

Pode-se observar que as mães desse estudo, em sua maioria, apresentam fatores como baixa renda e baixo grau de escolaridade, que são considerados desfavoráveis para o desenvolvimento infantil. Além desses fatores, duas dessas mães são solteiras, uma apresenta idade maior que 35 anos e outra apresenta doença mental, comprometendo a segurança de um cuidado eficaz e adequado.

Estudos apontam que a idade materna avançada, 35 anos ou mais, eleva o risco de óbito neonatal, decorrente do maior risco de anormalidades cromossômicas nesta faixa etária, dentre outros fatores (PEREIRA, 2006).

3.2 Apresentação dos casos

Caso 1:

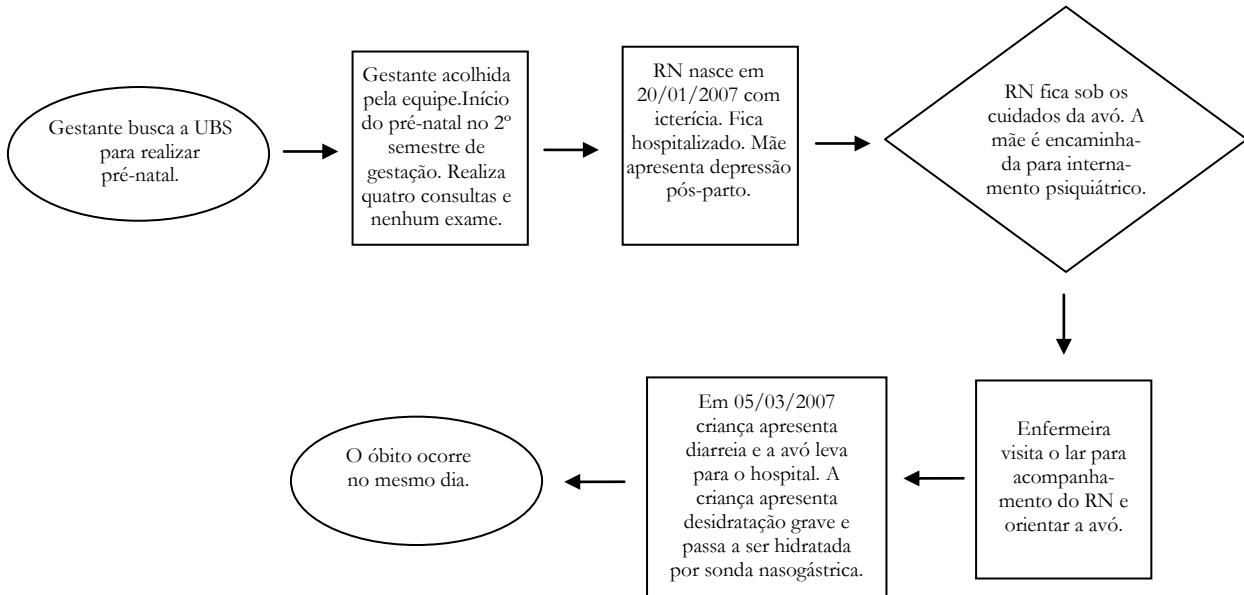
Criança do sexo masculino, nasceu de parto cesariano no dia 29 de janeiro de 2007, pesando 3.100g. A mãe iniciou pré-natal no segundo trimestre gestacional, realizando quatro consultas e nenhum exame laboratorial ou por imagem de rotina do pré-natal.

Ao nascer, o recém-nascido (RN) apresentou icterícia, ficando hospitalizado por dez dias no hospital municipal com sua mãe, que apresentou depressão pós-parto. Após a alta, a criança ficou aos cuidados da avó, até a alta da mãe, que foi encaminhada para internamento psiquiátrico no município de referência.

O RN passou a ser alimentado artificialmente com leite em pó, chá e água. Em visita ao lar, a enfermeira da área orientou quanto aos cuidados de higiene, alimentação e vacinação. No dia 5 de março, a criança apresentou diarreia e foi levada ao hospital por sua mãe e avó. Segundo avó, “a criança fazia cocô normal e todo dia”, até esse momento. O mesmo deu entrada no hospital com quadro de desidratação, hipoativo, hipocorado, não respondendo aos estímulos. Foi passada sonda nasogástrica, não sendo possível puncionar veia periférica. O óbito aconteceu no mesmo dia por sepse e falência múltipla de órgãos, com 35 dias de vida.

Ciências da Saúde/Enfermagem

Caso 1



Observa-se que a entrada da gestante no sistema de serviços de saúde deu-se a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS), com o início tardio do pré-natal. Após o nascimento, o RN recebe assistência hospitalar especial, visto que se encontra icterico, e sua mãe foi encaminhada ao psiquiatra para tratamento de depressão pós-parto. Em seguida, a criança e sua cuidadora receberam a visita da enfermeira da ESF no lar, momento em que foram repassadas orientações sobre os cuidados com o bebê e a avaliação clínica deste.

Neste processo de organização das ações e serviços de saúde, pode-se identificar, até esse ponto, que a integralidade da atenção foi contemplada, visto que houve uma integração nos três níveis de atenção – primária, secundária e terciária. O princípio da integralidade consiste no direito que os sujeitos têm de ser atendidas no conjunto de suas necessidades, e no dever que o Estado tem de oferecer serviços de saúde organizados para atender a estas necessidades de forma integral (PRADO; FUJIMORI; CIANCIARULLO, 2007). Assim, o SUS deve atender às necessidades do cliente, oferecendo garantia de acesso e a resolução do problema em todos os níveis do sistema de saúde.

Em 5 de março, a criança apresenta quadro diarréico, procura assistência médica hospitalar já desidratada, e vem a óbito no mesmo dia. Pelas características apresentadas pela criança ao ser internada, percebe-se que a cuidadora demorou a procurar assistência, dificultando o restabelecimento do quadro da criança, pois a mesma já se encontrava com desidratação. Considerando a visita ao lar uma das funções do agente comunitário de saúde (ACS), questiona-se a ausência desta prática no caso apresentado, principalmente considerando que é rotina no município o ACS realizar duas visitas semanais às crianças menores de seis meses, em virtude do Programa Criança Viçosa.

Desta forma observa-se que houve fragmentação da atenção, não apresentando um acompanhamento integral, quando o papel do ACS é realizar a mediação entre o usuário e a unidade, pois em suas visitas cabe a ele identificar as necessidades deste e encaminhá-lo ao atendimento, uma vez que a condição inicial para que se desencadeie uma atenção integral ou não é a inserção do sujeito no sistema. Portanto, o acesso é condição para que ocorra a integralidade, porém por

Ciências da Saúde/Enfermagem

si só não é garantia de cuidados integrais (PRADO; FUJIMORI; CI-ANCIARULLO, 2007).

No caso apresentado a criança deveria receber uma “atenção especial” e um acompanhamento contínuo por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS)/ESF, que deveria identificar a família como mantenedora de cuidados intensivos, por ser a principal cuidadora à criança de risco, pois a referida criança não estava em aleitamento materno, mãe era portadora de distúrbio mental e não apresentava condições para prestar um cuidado adequado.

Caso 2

Criança do sexo feminino, nasceu no dia 12 de agosto de 2006, parto normal, pesando 2.260 g, PC = 30cm, PT = 29cm e APGAR: 7 no 1º minuto e 8 no 5º minuto. Portadora de síndrome de *Down*. Sua mãe iniciou o pré-natal no primeiro trimestre gestacional, realizando um total de oito consultas e todos os exames laboratoriais e por imagem.

A gestação não apresentou intercorrências, evoluindo para parto vaginal com 38 semanas. Ao nascer, a criança foi acompanhada em consultas de puericultura na sua UBS e mensalmente pela pediatra do município, que em uma das consultas diagnosticou sopro sistólico +++/4, sendo a criança encaminhada ao serviço de cardiologia do município de referência e posteriormente à capital. Durante o atendimento foi realizado um ECO e administrados 20mg de furosemida. Com cirurgia remarcada diversas vezes, sendo o último agendamento para seis de julho de 2007.

No dia cinco de abril de 2007 a criança teve episódio de vômito, e foi levada ao hospital municipal, sendo medicada e liberada. Chegando em casa, não apresentou melhora do quadro clínico. Ficou irritada, permaneceu com quadro de vômito e passou a evacuar (2 episódios) durante a noite, ficando hipoativa. No dia seguinte, retornou ao hospital, onde ficou internada com diagnóstico de pneumonia, confirmada por raios X. A mesma não apresentava tosse e/ou dispnéia. Aproximadamente às 11h apresentou um único episódio de evacuação

aquosa, e foi a óbito às 12h45min com diagnóstico de septicemia, pneumonia, enteroinfecção, comunicação intraventricular (CIV) e Síndrome de Down. Tinha sete meses de vida.

OBS: Em reunião da Comissão de Mortalidade Infantil, realizada em 16 de maio de 2007, em relato da pediatra que acompanhava a criança, a causa básica da morte foi pneumonia, e uma única evacuação aquosa não caracteriza enteroinfecção.

No caso 2 percebe-se a fragmentação da atenção quando a criança foi atendida e liberada do hospital, e no dia seguinte foi a óbito. Percebe-se que não foram identificadas as suas necessidades, descaracterizando assim, a atenção integral da assistência prestada.

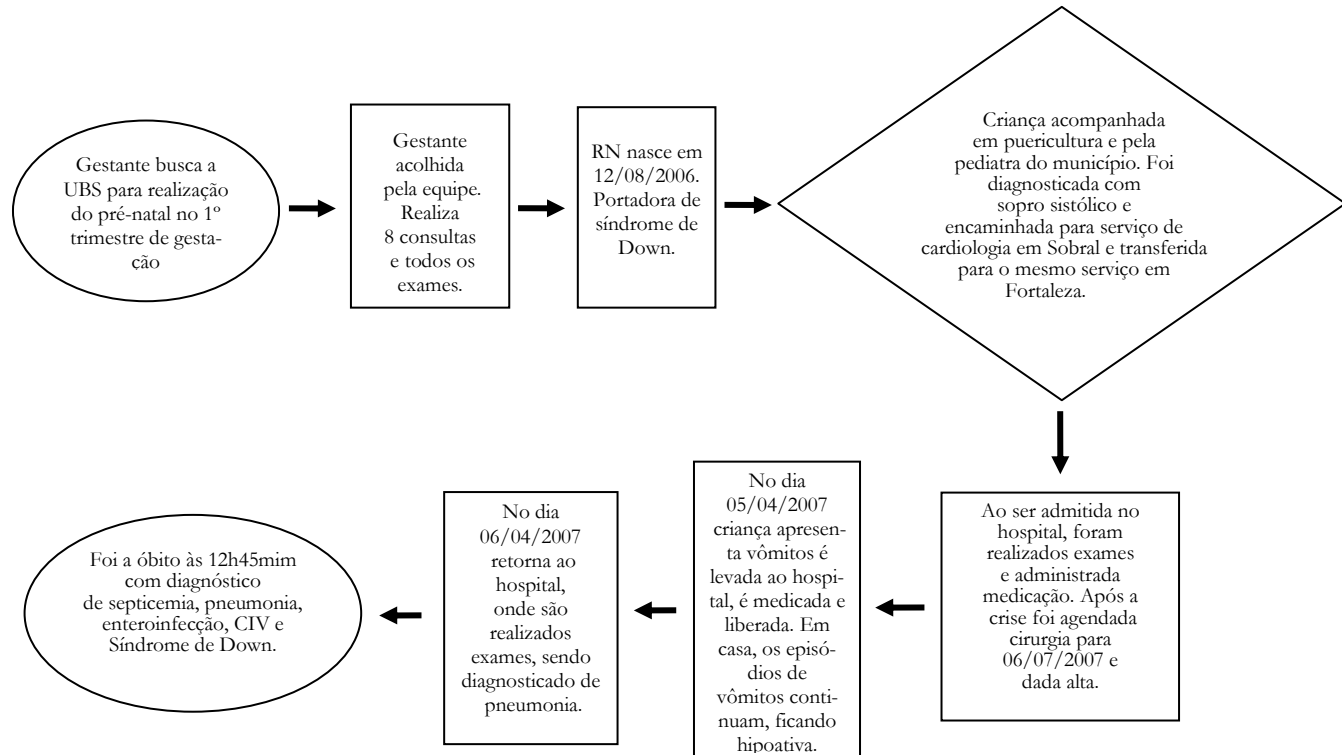
Para Mattos (2004), o princípio da integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro.

É importante ressaltar que ter acesso aos serviços de saúde, não é condição única nem garantia para que haja uma atenção que contemple as necessidades do processo de adoecimento, e lhe garantam um atendimento de qualidade. É preciso uma qualificação técnica e humana dos profissionais que atuam no sistema de saúde, e transmitam confiança e segurança para aqueles que buscam ajuda.

Caso 3

Criança do sexo feminino, nasceu de parto normal e domiciliar no dia 21 de fevereiro de 2007, pesando 3.250g. Sua mãe realizou sete consultas de pré-natal, evoluindo bem durante a gestação, sem apresentar nenhuma intercorrência. Idade gestacional entre 37-41 semanas e logo após o parto foram levadas ao hospital municipal, sendo avaliadas pelo médico plantonista; o RN recebeu avaliação pediátrica. Ficou de observação durante algumas horas e foram liberados no dia seguinte.

Caso 2



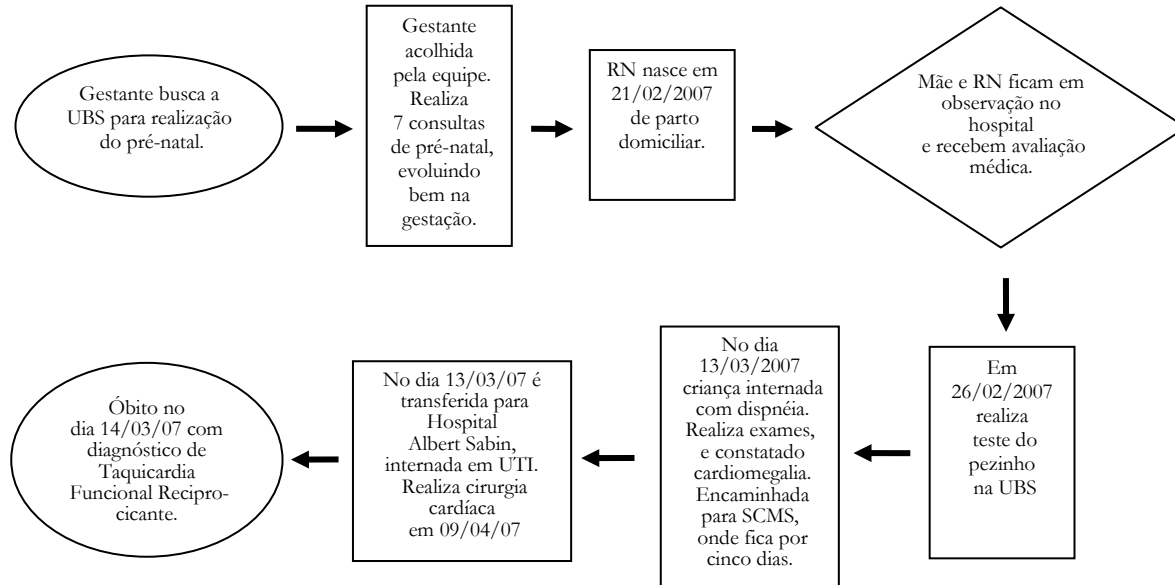
No dia 26 de fevereiro de 2007, mãe e filha foram à Unidade Básica de Saúde da Família (UBS) da sua área, para realização do teste do pezinho. Durante consulta de enfermagem, constatou-se que a criança estava em aleitamento materno exclusivo, e apresentava pele rosada e hidratada. Mãe não relatou queixa durante a consulta. Durante sua permanência em casa, mãe referiu em entrevista que a criança era “espantada”.

No dia 11 de março do mesmo ano, a criança apresentou cansaço, icterícia e taquicardia, porém a mãe não procurou assistência médica. Durante visita da agente comunitária de saúde, dois dias depois de ter se iniciado esse quadro clínico, a mesma encontrou a criança bastante dispneica e encaminhou-a para o hospital, onde foi realizado exame de raios X e constatado coração “crescido”. No mesmo dia foi referenciada para hospital de referência, onde ficou internada por cinco dias. A criança ficou aguardando vaga em Fortaleza, e durante sua permanência foram realizados vários exames, segundo a mãe, que não sabe relatar quais foram.

Em 18 de março foi encaminhada para um hospital de referência estadual para atenção à criança. Era alimentada por sonda nasogástrica e ficou internada em Unidade de Terapia Intensiva. A mesma foi submetida a uma cirurgia cardíaca no dia 9 de abril, quando tinha um mês e quinze dias de vida, indo a óbito no primeiro dia do pós-operatório (10/04/2007), às 6h, com diagnóstico de taquicardia funcional. A mãe relatou que antes e depois da cirurgia, sempre havia profissionais de saúde perto da sua filha.

Ao observar o processo de organização das ações e serviços de saúde, pode-se constatar a integração dos pontos de atenção à saúde. Percebe-se que houve a identificação do problema, tanto na APS, quanto na atenção terciária, sendo a criança inicialmente encaminhada para unidade de referência local, e posteriormente à unidade de referência estadual, recebendo tratamento indicado, porém o desfecho do caso não foi satisfatório e a criança não resistiu ao procedimento.

Caso 3



A integralidade incorpora o debate sobre a forma de programar a oferta de serviços, exigindo uma articulação entre os vários profissionais que compõem a equipe de saúde e entre os distintos níveis de hierarquização tecnológica da assistência (PRADO; FUJIMORI; CIANCIARULLO, 2007).

Durante os dias percorridos pela cliente no sistema de saúde, percebe-se que a mesma obteve acesso aos serviços, teve suas necessidades identificadas e atendidas; portanto, o princípio da integralidade foi contemplado, embora não tenha obtida a resolubilidade do agravo, por se tratar de um procedimento invasivo, e a baixa resistência do usuário afeta seu processo de reabilitação.

Caso 4

M.S.S.C. iniciou o pré-natal tardiamente e realizou de 1 a 3 consultas. Era resistente às orientações fornecidas, não realizando exames de rotina e não fazendo uso de suplementos vitamínicos. No dia 7 de junho de 2007 começou a sentir contrações pela manhã, porém se negou a comunicar à enfermeira de sua UBSF. No período da tarde, a enfermeira foi comunicada e durante visita domiciliar encaminhou-a ao hospital.

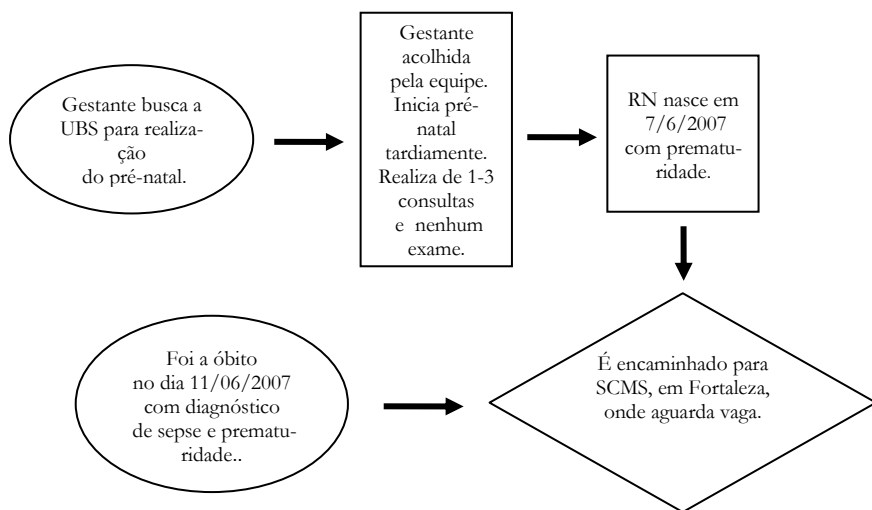
Teve parto normal, com IG de 32 a 36 semanas, um feto prematuro, pesando 2.100 g, do sexo masculino. Foi encaminhado imediatamente para hospital de referência macrorregional, onde ficou internado por quatro dias, aguardando vaga em Fortaleza. Durante a permanência em Sobral, a mãe ameaçou fugir do hospital algumas vezes. A criança era alimentada por sonda, mas não era oferecido o leite materno. Foi a óbito nesta unidade hospitalar no dia 11/06/2007, às 7h15min, por sepse e prematuridade, com quatro dias de vida.

Verifica-se inicialmente que a detecção para realização do pré-natal foi tardia, na quantidade de consultas realizadas e na ausência de exames bioquímicos e de imagem que auxiliam no acompanhamento a gestante. Porém é válido ressaltar que as orientações foram fornecidas e os exames foram solicitados, mas trata-se de uma cliente resistente e que não seguia as orientações colocadas. Percebe-se que após

Ciências da Saúde/Enfermagem

o nascimento a criança foi encaminhada imediatamente ao hospital de referência local, de onde precisaria novamente ser encaminhada à unidade hospitalar de referência, porém não havia vaga.

Caso 4



Conforme já citado, a integralidade prevê que as necessidades dos sujeitos sejam identificadas e atendidas, sendo dever do Estado garantir e oferecer serviços de saúde organizados que possam atender essas necessidades. Entretanto a fragmentação e a falta de acesso à atenção terciária à saúde dificultam o tratamento adequado, e desta forma compromete a integralidade da atenção.

Diante do exposto, se faz necessário aperfeiçoar a atenção terciária e implantar mais unidades de terapia intensiva, ofertar mais vagas e leitos destinados ao cuidado da criança, de acordo com a realidade brasileira, além de organizar uma APS com eficiência e resolutividade, pois esta envolve o primeiro contato com o SUS. Assim, a legalidade do acesso universal e igualitário à saúde, previsto na Cons-

tuição Federal, muitas vezes não se caracteriza como um direito assegurado de modo efetivo legalmente.

Desta forma observa-se que, dos quatro casos apresentados, apenas em um, o Caso 3, evidenciam-se ações que corroboram a efetivação da integralidade, porém este não alterou o desfecho de óbito, pela complexidade que apresentava.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise realizada, utilizando a ferramenta do “Fluxograma Analisador do Modelo de Atenção de um Serviço de Saúde”, conseguiu-se identificar no processo de trabalho que, dos quatro casos avaliados, três não tiveram a garantia do referido princípio. Este também nos revela o percurso enfrentado pelo usuário no sistema de saúde na tentativa de obter o restabelecimento de sua saúde.

De um modo geral, confirma-se nesse estudo que a integralidade da atenção está distante das práticas assistenciais. Trata-se de um sistema de saúde que, enquanto aparato jurídico-legal, é sem dúvida um dos mais avançados do mundo, porém quando se contextualizam as dimensões sociais, surgem debilidades de diversas ordens, que necessitam ser corrigidas, seja por meio da ampliação da acessibilidade com acesso, na melhoria do financiamento sanitário e qualificação de toda a rede de atenção à saúde.

Portanto, avançar na consolidação do SUS implica a busca de novos mecanismos que possibilitem a superação de dificuldades inerentes à realidade social, por meio de um melhor planejamento, organização e avaliação dos serviços de saúde por parte dos gestores e profissionais da saúde, a fim de assegurar/garantir a efetivação dos princípios do SUS aos seus usuários.

Ciências da Saúde/Enfermagem

ANALYSIS OF INTEGRALITY OF CHILDREN'S HEALTH CARE FROM INFANT DEATHS

Abstract – The political and organizational model of the Health Sector in Brazil showed significant changes from the 8th National Health Conference, with the implementation of the Unified Health System (SUS). Integrality, principle of SUS has been a guiding to ensure the quality of health care, when put into practice, as the health care of the child. In the Family Health Strategy (FHS), the child care is an important variable to evaluate the quality of care and, consequently, the principle of integrality, especially when infant deaths occur. This study was conducted in Viçosa do Ceará and aimed to analyze integrality of health care in deaths of children under one year, from the perception of mothers. This is an exploratory-descriptive study with a qualitative approach, based on a case study. The information was obtained from a questionnaire in a semi-structured interview. The results were summarized from the flowchart proposed by Merby. The results show that integrality of care is distant from social practices experienced by the Brazilian population, the necessity to seek new mechanisms to overcome the difficulties inherent in our reality, through better planning, organization and evaluation of health services by managers.

Keywords: Integrality in Health. Infant Mortality. Health Services Administration.

REFERÊNCIAS

REDE INTERAGENCIONAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE-RIPSA. **Indicadores e dados básicos para a saúde – IDB 2009 Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2009.

XIMENES NETO, F.R.G.; CUNHA, I.C.K.O. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. **Texto Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 427-33, jul-set. 2006.

Yin RK. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. Tradução: Daniel Grassi. 2. ed. 1. reimp. Porto Alegre: Bookman, 2003.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde:** conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas. Tradução: Maria Ângela Cançado. 1. reimp. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.

PEREIRA, A.P.E. **Mortalidade infantil em uma amostra de recém-nascidos no município do Rio de Janeiro, 1999-2001.** Monografia (mestrado em Ciências da Saúde) – Rio de Janeiro, 2006.

NOVAES, H.M.D. *et al.* **Informação para Tomadores de Decisão em Saúde Pública – ITD:** Gestão para redução da mortalidade infantil. São Paulo: BIREME/OPAS/OMS, 2002.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde:** um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC/Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p. 71-112.

MATOS, R.A.A. integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública.** v. 20, n. 5, Rio de Janeiro, set./out. 2004

KELL, M.C.G. **Integralidade da Atenção à Saúde.** Disponível em: <http://www.opas.org.br/observatorio/Arquivos/Destaque69.doc>. Acesso em 20 set. 2007

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (BR). **Cidades.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidades/default.php>. Acesso em 20 set 2007.

Ciências da Saúde/Enfermagem

HOLCMAN, M.M. *et al.* Evolução da mortalidade infantil na região metropolitana de São Paulo, 1980-2000. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n 2, abr. 2004.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA-UNICEF. **O município e a criança de até 6 anos: direitos cumpridos, respeitados e protegidos.** Brasília, DF: UNICEF, 2005.

_____. **Situação da Infância Brasileira.** São Paulo: 2001.

_____. **Situação Mundial da Infância.** New York-EUA: UNICEF, 2006.

FRANCO, T.B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz-MG. In: MERHY, E.E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.** 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2006. p. 161-198.

CAMPOS, C.E.A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.8, n.2, Rio de Janeiro, 2003.

PRADO, S.R.L.A.; FUJIMORI, E.; CIANCIARULLO, T. I. . A prática da integralidade em modelos assistenciais distintos: estudo de caso a partir da saúde da criança. **Texto & Contexto. Enfermagem**, v. 16, p. 399-407, 2007.

CALDEIRA, A.P. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. **Jornal de Pediatria (Rio J).** v.77, n.6, Porto Alegre nov./dez. 2001

BARBOZA, T.A.V.; FRACOLLI, L.A. A utilização do "fluxograma analisador" para a organização da assistência à saúde no Programa

Ciências da Saúde/Enfermagem

Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 21, n. 4, p. 1036-1044, jul./ago., 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doutrinas e princípios**. Brasília, 1990
Disponível em <http://www.rebidia.org.br/noticias/saude/doutr.html>
BRASIL, 2007. Acesso em 01 out. 2007.