

RESOLUTIVIDADE NA ATENÇÃO À CRIANÇA COM NECESSIDADES ESPECIAIS DE SAÚDE

RESOLUTION OF THE ATTENTION OF CHILD WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS

Rosane Meire Munhak da Silva¹

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso²

Eliane Tatsch Neves³

Patrícia Oehlmeyer Nassar⁴

Adriana Zilly⁵

Cláudia Silveira Viera⁶

Resumo: Objetivou-se compreender como ocorre a resolutividade do problema de saúde de crianças com necessidades especiais na perspectiva dos cuidadores, considerando os atributos da atenção primária e a concepção do cuidado integral. Pesquisa de abordagem qualitativa baseada no referencial da hermenêutica dialética, envolvendo famílias de crianças com necessidades especiais de saúde atendidas em unidades de pronto atendimento de Cascavel, PR, em 2010. Identificou-se como categoria temática central: Fragilidade na extensão dos atributos da atenção primária e nos elementos do cuidado integral no seguimento à saúde de crianças com necessidades especiais. Para as famílias, os serviços de saúde resolvem os problemas de saúde das crianças, contudo, verificaram-se inconsistências ao analisar os atributos da atenção primária e elementos do cuidado integral.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Doença Crônica; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem Pediátrica.

Abstract: This study aimed to understand the process of the health problem's resolution of children's health with special health care needs from the caregivers' perspective, considering the attributes of primary health care and comprehensive care. Qualitative approach based on the hermeneutics-dialect referential, involving family of the children with special health needs treated in emergency care of Cascavel-PR in 2010. Identifying as a central thematic category: weakness in the extension of the primary health care

¹Doutoranda em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Professora Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: zanem2010@hotmail.com

²Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (USP). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil. E-mail: lb.toso@certto.com.br

³Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil. E-mail: elianeves03@gmail.com

⁴Doutora em Odontologia pela Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" (UNESP). Professora Adjunta do Curso de Odontologia da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil. E-mail: ponassar@yahoo.com

⁵Doutora em Ciências pela Universidade Estadual de Maringá (UEM). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Foz do Iguaçu, PR, Brasil. E-mail: aazilly@hotmail.com

⁶Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP). Professora Adjunta do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), Cascavel, PR, Brasil. E-mail: clausviera@gmail.com

attribution and in the elements of the comprehensive care for the follow up of children with special health needs. For the families the health services solve the health problems presented by the children, even though the inconsistencies in the extension of the primary health care attributes', as well as, in the elements of the comprehensive care.

Keywords: Child Health; Chronic Disease; Primary Health Care; Pediatric Nursing.

1 Introdução

Os sistemas de saúde são considerados respostas sociais às necessidades das pessoas, portanto, devem ser similares as suas condições de saúde. A inexistência de similaridade pode alimentar diversos problemas para o Sistema Único de Saúde (SUS), provenientes da incompatibilidade entre a velocidade que avançam a transição demográfica, epidemiológica e tecnológica, e a morosidade na adaptação do sistema de atenção à saúde a essas transformações (MENDES, 2012).

Em resposta a esta problemática, percebe-se um descompasso na atenção à saúde, ou seja, um sistema fragmentado por ações episódicas e descontínuas, preparado para atender pessoas em condições agudas ou agudizações de condições crônicas (MENDES, 2012).

Condições crônicas diferenciam-se de condições agudas por mostrarem-se lentas, multifatoriais, variando ao longo do tempo, pelo estilo de vida, fatores ambientais, fisiológicos e hereditariedade, enquanto, as condições agudas acontecem rapidamente. Atualmente, observa-se no sistema de saúde brasileiro o crescimento de condições crônicas, inclusive na população infantil (MENDES, 2012; UNICEF, 2012).

Crianças em condições crônicas requerem mais dos serviços de saúde do que o ofertado, por apresentar risco aumentado para problemas de saúde, seja físico, psicológico ou social. Essas crianças são descritas na literatura como Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) (MCPHERSON et al., 1998; SILVEIRA; NEVES, 2011, 2012).

As CRIANES apresentam fragilidade clínica e vulnerabilidade social, individual e programática (MCPHERSON et al., 1998; SILVEIRA; NEVES, 2011, 2012), e sua rede de suporte em geral é restrita e fragmentada, sendo que a responsabilidade por cuidar, muitas vezes, está atribuída à mãe (ZAMBERLAN; NEVES; SILVEIRA, 2012; NEVES; CABRAL; SILVEIRA, 2013).

Para alcançar resolutividade aos problemas de saúde apresentados por CRIANES, deve-se ter uma Atenção Primária de Saúde (APS) forte e resolutiva, contemplando de

forma articulada quatro atributos essenciais, a saber, acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação, associados a atributos complementares, orientação familiar, competência comunitária e enfoque a cultura (STARFIELD, 2002).

Para os serviços de APS alcançarem o sucesso prático em suas ações, devem-se focar no cuidado integral, o qual implica na reconstrução de atos e atitudes, aproximando-se do cuidar responsável e envolvido com os sujeitos (AYRES, 2009). Este cuidar elenca nove elementos, quais sejam: *movimento*, construir o cuidado pelo viver; *interação*, estabelecer relações; *alteridade*, formar identidade baseada na família e reconstruir pelas interações sociais; *plasticidade*, transformar o cuidado; *projeto*, criador do cuidado; *desejo*, ação para emergir projetos e aumentar o interesse e necessidade por práticas de saúde; *temporalidade*, o cuidar ao longo do tempo; *não-causalidade*, formação humana por meio de aspectos cognitivos tipo causa-efeito; *responsabilidade*, necessidade de respostas para autocompreensão e construção do ser humano (AYRES, 2004).

Ao assistir CRIANES, cuidadores e profissionais de saúde devem estar conscientes e saber cuidar de forma coletiva e integral. Assim, será possível garantir o processo de cura e reabilitação e aumentar a qualidade de vida de CRIANES por uma rede social e de apoio estável, sensível, ativa e ética, para protegê-las de doenças passíveis de redutibilidade e das vulnerabilidades sociais existentes (ZAMBERLAN; NEVES; SILVEIRA, 2012; NEVES et al., 2015).

Deste modo, é necessário auxiliar os familiares de CRIANES em suas experiências e seu cotidiano, desde a alta hospitalar, por meio de redes de cuidados interdisciplinares, atuando principalmente como facilitadores do empoderamento familiar para o cuidado (NEVES et al., 2015).

Nesse sentido, apresenta-se como objetivo deste estudo, compreender como ocorre a resolutividade do problema de saúde de CRIANES na perspectiva dos cuidadores, considerando os atributos da APS e a concepção de cuidado integral.

2 Metodologia

Pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando-se do referencial metodológico da hermenêutica-dialética. A hermenêutica contempla a expansão de percepções do pensamento e conhecimento pela compreensão e interpretação (GADAMER, 2014). Enquanto que, a dialética apresenta-se na contraposição de ideias para argumentar a resolutividade no adoecer.

O estudo ora apresentado consiste em recorte de dissertação de mestrado, a qual teve como sujeitos da pesquisa 16 famílias de crianças menores de um ano atendidas nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de Cascavel, PR, em 2010, residentes na área urbana. Dentre estas, duas famílias eram de CRIANES, as quais originaram o estudo de caso apresentado neste artigo.

A busca de dados aconteceu nos setores de arquivo das UPA com o objetivo de caracterizar clinicamente as crianças, em seguida, nas residências dos sujeitos, para construir o objeto principal da pesquisa, a resolutividade na atenção às CRIANES na percepção de seus cuidadores, ocorrendo no primeiro semestre de 2012.

Três técnicas foram eleitas para coleta de dados, inquérito domiciliar, método criativo sensível (mapa falante) e entrevista semiestruturada. Por compreender uma pesquisa qualitativa, a soma das entrevistas não foi relevante para a proposta metodológica, assim, quando os resultados passaram a responder as questões iniciais, agrupando elementos para o conhecimento, concluiu-se a trajetória de busca (STREUBERT; CARPENTER, 2011).

A análise temática norteou a interpretação dos dados, a qual envolve a organização dos dados em mapa horizontal, para posterior leitura sucessiva, estabelecendo a relação interrogativa para delimitar estruturas de relevância (MINAYO, 2014). Essa etapa permitiu a conexão entre resultados e referenciais dos atributos na APS (STARFIELD, 2002) e o cuidado integral, especificamente os elementos para cuidar (AYRES, 2004).

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, sob o parecer 495/2010. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e foram identificados apenas pela letra S (sujeito) e a respectiva ordem da entrevista, por exemplo, S1.

3 Resultados e discussão

A categoria temática central do estudo foi denominada: *Fragilidade na extensão dos atributos da APS e nos elementos do cuidado integral no seguimento à saúde de CRIANES*, incorporando quatro eixos temáticos, a saber, (in)existência de barreiras no acesso aos serviços de saúde; vínculo entre famílias e serviços de saúde; deficiência no cuidado integral; parcialidade da coordenação na atenção à saúde.

3.1 (In)existência de barreiras no acesso aos serviços de saúde

Na percepção das famílias, verificou-se a inexistência de barreiras para o acesso à atenção à saúde das CRIANES nos serviços de saúde deste estudo.

Nunca me falaram não tem, nunca voltei sem ser atendida (S1).

Às vezes tem fila para consultar, mas sempre consegui as consultas. [...] sempre deixam três fichas para emergências [...] (S2).

CRIANES devem ser assistidas por profissionais dos serviços de APS, a qual precisa coordenar a atenção a saúde dessas crianças dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Este ambiente é favorável para promover saúde, prevenir condições crônicas e gerenciar condições já estabelecidas. Serviços de urgência e emergência só devem ser procurados quando houver esgotado todas as possibilidades de atenção em serviços de APS (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010; MENDES, 2012).

Para as famílias, o princípio do cuidado à saúde inicia-se em unidades de APS, aduzindo forte interação, projeto e desejo para cuidar (AYRES, 2004), como demonstra as Figuras 1 e 2.

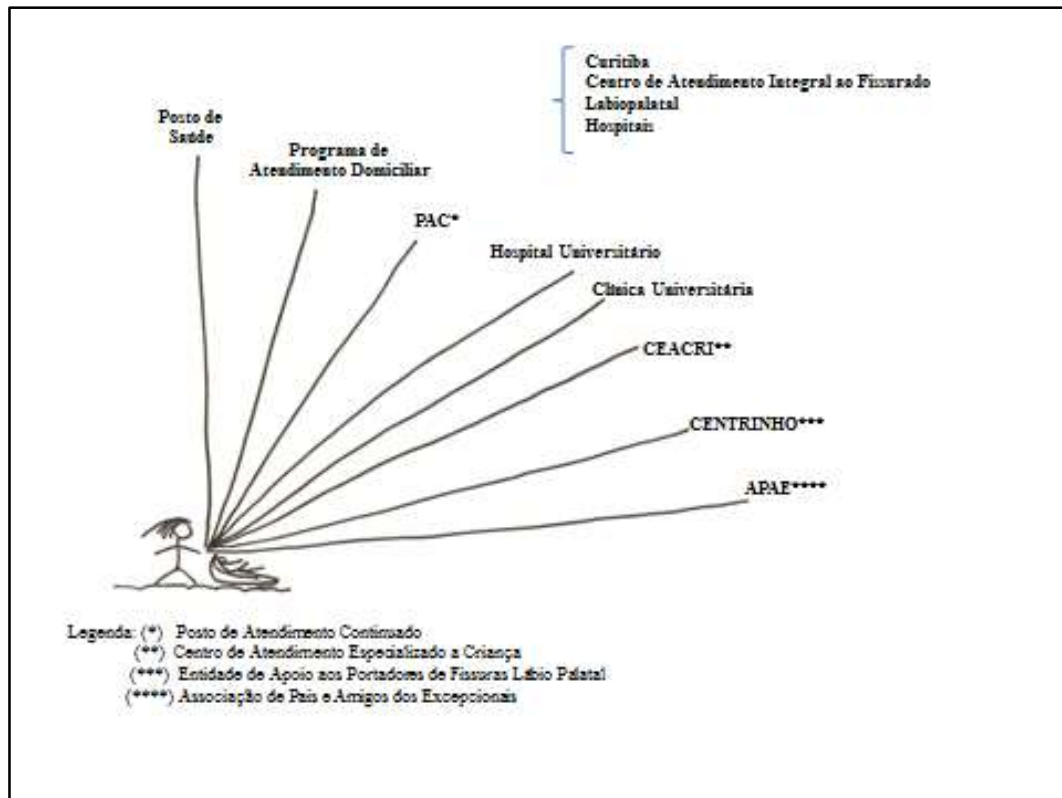


Figura 1: Configuração dos trajetos feitos pela família em busca de atenção ao filho. Mapa falante produzido pelo S1, Cascavel, PR, 2012.

Fonte: Dados do pesquisador.

A Figura 1 ilustra o acesso à ampla rede social e apoio à família, dentre as quais encontra-se a unidade de saúde da APS. Enquanto que, a Figura 2 apresenta as redes e apoio social à família de uma das CRIANES deste estudo de caso, que apresentava grave problema cardíaco.

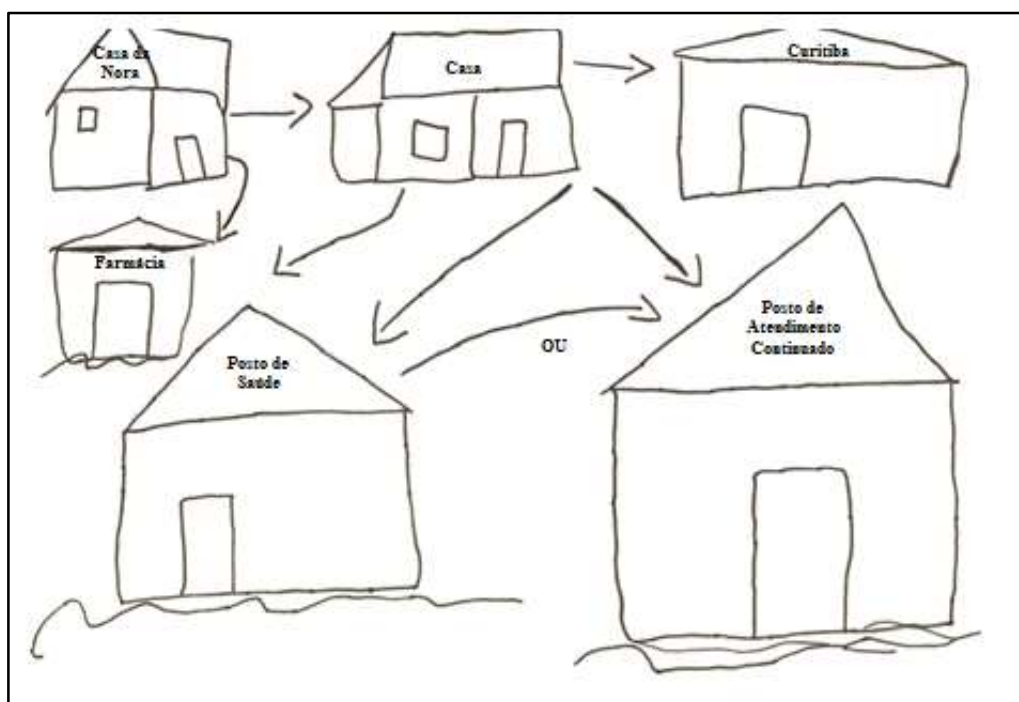


Figura 2: Configuração dos trajetos feitos pela família em busca de atenção ao filho. Mapa falante produzido pelo S2, Cascavel, PR, 2012.

Fonte: Dados do pesquisador.

A porta preferencial para atenção foi representada pela unidade de saúde da APS, contudo, o agravante referiu-se à busca direta por medicamentos em farmácias sem aconselhamento médico, impulsionado pelo conhecimento prévio dos problemas da criança. Neste momento, a família acreditou que não necessitasse buscar atenção em serviços de APS, tampouco em serviços de urgência e emergência.

Quando ele [neto] chora muito, pensamos que é a garganta ou ouvido [...] levamos na farmácia XX e no Posto de Saúde se estiver mais agitadinho, com febre levamos ao PAC [...] (S2).

Iniciado a atenção em serviços de APS, os resultados terapêuticos e sanitários serão beneficiados, reduzindo internações hospitalares, em especial para CRIANES. Por conseguinte, diminuirá a demanda em serviços de urgência e emergência, e as famílias ficarão satisfeitas por terem uma fonte regular de atenção, e mais importante, felizes com o sistema de atenção a saúde de suas crianças (CHAMBERS; MAHABEE-GITTENS; LEONARD, 2011; MENDES, 2012).

Garantir acesso aos serviços de saúde significa consolidar desejo e projeto para cuidar (AYRES, 2004), tornando efetivo um dos princípios do SUS, o acesso universal e igualitário ao sistema de saúde brasileiro.

Embora surgisse qualquer barreira para o acesso às consultas especializadas, a tenacidade familiar configurada pela alteridade (AYRES, 2004), levava a ruptura destas barreiras e a criança recebia a atenção procurada.

Eu era muito brigona [risos]. Falavam [receptionistas] só tem consulta [com especialista] daqui três meses. Eu falava: “Não meu filho precisa pra hoje, pra ontem”. [...] os médicos me davam 30 dias de vida pra ele, como vou esperar seis meses [emociona-se e chora] (S1).

Diante deste relato, ainda que as famílias descrevessem a inexistência de barreiras ao acesso, o fato de *brigar* para conseguir atendimento especializado, demonstra contradição em relação ao acesso, o qual se relaciona a presença de barreiras organizacionais, sendo que o acesso só era possível pela persuasão familiar.

A literatura inclusive mostra que a problemática que converge o cuidado as CRIANES refere-se ao acesso aos serviços de saúde e continuidade do cuidado (ZAMBERLAN; NEVES; SILVEIRA, 2012; ROSEN-REYNOSO et al., 2016). Unidades de APS e unidades especializadas devem contemplar em seu processo de trabalho as condições crônicas e, inclusive dispor de protocolos para o atendimento a esse grupo populacional.

Nesse sentido, o processo de territorialização apresenta-se como ferramenta para organizar essas ações, por delinear o perfil e território sanitário a que estes grupos pertencem. E ainda, realizar a estratificação dos usuários para que possam receber atenção diferenciada segundo suas singularidades, pela organização da atenção não apenas orientada pela consulta a demanda, mas ao atendimento previsto (MENDES, 2012).

Conhecer as famílias de CRIANES representa para os serviços de saúde um importante passo para a interação entre sujeitos e serviços, demonstrando alteridade dos envolvidos no cuidar (AYRES, 2004). Na realidade posta, diante do sofrimento familiar relacionado à condição de saúde das crianças, os serviços exibiram forte interação, praticada pelo acolhimento às famílias.

Era maravilhoso. [...] o posto pra nós foi muito bom (S1).

[...] eu sou muito bem recebida e bem atendida. [...] aqui no posto, mesmo sem os problemas do meu neto sempre fui bem atendida (S2).

Ressalta-se que, inicialmente o vínculo entre família e serviço de saúde foi instaurado por conta das necessidades de saúde das crianças, contudo, uma vez o vínculo estabelecido, a família passou a ser acolhida e receber atendimento independente da condição da criança.

A partir do acolhimento, a ansiedade familiar gerada pela condição de saúde da criança diminui e, conseqüentemente a procura espontânea por serviços de urgência e emergência também será reduzida, pois a busca por atendimento nestas esferas de atenção tem demonstrado segundo a literatura, a grande procura das famílias de crianças em condições crônicas (CHAMBERS; MAHABEE-GITTENS; LEONARD, 2011).

3.2 Vínculo entre famílias e serviços de saúde

Orientados pela necessidade de buscar os serviços de saúde pela condição apresentada pelas crianças as famílias estabeleceram o vínculo com os serviços de APS.

[...] eles faziam todo esse sacrifício, essa correria com o E [filho]. Com as fichinhas e tudo porque nos conheceram [...] (S1).

O vínculo envolve relação de confiança entre profissionais de saúde e famílias ao longo do tempo. Assim, profissionais envolvidos no cuidado são capazes de reconhecer problemas comuns das famílias por conhecerem a história de saúde e doença de seus segmentos (STARFIELD, 2002). Para as famílias desta pesquisa, a equipe de APS conhece a história clínica de suas crianças.

[...] o doutor X já conhecia ele [filho], já sabia de todos os problemas [...] (S1).

[...] os profissionais, médicos, enfermeiros, recepcionistas, já conhecem bem o W [neto] e seus problemas de saúde. Conhecem bem sua história de saúde (S2).

Inclusive as famílias reconhecem a importância de manter o vínculo com as unidades de APS para que possa garantir continuidade do cuidado.

[...] o atendimento do posto hoje é bem superior ao do PAC, pela proximidade de conhecer as pessoas [...] (S1 esposo).

Ao se estabelecer o vínculo é fundamental que exista comunicação, escuta e diálogo entre famílias e profissionais (STARFIELD, 2002; AYRES, 2009), presentes segundo os cuidadores.

Eu não falo dos meus problemas, mas se eu quiser falar, acho que ela [pediatra] me escuta [...] (S2).

A longitudinalidade, demonstrada pelo vínculo, elenca a interação e alteridade entre os sujeitos que cuidam e os sujeitos a serem cuidados. A essência da longitudinalidade advém da comunicação, escuta e diálogo, estabelecido pelo movimento de ir e vir e a plasticidade entre os sujeitos para construir os horizontes do cuidado (AYRES, 2004).

Em contraposição ao relato anterior, embora exista a comunicação entre cuidadores e profissionais da saúde, entre os serviços de APS e UPA a comunicação não acontece.

[...] que tenha sido comunicado o posto de saúde, acho que não [...] (S1).

Acho que o posto não ficou sabendo [...] (S2).

A comunicação assegura constante troca de informações sobre as condições de saúde das pessoas e facilita a instrumentalização de planos terapêuticos singulares (STARFIELD, 2002; MENDES, 2012). Desta forma, não haverá inconsistências para a continuidade do cuidado, uma vez que, movimento e plasticidade estarão presentes ao delinear o projeto para cuidar (AYRES, 2004).

3.3 Deficiência no cuidado integral

A integralidade abarca extensa rede de serviços de saúde e apoio às famílias em resposta as suas necessidades (STARFIELD, 2002). Nesse sentido, deprecia-se o atual modelo de saúde focado em aspectos biológicos e amplia-se o olhar para a saúde das pessoas elencados por vivências singulares, em inter-relação com o meio e interação com os demais sujeitos, moldada pelos determinantes sociais e pela determinação social (FLEURY-TEIXEIRA; BRONZO, 2010; MELLO et al., 2012), necessários para cuidar de CRIANES.

As famílias deste estudo relataram que o cuidado está além de curar doenças, e de acordo com Ayres (2004) isto infere desejo, projeto e plasticidade, os quais são alcançados pelo movimento no cuidar.

[...] quando você tem um problema com doença, todos dentro de casa se envolvem com esta doença [...], se uma pessoa está doente, a família precisa mais de carinho, amor, chance [...]. Se for pensar, em prevenção, medicamentos, ou, produtos, acho que não é por aí. Temos que buscar estudos, palestras, informações, dessa forma, vamos melhorar bastante [...] (S1esposo).

[...] *levar a criança ao pediatra, consultar, ser atendido na hora que precisa. [...] os remédios pegar no posto e ter remédios. Também o bom atendimento do profissional, pois se o profissional nos atender bem, a gente até sai de lá [unidade de APS] bem (S2).*

Esse outro olhar para a saúde exige que profissionais estejam preparados no sentido técnico e ético para cuidar integralmente. Envolve a responsabilização (MENDES, 2012) respaldada por tecnologias, as quais permitem que crianças e famílias permaneçam amparadas em todo processo do adoecimento (MELLO et al., 2012; MENDES, 2012).

O cuidado a que nos referimos envolve o preparo dos profissionais, mas também das famílias para a condição de saúde do filho. Assim, para alcançar o sucesso prático nas ações em saúde, é essencial a articulação dos atributos complementares da APS, família, comunidade e cultura, para estabelecer o planejamento do cuidado com a participação dos sujeitos e famílias a serem cuidadas (STARFIELD, 2002; AYRES, 2004).

Diante de um resultado inesperado relacionado à condição de saúde do filho, as famílias devem ser aconselhadas a buscar ajuda antes mesmo do nascimento da criança.

Sabe no sexto mês quando apareceu à fissura labial, já começamos a procurar [...], conversar com psicólogas [...] pra não levar aquele choque na hora (S1esposo).

Mas não adianta se preparar. É igual à morte, ninguém se prepara para morte [chora] (S1).

O apoio às famílias envolve questões psicológicas, sociais, mas também físicas, pois esta estará diante de uma criança com inúmeras necessidades e precisará de cuidados contínuos por longo tempo, ou toda vida (CHIESA et al., 2009; (CHAMBERS; MAHABEE-GITTENS; LEONARD, 2011; ROSEN-REYNOSO et al., 2016). Cuidar de CRIANES é um desafio para as famílias e igualmente aos profissionais de saúde, configurado pela alteridade dos sujeitos (AYRES, 2004). Pelos relatos, observou-se que a equipe de saúde se encontra despreparada e temerosa aos cuidados a crianças em condições complexas.

[...] a princípio ele [pediatra] não tinha muitos [...] pacientes com o problema do E [filho]. [...] o pediatra tinha dificuldade por caso da sonda que foi posta em Curitiba. Várias vezes eu me desesperava [altera a voz] com aquela sonda, mas depois se acostuma. No começo eu tinha dificuldades, mas o posto e o PAC também [...]. Os médicos mesmo que acompanharam o caso em Curitiba disseram que era a primeira vez que estavam cuidando desse tipo de caso. Aqui [...] eu praticamente explicava tudo para o doutor [...] (S1).

Não bastam profissionais e serviços apresentarem êxito técnico sem buscar o sucesso prático em suas ações. O sucesso prático advém da responsabilização pelo cuidado as CRIANES e suas famílias que também necessitam de atenção, conforme relata Ayres (2009). Por alguns momentos, tais evidências foram descritas mostrando que os limites para o cuidado integral se relacionam as mudanças de atitudes e comportamentos da equipe interdisciplinar.

Nós tivemos muitos anjos em nosso caminho. [...] tinha um médico que tinha brigado com ele, mas depois, [...] o defendo em todos os lugares. [...] a partir do momento que pedi ajuda, ele começou a resolver todos os nossos problemas. Ligava pra onde precisasse [...]. Se muitos profissionais fizessem dessa forma, com certeza a saúde não só do município, mas de todo Brasil melhoraria bastante (S1 esposo).

Alcançar resolutividade aos problemas de saúde às CRIANES por meio do cuidado integral significa edificar modelos de saúde humanitários centrado nas reais necessidades e ansiedades familiares ao longo do tempo (UNICEF, 2012; NEVES et al., 2015), caracterizado pela alteridade, interação, desejo, plasticidade, movimento, não-causalidade, temporalidade e responsabilização (AYRES, 2004).

3.4 Parcialidade da coordenação na atenção à saúde

Os serviços de saúde deste estudo demonstraram-se parcialmente organizados para atender as CRIANES e frágeis em relação à capacitação e preparo da equipe profissional.

Não foram observadas grandes divergências referentes a fluxos de atendimento entre os serviços, no entanto, em um serviço o acesso acontecia pela atitude individual em responder as demandas espontâneas através de reservas de vagas para emergências. Enquanto que em outro, consultas básicas sempre eram acessíveis, mas consultas especializadas eram possíveis pela persistência familiar em requerer a atenção ao filho.

Nunca me falaram não tem, nunca voltei sem ser atendida. [...] por ele ser uma criança especial [...] não ficávamos esperando muito tempo [...] (S1).

Temos que ir as 6:30hs para agendar, para o mesmo dia às 13hs. Todas às vezes eu consegui [...] (S2).

Este cenário demonstra a ausência de protocolos efetivos para o atendimento as CRIANES e, por considerar uma condição complexa, a criança era atendida, mas não com base na organização dos serviços de saúde. O desenlace para este cenário está na

reforma do sistema de atenção pela implantação das RAS, conduzidas pela APS (BRASIL, 2010; MENDES, 2012).

Serviços de saúde que se mostram organizados em redes devem ser capazes de garantir continuidade ao cuidado à criança pelo reconhecimento de seus problemas cotidianos e de sua família. Para tanto, estes serviços não devem desamparar as famílias em nenhum momento, independente do número de vezes que o busque ou esferas de atenção que necessite (STARFIELD, 2002; NEVES et al., 2015), caracterizando responsabilização e temporalidade no cuidar (AYRES, 2004).

Para conseguir resolutividade na atenção à saúde é fundamental estabelecer parcerias na construção do cuidado (SILVA; PONTES; SILVEIRA, 2012). O cuidado envolve transformação no pensar e fazer saúde (CHIESA et al., 2009).

Logo, torna-se indispensável à participação de gestores de saúde, universidades, profissionais de saúde e, principalmente a comunidade no processo de reconstrução e transformação da atenção à saúde. Para tanto, pode-se transcender o atual modelo de saúde focado no caráter biológico do processo saúde-doença. Outro olhar para a saúde significa reconhecer subjetividades e, principalmente reconhecer determinantes sociais que estão diretamente relacionados ao sucesso prático das ações em saúde (CHIESA et al., 2009).

Este modelo de saúde envolve a reordenação do SUS mediante a APS, a qual se mostra como principal coordenadora das RAS (BRASIL, 2010; MENDES, 2012). A consolidação desta prática acontecerá pela transformação da Estratégia Saúde da Família (ESF), sendo que, a mudança nos discursos oficiais já aconteceu, porém é preciso alcançar outros horizontes, abarcando a transformação da essência (MENDES, 2012; SILVA; PONTES; SILVEIRA, 2012; WEIS et al., 2013), ou seja, do processo de trabalho nas unidades de atenção à saúde é preciso estruturar-se “para enfrentar uma condição de saúde específica ou grupos homogêneos de condições de saúde, por meio de um ciclo completo de atendimento” (MENDES, 2012, p. 51).

Considerando a atenção as CRIANES, um grupo vulnerável dentro da matriz prevenção de condições de saúde, representado pelas agudizações do processo crônico, torna-se essencial que a estrutura supracitada deva contemplar um plano macro, por políticas específicas para este grupo; um plano meso, que determina a prevenção de riscos; um plano micro, que envolve o acesso aos serviços de APS (MENDES, 2012).

4 Considerações finais

As limitações do estudo relacionaram-se as entrevistas serem realizadas apenas com os cuidadores, sendo que, seria importante à realização desta com profissionais dos serviços de APS e com gestores de saúde do cenário de estudo.

Para as famílias de CRIANES os serviços de saúde apresentam-se resolutivos, contudo, verificaram-se inconsistências ao analisar a presença e extensão dos atributos da APS e elementos do cuidado integral.

As famílias descreveram não encontrar barreiras para a atenção procurada, muito embora, houve momentos que se mostraram persuasivas para consegui-la. A longitudinalidade demonstrou que o vínculo foi estabelecido entre as famílias e o serviço de saúde. Enquanto que, a integralidade não foi expressa em sua totalidade, uma vez que, esta requer um olhar para saúde além do biológico, assim como o atributo coordenação, visto que não se percebeu a articulação entre a rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências na busca de satisfazer o conjunto de cuidados demandados pelas CRIANES. A parcialidade na coordenação proferiu-se também pela fragilidade na formação profissional e na formação continuada dos profissionais atuantes nos diferentes pontos de atenção à saúde.

Para que serviços de saúde sejam resolutivos na atenção a CRIANES torna-se necessário que a APS se conserve como ordenadora da atenção na perspectiva das RAS, assim, o caminho a seguir seria a transformação na ESF em nosso país. Deste modo, sugere-se que novas pesquisas sejam realizadas com o propósito de avaliar as práticas na ESF referentes à atenção à saúde de CRIANES.

Referências

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde & Educação**, Botucatu, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004.

AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, p. 11-23, abr./jun. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010**. Institui as Redes de Atenção a Saúde (RAS). Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2010.

CHAMBERS, P. L.; MAHABEE-GITTENS, E. M.; LEONARD, A. C. Vulnerable child syndrome, parental perception of child vulnerability, and Emergency Department usage. **Pediatric Emergency Care**, San Francisco, v. 27, n. 11, p.1009-1013, Nov. 2011.

CHIESA, A. M. et al. Building health care technologies based on health promotion. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 1352-1357, dez. 2009.

FLEURY-TEIXEIRA, P.; BRONZO, C. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R. P. (Org.). **Determinação social da saúde e reforma sanitária**. 1 ed. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 37-58. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/media/File/Determinacao.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2016.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Ênio Paulo Giachini. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. 1 ed. Brasília: OPAS, 2012.

MELLO, D. F. et al. Seguimento da saúde da criança e a longitudinalidade do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 675-679, jul./ago. 2012.

McPHERSON, M. G. et al. A new definition of children with special health care needs. **Pediatrics**, Illinois, v. 102, n. 1, p. 137-141, July 1998.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2014.

NEVES, E. T.; CABRAL, I. E.; SILVEIRA, A. Family network of children with special health needs: implications for nursing. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 562-570, mar./abr. 2013.

NEVES, E. T. et al. Rede de cuidados de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto & Contexto de Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 2, p. 399-406, abr./jun. 2015.

SILVA, M. R. F.; PONTES, R. J. S.; SILVEIRA, L. C. Acolhimento na estratégia saúde da família: as vozes dos sujeitos do cotidiano. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 784-788, dez. 2012.

SILVEIRA, A.; NEVES, E. T. Crianças com necessidades especiais de saúde: tendências das pesquisas em enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 1, n. 2, p. 254-260, mai./ago. 2011.

SILVEIRA, A.; NEVES, E. T. Vulnerabilidade das crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 4, p. 172-180, dez. 2012.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1 ed. Brasília: UNESCO, 2002.

ROSEN-REYNOSO, M. et al. Disparities in Access to easy-to-use services for children with special health care needs. **Maternal and Child Health Journal**, New York, v. 20, n. 5, p. 41-53, May. 2016.

STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. Phenomenology as method. In: STREUBERT, H. J.; CARPENTER, D. R. (Eds.). **Qualitative research in nursing**: Advancing the humanistic imperative. 5th. Lippincott Williams & Wilkins, 2011. p. 72-95.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Committing to child survival**: a promise renewed. New York, USA, 2012.

WEIS, M. C. et al. A experiência de uma família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme em dois adolescentes. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 99, p. 597-609, out./dez. 2013.

ZAMBERLAN, K. C.; NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Rede institucional de cuidados à criança com necessidades especiais de saúde. **Journal Nursing of UFPE**, Recife, v. 6, n. 5, p. 1015-1023, maio 2012.

Recebido em: 02 de dezembro de 2016.

Aceito em: 17 de fevereiro de 2017.