



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS
Centro de Formação de Recursos Humanos para o SUS/SP
“Dr. Antônio Guilherme de Souza”

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO – CEFOR/SUS/SP

Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva

**A CONTINUIDADE DO CUIDADO A CRIANÇAS DE 10 A 12 ANOS NO
MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA: TRANSIÇÃO DA INFÂNCIA PARA
ADOLESCÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso de
Especialização CEFOR/SUS-SP,
elaborada no **Instituto de Saúde/SES-
SP**

Área: Saúde Coletiva

São Paulo

2019

A CONTINUIDADE DO CUIDADO A CRIANÇAS DE 10 A 12 ANOS NO MUNICÍPIO DE FRANCO DA ROCHA: TRANSIÇÃO DA INFÂNCIA PARA ADOLESCÊNCIA

Letícia Aparecida Lopes Bezerra da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para a graduação na Especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde/SES-SP.

Orientação: Prof^ª. Dr^ª. Sonia Isoyama Venancio

São Paulo

2019

AGRADECIMENTOS

Estar na Saúde Coletiva é entender que pilares não podem ser estreitados, que os alicerces precisam de qualidade na construção e que uma obra só estará pronta quando goteiras das chuvas forem impermeáveis ao telhado.

Visto isso, agradeço a Deus por toda a sabedoria para me manter pacífica e firme nessa trajetória de especializanda, por me orientar todos os dias a sorrir e pensar que o melhor sempre está por vir, por trazer luz em dias de completo breu, por ser meu chão fortalecido para não ferir meus pés descalços e me fazer flutuar em conquistas.

Agradeço a minha mãe, Laécia, por me apoiar nas minhas escolhas e ser o exemplo de mulher guerreira que luta para que o conhecimento seja a minha prioridade. Agradeço, também, a minha família que está sempre ao meu lado facilitando o meu processo de aprendizagem e construção acadêmica.

Nesse ano de especialização não tive todos os dias pessoalmente as minhas amigas Rebeca, Sarah e Thais, mas elas foram essenciais para que eu subisse cada degrau desse novo ciclo com mais força, extinguindo a palavra desistir do meu vocabulário e me recebendo em cada reencontro com um abraço caloroso que apagam os meus anseios e faz o universo transbordar.

Ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva e às pessoas com quem convivi no espaço do Instituto de Saúde durante este período. Por mais complicado que tenha sido os encaixes deve-se prevalecer os encontros, o olhar positivo de um abraço e do bom dia sorridente de cada funcionário e colegas de sala. Agradeço também à minha orientadora Sônia por toda a dedicação, atenção, disponibilidade na sua agenda corrida para enlaçar os nossos objetivos, e, principalmente na construção do enxergar de um caminho com diversas oportunidades. Agradeço a experiência de uma produção compartilhada com diferentes personalidades, fora da zona de conforto e com multi - conhecimento, diálogo, escuta, silêncio, lágrimas cessadas, signos diários, intimidades partilhadas e profissionalismo. Eu andei, vi e vivi.

RESUMO

O presente trabalho desenvolveu-se a partir da pactuação do Instituto de Saúde com o município de Franco da Rocha, tendo como plano de ação o apoio à organização do processo de trabalho dos serviços de saúde a partir da elaboração do Caderno de Saúde da Criança Francorrochence. Mediante a isso, o estudo tem como objetivo analisar o cuidado às crianças de 10 a 12 anos desse território. A metodologia da pesquisa caracteriza-se como um estudo exploratório-descritivo com abordagem quanti-qualitativa. Para compor o rol dos dados necessários para conhecimento das ações realizadas no município utilizou-se do formulário ICAB-IS (Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica - Instituto de Saúde), obteve-se informações sobre as condutas realizadas nas UBS em relação à saúde da criança, através de dez casos fictícios, assim como, foram realizadas uma série de reuniões (Câmaras Técnicas), envolvendo o secretário de saúde adjunto, coordenadores e articuladores de saúde, para pontuar aspectos necessários para saúde da criança de zero a doze anos. Por fim, uma oficina para a finalização do Caderno de Saúde da Criança foi realizada e protocolos e fluxos foram construídos. Os resultados foram discutidos a partir da identificação de formas de acesso, acolhimento e ações intersetoriais no cuidado a crianças de 10 a 12 anos no município, diante também, de uma análise a respeito da integralidade e longitudinalidade do cuidado a essa faixa etária. Os resultados da pesquisa evidenciaram as dificuldades de acesso aos serviços, acolhimento nos serviços de Atenção Básica e despreparo dos profissionais/serviços na continuidade do cuidado da criança na faixa etária de 10 a 12 anos, identificando a necessidade de ações intersetoriais e multidisciplinares no município. Nesse sentido, destaca-se a importância do fortalecimento das ações desenvolvidas no âmbito do Programa Saúde na Escola.

Descritores: Criança; Adolescência; Intersetorialidade; Atenção Básica.

Sumário

INTRODUÇÃO/OBJETIVO	7
MÉTODOS	9
Contexto de desenvolvimento do estudo	9
Coleta de dados	10
Análise dos dados	11
Aspectos Éticos.....	12
RESULTADOS	13
ICAB-IS (Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica - Instituto de Saúde)	13
Entrevistas nas UBS com estudos de casos	14
Oficina Final	15
DISCUSSÃO	16
CONCLUSÕES	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO DO TCC

INTRODUÇÃO/OBJETIVO

A assistência à criança e ao adolescente é alvo de maior atenção desde a configuração da Lei Nº 8.069 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e dá outras providências. Esta Lei resultou de uma luta ampla dos setores sociais organizados que buscaram criar um novo espaço político e jurídico para a criança e o adolescente brasileiro, e constitui uma legislação que visa ao desenvolvimento integral destes sujeitos (BRASIL, 2018). Considera-se criança, para os efeitos desta Lei, a pessoa até doze anos de idade incompletos, já segundo a Organização Mundial de Saúde, a infância é a etapa da vida que compreende a faixa etária entre zero a nove anos.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), publicada em 2015, considera-se criança a pessoa na faixa etária de 0 (zero) a 9 (nove) anos, ou seja, de 0 (zero) a 120 (cento e vinte) meses; e a primeira infância perpassa pela faixa etária de 0 (zero) a 5 (cinco) anos completos, ou seja, de 0 (zero) a 72 (setenta e dois) meses (BRASIL, 2015b, art. 3º). A PNAISC, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), tem por intuito promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015b, art. 2º).

Apesar das descrições acima sobre infância, para o atendimento em serviços de Pediatria no SUS, é definido que os estabelecimentos atendam crianças e adolescentes de zero a 15 anos, podendo este limite sofrer alteração de acordo com as normas e rotinas dos estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2015b). Esta ampliação etária no atendimento pediátrico tem como objetivo a manutenção do vínculo da pessoa com os serviços e profissionais já conhecidos, garantindo a continuidade no cuidado com esta criança e futuro adolescente.

Visando essa garantia da continuidade no cuidado e a importância de alcançá-lo na infância e na transição desta para adolescência, os princípios e diretrizes da PNAISC são suporte para elaboração de ações efetivas. Assim, a PNAISC é orientada pelos seguintes princípios: direito à vida e à saúde; prioridade absoluta da criança; acesso universal à saúde; integralidade do cuidado; equidade em saúde; ambiente facilitador à vida; humanização da atenção e gestão participativa e controle social. No que tange às diretrizes a serem

observadas na elaboração dos planos, programas, projetos e ações de saúde voltadas para crianças, são diretrizes da Política: gestão interfederativa das ações de saúde da criança; organização das ações e serviços na rede de atenção; promoção da saúde; fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; qualificação da força de trabalho do SUS; planejamento e desenvolvimento de ações; incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; monitoramento e avaliação e intersetorialidade.

Mediante essas definições de criança e com base na PNAISC configurou-se a elaboração do Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança Francorochense, evidenciando os princípios e diretrizes da Política e a importância da continuidade destes às crianças entre 10 a 12 anos de idade - faixa etária também explorada na organização do serviço de pediatria do município de Franco da Rocha.

Essa faixa etária é considerada a transição da infância à adolescência, também situada como pré-adolescência, caracterizada pelo desenvolvimento biológico (maturidade sexual e reprodutiva), psicológico (cognitivo e emocional) e pela mudança da condição infantil (MARTINS, 2014). Este momento da vida é de forte desenvolvimento da construção de identidade, de forma a atender as peculiaridades e complexidades das suas necessidades, faltando espaços e suporte apropriados às suas demandas, seja no campo da orientação, proteção ou recuperação da saúde.

Para garantir a atenção integral à saúde do público em questão, a política fomenta a reorganização da atenção à saúde, fortalecendo as secretarias estaduais e municipais de saúde para assumirem suas responsabilidades frente às necessidades e demandas de saúde dessa população e da garantia de seus direitos. Neste contexto, considera-se a Atenção Básica como responsável pela articulação e pela coordenação do cuidado das crianças em fase de transição na Rede de Atenção à Saúde do município, assim como, um dos veículos de informação e apoio para construção de autonomia, identidade, aprendizagens e descobertas; assumindo uma perspectiva pedagógica, de diálogo, de respeito e de referência para a construção de limites e de cuidados, assegurando desenvolvimento integral da criança (UNICEF, 2011).

Para firmar a importância da construção de novos conhecimentos sobre a criança em suas diferentes fases, desenvolveu-se o presente projeto, que visa apoiar o cuidado integral das crianças em sua fase de transição para a adolescência no município de Franco da Rocha.

OBJETIVOS

GERAL:

Analisar o cuidado às crianças de 10 a 12 anos no município de Franco da Rocha.

ESPECÍFICOS:

- Analisar a longitudinalidade do cuidado à criança;
- Identificar as formas de acesso e acolhimento de crianças de dez a doze anos de idade em serviços de saúde, principalmente no âmbito da Atenção Básica;
- Identificar ações intersetoriais e aspectos relacionados à integralidade do cuidado no município analisado.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo com abordagem quanti-qualitativa, desenvolvido no município de Franco da Rocha, situado na Região Metropolitana de São Paulo, que teve como pressuposto analisar o cuidado às crianças de 10 a 12 anos de idade no município.

Contexto de desenvolvimento do estudo

Em 2017, a população local estimada de Franco da Rocha era de 146.129 habitantes. Para a respectiva caracterização foram considerados dados de estabelecimentos de saúde, sendo identificados cadastros de 87 estabelecimentos distribuídos entre Unidades Básicas de Saúde (UBS), totalizando doze, Consultórios, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospitais (geral e especializado), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um CAPS Modalidade Infanto-juvenil (CAPS-I) e um CAPS Modalidade Álcool e Drogas (CAPS AD) entre outros; em relação a equipes, programas, serviços, equipamentos, profissionais – no município há registros de 1859 profissionais cadastrados no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), sendo 94,6% profissionais do SUS. Os resultados obtidos no relatório elaborado pelo Instituto de Saúde, “Instituto de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha: uma experiência de tradução do conhecimento (2014–2016)”, permitiram concluir que Franco da Rocha possui características de cidade dormitório, com desigualdades sociais relevantes e precárias condições sanitárias, caracterizando-se como uma população em transição demográfica lenta e tardia (TOMA, 2017).

O Instituto de Saúde, por meio de uma parceria com a Secretaria Municipal de Saúde do município em questão desenvolveu ações com o objetivo de apoiar o reconhecimento de

necessidades e problemas de saúde por meio da análise, reflexão e identificação de alternativas para a resolução das dificuldades e demandas encontradas. E dentre as prioridades, para o ano de 2018, um dos temas escolhidos para ser trabalhado pelos alunos de especialização em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde foi a saúde da criança. Diante disso, pensou-se como estratégia a elaboração de um Caderno de Saúde da Criança que possibilite organizar com maior clareza e dinâmica as práticas dos profissionais da saúde voltadas principalmente às necessidades do município.

Coleta de dados

Para tanto, a princípio foi realizada uma contextualização das demandas dos serviços e dos profissionais de saúde, assim como a prestação de serviços na visão dos usuários.

Estes dados foram coletados por meio de um formulário chamado ICAB-IS (Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica - Instituto de Saúde) construído pela turma de Especialização em Saúde Coletiva e foi inspirado no PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica; porém o objetivo desse levantamento não foi realizar uma avaliação do trabalho das equipes de saúde de Franco da Rocha, mas sim buscar um melhor conhecimento do campo a ser observado, aproximando-se da Atenção Básica e conhecendo o território, a população, a demanda do município, a estrutura, funcionamento, cotidiano e as equipes que prestam os serviços, possibilitando também um retorno aos profissionais e a gestão do município. Partindo desse trabalho, obteve-se, através também de diários cartográficos, relatórios de observação das Unidades Básicas de Saúde visitadas, assim como, entrevistas com os profissionais de saúde e com os usuários abordados nas suas UBS de referência.

Em uma segunda etapa da coleta de dados, com foco na saúde da criança francorrochense, além do ICAB, também foi elaborado um roteiro com dez casos fictícios para serem utilizados nas entrevistas com os profissionais de saúde das doze Unidades Básicas de Saúde do município; estas poderiam ocorrer com os profissionais que estivessem disponíveis e de preferência em grupos multiprofissionais, articulando os diversos setores que perpassam a infância e as reais vivências nas instituições, a fim de entender melhor a realidade de Franco da Rocha com temas sobre alimentação, acesso, acolhimento, integralidade, referência e contrarreferência, violência, intersetorialidade, sexualidade, entre outros.

Além das UBS outras instituições foram abordadas para compreender melhor o atendimento prestado à criança do município: UPA (Unidade de Pronto Atendimento); NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família); SAD (Serviço de Atendimento Domiciliar); Apoiadores da Atenção Básica; PSE (Programa Saúde na Escola); CAPS i (Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil); CECCO (Centro de Convivência e Cooperativa); Casa da Mulher; Centro de Especialidades; CT do SAE; Vigilância; CRAS (Centro de Referência de Assistência Social); CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social); Conselho Tutelar; Responsável pela Educação Infantil.

Para efetiva pactuação do projeto com os profissionais foram realizadas em datas marcadas e oportunas uma série de reuniões (Câmaras Técnicas), envolvendo o secretário de saúde adjunto, coordenadores e articuladores de saúde, para pontuar aspectos necessários para saúde da criança de zero a doze anos, especificando as reais características de Franco da Rocha, assim como, as instituições e os profissionais a serem contatados. Por fim, como forma de determinar quais são os pontos chaves dos protocolos e fluxos dos cuidados prestados às crianças francorochenses uma oficina para a finalização do Caderno de Saúde da Criança foi realizada com cerca de vinte profissionais de diversas áreas da saúde e intersetoriais.

Análise dos dados

Os dados obtidos durante as visitas às Unidades Básicas de Saúde do território, através do formulário ICAB-IS (Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica - Instituto de Saúde), foram transcritos no editor de planilhas Excel, divididos de acordo com os módulos utilizados na pesquisa (Módulo I - Observação na Unidade Básica de Saúde, Módulo II - Entrevista com o profissional de saúde e Módulo III - Entrevista com os usuários na UBS). Para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science), ferramenta para análise de dados utilizando técnicas estatísticas básicas e avançadas, criando-se um banco de dados que organizou, resumiu e apresentou os dados de tal forma que facilitaram a sua interpretação, esquematizando por meio das informações obtidas tabelas e gráficos para visualização mais clara dos resultados. Outros itens foram analisados a partir de relatórios contendo os principais aspectos observados e discutidos.

Estreitando as observações conforme o eixo de Saúde da Criança, baseou-se a análise a partir de recursos da literatura, principalmente a Política Nacional de Atenção

Integral à Saúde da Criança (PNAISC), visando sempre às características mais evidentes da população francorochense e as necessidades em saúde do município. Nas discussões dos estudos de casos, a partir das falas dos profissionais, foram priorizados pela equipe de pesquisadores os aspectos que nortearam a condução resolutiva dos casos, como por exemplo, se em determinadas situações a UBS oferece acolhimento à demanda espontânea; encaminhamentos para outros setores, se necessário, se há a continuidade no cuidado ou até mesmo se ocorrem as devidas orientações; assim, foi descrito o que cada unidade faria diante de cada um dos dez casos apresentados, analisando as falas dos profissionais e classificando as unidades - diante de suas ações, como “Consolidada”, “Em desenvolvimento” ou “Incipiente”.

Com o pleno desenvolvimento do Caderno de Saúde da Criança organizou-se uma oficina para que em conjunto com os profissionais de Franco da Rocha os fluxogramas de atendimento e protocolos fossem elaborados, e a partir da discussão destes, alguns pontos foram destacados para uma eventual pactuação na organização de estratégia de saúde do território. Analisou-se durante as discussões aspectos determinantes que estariam em déficit para a devida promoção, recuperação e reabilitação da saúde da criança.

Aspectos éticos

Os profissionais e usuários entrevistados foram convidados a participar deste estudo pelos especializandos em saúde coletiva previamente orientados, os quais tiveram a oportunidade de explicar a finalidade da pesquisa e solicitar o preenchimento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Desta forma, os depoimentos e respostas obtidos durante os encontros foram anotados, garantindo o anonimato e o sigilo; foi garantido o respeito à privacidade e à intimidade e ainda garantindo-lhes a liberdade de participar ou declinar desse processo no momento em que desejassem, respeitando as recomendações do Conselho Nacional de Saúde, conforme resolução 466/12 (CNS, 2012).

Por conseguinte, o projeto foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde, subordinado tecnicamente à comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Ministério da Saúde.

RESULTADOS

ICAB-IS (Instrumento de Conhecimento da Atenção Básica - Instituto de Saúde)

Entre os resultados obtidos através do ICAB, foram identificadas no Módulo I, “Observação na Unidade Básica de Saúde”, diante das formas de acesso e acolhimento que podem impactar no atendimento das crianças em fase de transição, que entre as 12 Unidades Básicas de Saúde do município de Franco da Rocha 11 possuem horários fixos de funcionamento e estes estão visíveis à população. Observou-se que em 7 unidades as equipes disponibilizam na estrutura da unidade a listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe. Quando é observada a entrada dos adolescentes no serviço verifica-se fácil acesso em 8 unidades. Verifica-se também que em 9 unidades os adolescentes, em sua maioria, vão aos serviços acompanhados.

Seguindo os dados coletados com o ICAB, no Módulo II “Entrevista com o profissional de saúde”, buscou-se identificar as estratégias de apoio às equipes de Atenção Básica que podem impactar na condução de casos complexos, como por exemplo aqueles que envolvem a gravidez na adolescência. Os doze entrevistados representantes das suas respectivas Unidades Básicas de Saúde relataram que as equipes recebem apoio de outros profissionais para auxiliar ou apoiar na resolução de casos considerados complexos, porém, em 1 (uma) unidade não é feito o acompanhamento dos casos. Neste contexto, 11 dentre os doze entrevistados disseram que em suas unidades é realizado matriciamento, sendo que entre as equipes de profissionais envolvidos 11 entrevistados responderam que o NASF realiza o Apoio Matricial, assim como, 11 o CAPS, 7 a Vigilância em Saúde, 5 especialidades da rede, 4 os hospitais, 5 o Polo da Academia de Saúde e 7 e Centros Especializados. Com as entrevistas averiguou-se que 9 unidades possuem critérios e formas definidas e pactuadas entre sua equipe e o NASF para acionar o apoio em situações complexas. Quando questionadas em relação ao acolhimento à demanda espontânea, todas as UBS responderam que realizam, e em sua maioria (11) disseram que a equipe identifica usuários com maior risco ou vulnerabilidade.

Quanto às ações de saúde sexual e reprodutiva, todas as unidades relatam a realização das mesmas, sendo que 11 unidades realizam grupos e/ou atividades educativas voltadas a essa temática. Em todas as unidades os profissionais de enfermagem coordenam atividades educativas, já em 7 unidades são os médicos e em 6 são os Agentes Comunitários em Saúde. Verificou-se que a maioria dos adolescentes não busca atendimento nas UBS,

assim como, não há procura para teste rápido de gravidez por estes, no entanto, 11 UBS possuem testes rápidos de gravidez.

De acordo com as respostas obtidas nas entrevistas com os profissionais verificou-se que todas as unidades desenvolvem ações de promoção à saúde, e entre essas ações: 10 unidades realizam Apoio ao Autocuidado, 5 Cultura de Paz e dos Direitos Humanos, 6 articulação intersetorial, e 10 organização de momentos para escuta dos usuários sobre os serviços prestados e os problemas de saúde do território. Em relação à intersetorialidade, as 12 unidades participam do Programa Saúde na Escola, entre essas, 10 realizam planejamento conjunto com os profissionais da educação. Nas demandas específicas dos estudantes, 9 unidades obtêm o diagnóstico das condições de saúde dos estudantes, 10 unidades mantêm a comunicação com a escola quando há casos alterados, orientando-as para auxiliar no cuidado com o educando, 9 discutem casos com os profissionais da escola, 5 problematizam com a escola questões de vulnerabilidade à saúde do educando a partir das situações de risco detectadas e 8 envolvem a família e a escola no cuidado com o educando.

Entrevistas nas UBS com estudos de casos

Os principais resultados oriundos das entrevistas com profissionais de equipe multidisciplinar, direcionando-se às crianças que estão em fase de transição para a adolescência, foram por meio de duas situações entre as dez utilizadas nas entrevistas. O estudo de caso *“Criança de 9 anos encaminhada da escola para UBS com suspeita de TEA- Transtorno do Espectro Autista”* preconizou como aspectos esperados para atendimento adequado, assim sendo classificado como “Consolidado”, as unidades que ressaltaram a comunicação com a escola; o Apoio Matricial e encaminhamento para especialidade, se necessário; e o acompanhamento do cuidado na unidade. Dentre as respostas obtidas, 6 unidades responderam de forma completa – “Consolidado”, 5 foram consideradas em desenvolvimento e 1 incipiente. As classificadas como “Em desenvolvimento” foram assim consideradas pela falta de algum dos itens preconizados, e entre essas unidades o principal aspecto em déficit em 3 UBS foi a não continuidade do acompanhamento do caso na unidade, já em relação às outras 2 UBS “Em desenvolvimento” destacou-se a falta de comunicação com as escolas, conforme apresentado:

“Passa com pediatra, fono, psico. Há comunicação entre o CAPS e o neuro (CAPSi). Não há continuidade de contato com a escola, a maior comunicação se dá com a família.”

A Unidade Básica de Saúde considerada, no caso em questão, como “Incipiente” demonstrou carência nos quesitos de comunicação com a escola e o acompanhamento do cuidado na unidade, visto que relatou que diante da situação haveria a comunicação com o CAPSi, e neste setor ocorreria a avaliação e os procedimentos cabíveis.

Outro estudo de caso a ser destacado, diz respeito a “*Unidade que recebe uma menina de doze anos procurando teste rápido para gravidez*”. Em relação a essa situação, 6 unidades foram classificadas como tendo ações “consolidadas”, já que nas entrevistas os profissionais responderam que realizam o atendimento independente da presença de um adulto/responsável, se o resultado do teste rápido de gravidez fosse positivo a equipe realizaria a orientação para o pré-natal, e, se o resultado fosse negativo a equipe realizaria ações educativas. Dentre estas UBS com ações “Consolidadas”, destacaram-se 4 que informaram a realização de grupos de Planejamento Familiar e Reprodutivo na unidade, e 3 relataram trabalhar o assunto nas escolas através do Programa de Saúde na Escola (PSE). As demais 6 UBS foram consideradas nas práticas para o atendimento como “Incipientes”. O principal motivo para considerar metade das unidades trabalhadas como “Incipientes” foi que todas estas relataram que haveria o atendimento caso a menina estivesse acompanhada por um adulto ou responsável, se este não estivesse presente não haveria o acolhimento. Pode-se referir também que uma das unidades situou que atenderia a princípio a menina, mas que em outros encontros ocorreria o atendimento somente na presença do responsável. Outra UBS relatou que solicita acompanhante para os adolescentes até 16 anos. Constatou-se em outra unidade que além do atendimento ser realizado apenas na presença do responsável, entra-se em contato com os pais ou aciona-se o Conselho Tutelar. Uma dentre essas unidades consideradas “Incipientes” realiza ações nas escolas.

Oficina Final

A Oficina para a finalização do Caderno de Saúde da Criança reuniu cerca de 20 profissionais das equipes de saúde do município de Franco da Rocha e proporcionou o conhecimento do Caderno e críticas construtivas em relação a este. Perante isto, indagou-se que mesmo com o atendimento das crianças na faixa etária de 10 a 12 anos pela pediatria do município considera-se esta fase de transição à adolescência. Presenciou-se também a construção dos fluxogramas para atender as demandas para o cuidado da saúde da criança, dentre estes, destaca-se o fluxograma de Doenças Agudas, visto que, conforme a faixa etária trabalhada ao longo do presente estudo, na elaboração do fluxo de encaminhamento de crianças que necessitam de internação foi levantada a dificuldade de internar crianças de

12 a 14 anos de idade, ou seja, há a necessidade de pactuar com os hospitais a questão da faixa etária, situando uma regulação e orientação para essas crianças, trazendo à tona a dúvida dos estabelecimentos e profissionais sobre qual parte do ciclo da vida elas se encaixam (criança - adulto). Assim, relata-se a comunicação entre as UBS e a Unidade de Pronto Atendimento, e esta, quando necessário, faz o encaminhamento na CROSS (Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde), que congrega ações voltadas para a regulação do acesso na área hospitalar e ambulatorial, contribuindo para a integralidade da assistência; analisando também a dificuldade com relação a vagas na CROSS em relação ao suporte a essas crianças.

Também houve a construção do fluxograma de Saúde Bucal destacando a articulação com as escolas, visto que o PSE faria triagem na escola para levantamento de risco e encaminhamentos, e os demais casos seriam atendidos nas UBS de 6 em 6 meses até 12 anos, demonstrando a importância de ações intersetoriais no território.

DISCUSSÃO

Diante dos resultados demonstra-se a importância da clara visualização dos horários de funcionamento das unidades, assim como, a listagem (escopo) de ações/ofertas de serviços da equipe, visto que, dessa forma, as crianças maiores podem entender quais são os serviços prestados e quando a procura por estes pode ser realizada, sentindo-se membro efetivo da unidade e buscando a autonomia e o vínculo com a rede de cuidado. Com este intuito, para além das transformações biológicas e psíquicas, o conceito de transição da infância para a adolescência incorpora a ideia de uma construção social dessa etapa da vida e diz respeito à multiplicidade de formas como ela é vivenciada (UNICEF, 2011). O acesso ao serviço inicia-se na porta de entrada e define-se em outras demandas que se constituem elementos importantes no cuidado aos usuários adolescentes (MARQUES, 2012).

Alguns estudos relataram a dificuldade no acesso em relação à disponibilidade do serviço, pois não apareceu resposta imediata às suas necessidades. O acesso universal aos serviços de saúde, indispensável para garantir a equidade no atendimento, ainda que garantido constitucionalmente, não se concretiza para toda a população (QUEIROZ, 2010). Dessa maneira, evidencia-se, perante os resultados obtidos no presente trabalho a dificuldade de internar crianças de 12 a 14 anos de idade em casos de doenças agudas, por exemplo.

Certamente, essa dificuldade relatada decorreu da integração da rede de serviços que não está operando da melhor forma, havendo, deste modo, a ruptura na comunicação entre os níveis de atenção. O sistema de encaminhamento de usuários pelas centrais de internação foi criado como ferramenta para regular o acesso às internações hospitalares, para se obter equidade e qualidade do cuidado à saúde, fazendo a ponte entre as demandas e a oferta disponível para a internação (BRASIL, 2002). Assim, deve ser realizado para aperfeiçoar o serviço uma qualificação do acesso, incluindo os aspectos da organização e da dinâmica do processo de trabalho, considerando a contribuição da análise de vários aspectos culturais, geográficos e das próprias necessidades da demanda (RAMOS, 2003; MARQUES, 2012).

Por isso é necessário e fundamental a organização de ações e serviços para a criança e sua família, articulados com a rede de atenção à saúde como principal potência dos recursos disponíveis para conceder a resposta mais adequada, completa e resolutiva à necessidade envolvida, garantindo a continuidade do cuidado integral, partindo das ações de promoção, diagnóstico, tratamento e de reabilitação, com fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção, até a recuperação completa da criança (BRASIL, 2018).

Dessa forma, promover atenção integral à criança significa prover todos os serviços necessários, capazes de responder resolutivamente às demandas específicas de sua saúde, sejam elas no contexto da Atenção Básica, de apoio diagnóstico, ou na atenção especializada ambulatorial e hospitalar, na atenção à urgência e emergência, nos serviços especializados e internação hospitalar (BRASIL, 2018).

Outro aspecto importante visualizado nos resultados é que a maioria dos adolescentes quando comparecem aos serviços estão acompanhados de um adulto ou responsável. Evidencia-se na literatura que a pessoa que procura a unidade de saúde está em busca de um profissional que possa ouvir suas demandas. Ela deseja ser acolhida, orientada, compreendida em suas necessidades, pois assim se sente confiante de que está segura e bem amparada. Isso não é diferente em se tratando de crianças maiores, a maioria sente vergonha, medo de ser repreendido e intimidado pela figura do profissional, fazendo da atitude de procurar a unidade de saúde um ato difícil e que necessita de certa coragem (SÃO PAULO, 2006; UNA-SUS/UFMA, 2016), por isso, nota-se a presença de alguém do seu meio de convivência ou suporte.

Esse resultado discutido anteriormente pode ser um comparativo quando se analisa os resultados do estudo de caso que situava uma menina de 12 anos a procura da realização do teste de gravidez na Unidade Básica de Saúde, isto porque metade das unidades não realizam o atendimento sem um acompanhante adulto ou responsável legal da menor, restringindo a autonomia na procura dos serviços de saúde e enfatizando a vergonha e o receio da repreensão, enfatizando também as respostas obtidas nas entrevistas com os profissionais pelo ICAB, já que a maioria revelou a não procura para teste rápido de gravidez. Os serviços de saúde devem garantir esse atendimento, antes mesmo do início da atividade sexual e reprodutiva, para ajudar essa população a lidar com a sua sexualidade de forma positiva e responsável, incentivando o comportamento de prevenção e de autocuidado. Na faixa etária de 10 a 19 anos, podem ser atendidos sem a presença dos pais, se assim preferirem. A Lei n.º 9.263/1996 regula um conjunto de ações para o planejamento familiar, saúde sexual e saúde reprodutiva. Não estabelece diretrizes ou restrições específicas para adolescentes, devendo, pois, ser interpretada conjuntamente com a Lei orgânica do SUS e o ECA, que garantem o direito do adolescente ao atendimento integral e incondicional. Assim, deve-se haver o atendimento de adolescentes sem a necessidade de um responsável legal presente com garantia do sigilo das informações, havendo também o pleno acesso a insumos de prevenção, métodos anticoncepcionais e orientação sobre saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2018a). A respeito das orientações, todos os profissionais responderam que as realizam.

Quando uma das unidades referiu a possibilidade de entrar em contato com os pais ou acionar o Conselho Tutelar, essa contradiz o artigo 154 do Código Penal Brasileiro, ou seja, é vedado aos profissionais revelar a alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem (BRASIL, 1940; UNA-SUS/UFMA, 2016). Nos casos de dificuldade de enfrentamento de algumas questões, recomenda-se (SÃO PAULO, 2006; UNA-SUS/UFMA, 2016): “Que a equipe de saúde busque sempre encorajar o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis têm a obrigação legal de proteção e orientação de seus filhos ou tutelados; que a quebra de sigilo, sempre que possível, seja decidida pela equipe de saúde, juntamente com o adolescente, e fundamentada no benefício real para a pessoa assistida e não como uma forma de “livrar-se do problema””.

A orientação a ser dada pela equipe de saúde não pode ser preconceituosa nem carregada de códigos morais ou religiosos. Devem ser utilizadas, de preferência, terminologias próprias e não gírias. É necessário orientar o adolescente e sua família sobre as transformações que ocorrem em seu corpo, sobre as sensações sexuais, o caráter normal da masturbação, da curiosidade sexual, do tamanho dos órgãos genitais e sobre o ato sexual propriamente dito e suas consequências, bem como sobre o abuso sexual (UNA-SUS/UFMA, 2016).

Perante os resultados, o plano de ação para construção da intersetorialidade é uma potente característica no município, visto que, por exemplo, há a adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), sendo um dos meios de extremo potencial para a articulação entre escola e a rede básica de saúde, contribuindo para ampliação do cuidado e acesso aos estudantes por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde. A aproximação e a atuação conjunta dos setores saúde e educação, com a participação de estudantes e familiares, possibilitam ações concretas na abordagem das vulnerabilidades e condicionantes sociais do processo saúde-doença (CHIARI, 2018).

A articulação entre escola, a unidade de saúde e a atenção básica como um todo é essencial para que as práticas educativas sejam apoiadas em discussões construtivas, com escuta qualificada. Isto vale para diversas questões mencionadas no decorrer do trabalho, como busca de estratégias para compartilhar ações de promoção à saúde, pontuando que todas as unidades referiram a realização, demonstrando a participação do Programa Saúde na Escola no município. Por conseguinte, as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos para o público infantil podem ser realizadas pela equipe multiprofissional da atenção primária em saúde junto às educadoras e à comunidade (SIGAUD, 2017).

A intersetorialidade é valorizada no discurso de diversas políticas públicas, a exemplo da Educação, Saúde e Assistência Social. Na Educação, está associada a ideia de parceria e colaboração entre instituições governamentais, não governamentais e a sociedade, como uma alternativa para melhoria dos processos educacionais (BRASIL, 2014). No campo da Saúde, tem sido considerada como elemento fundamental para a mudança no modelo de atenção e reorganização do sistema, sendo referida em muitos trabalhos no campo da Promoção da Saúde como estratégia de ação que incida sobre seus determinantes sociais (BUSS, 2000; SOUSA, 2017).

A heterogeneidade de condutas, relativa a faixa etária de 10 a 12 anos, nos serviços de atendimento do município é outro ponto a ser destacado, isto porque mecanismos são desenvolvidos para esse público na promoção da alimentação saudável, higiene bucal, ações para avaliar o Crescimento e Desenvolvimento da criança, imunização, saúde mental, prevenção de violências e acidentes, prevenção e redução do consumo abusivo de álcool e outras drogas, prevenção das DST/Aids, promoção da saúde sexual e saúde reprodutiva, promoção de práticas corporais/atividade física, entre outros. Por isso a importância de estratégias para identificar as necessidades da criança, assim como, para compreensão dos profissionais frente os determinantes do processo saúde-doença nesse período da vida.

Neste contexto, a integralidade e a intersectorialidade são pontos centrais das discussões que integram vários conceitos e práticas no campo da produção de cuidados, e é evidente a presença desses mecanismos de ação no território de Franco da Rocha. A integralidade, entendida como prática social e como um princípio universal da política de saúde, oferece o exercício da soma de saberes e experiências, além de trilhar caminhos possíveis para formar com a responsabilidade coletiva algo melhor no campo da saúde. Interligado a este conceito, a intersectorialidade implica um trabalho articulado de sujeitos, saberes, práticas e setores da sociedade, em especial a educação, a assistência social, a cultura, o lazer e a Justiça, ambos disponibilizando uma rede de cuidados situados ao público infanto-juvenil.

A literatura destaca o potencial da longitudinalidade como possibilidade para conhecer o usuário, seu contexto social, hábitos de vida e problemas de saúde, permitindo intervenções adequadas e resolutivas (KESSLER, 2018). No entanto, empecilhos na organização e gestão dos serviços de saúde podem dificultar o cuidado longitudinal, como por exemplo, a carga de trabalho e a falta de profissionais, a formação e a atuação dos profissionais desvinculada da realidade das condições de vida e de saúde da população, a falta de acolhimento, a fragmentação do cuidado(OLIVEIRA, 2013; KESSLER, 2018), entre outros. Por isso a importância do apoio matricial, que com a interdisciplinaridade assegura uma metodologia de trabalho complementar que oferece tanto a retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência (CAMPOS, 2007).

CONCLUSÕES

Apoiando-se na literatura e através dos materiais obtidos nos resultados apontaram-se as dificuldades de acesso aos serviços, acolhimento nos serviços de Atenção Básica e

despreparo dos profissionais/serviços na continuidade do cuidado da criança na faixa etária de 10 a 12 anos. Alguns aspectos merecem destaque, tais como: respeito à privacidade e a escuta, assuntos relacionados à Educação Sexual, estabelecimento de canal para um diálogo a fim de que a própria criança possa identificar seus limites e suas possibilidades, tornando-se sujeito ativo no processo de cuidado à saúde; valorização de outros espaços de discussão e dinâmicas para ações educativas de promoção à saúde, reconhecendo assim, ações intersetoriais com foco na integralidade da atenção. Dessa forma, o presente estudo buscou compreender como ocorre o cuidado às crianças de 10 a 12 anos no município de Franco da Rocha.

Em razão dos achados, observam-se lacunas nas ações de cuidado oferecidas às crianças maiores na Atenção Básica, distanciando a procura do cuidado pela população mencionada. Dentre essas lacunas, além da falta de vagas em serviços especializados, e a efetiva comunicação entres esses, a barreira da idade é acentuada, e as crianças, quando isso acontece, são privadas do acesso com privacidade, sigilo e a efetiva inclusão como usuários do serviço e participantes do processo de crescer e manter os cuidados em saúde. É importante proporcionar a meninos e meninas experiências que os ajudem nas escolhas sobre sua vida, que os orientem sobre como se proteger, que os estimulem a construir sua autonomia, mas também sua alteridade. Assim, os profissionais no âmbito da saúde precisam assumir uma perspectiva pedagógica, de diálogo, de respeito e de referência para a construção de limites e de cuidados para com as crianças em fase de transição para adolescência, assegurando seu desenvolvimento integral.

Contudo, deve-se considerar a oportunidade também para a inserção de políticas públicas, com a adoção de estratégias que possibilitem a expansão de ações em saúde específicas à realidade e a necessidade de cada população, promovendo o acesso aos serviços com características intersetoriais e com equipes multidisciplinares, capazes de enxergar os adolescentes como atores de sua própria história, e não como objeto da expectativa dos adultos.

Apesar dos esforços para organização da Rede de Atenção à Saúde no município, há uma invisibilidade da criança de dez a doze anos nos serviços de saúde. No entanto, percebe-se um verdadeiro diálogo entre os profissionais e o ideal em comum na elaboração de estratégias para efetivar o cuidado para as crianças de todas as idades em Franco da Rocha. Por isso, a proposta da construção do Caderno da Saúde da Criança Francorrochence tornou-se uma das prioridades como plano de ação na organização do processo de trabalho dos serviços de saúde. Esse se fez necessário para apoiar as equipes

de atenção básica no processo de qualificação do cuidado à criança e articulação em rede, firmando um instrumento para orientar os profissionais sobre formas de realizar um atendimento com qualidade, resolutivo, com respeito aos direitos das crianças e adolescentes, disseminando o conhecimento e autonomia também para este público.

Não foi possível obter dados referentes às perspectivas dos usuários, visto que não ocorreram entrevistas com público da faixa etária destacada no presente trabalho. Por isso é relevante uma pesquisa para confrontar as necessidades expressas pelos usuários que vivenciam a continuidade do cuidado na Atenção Básica, de modo que numa próxima etapa possam ser planejadas ações para superar determinados fenômenos. Há também a necessidade de continuar investigando aspectos relevantes que perpassam a fase de construção de identidade e intenso desenvolvimento psicossocial, a qual demanda uma ação prioritária, pois há uma limitação na literatura, que na maioria das vezes enfatiza o comportamento do adolescente e as mudanças biológicas. Há também a falta de instrumentos adequados para mensurar a longitudinalidade do cuidado de crianças em fase de transição, bem como lacunas na capacitação de profissionais de saúde para entender os direitos da criança e do adolescente a fim de que sejam ampliados seu acesso e o acolhimento no âmbito da saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. *Ministério da Educação. Plano Nacional da Educação – PNE 2014-2024*. Brasília, DF; 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015b. Seção 1, p. 37.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02. Portaria MS/GM nº 373. de 27 fevereiro 2002 e regulamentação complementar. Brasília (DF): MS; 2002

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Presidência da República. Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 31 dez. 1940.

BUSS, P. M. *Promoção da Saúde e Qualidade de Vida*. Cien Saude Colet 2000; 5(1):163-177.

CAMPOS GWS, Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(2):399-407, fev, 2007.

CHIARI APG et al. Rede intersetorial do Programa Saúde na Escola: sujeitos, percepções e práticas. Cad. Saúde Pública 2018; 34(5):e00104217.

KESSLER M, Lima SBS, Weiller TH, Lopes LFD, Ferraz L, Thumé E. A longitudinalidade na Atenção Primária à Saúde: comparação entre modelos assistenciais. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(3):1127-35.

MARQUES JF, Queiroz MVO. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(3):65-72.

MARTINS PCR, Pontes ERJC, Filho ACP, Ribeiro AA. Gravidez na adolescência: estudo ecológico nas microrregiões de saúde do Estado do Mato Grosso do Sul, Brasil – 2008. Epidemiol. Serv. Saúde vol.23 no.1 Brasília Jan/Mar. 2014.

OLIVEIRA MAC, Pereira IC. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rev Bras Enferm [Internet]. 2013. 66(esp):158-64.

QUEIROZ MVO, Ribeiro EMV, Pennafort VPS. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. Enferm, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 291-9.

RAMOS DD, Lima MADS. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2003;19(1):27-34.

SÃO PAULO. Secretaria da Saúde. Manual de atenção à saúde do adolescente. São Paulo: SMS, 2006. 328 p.

SIGAUD, C. H. de S.; Santos, B. R. dos; Costa, P.; Toriyama, A. T. M. *Promoção da higiene bucal de pré-escolares: efeitos de uma intervenção educativa lúdica*. Rev. Bras. Enferm. vol.70 no.3 Brasília May/June 2017.

TOMA TS, Bortoli MC, Setti C, Luquine Jr. CD, Tesser TR. Instituto de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Franco da Rocha: uma experiência de tradução do conhecimento (2014-2016). Instituto de Saúde, São Paulo, 2017. 34p

UNA-SUS/UFMA. Universidade Federal do Maranhão. Saúde do adolescente e a saúde da família/Judith Rafaelle Oliveira Pinho; Paola Trindade Garcia (Org.). - São Luís: EDUFMA, 2016. 88 p.: il. (Cadernos de Saúde da Família, n. 6).

UNICEF. Situação da Adolescência Brasileira 2011. O direito de ser adolescente: Oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades / Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília, DF, 2011.