

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EaD**

**ACESSO, VÍNCULO E TRABALHO EM REDE- O ‘CAUSO’ DE UM
GURI COM O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO INFANTIL**

MONOGRAFIA DE CONCLUSÃO DE CURSO

Fernanda Aparecida Szareski Pezzi

Três de Maio, RS, Brasil

2011

**ACESSO, VÍNCULO E TRABALHO EM REDE- O ‘CAUSO’ DE UM
GURI COM O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO INFANTIL**

Fernanda Aparecida Szareski Pezzi

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^a Dr^a Liane Beatriz Righi

Três de Maio, RS, Brasil

2011

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em
Saúde EaD

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Monografia de Conclusão de Curso

ACESSO, VÍNCULO E TRABALHO EM REDE- O ‘CAUSO’ DE UM
GURI COM O DIAGNÓSTICO DE AUTISMO INFANTIL

elaborada por
Fernanda Aparecida Szareski Pezzi

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista

Comissão Examinadora

Liane Beatriz Righi, Dr^a.
(Presidente/Orientadora – UFSM/CESNORS)

Loiva Beatriz Dallepiane, Dr^a
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Fernanda Beheregaray Cabral, Msc.
(Membro da Banca - UFSM/CESNORS)

Três de Maio, 02 de julho de 2011.

SUMÁRIO

ARTIGO CIENTÍFICO – Acesso, Vínculo e Trabalho em Rede – O ‘Causo’ de um Guri com Diagnóstico de Autismo Infantil.

Resumo	05
Abstract	06
Introdução	07
Janela 1: O caminho que já percorremos e um olhar sobre o que acumulamos.....	08
Janela 2: O Cenário e os Caminhos da Pesquisa	12
Janela 3: O ‘Causo’ do Guri.....	13
Discussão: Vínculos Temporários e Janelas Fechadas.....	15
Considerações Finais: As janelas que se abrem.....	17
Referências Bibliográficas	19

Acesso, Vínculo e Trabalho em Rede - O ‘Causo’ de um Guri com o Diagnóstico de Autismo Infantil. ¹

Fernanda Aparecida Szareski Pezzi²

Liane Beatriz Righi³

RESUMO:

Este estudo consiste na análise dos itinerários terapêuticos, no registro da ativação da Rede de Atenção à Saúde e descobertas de novas potencialidades dessa Rede, a partir da história de um Guri com o diagnóstico de autismo infantil, num município da região noroeste do estado do Rio Grande do Sul. O artigo trata de um relato de experiência que possibilitou a discussão dos conceitos de Acesso, Acolhimento e Vínculo Longitudinal. Através da reconstituição do caso dessa criança foi possível identificar os “nós” na ativação da Rede de Atenção à Saúde e a partir do registro e discussão dessas, buscou-se refletir sobre novas potencialidades para a organização e o funcionamento desses serviços, tendo como referência a Atenção Primária, uma vez que, os serviços de saúde existem e estão disponíveis para toda população. Neste sentido, o estabelecimento do vínculo longitudinal na Atenção Primária foi considerado como elemento imprescindível para a ativação da Rede de Atenção à Saúde, na medida em que, ele contribui para que os diagnósticos e tratamentos sejam mais precisos, haja a diminuição dos custos da atenção e uma maior satisfação do paciente.

PALAVRAS-CHAVE: Acesso; Acolhimento; Vínculo Longitudinal na Atenção Primária; Integralidade.

¹ Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde – EaD.

² Psicóloga, Pós-Graduada em Especialização em Gestão de Organização Pública em Saúde – EaD.

³ Enfermeira, Sanitarista, Doutora em Saúde Coletiva pela Unicamp, Docente do Departamento de Ciências da Saúde CESNORS/UFMS, orientadora.

ABSTRACT

This study is the analysis of the therapeutic itineraries, of registering the activation of the Network for Health Care and discoveries of new capabilities of this network, from a history of child diagnosed with autism, a commune in the northwestern region of Rio Grande South. The article is a report of an experience that facilitated the discussion of concepts of Access, Home and Bond Longitudinal. Through the reconstruction of that child if it was possible to identify gaps in the activation of the Network for Health Care and from the record and discussion of these, we sought to reflect about new possibilities for the organization and operation of these services, with reference to primary health care, a time, health services exist and are available to all people. In this sense, the establishment of bond Primary longitudinal element was regarded as essential for the activation of the Network for Health Care, to the extent that it contributes to the diagnoses and treatments are more precise, there is a decrease in costs of care and greater patient satisfaction.

KEYWORDS – Access; Home; Bond Longitudinal in Primary Care; Completeness.

Introdução

Tratava-se de mais um caso de inclusão escolar⁴, dessa vez, um guri autista. Contudo, a história não foi tão ‘simples’ assim... Juntamente com esta criança, que neste estudo chamaremos de ‘Guri’, como um substantivo que define seu contexto cultural, recebemos uma complexa história de vida, marcada por muitos exames, por profissionais das mais variadas áreas da saúde, por caminhos e tratamentos incompletos e divergentes, e, a ausência de uma rede de atenção e de vínculos terapêuticos. E é neste contexto que o presente artigo começa a ser configurado.

O objetivo, nesta pesquisa, é o de compreender a Rede de Atenção à Saúde e revelar os itinerários terapêuticos do Guri. Organizamos a discussão a partir de alguns conceitos teóricos, tais como: os conceitos de Acesso e Acolhimento, conceituados por Souza e Colaboradores (2008) e o de Vínculo Longitudinal proposto por Cunha e Giovanella (2009).

Salientamos que, embora o caso possibilite a análise em diferentes perspectivas, neste estudo o foco será a relação desta criança com a Rede de Atenção à Saúde. Sendo essa, imprescindível, uma vez que o Autismo Infantil (F 84.0⁵), como um transtorno invasivo do desenvolvimento, acarreta prejuízos no funcionamento, em diferentes áreas como: na interação social, na comunicação e nos comportamentos restritos e repetitivos. Além disso, o transtorno se acompanha comumente de outras manifestações, por exemplo: fobias, perturbações de sono ou da alimentação, crises de birra ou agressividade (auto-agressividade). Assim, por se tratar de um transtorno global do desenvolvimento, seu tratamento requer a constituição de uma rede de atenção interdisciplinar afim de que as diferentes áreas do paciente sejam atendidas e estimuladas.

Destacamos no texto, algumas ‘janelas’ dessa história. ‘Janelas’, porque representam saídas/possibilidades, embora, para o Guri, elas possuam um significado muito maior, é seu fascínio por elas que nos move para abriremos novas janelas nessa Rede.

⁴ Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (Ministério da Educação, 2008).

⁵ Classificação Internacional de Doenças (CID-10).

Janela 1: O caminho que já percorremos e um olhar sobre o que acumulamos...

A saúde como um direito de todos e dever do Estado, está constitucionalmente garantida a todos os cidadãos brasileiros. Contudo, no cotidiano as práticas de saúde revelam uma grande contradição entre essas conquistas sociais estabelecidas em nível legal e a realidade vivenciada pelos usuários e profissionais do setor (TRAVESSO-YÉPEZ, MORAIS, 2004).

No plano legal, a Constituição Federal de 1988 estabelece a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de que as ações e os serviços de saúde integrem uma rede regionalizada e hierarquizada. Organizado de acordo com três diretrizes, este Sistema prevê: a gestão descentralizada, com direção única em cada esfera de governo; a atenção integral com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e a participação da população, com poder de controle social (Brasil, 1988). Logo, essas diretrizes são desenvolvidas e elucidadas na Lei nº 8.080/90, que dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde, e pela Lei nº 8.142/90, que regula a participação da comunidade no Sistema instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde, além de definir os recursos financeiros (BRASIL, 1990a,1990b).

Malta e Merhy (2010) consideram que o setor da saúde vive uma crise na maneira de se produzir saúde, induzindo o modelo produtor de procedimentos, o que faz com que a assistência à saúde ainda esteja centrada no ato prescritivo que produz o procedimento, e que não são consideradas as determinações do processo saúde-doença, como os determinantes sociais, ambientais e os relacionados com as subjetivações, valorizando apenas as dimensões biológicas.

Este modelo de sistema que prioriza a cura da doença produz custos elevados e crescentes, uma vez que, o foco está situado em tecnologias duras (recursos tecnológicos – exames e medicamentos) como se esses fossem capazes de restabelecer a saúde por si mesmos. O que propicia a produção de atos desconexos em que não há uma intervenção articulada e cuidadora, reduzindo-se a eficácia da assistência prestada. (MALTA et al., 2004).

Num sistema em que a intervenção biomédica prepondera, a integralidade fica sob a gestão do próprio paciente e não da rede (ausência de rede) e dos profissionais (que não sabem cuidar e nem compartilhar, de forma que as chances da integralidade se elevam quando se trata de uma equipe) (Ceccim, 2007). Assim, considerando a diretriz da integralidade do

cuidado, os autores Malta e Merhy (2010); Ceccim; (2007), concordam com a necessidade de debater novos fundamentos teóricos, principalmente no que diz respeito à natureza do processo de trabalho, bem como “repensar o processo saúde-doença, quanto aos seus determinantes e condicionantes, e a intervenção em toda cadeia de produção de saúde, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência e reabilitação”. (MALTA E MERHY, 2010, p.594).

Nessa concepção, a Atenção Primária em Saúde (APS) possui um papel fundamental visto que ela é responsável pelo acesso e vínculo do usuário ao sistema, bem como por disponibilizar os recursos humanos e materiais necessários para o atendimento integral e qualificado da população. Também, conforme Starfield (1994), a APS consiste na oferta de cuidado em saúde acessível e integrado, com características de continuidade e coordenação do cuidado. A Política Nacional da Atenção Básica vai ao encontro destas prerrogativas, ao mencionar que se orienta pelos princípios da universalidade no acesso, integralidade e coordenação do cuidado (BRASIL, 1996).

Souza, et al.(2008) destaca que a Estratégia Saúde da Família tem como objetivo romper com paradigmas cristalizados e incorporar um novo modo de pensar e agir na perspectiva de mudança e conversão do modelo assistencial. Desse modo, possibilita a entrada de cenários, sujeitos e linguagens com potenciais para a reconstrução de práticas no âmbito de atenção à saúde. Práticas essas, que devem considerar no cuidado o princípio da integralidade e o usuário como protagonista, ultrapassando os horizontes da racionalidade que orienta o uso de tecnologias, e assim, considerando as interações subjetivas e a presença ativa do outro.

De acordo com Merhy, Souza et al (2008) considera que “o serviço de saúde, ao adotar práticas centradas no usuário, faz-se necessário desenvolver capacidades de acolher, responsabilizar, resolver e autonomizar” (p.100). Neste contexto, existe a necessidade de que o trabalho em saúde incorpore mais tecnologias leves que se consolidem em práticas relacionais, como por exemplo, o acolhimento e o vínculo.

Sabemos que, quando um usuário de um serviço da saúde busca “ajuda”, ele não está somente atrás de um exame, mas sim de soluções para o seu problema. O que significa que ele procura relações de confiança, a certeza de que seu problema vai ser compreendido e o compromisso de tudo “que puder ser feito para defender e qualificar sua vida será objeto das ações dos profissionais e dos serviços de saúde” (MERHY, 1997, p.07).

Nesta perspectiva, a temática do acesso do usuário aos serviços de saúde é de grande relevância. Baseado nas idéias de Starfield (2004), Souza et al (2008) afirma que embora os termos acessibilidade e acesso, sejam utilizados de forma ambígua, eles possuem um significado complementar. A acessibilidade seria o que possibilita aos usuários a chegada no sistema de saúde, enquanto, o acesso é o que permite o uso oportuno dos serviços, com vistas a alcançar os melhores resultados possíveis. O que caracterizaria a forma como o usuário experimenta o serviço de saúde.

“O acesso como a possibilidade da consecução do cuidado de acordo com as necessidades tem inter-relação com a resolubilidade e extrapola a dimensão geográfica, abrangendo aspectos de ordem econômica, cultural e funcional de oferta de serviços” (Souza et al, 2008). Neste sentido, este mesmo autor ressalta a importância da qualificação do acesso, que envolve muitos aspectos, entre eles a organização e a dinâmica do processo de trabalho. De forma que é fundamental potencializar caminhos já trilhados e experienciados, como o acolhimento, enquanto diretriz operacional⁶ dos serviços de saúde.

De acordo com Franco et al.(1999) o acolhimento modifica radicalmente o processo de trabalho, na medida em que pressupõe a prática de três princípios: (1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal. (2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. (3) Qualificar a relação entre trabalhador e usuário, a partir de parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

Ainda nesse sentido, com relação ao acolhimento, Souza et al. (2008, p.102) referem que:

O acolhimento deve ser visto, portanto, como um dispositivo potente para atender a exigência de acesso, propiciar vínculo entre equipe e população, trabalhador e usuário, questionar o processo de trabalho, desencadear cuidado integral e modificar a clínica. (...). É um processo no qual trabalhadores e instituições tomam, para si, a responsabilidade de intervir em uma dada realidade, em seu território de atuação, a partir das principais necessidades de saúde, buscando uma relação acolhedora e humanizada para prover saúde nos níveis individual e coletivo. Esse processo exige metodologias participativas, que considerem a negociação permanente de conflitos na convivência diária dos serviços de saúde.

⁶ Pereira & Ayres (2003) apud Souza et al. (2008) identificaram que o acolhimento como diretriz operacional, passou a ser implantado por alguns sistemas municipais de saúde, na década de 1990, como experiências pioneiras nos municípios brasileiros que almejavam implementar mudanças tecno-assistenciais baseados no modelo “em defesa da vida.”

Como vimos, o acolhimento é de grande relevância na atenção básica de saúde, e como nos lembra Starfield (2004) apud Souza et al (2008), suas características são: porta de entrada, integração aos demais níveis do sistema e coordenação do fluxo de atenção. De modo que esse mecanismo é um potencial para garantir a qualidade na Rede de Atenção à Saúde, uma vez que, não se limita ao ato de receber, mas que perpassa o processo de trabalho, na relação com o usuário, dentro e fora da unidade de saúde.

E é o conceito da longitudinalidade ou vínculo longitudinal desenvolvido por Cunha e Giovanella (2011), que trata desse acompanhamento do paciente ao longo do tempo pelos profissionais da equipe de Atenção Primária em Saúde (APS), no caso a Estratégia da Saúde da Família (ESF). Sendo essa característica, considerada como central e exclusiva desse nível de atenção em saúde.

Neste contexto, o vínculo longitudinal pode ser definido como a “relação terapêutica estabelecida entre pacientes e profissionais da equipe de APS, que se traduz no reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado ao longo do tempo” (Cunha e Giovanella, 2011, *on-line*). O atendimento a este atributo contribui para diagnósticos e tratamentos mais precisos, diminuição dos custos da atenção e maior satisfação do paciente.

Convém ressaltar que, de acordo com o contexto da APS no Brasil, embora o médico seja imprescindível em um serviço de saúde, tem-se a tradição pela divisão de responsabilidades com uma equipe. Assim, o vínculo se estabelece com os profissionais da equipe de saúde e não apenas com um único profissional, o que possibilita um atendimento mais abrangente e que leva em consideração o atributo da integralidade do cuidado (CUNHA E GIOVANELLA, 2011).

Então, para que se estabeleça o vínculo longitudinal entre o paciente e os profissionais da equipe de saúde, três elementos são fundamentais: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e, ainda, a continuidade informacional (CUNHA E GIOVANELLA, 2011).

O que significa que, num primeiro momento o paciente precisa identificar a unidade básica de saúde como uma referência, aonde ele vai habitualmente a fim de ser atendido nas suas necessidades de saúde. De acordo com a literatura, é essa relação terapêutica ao longo do tempo permeada por confiança e responsabilidade que corresponde ao sinônimo do

estabelecimento de um vínculo duradouro (relação interpessoal) entre o paciente e a equipe. E, por fim, a continuidade informacional, que é considerada a base da longitudinalidade, uma vez que se refere “à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe de saúde. Este acúmulo de conhecimento, que é dinâmico, deve orientar a conduta terapêutica e favorecer a avaliação da mesma” (CUNHA E GIOVANELLA, 2011, *on-line*).

Janela 2: O Cenário e os Caminhos da Pesquisa

O presente estudo consiste em um relato de experiência sobre a história de vida de um Guri Autista e seus itinerários terapêuticos na Rede de Atenção à Saúde em busca de soluções para o seu ‘problema’.

O primeiro contato, que tivemos com Guri, aconteceu no momento, em que a sua família solicita-nos a matrícula dele em uma escola comum, quando esse, está com oito anos e seis meses de idade. Através de seus documentos, ou melhor, de seus inúmeros exames médicos, sentimos a necessidade de reconstruir essa história para que pudéssemos ajudar essa criança e a sua família. As informações eram descontínuas e contraditórias, levando-nos a questionamentos como: Será que esses pais cuidaram deste filho? Realizaram os tratamentos médicos? Se esta criança recebeu tantos atendimentos, por que apresenta esses comportamentos? Tivemos a sensação de que Guri recebeu tudo o que era necessário para sua saúde, ao mesmo tempo em que tudo lhe faltava.

Neste contexto, a reconstrução desse caso exigiu que fossem recuperados os registros contendo a história clínica da criança, bem como, as formas de acesso e utilização dos diversos serviços de saúde e sua disponibilidade na rede.

Desse modo, foram necessários vários encontros para conversas com os pais, com os profissionais da Escola Especial em que o menino frequentou, com a Agente Comunitária de Saúde responsável pela área de abrangência da residência do menino, com a equipe da Estratégia da Saúde da Família, Conselheiros Tutelares, bem como, momentos de visitas domiciliares e de consulta aos registros, laudos e pareceres.

Cabe ressaltar, que o município em questão dispõe de uma Rede de Atenção Primária à Saúde bem estruturada, em que a Estratégia da Saúde da Família está implantada em todo o território, possuindo desse modo, equipes multiprofissionais atuantes.

Janela 3: O ‘Causo’ do Guri

Era mais um dia de trabalho, mais um encaminhamento para a inclusão na escola comum de um menino com diagnóstico de autismo infantil, e assim, depois de considerados todos os cuidados que este transtorno global do desenvolvimento envolve, tivemos a certeza: “vai ser tranquilo, já temos crianças incluídas.”

Através de uma entrevista com os pais e de tantas outras que se sucederam fomos reconstruindo a história de vida dessa criança, que era muito mais complexa do que havíamos previamente imaginado. O Guri nasceu de parto normal e de acordo com os seus pais teve um desenvolvimento normal até os dois anos e meio de idade, quando os pais relatam a existência de um possível afogamento, que seria o motivo da mudança repentina de comportamento do menino, relatada por eles. A partir deste dia, fica claro no discurso dos pais, que os mesmos, não reconhecem mais o Guri e então, começam **sua busca na Saúde para solução do problema.**

Os pais guardam os registros (receitas e pareceres) referentes ao mesmo ano do ‘afogamento’, ano em que o menino foi atendido pela pediatra, por neurologista, por uma fonoaudióloga, por um oftalmologista, e ainda, a pedido da Agente Comunitária de Saúde (ACS) a família recebeu uma visita domiciliar da psicóloga, da assistente social e da enfermeira que compõem a Estratégia da Saúde da Família, em que a família está cadastrada.

O resultado de todos estes encaminhamentos foi: um eletro-encefalograma e uma tomografia com resultado dentro da normalidade; um parecer da fonoaudióloga sugerindo a matrícula do Guri em uma escola de Educação Infantil para a socialização do mesmo, uma vez que naquele momento não havia condições de trabalhar com ele; pediatra prescreve duas medicações para os sintomas de agitação apresentados pelo menino; um exame de audição denominado “Bera⁷” que apontou para uma perda moderada de audição; um encaminhamento para atendimento psicológico na Unidade Básica de Saúde referência.

No ano seguinte, o Guri é matriculado em uma escola de Educação Infantil, mas não se adapta. A mãe comparece na Unidade Básica de Saúde referência, uma única vez, para o

⁷ BERA (*Brain Evoked Response Audiometry*) consiste num exame digital que analisa o potencial evocado auditivo (uma resposta emitida pelo nervo auditivo ao ser percorrido por um impulso nervoso que neste caso é desencadeado por um som). (CLINICA LUCANO)

atendimento psicológico. Neste meio tempo, os pais resolvem retirar a medicação por conta, alegando efeitos contrários, a mãe revela isto para a ACS.

Com seis anos de idade, Guri é matriculado em uma escola comum, porém também não se adapta, sendo encaminhado para uma escola especial para surdos. Os profissionais dessa escola ficam surpreendidos com os comportamentos apresentados por esta criança, que não sabia utilizar o banheiro, não tinha nenhuma noção de limites, que lambia e mordia todos os objetos para reconhecê-los, quando gostava de uma pessoa, era através da boca (lambendo) que demonstrava o que sentia, sua alimentação era exclusivamente leite e bolacha recheada. Neste contexto, a psicóloga e a assistente social da escola começaram um trabalho com Guri.

No mesmo ano, Guri tem uma forte pneumonia, e assim preocupadas com a doença do menino as técnicas da escola vão à casa do mesmo e se assustam com a situação que se deparam. Guri estava trancado em um quarto brincando com um pau e suas próprias fezes enquanto seus pais trabalhavam na lavoura. No relatório solicitado para a ACS, ela afirma que o Guri ficava ‘fechado’ algumas horas em casa enquanto os pais trabalham na lavoura, mordida e arrancava os pêlos dos cachorros com a boca, sua alimentação era baseada em bolacha recheada. No que se refere aos registros, encontramos também um laudo de uma psiquiatra que atribui ao menino o diagnóstico de Retardo Mental.

Tendo conhecimento dessa situação, a escola trabalha com a mãe essas questões referentes à educação e a vida do Guri, e o encaminha para outra psiquiatra, que por sua vez re-encaminha para um neuropediatra em Porto Alegre (POA), que solicita uma ressonância e encaminha novamente para uma neuropediatra mais próxima do município do menino. No entanto, com essa médica especialista, os pais somente teriam acesso ao atendimento particular, pois, o local que é referência em neuropediatra para o município em questão fica em POA, e por isso não há convênio com os profissionais da região.

Os pais optam por essa profissional da região e pagam uma consulta particular, já que também teriam custos e desgastes para levar o Guri tão longe para consultar. E assim, com oito anos de idade, Guri recebe o diagnóstico de Autismo Infantil e Retardo Mental. Convém sublinhar, que seus exames não apresentam nenhuma espécie de alteração neurológica, excluindo totalmente a suposição dos pais de que o afogamento teria sido a causa da sintomatologia apresentada por esta criança. Outro fato importante, que ocorreu neste ano, foi à iniciativa da família em realizar um novo exame Béra, que apontou para uma audição dentro da normalidade.

A partir deste exame, os pais, por orientação da neuropediatra, tentam matricular Guri numa Escola de Educação Especial, para receber os atendimentos necessários. Entretanto, em função dessa instituição não dispor de vaga para essa criança, a única opção encontrada foi a matrícula do menino numa escola comum.

Discussão: Vínculos Temporários e Janelas Fechadas

A partir do caso ora relatado gostaríamos de discutir alguns aspectos referentes à Atenção Primária em Saúde, especialmente, no que se refere ao acesso, vínculo longitudinal e trabalho em rede, com vistas a refletir sobre um modelo de gestão da saúde que possibilite, de fato, a integralidade e a continuidade do cuidado.

Nosso contato com esse caso começa ao nos depararmos com o Guri e seus exames, no momento em que sua família tenta matriculá-lo em uma escola comum. Muitas informações, papéis, diversos profissionais e poucas soluções. De maneira que, a reconstrução dessa história, de forma escrita, foi imprescindível para que fosse possível se pensar em alguma intervenção.

Ao mesmo tempo, que os registros clínicos e os relatos dos pais do Guri e dos profissionais que o assistiram mostravam que ele teve acesso aos recursos disponíveis para o atendimento de suas necessidades, sua situação de saúde atual ainda nos inquietava. Assim, algumas reflexões surgiram no processo.

Nosso primeiro objetivo foi construir um fluxograma da rede de atendimento que esse menino acessou. De imediato, nos deparamos com muitos atendimentos, profissionais e exames, o que nos fez entender que este menino teve uma boa acessibilidade (chegada aos serviços de saúde) e embora, muito lentamente, ele também teve acesso (uso oportuno dos serviços), a Rede de Atenção à Saúde. Contudo, esses caminhos/serviços em nenhum momento se cruzam ou retornam, isto é, não existiu a referência – contrareferência.

Neste sentido, constatamos que durante esses diversos e diferentes itinerários terapêuticos pelos quais Guri passou, não existiu nenhuma fonte regular de cuidados, os encaminhamentos eram realizados por quem percebia a necessidade: a pediatra, o neurologista, o psiquiatra, a escola, outro neurologista, outra psiquiatra, o neuropediatra, outro neuropediatra. E assim, ninguém considerava o que já havia sido realizado com essa criança

para dar a continuidade do cuidado, por exemplo: ele passou por dois neurologistas e dois psiquiatras diferentes na mesma cidade.

Isso demonstra que as informações não se cruzavam e tão pouco se complementavam, tornando os serviços não resolutivos e comprometendo a qualidade do atendimento prestado ao menino e sua família. Consequentemente o diagnóstico de Guri demorou a ser confirmado, em razão de ele ter acessado vários serviços disponíveis na Rede de Atenção de modo desarticulado, não sendo atendido de modo integral e tampouco estabelecendo vínculo com os profissionais que o atendiam. Logo, percebe-se que Guri teve acesso aos serviços, mas devido à falta do estabelecimento de vínculo com os profissionais, seu caso não teve a devida atenção e resolução.

E é assim, que aos oito anos e seis meses de idade, Guri e sua família somente possuem um vínculo temporário com a neuropediatra que acompanha o caso hoje. De forma que, a sua história nos revela isso, os vínculos sempre foram temporários, com o profissional que atendeu naquele momento a criança.

Durante esse estudo, solicitarmos para a equipe da Estratégia de Saúde referência o prontuário desse menino, contudo tivemos uma surpresa, não havia nenhum registro do Guri na Unidade Básica Referência, isto é, não existia uma continuidade informacional. A história clínica dele estava em outra ESF em que a médica pediatra o atendia, nas consultas de rotina.

Cabe ressaltar que, a Agente Comunitária de Saúde visita a casa desde que o Guri era bebê, porém, em função da pediatra trabalhar em outra unidade de saúde, o único contato que a equipe de saúde da ESF teve com essa criança, foi numa única visita domiciliar quando ele tinha em torno de três anos de idade. Nesse período, a enfermeira relata o quanto à equipe se comoveu com o caso e buscou alternativas para propiciar o melhor atendimento à família de Guri, sendo que, a psicóloga da equipe começaria o atendimento com essa família. Contudo não houve sucesso neste sentido.

Nesta perspectiva, Guri e sua família tiveram o acesso, mas não foram acolhidos ou não conseguiram estabelecer um vínculo longitudinal com a equipe que se organizou para recebê-los, permanecendo somente vínculos temporários. Retomamos aqui, os elementos que fazem com que o conceito de vínculo longitudinal seja uma característica central e exclusiva da atenção primária. Guri não teve acesso a nenhum desses elementos: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de

vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e a continuidade informacional.

A inexistência desse vínculo favoreceu a não continuidade do cuidado, uma vez que, a Atenção Primária em saúde não foi à porta de entrada do sistema para Guri e sua família, as ‘janelas’ foram as mais diversas e ninguém foi fonte regular dos cuidados. A gestão como nos lembra Ceccim (2007) ficou por conta do próprio paciente, neste caso, pela sua família, que em busca da solução para o seu problema foi acessando todos os serviços dos quais teve acesso. Contudo, nestes itinerários, sem a constituição de linhas de cuidado, Guri perambulou nesta Rede durante quase toda a sua vida, não tendo um tratamento eficaz e contínuo, e o mais importante, sem a constituição de um vínculo com uma equipe de profissionais interdisciplinar.

Considerações Finais: As janelas que se abrem...

Ao escutarmos, pela primeira vez, os pais do Guri, logo reconhecemos o desejo, tal como descrito por Merhy (1997), de que nos comprometêssemos em fazer tudo o que fosse possível para melhorar a vida de seu filho. E, foi a partir deste comprometimento que as possibilidades de intervenções com o Guri começaram a ser construídas.

Nestas considerações finais, através da metáfora “as janelas que se abrem”, queremos destacar alguns movimentos da Rede e do Guri neste tempo, ainda muito pequeno, em que estamos acompanhando o caso.

De imediato, ao recebermos o caso na Educação contatamos com a Saúde para que juntos realizássemos os devidos e adequados encaminhamentos. Após algum tempo de desencontros e algumas ‘didas’ impossibilidades, como falta de profissionais, dificuldade de inclusão numa escola comum, iniciamos um trabalho em conjunto, ou seja, em rede.

A equipe da Unidade Básica Referência da ESF assumiu o caso do Guri e seu tratamento. O que significou uma apropriação do seu projeto terapêutico, que finalmente foi construído. Neste momento, ainda estamos vivendo alguns impasses com relação à falta de alguns profissionais específicos (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta) para atender o caso. Mas o fato é que constatamos o começo da constituição de um vínculo longitudinal.

Através de um novo acesso ao serviço essa família sentiu-se acolhida, de forma que a partir da intervenção dos profissionais passou a identificar esta Unidade como uma fonte

regular de cuidado, e conseqüentemente o vínculo com esta equipe também começa a ser construído. Neste contexto, um fato importante, se refere, a recuperação da continuidade informacional do Guri, uma vez que, pelo número do cadastro, foi possível trazer o seu prontuário para a Unidade Básica referência.

No que se refere à escola Guri está nos surpreendendo muito a cada dia. No momento ele está vindo três turnos por semana, freqüentando a turma da pré-escola (em função da sua situação atual) e recebendo o Atendimento Educacional Especializado, numa sala de Recursos Multiprofissionais, com o objetivo de desenvolver suas potencialidades, nas diferentes áreas: motricidade, autonomia, socialização, etc.

Neste sentido, ao finalizarmos este estudo, destacamos o quanto a ampliação da Rede Básica – Atenção Primária em Saúde tem sido fundamental para uma melhor acessibilidade geográfica dos pacientes, contudo, neste caso ficou evidenciado o quanto a família não reconheceu essa como a porta de entrada do sistema e ainda, como uma fonte regular do cuidado, permanecendo em itinerários terapêuticos.

Sabemos que muito tempo se passou nestes itinerários que essa família percorreu durante tantos anos, mas hoje também visualizamos novas *'janelas que se abrem'* para um trabalho em rede que estamos construindo, na perspectiva de linhas de cuidado, com vistas a atender esta criança e a sua família.

Guri nos comove e nos fascina diariamente. Compreendemos que ele, tem sim, muitas limitações em função do seu diagnóstico, mas corremos na busca da promoção da saúde, ou neste caso, da sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. **Lei Federal 8.080** de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2011.

BRASIL. **Lei Federal 8.142** de 28 de dezembro de 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Lei8142.pdf>. Acesso em: 20 de abril de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em 25 de junho 2011.

CECCIM, Ricardo, B. Linha de cuidado em obstetrícia e neonatologia: dispositivo para a integralidade da atenção em saúde da mulher e uma imagem para a educação dos profissionais de saúde. **V Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal**. (2007) Disponível: <http://www2.ghc.com.br/gepnet/docscursos/gestao/gestaomaterialdidatico42.pdf>. Acesso em: 04 de abril de 2011.

Clinica Lucano De Medicina Integrada. **Unidade Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia**. Disponível em: <http://www.clinicalucano.com/otorrinoefono/bera.htm>. Acesso em 15 de maio de 2011.

CUNHA, E. M, GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**. vol.16 supl.1 Rio de Janeiro, 2011. (periódico na Internet). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036. Acesso em 22 de abril de 2011.

MALTA, D.C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Cienc. Saude Colet.**, v.9, n.2, p.433-44, 2004.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saude, Educ.** v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0510.pdf>. Acesso em 04 de abril de 2011.

MERHY, E.E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde**: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. Campinas, DMPS/FCM/UNICAMP, 1997, p.01-23. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/perda.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2011.

SOUZA, ECF et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/15.pdf>. Acesso em 01 de abril de 2011.

STARFIELD, B. Is primary care essencial? **Lancet**, London, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.

FRANCO TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,15:345-53.1999.

TRAVESSO-YÉPEZ, M. MORAIS,N.A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da Rede Básica de Saúde: para uma humanização do atendimento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.1, p 80-88, jan./fev. 2004.

VENTURA, Magda, M. **O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa**. (2007). Disponível em: http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_05/a2007_v20_n05_art10.pdf. Acesso em: 10 de abril de 2011.

YIN, R. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2a ed. Porto Alegre: Bookman; 2001.