DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v13i1.21474

# ITINERÁRIO DE FAMÍLIAS EM BUSCA DE ATENÇÃO NO ADOECER DAS CRIANÇAS[1]

Rosane Meire Munhak da Silva*
Cláudia Silveira Viera**
Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira Toso***
Eliane Tatsch Neves****
Lilian Lessa Cardoso*****

**RESUMO**
Com o objetivo de conhecer o itinerário percorrido pelas famílias em busca de atenção à saúde da criança menor de um ano, realizou-se uma pesquisa qualitativa, baseada no referencial metodológico da hermenêutica-dialética. Foram entrevistadas 16 famílias utilizando a dinâmica de mapa falante para representação dos caminhos percorridos por essas. O estudo foi realizado no domicílio das crianças atendidas em unidades de pronto atendimento de um município do sul do Brasil, em 2010, sendo respeitados os preceitos éticos referentes ao envolvimento de seres humanos. Emergiram as categorias temáticas: Busca por atenção à saúde da criança acontece em serviços de urgência e emergência; Barreiras funcionais impedindo a busca de atenção à criança em serviços de atenção primária; Ausência de densidade tecnológica direciona a família a serviços de urgência e emergência. Os serviços de urgência e emergência do município em estudo constituem-se na porta de entrada ao sistema de saúde devido à deficiência no acesso aos serviços de atenção primária e pela não resolutividade dos problemas de saúde da criança.

**Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde. Comportamento de Procura de Cuidados de Saúde. Cuidado da Criança. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem Pediátrica.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), como o primeiro nível de contato entre o serviço de saúde e a comunidade. Nesse contexto, são atendidos todos os segmentos populacionais com a proposta de resolver 80% dos problemas de saúde[1,2].

Para alcançar a resolutividade supracitada para o segmento infantil, objeto deste estudo, torna-se fundamental que os serviços de saúde identifiquem em sua extensão quatro atributos essenciais na APS, a saber**:** acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação, articulados para sua efetivação a atributos complementares, família, comunidade e cultura[1].

Todavia, a resolutividade na atenção à saúde da criança será plena se contemplar os atributos da APS, mas também elencar em seu processo de cuidar elementos vitais, sendo eles: movimento; alteridade; interação; desejo; projeto; plasticidade; temporalidade; não-causalidade e responsabilidade[3].

Nesse sentido, compreende-se que os serviços de APS, carreados por seus quatro atributos e por elementos do cuidado integral, devem ser apreendidos como entrada preferencial às famílias nos serviços de saúde diante dos problemas de saúde das crianças[1,2].

As famílias desenham caminhos para buscar os serviços de saúde no adoecer dos filhos, e, esses caminhos, intitulados itinerários em busca de atenção, podem ser conceituados como indissolúveis conjuntos de arquiteturas elencadas para tratar e resolver problemas ou propósitos que angustiam crianças e famílias. Esses

[1] Rosane Meire Munhak da Silva. A integralidade à saúde da criança com enfoque a atenção primária e seu itinerário de cuidado e cura. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel-PR, Brasil. 2013. Parte de projeto de pesquisa aprovado no Edital Universal 014/2010, processo 472639/2010-2.

* Enfermeira. Mestre em Biociências e Saúde. Professor Assistente do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná – Campus de Foz do Iguaçu. Email: zanem2010@hotmail.com
** Enfermeira. Doutora em Enfermagem em Saúde Pública. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação *stricto sensu* em Biociências e Saúde. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil. Email: clausviera@gmail.com
***Enfermeira. Doutora em Ciências - USP. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, PR, Brasil. Email: lb.toso@certto.com.br
**** Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto do Curso de Enfermagem e Professor Permanente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, RS, Brasil. Email: elianeves03@gmail.com
***** Enfermeira. Especialista. Professor Auxiliar do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, PR, Brasil. Email: lilian.lessacardoso@gmail.com

itinerários a que nos referimos, orientam para a importância da experiência das famílias no processo do adoecer, bem como a singularidade ou pluralidade de caminhos e escolhas presentes nesse processo[4].

Conhecer os caminhos percorridos pelas famílias em busca de resolutividade demonstra uma importante ferramenta para a qualificação da atenção à saúde e o cuidar da criança[5]. Deste modo, será possível conhecer a forma como o problema de saúde da criança é resolvido, e, igualmente, identificar as dificuldades enfrentadas pelas famílias ao realizar os itinerários em busca de atenção e as primeiras instituições a serem procuradas no adoecer dos filhos. E, ainda, contribuir para a redução de riscos e vulnerabilidades que o segmento infantil está sujeito quando se depara em uma busca satisfatória ou não para remediar suas necessidades de saúde.

Com base nestas premissas, apresenta-se como objetivo desta pesquisa conhecer o itinerário percorrido pelas famílias em busca de atenção à saúde da criança menor de um ano de idade em um município do sul do Brasil.

## METODOLOGIA

Este artigo é recorte de um trabalho desenvolvido em um curso de pós-graduação como um dos segmentos de projeto de pesquisa com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Para tanto, utilizou-se a pesquisa de abordagem qualitativa com base no referencial metodológico da hermenêutica-dialética. A hermenêutica apresenta-se como uma tentativa sólida de encontro ou alteridade e não se limita a ser uma duplicação da forma clássica do pensar, pois busca acrescer as perspectivas de ideias mediante a apreensão, interpretação e significação[6]. Nesse sentido, torna-se importante a fusão de horizontes entre redes de atenção e apoio à saúde e seus usuários, abarcando o êxito técnico e sucesso prático para cuidar[7]. Enquanto que, a dialética aparece como sugestão para discutir os caminhos percorridos pelas famílias em busca de atenção à saúde das crianças.

A pesquisa inicialmente foi realizada no setor de arquivo das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) de um município do da região sul do Brasil em busca de dados para caracterizar clinicamente as crianças, sendo que, nesta etapa, encontraram-se dificuldades para localizar prontuários, devido ao restrito espaço físico dos arquivos e pela falta de informatização dos registros dos pacientes. Em seguida, a pesquisa prosseguiu nas residências das famílias com o propósito de conhecer os caminhos traçados em busca de atenção à saúde da criança, sendo o entrevistador acolhido por todas as famílias participantes. O período de busca de dados aconteceu de março a maio de 2012.

Constituíram-se em sujeitos do estudo 16 famílias de crianças menores de um ano de idade, atendidas nas UPA do município em 2010. Salienta-se que, por se tratar de uma pesquisa de abordagem qualitativa, o número de entrevistas não apresentou relevância para o contexto geral, embora fizesse parte da práxis compreensiva do estudo. Assim, quando passou a agrupar respostas aos questionamentos iniciais, a trajetória de coleta de dados foi considerada encerrada[8].

A coleta aconteceu mediante três técnicas: inquérito domiciliar, Mapa Falante (MF) e entrevista semiestruturada. A dinâmica de MF, eixo central para a construção deste artigo, foi utilizada como instrumento para demonstrar os caminhos percorridos pelas famílias em busca de atenção à saúde do filho, pois se trata de uma representação gráfica da busca de resolutividade ao problema de saúde apresentado pelas crianças. Ressalta-se que esta etapa da pesquisa tornou-se um momento descontraído e possibilitou uma maior interação entre sujeitos e entrevistador[9].

Elegeu-se a análise temática para contextualizar os resultados em consonância aos referenciais teóricos dos atributos da APS[1] e elementos do cuidado integral[3]. O conteúdo para análise foi obtido pela organização das entrevistas, leituras sucessivas e interpretativas, classificação e compreensão extensa dos resultados, para finalmente descrever-se categorias temáticas para discussão[10], a saber: *Busca por atenção à saúde da criança acontece em serviços de urgência e emergência; Barreiras funcionais impedindo a busca de atenção à criança em serviços de atenção primária; Ausência de densidade tecnológica*

*direciona a família a serviços de urgência e emergência*.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Oeste do Paraná sob o parecer 495/2010, sendo que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Busca por atenção à saúde da criança acontece em serviços de urgência e emergência

No adoecer das crianças as famílias se deparam com diversas dificuldades, a começar pela inexperiência materna aos cuidados com a criança até o alcance de fato da resolutividade. Com base nas inexperiências, os cuidadores procuram por apoio em suas próprias famílias, no entanto, algumas vezes, o aconselhamento familiar não direciona a porta preferencial para o cuidado à criança, como pode ser percebido no relato a seguir.

> [...] como é minha primeira filha [...] acabei ligando para minha mãe e ela me disse para ir direto para o hospital {UPA} (sujeito 1).

O sofrimento de uma criança desencadeado pelo adoecer representa para a família uma situação difícil de lidar. Desta forma, não se pode reputar que uma criança está doente, mas que uma família adoece junto. Assim, os serviços de APS devem se responsabilizar de forma intensa por essa família que adoeceu e lhes proporcionar atenção, uma vez que a rotina familiar será alterada pelo adoecimento do filho[2,7].

Para tanto, os serviços de APS contam com importantes instrumentos, como exemplo a visita domiciliária, a qual se alia ao cuidado para propor resolutividade, segurança e felicidade, mediante a proximidade e responsabilização com as pessoas que necessitam ser cuidadas[2,7,11]. Cuidar nesta dimensão significa enfocar plasticidade e movimento neste processo, ao mesmo tempo, delinear alteridade e interação para a construção dos caminhos para apoiar as famílias no adoecer dos filhos[3,11].

Para esta realidade o caminho percorrido pelas famílias em busca de atenção à saúde da criança direcionou-se aos serviços de urgência e emergência.

> Quando ela {filha} fica doente eu saio de casa e vou até o hospital {UPA} (sujeito 8).

> *No posto de saúde é mais difícil a gente conseguir consulta, e quando ela* {filha} *fica doente, geralmente eu vou ao PAC {atualmente denominado* UPA}. [...] *é mais rápido* (sujeito 14).

Uma vez iniciada a atenção à saúde em serviços cuja prioridade é a atenção à urgência e emergência e não o acompanhamento de saúde, como os citados anteriormente, dificilmente as famílias conseguirão acesso aos demais serviços dispostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim como, a longitudinalidade não será estabelecida pela deficiência em proporcionar o seguimento do cuidado resolutivo às crianças em um ambiente de confiança ao longo do tempo; o cuidado não será integral devido a fragmentação e não responsabilização pelos sujeitos a serem cuidados e a organização dos serviços em saúde ficará comprometida pela comunicação ineficaz e ausência de continuidade[1].

As figuras a seguir, 1 e 2, reproduzem os caminhos mencionados anteriormente, ou seja, a busca direta por atenção à criança em serviços de urgência e emergência denominados no município em estudo, Posto de Atendimento Continuado (PAC).

**Figura 1.** Mapa falante produzido pelo sujeito 7, Cascavel, PR, 2012.

**Figura 2.** Mapa falante produzido pelo sujeito 14, Cascavel, PR, 2012.

Começar o caminho por atenção à saúde em serviços diferentes do contexto da APS demonstra o quanto as famílias permanecem vítimas de um sistema de saúde vulnerável e pouco resolutivo. Tais evidências denotam fragilidades no movimento e plasticidade do cuidado à criança, destacado pela não responsabilização aos sujeitos pelos membros da equipe de saúde, inclusive, pelos gestores públicos de saúde[2].

Nesse sentido, a aflição familiar evidenciada pelo sofrimento da criança levou, outras vezes, a busca por atenção acontecer em serviços de saúde privados, muito embora as famílias não dispusessem de condições financeiras para tal conduta, levando-as a onerarem-se ainda mais na tentativa de resolver o problema de saúde do filho. Tais considerações elencam a ausência de integralidade carreada pela falta de acesso resolutivo aos serviços de saúde disponibilizados por entidades públicas de saúde[1,5], demonstrando essencialmente a privação de desejo, projeto e movimento na construção do cuidado a criança[3].

> *Saí de casa e fui direto ao PAC. Teve um dia que tinha muita gente no PAC, e ela {neta} estava com muita febre, nós levamos ao hospital* {hospital que realiza atendimentos particulares ou conveniados} (sujeito 10).

> *Quando ele {filho} fica doente, vou diretamente ao hospital* {privado} (sujeito 13).

A busca por serviços privados aconteceu em várias realidades desta pesquisa, sendo que o atendimento ocorreu diretamente em um hospital, representado pela esfera terciária de atenção a saúde, como mostra a figura 3 na sequência.

**Figura 3.** Mapa falante produzido pelo sujeito 13, Cascavel, PR, 2012.

Muito embora os cuidadores procurem os serviços de APS, diante de barreiras que limitam a atenção à saúde da criança, principalmente funcionais, estes destinam a busca pelos serviços de urgência e emergência, indicando a ausência do atributo coordenação na APS[1], e, ainda neste caso, sem utilizar a ferramenta de referência e contrarreferência, a qual potencializa o cuidado e a resolutividade dos problemas de saúde[1,2].

> *[...] vou para o posto de saúde e quando não tem ficha, uma coisa ou outra, dão* {equipe de saúde} *encaminhamento para a gente ir ao PAC. Agora eles não estão dando encaminhamento, mandam direto ao PAC [...]* (sujeito 2).

> *Se for durante a semana, saio de casa e a levo até o posto de saúde, mas é toda aquela procura por ficha, chegando lá, se tiver acabado as fichas, o que geralmente acontece [...] eu a* {filha} *levo ao PAC* (sujeito 15).

Este mesmo cenário é observado na figura 4. O sujeito representou que, embora procure atenção à saúde do filho em Unidade Básica de Saúde (UBS), seu itinerário em busca de atenção só finalizou depois de procurar um serviço de urgência e emergência representado no MF pelo PAC.

**Figura 4.** Mapa falante produzido pelo sujeito 15, Cascavel, PR, 2012.

A consequência por buscar inicialmente serviços que não caracterizem a entrada prioritária ao sistema de saúde será uma demanda aumentada aos serviços de urgência e emergência e contrária as percepções familiares por não proporcionarem a atenção idealizada, uma vez que estes serviços não contemplam em sua dinâmica de trabalho a continuidade da atenção e a responsabilização pelo sujeito que necessita ser cuidado[1,2,7]. Essa forma de organização do sistema de saúde sem haver um projeto para cuidar[3] visto pelo aumento de demandas espontâneas e pela atenção a problemas agudos entre as crianças, reproduz a não resolutividade dos serviços de saúde[2].

Segundo a literatura, orientados pela dificuldade de resolução dos problemas, as famílias determinam-se a levar seus filhos aos serviços de urgência e emergência[5,12]. A

busca pela esfera secundária como porta de entrada ao sistema de saúde se caracteriza pelo descaminho para resolução dos problemas de saúde e por acreditarem que nesses serviços a resolução do problema à saúde é imediata[13]. Quando isso acontece limita-se a possibilidade do serviço de APS realizar o referenciamento a outras esferas de atenção, conforme a necessidade e também de resolver o problema de saúde nesse nível e se responsabilizar pelo cuidado ao usuário.

Salienta-se que, a procura por atenção secundária ou terciária à saúde não acontece apenas por opção dos cuidadores, mas devido a fatores dificultadores ou impeditivos para o acesso aos serviços de saúde[4,14], como se pode observar pelas categorias temáticas a seguir.

## BARREIRAS FUNCIONAIS IMPEDINDO A BUSCA PELA ATENÇÃO À CRIANÇA EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Diante de inúmeras barreiras funcionais para o acesso aos serviços de saúde na APS do município em estudo, essa porta de acesso aos serviços no SUS mostrou-se vulnerável, visto que traçavam um itinerário direto aos serviços de urgência e emergência. Dentre as barreiras funcionais, destaca-se: a forma de organização de agendamentos de consultas médicas; a disponibilização de profissionais para os atendimentos; e a agilidade em se obter resolutividade. Como apresentado nos relatos a seguir.

> *Porque ali* {UBS} *só marca* {consulta médica}. *Tem que marcar pra conseguir* (sujeito 9).
>
> *[...] se tivesse pediatra que pudesse atender* (sujeito 10).
>
> *No PAC é mais rápido porque é no mesmo dia, a consulta é no mesmo dia* (sujeito 14).

Em outros estudos[13-17] o acesso aos serviços de saúde tem se manifestado como principal obstáculo no itinerário das famílias que buscam atenção à saúde do filho.

E ainda, para alguns cuidadores a procura por serviços de urgência e emergência ocorre pela necessidade de atenção à criança em dias e horários em que as UBS não atendem a população, ou seja, mais uma vez a barreira funcional para atenção em unidades de APS. Para tanto, estas famílias traçaram seus caminhos os quais julgaram ser o mais apropriado e menos moroso naquele momento.

> *Por eu trabalhar, vou à noite ao PAC* [...] (sujeito 2).
>
> *Foi em um domingo durante o dia* [...] (sujeito 4).

A flexibilização de dias e horários de atendimento nas unidades de APS contribuiria para atenção às famílias[11], uma vez que, diante das necessidades, as famílias contemporâneas necessitam que seus membros participem do mercado de trabalho para complementar a renda familiar. Esta forma de pensar sobre saúde mediante a organização do serviço evidencia entre os elementos para cuidar o movimento e plasticidade, não direcionando o cuidado apenas pelo olhar biológico, mas para uma extensão de necessidades, as quais abrangem os determinantes sociais, como habitação; educação; trabalho; saneamento; lazer; segurança; entre outros[1,3,18].

A presença de um serviço de APS coordenado e com o propósito de disponibilizar atenção eficiente e resolutiva ao grupo de pessoas em condições crônicas, também possibilitaria reduzir a busca instintiva, principalmente em serviços de urgência e emergência. Se as pessoas fossem acompanhadas por uma equipe interdisciplinar competente e responsável condensar-se-ia significativamente as agudizações dos problemas de saúde, uma vez que, o seguimento ao crescimento e desenvolvimento infantil torna-se essencial para se prevenir uma condição crônica e sua manifestação na forma aguda. Nesse sentido, se a criança receber a atenção necessária nas consultas de puericultura, diminuir-se-ia proporcionalmente a procura por consultas curativas e este cenário de aumento da demanda espontânea em serviços de alta densidade tecnológica seria resolvido[2].

## AUSÊNCIA DE DENSIDADE TECNOLÓGICA DIRECIONA A FAMÍLIA A SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

A amplitude no modo de pensar e fazer saúde deve considerar além dos determinantes sociais e fatores biológicos, necessários para o cuidado,

porém não somente, a presença de densidades tecnológicas que subsidiem e amparem as perspectivas para o cuidado integral à criança.

De acordo com a literatura, as tecnologias podem ser divididas em: leves; leve-duras; e duras. As tecnologias leves referem-se a capacidade relacional entre equipes de saúde e famílias; tecnologias leve-duras, que se referem ao conhecimento técnico, científico e especializado, parte dura, e o modo como os profissionais, nas diversas áreas de atuação, a aplicam, a parte leve; e por último, tecnologias duras, inscritas nas máquinas e instrumentos os quais apoiam e respaldam o processo do cuidado[19].

Para alguns cuidadores os serviços de saúde a serem procurados no adoecer do filho em busca da integralidade e resolutividade são aqueles serviços que possibilitam proporcionar todo este arranjo tecnológico para o cuidado à criança.

> [...] *se caiu machucou, vai ter que ir ao PAC fazer um raio-X, não dá para esperar para outro dia,* [...] *não tem porque ir ao posto, não vai poder fazer nada ali, tem que ir mesmo ao PAC* (sujeito 7).

> *Eu perguntava assim pra ela* {pediatra}: *"Dra. será que isso é disso esse probleminha?" Ela respondia: "Talvez, quem sabe* [...]*". Você está lá até nove horas, eles {pediatras} nunca chegam, como você fica com uma criança com febre e dor [...]. Não tem como, as vezes, as pessoas não tem um bom atendimento* [...] (sujeito 12).

Ressalta-se que, para alcançar o cuidado pleno é preciso que tecnologias – leves, leves-duras e duras – caminhem harmonicamente, sem distinções em suas diversas etapas. As pessoas precisam de cuidados básicos e humanização, ao mesmo tempo, precisam de práticas tecnocientíficas. Há de se buscar caminhos para a interação, em todos os aspectos, instaurando a conexão entre o cotidiano das pessoas e a reedificação das concepções que se perfazem com práticas tecnocientíficas de saúde e ações de humanização[7,18].

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa pode oferecer a comunidade acadêmica e aos profissionais da área da saúde subsídios para alcançar o sucesso prático de suas ações, demonstrando as expectativas familiares em relação a atenção à criança mediante suas necessidades, importantes para o processo de cuidar de idade. Por este estudo ter focado a percepção das famílias de crianças menores de um ano, aponta-se esse aspecto como limitação do estudo, sendo necessária a articulação da percepção dos cuidadores e a visão dos profissionais dos serviços para identificar as lacunas existentes na busca e na oferta do cuidado à saúde da criança na APS.

Diante do objetivo proposto, constatou-se que para a realidade estudada, os serviços de urgência e emergência se constituem no itinerário principal das famílias em busca de atenção à saúde no adoecer das crianças. Deste modo, estes serviços representaram para as famílias a porta preferencial para o sistema de saúde, observando-se a ausência do seguimento dos quatro atributos essenciais na APS e dos elementos do cuidado integral.

Esta busca aconteceu devido a deficiência no acesso aos serviços de APS, principalmente ocasionados pela presença de barreiras funcionais, ao mesmo tempo, geradas pela ausência de integralidade, as quais foram explicitadas pela privação das densidades tecnológicas como forma de amparar a atenção à criança no contexto primário.

Ao buscar atenção em serviços que não representam as portas prioritárias para o sistema de saúde, as famílias não alcançaram êxito em seu itinerário, pois a resolutividade não foi possível devido a não responsabilização e pela falta de continuidade do cuidado à criança. Para tanto, recomenda-se o fortalecimento da atenção primária por meio do seguimento dos atributos essenciais da APS para a edificação dos caminhos de cuidado e cura para se obter resolutividade na atenção à saúde para o segmento infantil.

A concretude destas ações possibilita viabilizar aos profissionais e gestores atuantes na APS a consolidação e a reflexão das práticas em saúde para que possam investir no aprimoramento profissional e organizacional para potencializar um itinerário que garanta de forma eficaz e ágil a resolutividade à saúde da criança.

## ITINERARY OF FAMILIES IN SEARCH OF ATTENTION IN CHILDREN SICKEN

**ABSTRACT**
The aim in this study was to know the itinerary coursed by families looking for health attention of the children under one year old. It is a qualitative survey that was conducted through the dialectical hermeneutics' methodological framework. 16 families were interviewed using a dynamic speaker map in order to representation of paths taken by them. The study was conducted in the home of children treated at the emergency service of a city in southern Brazil, in 2010, the ethical precepts relating to the involvement of human beings were followed. From the data analysis emerged the thematic categories: Search for children´s health care happens in services of urgency and emergency; Functional barriers avoiding the children´s attention search in services of primary attention; Technological density absence direct families to the services of urgency and emergency. The services of urgency and emergency of the county in studies is the entrance door to the health system according to the access deficit to the services of primary care and by not solving the children's health problem.

**Keywords:** Health Services Accessibity. Patient Acceptance of Health Care. Child Care. Primary Health Care. Pediatric Nursing.

## ITINERARIO DE FAMILIAS EN BUSCA DE ATENCIÓN EN EL ENFERMAR DE LOS NIÑOS

**RESUMEN**
Con el objetivo de conocer el itinerario recorrido por las familias en busca de atención a la salud del niño menor de un año, fue realizada una búsqueda cualitativa, fundamentada en el referencial metodológico de la hermenéutica-dialéctica. Fueron entrevistadas 16 familias utilizando la dinámica del mapa hablante para representación de los caminos recorridos por estas familias. El estudio fue realizado en el hogar de los niños atendidos en unidades de servicios de urgencias de una ciudad en el sur de Brasil, en 2010, siendo respetados los preceptos éticos relativos al envolvimiento de seres humanos. Emergieron las categorías temáticas: Búsqueda por atención a la salud del niños sucede en servicios de urgencia y emergencia; Barreras funcionales que impiden la búsqueda de la atención al niño en servicio de atención primaria; Ausencia de la densidad tecnológica dirigen a la familia a servicios de urgencia y emergencia. Los servicios de urgencia y emergencia del municipio en estudio se constituyen la puerta de entrada al sistema de salud debido a la deficiencia en el acceso a los servicios de atención primaria y por la no resolución de los problemas de salud del niño.

**Palabras clave:** Accesibilidad a los Servicios de Salud. Comportamiento de Busca de Cuidados de Salud. Cuidado al Niño. Atención Primaria a la Salud. Enfermería Pediátrica**.**

## REFERÊNCIAS

1. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília (DF): UNESCO, MS; 2002.

2. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília (DF): OPAS; 2012.

3. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. Interface: Comunic Saude Educ. 2003/2004; 8(14):73-92.

4. Mângia EF, Muramoto MT. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. Rev Terapia Ocupacional. 2008; 19(3):176-82.

5. Cabral ALLV, Hernáez AM, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: O Estado da arte da produção cientifica no Brasil. Cienc saude colet. 2011; 16(11):4433-42.

6. Gadamer H. Verdade e método I: Traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Tradução de Enio Paulo Giachini. 9ª. ed. Petrópolis: Vozes; 2008.

7. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. Physus [on-line]. 2007. [citado 2013 out 21]; 17(1):43-62. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a04.pdf

8. Streubert HJ, Carpenter DR. Phenomenology as method. In: Streubert HJ, Carpenter DR (Eds.). Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative. 5th. Philadelphia, PA: Lippincott Willians & Wilkins; 2011. p. 72-95

9. Pacheco STA, Cabral IE. Alimentação do bebê de baixo peso no domicílio: enfrentamentos da família e desafios para a enfermagem. Esc Anna Nery. 2011 abr-jun; 15(2):314-22.

10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2008.

11. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, Paula VG, Domingos MMLN. Assistance in family health from the perspective of users. Rev latino-am enfermagem. 2010 mai-jun; 18(3):436-43.

12. Milbrath VM, Amestoy SC, Soares DC, Siqueira HCH. Integralidade e acessibilidade no cuidado à criança portadora de paralisia cerebral. Acta Paul Enferm. 2009; 22(6):755-60.

13. Nonnenmacher CL, Weiller TH, Oliveira SG. Acesso a saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. Cienc cuid saude. 2011; 10(2):248-55.

14. Barreto ICH, Grisi SJFE. Morbidade referida e seus condicionantes em crianças de 5 a 9 anos em Sobral, CE, Brasil. Rev bras epidemiol. 2010; 13(1):35-48.

15. Torres AKV, Sarinho SW, Feliciano KVO, Kovacs MH. Acessibilidade organizacional de crianças com paralisia cerebral à reabilitação motora na cidade de Recife. Rev bras saude matern infant. 2011; 11(4):427-36.

16. Oliveira BRG, Collet N, Mello DF, Lima RAG. The therapeutic journey of families of children with respiratory diseases in the public health service. Rev latino-am enfermagem. 2012 maio-jun; 20(3):453-61.

17. Oliveira BRG, Viera CS, collet N, Lima RAG. Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. Rev Rene. 2012; 13(2):332-42.

18. Ayres JRCM. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. Saúde soc. 2009; 18(supl. 2):S11-23.

19. Merhy EE. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. [on-line]. 2007. [citado 2012 ago 24]. 15 telas. Disponível em: http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf.

**Endereço para correspondência:** Rosane Meire Munhak da Silva. Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1600, Jardim Universitário, CEP: 85 870 650. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil.

**Data de recebimento: 26/07/2013**
**Data de aprovação: 05/11/2013**