

Crianças em situação de risco social: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde

Resultado da Fase I do Projeto de pesquisa apresentado à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) – Programa de Políticas Públicas, 03/06405-0.

**Auro Danny Lescher
Bettina Grajcer
Graziela Bedoian
Lígia Miranda Azevedo
Lucília Nunes da Silva
Maurício C. A. Pernambuco
Nivaldo Carneiro Junior**

**São Paulo
Setembro de 2004**

Ilustração da capa:

Diná, 8 anos – oficina de pequenos Projeto Quixote, 2004.

Diagramação e arte final:

GBedoian Comunicação - Giseli Bedoian

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Diretor Pfo Dr. Ernani Geraldo Rolim

Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP)

Área Temática de Saúde da Criança - COGEST

Dra. Ana Maria Bara Bresolin

Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura da Sé, PMSP

Coordenador Dr. Nivaldo Carneiro Junior

Projeto Quixote

Coordenador Dr. Auro Danny Lescher

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo

Rua Dr. Cesário Motta Junior, 61 Santa Cecília - São Paulo - CEP 01221-020

Fone: (11) 223-9922

www.fcmscsp.edu.br

Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura Sé

Av. dos Estados, 900 Bom Retiro - São Paulo - CEP: 01108-000

Fone: (11) 3227-0319

E-mail: secsaude@prefeitura.sp.gov.br

Secretaria Municipal da Saúde

Rua General Jardim, 36 - 5º andar Vila Buarque - São Paulo - CEP: 01223-010

Fone: (011) 3218-4229

Site: www.portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/areas_tematicas/0001

E-mail: abresolin@prefeitura.sp.gov.br

Projeto Quixote

Rua Pfo Francisco de Castro, 92 Vila Clementino – São Paulo - Cep: 04020-050

Fone: (011) 5572-8433

Site: www.projetoquixote.epm.br

E-mail: quixote@psiquiatria.epm.br

AGRADECIMENTOS

Aos participantes.

Aos profissionais de saúde entrevistados.

*À equipe do Centro de Saúde Escola Barra Funda
"Doutor Alexandre Vranjac".*

*À Ana Maria Bara Bresolin, coordenadora da área temática Saúde da
Criança, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo
(COGEST/SMS).*

*Aos diretores das Unidades Básicas de Saúde da Coordenadoria de
Saúde da Subprefeitura Sé, Prefeitura do Município de São Paulo.*

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

À Câmara Municipal de São Paulo.

PARTICIPANTES

Ana Paula de J. Santos

Ana Rosa Ferreira

Aparecida de Lourdes Corrêa

Aurea Amélia Caviquioli

Cláudia Tozoni Jardim Barbosa

Elisa Hokama

Fabiana Carla de Souza

Fernando de Oliveira Santos

Hilda da Silva

Isabel Boarati

Ivani dos Santos

Janice de Almeida Barreto

Márcia Karla da R. Bonin

Marcia Teves Nardi

Maria Angela Ribeiro da Silva

Maria das Mercês Aparecida da Silva

Maria Elizabete Veloso B. Neto

Maria Esther Leme Britto

Maria Selma Souza de Oliveira

Ondina D'Oliveira Coelho

Roberto Gomes Ribeiro

Tania Mara do Nascimento

Teresinha do Carmo Silva

Vânia Alves da Silva

APRESENTAÇÃO

Temos a satisfação de tornar público os resultados do Projeto de Pesquisa “Crianças em situação de risco social: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde”, Fase I, do Programa de Políticas Públicas da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), desenvolvido junto aos profissionais de saúde da Coordenadoria de Saúde da Subprefeitura da Sé, da Prefeitura do Município de São Paulo.

Todo o processo dessa pesquisa foi elaborado de forma participativa com um grupo desses profissionais, que se dispuseram a discutir a problemática do atendimento de crianças em situação de risco nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Estes profissionais, previamente sensibilizados, elaboraram um questionário e entrevistaram outros 52 profissionais das mesmas unidades de saúde.

A partir da utilização de metodologia qualitativa, essa pesquisa buscou identificar as necessidades e as dificuldades dos profissionais no atendimento dessas crianças, reconhecendo as especificidades dessa atenção, subsidiando, desse modo, processos de educação permanente. Nessa perspectiva, a construção e a efetivação da rede social de proteção intersetorial apresentam-se como desdobramentos desses objetivos específicos anteriormente colocados.

Os resultados alcançados nessa primeira fase são preliminares e traduzem uma realidade local. Há necessidade de melhor explorá-los em uma fase posterior desse programa da FAPESP, e, desse modo, contribuir para o desenvolvimento das políticas públicas de atenção integral à saúde de crianças em situação de risco social.

São por todos esses motivos que os proponentes desse Projeto

de Pesquisa – Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, Projeto Quixote e Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo – sentem-se satisfeitos com o produto final dessa primeira etapa e podem afirmar que todos os participantes saem desse trabalho transformados e mobilizados para a questão da atenção à criança em situação de risco social.

Convidamos a todos que lidam com essa problemática à leitura desse material e à atuação em conjunto.

Grato,

Nivaldo Carneiro Junior
Departamento de Medicina Social
da Faculdade de Ciências Médicas
da Santa Casa de São Paulo

SUMÁRIO

Introdução	11
Caracterização da Região	15
Processo Participativo	17
Resultados	21
Criança em situação de risco.....	21
Acesso aos serviços.....	30
O profissional de saúde.....	39
Rede.....	48
Políticas públicas.....	51
Discussão	53
Considerações finais	59
Depoimentos	63
Referências Bibliográficas	69
Anexo	71

INTRODUÇÃO

Cada vez mais, as políticas de atenção à criança em situação de risco enfrentam o desafio das precárias condições de vida em que estas se encontram, vivendo no cotidiano, muitas vezes, situações extremas de exclusão social, em que os direitos assegurados no Estatuto da Criança e do Adolescente não são respeitados (ECA, 1990).

Por situação de risco, entende-se a condição de crianças que, por suas circunstâncias de vida, estão expostas à violência, ao uso de drogas e a um conjunto de experiências relacionadas às privações de ordem afetiva, cultural e socioeconômica que desfavorecem o pleno desenvolvimento bio-psico-social.

Esta situação de risco acaba se traduzindo por dificuldades na frequência e no aproveitamento escolar, nas condições de saúde de forma geral e nas relações afetivas consigo mesmo, com sua família e com o mundo, tendo como conseqüências à exposição a um circuito de sociabilidade marcado pela violência, pelo uso de drogas e pelos conflitos com a lei. Muitas vezes estas experiências de vida facilitam dinâmicas expulsivas da família nuclear e da casa e o ingresso no circuito da rua e das instituições de abrigamento.

No campo da prevenção e do tratamento do uso de drogas observa-se que esta população é bastante vulnerável às circunstâncias da violência e do tráfico. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) estariam mais propensos ao abuso de drogas aqueles: sem adequadas informações sobre os efeitos das drogas; com saúde deficiente; insatisfeitos com a própria vida; com personalidade deficientemente integrada; e com fácil acesso às drogas (WHO, 1993).

Embora crianças em situação de risco façam parte de um grupo

com muitas necessidades, por suas condições de vida acabam tendo dificuldades de acesso aos serviços públicos existentes em seus bairros de origem, agravando a situação de risco em que se encontram.

Em levantamento realizado em 1999, entre instituições de assistência para crianças e jovens em situação de risco e/ou rua da cidade de São Paulo, técnicos e educadores referem que a rede de atendimento a esta população tem deficiências. Apontam a falta de articulação entre as instituições e a falta de vagas para abrigamento, tratamento de saúde nas áreas de saúde mental (problemas psiquiátricos, drogas, deficiência mental), ginecologia e odontologia como fatores que dificultam o atendimento desta população (LESCHER et al, 1999).

Para ser acessível, um serviço precisa oferecer atendimentos que são fáceis de se iniciar e manter, o que depende por um lado de características do próprio serviço, mas por outro das condições dos usuários para superar os diferentes obstáculos para atingí-lo, como os financeiros (transporte), espaciais, sociais e psicológicos (DONABEDIAN, 1980).

Segundo Owens e colaboradores (2002) existem três tipos de barreiras que dificultam o acesso aos serviços de saúde mental para crianças:

- Barreiras estruturais: falta de serviços, longas listas de espera, não cobertura de seguro, impossibilidade de pagar pelo atendimento, problemas de transporte, serviços inconvenientes.
- Barreiras relacionadas à percepção sobre os problemas de saúde mental: dificuldade dos pais, professores e profissionais de identificarem a necessidade de atendimento; negação da gravidade do problema; crença de que o problema não necessita de atendimento.
- Barreiras relacionadas à percepção sobre os serviços: falta de confiança, experiências anteriores negativas, falta de desejo da

criança em receber o atendimento, estigma de estar em tratamento.

A complexidade da atenção às crianças em situação de risco passa por repensar as práticas da saúde e da assistência social, na medida em que a forma como os serviços estão organizados e como os profissionais se relacionam podem facilitar ou não o acesso e a permanência no serviço. Nesse âmbito, a noção de acolhimento tanto da criança ou jovem, quanto do adulto que acompanha, seja ele um educador ou um familiar, ganha importância.

O acolhimento tem sido pensado como uma função institucional, muito mais do que um dispositivo de atendimento, como um grupo de entrada. Uma das características da função acolhimento é a disponibilidade do técnico na abordagem do paciente. Significa, por um lado, que o técnico valoriza seu próprio trabalho, acredita que ele tem sentido e que tem efeito sobre o atendido, e, por outro, indica que este técnico pode lidar com a angústia despertada pelo cliente, que transcende muitas vezes a sintomatologia fisiopatológica. No caso de crianças e jovens em situação de risco, justamente são as “patologias sociais” do desamparo das políticas públicas, as maiores geradoras da angústia e de impotência no técnico da saúde. Uma das saídas para se defender do enfrentamento desta impotência é justamente a não disponibilidade para o atendimento (PARADA, 2003).

Tais aspectos sugerem a importância de amparar o técnico da saúde, por meio da articulação com a rede de assistência social, valorizando suas dificuldades e potencializando suas ações.

A rede de apoio social e institucional é um dos fatores de proteção para a prevenção do uso de drogas apontado em pesquisas sobre resiliência (GARMEZY; MASTEN, 1985). Considerando a saúde de for-

ma global, possuir uma referência para atendimento baseado na confiança e no vínculo afetivo é fundamental para crianças e jovens por seu caráter de sujeito em desenvolvimento e por suas vulnerabilidades intrínsecas à situação de risco em que se encontram (ECA, 1990).

Para tanto, há necessidade de priorizar os problemas e as necessidades de saúde, como também as situações de risco, entendendo-os no contexto de vida de cada um e identificando as potencialidades de saúde da comunidade onde vive essa criança.

É de fundamental importância considerar o vínculo que se estabelece entre o profissional e o paciente, sendo que no atendimento à criança, o profissional deve estar atento para o relacionamento, com a díade (mãe-filho ou responsável-criança), pois com empatia, e promovendo vínculo de confiança, o profissional pode facilitar a adesão da criança e de sua família ao tratamento de saúde e com esta postura, propiciar uma participação mais ativa e de cooperação dos mesmos no seu processo de saúde e desenvolvimento.

Sozinho, o profissional médico torna-se impotente para dar respostas a todas essas demandas, que exigem novos olhares e saberes. É fundamental a participação de outros profissionais na construção de uma visão interdisciplinar.

CARACTERIZAÇÃO DA REGIÃO

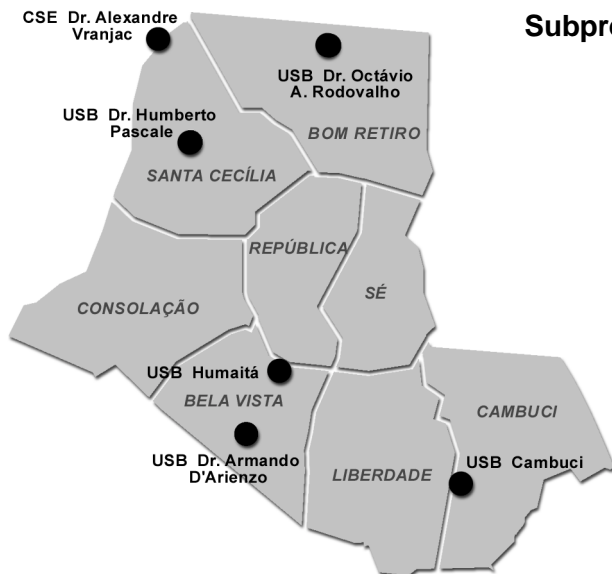
A região da Coordenadoria de Saúde Sé tem como área de abrangência os oito Distritos Administrativos da Subprefeitura da Sé, da Prefeitura do Município de São Paulo: Bela Vista, Bom Retiro, Cambuci, Consolação, Liberdade, República, Santa Cecília e Sé.

A população moradora está estimada em 349.813 habitantes (SEADE, 2004), sendo que cerca de 30% correspondem à faixa etária infanto-juvenil. Todavia, outros segmentos populacionais utilizam essa região para o trabalho, lazer e serviços em geral, constituindo-se numa gama variada de indivíduos e grupos sociais heterogêneos que demandam atendimento para os serviços públicos locais, particularmente os da saúde.

A rede básica de saúde da Coordenadoria é composta por seis unidades, inseridas nos micro territórios locais, desenvolvendo ações de assistência à saúde nas áreas de atendimento à criança, adolescente, mulher, adulto e idoso, incluindo as atividades de vigilância epidemiológica e de promoção à saúde. No conjunto dessas unidades temos 14 equipes do Programa de Saúde da Família (PSF).

As Unidades Básicas da região são:

- 1) Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bom Retiro. Área de abrangência: parte do Distrito Administrativo do Bom Retiro. Unidade exclusivamente composta por três equipes do PSF.
- 2) Centro de Saúde Escola Barra Funda. Área de abrangência: territórios dos Distritos Administrativos da Barra Funda, parte do Bom Retiro e parte da Santa Cecília.
- 3) UBS Santa Cecília. Área de abrangência: Distritos Administrativos da Santa Cecília, da Consolação e parte da República. Essa unidade não tem equipe do PSF.



Subprefeitura da Sé



4) UBS Nossa Senhora do Brasil. Área de abrangência: parte do Distrito Administrativo da Bela Vista, parte da Consolação e da República.

5) UBS Humaitá. Área de abrangência: Distritos Administrativos da Sé, da Liberdade e parte da Bela Vista e da República.

6) UBS Cambuci. Área de abrangência: territórios dos Distritos Administrativos do Cambuci e parte da Liberdade.

Além da atenção básica temos na região os seguintes serviços municipais: Centro de Referência à Saúde do Trabalhador, Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Centro de Triagem e Aconselhamento para DST/AIDS, Serviço de Atendimento Especializado em DST/AIDS, Pronto Socorro e um Hospital Infantil de nível terciário.

Outros serviços de saúde da rede estadual, filantrópicos e conveniados pelo Sistema Único de Saúde também estão presentes na área, como o Hospital de Referência para Mulher, o Hospital da Santa Casa de São Paulo, o Hospital da Beneficência Portuguesa, entre outros.

PROCESSO PARTICIPATIVO

Para realizar este estudo exploratório foi construída uma metodologia participativa com profissionais de saúde diretamente envolvidos no atendimento à criança em situação de risco de Unidades Básicas de Saúde.

Esta abordagem foi escolhida para que o processo de exploração do tema da pesquisa já gerasse significado para os participantes, sensibilizando e aprimorando as ações. Por outro lado, esta abordagem implicou em alguns limites, já que os profissionais participantes não eram pesquisadores.

Público alvo

Este estudo contou com um grupo de 25 profissionais de saúde de 06 Unidades Básicas de Saúde, das seguintes especialidades: agente comunitário de saúde, assistente social, assistente de gestão de políticas públicas (AGPP)¹, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, psicólogo, médico.

Estes profissionais participaram voluntariamente, com autorização de suas gerências, no horário de trabalho. Foram realizados 14 encontros semanais de trabalho durante quatro meses, sempre no mesmo dia e horário de semana, tendo sido cumprido rigorosamente o cronograma previsto, para facilitar a participação dos profissionais. Estes profissionais, previamente sensibilizados, elaboraram um questionário e entrevistaram outros 52 profissionais das mesmas unidades de saúde.

¹ Nova designação para ATA - auxiliar técnico administrativo.

Processo

Formação do grupo de trabalho

O processo de pesquisa iniciou-se com a sensibilização das gerências de saúde e dos profissionais destas unidades através de reuniões nas unidades para apresentação e convite aberto a todos os profissionais que trabalham com crianças.

Os interessados preencheram um cadastro de inscrição e formaram o grupo de trabalho, com 25 profissionais de 05 unidades entre as 06 convidadas.

Oficinas de sensibilização

Inicialmente foram realizadas 05 oficinas temáticas para sensibilizar e promover a troca entre os profissionais, criando um terreno comum conceitual e o mapeamento do objeto de estudo.

Os temas das oficinas foram:

- a criança em situação de risco
- conceito de risco
- desenvolvimento infantil
- limites da prática profissional e políticas públicas
- rede

A metodologia utilizada nas oficinas consistiu em trazer vídeos ou situações concretas do cotidiano, propor discussões e reflexões a partir destes disparadores e finalizar com suportes teóricos.

Durante as oficinas, as discussões foram anotadas pelos pesquisadores, gerando um documento que era relido no início da oficina seguinte.

Sub-Grupos de trabalho

Após as oficinas, o grupo foi dividido em quatro subgrupos para resgatar as questões levantadas durante as discussões. Cada sub-grupo leu as anotações dos pesquisadores sobre as oficinas e retirou deste material as principais questões, buscando problematizá-las e entendê-las, mas não respondê-las.

Este trabalho gerou quatro listas de perguntas, que foram agrupadas em blocos temáticos:

- bloco definição da criança em situação de risco
- bloco acesso desta criança aos serviços
- bloco dificuldades do profissional de saúde
- bloco rede de atendimento
- bloco políticas públicas

A partir desta matriz, as perguntas foram transformadas em um questionário (anexo).

Definiram-se critérios para a escolha dos sujeitos a serem entrevistados: cerca de 10 profissionais de cada uma das 06 unidades do centro (incluindo a unidade que não participou do processo), de nove categorias profissionais, de acordo com a existência deste profissional na unidade (já que em algumas unidades as vezes o único profissional de uma categoria já era do grupo de trabalho). Os profissionais entrevistados deveriam atender crianças e foram sorteados quando havia mais de um em sua categoria.

Os profissionais participantes do grupo de trabalho foram treinados para serem entrevistadores. Foi realizada uma aplicação piloto para teste do questionário com profissionais do próprio grupo.

Os entrevistadores foram distribuídos entre as seis unidades, sendo que cada um aplicou cerca de três questionários, em sua própria unidade na maioria dos casos, buscando entrevistar profissionais de categorias diferentes da sua. O entrevistador fazia a pergunta e anotava as respostas do entrevistado.

Tabulação e análise

Os questionários foram digitados, tabulados e discutidos em subgrupos. Os pesquisadores organizaram os dados, sistematizando as discussões e transformando em textos as informações.

Preparação do seminário e avaliação

O grupo organizou a divulgação dos dados, através de um seminário aberto, já como uma estratégia de articulação dos parceiros envolvidos e como uma forma de devolutiva para os profissionais entrevistados. O seminário foi realizado em 15/09/2004 e contou com representantes do poder público da saúde e da área social, além de representantes de organizações não governamentais (ongs).

Durante este processo, as principais indicações do estudo foram apontadas e o grupo avaliou a sua participação.

RESULTADOS

Profissionais entrevistados

Foram entrevistados 52 profissionais de 06 Unidades Básicas de Saúde da Subprefeitura da Região Sé. Estes profissionais têm em média 40 anos e são em sua maioria do sexo feminino (79%). Cerca de 15% trabalham na função atual há menos de um ano; já entre um e quatro anos, trabalham 57% dos profissionais e há mais de nove anos, cerca de 15% dos entrevistados.

As categorias profissionais entrevistadas foram: agente comunitário de saúde (ACS), assistente social, assistente administrativo, auxiliar de enfermagem, diretor de unidade, enfermeiro, médico generalista, médico pediatra e psicólogo.

Bloco 1: A criança em situação de risco

Os profissionais elencam diferentes características para descrever o que entendem por situação de risco. Parece ser uma definição difícil, bastante relacionada a privações de ordens diversas ou a necessidades básicas não atendidas. Citam as baixas condições sócio-econômicas como pobreza, falta de saneamento básico, desemprego, exclusão social, como elementos presentes na vida de crianças em situação de risco.

O local de moradia é uma referência presente em muitas respostas: moradias precárias, ambientes insalubres, morar em favelas, cortiços, viadutos ou mesmo na rua ou ainda não ter uma moradia fixa.

A exclusão social ou as más condições de vida são ainda descritas com muitas referências a privações como falta de escola, falta de alimentação adequada (fome, desnutrição), além da falta de lazer e cultura, vestuário, assistência médica ou medicação e segurança.

*“Famílias que vivem em **habitações irregulares**, como habitações coletivas, prédios invadidos, em situação de rua, albergues. Que são desprovidas de qualquer condição de subsistência. Sem infraestrutura de higiene, alimentação, educação (escola), saneamento básico”.*

*“É a criança que não lhe dão boas **condições de uma vida digna**: moradia, alimentação, convívio familiar saudável, escola. Ou seja, boas condições que a família e o próprio Estado devem lhe assegurar”.*

*“Crianças que não tem suas **necessidades básicas** atendidas: alimentação, moradia, higiene, escola, que não têm acesso, sem condições de frequentar escola”.*

O segundo grupo de argumentos utilizados para descrever situação de risco diz respeito à família. Falam de falta de estrutura familiar ou famílias desestruturadas ou desorganizadas, muitas vezes sem precisar o que entendem por isso. Outras vezes, falam que a família não fornece proteção ou que não há vínculos familiares, ou atenção dos pais. Os pais às vezes aparecem como despreparados, com muitos filhos, envolvidos com uso de drogas ou excluídos e também em situação de privação. Outras vezes, o adulto é visto como explorador ou abusador e a definição de situação de risco passa pela exposição à violência, maus tratos ou negligência.

Outras situações de risco são apontadas como possuir alguma patologia, realizar trabalho infantil, como a venda de balas nos faróis ou ainda esmolar, o uso de drogas e a marginalidade.

*“Criança que, por algum motivo, pertença a **famílias que não têm acesso aos direitos humanos** e à cidadania ou crianças sem família ou por algum motivo sem vínculo familiar. Em geral é um processo”.*

“Quando os pais não oferecem uma situação financeira, afetiva e psicológica”.

*“Criança que pertence à família de nível sócio econômico baixo, moradia precária, pais ou **cuidadores desempregados, desestabilizados**”.*

*“Crianças que não têm o amparo afetivo educativo de **adultos que se responsabilizam por elas** intimamente e plenamente. Os adultos que a cercam não se prestam e não cumprem esse papel, quando existem esses adultos. Em outros casos não existem esses adultos”.*

*“Depois disso vem a **violência dentro de casa**. Na minha área até tenho casos de violência. Há dois tipos de violência: aquele que espanca, e outro que é abuso de poder e acham que estão educando”.*

*“É uma criança de rua que **abandona o lar** por maus tratos”.*

*“Crianças que vivem em ambientes que existem fatores que **ameaçam sua integridade** física e/ou psíquica ou que de fato estão sendo vitimizadas (emocionalmente, fisicamente ou sexualmente)”.*

*“Os pais colocam essas crianças nas vias públicas para pedir **esmolas**. Várias vezes foram atropeladas por carro. Ficam debaixo do minhocão da Amaral Gurgel”.*

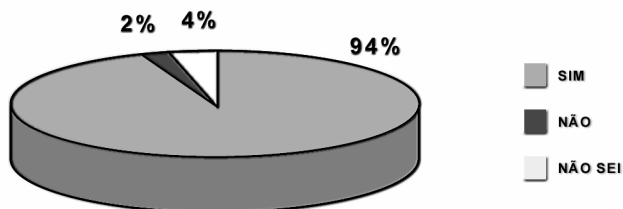
*“É a pobreza, criança desnutrida. Falta de escola, maus tratos visíveis ou não. Criança sozinha em casa, sem o adulto presente. **Criança que trabalha** ou vive pedindo”.*

Os profissionais traçam, portanto, um quadro complexo, em que pesam as más condições de vida associadas a mecanismos de privação de direitos básicos e um apoio familiar e social frágil.

A chegada da criança ao serviço

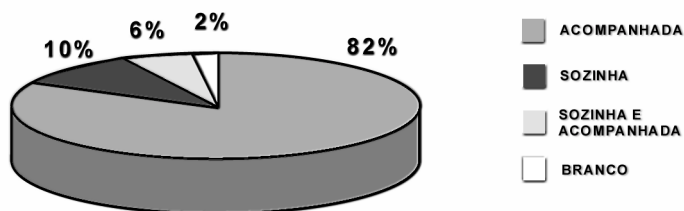
A maioria dos profissionais entrevistados afirma que suas unidades atendem crianças em situação de risco. Apenas um diz não atender e dois não sabem referir.

A sua Unidade atende crianças em situação de risco? (n=52)



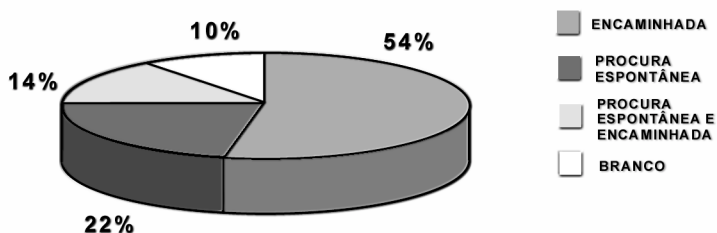
Estas crianças chegam ao atendimento, em 82% dos casos, acompanhadas e mais da metade delas trazidas por parentes, cuidadores ou profissionais de instituições. Apenas em 10% das respostas a indicação é de que a criança chega sozinha ao serviço. Há ainda poucas referências a virem acompanhadas por vizinhos, agente comunitário de saúde ou amigos.

Como esta criança chega ao atendimento? (n=49)



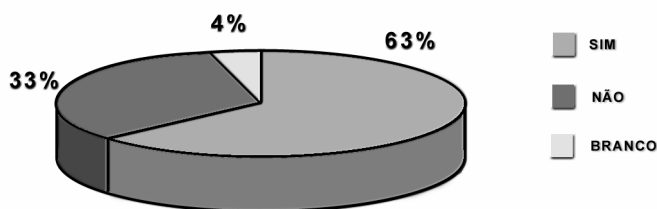
Em 22% (n=11) dos casos a procura é espontânea. Já em 54% dos questionários os profissionais referem que esta criança vem encaminhada de outros serviços ou instituições como casa de acolhida ou abrigos (27%), escolas (24%), serviços de saúde (17%), por educadores de rua (16%). Em 15% dos questionários foram referidos outros tipos de encaminhamentos como agente de saúde, conselho tutelar, líder comunitário, pais e vizinho.

Como esta criança chega ao atendimento? (n=49)



Os profissionais referem que estas formas de chegada ao serviço podem interferir no atendimento, sendo que 63% respondem que a forma facilita.

A forma como a criança chega facilita o atendimento? (n=49)



Vir acompanhada ou encaminhada por outro serviço são considerados facilitadores. Os motivos levantados como facilitadores com relação ao vir acompanhada são: ter um adulto que acompanhe, saber informar melhor o problema da criança, facilitar o vínculo da criança com o serviço, ter um adulto que assuma a responsabilidade do seguimento.

Quando a criança vem encaminhada é considerado facilitador o fato de já vir com o problema mais definido, principalmente se vier de outros profissionais de saúde. O contato com outras instituições que encaminham também aparece como um facilitador. Outro aspecto apontado é o fato da criança ser atendida logo, quando identificada como em situação de risco, mesmo sem agendamento prévio.

Alguns argumentos considerados facilitadores, como por exemplo, a presença do acompanhante, às vezes também aparece como não facilitadores. Um profissional citou que, às vezes, o acompanhante não é a pessoa que convive com a criança em situação de risco e não tem as informações adequadas. Também referem dificuldades com relação a

chegar sem agendamento e querer ser atendida de imediato.

Outros profissionais dizem que a forma de chegada não facilita, pois as crianças chegam com problemas graves, alguns acham que é indiferente.

*“Porque a pessoa que está trazendo já tem uma **percepção da necessidade** de ajuda”.*

“Porque é importante que ela tenha um adulto para acompanhá-la a fim de dizer o que está sentindo, pois se levar algum procedimento o adulto é responsável por isso”.

*“Já vem com uma identidade, com o **problema encaminhado**. Temos certeza de resposta pós-tratamento”.*

*“Porque vindo com esse responsável facilita a interação com o novo serviço, se sente protegida para adentrar esse estranho mundo, **facilita o vínculo**”.*

“Por que se ela está em situação de exclusão, ela vai ser atendida no momento que chega”.

*“Quando vem encaminhada por casa de acolhida ou por educadores de rua, esta criança tem certa **prioridade** em caso de atendimento”.*

*“Não facilita, pois, vem sempre sem marcar consulta e com necessidade de passar no dia. Ficam impacientes e **não querem aguardar** a vez”.*

“Vem com demanda espontânea, sem agendamento, com higiene precária”.

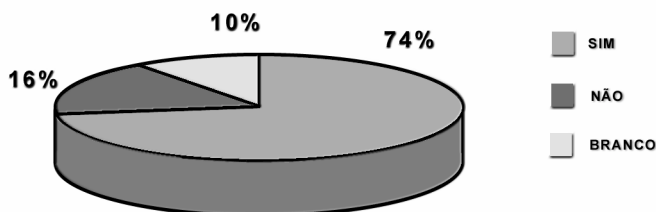
“Mais ou menos, depende de como ela chega, horário, gravidade da situação”.

*“Não facilita, pois a pessoa que traz **não é a pessoa que convive com ela**, portanto não tem as informações adequadas”.*

“Já chega na unidade num estágio de **doença avançada**, quando a prevenção poderia evitar tudo isso”.

Motivos de consulta

Você atende crianças em situação de risco? (n=52)



Cerca de 74% dos profissionais dizem atender crianças em situação de risco, sendo que a maioria consegue definir aproximadamente o número de crianças atendidas nos últimos dois meses (junho e julho). Apenas 16% referem não atender. Entre os motivos alegados para o não atendimento, destacam o fato de não atender crianças, não receber encaminhamentos e, em um caso, a inexistência de crianças em situação de risco na área em que atua.

Com relação às queixas trazidas para o atendimento, os profissionais traçam um quadro de crianças com múltiplas queixas, destacando-se as queixas clínicas e as relacionadas às condições sociais. Entre as queixas clínicas, os profissionais relacionam quadros agudos como problemas respiratórios, problemas dermatológicos, gastrointestinais, verminoses, dor, acidentes, desnutrição, ou ainda busca por consultas em especialidades como odontologia, embora citada poucas vezes. Além das queixas agudas, trazem como motivos de busca de atendimento a

vacina e questões de saúde mental, principalmente comportamentos agressivos e dificuldades de aprendizagem.

*“Os **problemas de saúde**: febre, diarreia e desnutrição”.*

*“**São várias**. Pediatria em geral. - mal estar, fraqueza, diarreia, vômitos, emagrecimento, queixa odontológica e até para psicologia”.*

*“Criança que não come, não tem interesse pela escola, **políquelxosa**, dores, cabeça, barriga e pernas”.*

Entre as queixas sociais destacam-se as relacionadas à violência, como maus tratos, espancamento, abuso sexual ou ainda moradia precária ou falta de escola. Muitas vezes, as queixas estão misturadas e as questões clínicas aparecem como conseqüências das queixas sociais: falta de informação, falta de estrutura, não confiar em ninguém. Em algumas respostas, os motivos trazidos para o atendimento são questões clínicas e sociais associadas.

*“Muita coriza, **devido ao ambiente sujo**, muitas pessoas moram num quarto”.*

*“Más condições de moradia, **desnutrição por não terem o que comer** ou falta de orientação que moram na rua. Infecção de vias aéreas, feridas pelo corpo (lesões)”.*

*“Falta de informação. Falta de conhecimento. **Falta de educação** (parasitoses, desnutrição, iniciação sexual precoce, uso de drogas intenso e precoce)”.*

“Estou tentando trazer essas crianças, um dos casos acredito ser violência sexual. O motivo acarreta vários problemas de saúde”.

Quando indagados sobre que outras queixas são observadas no atendimento, além das que motivaram a procura pelo serviço, alguns profissionais citam outras questões clínicas como problemas alimentares/desnutrição, atraso vacinal, problemas de saúde bucal, lesão de pele. Cerca de metade das queixas observadas são de ordem social, como problemas com estrutura familiar, abandono, violência, falta de cuidados, carência afetiva, falta de lazer.

Bloco 2: Acesso de crianças em situação de risco às UBSs

A questão do acesso pode ser estudada pelas suas diferentes dimensões – disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade. Para efeito dessa pesquisa a dimensão acessibilidade – como o serviço organiza seu processo de trabalho para atenção à saúde da população e/ou de determinado grupo populacional – foi a mais explorada.

Em geral, o fluxo de atendimento à criança nas seis UBSs é semelhante. Pode-se agrupar três grandes setores dentro da unidade nos quais a criança é atendida:

Recepção – nesse local são dadas informações gerais e sobre o atendimento da unidade ao usuário, faz-se matrícula, encaminhamento dos casos para setores internos e agendam-se consultas.

Enfermagem – Às vezes chamado de “acolhimento”, “triagem”, “pré-consulta”. Nesse setor trabalham o auxiliar de enfermagem e o enfermeiro, realizando-se os procedimentos de enfermagem, dando condutas ao caso, que podem direcioná-los ao atendimento interno na unidade – médico, serviço social, vacina, psicologia, recepção... - ou encaminhá-los para outros serviços – pronto socorro, outra UBS, equipamento social, entre outros.

Atendimento com outros profissionais e/ou outros setores – em geral,

esse atendimento é com o médico, seguido pelo serviço social.

Percebe-se que, em geral, o fluxo de atendimento na UBS privilegia os casos agendados, embora se atenda as crianças que chegam com demanda espontânea.

Há uma entrevista que reconhece nesse fluxo a necessidade de um momento em que se pudesse melhor orientar à família.

Quando a UBS tem a modalidade tecno-assistencial Programa de Saúde da Família (PSF), esse fluxo se altera. O acolhimento ocorre no interior da equipe, ficando restrito, principalmente, entre o agente comunitário de saúde (ACS) e o enfermeiro. O setor de Recepção não é mencionado nesses casos.

*“Recepção, **acolhimento**, médico, especialidades se necessário (serviço social e psicologia)”.*

*“(1º) recepção, pergunta queixa, coloca o horário de chegada e manda para **triagem**; (2º) auxiliar enfermagem, **colhe história** de como começou, há quanto tempo e se está sendo medicado, verifica peso, temperatura e pressão; (3º) enfermeira, exame físico, ausculta e se possível medica, se não encaminha ao médico; (4º) médico, avalia encaminha para exames, medica e orienta; (5º) técnico de farmácia, fornece medicamento e orienta uso”.*

*“Balcão de atendimento – agendamento médico. As consultas são sempre agendadas com antecedência, num limite de 16 ao dia. As **vagas de urgência** do dia são dadas conforme falta ou atraso dos agendados”.*

*“Recepção, prontuário caso seja cadastrado, encaminhado à enfermagem (caso a **criança não seja da área** e não for atendimento de urgência, a criança é encaminhada para o posto que atende esta criança) auxiliar, recebe a queixa, pressão, temperatura e passa pela enfermeira, avalia a criança e orienta e encaminha à médica”.*

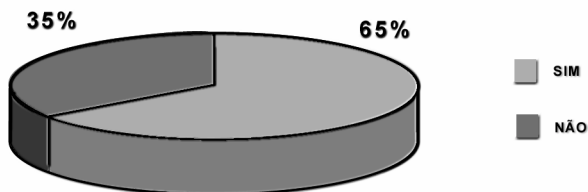
“Passa na recepção (ATA), vai para o médico (pediatra). Falta uma pós consulta porque as mães saem confusas, não lembram tudo que o médico falou”.

“Passa pela recepção, as encaminhadas ou não, onde são atendidas e é dada uma resolução (se serão atendidas no dia ou agendadas). No caso de PSF, os agentes já agendam com o enfermeiro para dar um parecer; se precisa do médico ou não”.

Fluxo de crianças em situação de risco social

A maioria dos entrevistados afirma que o fluxo de atendimento de criança em situação de risco social é o mesmo das outras crianças atendidas pela unidade.

O fluxo de atendimento de crianças em situação de risco é o mesmo? (n=52)



Quando referem diferenças nesse fluxo, estas dizem respeito a uma maior agilidade no atendimento dessa criança, isto é, atendimento sem agendamento prévio, não necessitando ter matrícula na unidade, bem como não pertencer à área de abrangência da mesma. Os profissionais referem que, em geral, essas crianças não comparecem às consultas de retorno; vêm quando tem alguma necessidade, diferenciando-se, portanto, das demais crianças que não se enquadram nessa categoria.

Neste fluxo a atuação do serviço social é evidenciada. A atitude diferenciada do profissional da Unidade frente ao atendimento dessa criança é apontada por um dos entrevistados.

Em uma Unidade aparece o fluxo de encaminhamento dessas crianças para o atendimento em Pronto Socorro, pois se privilegia a rotina do agendado.

*“São sempre **atendidas no dia** que procuram o serviço, independente de estarem agendadas”.*

*“Nós podemos atender **mesmo sem matrícula**, sendo um risco social”.*

“Se não for da região pode ser aberta a matrícula para atendimento, se veio sozinha encaminha-se para o serviço social para avaliar dinâmica familiar”.

“São encaminhadas do balcão de agendamento para o serviço social. Assistente social escuta e encaminha aos devidos recursos”.

*“Difere, pois o profissional **trata com diferença** por ser criança em situação de risco social”.*

“Aqui é tudo com consulta marcada. A recepção não abre carteirinha para criança, normalmente chama a enfermeira. É atendida de qualquer jeito. Normal é que vá para o pronto socorro”.

Facilidades

Explorando melhor as características desse fluxo no atendimento de criança em situação de risco social nas UBSs pesquisadas, foi perguntado se o profissional identifica facilidades nele. A maioria das respostas diz respeito à agilidade no atendimento e à diminuição da burocracia. Outro componente identificado como elemento facilitador é a ati-

tude do profissional. Também é apontada a necessidade da atuação de vários profissionais nesse tipo de atendimento.

A atuação do PSF, particularmente do agente comunitário de saúde, é pontuada como facilitador no fluxo de atendimento. Outro elemento facilitador, não necessariamente vinculado ao fluxo dentro da unidade de saúde, é a presença de uma instituição que cuida dessa criança e a sua relação com a UBS.

“Não tem espera, não permanece muito tempo em fila, em espera”.

*“Um olhar mais atento. A percepção de que esta criança de risco social precisa ser atendida mais **rapidamente**”.*

“Na matrícula não é exigido documento e o horário flexível de atendimento”.

“Habilidade das enfermeiras, assistente social, algumas auxiliares de enfermagem e alguns médicos”.

*“A principal facilidade é **o olhar de quem atende**, principalmente pediatras, em identificar não somente problemas clínicos, mas sociais, e encaminhar para o serviço social”.*

“Porque a equipe trabalha em conjunto, em equipe, um ajudando o outro”.

“A facilidade é do agente de saúde estar entrando na casa e vendo a situação de vida destas crianças”.

“Se a criança está dentro de uma instituição de cuidados facilita o acompanhamento e o tratamento”.

*“**Há um acordo** com as casas que cuidam de crianças de rua e a UBS, no qual essas crianças serão atendidas o mais rapidamente possível, assim que for solicitado atendimento na UBS”.*

Barreiras

As barreiras que os profissionais identificam no fluxo de atendimento relacionam-se principalmente a três aspectos:

1) ao serviço – é a mais referida nas entrevistas. A falta de estrutura física nas unidades é freqüente nas respostas, como também o grande número de atendimentos do profissional médico. A carência de equipamentos de referência e da própria rede social de proteção também foram bastante referidos. Fatores ligados à organização interna do fluxo aparecem como limitantes, principalmente os procedimentos relacionados à situação de violência. Destacam-se respostas que defendem a necessidade de lugares específicos para o atendimento de crianças em situação de risco social dentro das UBS. Uma resposta diz respeito à oferta de serviços inexistentes na UBS, mas que são oferecidos no Pronto Socorro, o que atrai essas crianças pela possibilidade em atender outras necessidades (banho, comida, etc.).

“Falta de espaço físico”.

*“Não há estrutura adequada numa UBS. O principal problema é que não tenho disponibilidade para atendê-las; já tenho minha agenda bem cheia e quando tenho que encaixá-las há **sobrecarga** e atraso no meu atendimento”.*

“Aqui dentro da Unidade não há barreiras, o difícil é quando precisa de atendimento fora e não tem, complica”.

*“Número reduzido de profissionais, falta de **discussão** sobre o que é criança em situação de risco social”.*

“Não há integralidade no fluxo, pediatra e assistente social”.

“Dificuldades na rede de saúde, na rede assistencial e na rede educacional. Também a in experiência dos conselhos tutelares. Dificuldade da justiça em trabalhar junto com a rede”.

*“O tumulto, muitas pessoas disputando a vez na fila do agendamento, isso gera certa **repulsa na criança**. Talvez devesse haver uma pessoa, não atrás do guichê, para acolher essa criança e levá-la a uma sala agradável”.*

“As crianças de rua não vêm no posto, procuram mais o pronto socorro, porque lá tem comida, tem banho; se for preciso, ficam lá para dormir; tem roupa limpa. E a assistente social encaminha. As outras da favela, não tem barreiras porque vêm com os pais”.

2) ao profissional de saúde – estas barreiras dizem respeito à falta de capacitação, como também a atitudes e comportamentos diante dessas crianças. Chama atenção em uma das entrevistas, a limitação da atuação do profissional médico no atendimento dessas crianças.

*“**Falta de preparo** do profissional no atendimento destas crianças; um olhar mais apurado para o entendimento das questões desta criança, pré-conceito”.*

*“**Medo** dos profissionais de se envolverem no caso”.*

*“Profissionais que não tem muita **paciência** e que não gostam de atender”.*

3) à criança e sua família – A falta de acompanhantes, de documentos, assim como a dificuldade de acompanhamento, também são referidas como barreiras.

“Falta de documento, registro. Não tem endereço fixo”.

*“Crianças em situação de risco social não se comunicam espontaneamente. Não sente confiança. Sempre **desconfiada**”.*

*“Os pais não colaboram porque têm **vergonha ou medo**. Não contam a verdade”.*

“Os pais devido ao trabalho dizem que não tem tempo para acompanhar o desenvolvimento da criança no consultório. Outra é a forma de vida que é precária”.

Setor que mais atende

Os profissionais da Unidade referidos como os que mais atendem crianças em situação de risco social são em primeiro lugar o médico, seguido pelo assistente social e a enfermagem. Os profissionais citam ainda o PSF, o acolhimento, a recepção, a saúde mental e educadores. Nota-se uma diferença em relação ao fluxo descrito anteriormente, pois neste, a enfermagem é sempre referida e aqui, ela aparece apenas em um segundo momento. Chama a atenção que a recepção é citada só em uma das entrevistas, embora apareça no fluxo como primeiro momento de contato com essa criança.

Adesão

A maioria dos profissionais afirma que esta criança adere ao atendimento (48%), sendo que 15% referem não saber.

“As que vivem em instituições aderem. As que vivem sem residência fixa não procuram com frequência”.

“Nem sempre aderem, porque depende de como atua a instituição que encaminha, depois do retorno, porque é preciso trazer à unidade”.

Dentre os mecanismos que facilitam essa adesão temos referências à presença das famílias, ao fato das crianças estarem institucionalizadas, a busca de resolução para uma queixa aguda ou um tratamento específico. A organização e o tipo de atendimento dado na Unidade também são apontados como facilitadores, destacando-se, como um dos principais aspectos, o trabalho em equipe.

Um mecanismo proposto para favorecer a adesão dessas crianças é o desenvolvimento de ações pró-ativas pela UBS, para fora dos “muros”, inserindo-se na comunidade e desenvolvendo ações intersetoriais.

Também foram referidas: a utilização de atrativos específicos, que serviriam de estímulo ao retorno e a criação de um espaço próprio para o atendimento dessas crianças, separando das demais que não são caracterizadas como de risco social.

*“Elas procuram para serem atendidas em relação a suas **queixas de saúde**”.*

“Estar acompanhado por um educador ou por uma entidade. As crianças precisam de coordenação; precisam de um lugar e isto elas não têm”.

“Um bom acolhimento pelos diferentes setores e possibilidade de fazer busca ativa”.

*“O que pode facilitar é o **vínculo com os profissionais envolvidos no atendimento**, isto é, trabalho em equipe”.*

“Profissionais da saúde orientando sobre higiene, trabalhando com os pais, os agentes de saúde também visitando e orientando”.

*“**Um olhar mais apurado de todos** os profissionais que atendem esta criança. Sensibilizar toda a equipe no atendimento destas*

crianças. Normalmente se tem uma visão de que a responsabilidade do paciente e a resolutividade do caso está nas mãos do profissional de saúde ou na unidade de saúde. No entanto a adesão ao serviço também depende do usuário, que não se responsabiliza pelo seu processo”.

“Realizar grupos para incluir as crianças na unidade promovendo **palestras** com assuntos de seu interesse com regularidade”.

“Haver maior intervenção **fora da unidade** em grupos de jovens, escolas, clubes, baladas”.

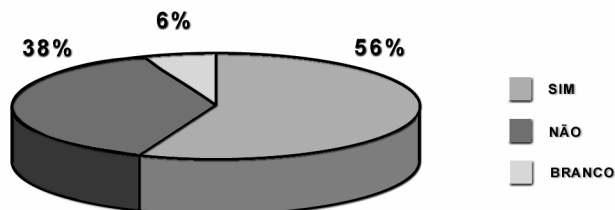
“O serviço indo para as ruas em pontos estratégicos facilitar o atendimento na unidade não deixar esperando tanto, os médicos se sensibilizarem no atendimento de casos de exclusão”.

“Seria necessário **algum atrativo para criar vínculos**; algum retorno próximo; alguma prenda”.

“Elas encontrarem semelhantes na unidade, daí a importância de virem crianças em grupos e de instituições, para não se sentirem sozinhas. Um espaço de acolhida para elas que quebre o “protocolo” do fluxo. Criar uma área para elas se sentirem à vontade, num lugar agradável, com **um lanchinho**”.

Bloco 3: O Profissional de Saúde

Você se sente capacitado para atender crianças em situação de risco? (n=52)



Mais da metade dos profissionais entrevistados (n=29) consideram-se capacitados para o atendimento de crianças em situação de risco social. Entre estes profissionais, a maioria refere ter experiência ou ter passado por curso, capacitação ou formação profissional. Também foram freqüentes respostas baseadas na disponibilidade pessoal (empatia) e por não fazer distinção das outras crianças. Alguns profissionais justificaram sua resposta por conseguir identificar a criança em situação de risco, outros por contar com o auxílio de outros profissionais no atendimento. Ainda foi referida a utilização da rede de retaguarda. Apesar de sentirem-se capacitados, alguns profissionais julgam ser necessária uma capacitação para melhorar o trabalho.

*“Porque **não farei nenhuma distinção**, somos todos seres humanos”.*

*“Talvez por já trabalhar faz tempo, aprendi a perceber/desconfiar. Também porque tem uma hora que chega no seu limite. Tem coisa que é necessário **retaguarda**. Precisa de **capacitação** para trabalhar melhor”.*

“Fui treinada para atender determinados tipos de risco, no caso tento detectar ao máximo e o que não cabe a mim sigo a hierarquia - enfermagem e médico”.

*“Eu não penso só em mim, **procuro sentir** o que a criança sente (empatia)”.*

*“Já **tenho uma experiência** de trabalho com a população de rua, trabalhos e formação. Na nossa unidade há troca e opiniões entre profissionais, havendo, portanto discussão de casos o que facilita o atendimento”.*

Entre os profissionais que não se sentem capacitados (n=20), a maioria acha necessário que haja uma capacitação. Vários justificam a resposta por não conseguir solucionar o problema da criança. Alguns profissionais referem falta de disponibilidade pessoal para trabalhar com esta população, assim como falta de estrutura psicológica para tal. São referidas ainda falta de articulação interprofissional e a diferença na natureza dos problemas destas crianças. Outros fatores referidos foram: falta de rede, de equipe, de experiência, de tempo e desconhecimento legal e burocrático.

“Porque tem muitos casos em que a criança mora na rua, um dia fica em um lugar, outro dia está em outro, e as que moram em pensão, cortiço, só vem ao posto através das mães”.

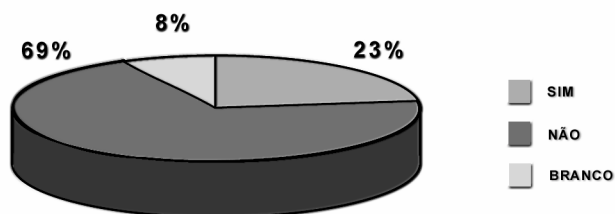
“Merece uma capacitação, algumas coisas são diferentes, precisa de treinamento, senti isso quando participou de um trabalho de assistência em situação de risco”.

“Na maioria não são crianças, mas sim adolescentes e com problemas como uso de drogas, uma realidade totalmente fora da minha rotina de pediatria. Não tenho nenhuma experiência e capacitação para isto”.

“Porque não me sinto capacitado em prestar atendimento para crianças que o problema orgânico vem de uma desorganização familiar persistente, onde você sabe que o problema orgânico vai voltar”.

“Porque não consigo atender sozinha, há também um grande envolvimento emocional”.

Você se sente pessoalmente satisfeito com o seu atendimento oferecido à criança em situação de risco? (n=52)



Apenas 12 profissionais sentem-se satisfeitos com o atendimento que oferecem às crianças em situação de risco social. Entre estes, a maioria refere fazer o melhor que pode. Vários referem ter uma grande disponibilidade pessoal para o atendimento desta população. Em algumas respostas, apesar de satisfeitos, observa-se menções ao fato de não conseguirem resolver o problema das crianças.

Algumas justificativas para a satisfação com o atendimento basearam-se no fato de não fazerem discriminação, conseguir fazer acompanhamento ou resolverem o problema relativo às queixas clínicas. Algumas respostas mencionaram encaminhamentos para a rede, fazer prevenção ou explicarem bem para os pais. Uma resposta citou a falta de rede.

“Faço o melhor que posso, mas, não consigo ajudar em tudo que deveria ou que a criança necessita, principalmente creche”.

*“Na medida do possível a criança é acolhida e resolvidas as questões médicas, **há algumas restrições** para resolver tudo”.*

“Faço um trabalho de palestras e visitas a essas famílias para prevenção. O atendimento na unidade é feito da mesma forma, com orientação pós consulta sobre conduta a ser tomada no lar”.

*“Faço um vínculo muito bom; e **sei dar amor** para estas criaturinhas que precisam tanto. Explico bem, sei conquistar a mãe, a criança é difícil”.*

Entre os profissionais que não se sentem satisfeitos com o atendimento que oferecem, a resposta mais referida foi o fato de não conseguirem solucionar o problema destas crianças. Muitos profissionais referiram a falta de capacitação, de articulação interprofissional, de troca com a rede e de condições na unidade. Outra justificativa encontrada foi o fato de acharem que poderiam fazer mais. Também foram mencionadas a falta de profissionais e de especialistas e a falta de acompanhamento destas crianças. Outras respostas foram: não fazer prevenção, falta de tempo, desconhecimento de meios legais e inexistência de programa específico. Alguns profissionais referiram não atender esta população.

*“Porque **o que é oferecido é ilusório**, por conta da realidade que eles vivem. Ex. como orientar a alimentação se ele não tem o que comer”.*

*“É apenas um atendimento emergencial, da queixa e não preventivo. Este atendimento seria mais bem feito num P.S. **A função da UBS é preventiva** e não se deve desvirtuar isto”.*

“Porque não tem como atender de forma adequada; Falta tudo”.

*“Totalmente não, porque **não consigo fazer o acompanhamento da evolução da criança para ver se o problema foi sanado e como estão indo as condições da criança**”.*

*“Gostaria de fazer uma visita, **estar mais próxima**, planejar ações que pudessem responder às necessidades dessa população”.*

*“Demora na solução, porque às vezes **o problema foge do alcance**. Por ex: desemprego, condições de moradia; demora também no atendimento às vezes na própria unidade, por falta de vagas”.*

Quando questionados sobre o que é preciso para facilitar o atendimento do profissional à criança em situação de risco social, a principal necessidade referida foi a de articulação interprofissional, tanto entre os profissionais que atuam dentro das UBSs, como da troca com outros equipamentos da rede. Muitos profissionais disseram necessitar de capacitação para este tipo de atendimento.

Observa-se em algumas respostas a defesa da existência de políticas públicas, de uma equipe ou de uma rotina específica para atendimento desta população. A necessidade de mais tempo e melhor espaço físico também foram freqüentes. Algumas respostas sugeriram melhorar o acolhimento e a recepção desta população, houve profissionais que referiram ser necessário melhorar a disponibilidade pessoal para este atendimento. Uma sugestão foi a criação de um banco de dados (de preferência informatizado) que auxiliasse na articulação da rede. Outras necessidades observadas foram: transporte, lazer, prevenção, acompanhamento, vínculo. Um profissional referiu não faltar nada.

“O transporte já facilitaria, vincular consulta com recebimento de alguma coisa ex: leite, comida”.

“Só teria sentido este atendimento em UBS se fosse preventivo, ou seja, para crianças que tenham interesse em se cuidar, que agendassem consulta de rotina e viessem acompanhadas de alguém responsável por elas, para quem se poderia fazer orientações sobre a saúde da criança e encaminhá-la para um tratamento multiprofissional”.

“Ajudaria um banco de dados de recursos sociais atualizados. Os recursos mudam muito. Um banco de dados de recursos sociais da comunidade e o trabalho em rede”.

“Melhorar a habilidade da recepção e aumentar o intercâmbio entre as entidades e a unidade”.

“É preciso um programa voltado para a criança em situação de risco social e treinamento dos profissionais”.

“Continuidade no atendimento e integração com outros profissionais”.

Quando questionados sobre o que é preciso para melhorar o atendimento da criança em situação de risco social em sua unidade são apontadas as mesmas características citadas anteriormente para a melhoria do atendimento do profissional. As respostas mais frequentes foram a existência de uma equipe especializada e a capacitação dos profissionais. Muitos profissionais mencionaram a necessidade de espaço físico para melhora do atendimento. Novamente, vários profissionais referiram necessidade de uma maior articulação interprofissional, e melhor troca com a rede. Algumas respostas sugeriram a criação de uma política pública específica, com propostas como a criação de vagas reservadas, melhor identificação destas crianças, melhor acolhimento ou recepção, melhor atendimento desta população, criação de grupos e acompanhamento. Ainda foram destacadas: a necessidade de prevenção, de uma maior disponibilidade, de planejamento, de trabalho de campo, aproveitamento das oportunidades e de mais tempo.

“Preparo para os profissionais. Condições de encaminhamento, para a criança. Aproveitamento do tempo de espera com lazer e educação”.

*“É preciso **mais tempo** no atendimento passar em uma triagem para identificar estas crianças e grupos específicos para elas”.*

*“Reservar uma vaga por semana, pelo menos, para garantir um agendamento rápido, mas que fossem agendadas para avaliação de rotina e não emergencial. Ter também **acesso rápido** de consulta com a saúde mental. O atendimento de urgência deveria ser feito no pronto socorro, melhor equipado para isto”.*

“Disponibilidade dos profissionais, o envolvimento dos mesmos e a **formação**. (Essa formação que muitas vezes não está voltada para esta criança)”.

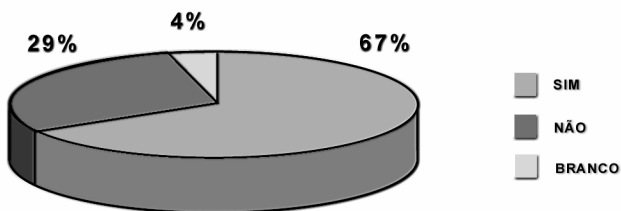
“Separar o atendimento até na recepção: criança do adulto”.

“Trabalho em equipe, **parcerias** com outros serviços e discussões sobre o que é criança em situação de risco social. Aumentar o número de profissionais e do espaço físico para o atendimento”.

“**Mais funcionários**. A demanda nos últimos seis meses cresceu muito, devido à abrangência da área, muitas vezes o atendimento é rápido, por causa do tempo e não conseguimos detectar tudo que seria necessário. Também pelo tempo ainda não foi aberto um grupo de palestras e orientações para melhor desenvolvimento da criança”.

“Ainda a demanda é pequena. Que elas identifiquem a unidade como **um lugar de confiança**. Que os funcionários estejam mais atentos para atender mais prontamente quando aparecerem essas crianças”.

Você discute os atendimentos de crianças em situação de risco em sua Unidade? (n=52)



A maioria dos profissionais refere discutir os casos de atendimento de crianças em situação de risco social com outros profissionais da sua Unidade (n=35). Entre estes, a maioria disse que esta discussão

melhora a articulação interprofissional e facilita encaminhamentos. Alguns profissionais julgam que as discussões contribuem para a resolução e acompanhamento dos casos. Alguns profissionais referiram contribuir de forma importante, sem saber precisar como, outros, citaram a discussão como um mecanismo de aprendizagem, reflexão e diminuição da angústia. Algumas respostas referiram haver discussão apenas com o serviço social. Um profissional referiu não contribuir em nada.

*“As discussões possibilitam que eu possa **refletir e intervir** de maneira mais adequada”.*

“Grande, pois os ACS fazem parte da comunidade”.

*“Ajuda a conhecer melhor o caso ver **o ponto de vista de outro profissional** e solucionar melhor o caso”.*

*“A discussão **ajuda no encaminhamento**, por exemplo, para o pediatra para a consulta”.*

“Discuto com assistente social e agentes de saúde, tentar que a queixa aguda se resolva e acionar os outros profissionais para ajudar a solucionar outros problemas”.

Entre os profissionais que não discutem os casos, as principais justificativas foram: falta de tempo, falta de disponibilidade pessoal, não haver rotina de discussão na Unidade. Alguns profissionais mencionaram que a discussão não soluciona o problema, que as opiniões são muito diferentes, que o vínculo destes pacientes é muito restrito e que não há vaga para a saúde mental. Alguns profissionais referiram não atender esta população.

“Não há espaço para discussão; não temos reuniões nem de pe-diatras. Seria muito eficaz se houvesse”.

“Geralmente a criança já vem direcionada para o problema pontu-al. Não há possibilidade de resolver os problemas porque a mora-dia destas crianças é precária”.

Bloco 4: Rede

Quando se pede que o profissional liste os recursos para atendi-mento às crianças em situação de risco social na área de abrangência de sua unidade, são citados: outras unidades de saúde (20%), entidades ligadas à defesa de direitos como Conselho Tutelar, CEDECA, SOS cri-ança, SOS carente (3%), organizações não governamentais (ongs) e en-tidades assistenciais (12%), abrigos e albergues municipais (11%), esco-las e creches (18%), centros de juventude ou educacionais (6%), progra-mas de fornecimento de alimentação (5%), esportes e lazer (3%). Cerca de 8% dos profissionais referiram desconhecer outros recursos em sua área.

Apesar de citarem vários recursos, há referências sobre a falta de vagas e integração com a saúde. Além disso, apenas 25 profissionais (48%) referem utilizar estes recursos. Entre os motivos elencados pelos que não utilizam outros recursos encontram-se: não necessitar destes, não conhecê-los, não considerá-los capazes de atender a demanda. Um profissional coloca ainda que são os outros recursos da rede que se utilizam da UBS.

“Hospital Menino Jesus (que a reclamação é muita!), creches da região (que nunca tem vaga)”.

“Porque as coisas não caminham, não tem resolução. Existem muitos locais (ongs) que lidam com criança de rua, não como as minhas que são caso de violência em casa”.

“Estes recursos é que nos utilizam”.

“Esse tipo de encaminhamento é feito pelo serviço social”.

Quanto ao uso de recursos fora da área de abrangência de sua unidade, 30 profissionais (57%) responderam não utilizar. Entre os que afirmam utilizar, a maioria cita equipamentos de saúde. Também foram citados Conselho Tutelar, ongs e instituições, assistência social, centros comunitários e educacionais.

Com relação à forma de relacionamento dos profissionais com estas instituições observa-se que entre os profissionais que tem algum contato com estes recursos, a maioria se dá através de telefone ou por encaminhamento escrito. Ainda são realizadas visitas e reuniões.

*“Não tenho contato direto. Sei de sua existência e de que temos que atender estas crianças no dia da procura à UBS. Mas não há a via contrária, ou seja, não tenho esta via rápida para encaminhar a criança. **É uma via de mão única.** Esperam de mim o atendimento, mas não oferecem nada, nem mesmo recursos para isto”.*

Os profissionais em sua maioria consideram não existir, na área de abrangência de sua unidade, um fluxo na rede de atendimento específico (59%) para criança em situação de risco social. Dentre os que responderam afirmativamente, as respostas, em sua grande maioria, citavam equipamentos utilizados como destino de encaminhamentos, sem que se caracterizasse um fluxo determinado. Poucos profissionais tentaram avaliar a qualidade deste fluxo, um afirmou desconhecer.

*“A rede existe, mas **não existe o fluxo**, depende da necessidade da criança e como utilizar”.*

*“**Funciona às vezes**. Porque a demora para o atendimento do paciente é tão longa, que há desistência da parte dos pais”.*

“É feito o encaminhamento para a instituição para que a criança seja atendida”.

“É feita de maneira informal”.

“Identificando o risco, aciona as ongs para o devido encaminhamento. Está difícil avaliar, pois este fluxo se iniciou recentemente, no início do trabalho”.

Alguns profissionais sugerem, para a melhoria do atendimento, a criação de um fluxo ou programa específico (no âmbito da unidade) ou de um serviço específico (no âmbito da rede), voltados especialmente para o atendimento de crianças em situação de risco.

Destaca-se a necessidade de divulgação e troca de informações, para que os serviços sejam conhecidos e a necessidade de integração intersetorial, com outros recursos governamentais e da sociedade civil. Além disso, foram citados investimentos em recursos, formação e capacitação, motivação do profissional, necessidade de contra-referência. A circulação das informações dentro da unidade e o lazer também aparecem como sugestões.

“Deve haver uma resposta para o encaminhamento feito para outros serviços”.

*“Profissionais engajados, melhor **divulgação** dos programas existentes e espaço físico”.*

“Boa vontade das pessoas envolvidas. A falta de boa vontade nos profissionais acaba afastando os pais”.

“Mais profissionais na unidade aumentando o número de vagas e agilizando o atendimento”.

“Divulgar os serviços que pertencem a esta rede”.

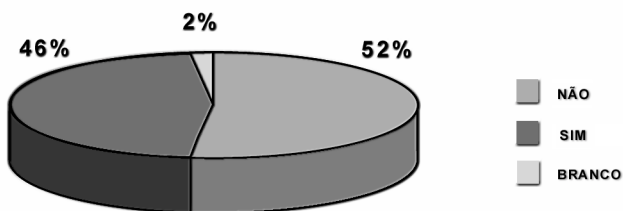
“Haver um trabalho intersetorial, os fóruns abertos são uma boa opção, trabalhar os funcionários para a discussão com conselhos de saúde, educação, de assistência social, de segurança”.

Bloco 5: Políticas públicas

Pouco mais da metade dos profissionais refere não conhecer nenhum programa/política pública específico para crianças em situação de risco (52%). Já 46% dos entrevistados referem conhecer, embora a maioria cite o trabalho de ongs e não programas específicos. Entre as respostas, encontramos referências ao Projeto Quixote, à Pastoral da Criança, ao abrigo Taiguara, ao Boracéia, ao Projeto Axé (em Salvador) ou ainda ao Conselho Tutelar, como exemplos.

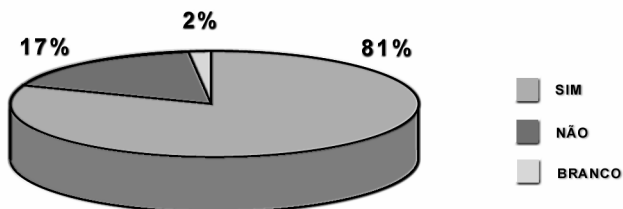
Citam também programas governamentais como os de alimentação (bolsa alimentação, cesta básica, distribuição de leite), programas da Secretaria Municipal de Saúde (Álcool e Drogas, Nascer Bem, Gestantes, Suicídio, Medicamentos gratuitos), ou programas de apoio social (Criança Cidadã, Renda Mínima, SOS criança). Alguns profissionais citam ainda o programa da Subprefeitura Sé (de forma genérica) e outros equipamentos do poder público (creches, centros comunitários). Há uma referência ao Estatuto da Criança e do Adolescente e uma referência à Rede de Esgoto. Um profissional responde que conhece o programa atual que estamos elaborando.

Você conhece algum programa/política nesta área? (n=52)



A maioria dos profissionais refere conhecer o ECA (81%) e ver alguma relação com seu trabalho (69%). As relações citadas dizem respeito a considerar o ECA como um norteador do trabalho ou como um mecanismo de garantia de direitos.

Você conhece o ECA? (n=52)



“Porque tem que respeitar os direitos e deveres da criança como ser humano”.

“Individualizar criança e o adolescente como cidadão especial de direito. O estatuto responsabiliza o estado e a família e a sociedade pela criança e o adolescente”.

“É a base do atendimento”.

“Serve como um manual, orientação em alguns casos ou situação para orientar os pais”.

“Porque ele norteia o atendimento e as orientações aos pais”.

Os profissionais de saúde entrevistados relatam ter contato com crianças em situação de risco. Traçam um quadro complexo para descrever esta população e dificuldades para o atendimento. As más condições de vida associadas a mecanismos de privação de direitos básicos e a um apoio familiar e social frágeis refletem-se nas queixas de saúde trazidas às unidades básicas. Tais características influenciam o acesso aos serviços, a adesão às condutas e a possibilidade de interferência nas condições de risco, questionando o papel das Unidades Básicas e do profissional de saúde.

A criança em situação de risco

As crianças que chegam nas unidades básicas de saúde estudadas parecem possuir certa retaguarda social, pois em sua maioria vêm acompanhadas por parentes e, muitas vezes, encaminhadas por outro serviço ou instituição. Isto traz um questionamento sobre o universo de crianças que não possuem esta retaguarda e que, portanto, poderiam se enquadrar em uma situação de vulnerabilidade maior, não acessando os serviços de saúde.

Vir acompanhada é considerado um facilitador, pois o adulto que acompanha ajuda a esclarecer o problema da criança, facilita o vínculo com o serviço e aumenta a chance de um seguimento. Mesmo acompanhadas, muitas vezes as famílias, não favorecem o atendimento, não fornecendo informações adequadas ou não assegurando os retornos.

As crianças atendidas apresentam múltiplas queixas. Geralmente as queixas clínicas relacionam-se a problemas agudos, muitos deles de-

correntes da precária situação ambiental em que vivem. Além dos motivos que as trazem à consulta, são observados vários outros problemas de ordem social.

O profissional de saúde

O profissional de saúde é colocado muitas vezes frente a problemáticas de ordem social, às quais ele não se sente preparado para enfrentar. A impotência frente à incapacidade em resolver o problema desta população foi uma das dificuldades mais referidas. A queixa clínica é vista como a “ponta do iceberg”, que é deixado submerso. Por estarmos lidando com profissionais da área da saúde, acostumados a atender questões de resolução mais rápida, do tipo diagnóstico-conduta-cura, o fato de não se sentir capaz de resolver o problema desta população pode impedi-los de enxergar o mesmo, ou então, de ater-se às questões que eles podem solucionar.

A sensação de isolamento em seu trabalho e a falta de respaldo pela equipe, colocam o profissional em uma situação de grande vulnerabilidade. A falta de comunicação, que permita um diálogo intersetorial mais abrangente entre os profissionais da UBS também parece ser um fator importante. Na maioria das referências sobre a troca entre os profissionais, o assistente social aparece como figura chave, principalmente como alvo de encaminhamentos. Não basta ter uma equipe multiprofissional, os trabalhos precisam estar intrinsecamente imbricados, num atendimento transdisciplinar.

Vários profissionais referiram ter amor ou empatia por este tipo de população, mostrando que o atendimento à criança em situação de risco depende mais da disponibilidade individual do profissional do que

na existência de alguma orientação específica que favoreça o acolhimento desta criança e seu vínculo ao equipamento de saúde.

Capacitações específicas quase não foram citadas. Geralmente, o atendimento fundamenta-se na experiência pessoal. A falta de capacitação, ou mesmo certas atitudes e comportamentos podem dificultar o fluxo desta criança no serviço. O desconhecimento sobre os procedimentos em casos de violência foi bastante referido.

Apesar de referirem sentir-se capacitados, a maioria dos profissionais entrevistados mostrou-se insatisfeito com o atendimento que presta às crianças em situação de risco, julgando ser necessária uma capacitação específica para um melhor atendimento, mesmo para quem tem experiência e disponibilidade.

Observam-se poucas menções a trabalhos preventivos com esta população, e uma dificuldade no acompanhamento destas crianças, que utilizam as UBSs principalmente para resolução de queixas agudas.

Nas sugestões para melhorar o atendimento a essas crianças, observa-se uma tendência a criar programas, políticas públicas ou equipes específicas, o que poderia deslocar para outro profissional a responsabilidade do atendimento, correndo-se o risco de isolar essas crianças.

O serviço de saúde

Do ponto de vista do serviço, os profissionais descrevem um fluxo semelhante nas unidades básicas de saúde, onde o percurso das crianças passa pela recepção, enfermagem e outros profissionais, prevalecendo as consultas agendadas, embora ocorra também o pronto atendimento. Observa-se nesse fluxo uma tendência a encerrar o atendimento no profissional médico, o que não propicia um seguimento apropriado do caso.

Este fluxo não difere no caso de crianças em situação de risco, apesar de alguns profissionais referirem que há uma agilidade maior neste atendimento, mesmo sem terem matrícula ou não pertencerem à área. A questão da territorialidade ganha importância quando se pensa em crianças que não tem endereço fixo e que, apesar de serem atendidas em suas queixas agudas no pronto atendimento, não têm garantia de matrícula ou acompanhamento.

A falta de espaço físico ou mesmo de serviços ou programas específicos, a carência de apoio da rede social e mesmo a organização do próprio serviço são citados como aspectos que dificultam o fluxo de atendimento.

Os setores referidos como os que mais atendem esta população são o médico e a enfermagem, sendo que a recepção, bastante citada no fluxo, parece não ser considerada como atendimento a esta população. Talvez nas respostas não haja uma valorização desse setor no atendimento, diferentemente do profissional médico, que é central nesse fluxo. A enfermagem e o serviço social parecem ser setores críticos na identificação e seguimento desta população.

Os profissionais consideram que grande parte desta população adere ao tratamento principalmente quando há queixas agudas ou necessidade de um atendimento específico. Esta adesão também é facilitada quando há trabalho em equipe e esta criança tem suporte familiar e/ou institucional. Não ficou clara a visão que os profissionais têm sobre adesão, aparentemente, esta visão não inclui um acompanhamento desta criança, restringindo-se à solução da queixa clínica. Um mecanismo interessante para facilitar o acompanhamento seria, uma vez identificado o risco, o encaminhamento para um atendimento após a consulta médica, com posterior matrícula na Unidade e proposta de acompanhamento.

A diferença mais significativa do fluxo diz respeito à presença do

PSF, onde o papel do agente comunitário de saúde se destaca, principalmente no acolhimento e na identificação do risco. As unidades que contam com PSF parecem conseguir um melhor vínculo com estes pacientes, tendo um melhor conhecimento da problemática familiar.

A rede

A troca, tanto entre os profissionais das UBS como com outros equipamentos da rede, é referida como uma dificuldade, sendo restrita, muitas vezes, a encaminhamentos, seja para um profissional especializado ou serviço específico.

Os profissionais referem conhecer outros serviços da rede, principalmente de saúde e ONGs, mas colocam que faltam vagas, ou mesmo integração com a saúde e apenas metade deles se utiliza destes serviços, por não conhecê-los bem ou não necessitar. A maioria dos serviços é citada como fonte de encaminhamento de crianças às UBSs e não como retaguarda. Fora da área de abrangência da UBS, os serviços de rede são menos utilizados ainda. Os contatos com estes serviços se dão principalmente via telefone ou encaminhamentos por escrito. A visão é de que não há um fluxo específico. Quando existe uma relação da unidade com instituições de apoio social, esta é considerada um facilitador do trabalho.

Apesar de haver diretrizes, parte dos profissionais refere não conhecer programas e políticas específicas para crianças em situação de risco social, apesar de referirem conhecer o ECA e considerarem que este se relaciona com o seu trabalho.

É necessário lembrar que se trata de um estudo exploratório, cuja intenção era apenas levantar temas para posterior aprofundamento. Desta

forma, este estudo conta com alguns limites, entre eles, o fato de termos privilegiado a metodologia participativa, onde os entrevistadores não são pesquisadores, e sim os próprios profissionais de saúde, o que nos leva a possíveis distorções na interpretação e no registro das falas dos entrevistados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os limites e necessidades dos profissionais de saúde no atendimento às crianças em situação de risco nas Unidades Básicas de Saúde parecem estar associados às características:

- da população
- do acesso aos serviços
- dos profissionais
- dos serviços
- da rede
- das políticas públicas na área.

A situação de crianças em situação de risco muitas vezes inclui uma retaguarda social frágil que dificulta o acesso aos serviços de saúde. O desafio para as políticas públicas é criar mecanismos facilitadores de aproximação dessa população e de inclusão das crianças de maior risco que ainda não têm acesso aos serviços.

Nos serviços de saúde, é fundamental identificar as crianças em situação de risco, aproveitando a potencialidade de todos os profissionais das UBSs. Uma vez identificado o risco, criar procedimentos que favoreçam a adesão e o acompanhamento desta criança.

A valorização da recepção como porta de entrada, acolhimento e dispositivo sensível à identificação desta população pode fazer a diferença para um fluxo mais atento às necessidades desta criança que parece demandar sempre um pronto atendimento.

Dispositivos de acolhimento ganham importância principalmente no caso de crianças em situação de maior vulnerabilidade, como as que vivem nas ruas e que não possuem vínculos com nenhuma instituição.

A articulação e a divulgação da rede, principalmente entre a saúde e as organizações de apoio social, podem potencializar o alcance das ações de saúde, já que nestas instituições há um adulto que acompanha a criança ou ainda trabalhos de fortalecimento da família, buscando encaminhar as demais questões da vida da criança, além das de saúde.

Dividir com outros profissionais e instituições a responsabilidade do atendimento pode colaborar para tornar o profissional de saúde mais disponível para identificar e encaminhar as questões sociais ouvidas no atendimento médico.

A sensação de impotência e vulnerabilidade do profissional indica a necessidade de uma sensibilização e capacitação dos profissionais para uma melhor organização do serviço.

O processo participativo favorece a aprendizagem, valorizando as experiências e estratégias já existentes, gerando um envolvimento maior e um aproveitamento melhor dos conhecimentos trabalhados e a incorporação das políticas públicas.

A UBS é uma grande porta de entrada para a rede, não só da saúde, mas para a Rede enquanto aparato social amplo de atendimento a esta população, principalmente porque em momentos de queixa aguda, estas crianças buscam atendimento.

O PSF parece facilitar muito o acesso desta população principalmente pela possibilidade de vínculo independente das queixas agudas. É necessário que esta população, assim como os equipamentos sociais reconheçam a UBS como referência para a atenção à saúde.

O aprimoramento das políticas públicas é fundamental para que não sejam apenas as disponibilidades subjetivas ou a generosidade individual que garantam o atendimento desta população.

DEPOIMENTOS

A experiência do trabalho em grupo

Nosso grupo de trabalho foi formado por profissionais que trabalham em unidades básicas de saúde na área central de São Paulo (Coordenadoria de Saúde Sé)

O tema “Crianças em situação de risco social - limites e necessidades da atuação do profissional de saúde” era para a maioria de nós um tema que nos despertava interesse e perspectivas para entender melhor quem são essas crianças que fazem parte do nosso atendimento.

A princípio foram aplicadas dinâmicas de grupo em que nos identificamos. Expusemos também a razão pela qual nos direcionamos a trabalhar na área da saúde e nos sentimos mais à vontade em verbalizar nossas opiniões.

Alguns participantes achavam que não tinham ou não poderiam fornecer dados ou ajudar na elaboração do trabalho (“caí de pára-quadras”). Ao longo dos nossos encontros a participação era espontânea, isto é, ninguém era obrigado a falar. Fomos percebendo que cada um de nós já havia passado por situações semelhantes lidando com crianças de risco e pudemos compartilhar os nossos sucessos e nossas angústias neste trabalho.

Quando, ao atender uma criança, soubermos de onde ela vem (por exemplo, da rua, favela ou cortiço), já na recepção o auxiliar técnico administrativo tem um olhar diferente que ajuda a nós pediatras, perceber se há ou não necessidade desta criança ser vista naquele dia; ou mesmo a auxiliar de enfermagem ou enfermeira ter esta sensibilidade sem necessariamente ter que passar por avaliação médica. O agente de saúde que visita o local de moradia do paciente nos traz informações

muito importantes que devem ser consideradas ao analisarmos cada caso; atrás de uma queixa clínica devemos estar sempre atentos à existência de situações de violência, contando aí com a colaboração do psicólogo e do assistente social, este também nos ajudando a procurar abrigos, creches e outras instituições.

Percebemos então, que somos parceiros e que todos temos papéis muito importantes não dependendo da categoria profissional. Pudemos perceber que temos vários profissionais conscientes e comprometidos com o trabalho. Percebemos também as dificuldades do nosso dia-a-dia e assim tivemos contribuições de um profissional para o outro. Achamos importante trabalhar tentando estabelecer vínculos com o paciente, para que o mesmo sintasse acolhido pelo serviço.

Cada um de nós recebe os pacientes e às vezes não sabe como lidar ou identificar se são ou não de risco. Daí a necessidade do trabalho multiprofissional para que possamos aprender e nos ajudar mutuamente.

A realização do projeto pode acontecer porque o grupo sentiu-se cativado pela comissão organizadora. Neste sentido, houve sempre retorno de nossas discussões da semana anterior, através de apresentações dos dados e discussão sobre os temas, procurando sintetizar e evoluir na elaboração do trabalho. Houveram também aulas expositivas e apresentação de filmes.

Como resultado desses encontros elaboramos um questionário que procurava saber o que o profissional identificava que era para ele uma criança de risco; como era o acesso da mesma ao serviço; a rede em que estava inserido; como esse profissional se sentia na sua área e se conhecia políticas públicas voltadas à essa questão. Este questionário foi aplicado nas unidades básicas nas diferentes categorias profissionais (auxiliar técnico administrativo, agente de saúde, assistente social,

auxiliar de enfermagem, enfermeira, psicólogo, médico generalista, médico pediatra, médico diretor da unidade, terapeuta ocupacional).

Percebemos que também estes profissionais têm as mesmas dificuldades e gostaríamos que lhes fosse dada a mesma oportunidade de discussão e enriquecimento desses encontros.

Percebemos também que temos recursos internos e pessoais que podemos utilizar e não só de recursos externos; ao mesmo tempo sentimos a necessidade de uma rede entre as secretarias (saúde, educação, esporte, justiça) para podermos ter uma atuação mais eficaz nos casos. Não adianta cada um trabalhar no seu setor se não houver um canal, um meio de comunicação entre eles.

O término desses encontros pode ser um grande começo para tentarmos algumas soluções para os problemas enfrentados pelas crianças em risco social.

Acho que nos sentimos bastante sensibilizados, mas percebemos também nossas limitações; esperamos ter ajudado a analisar melhor o problema e alcançar soluções.

Cláudia Tozoni Jardim Barbosa

Pediatra do Centro de Saúde Escola Barra Funda

“Doutor Alexandre Vranjac”

Representante do grupo de participantes

Uma ilha para Sancho Pança

Há algumas semanas, nas manhãs de terça-feira, eu me encontro com um grupo de 30 jovens, entre 18 e 25 anos - 15 alunos de medicina, 4 alunos de arquitetura e 6 arte-educadores, grafiteiros da cultura hip-hop – para o nosso curso anual de extensão universitária. Local do encontro: Calçada da rua Mauá, embaixo do toldo que cobre a Estação Pinacoteca, um belíssimo museu que celebra a arte e a cultura, que nos anos 70 era o quartel general da repressão do regime militar (O DOPS). Nossa missão: com as cores e formas que grafitam o muro colado ao prédio, despertar o olhar de um grupo de 20 crianças e jovens que orbitam por aquele território do centro da cidade, aprisionados por uma sociabilidade ligada à esmola e à venda e consumo das pedras de crack.

Todos os paulistanos conhecem a cracolândia. Bem, “conhecem” não seria o termo mais adequado já que o olhar do cidadão está blindado, num misto de medo e repulsa, não querendo se contaminar com aquela sujeira física, ética, moral... Os motoristas e pedestres passam apressados, preferindo não enxergar.

Duas cenas foram marcantes nesse período.

Primeira cena: Às segundas-feiras o museu está fechado. Não há os habituais seguranças vestidos de preto com rádio-transmissores às mãos. O grupo da cracolândia, portanto, faz do toldo do prédio o seu abrigo contra o sereno da madrugada. Às 9 horas da manhã seguinte (terça-feira, dia do nosso curso) há apenas vestígios do movimento da madrugada: um tênis rasgado, pedaço de cachimbo e papel alumínio, muitas bitucas de cigarro... O grupo estava encostado no muro 50 metros adiante. Foram estimulados a sair dali porque naquele fim de tarde haveria a inauguração, com pompas e circunstâncias, de uma exposição financiada por uma grande empresa. Às 9:15 horas, encostou um cami-

nhão do serviço municipal de limpeza urbana e com aparatos eficientes iniciou a operação. Dez minutos depois a calçada estava limpa e os vestígios de sujeira estavam agora há 50 metros dali, como um quadro de natureza morta, o grupo de crianças e jovens acinzentados encostados no muro e cobertos por suas mantas encardidas.

Segunda cena: Numa outra manhã, enquanto discutíamos com os grafiteiros detalhes do desenho do muro, uma mulher grávida acompanhada de uma criança de uns 3 anos andando pela calçada da rua Mauá lança um olhar comprido na direção do grupo da cracolândia. Imediatamente um jovem aparentando ter 20 anos de idade se levanta e vem conversar com ela, que o esperava há poucos metros do nosso grupo. Era a sua família, esposa e filhos (um sendo gestado), que o visitava. Uma conversa constrangida, mas afetuosa. Não durou mais que 5 minutos e, ao final, a mulher enxuga uma lágrima que escorria pelo rosto da criança e voltam à Estação da Luz. O jovem, estático, se despede: *Não se preocupa não, eu tou na rua, mas eu tou bem*. Um esforço mal disfarçado de aparentar qualidade, uma tentativa de poupar sua mulher e seu filho de dores adicionais.

Na presente publicação buscamos compartilhar a construção coletiva de um olhar mais atento e acolhedor às crianças em situação de privação de dignidade que vivem na região central de São Paulo. Médicos, enfermeiros, psicólogos, agentes de saúde, atendentes das seis Unidades Básicas de Saúde (UBS) envolvidas, além da equipe de pesquisadores, propuseram-se a criar mecanismos práticos para facilitar o acesso dessas crianças aos serviços disponíveis.

O contraponto ao olhar blindado, apressado, é o olhar atento, que busca aproximação, não distância. Um olhar, portanto, mais humano. Os resultados práticos dessa experiência são imediatos e a perspectiva de um trabalho em rede conforta e estimula os trabalhadores envolvidos.

São procedimentos simples como por exemplo: após a caracterização, segundo os critérios criados coletivamente, de se tratar de uma criança em situação de risco, a UBS que foi contatada passa a ser a referência e porta de entrada ao trabalho de rede (abrigos, abordagens de rua, retaguarda em saúde mental, etc) ainda que a criança refira como endereço algum lugar que não seja território de abrangência daquele equipamento.

Trata-se de soluções simples de **Acessibilidade**. Tal como nos habituamos a nos referir àqueles dispositivos que facilitam o acesso de pessoas portadoras de necessidades especiais - rampas de acesso para cadeira de rodas, elevadores em ônibus, etc - temos que nos habituar também a um olhar mais cuidadoso em relação às crianças em situação de risco. Assim seremos capazes de desenvolver procedimentos que aumentem propensões de acesso e o conseqüentemente acolhimento. Essas crianças são portadoras de necessidades especiais. Um trabalho de qualidade, articulado em rede e que tenha como premissa a promoção de direitos fundamentais faz-se necessário para a transformação dessa realidade.

A presente contribuição é um exemplo (no campo da promoção da saúde como um direito fundamental), uma bela expressão do bom caminho, o caminho das parcerias: organização não governamental, Poder Público, Universidade, trabalhadores da saúde, pesquisadores, jovens do hip-hop, alunos de medicina, de arquitetura, urbanistas... Pessoas e Organizações que têm como missão a construção solidária da nossa cidadania.

Auro Danny Lescher
Coordenador Projeto Quixote

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DONABEDIAN, A. (1980) *The Definition of quality and approaches to its assessment*. The University of Michigan, Health Administration Press, Michigan.
- ECA - *Estatuto da Criança e do Adolescente*. (1990) Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990.
- GARMEZY, N.; MASTEN, A.S. (1985) Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In: LAHEY, B.B.; KAZDIN, A.E., (eds) *Adnaces in clinical Child Psychology*. Plenum press, New York.
- LESCHER, A.D.; SARTI, C.; BEDOIAN, G.A.; ADORNO, R.C.F.; SILVA, S.L. (1999) *Cartografia de uma Rede - Reflexões sobre um mapeamento da circulação de crianças e adolescentes em situação de rua da cidade de São Paulo*. Ministério da Saúde/COSAM, UNDCP, Projeto Quixote/ Unifesp, São Paulo.
- OWENS, P.L.; HOAGWOOD, K.; HORWITZ, S.; LEAF, P.J.; PODUSKA, J.M.; KELLAM, S.G.; IALONGO, N.S. (2002) Barriers to Children's mental Health Services. *J. Am. Acad. Child Adolescent Psychiatry*, 41:46.
- PARADA, C. (2003) "O acolhimento revisitado" In: PARADA, C. *Drogas e Pós-Modernidade - prazer, sofrimento, tabu*. V 1, Rio de Janeiro, Ed. Uerj.
- SEADE (2004). www.seade.gov.br.
- WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1993) *Street children and substance abuse*. World Health Forum, 14(4): 434-435.

PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS – FAPESP 03/06405-0
Projeto de Pesquisa: “*Criança em Situação de Risco Social: limites e necessidades da atuação do profissional de saúde*”

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Número: _____ Entrevistador _____ Data: ____/____/____

I - IDENTIFICAÇÃO

Unidade: _____

Idade: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Tempo na Unidade: () menos de 1 ano

() 1 a 4 anos

() 4 a 9 anos

() mais de 9 anos

Função:

AGENTE COMUNITÁRIO ()

ASSISTENTE DE GESTÃO PÚBLICA (ATA) ()

ASSISTENTE SOCIAL ()

AUXILIAR DE ENFERMAGEM ()

DIRETOR DE UNIDADE ()

ENFERMEIRO ()

MÉDICO GENERALISTA ()

MÉDICO PEDIATRA ()

PSICÓLOGO ()

II – CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE RISCO SOCIAL

1) O que você entende por Criança em Situação de Risco Social?

2) A sua Unidade atende Criança em Situação de Risco Social?

() SIM () NÃO () NÃO SEI

SE NÃO OU NÃO SEI, VÁ PARA O BLOCO III

3) Em geral, como chega essa criança?
() Sozinha () Acompanhada. Por quem? _____

4) Como chega essa criança, em geral?
() Procura espontânea
() Encaminhada. Por quem? () Casa de Acolhida e/ou Abrigo
() Educadores de Rua
() Escola
() Serviço de Saúde
() Outros. Quais? _____

5) A forma como essa criança chega facilita o atendimento?
() SIM () NÃO Por que? _____

6) **Caso a resposta anterior seja SIM.** Você atende Criança em Situação de Risco Social?

() SIM () NÃO

Se NÃO: Por que? _____

Se SIM: Quantas Crianças em Situação de Risco Social você atendeu mais ou menos nos últimos dois meses (Junho e Julho)?

7) Com que tipo de queixa chega a Criança em Situação de Risco Social?

8) Você identifica outras queixas além das que ela traz no momento da procura da Unidade?

III – SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO ACESSO NA UNIDADE DE SAÚDE

9) Descreva o fluxo de atendimento das crianças em sua Unidade (Quais os profissionais envolvidos, e em que ordem eles aparecem no atendimento)?

10) O fluxo de atendimento de Criança em Situação de Risco Social é o mesmo descrito acima? () SIM () NÃO

Se NÃO: Em que difere e por que difere?

11) Quais as facilidades que você identifica neste fluxo de Crianças em Situação de Risco social?

12) Quais as barreiras que você identifica neste fluxo de Crianças em Situação de Risco social?

13) Em sua Unidade qual o setor que mais atende Criança em Situação de Risco Social?

14) As Crianças em Situação de Risco Social aderem ao serviço?

() SIM () NÃO

Se SIM: Como é esta adesão?

15) O que pode facilitar esta adesão?

IV – SOBRE O PROFISSIONAL DE SAÚDE

16) Você se sente capacitado para atender Criança em Situação de Risco Social?

() SIM () NÃO

Por que?

17) Você está pessoalmente satisfeito com o atendimento que **você oferece** à Criança em Situação de Risco Social?

() SIM () NÃO

Por que?

18) O que é preciso para facilitar **o seu** atendimento à Criança em Situação de Risco Social?

19) O que é preciso para melhorar o atendimento à Criança em Situação de Risco Social **em sua Unidade**?

20) Você discute os casos de atendimento de Criança em Situação de Risco Social com outros profissionais da sua Unidade?

() SIM () NÃO

Se SIM: Como e qual a contribuição dessa discussão na resolução dos casos?

Se NÃO: Por que?

V – SOBRE A REDE

21) Qual(is) o(s) recurso(s) que você conhece para o atendimento da Criança em Situação de Risco Social na área de abrangência de sua Unidade?

22) Você utiliza esse(s) recurso(s) de sua área? () SIM () NÃO
Se NÃO: Por quê?

23) Você utiliza recurso(s) de fora de sua área de abrangência?
() SIM. Qual(is)? () NÃO

24) Como você se relaciona com esse(s) recurso(s)?
() Não tenho contato
() Encaminhamento escrito
() Contato telefônico
() Visitas
() Reuniões
() Outros. Qual(is)?

25) Existe um fluxo de atendimento para Criança em Situação de Risco Social na Rede de Recursos da área de abrangência de sua Unidade?
() SIM () NÃO

Se SIM: Qual? Funciona?

26) O que você sugere para que o funcionamento da Rede seja efetivo?

VI – SOBRE POLÍTICAS PÚBLICAS

27) Você conhece algum programa/política pública voltado para o atendimento de Criança em Situação de Risco Social na saúde?
() SIM () NÃO

Se SIM: Qual? Você o utiliza?

28) Você conhece o Estatuto da Criança e do Adolescente?
() SIM () NÃO

Se SIM: Ele tem alguma relação com o atendimento que você faz?

() SIM () NÃO

Por quê?