

**REDE DE APOIO DE FAMILIARES DE CRIANÇAS EM PRONTO
ATENDIMENTO PEDIÁTRICO**

**NETWORK OF SUPPORT FOR FAMILIES OF CHILDREN IN PEDIATRIC
EMERGENCY DEPARTMENT**

Eliane Tatsch Neves¹

Fernana Luisa Buboltz²

Andressa da Silveira³

Jaquiele Jaciara Kegler⁴

Júlia Heinz da Silva⁵

Raissa Passos dos Santos⁶

Kellen Cervo Zamberlan⁷

Resumo: Estudo qualitativo que objetivou descrever a rede de apoio de familiares de crianças atendidas em pronto atendimento infantil de um município do Sul do Brasil. Os dados foram coletados com 10 familiares cuidadores de crianças atendidas em dois prontos atendimentos pediátricos no ano de 2012, residentes na zona urbana de um município do sul do Brasil. Os resultados apontaram duas categorias: Rede de apoio de familiares de crianças menores de cinco anos na busca pelo pronto atendimento; e, Condutas dos familiares mediante os problemas de saúde da criança. Concluiu-se que a rede de apoio é constituída pela família e pelo profissional médico do serviço de atenção hospitalar e que, os familiares utilizam-se do saber profissional em detrimento do saber popular.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Enfermagem Pediátrica; Acesso aos Serviços de Saúde.

Abstract: A qualitative study aimed at describing the support network of family members of children assisted in early child care in a municipality in the south of Brazil. The data were collected with 10 family caregivers of children attended in two pediatric consultations in 2012, living in the urban zone of a city in the south of Brazil. The results showed two categories: Support network of relatives of children under five in the search for emergency care; And, Actions of family members through the health problems of the child. It was concluded that the support network is made up of the family and the medical professional of the

¹ Pós doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). Projeto Associada na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: elianeves03@gmail.com

² Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Enfermeira na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: fernandabuboltz@hotmail.com

³ Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Professora Assistente I na Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), Uruguaiana, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: andressadasilveira@gmail.com

⁴ Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: jake_kegler93@gmail.com

⁵ Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: juheinz@hotmail.com.br

⁶ Doutoranda em Enfermagem pela Universidade McGill (McGill University), Montreal, QC, Canadá. E-mail: raissapsantos@live.com

⁷ Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Enfermeira (HE-UFPel), Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. E-mail: kellenez@hotmail.com

hospital care service and that family members use professional knowledge to the detriment of popular knowledge.

Keywords: Child Health; Pediatric Nursing; Health Services Accessibility.

1 Introdução

O papel da infância e a função social da criança modificaram-se ao longo da história. A criança por muito tempo foi vista como um adulto em miniatura, sem características e necessidades próprias. A partir de diversas transformações na organização social, tanto na concepção da família acerca da infância, bem como na implementação de políticas de atenção materno-infantil, as particularidades do crescimento e desenvolvimento passaram a ser reconhecidas (ARAÚJO et al., 2014).

Estas transformações impactaram significativamente na redução da taxa de mortalidade infantil, que no Brasil, em 2000 era de 26,1%, passando para 15,3% em 2011. Esta taxa corresponde a uma redução de mais de 40% dos casos de óbitos em crianças menores de um ano (BRASIL, 2012).

Devido a isso, a população pediátrica tem passado por mudanças nas últimas décadas, relacionadas ao seu perfil epidemiológico e de morbidade. O aumento da sobrevida, relacionado com os avanços tecnológicos e com o desenvolvimento econômico e social, corroborou com a ascensão das condições crônicas e declínio das condições agudas na infância. Isto faz com que haja aumento de crianças hospitalizadas que apresentam problemas mais graves e complexos, exigindo frequentes internações, reinternações e longa permanência nos serviços de saúde, gerando impacto na organização familiar (ARAÚJO et al., 2014; MERCK; MCELFRISH, 2014).

No contexto das políticas públicas de atenção à saúde da criança, o Ministério da Saúde adotou em 1996 a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) como estratégia para o acompanhamento da saúde da criança nos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), no intuito de identificar os problemas de saúde que afetam a população infantil, qualificando a assistência prestada (ARAÚJO et al., 2014).

A APS representa o primeiro contato dos indivíduos na rede assistencial dentro do sistema de saúde. Starfield (2002) definiu quatro atributos essenciais da APS: primeiro contato, continuidade ou longitudinalidade, integralidade e coordenação. A autora enfatiza a necessidade de outras três características, chamadas de atributos derivados: orientação familiar, orientação comunitária e competência cultural.

Contudo, estudos têm demonstrado que os atributos da APS não têm sido desenvolvidos em sua totalidade pelos serviços de saúde. Como consequência, as famílias utilizam o pronto-socorro e pronto atendimento como primeira escolha para resolução de problemas de saúde de baixa e média complexidade nas crianças, em decorrência da dificuldade de acesso e baixa resolutividade dos serviços da APS (BUBOLTZ; SILVEIRA; NEVES, 2015; ZAMBERLAN et al., 2013).

A família necessita de apoio em sua rede social, a qual tem um importante papel para o enfrentamento das dificuldades e das demandas que a doença ocasiona em suas vidas. Em situações de adoecimento, ela é fonte de fortalecimento para os cuidadores, bem como para os indivíduos cuidados que recebem a assistência (SANTOS et al., 2015; VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

O conceito de rede social utilizado neste estudo, menciona que a rede social está relacionada a instituição ou estrutura de como esta rede é desenhada, ligada ao indivíduo. Já apoio social são as pessoas que fazem parte desta rede (PEDRO; ROCHA; NASCIMENTO, 2008).

Diante dos indícios de dificuldades de acesso das famílias de crianças aos serviços da APS, questionou-se: como se constitui a rede de apoio de familiares de crianças menores de cinco anos que buscam atendimento em pronto atendimento? E, quais as condutas destes familiares frente aos problemas de saúde destas crianças e a limitação de acesso à APS? Diante do exposto, objetivou-se descrever a rede de apoio de familiares de crianças atendidas em pronto atendimento infantil de um município do sul do Brasil.

2 Método

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, desenvolvido a partir de um recorte de uma pesquisa bicêntrica intitulada "Caracterização de crianças menores de cinco anos atendidas nos serviços de pronto atendimento infantil em dois municípios do sul do Brasil". Os dados deste artigo referem-se a um dos municípios localizado no interior do Rio Grande do Sul. O estudo recebeu financiamento Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Cnpq) por meio de um projeto universal.

Os participantes foram 10 familiares cuidadores de crianças atendidas em dois prontos atendimentos (PA) pediátricos no ano de 2010, residentes na zona urbana de um município do estado do Rio Grande do Sul - Brasil. Os critérios de inclusão foram: ser familiar cuidador de crianças atendidas nos PAs pediátricos. E como critério de exclusão:

os prontuários das crianças cujos contatos telefônicos e/ou endereços residenciais não permitam a sua localização.

Os participantes foram sorteados aleatoriamente no banco de dados da etapa quantitativa da pesquisa. Como técnica de coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente testado.

As entrevistas foram realizadas no domicílio dos participantes e ocorreram no período de janeiro a dezembro de 2012. As entrevistas foram encerradas no momento em que os dados coletados demonstraram possuir densidade de informações suficientes para responder a pergunta de pesquisa. Foi realizada a análise de conteúdo temática, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (MINAYO, 2014).

A pesquisa seguiu as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde de 2012. Os participantes foram identificados por códigos alfanuméricos, ou seja, P referente à participante, seguido de numeração aleatória. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em pesquisa da instituição, sendo aprovado sob o número CAAE: 0378.1.243.000-10.

3 Resultados e discussão

A partir da análise temática dos resultados emergiram duas categorias: Rede de apoio de familiares de crianças menores de cinco anos na busca pelo pronto atendimento; e, Condutas dos familiares mediante os problemas de saúde da criança.

3.1 Rede de apoio de familiares de crianças menores de cinco anos na busca pelo pronto atendimento

Com relação às pessoas que fornecem apoio ou auxiliam os familiares no percurso até o pronto atendimento, seguem-se os enunciados:

A mãe dela. Eu e a mãe dela. [avó que respondeu à entrevista]. (P1)

Eu só [...] o meu marido ficou com o outro, aí eu levei ele. (P2)

O avô dela [...] ainda bem que estava em casa [...]. Fomos nós mesmos aqui, eu e meu esposo [...] o pai dela. (P3)

[...] Sozinha. (P4)

Foi a mãe dele que levou ele. [avó que respondeu a entrevista]. (P5)

Às vezes, se meu esposo está em casa, ele ajuda, se não, é eu e meu outro filho [...]. Meu marido viaja, então tenho que me virar sozinha. Mas se é de madrugada, e ele está doente [a criança], peço ajuda para o meu pai, que mora aqui do lado, ele me leva. (P7)

Se eu não vou de ônibus, aí o meu marido, quando está em casa, ele me leva, mas se não vou de ônibus. (P8)

Fomos nós dois [mãe e pai]. Quando eu [o pai] estou trabalhando, vai ela [a mãe] ou minha irmã vai com ela [a criança]. Sempre alguém fica para assessorar. (P9)

A partir da fala dos participantes, identificou-se que os familiares presentes no percurso com a criança até o pronto atendimento, limitam-se a família nuclear – pais e irmãos – e extensiva – avós. Quando o suporte familiar não existe, o cuidador principal, nestes casos a mãe, acaba assumindo a responsabilidade na procura por atendimento à criança. Isso se deve ao fato de que o pai, em alguns casos, encontra-se ausente no momento da situação de agravo de saúde da criança.

Estudo realizado com familiares de pessoas com condições crônicas de saúde apresentou resultados semelhantes a este, destacando a presença das mulheres, na faixa etária entre 36 e 59 anos, como principais cuidadoras e desempenhando diversos papéis, tornando-se a principal fonte de apoio social em situações de agravos em saúde. Além disso, o estudo demonstrou que estas mulheres, quando contam com a ajuda de outras pessoas, normalmente são membro da família, principalmente irmãos, parceiro e filhos, destacando o envolvimento de crianças como cuidadores (HERRERA et al., 2012).

Corroborando com os resultados desta pesquisa, em estudo com familiares de crianças com doenças crônicas, que objetivou compreender e identificar a rede de apoio e social sob a ótica das famílias de crianças com condições crônicas, pontuou que a rede de apoio é restrita sendo a figura da mulher como a principal responsável pelos cuidados no processo de adoecimento da criança. Portanto, a rede de apoio é frágil também em casos onde existe a doença crônica, condição esta exige um cuidado em saúde contínuo, como acesso aos serviços de saúde, equipe multiprofissional entre outros (BARBOSA et al., 2016).

Por outro lado, em pesquisa realizada com familiares e crianças com diabetes tipo I, com objetivo compreender a influência da rede e apoio social no cuidado a criança com diabetes tipo I, verificou-se que a rede de apoio é constituída por familiares, escola, amigos, religião e equipe de saúde. Neste caso, evidencia-se que as crianças e seus

familiares possuem uma rede de apoio extensa não corroborando com outros estudos (HERRERA et al., 2012; BARBOSA et al., 2016) com famílias de crianças com doenças crônicas (PENNAFORT et al., 2016).

Em um estudo que abordou as configurações familiares e as relações sociais, os membros da família extensa, ou seja, aquela família que membros de outras gerações fazem parte (ELSEN, 1994), foram identificados e descritos como importantes aliados dos cuidadores principais, além da existência de vínculos com vizinhos e amigos, estes porém, com relações mais frágeis e superficiais. As instituições religiosas também foram citadas como um elemento importante, representada como fonte de esperança, a qual contribui para o enfrentamento das dificuldades, dá vazão a dor e a angústia que marcam seu cotidiano, e alivia os medos advindos da doença (VICENTE; HIGARASHI; FURTADO, 2015).

Torna-se imprescindível que o profissional de saúde amplie a concepção do processo saúde-doença, utilizando elementos que permeiem a rede familiar na sua prática de cuidado para a promoção de saúde, indo além do prescritivo e otimizando o referencial familiar na sua prática profissional (DEZOTI et al., 2013).

A equipe de enfermagem deve ser referência de apoio às famílias de crianças que sofrem o processo de adoecimento. É necessário incentivar a família na formação e expansão de redes de apoio com seus próprios membros, para que ocorra o fortalecimento dos vínculos familiares e, conseqüentemente um melhor enfrentamento de situações de crise como a doença da criança. É necessário promover e fortalecer redes de apoio aos familiares destas crianças a partir de programas de humanização para diminuir o impacto que o processo de adoecimento causa. Para a efetividade destas ações é primordial que a equipe de saúde conheça as redes sociais das famílias, para que seja possível direcionar estratégias conforme a necessidade e contexto de cada família (GOMES et al., 2011).

Porém, quando questionados se receberam auxílio de algum profissional ou serviço de saúde da APS durante o percurso até o pronto atendimento ou em outras situações de agravos em saúde da criança, os sujeitos responderam:

[...] o médico delas, pediatra desde quando nasceram [...] quando dá alguma coisa [agravo em saúde] eu levo ali [no pronto atendimento]. [...] ele [pediatra] me orienta, essas coisas assim. (P4)

[...] só o pediatra que já estava lá [no pronto atendimento], ele mesmo atendeu e encaminhou tudo. E também as enfermeiras que estavam ali [na unidade de atendimento]. (P6)

[...] se é uma coisa mais leve [menos grave] eu posso levar no postinho [UBS]. (P7)

Nunca levei ele lá para consultar [UBS]. (P9)

Não. [...] porque inclusive à tardinha não era uma hora que tivesse atendimento no posto. (P10)

Os enunciados demonstram uma lacuna na formação da rede de apoio destes familiares na atenção primária, em relação ao processo saúde-doença destas crianças. A falta de suporte dos serviços da APS para estas famílias na promoção e prevenção dos agravos na saúde infantil denota uma certa fragilidade neste nível de atenção no que se refere ao acompanhamento da saúde das crianças.

Desta forma, no cenário deste estudo, a atenção primária não cumpre sua principal função relacionada à coordenação dos cuidados a população com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária da rede. A coordenação da atenção primária deve atuar sobre os determinantes sociais da saúde e sobre os fatores de riscos biopsicológicos e, também, sobre as condições de saúde e suas consequências (MENDES, 2011).

Cita-se aqui a articulação do trabalho em redes de atenção em saúde (RAS) que estruturam-se para oferecer continuidade da atenção nos três níveis de atenção assim como a integralidade à saúde definidas como ações de promoção, prevenção, das condições e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio das práticas de cura, cuidado, reabilitação e palição (MENDES, 2011).

A figura do médico pediatra é citada como uma importante referência para estes familiares o que sugere a existência de um modelo de saúde baseado no biomédico e curativista. Diante desta realidade, compreende-se que, os serviços de saúde da atenção primária não são presentes no processo de procura pela resolução dos problemas de saúde das crianças atendidas em pronto atendimento infantil.

Os serviços de atenção primária não foram citados como parte da rede de apoio, embora deveriam constituir-se de uma porta de entrada para o sistema de saúde, de acordo com as diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde. Em estudo realizado com familiares de crianças com necessidades especiais de saúde, as famílias revelaram que recebem ajuda de instituições filantrópicas, serviços privados ou planos de saúde, para proporcionar uma melhor qualidade de vida à criança. Os participantes descreveram os atendimentos oferecidos pelo Sistema Único de Saúde como demorados e que possuem burocracias que retardam o acesso aos serviços. Neste mesmo estudo apenas uma das famílias relatou receber assistência de uma Unidade Básica de Saúde por não possuir

condições financeiras para adquirir um plano privado. Isto revela uma fragilidade no acesso e na assistência da Atenção Primária (BARBOSA et al., 2016).

Diante deste cenário, observam-se barreiras nos serviços de saúde que deveriam servir de apoio às crianças e suas famílias na busca pela resolutividade dos problemas de saúde. A APS que deveria ser a porta prioritária aos usuários acaba por impor barreiras de acesso condicionadas as questões burocráticas, não cumprindo com a sua função de apoio para um cuidado em saúde integral (SILVA; VIERA, 2014).

O fornecimento de cuidados integrais a criança no espaço da atenção primária representa uma problemática no campo da investigação, particularmente na atenção básica no cotidiano dos cuidados, o qual é preenchido pelo esforço da família em articulá-los na rede social da criança para atender às demandas de cuidados (CABRAL; MORAES, 2015).

Portanto, torna-se necessário a articulação dos serviços de saúde por meio da comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de complexidade, para que seja possível a efetivação de redes de atenção em saúde. Neste cenário, a equipe de enfermagem, tem o compromisso de acolher estas crianças e suas famílias, em todos os níveis de atenção com vistas na construção de redes sociais e na garantia do direito a um atendimento integral e de qualidade a esta população. Neste processo, cada profissional da saúde dentro de suas competências legais, deve oferecer um cuidado integral e humanizado e construir redes de apoio as crianças e suas famílias no processo de adoecimento (BUBOLTZ; SILVEIRA; NEVES, 2015).

3.2 Condutas dos familiares mediante os problemas de saúde da criança

Ao serem questionados se realizavam alguma conduta para resolver o problema de saúde da criança antes de procurar o serviço de pronto atendimento infantil, os participantes relataram:

Ela tinha muita febre, dei remédio para febre [...] porque ela tremia demais, até chegar lá fora [serviço de pronto atendimento]. (P1)

A gente dá chazinho, dá um remédio [...]. (P2)

A não ser que se tivesse com febre, é banho e o remédio de febre. (P4)

Não, por exemplo, se ele estava com febre, eu dou paracetamol, tylenol. Espero 24 horas quando é febre [para levar ao serviço de saúde]. (P7)

Não! Eu já levo ele direto porque ele tinha um probleminha no coração [...] ele tinha sopro. [...] não é qualquer remédio que dá para ele, qualquer injeção, qualquer remédio [...]. Então tem que levar ele direto, não posso dar remédio por conta. [...] Daí a gente vai ali [serviço de pronto atendimento]. (P9)

Não, isso ela não acredita. [referindo-se aos cuidados do setor popular] [...] eu nunca acreditei em benzedeira. Eu acredito em saúde, isso mais espiritual não [...] vou direto para solução [serviço de saúde]. (P10)

Os enunciados evidenciaram que os familiares destas crianças baseiam-se nos cuidados em saúde relacionados ao conhecimento científico, ou seja, utilizam saberes e práticas ligadas ao uso de medicamentos e orientações recebidas por profissionais da saúde. Apenas no enunciado de P2 destaca-se o uso de cuidados em saúde baseados no setor de cuidado em saúde popular (familiar), ou seja, a utilização de chás. Os achados deste estudo descrevem que os familiares das crianças atendidas em pronto atendimento infantil preferem recorrer aos serviços de saúde para a resolução dos problemas de saúde das crianças em detrimento de qualquer outro conhecimento baseado no saber popular. O setor de cuidado em saúde popular (folk) não faz parte dos cuidados destas famílias, uma vez que foi citado apenas por um participante.

Nesta perspectiva, baseados nos pressupostos de Kleinman (1980), destaca-se a existência de três setores de cuidados em saúde – informal, popular e profissional – nos quais as famílias se apoiam na tentativa de resolver os problemas de saúde de seus membros. Cada setor possui seu próprio modo de explicar e tratar a doença, definir quem é a pessoa que cura e quem é o paciente e, ainda, como o agente de cura e o paciente devem interagir em seu contexto terapêutico.

O setor informal é o considerado de domínio leigo, não profissional, não especialista da sociedade, no qual a má saúde ou doença é reconhecida pela primeira vez e as primeiras atividades de cuidados são iniciadas. As ações de auto tratamento ou auto medicação, conselhos ou tratamentos dados por parentes, amigos ou vizinhos, atividades de cura e cuidado mútuo em igreja, culto ou grupo de auto ajuda são exemplos deste setor. O principal cenário dos cuidados no setor informal é a família, onde muitos casos de “má saúde” são reconhecidos e então tratados (KLEINMAN, 1980).

Já o setor de cuidado em saúde profissional, que predominou nos enunciados dos participantes deste estudo, compreende as profissões de cura organizadas, legalmente aprovadas, como a medicina científica ocidental moderna, também conhecida como

alopatia ou biomedicina. Inclui diversos profissionais, de infinitas especialidades, como os médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros (KLEINMAN, 1980).

O setor popular (folk) de cuidados em saúde é constituído de práticas baseadas em indivíduos que se especializam em formas de cura que são sagradas ou seculares ou, ainda, uma mistura das duas, chamada de curandeiros, ocupando uma posição intermediária entre os setores informal e profissional (KLEINMAN, 1980). Destaca-se que no presente estudo este setor não foi citado pelos participantes.

Na presente pesquisa, encontrou-se que as mães prestam cuidados de saúde a seus filhos advindos do setor popular e informal, contudo, cada vez mais influenciadas pelo setor profissional de saúde. Estudo realizado por Bohes et al. (2011) verificou que os familiares das crianças utilizavam medicamentos alopáticos para febre, como a dipirona e o paracetamol, que fazem parte da farmácia caseira. Além de prestarem cuidados como banho e chás, para complementar o tratamento já iniciado com medicamentos.

Os familiares das crianças deste estudo procuraram poucos recursos alternativos para solucionar o problema de saúde da criança. Este resultado diverge do encontrado em uma pesquisa realizada com mães de crianças, o qual demonstrou que estas utilizam da medicina popular para o preparo de remédios caseiros, bem como atribuem grande importância a essa prática e, ainda, que esse conhecimento tradicional possui um valor cultural, já que é transmitido de geração em geração e vem sendo reconstruído ao longo do tempo. Aliado ao uso da medicina popular, as mães procuram os serviços de saúde quando seus filhos se encontram doentes além de atribuírem uma relevância à espiritualidade de benzedura, descrevendo uma crença religiosa para a cura das enfermidades (OLIVEIRA; DANTAS, 2012).

As formas de cuidar configuram-se variadamente, o que reflete os aspectos culturais de cada família. Há necessidade de que os profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, atentem para as práticas que contextualizam os saberes e vivências populares. Assim, torna-se possível uma aproximação dos setores de cuidado, o que pode auxiliar na produção de vínculos, no estabelecimento de relações de confiança, que favoreçam a troca de saberes e evitem que o cuidado no domicílio seja solitário e angustiante para os cuidadores (GARCIA et al., 2012).

O sistema de cuidados em saúde profissional, incorporando o saber biomédico-científico e as tecnologias terapêuticas modernas, conta com um amplo reconhecimento como agência produtora de cuidados. Já a rede informal representada pela família não é

reconhecida como principal agente do cuidado apesar de ser na e pela família que se produzem cuidados essenciais à saúde (GUTERREZ; MINAYO, 2010).

Os cuidados relacionados à rede informal vão desde as interações afetivas necessárias ao pleno desenvolvimento da saúde mental e da personalidade madura de seus membros passam pela aprendizagem da higiene e da cultura alimentar e atingem o nível da adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços de saúde como a medicação, dietas e atividades preventivas (GUTERREZ; MINAYO, 2010).

4 Conclusão

Os cuidados em saúde têm sido entendidos pelos usuários dos sistemas de saúde e também pelos profissionais da rede de modo pouco abrangente. As definições, predominantemente, restringem-se a dar ênfase a ações que se desenrolam no contexto dos serviços de saúde, a partir da ação técnica dos profissionais. No entanto, percebe-se que os cuidados em saúde são produzidos em pelo menos dois contextos distintos, porém inter-relacionados: a rede de serviços e a rede informal, que é representada principalmente pela família.

Assim, é necessário que os profissionais de todas as redes de atenção em saúde, principalmente da atenção primária, compreendam que existem diversos fatores que influenciam na promoção da saúde da criança. Portanto é imprescindível que se conheça a realidade sociocultural destas famílias e a partir disto planejar estratégias de apoio na busca pela resolução dos problemas de saúde infantil. A equipe de saúde, em especial o enfermeiro, deve sentir-se como agente do cuidado à estas crianças e suas famílias possibilitando a existência da rede de apoio dos serviços de atenção primária e uma integração de todos os níveis de atenção em saúde.

Referências

- ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, nov./dez. 2014.
- BARBOSA, T. A. et al. Rede de apoio e apoio social às crianças com necessidades especiais de saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 17, n. 1, p. 60-66, jan./fev. 2016.
- BOEHS, A. E. et al. Percepções das mães sobre os cuidados à saúde da criança até 6 anos. **Reme – Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 114-120, jan./mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS. **Indicadores e Dados Básicos – IDB – 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BUBOLTZ, F. L.; SILVEIRA, A.; NEVES, E. T. Estratégias de famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico: a busca pela construção da integralidade. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 1027-1034, out./dez. 2015.

CABRAL, I. E.; MORAES, J. R. M. M. Familiares cuidadores articulando rede social de criança com necessidades especiais de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 68, n. 6, p. 1078-1085, dez. 2015.

DEZOTI, A. P. et al. Rede social de apoio ao desenvolvimento infantil segundo a equipe de saúde da família. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 721-729, out./dez. 2013.

ELSEN, I. **Marcos para prática de Enfermagem com famílias**. 1. ed. Florianópolis: UFSC, 1994.

GARCIA, R. P. et al. Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 270-276, abr./jun. 2012.

GOMES, G. C. et al. O apoio social ao familiar cuidador durante a internação hospitalar da criança. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.64-69, jan./mar. 2011.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1497-1508, jun. 2010.

HERRERA, A. et al. Soporte social a cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica en Cartagena. **Aquichan**, Bogotá, v. 12, n. 3, p. 286-297, 2012.

MERCK, T.; MCELFRISH, P. Cuidados à criança Centrados na Família durante a doença e hospitalização. In: HOCKENBERRY, M.; WILSON, D. **Wong. Fundamentos da Enfermagem da Enfermagem Pediátrica**. 9. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014. p. 588-609.

KLEINMAN, A. Orientations 2: culture, health care systems and clinical reality. In: KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. 1. ed. London: University of California Press, 1980. p. 24-70.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

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

PEDRO, I. C. S.; ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C. Apoio e rede social em enfermagem familiar: revendo conceitos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 324-327, mar./abr. 2008.

PENNAFORT, V. P. S. et al. Rede e apoio social no cuidado familiar da criança com diabetes. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 69, n.5, p. 912-919, set./out. 2016;

OLIVEIRA, D. R.; DANTAS, G. B. Práticas culturais de cuidados entre mães de lactentes com infecção respiratória. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 25, p. 13-19, abr./jun. 2012.

SANTOS, G. S. et al. Rede social e virtual de apoio ao adolescente que convive com doença crônica: uma revisão integrativa. **Aquichan**, Bogotá, v. 15, n. 1, p. 60-74, 2015.

SILVA, R.M.M; VIERA, C.S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 5, p. 794-802, set./out. 2014

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

VICENTE, J. B.; HIGARASHI, I. H.; FURTADO, M. C. C. Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 107-114, jan./mar. 2015.

ZAMBERLAN, K. C. et al. Trajetória de familiares cuidadores de crianças ao pronto atendimento. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 27, n. 2, p. 172-180, maio/ago. 2013.

Recebido em: 12 de janeiro de 2017.

Aceito em: 22 de fevereiro de 2017.