Revista Brasileira de Enfermagem
REBEn

EDIÇÃO TEMÁTICA:
BOAS PRÁTICAS NO PROCESSO DE CUIDADO
COMO CENTRALIDADE DA ENFERMAGEM

PESQUISA

Coordenação do cuidado na Atenção à Saúde à(ao) criança/adolescente em condição crônica

Care coordination in Health Care for the child/adolescent in chronic condition

Coordinación del cuidado en la Atención de Salud al niño/adolescente en condición crónica

Elenice Maria Cecchetti Vaz[I], Neusa Collet[I], Emília Gallindo Cursino[II], Franklin Dellano Soares Forte[I], Rafaella Karolina Bezerra Pedrosa Magalhães[I], Altamira Pereira da Silva Reichert[I]

[I] Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa-PB, Brasil.
[II] Universidade Federal Fluminense, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa. Niterói-RJ, Brasil.

Como citar este artigo:
Vaz EMC, Collet N, Cursino EG, Forte FDS, Magalhães RKBP, Reichert APS. Care coordination in Health Care for the child/adolescent in chronic condition. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 6):2612-9. [Thematic Issue: Good practices in the care process as the centrality of the Nursing] DOI: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0787

Submissão: 09-10-2017 **Aprovação:** 06-02-2018

RESUMO

Objetivo: analisar a coordenação do cuidado à criança e ao adolescente em condição crônica e o ordenamento desses usuários na Rede de Atenção à Saúde. **Método**: Estudo qualitativo, realizado com 26 profissionais de saúde e gestores por meio de grupos focais. Utilizou-se a análise temática de conteúdo. **Resultados**: A coordenação do cuidado encontra-se frágil, com falta de apoio da gestão, e presença de alta rotatividade dos gestores e profissionais. Os limites no ordenamento da rede decorrem de mudanças frequentes no fluxo de atendimento. A comunicação entre os níveis de atenção e a falta de contrarreferência inviabiliza o cuidado em rede. **Considerações finais**: Há necessidade de ordenamento da Rede de Atenção à Saúde e estabelecimento de fluxo de atendimento, bem como a construção de canais de comunicação e instrumentos de referência e contrarreferência entre os profissionais e serviços, para constituição e integração da rede na perspectiva do cuidado centrado no usuário.
Descritores: Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Doença Crônica; Criança; Adolescente.

ABSTRACT

Objective: To analyze the care coordination for the child and adolescent in chronic condition and users planning in the Health Care Network. **Method**: Qualitative study, conducted with 26 health professionals and managers through Focus Groups. Thematic content analysis was used. **Results**: Care coordination is fragile, with lack of support from the management, and presence of high turnover of managers and professionals. The limits in the network planning are due to frequent changes in the careflow. Communication between levels of care and lack of counter-referral makes network care unfeasible. **Final considerations**: There is a need for planning in the Health Care Network and establishment of careflow, as well as the construction of communication channels and tools of referral and counter-referral between professionals and services, for the constitution and integration of the network from the perspective of user-centered care.
Descriptors: Primary Health Care; Family Health Strategy; Chronic Disease; Child; Adolescent.

RESUMEN

Objetivo: analizar la coordinación del cuidado al niño y al adolescente en condición crónica y el ordenamiento de esos usuarios en la Red de Atención de Salud. **Método**: Estudio cualitativo, realizado con 26 profesionales de salud y gestores por medio de grupos focales. Se utilizó el análisis temático de contenido. **Resultados**: La coordinación del cuidado se encuentra frágil, con falta de apoyo de la gestión, y presencia de alta rotatividad de los gestores y profesionales. Los límites en el ordenamiento de la red proceden de cambios frecuentes en el flujo de atención. La comunicación entre los niveles de atención y la falta de contrarreferencia inviabiliza el cuidado en red. **Consideraciones finales**: Es necesario ordenar la Red de Atención de Salud y establecer el flujo de atención, así como la construcción de canales de comunicación e instrumentos de referencia y contrarreferencia entre los profesionales y servicios, para la constitución e integración de la red en la perspectiva del cuidado centrado en el usuario.
Descriptores: Atención Primaria de Salud; Estrategia de Salud Familiar; Enfermedad Crónica; Infantil; Adolescente.

AUTOR CORRESPONDENTE **Elenice Maria Cecchetti Vaz** E-mail: elenice.cecchetti@gmail.com

CC BY

INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) têm por finalidade a garantia de oferta de atenção contínua e integral à determinada população[1]. Nestas redes, espera-se que a Estratégia Saúde da Família (ESF), adotada como norteadora da organização da Atenção Primária no sistema público de saúde do Brasil, se constitua como provedora da atenção e coordenadora do cuidado[2]. Espera-se que as RAS, com estas características, ofertem ações e serviços de melhor qualidade, que gerem melhores indicadores de saúde em múltiplas realidades e impactem positivamente na saúde da população[3], especialmente a infanto-juvenil, objeto deste estudo.

Dessa forma, a APS tem sido considerada central para o manejo da condição crônica na infância e adolescência, que vem aumentando consideravelmente, em virtude das transições demográfica e epidemiológica.

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios[4] revelou que 9,05% das crianças de 0 a 4 anos; 9,73% das crianças/adolescentes de 5 a 13 anos e 11,0% dos adolescentes de 14 a 19 anos do total geral da população nessa faixa etária tem doença crônica. E, nos Estados Unidos da América, uma pesquisa[5] realizada abrangendo a faixa etária entre 0 a 17 anos, mostrou que 13,44% têm uma condição crônica de saúde e 9,90% possuem duas ou mais.

Essa população costuma acessar com maior frequência os pontos da Rede de Atenção; tem contato com diferentes categorias profissionais; e pode ser beneficiária de ações de promoção da saúde e prevenção, contínuas[3,6]. Este cenário exige uma APS forte e robusta, capaz de coordenar o cuidado em local e tempo oportunos, e ordenar a RAS da criança e do adolescente em condição crônica.

A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da Atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS[7-8].

Nesse contexto, os serviços de saúde têm apresentado fragilidades na coordenação do cuidado que resultam na interrupção dos fluxos, no uso deficiente dos recursos, no desequilíbrio entre a demanda e a oferta. Essa descoordenação da atenção é resultado da fragmentação do sistema de saúde que estrutura os múltiplos pontos de atenção em silos que não se comunicam e do crescimento de pessoas em condições crônicas[8].

Estudo[9] destaca fragilidades da APS em assumir papel de coordenação do cuidado, por não reunir condições materiais (tecnológicas, operacionais, organizacionais) e simbólicas (valores, significados e representações) para deter a posição central da coordenação das redes temáticas de saúde. Da mesma forma que não existe RAS sem APS robusta capaz de coordenar o cuidado, a APS não consegue exercer seu papel sem uma articulação entre os três níveis de atenção[3].

Estudo[10] que abordou a coordenação do cuidado na perspectiva dos pais de crianças com necessidades especiais, evidenciou que a deficiência na comunicação e coordenação do sistema de saúde, em geral, resulta na falta de informação acessível e consolidada sobre a condição da criança. Outro estudo[11] apontou que a fragilidade na comunicação e a não integração dos serviços constituintes da RAS dificultam a coordenação do cuidado pela ESF.

Com isso, a melhoria na coordenação da Atenção à Saúde converteu-se numa prioridade dos sistemas de saúde em todo mundo. Estudar a coordenação do cuidado na atenção à criança e adolescente em condição crônica é fundamental, tendo em vista que esse grupo precisa ser atendido por diferentes profissionais de saúde e, nos momentos de transição do cuidado, entre diferentes serviços de saúde[8]. Além disso, precisam de atendimento em tempo oportuno e não podem ficar sem esse apoio da Atenção Primária[11].

OBJETIVO

Analisar a coordenação do cuidado à criança e ao adolescente em condição crônica e o ordenamento desses usuários na Rede de Atenção à Saúde.

MÉTODO

Aspectos éticos

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba e autorizado com Termo de Anuência pela Secretaria Municipal de Saúde e pelos diretores distritais do município em questão. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi lido e assinado pelos participantes.

Tipo de estudo

Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa e com sustentação teórica em Mendes. Segundo esse autor, a Atenção Primária à Saúde, para instituir-se como estratégia de organização do Sistema Único de Saúde (SUS), na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tem que ter a função resolutiva; a função de coordenadora do cuidado e ordenadora de fluxos e contrafluxos de usuários, produtos e informações ao longo das RAS; e a função de responsabilização pela saúde da população adstrita às equipes de Estratégia Saúde da Família[2].

Procedimentos metodológicos

Cenário e participantes do estudo

A pesquisa foi realizada em João Pessoa-PB, cidade do nordeste do Brasil, com 742.478 habitantes e cobertura de 86,89% da Estratégia Saúde da Família (ESF), e 100% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e com 181 Equipes de Saúde Bucal (EqSB). O município se organiza na saúde na perspectiva de cinco Distritos Sanitários (DS). Estudo realizado no contexto das Unidades de Saúde da Família (USF) do município de João Pessoa-PB com 26 profissionais da Atenção Primária, desses, 11 eram gestores (um gerente da APS, quatro diretores técnicos dos DS e seis apoiadores matriciais), quatro eram médicos e 11 eram enfermeiros que se corresponsabilizam pelo cuidado à(ao) criança/adolescente/família em condição crônica, atendidas nas USF do referido município.

Coleta e organização dos dados

O processo de seleção das USF elencadas iniciou-se a partir do sorteio do total de unidades, 191 USF, com representatividade de cada um dos cinco distritos sanitários do município em estudo, no intuito de identificar equipes que atendessem crianças e adolescentes em condição crônica. Caso a unidade sorteada não atendesse a essa clientela, outro sorteio seria realizado, assim por diante. Ao final dessa etapa, foi gerada uma lista de 20 USF, totalizando 42 Equipes de Saúde da Família (EqSF) que passaram a fazer parte desta pesquisa.

Para técnica de coleta de dados, optou-se pelo Grupo Focal, pois os participantes podem interagir uns com os outros. Grupo Focal[12] (GF) é definido como uma reunião para debate, reflexão e diálogo sobre determinada temática, facilitado por um moderador. Após contatos com representantes da Secretaria Municipal de Saúde, dos DS e das USF, no processo de recrutamento para os GF, foram convidados 89 profissionais entre médicos, enfermeiros e gestores, que atenderam aos critérios de inclusão: atuar na ESF há mais de um ano e ter experiência de cuidado a crianças/adolescentes/famílias em condição crônica em seu cotidiano na USF; e ser coordenador da Atenção Básica e Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente na SMS, ser diretor técnico dos DS e apoiadores matriciais das EqSF. Foram excluídos gestores, médicos e enfermeiros que estavam de licença ou férias no período da coleta de dados.

Os GF foram agendados previamente, de acordo com a disponibilidade e organização das equipes. Foram realizados cinco GF, entre junho e julho de 2016, com até 7 participantes por grupo, totalizando 26 participantes, sendo quatro com profissionais médicos, enfermeiros e apoiadores matriciais e um com gerentes e diretores técnicos. A realização dos GF foi apoiada por um moderador e dois observadores. Os encontros tiveram duração aproximada de 90 minutos e foram realizados em uma instituição de Ensino Superior, com privacidade e condições de acolher confortavelmente os participantes. Somente o GF de gestores ocorreu em uma sala reservada da SMS, devido preferência dos mesmos. Foi lido um texto disparador acerca da temática em estudo e questões geradoras: Como tem ocorrido a coordenação do cuidado à criança/adolescente/família em condição crônica na Estratégia Saúde da Família no município de João Pessoa? Como vocês percebem a Rede de Atenção à Saúde no cuidado à criança/adolescente/família em condição crônica? Quais os desafios que vocês enfrentam na coordenação do cuidado à(ao) criança/adolescente/família em condição crônica? Como as atividades das Equipes de Saúde da Família e gestores da Atenção Primária à Saúde integram a Rede de Atenção à Saúde no cuidado à(ao) criança/adolescente/família em condição crônica?

Os momentos dos GF foram gravados e, posteriormente, transcritos para a análise. Por questões éticas, as falas transcritas foram descaracterizadas, evitando possíveis elementos de identificação dos participantes. Mediante análise processual dos dados, considerou-se que o número de profissionais e gestores participantes foi suficiente para a reincidência e saturação[13] das informações, de tal forma, alcançando aos objetivos propostos e à compreensão e contextualização do objeto de pesquisa.

Os participantes foram identificados pela ordem dos Grupos Focais (GF1, GF2, GF3, GF4 e GFG).

Análise dos dados

O material empírico derivado dos grupos focais foi submetido à técnica de Análise de Conteúdo (AC) na modalidade temática[14]. O procedimento analítico seguiu três polos cronológicos: a pré-análise com leitura flutuante para conhecer as ideias iniciais dos textos e fazer recortes acerca da coordenação do cuidado e ordenamento da RAS da criança/adolescente em condição crônica para a constituição do *corpus*; a exploração do material pela leitura exaustiva e compreensiva com a codificação primária das falas, a fim de identificar a percepção dos profissionais das EqSF e gestores da APS sobre o objeto de estudo; e, a inferência/tratamento dos resultados obtidos e à sua interpretação/significação[14], discutindo-os à luz do referencial teórico[2] do estudo.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

Dos vinte e seis participantes, dois eram do sexo masculino e vinte e quatro do sexo feminino, com idades que variaram entre 25 e 65 anos. O tempo de formação variou de dois a trinta e oito anos. Exceto uma única participante, as demais possuíam pelo menos uma especialização *latu sensu* na área da saúde. O tempo de atuação na ESF variou de um a dezoito anos.

A partir da codificação dos dados, foi construído o eixo temático[14] "percepção dos profissionais e gestores acerca da coordenação do cuidado e ordenamento da Rede de Atenção à Saúde da criança e do adolescente em condição crônica". Esta análise foi realizada em duas dimensões, levando em consideração os dois aspectos da coordenação, a saber, a integração do cuidado e a comunicação na rede.

(Des)Integração do cuidado à criança e ao adolescente em condição crônica na Rede de Atenção à Saúde

Esta primeira dimensão evidencia como os profissionais e gestores percebem a integração do cuidado no decorrer do percurso da criança e do adolescente com enfermidade crônica e sua família pela Rede de Atenção à Saúde. Para eles, a coordenação do cuidado à criança e ao adolescente nessas condições está diretamente relacionada às fragilidades da rede, que podem interferir na integralidade do cuidado.

> *A rede é bem deficiente. Na maioria das vezes não conseguimos marcar consultas com os especialistas. A integralidade e a equidade não acontecem.* (GF3)

> *A gente não tem para onde mandar a demanda deles. A gente percebe certa fragilidade na rede. Precisaríamos de alguma forma de uma rede mais consistente.* (GF2)

É papel da APS coordenar o cuidado à criança, ao adolescente e sua família em condição crônica. Porém, na visão dos participantes do estudo, quando não há resolutividade nos outros níveis de atenção, a APS não tem condições de resolver o problema e, assim, enfrenta dificuldade para fazer a coordenação na perspectiva de solucionar as necessidades de saúde desses usuários.

> *A gente atende o paciente, mas quando precisa partir para uma fase secundária ou terciária, começam as limitações que existem nos serviços. Não encontra o apoio necessário. O paciente não tem seu problema resolvido. Falta resolutividade.* (GF1)

> *O paciente volta para a gente com o mesmo problema. É pouco resolutivo. E para a criança e adolescente em condição crônica não tem resolutividade mesmo.* (GF4)

Essa fragilidade da rede foi atribuída à falta de apoio da gestão para resolutividade do cuidado à criança e ao adolescente em condição crônica e à sua família.

> *Os casos vão para o apoio* [matricial] *tentar resolver no distrito sanitário. É uma questão de prioridade para a gestão. Falta envolvimento da gestão no cuidado à criança.* (GF1)

Outro fator que fragiliza a rede, sob o ponto de vista dos profissionais das EqSF, é a rotatividade de gestores e profissionais nos três níveis de atenção, devido à falta de estabilidade no emprego. E isso reflete diretamente na continuidade do cuidado.

> *A rotatividade de profissionais é muito grande nos serviços. Quem vai dar continuidade, se está mudando? Se a rede fosse boa, não ficaríamos angustiados na ponta* [APS], *porque já saberíamos o profissional certo para encaminhá-lo.* (GF1)

> *O vínculo empregatício é precário, por isso muda de gestor, de NASF, de coordenação. Quando o apoiador está começando a engrenar, tem que ir para outra unidade.* (GF4)

Evidenciou-se, ainda, que não há ordenamento da RAS a esse grupo específico, pois gestores e profissionais de saúde desconhecem o fluxo de atendimento.

> *Falta um ordenamento para o profissional saber a quem procurar para tentar resolver o problema da criança. No hospital X* [federal] *tem profissionais que atendem essa questão de doenças crônicas. Eu não sei ao certo se continua. Mas, a gente tinha essa articulação.* (GFG)

> *Não existe ordenamento. Não existe rede. A rede está furada em vários pontos e cheia de nós. Quando a gente pega a criança em condição crônica e encaminha para o hospital Y* [municipal], *eles dizem que é para o hospital Z* [estadual]. (GF4)

As mudanças contínuas no fluxo de atendimento são fatores que também interferem no ordenamento dessa rede.

> *De repente era de uma forma para você mandar para aquele determinado local na rede. Pouco tempo depois, já mudou o fluxo. Não existe fluxo correto.* (GF1)

> *Os fluxos não estão bem definidos, pelo menos de conhecimento claro de quem está na ponta* [APS]. *A gente tem muito essa dificuldade.* (GF2)

Fragilidade da comunicação na rede de atenção no cuidado à criança e ao adolescente em condição crônica

Essa dimensão aborda como os participantes do estudo percebem a comunicação entre a ESF e os serviços especializados e hospitalares, e o que isso pode interferir na coordenação do cuidado a esse grupo, como também no ordenamento desses pela RAS. Destacam a falta de comunicação entre os profissionais dos três níveis de atenção, bem como, com os gestores.

> *Os profissionais da rede não se comunicam. Os profissionais de um mesmo serviço não sabem o que os outros fazem. Nem a própria gestão se comunica.* (GF3)

> *Há falta de comunicação entre os profissionais da rede. Falta conectividade entre os serviços, gestores e profissionais. Não há compartilhamento.* (GF2)

Outro fator abordado que interfere diretamente na coordenação do cuidado está relacionado aos preenchimentos de formulário de referência pela APS e da contrarreferência pelos serviços das redes especializadas e hospitalares. Por serem consideradas uma forma de comunicação entre os três níveis de atenção, as lacunas nesse processo dificultam o acompanhamento desses usuários na rede.

> *Existe a responsabilidade dos profissionais da rede de estarem realizando a referência e a contrarreferência. Não adianta a rede ter a porta aberta para a especialidade, se os profissionais não emitirem a contrarreferência para que a ESF, que acompanha a criança ou adolescente, possa dar continuidade ao tratamento.* (GFG)

> *A gente não consegue informação dos atendimentos em outros níveis de atenção. A contrarreferência* não acontece. Se o paciente retorna com a *contrarreferência, a gente tem como dar continuidade ao caso.* (GF1)

Alguns profissionais explicitam que, em algumas poucas situações, receberam a contrarreferência por escrito e preenchida pelo profissional de serviços disponíveis na rede para o atendimento da criança e do adolescente em condição crônica. No entanto, como não é uma prática corriqueira, gera estranheza entre os profissionais das EqSF.

> O *colega do hospital Y* [municipal] *registrou tudo o que fez na contrarreferência. Não estamos acostumados com isso*. É uma raridade, mas é possível sim. (GF2)

> *Eu já recebi uma contrarreferência bem explicada do hospital X* [federal]. *Veio tudo bem detalhado no resumo de alta da criança.* (GF4)

DISCUSSÃO

A coordenação do cuidado de crianças e adolescentes em condição crônica é um processo complexo que precisa ser efetivo para ser resolutivo, para que seja garantida a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção. Pressupõe uma organização do cuidado em saúde centrado na criança e no adolescente adoecido ou na família em situação crônica de adoecimento, na perspectiva da continuidade das ações de saúde, considerando os diferentes pontos da RAS, os quais se organizam para integrar e melhorar as ações e os serviços de

saúde comprometidos com a qualidade do cuidado ancorado no princípio da integralidade para garantir que o usuário receba o cuidado que necessita[15]. Sendo assim, o provedor de Atenção Primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o usuário recebe por meio da coordenação entre os serviços[16].

A falta de coordenação da atenção é um dos principais problemas dos sistemas fragmentados de saúde e afeta sobremaneira crianças e adolescentes com doenças crônicas. Ela se manifesta por meio de um conjunto de situações frequentes, destacando-se: a falta de comunicação entre a APS e os serviços especializados; a ausência de continuidade da assistência; e a falta de um ponto de atenção identificável e com responsabilização coordenadora na perspectiva das pessoas usuárias e de suas famílias[8].

Na percepção dos profissionais e gestores, a RAS da criança e do adolescente em condição crônica no município estudado, encontra-se frágil e deficiente, não acontecendo a integralidade nem a equidade. Sugerem que há a necessidade de se fortalecer essa rede, tornando-a mais consistente, integrada e efetiva.

Estudo[17] realizado com famílias de crianças atendidas nas UPA de Cascavel-PR corrobora esses resultados ao afirmar que existe fragilidade da coordenação na APS e que esta repercute em não resolutividade na Atenção à Saúde da criança em condição crônica.

Contrapondo esse aspecto, pesquisa[18] que avaliou o atributo coordenação na ESF no município de Colombo-PR, mostrou ser possível a integração do cuidado, desde que as unidades se articulassem com os serviços de especialidade.

A integração do cuidado é um dos desafios da construção de um modelo de saúde universal e equânime. A legitimidade em produzir um cuidado integral constitui mecanismo fundamental para fortalecer a universalidade e a equidade no sistema de saúde[19].

Em relação ao cuidado à criança e ao adolescente em condição crônica, prestado na APS do município em foco, identificaram-se limitações quando as EqSF precisam encaminhar a outros pontos de atenção. Os profissionais percebem que a falta de apoio da gestão interfere na qualidade dos atendimentos nos níveis secundários e terciários, uma vez que são pouco resolutivos. Essa fragilidade da RAS dificulta a continuidade do cuidado pela APS. Essa é de fundamental importância por ter potencial para minimizar erros e melhorar a segurança do usuário[20].

Por outro lado, quando o gestor facilita o acesso à informação, bem como a comunicação e coordenação entre os profissionais de saúde e usuários, melhora o acesso aos serviços de saúde e a relação de confiança, com repercussão positiva na tomada de decisões[21].

A fragilidade no vínculo empregatício mostrou-se como aspecto que dificulta a integração do cuidado. A rotatividade de gestores e profissionais de saúde nos três níveis de atenção fragiliza as potencialidades da RAS, repercutindo na (des)continuidade do cuidado.

Pesquisa[22] corrobora esses resultados ao destacar que a alta rotatividade de profissionais na Atenção Básica (AB) pode estar relacionada ao vínculo precário na contratação, podendo interferir na qualidade do cuidado prestado. Estudo[23] realizado em Montes Claros-MG evidenciou instabilidade de vínculo empregatício dos profissionais da ESF, onde 96,7% eram funcionários contratados e 3,3% do quadro efetivo. Apontou, ainda, que a grande rotatividade e a pouca disponibilidade de profissionais para as demandas da APS, pode comprometer o planejamento da gestão nas RAS e a qualidade da atenção.

Pesquisa[24] destacou que quando os profissionais de saúde apresentam baixa rotatividade, ou seja, são mantidos por um período de tempo mais longo, há o acompanhamento prolongado dos usuários, o que parece contribuir para o fortalecimento das relações usuário-família-profissional. Por outro lado, é importante que se reflita sobre o processo de trabalho em saúde em cada ponto da RAS, favorecendo a atenção humanizada, integral e resolutiva.

Essa rotatividade não acontece apenas no nível primário de Atenção à Saúde, pois estudo[25] realizado em Montes Claros-MG, evidenciou rotatividade dos profissionais e insuficiência de especialistas nos serviços de urgência e emergência.

Considerando a política de gestão de pessoas do SUS, diversos mecanismos de incorporação de pessoal e de modalidades de contratação têm sido utilizados, com vistas a oferecer respostas mais rápidas às demandas dos serviços. Porém, os profissionais contratados não criam vínculos ou laços fortalecidos, o que os levam a trocar de emprego com maior facilidade. Isso implica em problemas para a qualidade da assistência e, consequentemente, dificuldade dos gestores em manter uma equipe coesa e fixa à frente do serviço[26].

Os participantes do estudo referem que não existe ordenamento da rede, se reportando ao fato de não haver um fluxo definido para o atendimento à criança e ao adolescente em condição crônica, o que interfere na não resolutividade das necessidades de saúde desses usuários. Essa indefinição está diretamente relacionada às mudanças frequentes desse fluxo, fazendo com que desconheçam a maneira correta para encaminhá-los a outros serviços e deixando os profissionais e usuários perdidos e soltos na Rede de Atenção à Saúde.

Assim, crianças e adolescentes adoecidos e família em situação crônica de adoecimento constroem, criam, inventam suas próprias redes, buscando a resolução de seus problemas de saúde que os alivie do sofrimento e dor[27]. Corroborando essa assertiva, estudo constatou que alguns pacientes com condições crônicas complexas e multi-morbidade podem ser incapazes de obter a continuidade de que precisam e destaca o potencial de continuidade do relacionamento para ajudar a evitar que pacientes vulneráveis caiam nas lacunas dos cuidados[28].

Essa situação está contrária ao que é preconizado para a Atenção Primária, visto que esse nível de atenção deveria ter condições de resolver mais de 90% dos problemas de saúde da população e de ordenar os fluxos e os contrafluxos de pessoas, produtos e informações ao longo de toda a rede de serviços[2,8].

Quando os fluxos são definidos e orientam o cuidado, contribuem para o direcionamento adequado dos usuários dentro da RAS. Porém, quando se observa dificuldade na integração entre os serviços, a integralidade não se consolida[29].

Corroborando os resultados deste estudo, investigação[30] realizada em Belo Horizonte-MG, constatou que não há um fluxo definido para os encaminhamentos de crianças em condição crônica, ressaltando que a Atenção Primária na rede de serviços

deve captar essa população, coordenar e articular os diferentes cuidados demandados no percurso pelos três níveis de atenção.

A integração entre os serviços é imprescindível e cabe aos gestores dos serviços de saúde planejar, de acordo com a realidade de cada município, os fluxos na rede para os devidos encaminhamentos. Neste estudo, identificou-se que nem mesmo os gestores têm clareza em relação aos serviços de referência para as condições crônicas da infância. Além disso, não há articulação entre os pontos de atenção da RAS, evidenciando que os fluxos de atendimento para a criança e adolescente em condição crônica no município em questão, ocorre de modo desordenado.

Além de ações que integrem os serviços e o cuidado à população infanto-juvenil em condição crônica, para que a APS efetivamente assuma seu papel de coordenação do cuidado, também é preciso fortalecer o sistema de informação entre os diferentes níveis. Isso implica em uma comunicação efetiva, cujas trocas de informações sejam completas e claras entre os serviços e os profissionais saúde[8].

A capacidade de comunicação entre os integrantes de uma equipe é fundamental ao seu bom funcionamento, revertendo em melhoria da qualidade dos serviços de saúde[31]. Por outro lado, a ausência de comunicação entre profissionais, serviços e famílias, fragiliza a coordenação pela APS, conforme evidencia o estudo[17] realizado em Cascavel-PR.

A coordenação do cuidado à criança e ao adolescente em condição crônica e sua família do presente estudo encontra-se frágil, pois os participantes relatam que não há comunicação efetiva entre os três níveis de atenção. Observam que os profissionais de uma mesma equipe não se comunicam entre si, nem com outros membros das EqSF, nem com os profissionais de outros serviços e nem com os gestores.

Dessa forma, compreende-se que não basta o estabelecimento de fluxos de atendimento, é também um elemento muito importante a comunicação entre gestores e trabalhadores dentro da RAS. Nessa direção, a comunicação aberta entre os profissionais da RAS facilita a tomada de decisão, além da troca de expertise profissional, ancorados no respeito aos usuários, para garantir a integralidade do cuidado.

Esses resultados também estão condizentes com a pesquisa[32-33] realizada na Itália, a qual mostrou que a falta de comunicação entre os membros da equipe pode gerar a descontinuidade do cuidado às crianças com necessidades especiais de saúde. Essa situação é preocupante, tendo em vista que a comunicação e a troca de informações representaram funções críticas do sistema de interação entre familiares e equipes de saúde, necessárias para a construção de projetos de cuidado, capazes de integrar as diversas finalidades do trabalho nos pontos que compõem a RAS. Portanto, há a necessidade não só da organização da comunicação entre os serviços, mas também da comunicação dos profissionais da mesma equipe, numa perspectiva interprofissional[34].

As lacunas de comunicação entre a APS e outros pontos de Atenção à Saúde dificultam a atenção adequada às crianças, aos adolescentes em condições crônicas e suas famílias, como também, não permite ordenar corretamente as referências à atenção ambulatorial e hospitalar, conforme se espera de um serviço eficiente de referência e contrarreferência. Ficou evidenciado que as referências são realizadas pelas EqSF, porém, na maioria das vezes, esses profissionais não recebem a contrarreferência de especialistas e nem dos hospitais. Quando a população retorna para a Atenção Primária sem a contrarreferência, tornar-se um empecilho para a gestão do cuidado.

Por outro lado, em relação ao recebimento da contrarreferência, alguns participantes mencionam já terem recebido esses impressos preenchidos corretamente e detalhadamente pelo profissional dos serviços ambulatoriais e hospitalares. Porém, o que se vê nas falas é surpresa com essa atitude apesar da obrigatoriedade do retorno do usuário à ESF com a contrarreferência.

Confirmando esses achados, estudo[16] assevera que ainda que o modelo de saúde instituído nas diretrizes da APS seja voltado para a assistência integral à saúde da criança, questões como contrarreferência e comunicação entre os três níveis de atenção precisam ser mais valorizadas pelos profissionais da rede.

Limitações do estudo

As limitações do estudo estão relacionadas ao quantitativo de USF elencadas e a não participação de todos profissionais e gestores convidados para os Grupos Focais. Considerando que a presente pesquisa se deu em um determinado cenário, com um grupo de trabalhadores e gestores do SUS, seria interessante que outros tipos de estudos com outras ferramentas para coleta de dados pudessem ser realizados. O objetivo é a atenção qualificada, resolutiva e integral a essa parcela da população que requer cuidados singulares.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

As percepções dos participantes do estudo sobre a coordenação do cuidado à criança e adolescente em condição crônica não só agregam importante compreensão do sistema, mas também da condição de saúde dessa população específica. A realidade apresentada possibilita que médicos e enfermeiros da Atenção Primária e os gestores em saúde organizem seu processo de trabalho, fluxos e itinerários na perspectiva da integralidade do cuidado em saúde, valorizando os usuários e suas necessidades como elemento central das Redes de Atenção à Saúde para o fortalecimento e consolidação do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados apresentados evidenciam que a Rede de Atenção à Saúde no município pesquisado apresenta lacunas importantes e requer maior articulação entre os profissionais dos serviços primários, ambulatoriais e hospitalares, bem como de profissionais capacitados para lidar com as condições crônicas de saúde da população infanto-juvenil. Destacam para a (des) integração do cuidado e fragilidades na comunicação que prejudicam a coordenação e o ordenamento pela ESF.

Apontam, também, para a inexistência de uma rede consistente, falta de ordenamento de crianças e adolescentes em condições crônicas e ausência de um fluxo definido para esses usuários. Observou-se, também, que as poucas e esporádicas ações realizadas a essa população não têm sustentabilidade para oferecer resolutividade às demandas singulares e contínuas necessárias para o cuidado.

Esta problemática requer um olhar mais atento dos gestores e profissionais de saúde no sentido de pensar em ações estratégicas consideradas fundamentais para o acompanhamento desses usuários pela RAS, dentre elas: implantação de prontuários eletrônicos; organização de grupos operativos para essa demanda específica; criação de centros de referência nos Distritos Sanitários; incremento de buscas ativas e visitas domiciliares às crianças e aos adolescentes com condição crônica; oficialização do sistema de referência e contrarreferência; identificação desses grupos nos sistemas de informação; discussão dos indicadores de saúde. Ademais, para tornar essa rede mais consistente, é imperiosa a definição de fluxo e contrafluxo para esses usuários.

Por fim, urge a necessidade de estudos que busquem avaliar a coordenação do cuidado à criança e ao adolescente em condição crônica em outras realidades brasileiras, aprofundar o conhecimento acerca da temática e identificar os pontos frágeis da rede, a fim de contribuir para que a Atenção Primária assuma e cumpra seu papel de ordenadora da Rede de Atenção à Saúde desses usuários.

FOMENTO

A presente pesquisa foi apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Processo nº 474762/2013-0.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União[Internet]. 31 de dezembro de 2010[cited 2017 Jul 14];Seção 1:88. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf
2. Mendes EV. A construção social da Atenção Primária à Saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.
3. Bousquat A, Giovanella L, Campos SEM, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Primary Health Care and the coordination of care in health regions: managers' and users' perspective. Ciênc Saúde Colet[Internet]. 2017[cited 2017 Jul 14];22(4):1141-54. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/en_1413-8123-csc-22-04-1141.pdf
4. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil, acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
5. National Survey of Children's Health. Child and Adolescent Health Measurement Initiative (CAHMI), "2011-2012 NSCH: Child Health Indicator and Subgroups SAS Codebook, Version 1.0" 2013[Internet]. Maryland; 2013[cited 2017 Jul 07]. Available from: http://childhealthdata.org/docs/nsch-docs/sas-codebook_-2011-2012-nsch-v1_05-10-13.pdf
6. Cady R, Looman W, Lindeke L, LaPlante B, Lundeen B, Seeley A, et al. Pediatric Care coordination: lessons learned and future priorities. Online J Issues Nurs[Internet]. 2015[cited 2017 Jun 26];20(3). Available from: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-20-2015/No3-Sept-2015/Pediatric-Care-Coordination.html
7. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002.
8. Mendes EV. O acesso à Atenção Primária à Saúde. Brasília: CONASS; 2017.
9. Cecílio LCO, Andreazza R, Carapinheiro G, Araújo EC, Oliveira LA, Andrade MGG, et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? Ciênc Saúde Colet[Internet]. 2012[cited 2017 Aug 08];17(11):2893-902. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a05.pdf
10. Cady RG, Belew JL. Parent perspective on care coordination services for their child with medical complexity. Children[Internet]. 2017[cited 2017 Jun 26];4(6):45. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5483620/
11. Nóbrega VM, Silva MEA, Fernandes LTB, Viera CS, Reichert APS, Collet N. Chronic disease in childhood and adolescence: continuity of care in the Health Care Network. Rev Esc Enferm USP[Internet]. 2017[cited 2017 Aug 16];51:e03226. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/s1980-220x2016042503226
12. Stewart DW, Shamdasani PN. Focus groups: theory and practice applied social research methods series. 3 ed. California: Sage; 2015.
13. Minayo MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. Rev Pesqui Qualit[Internet]. 2017[cited 2017 Aug 21];5(7):1-12. Available from: https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59
14. Bardin L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70; 2012.
15. Magalhães Jr HM, Hêider AP. Atenção básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? Saúde Debate[Internet]. 2014[cited 2017 Aug 08];(51):14-29. Available from: http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2014/12/Divulgacao-51.pdf
16. Silva SA, Fracolli LI. Evaluating child care in the Family Health Strategy. Rev Bras Enferm[Internet]. 2016[cited 2017 Jul 21];69(1):47-53. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i
17. Silva RMM, Silva Sobrinho RAS, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. Challenges in the coordination of children's healthcare. Ciênc Saúde Colet[Internet]. 2015[cited 2017 Jul 21];20(4):1217-24. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/1413-8123-csc-20-04-01217.pdf
18. Oliveira VBCA, Veríssimo MLOR. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of

Primary Care. Rev Esc Enferm USP[Internet]. 2015[cited 2017 Jul 15];49(1):30-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n1/0080-6234-reusp-49-01-0030.pdf

19. Assis MMA, Nascimento MAA, Pereira MJB, Cerqueira EM. Comprehensive health care: dilemmas and challenges in nursing. Rev Bras Enferm[Internet]. 2015[cited 2017 Jul 15];68(2):333-8. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v68n2/en_0034-7167-reben-68-02-0333.pdf
20. Davis K, Stremikis K, Squires D, Schoen C. Mirror, mirror on the wall. How the performance of the U.S. Health Care System compares internationally[Internet]. 2014[cited 2017 Aug 08]. New York: The Commonwealth Fund. Available from: http://www.resbr.net.br/wp-content/uploads/historico/Espelhoespelhomeu.pdf
21. Hudon C, Chouinard MC, Diadiou F, Lambert M, Bouliane D. Case management in primary care for frequent users of health care services with chronic diseases: a qualitative study of patient and family experience. Ann Fam Med[Internet]. 2015[cited 2017 Jun 26];13(6):523-8. Available from: http://www.annfammed.org/content/13/6/523.full
22. Mayer BLD, Huppes RE, Silva FS, Weiller TH, Poll MA. Profissionais de saúde da atenção básica e a avaliação: revisão integrativa da literatura. Saúde[Internet]. 2015[cited 2017 Jul 25];41(1):19-28. Available from: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/viewFile/9209/pdf
23. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Morais AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ, et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. Saúde Debate[Internet]. 2014[cited 2017 Jul 25];38(100):26-34. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n100/0103-1104-sdeb-38-100-0026.pdf
24. Soares JL, Araújo LFS, Bellato R, Petean E. Tecitura do vínculo em saúde na situação familiar de adoecimento crônico. Interface[Internet]. 2016[cited 2017 Jul 21];20(59):929-40. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/1807-5762-icse-1807-576220150944.pdf
25. Torres SFS, Belisário AS, Melo EM. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. Saúde Soc[Internet]. 2015[cited 207 Jul 25];24(1):361-73. Available from: http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n1/0104-1290-sausoc-24-1-0361.pdf
26. Randown RMV, Brito MJM, Caram CS, Rezende LC, Caçador BS, Montenegro LC. Práticas gerenciais em unidades de pronto atendimento no contexto das redes de atenção à saúde. RAS[Internet]. 2014[cited 2017 Jul 25];16(64):79-88. Available from: http://hdl.handle.net/1843/GCPA-8UQGHC
27. Tarrant C, Windridge K, Baker R, Freeman G, Boulton M. 'Falling through gaps': primary care patients' accounts of breakdowns in experienced continuity of care. Fam Pract[Internet]. 2015[cited 2017 Jul 25];32(1):82-7. Available from: https://academic.oup.com/fampra/article/32/1/82/2964809/Falling-through-gaps-primary-care-patients
28. Waibel S, Henao D, Aller MB, Vargas I, Vázquez ML. What do we know about patients' perceptions of continuity of care? a meta-synthesis of qualitative studies. Int J Qual Health Care[Internet]. 2012[cited 2017 Aug 08];24(1):39-48. Available from: https://doi.org/10.1093/intqhc/mzr068
29. Sousa SM, Bernardino E, Crozeta K, Peres AM, Lacerda MR. Integrality of care: challenges for the nurse practice. Rev Bras Enferm[Internet]. 2017[cited 2017 Aug 08];70(3):504-10. Available from: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0380
30. Duarte ED, Silva KL, Tavares TS, Nishimoto CLJ, Silva PM, Sena RR. Care of children with a chronic condition in primary care: challenges to the healthcare model. Texto Contexto Enferm[Internet]. 2015[cited 2017 Jul 15];24(4):1009-17. Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/0104-0707-tce-24-04-01009.pdf
31. Lapão LV, Arcêncio RA, Popolin MP, Rodrigues LBB. The role of Primary Healthcare in the coordination of Health Care Networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon Region, Portugal. Ciênc Saúde Colet[Internet]. 2017[cited 2017 Jul 15];22(3):713-23. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/en_1413-8123-csc-22-03-0713.pdf
32. Zanello E, Calugi S, Rucci P, Pieri G, Vandini S, Faldella G, et al. Continuity of care in children with special healthcare needs: a qualitative study of family's perspectives. Ital J Pediatr[Internet]. 2015[cited 2017 Aug 08];41:7. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4328636/
33. Zanello E, Calugi S, Sanders LM, Lenzi J, Faldella G, Rucci P, et al. Care coordination for children with special health care needs: a cohort study. Ital J Pediatr[Internet]. 2017[cited 2017 Aug 08];43:18. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5347827/
34. Agreli HF, Peduzzi M, Silva MC. Patient centered care in interprofessional collaborative practice. Interface[Internet]. 2016[cited 2017 Aug 08];20(59):905-16. Available from: http://www.scielo.br/pdf/icse/v20n59/en_1807-5762-icse-1807-576220150511.pdf