



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**AÇÕES DE CUIDADO DA FAMÍLIA À CRIANÇA  
ATENDIDA EM PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO A  
PARTIR DO SEU UNIVERSO SOCIOCULTURAL**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**Fernanda Luisa Buboltz**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2013**

**AÇÕES DE CUIDADO DA FAMÍLIA À CRIANÇA ATENDIDA  
EM PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO A PARTIR DO SEU  
UNIVERSO SOCIOCULTURAL**

**Fernanda Luisa Buboltz**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, linha de pesquisa Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem**

**Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliane Tatsch Neves**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2013**

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Buboltz, Fernanda Luisa

Ações de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir do seu universo sociocultural. / Fernanda Luisa Buboltz.-2013.

92 p. ; 30cm

Orientadora: Eliane Tatsch Neves

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2013

1. Enfermagem pediátrica 2. Saúde da criança 3. Características culturais 4. Família I. Neves, Eliane Tatsch II. Título.

---

© 2013

Todos os direitos autorais reservados a Fernanda Luisa Buboltz. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

E-mail: fernandabuboltz@hotmail.com

---

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**


A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a  
Dissertação de Mestrado


**AÇÕES DE CUIDADO DA FAMÍLIA À CRIANÇA ATENDIDA EM  
PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO A PARTIR DO SEU UNIVERSO  
SOCIOCULTURAL**


elaborado por  
**Fernanda Luisa Buboltz**


como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Mestre em Enfermagem**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

  
Eliane Tatsch Neves, Dra. (UFSM)  
(Presidente/Orientador)

  
Giovana Calgagno Gomes, Dra. (FURG)  
(1ª Examinadora)

  
Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra. (UFSM)  
(2ª Examinadora)

  
Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)  
(Suplente)

Santa Maria, 16 de dezembro de 2013.

**É com imenso orgulho que dedico este trabalho à minha família, em especial aos meus pais Liani e Walmor, aos meus irmãos Iara e Thomas e à minha afilhada Betina, pois sem eles nada disto seria possível!**

## AGRADECIMENTOS

Ao agradecer, gostaria de expressar toda a minha gratidão e respeito por aqueles que me auxiliaram nesta caminhada! Talvez eu não consiga transmitir da forma como gostaria ao colocar palavras que tenho em meu coração no papel, mas preciso tentar...

O primeiro agradecimento sempre vai para Deus... o grande criador de tudo! Obrigada Senhor pela minha saúde, pela minha família e pela sabedoria de reconhecer as oportunidades que a vida colocou no meu caminho!

Aproveito para fazer um pedido: que eu saiba usar todo o conhecimento adquirido nesta caminhada para fazer o bem e assim contribuir para um mundo melhor!

Aos meus pais Liani e Walmor, muito obrigada por me proporcionarem os estudos, por confiarem no meu potencial e por me presentear com a vida! Obrigada por me ensinarem que, com honestidade e humildade, podemos chegar mais longe! Tenho muito orgulho de vocês!

À minha afilhada Betina por tantas vezes me deixar feliz ao correr para me abraçar, por demonstrar tanto carinho. O amor de uma criança é extremamente incentivador e muito precioso!

À minha irmã Iara pelo incentivo e carinho, pelas palavras de apoio nos momentos difíceis! Obrigada, minha mana querida, simplesmente por existir e por estar tão perto de mim nesta caminhada que foi muitas vezes difícil!

Ao meu irmão Thomas, que, mesmo distante, sempre torceu por mim!

Ao meu namorado Fabricio, que sempre fez com que eu acreditasse neste sonho! Muito obrigada por compreender as minhas ausências durante todo o tempo que trabalhei neste estudo!

Ao meu pequeno Ted por entender que não foi possível “passiá” (passear) o quanto ele merecia porque eu estava ocupada com minhas leituras e escritas. Mesmo sendo um cão, sei o quanto me compreende e me dá forças!

À minha “Profe” (com muito carinho e respeito), Professora Dr<sup>a</sup> Eliane Tatsch Neves, obrigada pela oportunidade! Os momentos com você sempre foram muito preciosos para mim! Você é um exemplo de profissional! Admiro-a muito e tenho muito orgulho de ser sua orientanda! Ao seu lado, durante esta caminhada, aprendi também a ser uma pessoa melhor!

À Andrea Arrué pelos ensinamentos, pela paciência e pela amizade! Sem o seu incentivo eu jamais teria chegado aqui! Você me fez acreditar...simplesmente! Obrigada, de coração!

À Andressa da Silveira, pelas “parcerias” na construção de artigos e projetos, pela amizade e pelos conhecimentos compartilhados! Você para mim é um exemplo de profissional!

Às minhas colegas de mestrado e amigas Valéria Severo e Kellen Zamberlan pela companhia nesses longos dois anos de muita leitura e estudo!

Aos colegas do PS-Ped Vânia Pradebon, Andrea Barcelos e Janete Carvalho pelo apoio e amizade!

À Professora Dr<sup>a</sup> Maria de Lourdes Denardin Budó pelos conhecimentos compartilhados na graduação em que tive a oportunidade de ser sua aluna! Com certeza, durante a construção deste trabalho, lembrei-me várias vezes dos seus ensinamentos.

Aos demais membros da banca examinadora, Professoras Dr<sup>a</sup> Stela Maris de Mello Padoin e Giovana Calcagno Gomes por disponibilizarem tempo para o meu estudo e, assim, enriquecê-lo com seus preciosos conhecimentos. Muito obrigada!

Ao grupo de pesquisa PEFAS por me acolher, me auxiliar nas minhas pesquisas e compartilhar tanto conhecimento!

Por fim, obrigada a todos que contribuíram para a realização deste grande SONHO! Deus sabe o quanto quis e lutei para estar aqui hoje! Ser mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria é um orgulho imenso!

Eu estou simplesmente... feliz!

## RESUMO

Dissertação de Mestrado  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Universidade Federal de Santa Maria

### **AÇÕES DE CUIDADO DA FAMÍLIA À CRIANÇA ATENDIDA EM PRONTO-SOCORRO PEDIÁTRICO A PARTIR DO SEU UNIVERSO SOCIOCULTURAL**

AUTORA: FERNANDA LUISA BUBOLTZ

ORIENTADOR: ELIANE TATSCH NEVES

Santa Maria, 16 de dezembro 2013.

A procura por atendimento em pronto-socorro pediátrico (PS-Ped) por vezes acarreta uma sobrecarga neste serviço que possui a finalidade de atender somente urgências e emergências. As ações de cuidados da família na busca da solução dos agravos à saúde da criança são complexas, portanto é necessário compreender as práticas de cuidado a partir dos contextos socioeconômicos e culturais. Assim, questionou-se sobre quais seriam as ações de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico, partindo de seu universo sociocultural. Este estudo objetivou compreender as ações de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir de seu universo sociocultural. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratório. A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada com 12 familiares cuidadores de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico de um hospital de ensino. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo temático conforme Bardin (2011). Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da instituição sob número CAAE 13149613.3.0000.5346. Após a análise dos dados, emergiram três categorias: Redes de apoio das cuidadoras para o cuidado de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico, Aprendizado para o cuidado das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico e Saberes e práticas em saúde das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico. Durante a realização deste estudo, foi possível conhecer a realidade das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico e, a partir disso, compreender um pouco a forma como estas famílias cuidam de seus filhos a partir de seu universo sociocultural. Neste estudo, verificou-se que as cuidadoras principais destas crianças são mulheres e que estas se encontram muitas vezes sozinhas nos cuidados com a criança, tanto em situações do cotidiano quanto em momentos de crise, como o adoecimento. Apesar de mudanças na configuração da família ao longo dos anos, o papel da mulher continua sendo importante e indispensável no contexto familiar, principalmente no cuidado de seus membros. Estas cuidadoras carregam consigo o peso do legado cultural da responsabilidade de cuidar e desenvolvem diversas ações de cuidado na procura da resolução dos problemas de saúde destas crianças. Neste contexto, destacou-se que estas cuidadoras peregrinam por diversos serviços de saúde para suprir diferentes necessidades relacionadas aos problemas de saúde das crianças. Assim, foi possível observar que o setor de cuidados profissional em saúde está em detrimento dos setores popular (folk) e informal (popular) na busca pela resolução dos agravos em saúde destas crianças. Diante desta realidade, percebe-se que os serviços de atenção à saúde da criança estão fragmentados e que não há um atendimento com vistas à integralidade. Este estudo, ao trazer realidades das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico, proporcionou algumas respostas às minhas inquietações relacionadas à demanda de atendimento do serviço. Recomenda-se a reestruturação dos serviços de atenção à saúde infantil em todos os níveis de atenção, considerando o contexto sociocultural das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico.

**Descritores:** Enfermagem pediátrica. Saúde da criança. Características culturais. Família.



## **ABSTRACT**

Master's Thesis  
Post-Graduate Program in Nursing  
Universidade Federal de Santa Maria

### **SHARES OF CARE FAMILY CHILD ATTENDED IN PEDIATRIC FIRST AID FROM YOUR UNIVERSE SOCIOCULTURAL**

AUTHOR: FERNANDA LUISA BUBOLTZ  
ADVISOR: ELIANE TATSCH NEVES  
Santa Maria, December 16, 2013

The demand for care in a pediatric emergency department (PS-Ped) sometimes causes an overload in this service which has the purpose of meeting emergency care only. The actions of family care in finding the solution of health problems of children are complex, so it is necessary to understand the practices of care from the socioeconomic and cultural contexts. Thus, if asked about what would be the actions of family care to children treated in a pediatric emergency department, from its socio-cultural universe. This study aimed to understand the actions of family care for children treated at pediatric emergency from their sociocultural universe. This is a qualitative research of descriptive exploratory. Data collection was through semi-structured interviews with 12 family caregivers of children seen in a pediatric emergency department of a teaching hospital. The data were subjected to thematic content analysis according to Bardin (2011). This study was approved by the Ethics Committee of the institution under CAAE 13149613.3.0000.5346 number. After analyzing the data, three categories emerged: support networks of caregivers for care of children seen in pediatric emergency, Learning to care for the families of children seen in a pediatric emergency department and skills and health practices of families children treated in a pediatric emergency department. During this study, it was possible to know the reality of families of children seen in a pediatric emergency department and, from that, to understand a bit how these families caring for their children from their sociocultural universe. In this study, it was found that the primary caregivers of these children are women and that women are often alone in caring for the child, both in everyday situations and in times of crisis, such as illness. Despite changes in the configuration of the family over the years, the role of women remains important and indispensable in the family context, especially in the care of its members. These caregivers can carry the weight of the cultural legacy of responsibility to care for and develop different care actions in the pursuit of solving the health problems of these children. In this context, it is noted that these caregivers pilgrimage for many health services to meet different needs related to health problems of children. Thus, it was observed that the sector of professional health care is at the expense of popular sectors (folk) and informal (popular) in the quest to solve the health problems to these children. Given this reality, it is perceived that the services of the health of the child are fragmented and there is not a service aiming at completeness. This study, to bring the realities of families of children seen in a pediatric emergency department, provided some answers to my concerns related to the demand of this service. The restructuring of child health care at all levels of care is recommended, considering the socio-cultural context of families of children seen in a pediatric emergency department.

**Descriptors:** Pediatric Nursing. Child Health. Traditional Culture. Family.

## **LISTAS DE QUADROS**

Quadro 1 – Caracterização de crianças atendidas em PS-PED. Santa Maria/RS, 2013. ....	39
Quadro 2 – Caracterização das cuidadoras de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico. Santa Maria, 2013. ....	40

## **LISTAS DE ABREVIATURAS**

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PS-Ped	Pronto Socorro Pediátrico
SUS	Sistema Único de Saúde
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria

## LISTA DE APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE A – Dados de identificação do participante/cuidador familiar .....	83
APÊNDICE B – Roteiro da entrevista semiestruturada .....	85
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) .....	86
APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade dos Dados (TCD) .....	88
APÊNDICE E – Categoria temática: ações de cuidado em saúde .....	89
ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP.....	91

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>17</b>
1.1 Dimensão política da saúde da criança.....	17
1.2 Saúde e doença na perspectiva popular e profissional .....	20
1.3 Setores de cuidado à saúde .....	23
1.4 Papel da equipe de enfermagem na atenção integral à saúde da criança.....	26
<b>2 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA.....</b>	<b>31</b>
2.1 Tipo de estudo .....	31
2.2 Cenário do estudo .....	31
2.3 Sujeitos do estudo e procedimentos de coleta de dados .....	32
2.4 Análise e interpretação dos dados .....	34
2.5 Aspectos éticos da pesquisa.....	36
<b>3 ANÁLISE, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>38</b>
3.1 Crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico, suas cuidadoras e as concepções de cuidado.....	38
3.1.1 Caracterização das crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico .....	38
3.1.2 Caracterização das cuidadoras de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico .....	39
3.1.3 Concepções de cuidado de cuidadoras de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico .....	41
3.2 Redes de apoio das cuidadoras para o cuidado de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico .....	45
3.3 Aprendizado do cuidado de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico .....	49
3.4 Saberes e práticas em saúde das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico .....	52
3.4.1 Ações de busca pela assistência em saúde das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico .....	60
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>69</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>82</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>90</b>

## INTRODUÇÃO

Em minha trajetória como acadêmica e profissional de enfermagem, sempre direcionei a atuação para a área pediátrica. Atualmente, como enfermeira de pronto-socorro pediátrico, percebo, na rotina do meu trabalho, que existem muitos fatores aos quais dificultam a resolução dos problemas e a promoção de saúde das crianças. Além disso, existe grande dificuldade de acesso dos familiares cuidadores de crianças aos serviços de atenção à saúde da criança.

Compartilhando as minhas inquietações com o Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS/UFSM) na linha de pesquisa: políticas e práticas de cuidado na saúde do neonato e da criança nos contextos hospitalar e da comunidade, desenvolvi uma pesquisa<sup>1</sup> sobre as demandas de atendimento no pronto-socorro pediátrico (PS-Ped). Esta pesquisa apontou que a demanda desse serviço é, predominantemente, de ações próprias da atenção primária e secundária em saúde. Além disso, este estudo concluiu que os atendimentos de emergência relacionados aos acidentes na infância foram prevalentes. O politrauma, a ingestão de corpo estranho e a intoxicação exógena são exemplos de acidentes de causas evitáveis, que exigem medidas preventivas por parte dos cuidadores dessas crianças.

De acordo com o Relatório de Monitoramento 2012 da UNICEF, o Brasil teve redução de 73% das mortes na infância com relação a 1990. Neste ano, a taxa brasileira indicava que, a cada mil crianças nascidas vivas, 58 morriam antes de completar cinco de anos de vida. Em 2011, o órgão internacional apontou que o índice reduziu para 16/1.000 (BRASIL, 2012a).

No contexto da legislação brasileira de proteção à infância, destaca-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990a) e o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990b) que, pautados na Constituição Federal de 1988, asseguram atendimento integral à saúde das crianças e garantem acesso universal e igualitário às ações e serviços (BRASIL, 1988). As políticas públicas de atenção à saúde da criança vêm trabalhando não apenas com compromisso da sobrevivência, mas, principalmente, com o bem-estar, qualidade de vida e prevenção dos fatores de risco ainda na infância (BRASIL, 2011).

---

<sup>1</sup> O objetivo deste estudo foi caracterizar a demanda de procedimentos prestados pela equipe de enfermagem em um Pronto-Socorro Pediátrico. Trata-se de um estudo quantitativo, retrospectivo, de caráter descritivo. Os sujeitos foram todas as crianças de zero a 14 anos, atendidas no serviço em 2011. Para a inserção e análise estatística dos dados, foi utilizado o programa Epi-info®, versão 6.4.

Dentre as políticas públicas de atenção à saúde da criança, destaca-se o Programa de Atenção Integral a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que busca oferecer um atendimento de saúde mais humanizado à criança bem como beneficiá-la com um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo (BRASIL, 2003). Este programa objetiva atender às necessidades da criança em nível primário, evitando complicações e internações por doenças prevalentes na infância.

Porém, a realidade vivenciada nos serviços de saúde aponta que um grande número de crianças continua adoecendo e necessitando de internação hospitalar por doenças que são evitáveis, além de ocorrer internação desnecessária, sequelas e até mesmo a morte (BRASIL, 2005). Nesse cenário, a procura por atendimento é muitas vezes desgastante para o usuário que se depara com a falta de resolutividade dos serviços primários e terciários de atenção em saúde. Frente a isso, a população acaba procurando o serviço de atenção de alta complexidade, como os serviços de emergência na busca da resolução dos problemas de saúde. A busca por resolutividade para os diversos problemas de saúde relacionados aos diferentes níveis de complexidade acarreta uma sobrecarga de pacientes aos serviços de pronto-socorro, que possuem finalidade de atender somente urgências e emergências.

Segundo Rocha (2005), os atendimentos básicos nos serviços de urgência descaracterizam a proposta do sistema de saúde. Ainda, de acordo com a autora, esse modelo de serviço passou a ser um dos principais tipos de atendimento utilizados pela população para a solução rápida de seus problemas, nem sempre de saúde, mas com a garantia de medicação, gerando uma superlotação dos serviços, com uma demanda crescente e interminável, o que acarreta atritos frequentes em suas portas.

Acredita-se que os aspectos socioculturais influenciam no cuidado à criança que depende unicamente do cuidado de um adulto e, conseqüentemente, na resolução e promoção de sua saúde. Assim, não se pode reduzir a influência dessas questões somente na escolha/procura por esse ou outro serviço de saúde, mas, sim, no contexto sociocultural do cuidado à criança e seu processo saúde-doença.

A criança é um ser que depende totalmente de outro ser para sobreviver, e a qualidade do cuidado que ela recebe influencia diretamente no seu desenvolvimento e crescimento. O cuidado à criança é um processo complexo, amplo e muito importante e que, geralmente, é exercido pela família. Segundo Leininger (1998), a família tem significações de saúde, doença e práticas próprias de cuidar, originadas de seu contexto sociocultural.

A família tem sido, em diferentes épocas, uma unidade que cuida de seus membros e, apesar das mudanças ocorridas em sua estrutura e organização, continua sendo considerada principal agente socializador da criança e responsável pelo atendimento de suas necessidades básicas, bem como pela formação dos referenciais de vida que lhe possibilitará enfrentar um mundo em permanente mudança. Ao criar seus filhos, as famílias os estão cuidando e ajudando-os a aprender a cuidar de si próprios, favorecendo sua potencialidade existencial de vir a ser, que culmina com o aprendizado sobre o como cuidar dos outros, inclusive de seus filhos no futuro (ELSEN, 2004).

É necessário que o profissional da saúde esteja presente, junto com a família, para descobrir meios que possam fortificá-la, mobilizá-la, impulsioná-la no alcance de seu próprio equilíbrio e bem-estar, para além do aspecto biológico de seus membros. Assim, poder-se-ão descobrir, junto à família, ações que facilitem o desenvolvimento e enfrentamento de suas tarefas diárias em relação ao cuidado com a saúde da criança.

Compete aos profissionais de saúde refletir criticamente sobre o tipo de assistência a ser prestada no sentido de ajudar a família no desempenho de cuidar de seus membros. A relação entre os profissionais da saúde e famílias tem que ser diferenciada e única. É importante que o profissional saiba como a família define a situação, conheça sua cultura e entenda o significado que ela dá às suas experiências (ELSEN, 2004).

Nessa perspectiva, é necessário compreender as práticas de cuidado a partir do contexto onde elas tomam forma, pois cada família possui características próprias e especificidades. Segundo Gerhardt (2006), é nesse contexto que acontecem os eventos cotidianos (econômicos, sociais e culturais) que organizam a vida coletiva e enquadram a vida biológica; e é dentro dele que os indivíduos evoluem ao mesmo tempo em que seu corpo, seus pensamentos e suas ações são formatados por esse espaço social. Por outro lado, é necessário também considerar os indivíduos como atores sociais, definidos ao mesmo tempo por esse espaço social no qual se inserem e pela consciência de agir sobre esse espaço (GERHARDT, 2006).

Frente a isso, os profissionais de enfermagem são importantes agentes que utilizam a ciência, a arte, a estética e a ética no processo de promoção, manutenção e recuperação da saúde, por meio de ações de cuidado destinadas a ajudar as pessoas a viverem mais saudáveis e, quando preciso, a superarem os efeitos da doença como um fenômeno social, existencial, cultural e transitório (VALE; PAGLIUCA, 2011).

A partir destes pressupostos, surgiu a inquietação de investigar a dimensão sociocultural e subjetiva do cuidado da família à criança atendida em PS-Ped. Acredita-se em



que, a partir do conhecimento da realidade das famílias, da forma como estas se organizam para cuidar de suas crianças no cotidiano e durante o processo saúde-doença, será possível oferecer uma assistência de enfermagem mais humanizada e qualificada para essa clientela.

Ressalta-se que os estudos atuais disponíveis não dão conta de compreender concretamente como as famílias cuidam e que critérios usam para o cuidado da saúde de seus membros (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Diante do exposto, o objeto deste estudo constituiu-se nas ações de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir de seu universo sociocultural.

Questionaram-se quais as ações de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico, partindo de seu universo sociocultural.

Assim, este estudo objetivou compreender as ações de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir de seu universo sociocultural.

# **1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Para contextualizar a temática, apresentam-se, neste tópico, os principais conceitos que fundamentam este estudo, os quais estão relacionados aos sistemas de cuidado em saúde nas dimensões socioculturais, nas políticas de saúde da criança e na assistência de enfermagem à criança e sua família.

## **1.1 Dimensão política da saúde da criança**

Nas últimas décadas, o interesse pelo desenvolvimento integral da criança tem crescido em todo o mundo, como resultado do aumento constante da sobrevivência infantil e do reconhecimento de que a prevenção de problemas ou de patologias nesse período exerce efeitos duradouros na constituição do ser humano (BRASIL, 2002).

Frente a isso, os serviços de saúde devem ser organizados de forma a garantir amplo acesso e total cobertura a toda população em seus níveis de atenção: primário, secundário e terciário, de acordo com o tipo de atendimento e a complexidade do serviço (MARQUES; LIMA, 2007).

O nível de atenção primário possui princípios fundamentais, como: integralidade, qualidade, equidade e participação social. Com base nesses princípios, foi criada, em 1994, a estratégia de Saúde da Família (ESF), que apresentou um crescimento expressivo nos últimos anos. A ESF é entendida como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta comunidade (BRASIL, 2012c).

Nesse cenário, no âmbito de atenção à saúde da criança em nível primário, foi elaborado, na década de 80, o Programa Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) (BRASIL, 1984) com o objetivo de assegurar a assistência integral. Como estratégias do programa, foram propostas ações básicas como: promoção do aleitamento materno, orientação

alimentar no primeiro ano de vida, controle da diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

A partir dessa ótica, foi criada, em 1996, a estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF) (BRASIL, 2005).

A estratégia AIDPI incorporou as ações do PAISC, introduzindo o conceito de integralidade e propondo um novo modelo de abordagem à saúde da criança no primeiro nível de atenção (atenção básica), sistematizando o atendimento clínico e integrando ações curativas com medidas preventivas e de promoção da saúde (COSTA et al., 2011).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde tem como foco o desenvolvimento integral na primeira infância, com ações articuladas aos ministérios da Educação e Desenvolvimento Social e Combate à Fome. O Programa criado no início do ano de 2012, o Brasil Carinhoso prevê, até 2014, investimentos de R\$ 10 bilhões em ações voltadas para crianças de 0 a 6 anos (BRASIL, 2012a).

O Programa Brasil Carinhoso tem como objetivo retirar da miséria todas as famílias com filhos entre zero e seis anos que sejam beneficiárias do Programa Bolsa Família. Essa ação reforça a transferência de renda, fortalece a educação, com aumento de vagas em creches, cuidados adicionais em saúde, incluindo a suplementação de vitamina A e ferro além de medicação gratuita para asma (BRASIL, 2012a). Tais ações são baseadas nas evidências de que a anemia por deficiência de ferro é um dos grandes desafios nutricionais do Brasil. A falta de ferro no organismo traz importantes consequências para a população, como retardo do crescimento da criança e comprometimento da capacidade de aprendizagem e do desenvolvimento cognitivo. Já a vitamina A é essencial para o crescimento, para a saúde ocular e para a redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2012a).

Ainda, dentre as ações do Programa Brasil Carinhoso, a área técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, (Dapes/SAS/MS) fechou parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para a realização de curso de reanimação e transporte neonatal que capacitará profissionais de saúde de todo o país a partir de 2013. Estas instituições também vão elaborar materiais informativos para qualificar a atenção prestada à criança e ao recém-nascido na Atenção Básica e demais níveis de atenção em saúde.

Destarte, a preocupação com o período neonatal se deve ao fato de 57% das mortes de crianças com até cinco anos de idade ocorrem nos 30 primeiros dias de vida. Segundo a SBP

(BRASIL, 2012c), é evidente a necessidade de se investir fortemente na qualificação dos profissionais da saúde que trabalham na atenção à criança.

O Relatório Progresso 2012- O compromisso com a sobrevivência da criança: Uma promessa renovada, divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), no ano de 2012, destaca que o Brasil já alcançou a meta do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM)-4, em relação à mortalidade de crianças com menos de cinco anos de idade (BRASIL, 2012d).

Porém, ainda é necessário muito trabalho, pois milhões de crianças ainda morrem a cada ano, de causas evitáveis para as quais existem intervenções comprovadas e acessíveis. Para isso, tem-se que a tecnologia e o conhecimento são um desafio para torná-los disponíveis para todas as crianças (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL – ONU/BR., 2012).

Portanto, apesar de todos os esforços e programas voltados à saúde da criança, ainda existem muitas dificuldades e limitações na efetividade de todos os níveis de atenção em saúde, principalmente, no nível primário. Neste sentido, a oferta restrita de serviços e a falta de resolutividade na atenção primária em saúde fazem com que a população procure atendimento no pronto-socorro, pois acreditam ser uma forma de atendimento mais ágil e concentrada (MARQUES; LIMA, 2007).

Prova deste cenário é que a maioria dos atendimentos realizados em pronto-socorro pediátrico, especialmente os decorrentes de causas acidentais e/ou externas poderiam ser resolvidos com adoção de medidas preventivas, ou seja, de ações de nível de atenção primária em saúde (MALTA et al., 2009).

O PS - Ped é uma unidade de urgência e emergência e, por esse motivo, deveria atender pacientes que necessitam de tratamento imediato. Neste serviço, os quadros classificados de acordo com esta situação correspondem à ocorrência imprevista de agravos à saúde, com ou sem risco potencial de vida, de paciente que necessita de assistência médica imediata (ROMANI; DINIZ; INÁCIO, 2009).

Porém, a demanda do pronto-socorro está relacionada a todos os níveis de atenção em saúde, pois estes serviços realizam atendimentos de baixa e alta complexidade, gerando uma superlotação das unidades de emergência. Segundo Garlet et al. (2009), essas situações podem ser identificadas na maioria das unidades públicas de urgência e emergência do Brasil e têm interferido consideravelmente no processo de trabalho e na qualidade do cuidado prestado à população.

Dessa forma, a porta aberta dos serviços de pronto-socorro além de remeter aos problemas produzidos na própria dinâmica interna do hospital, indica, principalmente, a enormidade e a diversidade da demanda que chegam ao serviço. A realidade dos serviços de emergência é interpelada por uma demanda que em muito ultrapassa o que estes serviços estão organizados para reconhecer e intervir (SÁ; CARRETEIRO; FERNANDES, 2008).

A falta de definições de políticas públicas efetivas em saúde, a baixa resolutividade e qualidade oferecida nos serviços de saúde de nível primário e secundário, aliadas à dificuldade de mudança nos hábitos culturais e crenças da população, têm levado o usuário a buscar a assistência médica onde exista a porta aberta (MARQUES et. al., 2007).

Para tanto, a resolubilidade da rede hierarquizada, em cada nível e no sistema como um todo, está vinculada à qualidade técnica definida segundo os critérios e normas, às relações interpessoais, à globalidade e continuidade na utilização dos recursos disponíveis, acrescidos dos conhecimentos, experiências e concepções que orientam as decisões acerca da saúde e da doença num dado contexto sociocultural. Esses aspectos perpassam interações entre ofertas e demandas na atenção à criança, com ambulatórios especializados e serviços de urgência, sendo importantes portas de entrada ao sistema de saúde (FELICIANO et al., 2005).

## **1.2 Saúde e doença na perspectiva popular e profissional**

As definições do que constitui saúde e doença variam entre os indivíduos, famílias, grupos culturais e classes sociais. Muitas vezes, a saúde é vista como mais do que apenas a ausência de sintomas físicos desagradáveis. A saúde é um conceito multidimensional e holístico, que inclui saúde física, psicológica, social e espiritual. A mesma doença ou mesmo sintoma podem ser interpretados de modo completamente diferentes por dois indivíduos de diferentes culturas ou origens sociais e em diferentes contextos (HELMAN, 2009).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades (BRASIL, 1990).

Para tanto, é imprescindível que se busque um conceito de saúde que expresse a condição de vida da maioria dos indivíduos, para que se possa interpretá-lo objetivamente. Vislumbra-se um bem-estar físico e mental, não necessariamente completo, mas associado às condições sociais que proporcionem qualidade de vida digna e condizente com os princípios

bioéticos, respeitando-se a diversidade da condição humana, a pluralidade dos aspectos socioculturais e as circunstâncias políticas (ARAUJO; BRITO; NOVAES, 2008).

Assim, cada cultura tem a sua forma, seus padrões, suas expressões e estruturas para conhecer, explicar e predizer o estado de bem-estar, assim como padrões de comportamento relacionados ao processo saúde-doença e os universos sociais e culturais onde ocorrem (LEININGER, 1998).

Nessa perspectiva, o adoecer é um processo social, que envolve experiências subjetivas de alterações físicas e emocionais tanto quanto a confirmação dessas alterações por outras pessoas. Assim, deve haver consenso entre os envolvidos sobre o que constitui saúde e sobre o que são sintomas de doença. Tanto a apresentação da doença quanto a resposta dos outros a ela são, em grande parte, determinadas por fatores socioculturais, e cada cultura tem sua própria linguagem de sofrimento que preenche a lacuna entre as experiências subjetivas de redução de bem-estar e o reconhecimento social dessas experiências (HELMAN, 2009).

Porém, profissionais da saúde e seus pacientes, mesmo que tenham a mesma origem sociocultural, percebem a saúde e a doença de formas muito diferentes, porque suas perspectivas se baseiam em premissas diferentes, empregam um sistema diferente de comprovação e avaliação de tratamento. As diferenças entre a visão médica e leiga de má saúde (doença) estão divididas em duas palavras em inglês que significam enfermidade e perturbação, ou seja, *disease* e *illness*, respectivamente (KLEINMAN, 1980).

Assim, *illness*, o equivalente a “perturbação”, é a forma como os indivíduos e os membros de sua rede social percebem os sintomas, categorizam e dão atributos a esses sintomas, experienciando-os, articulando esse sentimento por meio de formas próprias de comportamento e percorrendo caminhos específicos em busca da cura. Além da experiência pessoal, o indivíduo atribui significado à doença. Enfim, *illness* é a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença, uma resposta que engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente (OLIVEIRA, 2002).

Nesse sentido, a mesma doença na perspectiva do paciente, no caso *illness* (perturbação), pode ser interpretada de modos completamente diferentes por indivíduos de diferentes culturas ou origens sociais e em diversos contextos. A perspectiva do paciente sobre os problemas de saúde pode ser parte de um modelo conceitual mais amplo usado para explicar o infortúnio em geral, ou seja, a doença (perturbação) pode ser atribuída a uma mesma variedade de causa que qualquer outra adversidade enfrentada no momento. Isto deve ser considerado na compreensão de como as pessoas interpretam seus problemas de saúde e sofrimento e de como respondem a eles (KLEINMAN, 1980).

Por outro lado, *disease* é a forma como a experiência da doença (*illness*) é reinterpretada pelos profissionais de saúde à luz de seus modelos teóricos que os orientam em seu trabalho clínico. É, portanto uma definição de disfunção, assentada num substrato essencialmente biomédico (OLIVEIRA, 2002).

Assim, segundo Helman (2009), a definição médica de um problema de saúde baseia-se em grande parte nas alterações físicas objetivamente demonstráveis, que podem ser quantificadas em relação às medidas fisiológicas consideradas nos padrões de normalidade. Nesta perspectiva, cada doença possui (*disease*) uma identidade própria de sinais e sintomas; estes são universais em forma, progresso e conteúdo, e sua causa, quadro clínico e tratamento serão sempre os mesmos (HELMAN, 2009).

Portanto, a perspectiva de *disease* não inclui as dimensões sociais, culturais e psicológicas do problema de saúde e não considera o contexto em que esta toma forma. O modelo biomédico é concentrado nas dimensões físicas da doença e os fatores socioculturais são desprezados, pois são considerados irrelevantes para o diagnóstico e tratamento (HELMAN, 2009).

O modelo biomédico tem como centro da atenção somente o indivíduo doente. As ações de recuperação e reabilitação da doença são priorizadas em detrimento das ações da promoção e proteção à saúde; a doença e sua cura, o diagnóstico individual, o tratamento e o processo fisiopatológico ganham espaço. Apesar de muito importante na abordagem específica do tratamento das doenças, esse modelo tem limitações para intervir com a responsabilidade social que a área da saúde demanda, tampouco é capaz, no plano coletivo, de ser modificador de indicadores sociais (CUTOLO, 2006).

No entanto, é necessário que as carências do modelo biomédico sejam revisitadas da forma mais ampla possível, abrangendo os aspectos biopsicossociais, espirituais, culturais, avaliando a contextualização em que esse indivíduo está inserido (DALMOLIN et al., 2011).

Abarcar o significado ampliado do fenômeno saúde implica, em suma, ampliar as possibilidades interativas além da articulação teoria e prática, por meio de debates e discussões que fortaleçam e divulguem o conceito de saúde segundo uma perspectiva ampliada. Para tanto, torna-se fundamental, ainda, compreender o ser humano como um ser singular e multidimensional, que está inserido em um contexto real e concreto (DALMOLIN et al., 2011).

### 1.3 Setores de cuidado à saúde

O ser humano é um ser de cuidado, ou seja, sua essência se encontra no cuidado que está na sua natureza e constituição. Se não receber o cuidado, desde o nascimento até a morte, o ser humano desestrutura-se. Se ao longo da vida o ser não cuidar tudo o que empreender, acabará por prejudicar a si mesmo e destruir tudo que estiver à sua volta (BOFF, 2000).

Segundo Waldow e Borges (2008), o ser humano nasce com potencial de cuidado. Isso significa que todas as pessoas são capazes de cuidar, e esta capacidade será melhor ou menos desenvolvida conforme as circunstâncias em que for exercida durante as etapas da vida. É reconhecido que seres humanos necessitam de cuidado para se desenvolverem em maior grau na infância e em fases tardias da terceira idade, quando evidenciam dependência na execução de suas atividades diárias de ordem físico-sociais e mentais (WALDOW; BORGES, 2008).

Então, a doença, a incapacidade e o sofrimento são algumas das circunstâncias que conferem estado de vulnerabilidade que, assim como na infância e na terceira idade, são condições que levam ao cuidado (WALDOW, 2004). Na maioria das sociedades, as pessoas que sofrem de desconforto físico ou emocional têm diferentes formas de solicitarem cuidado entre si ou de outras pessoas. Nesse sentido, os antropólogos têm destacado que o processo saúde-doença e os cuidados que envolvem este processo não podem ser estudados isoladamente dos aspectos sociais, religiosos, políticos e econômicos (HELMAN, 2009).

Com base nesses pressupostos, sugeriram-se três setores sobrepostos e interconectados de cuidados de saúde: o setor informal (popular), o setor popular (*folk*) e o setor profissional. Cada setor tem seu próprio modo de explicar e tratar a má saúde, definir quem é a pessoa que cura e quem é o paciente e especificar como o agente de cura e o paciente devem interagir em seu contexto terapêutico (KLEINMAN, 1980).

Geralmente as pessoas doentes movem-se livremente entre os três setores, muitas vezes usando todos de uma só vez, sobretudo quando o tratamento em um dos setores falha em aliviar o desconforto físico e emocional (KLEINMAN, 1980). Percebe-se que os saberes entre os setores encontram-se interligados.

Quando consideram necessário, os indivíduos recorrem aos outros setores de cuidados e incorporam saberes e práticas destes setores no seu cotidiano. A associação de saberes e práticas está em constante modificação, dependendo dos sujeitos presentes em cada contexto social e da interação que eles estabelecem entre si (GARCIA et.al., 2012). Cada setor de cuidados em saúde possui vantagens e desvantagens e é escolhido em função das



disponibilidades circunstanciais e das explicações culturalmente aceitas pelo indivíduo e seu grupo (GERHARDT, 2006).

O setor informal (popular), no qual as primeiras atividades de cuidados são iniciadas, é considerado o de domínio leigo, não profissional, não especialista da sociedade onde a má saúde ou doença é reconhecida pela primeira vez. Este setor inclui todas as opções terapêuticas que as pessoas usam sem qualquer pagamento e sem consultas a médicos e ou curandeiros. São exemplos as ações de autotratamento ou automedicação, conselhos ou tratamentos dados por parentes, amigos ou vizinhos, atividades de cura e cuidado mútuo em igreja, culto ou grupo de autoajuda. Além disto, ainda se pode citar a consulta com pessoa leiga que possui experiência específica em um distúrbio em particular (KLEINMAN, 1980).

A principal arena dos cuidados no setor informal (popular) é a família. No meio familiar, muitos casos de má saúde são reconhecidos e, então, tratados, ou seja, acontece o cuidado primário em saúde. Na maioria das sociedades, a mulher possui maior conhecimento sobre medicações, plantas medicinais e ervas que são usadas no tratamento de má saúde das famílias (KLEINMAN, 1980). As pessoas que adoecem geralmente seguem uma hierarquia de recursos, variando da automedicação à consulta com outras pessoas.

O setor informal (popular) inclui um conjunto de crenças sobre a manutenção da saúde que pode ser uma série de orientações sobre o funcionamento saudável do corpo, comportamento correto para evitar a má saúde, entre outros. Nesse setor, todos podem ser considerados fontes de aconselhamento e assistência em relação à saúde, pois o conhecimento em relação à determinada doença é baseado na experiência de cada pessoa. Dessa forma, a experiência é mais importante do que a educação, status social ou poderes ocultos especiais (KLEINMAN, 1980).

O setor popular (*Folk*) é outro setor de cuidado em saúde. Neste, existem indivíduos que se especializam em formas de cura que são sagradas ou seculares ou uma mistura das duas. Trata-se dos chamados curandeiros, que ocupam uma posição intermediária entre os setores informal e profissional (KLEINMAN, 1980). A esse setor pertence uma ampla variação de curandeiros populares que podem ser quiropráticos, parteiras, pessoas que extraem dentes, até aqueles que realizam curas espirituais, clarividentes e xamãs. Esses curandeiros populares compõem um grupo heterogêneo organizados em associações com regras, códigos de conduta e troca de informações que compartilham os valores culturais básicos e a visão de mundo das comunidades em que vivem (KLEINMAN, 1980).

Em sociedades onde a má saúde é atribuída às causas sociais ou sobrenaturais, os curandeiros são comuns, e sua abordagem em geral é holística. Esta inclui todos os aspectos

da vida do paciente como relacionamentos com outras pessoas, o ambiente natural, forças sobrenaturais e quaisquer sintomas físicos ou emocionais (KLEINMAN, 1980). A cura popular oferece várias vantagens em relação à medicina científica, e uma delas é o frequente envolvimento da família no diagnóstico e tratamento que tem como foco não somente a doença, mas todo o contexto no qual vive o paciente. Além disto, a cura popular ocorre geralmente em ambiente familiar onde o curandeiro não está separado de seus pacientes por classe social, posição econômica, educação, entre outros, como no modelo biomédico (KLEINMAN, 1980).

Mas o setor popular (*Folk*) também possui desvantagens e riscos, que vão desde diagnósticos equivocados e tratamentos que podem causar sérios danos psicológicos e físicos aos pacientes. Portanto, é necessária muita cautela, e estes curandeiros populares devem ser visto de modo realista, sem romantizá-los exageradamente (HELMAN, 2009).

Diante disso, o profissional da saúde deve respeitar as crenças dos pacientes, tendo em vista a divergência de valores entre o cuidado profissional e o cuidado popular que está sendo prestado, porém sem que isto traga prejuízo ao tratamento. Cumpre, então, oferecer uma assistência individualizada e orientações de acordo com o nível de compreensão e as necessidades desses sujeitos (SOARES; KLERING; SCHWARTZ, 2009).

Assim, a intervenção deve ter não só o sentido de reconhecer a existência de um sistema profissional e de um sistema popular de saúde, mas também de preservar o cuidado já conhecido e realizado pelo paciente, seja acomodando-o, seja repadronizando-o (SOARES; KLERING; SCHWARTZ, 2009). O setor de cuidado em saúde profissional compreende as profissões de cura organizadas, legalmente sancionadas, como a medicina científica ocidental moderna, também conhecida como alopatia ou biomedicina. Inclui diversos profissionais de infinitas especialidades como, por exemplo, além de médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros (KLEINMAN, 1980).

É necessário que a equipe de saúde tenha a perspectiva de que o setor profissional é um dos conhecimentos existentes e que “o outro” com o qual se estabelecem negociações educativas e terapêuticas é um ser humano que cria, reinventa e aplica sua cultura. É fundamental que os círculos de cultura estabelecidos entre profissionais e pacientes se potencializem mediante diálogos genuínos e sistemáticos para que os usuários dos serviços de saúde compreendam os códigos da área de saúde, permitindo-lhes escolhas e decisões próprias (BOEHS, 2007).

As maneiras de cuidar configuram-se nas mais variadas formas, o que reflete os aspectos culturais de cada família. Há necessidade de os profissionais de saúde, em especial, o

enfermeiro, que apresenta maior contato com os cuidadores e doentes, atentarem para práticas que contextualizem os saberes e vivências populares. Com isso, torna-se possível uma aproximação dos setores de cuidado, o que pode auxiliar na produção de vínculos, estabelecer relações de confiança que favoreçam a troca de saberes e ainda evitar que o cuidado no domicílio seja solitário e angustiante para os cuidadores (GARCIA et al., 2012).

Em suma, o cuidado não pode ser classificado como algo imutável ou específico de um ou outro setor, e sim como fator resultante de uma interação entre questões socioculturais (GARCIA et al. 2012).

#### **1.4 Papel da equipe de enfermagem na atenção integral à saúde da criança**

No cenário da atenção integral à saúde da criança, o enfermeiro e a equipe de enfermagem possuem funções específicas e importantes em todos os níveis de atenção. O trabalho da equipe de enfermagem produz o cuidado que é consumido no ato de sua produção, o que torna o enfermeiro um agente importante na viabilização de um cuidado integral de qualidade aos pacientes pediátricos (BENITO et. al., 2012). As atividades de enfermagem que constroem o seu processo de trabalho estão pautadas em diversos subprocessos interligados. O trabalho da enfermagem se estrutura com base nas práticas cuidativas e administrativas ou gerenciais (SANTOS, 2010).

A recuperação da dimensão cuidadora e a capacidade de oferecer atenção integral à saúde da criança são desafios para os serviços de saúde, em especial para a equipe de enfermagem. É necessário responsabilizar trabalhadores de saúde e capacitá-los para que consigam trabalhar pela autonomia das pessoas sob seu cuidado, aliar ao processo de cuidar o conhecimento científico e tecnológico e o conhecimento de natureza humanística e social. Desenvolver projetos terapêuticos singulares permite que o cuidado envolva o contato com o outro e as relações entre as pessoas (ERDMANN; SOUSA, 2009).

Nessa perspectiva, o contato com o outro pode ser proporcionado por meio da escuta e do diálogo que se colocam na mesma ordem das competências técnicas e representam a manifestação de interesse do profissional capaz de estimular a narrativa dos familiares quanto às suas dificuldades e fortalezas no cuidado à criança. Isso pressupõe atitude de interesse e de disponibilidade permeado pelo olhar e pelo observar para ver o outro na sua singularidade (ERDMANN; SOUSA, 2009).

Além disto, a escuta e o diálogo revelam percepções, conhecimento e compreensão em relação ao outro nas suas necessidades e sofrimentos, nas suas alegrias, nas suas fragilidades, mas, sobretudo, naquilo que ele traz de melhor e de maior, que são as fortalezas entendidas como habilidades para o cuidado da criança. Este aspecto é fundamental no cuidado, pois compreendemos que cuidar da criança é sempre uma ação cooperativa e articulada entre profissional e família (ERDMANN; SOUSA, 2009).

Consequentemente, os profissionais de saúde devem atuar no sentido de reconhecer a importância da família, pois ela é a unidade na qual a criança cresce e se desenvolve. Oferecer respostas às dúvidas da família em relação ao desenvolvimento do filho, reconhecendo que a família tem o direito a explicações de maneira completa e apropriada à sua compreensão a respeito do diagnóstico e dos cuidados de seu filho (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGIL, 2012).

Ao reconhecer a importância da família como partícipe no cuidado, os profissionais de saúde precisam respeitar os limites e dificuldades, crenças e valores desta para que consiga cuidar de sua criança da melhor forma possível. Isso requer que o modelo de atenção em saúde avance no sentido de incluir a família como agente participante do cuidado, com vistas no desenvolvimento e crescimento infantil adequado (BARBOSA; BALIEIRO; PETTENGIL, 2012).

No modelo atual da atenção básica em saúde, a puericultura é uma ferramenta importante no acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil. A puericultura é voltada para os aspectos de prevenção, proteção e promoção da saúde, com o objetivo de que a criança alcance a vida adulta sem influências desfavoráveis trazidas da infância. O enfermeiro, ao utilizar a consulta de enfermagem em puericultura, necessita buscar o atendimento integral das necessidades da criança, modificando o enfoque centrado na doença. Por intermédio da consulta, é possível monitorar, avaliar e intervir no processo de saúde doença, revelando forte componente interacional e educativo centrado na família (GAUTERIO; IRALA; VAZ, 2012).

Dessa forma, o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser feito de forma regular, para que seja possível visualizar precocemente alterações e, assim, providenciar as devidas condutas em tempo hábil, a fim de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado. O principal responsável por esse acompanhamento nos serviços de atenção primária à saúde tem sido o enfermeiro, que deve deter o conhecimento necessário para avaliar condições desfavoráveis ao desenvolvimento e crescimento da criança (FALBO et al., 2012).

A realização da consulta de enfermagem consiste em uma sequência sistematizada de ações como o histórico de enfermagem e exame físico, o diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem e avaliação da consulta (RIBEIRO; OHARA; SAPAROLLI, 2009). A Lei nº 7.498/86 legalizou essa atividade assistencial e regulamentou o Exercício da Enfermagem que estabeleceu essa atividade como privativa do enfermeiro (BRASIL, 1986).

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), por meio da Resolução COFEN/159, estabelece a obrigatoriedade da realização da consulta de enfermagem em todos os níveis de assistência à saúde em instituição pública e privada e regulamenta as ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames. Esta resolução considera a institucionalização da consulta de Enfermagem como um processo da prática do enfermeiro na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às condições das necessidades de saúde da população (COFEN, 1993).

Assim, a assistência de enfermagem em puericultura poderá ser associada à visita domiciliar. Unir essas metodologias proporciona ações educativas e assistenciais e planejamento de uma assistência de enfermagem baseados no contexto sociocultural no qual a criança está inserida. Além disso, propõe um cuidado integral que busca a continuidade e a qualidade nos serviços de saúde (SILVA; ROCHA; SILVA, 2009).

O domicílio é o local em que as pessoas convivem e tornam propícios os cuidados individualizados. Esse ambiente é permeado por diversos aspectos culturais eivados de subjetividades. Realizar assistência em saúde no domicílio implica novos modos de fazer e saber dos trabalhadores da saúde. O objetivo da visita domiciliar é primar por ações que permitam a integralidade e a intersubjetividade por meio da aproximação da realidade das famílias (MARTINS et al., 2007).

Nessa perspectiva, para a realização de um trabalho que articule as garantias dos direitos das crianças e a participação da família nessa efetivação, faz-se necessário o conhecimento da realidade da criança/família em sua totalidade, de modo a compreender os fatores determinantes que influem nas condições de vida dos mesmos (TONON et al., 2009).

Complementarmente, cuidar da família é uma responsabilidade e um compromisso moral do enfermeiro em todos os níveis de atenção em saúde. Para tanto, é necessário que haja um ambiente de cuidado que favoreça o relacionamento entre enfermeiro-família, a fim de construir uma prática que ajude no enfrentamento de dificuldades, em especial em situação de doença (PINTO et al., 2010).

O abalo no ciclo familiar por uma doença é sempre muito evidente, sobretudo quando o doente é uma criança e há a necessidade de internações, intervenções e procedimentos em saúde. Dessa maneira, é necessário que a equipe de enfermagem ofereça, junto à família, suporte para o que for necessário e possível, dando apoio emocional e tentando diminuir a tensão por meio de esclarecimentos sobre patologias e exames, entre outras orientações em relação à situação de saúde da criança (MARCON et al., 2007).

No serviço de PS-Ped, receptor de diferentes casos de problemas e agravos em saúde, os profissionais de saúde, além de atenderem situações de extrema gravidade que extrapolam a capacidade resolutiva dos serviços, têm a dificuldade da contrarreferência. Devido a isso, as salas de observação, que se destinam à permanência temporária dos pacientes, acabam se tornando uma unidade de internação sem condições de infraestrutura física e de recursos humanos (CARRET et al., 2011).

O enfermeiro, como líder da equipe, defronta-se com diversos desafios para o gerenciamento do cuidado no serviço de emergência. Além de conhecimento técnico e científico, deve ter habilidade para organizar o trabalho adequando às condições de atendimento disponíveis à quantidade e gravidade do quadro clínico dos pacientes (SANTOS, 2010).

Nessa perspectiva, a hospitalização infantil é vista como uma situação perturbadora, que provoca mudanças significativas na vida da criança e sua família, afetando consideravelmente sua rotina. Muitos de seus hábitos e costumes dão lugar às práticas rotineiras do hospital, e, por consequência disso, a criança pode sentir-se só, distante do seu “mundo”.

No ambiente hospitalar pediátrico, o cuidado deve ser constituído por profissionais que tenham conhecimento sobre os processos de desenvolvimento infantil normal e seus desvios. A equipe de enfermagem, responsável pelo cuidado à criança, precisa oferecer um plano de cuidados, tendo como base a estimulação da criança e partindo das etapas do desenvolvimento psicomotor, psicossocial e cognitivo (BORTOLOTE; BRÊTAS, 2008).

Segundo Maia, Ribeiro e Borba (2011), o uso do brinquedo é uma estratégia na recuperação da criança doente e importante ferramenta para o desenvolvimento infantil. Além disso, o brinquedo é facilitador na socialização, criatividade e autonomia da criança. Esses autores acreditam ser de responsabilidade do enfermeiro promover meios para que o brinquedo seja incorporado à assistência de enfermagem em respeito à criança e a sua família.

Dessa forma, as experiências vivenciadas pelas crianças em ambiente hospitalar podem ser benéficas ou maléficas. O conhecimento científico e a conscientização da

enfermagem sobre a importância dos seus atos em relação à assistência poderão tornar o ambiente hospitalar estimulador e positivo para a criança (BORTOLOTE; BRÊTAS, 2008).

É necessário que a equipe de enfermagem seja consciente em relação ao papel social, aos valores e conhecimentos científicos referentes ao processo de desenvolvimento da criança, a fim de transformar a assistência diária em algo estimulador e gratificante aos pacientes pediátricos (BORTOLOTE; BRÊTAS, 2008).

Por fim, o cuidado centrado na família é uma filosofia que considera a família uma constante na vida da criança, sendo também a unidade básica de saúde, na qual a criança receberá os cuidados de promoção à saúde e prevenção de doenças, além dos primeiros atendimentos. (WINKELSTEIN, 2006). Portanto, na assistência de enfermagem à saúde da criança, tal definição refere que, além de se cuidar a criança, também se deve reconhecer a sua família como unidade de cuidado.

## **2 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA**

Nesta seção, abordam-se os seguintes tópicos: o tipo de estudo, o cenário, os sujeitos participantes, as estratégias utilizadas para a coleta dos dados, a análise e interpretação dos dados, os aspectos éticos e a divulgação dos dados para a realização desta pesquisa.

### **2.1 Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que, segundo Minayo (2010), refere-se à capacidade de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, relações e estruturas sociais. Assim, tal método não é uma simples decodificação de dados, constitui-se de uma interpretação do que é dito e do que é expresso pelos sujeitos.

Dessa forma, foi utilizada esta abordagem, pois esta pesquisa trabalhou com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, os quais correspondem a um espaço nas relações, nos processos e nos fenômenos que não podem ser reduzidos às variáveis.

Além disso, é uma pesquisa do tipo descritivo-exploratória porque se preocupa com a descoberta e a observação de fenômenos para descrevê-los, classificá-los e interpretá-los. Tem como objetivo descrever características de uma determinada população ou fenômeno. Descreve o que existe, determinando a frequência com que cada fato ocorre, categorizando a informação (SOUSA; DRIESSNACK; MENDES, 2007).

### **2.2 Cenário do estudo**

Este estudo foi desenvolvido no PS-Ped de um hospital de ensino de alta complexidade credenciado ao SUS (Sistema Único de Saúde).

O PS-Ped recebe uma grande demanda de crianças que realizam tratamento em saúde. Constitui-se na principal via de acesso para os atendimentos pediátricos de urgência e



emergência, sendo de fundamental importância na assistência às crianças vítimas de acidentes e outros agravos de saúde que necessitam de intervenção médica imediata.

A equipe de saúde é composta por um médico plantonista, residentes em pediatria, acadêmicos de medicina, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem por turno. O serviço de saúde funciona 24 horas.

A estrutura física do PS-Ped constitui-se de dois consultórios médicos, uma sala de inalação e procedimentos. Além disto, a unidade possui uma sala de emergência com duas macas, uma sala de observação com cinco leitos e um leito de isolamento com banheiro.

As crianças são atendidas pelo médico plantonista e residentes, e, se necessário, realizam exames e recebem cuidados de enfermagem. Crianças em situações de emergência recebem o primeiro atendimento pela equipe de saúde e, em seguida, são encaminhadas, conforme a indicação de tratamento, ao bloco cirúrgico ou centro de terapia intensiva pediátrica (CTI-Ped). As crianças sem indicação de tratamento intensivo ou cirúrgico permanecem internadas na sala de observação do PS-Ped para continuidade do tratamento e, após, conforme critérios médicos, recebem alta ou são transferidas para a unidade de internação pediátrica do hospital, cenário do estudo, ou para outras instituições de saúde da região.

Cabe destacar que os atendimentos no referido cenário possuem características ambulatoriais e que os sujeitos, muitas vezes, aguardam, no mínimo, duas horas por resultados de exames, na duração do tratamento do paciente, entre outros. Além disso, algumas crianças podem permanecer internadas na sala de observação da unidade por vários dias.

### **2.3 Sujeitos do estudo e procedimentos de coleta de dados**

O estudo foi realizado por meio de entrevista semiestruturada com familiares cuidadores de crianças que receberam atendimento da equipe de saúde da unidade.

Os sujeitos foram selecionados a partir das fichas de atendimento das crianças conforme demanda, em todos os turnos, subdivididos em diferentes horários a fim de contemplar a participação de diferentes tipos de clientela que procuram o serviço. Dessa forma, os sujeitos foram convidados aleatoriamente a participar das entrevistas enquanto esperavam por atendimento e/ou resultados de exames. Os sujeitos que acompanhavam seus

filhos durante a internação receberam o convite em momentos em que a criança não necessitava dos cuidados do acompanhante, ou seja, avaliaram-se as condições do paciente e da unidade antes do convite e da realização das entrevistas.

Assim, foi necessário ir até o cenário do estudo diversas vezes em dias diferentes, pois muitos momentos não eram propícios para a realização da entrevista devido às demandas das crianças, como, por exemplo, nos momentos de procedimentos, coleta de exames e atendimento médico prolongado. Também houve a impossibilidade de convite devido à liberação imediata do paciente após o atendimento. A fim de assegurar que a entrevista não iria prejudicar o atendimento da criança em nenhum momento, o entrevistador consultou a equipe de saúde para conhecer o planejamento da sequência do atendimento. Dessa forma, foi possível prever o momento mais oportuno para a realização da entrevista.

Foi necessário um auxiliar de pesquisa, que se encarregou de acompanhar e distrair a criança com atividades lúdicas conforme a idade, a fim de facilitar a comunicação entre o entrevistador e o entrevistado, enquanto a entrevista estava sendo realizada. As entrevistas foram conduzidas em local propício, na sala de reuniões anexa ao pronto-socorro do referido hospital, que ofereceu privacidade e conforto para os envolvidos. Em dois casos, a entrevista foi interrompida: um deles ocorreu devido ao chamado para que a criança realizasse exames; outro devido ao fato de a criança não se adaptar às atividades desenvolvidas pelo auxiliar de pesquisa. Nesses dois casos, as entrevistas não foram retomadas. Além disso, mais duas entrevistas foram excluídas por serem consideradas inválidas devido ao desvio de foco relacionado aos objetivos da pesquisa.

Assim, das dezesseis entrevistas, restaram doze, que foram consideradas suficientes para responder aos objetivos do estudo.

O período de coleta de dados foi de março a junho de 2013. O critério de inclusão foi: familiar cuidador de crianças em atendimento no PS-Ped de um hospital de ensino. E os critérios de exclusão: familiar cuidador que apresentou limitações cognitivas e/ou emocionais para participar da entrevista; familiar cuidador das crianças que evoluíram ao óbito; casos graves de emergência e instabilidade clínica; familiar cuidador que estava impossibilitado de realizar a entrevista devido a demanda da criança durante a presença da pesquisadora na unidade.

O familiar cuidador incluído neste estudo foi o responsável pelos cuidados diários, sendo, geralmente, aquele que conhece a rotina da criança e pode informar sobre as questões relacionadas ao seu crescimento e desenvolvimento. Sua relação com a criança pode ser consanguínea ou não, dependendo da configuração familiar. Além disso, consideram-se

crianças, neste estudo, indivíduos de vinte e nove dias de vida até doze anos de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA) (BRASIL, 1990a).

Os sujeitos do estudo, no caso os familiares cuidadores, foram identificados com a letra F, e as crianças receberam a letra C, ambos seguidos por números conforme a sequência das entrevistas. Além disso, os nomes das crianças e de profissionais de saúde pronunciados nos enunciados dos sujeitos foram substituídos por nomes fictícios.

As entrevistas seguiram um roteiro semiestruturado (apêndice A), com perguntas que contemplaram os objetivos propostos da pesquisa, e foram gravadas em um gravador digital. A entrevista é considerada uma conversa que apresenta uma finalidade em que as questões levantadas fazem parte do delineamento do objeto. A mesma deve ampliar e aprofundar a comunicação, permitindo a relevância a respeito dos fatos e das relações do estudo do ponto de vista dos interlocutores (MINAYO, 2010).

Além disso, a entrevista de cunho qualitativo é um instrumento que possibilita a revelação da fala sobre condições estruturais, de sistemas de valores, normas e, ao mesmo tempo, ter a magia de transmitir, por meio de um porta-voz, as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas. A fala é uma das formas de comunicação mais privilegiada para a sociedade humana, pois permite o entendimento subjetivo e social (MINAYO, 2010).

O roteiro da entrevista se estende em uma lista de temas que desdobram os indicadores qualitativos de uma investigação, contendo todas as faces do objeto de investigação e visa, na sua forma de elaboração, à operacionalização da abordagem empírica do ponto de vista dos entrevistados (MINAYO, 2010). A elaboração do roteiro da entrevista deve permitir a flexibilidade nas conversas e a absorção de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor. Na sua elaboração, o roteiro deve levar em consideração a indução de uma conversa a respeito da vivência (MINAYO, 2010).

## **2.4 Análise e interpretação dos dados**

A análise foi realizada a partir dos depoimentos que emergiram das entrevistas com os principais cuidadores, nos quais foram exploradas as implicações referentes aos aspectos socioculturais que interferem no cuidado da família às crianças atendidas em PS-Ped. Estas

entrevistas foram transcritas na íntegra e posteriormente submetidas à análise de conteúdo temática de Bardin.

Assim, para esta etapa, seguiu-se a proposta metodológica de análise de conteúdo temática segundo Bardin (2011) que, como método, torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo temática, na abordagem qualitativa, parte de uma série de pressupostos, os quais servem de suporte para captar seu sentido simbólico. Este sentido nem sempre é manifesto e o seu significado não é único. Poderá ser focado em função de diferentes perspectivas. Este método possui três fases fundamentais: a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2011).

A fase da pré-análise é a organização propriamente dita. Conforme Bardin (2011), organizar o material a ser analisado objetiva torná-lo operacional e sistematizar as ideias iniciais. Assim as entrevistas foram impressas para facilitar a visualização dos documentos e, posteriormente, foi realizada a escolha dos documentos, ou seja, doze das dezesseis entrevistas realizadas foram submetidas ao processo de análise. Ainda, na fase da pré-análise, buscou-se a identificação de temas relacionados ao objeto e objetivos do estudo. Esta fase se subdividiu em:

- a) Leitura flutuante: consistiu em estabelecer contato com os documentos a analisar, deixando-se invadir por impressões e orientações. Nessa etapa, surgiram os primeiros indicativos dos temas norteadoras.
- b) Escolha dos documentos: fez-se a constituição do *corpus*, que é a delimitação do material analisado.
- c) Formulação das hipóteses e dos objetivos: a hipótese consistiu em uma afirmação provisória do que se propõe verificar. Neste estudo, não se formulou hipótese, pois se trabalhou com a análise de conteúdo temática. A busca pelos temas procurou responder aos objetivos.
- d) A preparação do material: antes da análise propriamente dita, o material foi reunido e preparado.

A segunda etapa da análise de conteúdo consistiu na exploração do material. Esta é a etapa mais longa e cansativa, na qual aconteceu a efetivação das decisões tomadas na pré-análise. Foi o momento em que os dados brutos foram transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitiram uma descrição das características pertinentes do

conteúdo (BARDIN, 2011). Nessa etapa, aconteceu a codificação (identificação dos temas) e a categorização (aproximação dos temas afins para constituição das categorias temáticas).

Na etapa da codificação, a categorização foi operacionalizada por meio da codificação cromática com o uso de canetas coloridas: cada cor correspondeu a um tema que mais tarde originou as categorias temáticas.

A terceira e última etapa consistiu no tratamento dos resultados obtidos - interpretação. Nesta etapa, foi elaborado um quadro analítico, contendo informações relevantes para a análise dos dados, a partir do que se obteve na categorização da etapa anterior. Para cada categoria, elaborou-se um quadro, contendo: o sujeito identificado com código de letra e número, o enunciado do sujeito pertencente à categoria, o comentário analítico e, na sequência, os autores que fundamentam o quadro teórico do enunciado, conforme extrato ilustrativo no Apêndice E.

## **2.5 Aspectos éticos da pesquisa**

O projeto foi registrado no Gabinete de Aprovação de Projetos-GAP/CCS/UFSM e submetido à apreciação da Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão – DEPE para autorização institucional. Após, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil e encaminhado à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria/UFSM – CEP e obteve aprovação sob número CAAE 13149613.3.0000.5346. O estudo seguiu as recomendações constantes da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Com relação aos aspectos éticos do estudo, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B), nos termos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), o qual foi assinado pelo pesquisador responsável e pelos sujeitos pesquisados, em duas vias: uma retida pelo sujeito da pesquisa; outra arquivada pelo pesquisador. Foi assegurado o caráter voluntário de participação e o anonimato, bem como a liberdade do participante de se retirar do estudo a qualquer momento.

Os riscos do estudo referem-se ao desvelar de sentimentos e percepções que poderiam gerar algum desconforto aos sujeitos em virtude da fala de suas vivências. Nesses casos, assegurou-se que a entrevista poderia ser interrompida e/ou, conforme o caso, suspensa. Cabe ressaltar que não foi necessário suspender nenhuma entrevista devido a esses fatos.

No Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados (Apêndice C), os pesquisadores comprometem-se com a confidencialidade, privacidade e segurança dos dados. Trata-se do uso dos dados obtidos com finalidade científica e garantia de preservação da identidade das pessoas entrevistadas.

As informações coletadas serão mantidas na sala 1336, do Departamento de Enfermagem da UFSM, no CCS (prédio 26) no campus da UFSM, laboratório do Grupo de Pesquisa: “Cuidado à saúde das Pessoas, Família e Sociedade”, cadastradas no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a responsabilidade da pesquisadora responsável deste projeto Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Tatsch Neves e serão destruídas após cinco anos.

### **3 ANÁLISE, DISCUSSÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

A seguir, serão apresentadas a análise, a discussão e a interpretação dos resultados. As categorias que emergiram após a análise das entrevistas foram: Redes de apoio das cuidadoras para o cuidado de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico, Aprendizado do cuidado das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico e Saberes e práticas em saúde das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico.

#### **3.1 Crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico, suas cuidadoras e as concepções de cuidado**

Nesta seção, serão apresentados os dados relativos à caracterização das crianças atendidas e de suas cuidadoras, bem como as concepções de cuidado por elas apresentadas.

Com isso, busca-se explicitar a posição social dos sujeitos e seu contexto socioeconômico e cultural, que fundamentaram a interpretação dos resultados.

##### **3.1.1 Caracterização das crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico**

As crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico, sujeitos deste estudo, caracterizaram-se conforme o quadro a seguir:

<b>Criança</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>História de internação hospitalar</b>	<b>Necessidade especial de saúde (NES)</b>	<b>Tipo de NES</b>
C1	11 anos	Masculino	Sim	Não	
C2	07 meses	Feminino	Não	Não	
C3	06 meses	Feminino	Sim	Não	
C4	06 meses	Masculino	Não	Não	
C5	07 meses	Feminino	Sim	Não	
C6	08 meses	Feminino	Sim	Sim	Medicamentoso
C7	01 mês e 15 dias	Feminino	Sim	Sim	Medicamentoso
C8	02 meses	Masculino	Não	Não	
C9	07 anos	Feminino	Sim	Sim	Medicamentoso
C10	06 anos	Masculino	Não	Não	
C11	04 meses	Masculino	Não	Sim	Medicamentoso
C12	09 anos	Feminino	Sim	Não	

**Quadro 1** – Caracterização de crianças atendidas em PS-PED. Santa Maria/RS, 2013.

As crianças que receberam atendimento no pronto-socorro pediátrico, que foram incluídas neste estudo, caracterizam-se como sendo sete do sexo feminino cinco do sexo masculino sendo que sete destas crianças possuem histórico de internação hospitalar prévia e quatro do total destas crianças apresentam necessidades especiais de saúde todas com dependência a cuidados medicamentos. A idade destas crianças está entre um mês e onze anos.

### 3.1.2 Caracterização das cuidadoras de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico

Na presente pesquisa, observou-se que todos os sujeitos são do sexo feminino, ou seja, todas as principais cuidadoras das crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico foram mulheres. Assim, de agora em diante, os sujeitos serão nominados como cuidadoras.

Ao longo das entrevistas, identificou-se que quase todas as cuidadoras entrevistadas eram as mães das crianças, somente uma era avó; todas elas eram as principais responsáveis pelo cuidado dos filhos. No quadro que segue, apontaram-se algumas informações importantes que caracterizam essas cuidadoras e as famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico:



Cuidadora	Número de filhos	Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Profissão	UBS referência	Situação conjugal	Renda aproximada	Bolsa família	Condições sanitárias	Meio de transporte
F1	CINCO	Mãe	35 anos	04 anos de estudo	Do lar, mas já trabalhou como babá	Sim	Casada	Menos de um salário mínimo	Sim	Regular	Coletivo
F2	UM	Mãe	30 anos	15 anos de estudo	Manicure	Sim	União estável	4 salários mínimos	Não	Regular	Coletivo
F3	DOIS	Avó	58 anos	05 anos de estudo	Cuidadora de idosos	Sim	Solteira	4 salários mínimos	Sim	Regular	Coletivo
F4	DOIS	Mãe	20 anos	11 anos de estudo	Trabalha no comércio	Sim	União estável	Um salário mínimo	Não	Regular	Coletivo
F5	UM	Mãe	26 anos	08 anos de estudo	Copeira	Sim	Casada	3 salários mínimos	Não	Regular	Coletivo
F6	UM	Mãe	21 anos	07 anos de estudo	Do lar	Sim	União estável	Um salário mínimo	Não	Regular	Coletivo
F7	SEIS	Mãe	30 anos	07 anos de estudo	Empregada doméstica	Sim	União estável	Um salário mínimo	Sim	Regular	Carro próprio
F8	TRÊS	Mãe	25 anos	04 anos de estudo	Do lar, mas já trabalhou de empregada doméstica	Sim	União estável	Um salário mínimo	Sim	Regular	Coletivo
F9	DOIS	Mãe	36 anos	08 anos de estudo	Trabalhadora do comércio	Sim	União estável	3 salários mínimos	Não	Regular	Coletivo
F10	DOIS	Mãe	27 anos	13 anos de estudo	Do lar, mas já trabalhou de empregada doméstica	Sim	Casada	3 salários mínimos	Não	Regular	Carro próprio
F11	UM	Mãe	28 anos	06 anos de estudo	Do lar, mas já trabalhou de empregada doméstica	Sim	Casada	2 salários mínimos	Não	Regular	Carro próprio
F12	DOIS	Mãe	29 anos	08 anos de estudo	Do lar	Sim	Casada	4 salários mínimos	Não	Regular	Carro próprio

**Quadro 2** – Caracterização das cuidadoras de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico. Santa Maria, 2013.

A idade mínima das cuidadoras é de vinte anos e a máxima de cinquenta e oito anos, sendo que a escolaridade destas está entre o mínimo de quatro anos e o máximo de quinze anos de estudo, ou seja, varia entre o ensino fundamental incompleto até o ensino superior incompleto. O número de filhos destas famílias varia entre um a sete filhos. Quanto à situação conjugal destas cuidadoras, seis são casadas, cinco têm uma união estável e apenas uma é solteira.

Quanto à profissão, seis dessas cuidadoras possuem emprego fora do lar; das que não estavam empregadas no período de coleta dos dados, quatro aproximadamente já trabalharam fora do lar em algum momento. Essa realidade denota a ideia de que essas mulheres assumem, além do cuidado do filho, também a contribuição econômica da família, trabalhando fora do lar.

A renda aproximada das famílias dessas cuidadoras está entre menos de um salário mínimo e o máximo de quatro salários mínimos. Dessas famílias, apenas quatro recebem bolsa-família; as demais não recebem qualquer auxílio de programa social. O meio de transporte mais utilizado por essas famílias é o ônibus coletivo.

Dessa forma, julgou-se necessário verificar como essas cuidadoras cuidam das crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico no dia a dia, a partir de seu universo sociocultural, apresentado a seguir.

### 3.1.3 Concepções de cuidado de cuidadoras de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico

Sabe-se que o cuidado possui inúmeras concepções, é um ato que faz parte da essência do ser humano. Ao longo desta pesquisa, percebeu-se que as cuidadoras se manifestavam de formas diferentes em relação ao cuidado e, diante disso, acredita-se que cada pessoa possui uma forma diferente de cuidar e, portanto, uma concepção peculiar.

Nessa perspectiva, a concepção de cuidado está relacionada às diferentes atitudes, comportamentos e situações segundo as cuidadoras das crianças que recebem atendimento em PS Ped. Quando solicitadas a falar como é o cuidado com o filho no dia a dia, percebeu-se que a maioria das entrevistadas demonstrava dúvida sobre o que responder devido à concepção de cuidado ser ampla e peculiar para cada pessoa. Dessa forma, sugeriu-se que as cuidadoras entrevistadas respondessem à pergunta de como é o cuidado com o filho no dia a

dia a partir do que elas percebiam ser cuidado, ou seja, a partir da própria concepção de cuidado.

A partir disso, a concepção de cuidado relacionado à higiene e à alimentação prevaleceu nos enunciados das entrevistadas, conforme segue:

*“[...] faz refeições a cada três horas. Ela no verão toma mais de dois banhos. Ela é muito gordinha, e daí eu gosto de manter ela sempre limpinha, eu troco fralda também seguidamente. Ela toma bastante líquido, que eu sei que é bom. Eu tento seguir a dieta que foi passada pelo pediatra [...]” (F2).*

*“[...] é trocar as fraldinha, é dar o mamá!” (F3).*

*“[...] quando ele acorda, primeiramente eu lavo o rostinho dele, depois eu dou um Danoninho, uma fruta, aí depois eu coloco ele no cercadinho e aí ele fica brincando” (F4).*

*“[...] dou o mamazinho para ela, aí mais tarde eu dou um banho, lá pelas nove dez horas, depois eu dou uma frutinha ou uma papinha de bolacha” (F5).*

*“[...] eu dou o banho e o mamá [...] a papinha” (F6).*

*“[...] eu não gosto que ela sinta fome! [...] a higiene é mais importante!” (F9).*

*“[...] no momento que elas acordam primeira coisa que eu cuido é da higiene delas, troco fralda e dou banho” (F12).*

Destaca-se que todas as cuidadoras relacionam a higiene e a alimentação aos cuidados, ou seja, para estas cuidar os filhos é, em primeiro lugar, alimentá-los de forma correta e proporcionar uma boa higiene que consiste em trocar fraldas e dar banho diário. Os enunciados destas cuidadoras apontam que, para elas, a concepção de cuidado está relacionada à higiene e à alimentação, ou seja, cuidar o filho é essencialmente alimentá-lo e higienizá-lo diariamente.

Assim, outro estudo também verificou que, no cuidado com o corpo, o banho é a necessidade apontada pela ampla maioria das mães, depois da alimentação, como o cuidado mais importante para a criança. O banho precisa ser diário e, para algumas mães, deve ser dado duas vezes ou mais. (BOHES et al., 2011). Estudo realizado por Bustamante e Bonfim (2007) também concluiu que a alimentação é o aspecto chave no cuidado cotidiano das crianças e que a família prioriza a alimentação delas acima de outras necessidades.

Por outro lado, o enunciado de F1 diferencia das demais e assim traz elementos novos para a pesquisa no que se refere à concepção de cuidado:

*“[...] o cuidado para mim é assim, ele brinca no pátio! No mato eu não gosto que ele entre porque onde a gente mora tem rio... tem mato! Eu tenho muito medo entendeu? No mato e no campo também tem cavalo! Ele brinca na frente de casa, daqui a pouco ele está dentro de casa olhando DVD. [...] E eu tenho medo de ele cair porque ele sobe em árvore! Porque por mais que tu esteja na frente observando... ele é uma criança [...] muito rápida!” (F1).*

Para esta mãe, o cuidado está relacionado às atitudes para evitar que a criança sofra um acidente e machuque-se. Cuidar, para ela, é estar sob vigília a fim de não permitir que a criança entre em contato com o que pode prejudicar a sua integridade física e sua saúde. A concepção de cuidar para esta cuidadora diferenciou das demais concepções explicitadas nesta pesquisa.

Esse resultado corroborou com outra pesquisa que observou que o cuidado está relacionado aos perigos que a rua oferece, sendo que a rua é traduzida por aquilo que está fora da casa, principalmente fora dos limites do terreno da residência (BOHES et al., 2011).

Quando questionadas sobre o que pensam ser mais importante no cuidado com os filhos e sobre o papel do pai da criança nesta perspectiva, deram respostas que denotam outras concepções sobre cuidado pelas mesmas cuidadoras. Neste sentido, além da concepção de cuidado relacionada à higiene e à alimentação, emergiram outras concepções mais amplas relacionados à afetividade.

*“[...] olha, pelo que eu vejo assim eles precisam muito de atenção... pelo menos agora que ele está aprendendo as coisas. [...] a menina vai para a creche, mas eu pego ela, estou sempre por perto, dou atenção, carinho e converso bastante” (F4).*

*“[...] ele dá carinho para ela, ele brinca com ela!” (referindo-se ao cuidado do pai da criança) (F6).*

*“[...] acho que a higiene, a alimentação dela [...] e o amor, para ver ela bem!” (F6).*

*“[...] e aí a gente senta para olha televisão, conversa para saber como é que ela foi na escola” (F9).*

*“[...] fico brincando com ele!” (F11).*

*“[...]ahhh meu carinho!” falando do que acha mais importante quando cuida do filho” (F11).*

*“[...] cuidar de outra criança não é mesma coisa que cuidar dos teus filhos [...] é diferente entende, é um amor maior, tu tens uma responsabilidade maior” (F12).*

Assim, as cuidadoras relacionam o cuidado também a amor, carinho e atenção demonstrados por meio de atos como brincar, conversar e reservar um tempo na rotina do dia

a dia para oferecer atenção aos filhos. O enunciado de F12 demonstra que existe diferença entre cuidar os filhos e cuidar qualquer outra pessoa, pois o cuidado com os filhos envolve sentimentos de amor e de responsabilidade.

Nessa perspectiva, o bom relacionamento familiar, ficar junto o maior tempo possível, oferecer bastante atenção, carinho, conversar com a criança também apareceram como importantes cuidados (BOHES et al., 2011).

Estudo realizado com homens sobre o que significa o cuidado de uma forma geral, não apenas relacionado às crianças, trouxe alguns resultados que corroboram com os achados deste estudo. Neste estudo, revelou-se que o cuidado, para estes homens, está na presença, no acompanhar, na preocupação, no zelo, na reciprocidade, no diálogo, no lazer, no convívio com a família e nas atitudes de fé e religiosidade. O que significa dizer que o cuidado, na perspectiva desses seres, vai além de conceitos pré-estabelecidos, rompendo, através dessas atitudes e manifestações, valores e conceitos secularmente instituídos (SILVA; BUDÓ; SILVA, 2013).

Outra concepção de cuidado que emergiu nas entrevistas foram relacionadas às atitudes de prevenção de doenças:

*“Assim, se tinha vento, que nem eu faço com a Rafaela se tem vento eu não saio para rua, se tem sol eu não saio para rua. No frio eu coloco bastante roupa nela quando ela vai para o colégio para ela não faltar aula!” (F9).*

*“[...] eu acho que é a higiene! A higiene é o principal de tudo! Eu cuido bastante isso! Antes de ir para escola eles tomam banho e quando chegam eu digo para eles tomarem banho de novo! Ai (risos) eles dizem: “mãe para que se nós já tomamos!” eu digo: vocês estão contaminados, como vocês brincaram, vocês correram, vocês suaram, fazem de tudo na escola! Encostam a mão num lugar, encosta noutra e levam a mão na boca, isso aí faz muito mal!!” (F10).*

No enunciado da cuidadora F9, as atitudes como agasalhar e não deixá-la sair à rua quando julga que o clima pode ser nocivo para a saúde da criança é uma atitude de cuidado. Mas esta cuidadora também demonstra uma preocupação em relação aos estudos da criança, portanto procura encontrar estratégias para que esta não deixe de frequentar a escola.

Além disso, a preocupação com a higiene para evitar doenças denota a concepção de cuidado da cuidadora F10, que, segundo ela, está relacionado às atitudes na prevenção de doenças.

Destaca-se também, em estudo realizado com mães de crianças, os cuidados com o frio, inserindo-se uma série de proibições para evitar os agravos em saúde. Importante observar que, no sistema familiar de cuidado, as causas das doenças são compreendidas tendo

múltiplos responsáveis. Assim, tanto a sujeira como o frio podem ser causa de doenças (BOHES et al., 2011).

Após caracterizar as cuidadoras das crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico, quanto ao seu universo sociocultural e conhecer as concepções que estas têm sobre o cuidado e como elas cuidam no dia a dia, emergiram, ao longo das entrevistas, alguns resultados que originaram três categorias temáticas: Redes de apoio das cuidadoras para o cuidado de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico; Aprendizado das famílias para o cuidado de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico; e Saberes e práticas de cuidado em saúde das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico.

### **3.2 Redes de apoio das cuidadoras para o cuidado de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico**

Após a análise das entrevistas percebeu-se que as cuidadoras de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico possuem diversas ações para conciliar o cuidado ao trabalho fora de casa ou mesmo durante as atividades domésticas.

As cuidadoras entrevistadas têm como suporte para o cuidado diário as redes de apoio. Dentre estas redes de apoio estão as creches, as avós e, em alguns momentos, o pai da criança. Em todos os enunciados identificou-se que, apesar das redes de apoio no cuidado diário, as mulheres-mães são as principais cuidadoras independente de possuírem um emprego fora do lar.

Nessa perspectiva, a ação de cuidado relacionada ao auxílio das redes de apoio está explicitada no relato de F2, que deixa o filho na creche em horário integral. Esta cuidadora, enquanto está no trabalho, tem também o auxílio da avó e do pai da criança para buscar esta na creche e cuidá-la.

*“Ela fica na escolinha o dia inteiro! [...] ela entra um pouquinho antes das oito e cinco e meia meu marido vai buscar, pois ele chega primeiro que eu do serviço [...] tem alguns dias da semana que, se a minha mãe está de folga a tarde, ela pega (a criança) mais cedo, mais é um ou dois dias da semana” (F2).*

A creche é uma ação de cuidado integrante da rede de apoio relacionado à questão socioeconômica e a necessidade de trabalho dos membros da família. A cuidadora e a família se organizaram no cuidado com a criança conforme os horários de trabalho. Esta cuidadora

tem o apoio da avó, esporadicamente, pois esta também tem seu emprego e auxilia nos cuidados com a criança quando não está trabalhando. O pai busca a criança na creche, o que denota a participação deste nos cuidados com a criança.

Em estudo realizado por Maranhão e Sarti (2008), constatou-se que a primeira opção é delegar os cuidados com a criança às avós, mantendo, de certa forma, o modelo tradicional de cuidado individualizado, prestado por uma mulher, no contexto familiar. Antes de procurar a creche, os pais consideram as necessidades econômicas, as mudanças no contexto familiar, as carências da infância, os limites dos avós em dar conta da tarefa de compartilhar com os pais a educação e o cuidado com os netos.

Além disto, este mesmo estudo pontuou que a crescente demanda por creches revela uma tendência da família contemporânea a buscar estratégias para conciliar cuidados e educação dos filhos pequenos e o trabalho materno (MARANHÃO; SARTI 2008).

Essa mesma realidade é vivenciada pela cuidadora F5 que, além da creche, também tem apoio da avó da criança nos cuidados, pois esta trabalha seis horas diárias e nos finais de semana. Portanto, a cuidadora, quando está trabalhando e não há expediente na creche, tem, como ação de cuidado, a ajuda da avó paterna da criança

*“[...] Ela vai para a creche e quando ela não tem creche a minha sogra fica com ela. [...] ela fica na creche na verdade só seis horas” (F5).*

A cuidadora F9 tem rede de apoio mais ampliada: a escola, a avó, o irmão e o pai da criança auxiliam nos cuidados nos momentos em que está trabalhando. Neste caso, nota-se que a principal cuidadora organizou o seu horário de trabalho conforme o horário da escola, ou seja, conforme as necessidades da criança.

*“[...] Eu cuido dela de manhã e depois à tardinha. Porque de tarde ela vai para a escola, do horário entre uma e cinco horas. Então nesse intervalo eu saio para trabalhar. [...] Eu trabalho do horário das 13 horas às 17 horas e o meu irmão ou o pai dela levam ela para o colégio. E 16 horas e 40 minutos ela sai do colégio. E ela fica um pouco na casa da minha mãe” (F9).*

Para a cuidadora F4, o auxílio no cuidado com o filho vem exclusivamente da avó da criança. Neste caso, a cuidadora, enquanto trabalha à noite, deixa a criança na casa da avó, que mora em frente a sua casa.

*“Eu só trabalho na parte da noite, mas durante o dia eu que fico com ele. Enquanto eu estou trabalhando é minha mãe que cuida dele. Depois eu saio em torno das seis e meia, aí quando eu chego, ele já está dormindo” (F4).*

Por outro lado, surgiram casos em que as cuidadoras decidiram, como ações e estratégias de cuidado, fazer com que os filhos as acompanhassem durante o trabalho, o qual consiste em cuidar outras crianças ou trabalhar de empregada doméstica. A fala de F1 demonstra uma dessas ações:

*“[...] Trabalhava em casa, de babá! Cuidando de uma guriazinha... eu cuidei dela quando ela tinha sete meses! [...] eu cuidava dela lá em casa... ela ia até a minha casa!” (F1).*

Nesse caso, a cuidadora prestava serviço de babá em sua própria casa para que fosse possível também cuidar seus filhos. Considera-se esta realidade uma estratégia que a família encontrou para suprir necessidades financeiras sem precisar deixar de cuidar os filhos ou depender de terceiros para isso. Destaca-se que a situação socioeconômica desta família é precária: seis pessoas dependem de uma renda aproximada de menos de um salário mínimo. Essa cuidadora também cita que recebe ajuda do pai e da irmã mais velha da criança nos cuidados diários.

Nesta mesma perspectiva, F7 relatou que trabalhava de empregada doméstica na casa do empregador do pai da criança. A casa onde moram está localizada próxima ao seu local de trabalho, portanto a cuidadora levava seus filhos até o trabalho. Esta é uma ação de cuidado diferenciada das demais:

*“[...] A gente mora em Itaara e enquanto eu limpava a casa elas brincavam no pátio e de vez em quando eu ia e dava uma olhadinha nelas. Mas às vezes elas iam comigo” (F7).*

A estratégia de levar os filhos para o local do emprego remete a uma ideia de que existem dificuldades por parte dessas mães em encontrar apoio de outras pessoas para os cuidados diários com a criança. Neste sentido, é possível afirmar que as cuidadoras assumem um papel duplo em um mesmo espaço de tempo: quando cuida os próprios filhos e desenvolve as funções que o emprego exige.

Assim, existe uma sobrecarga de responsabilidades sobre a mulher no espaço familiar. Essas mulheres, além de contribuírem para a renda familiar, comprometem-se como cuidadoras principais dessas crianças.

Estudo realizado por Duro (2002) apontou que as mulheres desempenham múltiplos papéis na esfera pública, trabalhando para as necessidades de sobrevivência e principalmente na vida privada quando se dedicam a cuidar os filhos e a fazer as atividades do lar. A mesma



autora descreve, também, o quão individual pode ser o exercício da maternidade e do cuidado à criança, dependendo do meio social e cultural em que elas vivem (DURO, 2002).

Segundo Elsen (2004), o cuidar cotidiano dos filhos continua sendo uma responsabilidade da mulher, porém é observada uma participação efetiva por parte do pai e também de instituições, como a creche e a escola. Os avós participam, mas não assumem o cuidado cotidiano.

As cuidadoras enfrentam dificuldades em cuidar dos filhos porque encontram poucas alternativas de apoio, mesmo dentro da família. O cuidado com as crianças é solitário, pois estas mulheres-mães cuidadoras encontram-se sozinhas na responsabilidade de provê-lo, compatibilizando-o com sua rotina diária de trabalho. Este achado relaciona-se com o legado cultural da sociedade, que acredita em que a mulher é a principal responsável pelo cuidado com os membros da família, em especial com os filhos. Acredita-se que isto está atrelado às questões de gênero: a mulher tem obrigação moral de cuidar, mesmo quando tem um emprego fora do lar.

Assim, as matrizes socioculturais agem sobre o processo de empoderamento individual das mulheres cuidadoras no sentido de que toda a responsabilidade pelo cuidado com a criança é atribuída somente à mulher. Além disso, reflete uma situação de alienação, perpetuando um círculo de opressão, em que não há reflexão sobre a realidade em que as mulheres vivem (NEVES-VERNIER, 2007).

A centralidade da mulher enquanto representante dos cuidados na família traz consequências paradoxais. A centralidade conferida à mulher tem importantes implicações políticas, pois traz consigo a justificção social da ausência e da desresponsabilização do homem na esfera dos cuidados com a saúde e o aprisionamento da mulher em suas atividades tradicionais, traduzindo a permanência da opressão feminina e seu enclausuramento na cena doméstica (GUTIERREZ; MINAYO 2010).

Em contrapartida, estudo realizado em pronto-socorro pediátrico constatou, a partir da prevalência da mãe como acompanhante na unidade, que ela assume, no contexto da família, o papel de cuidadora principal. Porém, este mesmo estudo observou que, embora menos cobrados socialmente, os pais representaram 20% dos acompanhantes entre os entrevistados. Esse achado permite observar que estes também estão dividindo as responsabilidades com a mãe. A partir da inserção da mulher no mercado de trabalho, esta passou a dividir com o homem o papel de provedor da família e, a partir daí, a divisão das demais responsabilidades. (SANTOS et al., 2011).

Neste estudo, todos os sujeitos são mulheres e, portanto, este dado denota que o papel do homem no cuidado com a criança ainda é muito restrito sendo que ele exerce apenas funções de auxílio. A partir dos enunciados das cuidadoras, infere-se que o homem não assume a responsabilidade do cuidado à criança o que demonstra a assunção feminina do papel de cuidadoras principais, levando a criança aos serviços de saúde, mesmo em horas em que o pai poderia estar dividindo este cuidado com ela.

O papel da mulher ainda continua sendo fundamental no cuidado aos filhos e à família, ou seja, ainda mesmo com toda mudança da estrutura familiar a mulher ainda é a principal responsável pelo cuidado. Esta, quando não consegue cuidar, diretamente, os filhos, tece estratégias, mantendo-se e sentindo-se como a principal responsável pelos cuidados. No cenário atual da família, a mulher está conquistando seu espaço no mercado de trabalho e assim adquirindo uma nova postura e papel dentro da constituição familiar. Apesar de a mulher estar assumindo responsabilidades econômicas e adquirindo o direito do seu espaço no mercado de trabalho, não deixa de ser cuidadora dos filhos.

Nessa perspectiva, a enfermagem tem papel relevante no processo de (re) conhecimento das redes. Os enfermeiros precisam desenvolver a assistência, criando parcerias com os demais componentes da rede de apoio das famílias, no intuito de possibilitar a troca de experiências e prestar o cuidado adequado com as particularidades de cada família que vivencia o processo saúde/doença. (SIMON et al., 2013).

Neste estudo, perceberam-se diferentes realidades em que a cuidadora das crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico tem, em alguns casos, o apoio das avós, dos pais e da creche ou escola. Em outros casos, esse apoio é inexistente pois, as cuidadoras estão sozinhas quando cuidam as crianças. Portanto, as redes de apoio dos familiares/cuidadores de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico constituem-se, basicamente, pelos familiares mais próximos da criança e pelas instituições, como a creche e a escola.

### **3.3 Aprendizado do cuidado de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico**

Neste estudo, considerou-se fundamental compreender com quem estas cuidadoras aprenderam a cuidar de crianças, pois muitos conhecimentos das ações de cuidado podem ser adquiridas por meio de exemplos e ensinamentos de outras pessoas. Seguem abaixo alguns enunciados que destacam isso:

*“Eu aprendi [...] da minha primeira menina a minha mãe me ajudou bastante. Mas agora assim eu estou bem, aprendendo a cuidar mais do Davi do que da Carolina. A mãe que tomou conta, eu ficava com ela, mas a mãe que era mais dessas coisas de banho, até os seis sete meses foi a minha mãe” (F4).*

*“[...] Com a minha mãe!” (F11).*

De acordo com os enunciados das cuidadoras, este estudo vem ao encontro de resultados de outra pesquisa que apontaram as avós como principais responsáveis pela transmissão de saberes e práticas sobre o cuidar infantil, através da suas experiências de vida. Elas transmitem às suas filhas ou noras aquilo que sabem. Assim, pôde-se verificar, neste estudo, em consonância à outra pesquisa, que as mães sentem-se mais protegidas e amparadas quando tinham suas mães e/ou sogras por perto para os primeiros cuidados com a criança. Nem mesmo quando a criança cresce, a mãe deixa de prescindir da ajuda das avós, as quais passam a atuar como facilitadoras do cuidado (MARQUES, 2011).

Além disto, a figura da avó é um elo importante da rede social da família em expansão, elas contribuem ativamente para a formação e crescimento dos indivíduos enquanto seres humanos. Elas, sem dúvida, ao cuidarem seus netos, compartilham e transmitem saberes, facilitando a maternagem especialmente das mães de “primeira viagem” e daquelas inseridas no mercado de trabalho, assim contribuindo ativamente para a formação e o crescimento de seus netos (MARQUES et al., 2011).

Além disso, durante as entrevistas, as mulheres-mães cuidadoras relataram que aprenderam a cuidar, cuidando os irmãos mais novos.

*“[...] é que a minha mãe tinha um monte também (de filhos) e quem cuidava era eu!” (F5).*

*“[...] cuidei do meu irmão para minha mãe trabalhar.” “A mãe trabalhava, o pai trabalhava e não tinha condições de pagar alguém para cuidar” (F12).*

A partir dos enunciados dessas cuidadoras, percebeu-se que algumas delas aprenderam a cuidar os filhos a partir do conhecimento adquirido ao cuidar os próprios irmãos. Assim, estas cuidadoras adquiriram experiência de cuidar devido às necessidades familiares, relacionados às questões financeiras, já que precisavam prestar o cuidado aos irmãos na ausência de seus pais que trabalhavam fora do lar.

Nesse contexto, ao identificar as fontes de aprendizagem dos cuidados de saúde às crianças o estudo realizado por Boehs et al. (2011) corroboram com os resultados desta pesquisa, em que os familiares são apontados como os principais orientadores, com destaque para as mães, depois as irmãs mais velhas, as sogras, as avós, tias e amigas. Esse aprendizado

com a mãe e os familiares foi adquirido pela observação e pela necessidade de cuidar de outras crianças da família (BOEHS et al., 2011).

Dessa forma, concorda-se com Duro (2002) e Neves-Vernier (2007), que também encontraram, em seus estudos, este cenário que chamaram de questão cultural imperiosa, em que o aprendizado de cuidar os filhos é desenvolvido desde a infância, pois as mulheres aprenderam a cuidar por meio da prática de cuidar os seus irmãos mais jovens e pelas orientações de suas mães. Assim, observou-se que a aprendizagem do cuidado com a criança decorre da construção e definição do gênero feminino e do lugar social que a maternidade ocupa na definição do ser mulher. A transmissão do conhecimento de mãe para filha, de sogra para nora pode ser uma relação que envolve muito mais a questão feminina do que a familiar em relação ao cuidado com a criança.

O peso do legado cultural atribuído a essas mulheres traduz-se pela tradição, dedicação, abnegação, educação e socialização familiar e solidariedade feminina, aliados à obrigação moral, tudo que é transmitido culturalmente para as meninas da família. Isso contribui para que elas internalizem a função de cuidadora principal dos irmãos e irmãs menores, de outros membros da família e dos próprios filhos quando na vida adulta, ao exercitar a sua própria maternidade (NEVES-VERNIER, 2007).

O dimensionamento desses legados assenta-se na herança cultural da mulher na função social de cuidadora da família e dos filhos. Desde a infância elas aprenderam quais são as funções da mulher na sociedade, caracterizando o legado da socialização familiar na base cultural de definição de papéis. Para tanto, as meninas são introduzidas como auxiliares das mães nas atividades domésticas e no cuidado aos irmãos menores ou outras crianças da família, tais como sobrinhos e primos (NEVES-VERNIER, 2007 p. 32).

Estudo de revisão integrativa realizado por Gutierrez e Minayo (2010) apontou a mulher como a figura que, na história e na cultura, no Brasil e no mundo, tem incorporado funções de cuidar no contexto familiar. Na maioria dos estudos, o pressuposto do cuidado feminino é tomado como um dado sem preocupação com maiores questionamentos e discussão das implicações dessa relação.

Por outro lado, algumas das entrevistadas também mencionaram que aprenderam a cuidar com as experiências adquiridas no dia a dia do cuidado com os filhos.

*“[...] até meio sozinha, convivendo! As coisas vão acontecendo e a gente vai aprendendo, caso a gente errar uma vez, a gente leva para o médico. A gente vê que poderia ter sido diferente... a gente vai aprendendo! Os filhos vão crescendo e a gente já passou por aquilo e vai aprendendo” (F10).*

*“[...] e foi o dia a dia que foi me ensinando” (F11).*

*“[...]eu acho que aprendi sozinha!” (F 12).*

Os resultados deste estudo são também observados por Bohes et al.. Muitas entrevistadas afirmaram que aprenderam o cuidado, principalmente, por si mesmas. Quando mencionavam que aprenderam sozinhas, significava que utilizaram a intuição, *se virando com o que ia surgindo*, situação explicitada na fala de F10 neste estudo. Tanto as entrevistadas que relataram ter aprendido com os familiares como aquelas que disseram ter aprendido sozinhas lembravam-se dos ensinamentos e experiências familiares (BOHES et al., 2011).

Nesse contexto, os resultados deste estudo apontaram que o aprendizado relacionado aos cuidados com as crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico está explicitamente ligado à figura feminina. O conhecimento de cuidar crianças é adquirido a partir dos ensinamentos passados de geração em geração no qual a figura da avó é primordial, principalmente para aquelas mães inseguras e inexperientes.

Além disto, o conhecimento no cuidado com as crianças é adquirido por meio da experiência do dia a dia da cuidadora, o que se pode chamar, numa perspectiva freiriana (2001), de “saber da experiência feito”, a qual menciona o saber como algo adquirido a partir do que já foi desenvolvido em outras ocasiões.

### **3.4 Saberes e práticas em saúde das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico**

As famílias adotaram diversas ações de cuidado na busca da resolução dos problemas de saúde das crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico. Neste estudo, denominam-se de ações de cuidado em saúde as atitudes e estratégias das famílias relacionadas à resolução dos problemas de saúde da criança que integram um processo complexo que deve ser compreendido pelos profissionais de saúde.

Assim, os resultados desta pesquisa apontaram algumas ações utilizadas pelas cuidadoras de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico. Estas ações de cuidado estão relacionadas diretamente àquelas utilizadas quando a criança está doente ou então às atitudes do dia a dia para a prevenção de doenças. Ao serem questionadas sobre suas primeiras atitudes para resolver o problema de saúde da criança, as cuidadoras responderam o que segue:

*“A minha primeira atitude foi dar o remedinho para febre e já encaminhar para o médico. [...] eu só descanso quando eu escuto a opinião do médico”. “[...] mas eu dei o remedinho de febre que ele (médico) tem indicado. Eu não saio medicando, não gosto”. “[...] febre mesmo foi à primeira vez que deu. Dei remédio e não passou”. “[...] Peguei o Juvenal e trouxe ele! Trouxe ele na ambulância! (...) eu dei banho nele e vim para a universidade ! ( PS- Ped)” (F2).*

*“Eu sempre dou umas gotinhas de paracetamol e se não passou a febre eu pego o carro e levo pro médico!” (F3).*

*“[...] eu levei no postinho (UBS). Domingo ele já tinha vindo aqui. Aí elas (médicas) só receitaram nebulização e aspiraram o nariz dele” (F4).*

*“[...] dei remédio para febre e coloquei um paninho na testa!”. “[...] dei banho e não passou (a febre). eu dei remédio para febre que eu tinha em casa” (F5).*

*“[...] se ela tem febre eu dou um paracetamol. Antes de ela internar ela teve febre em casa e eu dei paracetamol e trouxe ela para cá” (PS-Ped) (F6).*

*“[...] como ele chorava muito em casa eu dava paracetamol para ele, aí acalmava!” (F8).*

*“[...] perto da minha casa tem um ESF (levou a criança até a Estratégia de Saúde da Família).” “[...] eu já tinha dado paracetamol, quando a febre está muito alta eu intercalo com uma dipirona, sabe!” (F9).*

*“[...] nebulizei ele, primeira coisa, para ver se ele voltava (se ele melhorava). Aí não, ele só arregalava o olho, fiz a nebulização que ela (médica) tinha me ensinado. [...] que eu tinha que fazer até eu chegar ao hospital! O primeiro recurso que eu tinha que fazer antes de chegar ao hospital. [...] a doutora que me deu a receitinha de tudo que eu tinha que fazer para ele” (F11).*

*“[...] Eu liguei para o Fulano (pediatra particular) não consegui. ... meu irmão me disse para levar para a Unidade de Pronto Atendimento Municipal. E fomos na Unidade de Pronto Atendimento e a gente veio para cá hoje (Ps-Ped)” (F12).*

Nesses casos, os cuidados relacionados à saúde são resolvidos no setor profissional, ou seja, estas cuidadoras utilizam-se dos serviços de saúde como primeira opção para resolver os problemas de saúde da criança. Quando a procura pelo serviço de saúde não é a primeira opção, os cuidados realizados em casa são os indicados pelo médico como medicação para febre e nebulização. Algumas dessas cuidadoras utilizam-se de estratégias que têm disponível em casa como, por exemplo, a medicação indicada pelo médico em atendimentos anteriores.

Essa realidade também foi observada por Elsen (2004) em pesquisa a qual mostra que as condutas tomadas frente à doença são variadas, mas o médico é procurado na maioria dos casos. Além disso, os pais também tentam tratar os problemas de doença por conta própria, pois as orientações feitas pelos médicos em determinadas ocasiões normalmente são repetidas em outras.

Nessa perspectiva, outro estudo realizado com mães apontou que as orientações dos profissionais, somadas às experiências já vividas pelas mães dão origem aos cuidados. A maioria das entrevistadas do estudo utiliza medicamentos alopáticos para diminuir a febre, dentre os quais paracetamol e dipirona, que já fazem parte da farmácia caseira. São medicamentos distribuídos nos centros de saúde, também facilmente adquiridos, sem receita médica, nas farmácias (BOHES et al., 2011).

Constatada a febre e efetuada a medicação, as condutas são muito variadas quanto à espera: algumas entrevistadas procuram seguir as orientações feitas pelos profissionais, ou seja, esperar três dias; outras esperam 24 horas. Outras, ainda, administram a medicação para febre uma vez, e, se a febre não baixa, buscam o setor profissional de cuidados em saúde. O setor profissional de saúde foi enfatizado como fonte de aprendizado, sendo que o profissional mais destacado foi o médico (BOHES et al., 2011).

Portanto, no processo de observar, de adotar algumas condutas e decidir quando levar ao serviço de saúde, nota-se a inquietação, significando responsabilidade por parte das cuidadoras. Mesmo em situação social menos favorecida economicamente, há cuidadoras que demonstram segurança e responsabilidade com o filho ao agirem por conta própria, mas isto vai até certo ponto, pois, depois, vem a necessidade de se buscar o serviço de saúde. Elas precisam do outro para realizar cuidados, pois percebem suas limitações. Nesse processo, a cuidadora vai experimentando os limites na relação com o filho e, em alguns momentos, essa busca da suficiência vai se dar no serviço de saúde (MELO; LIMA; SCOCHI, 2007).

Na perspectiva de Kleinman (1980), os indivíduos diferem quanto ao seu entendimento consciente e à aceitação de normas sociais. Todo esse contexto afeta o modo sobre o qual os indivíduos pensam e reagem à doença e escolhem e avaliam a eficácia das práticas de cuidado de saúde disponíveis para a sua realidade. Assim, declara-se que a prática dos serviços de saúde tradicional e moderna ocorre dentro de mundos sociais particulares. As crenças sobre a doença, os comportamentos exibidos por pessoas doentes, incluindo suas expectativas de tratamento, são aspectos da realidade social que devem ser considerados.

Nos enunciados a seguir, as cuidadoras demonstram preocupação e insegurança ao medicar ou prestar algum outro cuidado para resolver os problemas de saúde sem orientação médica:

*“A minha primeira atitude foi dar o remedinho para febre e já encaminhar para o médico [...] eu só descanso quando eu escuto a opinião do médico” (F2).*

*“[...] porque criança é diferente, porque a gente quando está doente toma qualquer tipo de remédio, mas a criança não... (a medicação). ... e então primeiramente eu trago (ao atendimento de saúde para depois ver o que faço” (F4).*

*“Não é como a gente que pode tomar remédio [...] que qualquer coisa já toma remédio. Tem remédios que tem para melhorar a imunidade, já para ela não é qualquer coisa que dá para dar!” (F5).*

*“[...] Que tipo de cuidado e que tipo de medicação eu posso dar, que tipo de cuidado eu devo ter porque como ela já tem problema e ela já passou por muita coisa por causa desse problema.” (F6).*

Assim, as cuidadoras demonstram dependência do setor profissional de cuidados em saúde e confiança neste, no qual a figura do médico exerce um papel fundamental para a resolução dos problemas de saúde da criança. A referida dependência deve-se ao fato de que estas cuidadoras não são incentivadas, pelos profissionais da saúde, a desenvolverem o senso de empoderamento em prol da promoção da saúde a partir do seu universo sociocultural. Segundo Kleinman (1980), os profissionais de saúde geralmente são insensíveis às opiniões, expectativas e crenças de seus pacientes. Esta insensibilidade é sistematicamente fomentada no ensino médico de graduação e pós-graduação.

O sistema de saúde é muito mais amplo do que as fronteiras da moderna profissão médica, inclusive em sociedades tecnologicamente adiantadas. É difícil desafiar a realidade clínica imposta aos pacientes pelos profissionais da saúde ou conseguir que eles vejam isso não como único e verdadeiro, mas como uma série de realidades clínicas que fazem parte de um sistema de cuidado de saúde mais amplo (KLEINMAN, 1980).

As cuidadoras têm confiança nas orientações recebidas pelo médico e sentem-se amedrontadas e inseguras em fazer alguma coisa errada em relação aos cuidados em saúde com a criança. Na visão dessas cuidadoras, a criança exige muito mais precaução em relação aos cuidados em saúde do que um adulto. Isso está explicitado nos enunciados de F4, F5 e F6.

Essa realidade denota um cenário no qual o profissional de saúde adota uma postura opressora, sendo ele o opressor e o cuidador o oprimido. Nesta cadeia de opressão, o profissional de saúde não valoriza o contexto sociocultural onde o indivíduo está inserido e não estimula a autonomia sobre a sua condição de saúde (Freire 2001).

Esta relação profissional paciente, centrada na doença e na medicalização, acontece de modo vertical, em que o profissional de saúde não consegue se despir do modelo biomédico como verdade absoluta e única a ser inserida no conhecimento dos indivíduos. O profissional de saúde não possui a consciência da necessidade de considerar o conhecimento do paciente, respeitar sua cultura e trocar experiências com ele.



Assim, tendo por base os pressupostos de Freire (2001), esta relação não se caracteriza como dialógica, pois não há diálogo, o que predomina, no discurso e na prática, é uma relação verticalizada.

Dessa forma, o profissional de saúde não oportuniza ao indivíduo ser ator de sua própria história, deixando-o oprimido e com medo de não se sentir capaz de assumir sua própria liberdade e responsabilidade pelos cuidados da criança. Assim, a partir dos pressupostos de Freire (2001), os oprimidos acomodados e adaptados ficam “imersos” na própria engrenagem da estrutura dominadora, temem a liberdade, enquanto não se sentem capazes de correr o risco de assumi-la. E a temem, também, na medida em que, lutar por ela significa uma ameaça, não só aos que a usam para oprimir, como seus “proprietários” exclusivos, mas aos companheiros oprimidos, que se assustam com maiores repressões. Assim, enquanto não houver um redirecionamento do modelo, no sentido de atender às dimensões psicossociais, além do contexto sociocultural da criança e sua família, esse modelo alienante e opressor continuará a ser reproduzido (NEVES-VERNIER, 2007). A identidade cultural da criança e de sua família não pode ser desprezada, pois ela está relacionada, segundo Freire (2001), à assunção do indivíduo por ele mesmo, e se dá através do conflito entre forças que obstaculizam essa busca de si e as que favorecem essa assunção.

O profissional de saúde deve assistir o paciente e sua família, oportunizando momentos de educação em saúde e assumindo uma postura crítica e reflexiva, propiciando condições para que os cuidadores possam adquirir autonomia em suas relações (FREIRE 2006).

Portanto, a escuta torna-se imprescindível, com a participação do usuário sendo estimulada deliberadamente para a promoção da fuga à opressão. Existe uma relação dialética entre oprimido/opressor que está comprometendo a humanização na saúde; assim, defende-se que se precisa sair do imobilismo, refletindo e agindo sobre isso. Significa agir na realidade concreta para transformá-la e apostar no profissional de saúde com a esperança de uma liderança que defenda a vida (SCHIMITH, 2013).

Dessa forma, o sujeito que procura os serviços de saúde poderá transformar e criar sua própria realidade e desenvolver ações para a promoção da saúde da criança e de sua família (FREIRE, 2006).

Porém, apesar da dependência do setor profissional em saúde, as cuidadoras utilizam-se, também, de estratégias do setor de cuidado informal (popular), ou seja, aqueles cuidados relacionados ao domínio leigo. Este setor denominado por Kleinman (1980) inclui autotratamento /automedicação, conselhos de familiares e conhecidos mais próximos e de

peessoas experientes. As mulheres se destacam como cuidadoras, e as crenças populares sobre saúde e doença são importantes e valorizadas. Seguem alguns enunciados de cuidadoras que se utilizam desse setor:

*“O chá eu tenho costume de dar, mas não todos dias, mas de vez em quando a gente dá.” (F4).*

*“Eu dou chá para ela. Tem um próprio para febre que é bom. [...] minha mãe, minha sogra, vem dos antigos!” (explicando com quem aprendeu estes cuidados) (F5).*

*“[...] eu sacudi ela muito forte, sacudi ela e ela não reagiu e aí eu comecei a massagear o peitinho” (mostrando no peito) (F7).*

*“[...] Eu lavava com remédio caseiro a boca por causa que ele estava com muita espuma! [...] que ele chorava muito e eu achava que poderia ser falta de um banho. Aí eu esquentei bem a água e dei uma banho nele” (F8).*

*“Quando ele está com vômito e diarreia eu corto as coisas fortes, o que eu acho que é forte! Ofereço mais líquido para ele hidratar, mas as coisas mais fortes que ele gosta de comer, que ele gosta de comer porcaria, adora porcaria.” (F10).*

As ações de cuidado enunciadas acima estão relacionadas ao setor informal (popular) de cuidado em saúde; os principais cuidados são o uso do chá e do remédio caseiro e o banho. Portanto, esta pesquisa demonstrou que os cuidados baseados nesse setor são também são utilizados pelas cuidadoras de crianças atendidas no pronto-socorro pediátrico, cenário do estudo.

Nessa perspectiva, o enunciado de F5 demonstra que a prática de oferecer chás para a criança como estratégia de cuidado em saúde foi ensinado pela mãe e avó, e, portanto, é uma prática passada de geração em geração, ou seja, é uma prática cultural.

Esse resultado corrobora com o estudo realizado com puérperas que apontou que o elemento cultural muito importante e significativo para a maioria delas sobre as práticas culturais para o cuidado com os bebês foi o uso dos chás. Este consistiu no primeiro recurso utilizado por elas diante de uma situação de cólica ou febre no bebê. Duas mulheres referiram que as suas mães entendiam muito bem sobre esse assunto e, por isso, iriam usar os chás com a ajuda e a explicação materna (ISEHARDT et al., 2009).

Estudo realizado por Boehs et al. (2011) também constatou essa realidade, revelando que cuidadoras de crianças menores de seis anos prestam cuidados como banho morno e chás para complementar o tratamento já iniciado com medicamentos. Esses mesmos autores destacam que as mães, no que se refere aos filhos, mantêm cuidados de saúde advindos do

setor popular e informal, sendo, contudo, cada vez mais influenciadas pelo saber e pelas práticas da biomedicina.

Nesse sentido, destaca-se que o setor informal (popular) é acessado pelas cuidadoras, mas, apesar de elas se utilizarem do conhecimento popular (passado de geração em geração), este é somente um complemento dos recursos baseados no setor profissional na busca de resolução dos problemas de saúde das crianças.

Dessa forma, demonstra-se que, apesar de somente algumas cuidadoras referenciam os cuidados em saúde à criança baseados no saber informal (popular), é necessário considerar que práticas baseadas neste setor ainda estão presentes nos cotidianos das famílias. Compreender a importância e respeitar o saber dessas cuidadoras no cuidado às crianças é essencial para a assistência em saúde de qualidade. Mas o que ocorre na prática ainda está muito distante disso, pois o conhecimento e as práticas baseadas nos saberes das famílias relacionados aos cuidados em saúde no domicílio são ignorados pelos profissionais de saúde.

O olhar biológico, o qual desconsidera o contexto social familiar, dificilmente proporcionará completa satisfação às pessoas, pois se sumariza em solução do problema imediato e deixa de perceber o que levou ao adoecer da criança (SILVA et al., 2013).

Os cuidados da saúde têm sido tradicionalmente entendidos pelos usuários dos sistemas de saúde e pelos profissionais da rede de uma maneira muito limitada. As definições se restringem a dar ênfase às ações que se desenrolam no contexto dos serviços de saúde a partir da ação técnica dos profissionais. Porém, uma observação mais criteriosa leva a perceber que os “cuidados da saúde” são produzidos em, pelo menos, dois contextos distintos, porém inter-relacionados. Estes contextos definem-se em rede oficial de serviços, que incorpora o saber biomédico-científico, e a rede informal, representada especialmente pela família, na qual seria o principal personagem (GUTIERREZ; MINAYO 2010).

Sabe-se que é na e pela família que se produzem cuidados essenciais à saúde que vão desde as interações afetivas necessárias ao pleno desenvolvimento da saúde mental e da personalidade madura de seus membros. Além disto, os cuidados na família passam pela aprendizagem da higiene e da cultura alimentar e atingem o nível da adesão aos tratamentos prescritos pelos serviços (medicação, dietas e atividades preventivas). Essa complementaridade se dá através de ações concretas no cotidiano das famílias, o que permite o reconhecimento das doenças, busca de atendimento médico, incentivo para o autocuidado e o apoio emocional (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Os resultados deste estudo mostram que, para promover a autonomia das cuidadoras, há a necessidade também de reconhecer, resgatar e valorizar o sistema da autoatenção das

famílias e da população no que tange à saúde infantil. Os profissionais de saúde, bem como os gestores das políticas de saúde, precisam reconhecer que existe autonomia nas ações de promoção da saúde, prevenção e manejo das doenças infantis, sendo realizadas e aprendidas muito além da biomedicina (BOEHS et al., 2011).

A visão habitual é que os profissionais organizam os serviços de saúde considerando as pessoas leigas, ignorando que estas ativam o seu cuidado em saúde comutado entre alternativas de tratamento, conforme o cuidado efetivo e a sua satisfação com os serviços. Nesse sentido, as funções do setor informal são a fonte principal e o mais imediato determinante do cuidado (KLEINMAN, 1980).

As realidades dos diferentes setores em saúde diferem consideravelmente, ou seja, culturas populares e profissionais visualizam a doença e suas experiências terapêuticas de modos distintos. Assim, o indivíduo doente é um membro da família em um cenário, e, em outro, este é paciente e/ou cliente. Cada arena tem papéis e regras de entrada e saída. As linhas de limite entre os setores funcionam como pontos de entrada e saída para pacientes que seguem as trajetórias de suas doenças através de complicações do sistema de cuidado de saúde (KLEINMAN, 1980).

Assim, para garantir a participação e a autonomia da população, muito se tem insistido na criação de conselhos de saúde locais e municipais. No entanto, é importante que o modelo de autoatenção seja considerado quando se pensa na autonomia e no empoderamento, conceitos reiteradamente invocados para o funcionamento do atual modelo de saúde pública brasileiro (BOEHS et al., 2011).

A equipe de saúde deve atentar para os modos como a família produz cuidados indispensáveis e específicos para a saúde e investigar como esses cuidados se somam aos produzidos pela rede de serviços, por vezes superando-os em importância (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Dessa forma, é necessário romper as barreiras existentes entre os profissionais e as famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico, respeitando as ações de cuidado em saúde das cuidadoras para a promoção da saúde infantil.

### 3.4.1 Ações de busca pela assistência em saúde das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico

Os dados desta pesquisa demonstram que as famílias das crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico desenvolvem diversas ações ao buscar o atendimento. Estas ações apareceram em vários momentos durante as entrevistas. Os enunciados a seguir evidenciam que algumas dessas famílias utilizam-se de serviços privados em saúde para resolver os problemas de saúde das crianças:

*“Ela nasceu aqui...(hospital cenário do estudo)minha mãe é funcionária do estado e paga (plano de saúde privado) para minha filha” (F2).*

*“[...] é (nome do convênio que a criança tinha). Mas agora terminou, mas eu ainda consultei. Aí os exames eu paguei tudo particular” (F3).*

*“[...] O doutor Renato é o único pediatra da cidade e é um pediatra pago! Tirando esses pediatras que vem nos postos (UBS), mas ele é o único que a gente pode contar nas horas! Aí tem que pagar tudo!” (F9).*

*“[...] foi levar ela no oftalmologista.” [...] particular” (F12).*

Os enunciados destas cuidadoras demonstram que elas acessam o sistema privado de saúde como uma estratégia de busca de atendimento de seus filhos e filhas. Estas cuidadoras pagam convênios ou atendimentos em saúde particulares para os filhos, sacrificando, por vezes, seus poucos recursos financeiros. Isso é evidenciado neste estudo, que demonstra que as famílias das crianças são de baixa renda, conforme caracterização dos sujeitos, em prol da saúde e bem-estar da criança.

Porém, em algum momento, estas cuidadoras acabam procurando também o serviço público em saúde para resolver o problema de saúde das crianças, pois, por diferentes motivos, não encontraram suporte suficiente nos setores privados de atendimento:

*“[...] só que o (nome do plano de saúde privado) não tem emergência pediátrica”.  
“[...]que o pediatra dela me deu o número de celular dele e hoje eu vim pra cá (Ps-Ped), ele disse que é para eu vir porque ele está viajando” (F2).*

*“[...] Aqui nessa policlínica... aí mandaram para cá (hospital cenário do estudo) depois [...]” (F3).*

*“[...] Eu liguei para secretária do doutor Fulano!” [...] “Chegou na hora (da consulta) a Fulana (secretária) disse que não tinha vaga [...]” (F9).*

*“[...] Ele disse: ‘não espera mais nada, leva ela. Aí eu liguei para o Fulano, não consegui. Aí meu irmão me disse para levar para a UPA’ (Unidade de pronto atendimento municipal) (F12).*

A partir desses enunciados, percebe-se que os serviços privados em saúde também são falhos e muitas vezes não conseguem suprir as necessidades da sua clientela. O problema relatado por F2 pode servir como retrato das emergências pediátricas da cidade, cenário deste estudo, pois apenas um serviço por convênio ou particular no município possui pronto-socorro pediátrico. Portanto, as crianças usuárias dos serviços médicos privados que se encontram em situação de emergência tem como recurso na cidade o pronto-socorro pediátrico do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse resultado remete a uma ideia de que também os usuários dos serviços de saúde privados sofrem com a falta de estrutura nos atendimentos.

Assim, quando estas cuidadoras não conseguem resolver os problemas de saúde das crianças na primeira opção de atendimento, acabam muitas vezes recorrendo a familiares e amigos que possuem vínculos profissionais com instituições do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, as cuidadoras procuram os serviços de saúde públicos a partir de uma estratégia facilitadora de acesso ao atendimento.

*“[...] O doutor disse: leva ela lá no pronto-socorro pediátrico que tem uma amiga minha de plantão e pode levar lá que é tranquilo”. “[...] a dinda dela trabalha aqui no PS-Ped também. É dinda dela, então aí eu confio em trazer aqui, eu trago de olho fechado” (F2).*

*“[...] Tu sabes que eu cheguei lá, e como eu sou bem conhecida eu...eu fui pegar ficha de manhã cedo e fui com ele já era 9 horas, aí eu consegui que elas encaixassem ele, daí foi bem tranquilo, foi bem rápido (o atendimento)”. “Então, como o avô dele é da guarda municipal ele conseguiu. Ele já trabalhou de segurança nesse postinho. Para ele foi bem mais fácil, se fosse eu ir lá eles não deixariam consultar com ele” (F4).*

*“Eu tinha minha comadre que trabalhava na saúde no setor de marcação... como o guri também já consultava.... E foi para o hospital Conceição que ele foi por parte das minhas primas que são enfermeiras [...] trabalhavam na cirurgia geral sabe, ali no Conceição. Aí foi que nós fomos para lá!”. “[...] Eu deixo para elas marcarem, como elas trabalham lá, elas marcam. Naquele dia têm, elas marcam sabe aí não precisa ser cedo, elas entram lá dentro e marcam!” (F9).*

Estas cuidadoras utilizam-se das ações de cuidado em saúde relacionadas ao que podemos chamar de redes de apoio, que, nesses casos, seriam os familiares e amigos que servem de facilitadores na busca do atendimento. Assim, ao se depararem com a dificuldade de acesso aos serviços de saúde tanto públicos quanto privados, essas cuidadoras procuram

apoio de pessoas que podem inseri-las com mais facilidade nos atendimentos em saúde, burlando o acesso universal garantido pela legislação do SUS.

Nesse contexto, as cuidadoras precisam tecer suas próprias redes de apoio, embasadas na luta diária, que inclui peregrinação a diversos serviços, recursos judiciais e utilização de contatos privilegiados, ferindo os princípios do SUS (NEVES; SILVEIRA, 2013).

Na dificuldade de resolver os problemas de saúde das crianças, as cuidadoras procuram caminhos alternativos. Essa realidade foi apresentada também por Schimith (2013), que interpretou esse fato como o “jeitinho brasileiro” cunhado por DaMatta (2001). Isso representa o modo que se utiliza para navegar socialmente no Brasil, diante da regra ou da lei que diz “não pode”. Neste mesmo estudo, realizado no mesmo município, cenário da presente pesquisa, notou-se que entra em ação o tal “jeitinho brasileiro” quando o setor público falha, no caso a regulação, tornando a fila e a espera impraticáveis (SCHIMITH, 2013).

Nos demais enunciados, verificou-se que as cuidadoras não conseguem resolver os problemas de saúde das crianças no primeiro atendimento. Devido a isso, peregrinam em diferentes serviços e também voltam diversas vezes ao mesmo atendimento na busca de resolução dos problemas de saúde.

*“[...] Daí eu trouxe ele lá na época do PA (PA municipal), aí baixou (internou) ele (criança) lá! De lá eles transferiram ele para cá!” (Ps-Ped) (F1).*

*“[...] Peguei ela (criança) de novo e levei no PA (municipal), na sexta-feira me disseram que era um infecçãozinha. Eu insisti para fazer um exame de sangue, eles me disseram que não precisava, eu insisti, aí ele (médico) me deu. Na sexta a Luana me ligou que ela estava com 40 (graus) de febre. Eu saí do meu serviço, fui em casa peguei um táxi e levei ela para (nome do serviço privado de saúde). Aqui nessa policlínica, mandaram para cá (Ps-Ped) depois” (F3).*

*“Eu levei no postinho (UBS). Domingo ele já tinha vindo aqui, elas só receitaram nebulização, e aspiraram o nariz dele.” “[...] Hoje de manhã eu levei ele no postinho ali perto de casa, daí ele (médico) me fez um encaminhamento para eu trazer ele (criança) para cá (PS-Ped) de volta para eu fazer um Raio-X” (F4).*

*“Eu levei na UPA, ela [esteve] umas três vezes, mais ou menos!!” (F5).*

*“[...] Meu patrão que nos levou até lá (PA municipal). Me deram o primeiro socorro lá e depois me mandaram pra cá!” (Ps-Ped) (F7)*

*“[...] Ontem eu levei ele lá no posto (UBS) daí eles mandaram ele para cá!”. “[...] Eu não vim diretamente para cá, eu errei de [...] eu fui no outro posto (UBS)...no PA (pronto atendimento municipal), aí do PA me transferiu diretamente para cá.” (F8).*

*“[...] Levei ele (criança) e ele (médico) transferiu para cá! E ele disse que era aqui na universidade que era para eu vir! Como a ambulância estava para sair para UPA (unidade de pronto atendimento), para levar um paciente lá, aí ele trouxe ele (criança)” (F8).*

*“Desde que ela nasceu ela ficou na UTI, ficou 30 dias e ela foi para o quarto dia 12. Na sexta-feira ela deu alta e passei sexta de noite e sábado em casa com ela. E domingo de manhã eu trouxe ela de volta para cá (Ps-Ped).” (F10).*

Destaca-se que as cuidadoras procuraram outros serviços de saúde antes de chegar ao pronto-socorro, cenário do estudo, e foram encaminhadas para outros serviços como a unidade de Pronto Atendimento municipal (PA), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e até serviços do setor privado de saúde. Os serviços de atenção em saúde da criança apresentam-se deficientes em todos os níveis de atenção no contexto das famílias dessas crianças que procuram atendimento no PS Pediátrico, cenário deste estudo. É perceptível que há falta de referência e contrarreferência, e a rede de cuidados não é articulada. Nessa rede, as UBS, as ESFs, o Pronto Atendimento Municipal e a UPA sofrem com a falta de estrutura e principalmente de recursos humanos – este caso ocorre quando o pediatra encontra-se ausente da unidade, como explicitado nos enunciados de F5 e F8.

*“[...] Lá não tem pediatra! (UBS) Aí no caso a gente leva lá, aí eles: ‘tem que levar lá não sei onde! Tem que pegar ônibus para levar, tem que tirar uma ficha primeiro...como é só eu e eles (crianças), porque como meu marido está viajando, eu estou sozinha e tem que tirar ficha!’” (F8).*

*“[...] Levei na UPA, não tinha pediatra! Aí eu levei no PA (municipal)!” (F5).*

Além disto, a peregrinação destas famílias é evidente, sendo que elas necessitaram retornar aos serviços de saúde diversas vezes para conseguir resolver o problema de saúde das crianças.

Estudo realizado em pronto atendimento infantil apontou também que, na compreensão dos cuidadores, os serviços não se apresentam resolutivos diante dos problemas de saúde das crianças. Inúmeros problemas foram identificados, como: falta de acesso e morosidade na atenção às crianças; ausência de vínculo desencadeado pelo desinteresse e não responsabilização; carência da integralidade e falta de organização dos serviços (SILVA et al., 2013).

Conforme estudo realizado por Souza, Erdmann e Mochel (2011), no PSF, os profissionais e as mães experimentam os desafios da falta de estrutura física das unidades para o cuidado à criança. Os profissionais criticam a estrutura física das unidades e reclamam por melhores condições, assim como a disponibilidade de materiais, equipamentos e/ou instrumentos fundamentais à realização do trabalho.

Os enunciados de F8 e F5 inferem que as UBS e ESF não prestam um cuidado adequado aos usuários em termos de acolhimento e demonstram fragilidade na resolução dos



problemas de saúde; o profissional dessas unidades prioriza os encaminhamentos aos serviços de pronto-socorro e pronto atendimento. Estes encaminhamentos, muitas vezes se dão sem qualquer contato prévio com o profissional para o qual o usuário está sendo encaminhado, o que denota uma realidade em que os serviços de saúde não possuem comunicação e responsabilidade sobre a saúde das crianças.

Estudo realizado por Schimith (2013) demonstrou a simplificação que a equipe faz acerca da peregrinação do usuário que busca o serviço de PS para a solução de seu problema, mesmo morando na área de abrangência de uma ESF. Assim, infere-se que a USF não está sendo reconhecida como fonte principal do cuidado.

Os profissionais destes serviços de saúde não conhecem o território de abrangência o que, dificulta o estabelecimento de vínculo com a comunidade, não possibilita o reconhecimento dos determinantes do processo saúde-doença e da singularidade sócio histórica de cada família. Esta realidade pode reduzir as práticas em saúde ao modelo tradicional e não incorporar o paradigma da promoção e da participação da comunidade (SCHIMITH, 2013).

Os serviços de saúde não são resolutivos e possuem deficiência em atender as demandas da população infantil. A cuidadora F9 teve que buscar atendimento em cidade que não pertence a sua Coordenadoria Regional de Saúde para que as demandas de saúde da criança fossem atendidas.

Esta cuidadora conhece o sistema de saúde a partir de experiências anteriores com o filho mais velho da família, o que, de certo modo, facilitou sua busca por atendimento. Esta realidade demonstra que o serviço de atenção em saúde de alta complexidade também não consegue atender às demandas das crianças que procuram o serviço, cenário deste estudo. O enunciado a seguir, demonstra isso:

*“Aqui no hospital (cenário deste estudo) a gente nunca consegue ficha (consulta), ou porque não tem ou porque já deram, nunca consegue marcar! Se o médico não te dá uma carta (encaminhamento) tu nunca consegues marcar. Até uma vez, um compadre meu pousou (passou a noite) aqui e não conseguiu!” (F9).*

Dessa forma, os sujeitos relatam experiências e vivências que demonstram um sistema de atenção à saúde fragmentado. Estes sistemas, (MEYER, 2011) fortemente hegemônicos se organizam através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação uns com os outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. A atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária, e esses dois níveis também não se articulam com a atenção terciária, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos.

Estudo realizado com crianças hospitalizadas por problemas respiratórios concluiu que estas passaram por diversos atendimentos em saúde até chegarem ao tratamento definitivo. A procura pelo atendimento também foi em serviços de atenção básica: UBS/USF, PAC e serviços ambulatoriais privados (OLIVEIRA et al., 2012).

Neste estudo, verificou-se que muitas famílias de crianças peregrinam entre os serviços de UBS, PS e PA e também se utilizam dos serviços privados além dos públicos na busca da resolução dos problemas de saúde. Assim, não se trata de buscar explicações sobre o porquê de o usuário ir ao serviço de emergência ou ao hospital, não sendo ali o local adequado para resolver seu problema de saúde, mas, sim, de identificar que as UBS e/ou USF não estão sendo capazes de acolher e dar seguimento adequado às demandas em tempo capaz de ser tolerado pelo usuário (OLIVEIRA et al., 2012).

Nessa perspectiva, concorda-se com estudo que apontou fragilidade nos atendimentos da atenção primária à saúde. A organização do processo de trabalho, principalmente das USFs, parecem não promover suficientemente acolhimento, vínculo e responsabilização com os usuários que os favoreçam a buscar o atendimento de que necessitam nessas unidades. (BARROS; SÁ, 2010).

O usuário é referenciado para os serviços de emergência frequentemente devido à incapacidade da USF de reconhecer uma urgência e realizar o agendamento sem estabelecimento de prioridade (BARROS; SÁ, 2010).

As rotinas administrativas acabam por conduzir o usuário para fora do serviço, sem que haja um acompanhamento da sua trajetória no sistema de saúde, diferentemente das recomendações da Estratégia de Saúde da Família, por exemplo (BARROS; SÁ, 2010).

Além disso, destaca-se a inadequação da formação dos profissionais, sua baixa adesão ao projeto assistencial e a falta de credibilidade neles por parte da população – fatos que também foram identificados por Barros e Sá (2010) como entraves e, certamente, são outros desafios para o SUS.

Estudo realizado com enfermeiros de um serviço de pronto-atendimento constatou que é frequente a população usuária utilizar a porta da urgência, não só para os casos agudos, mas também, de forma eletiva, para complementar os atendimentos das Unidades Básicas de Saúde e demais unidade especializadas (MARQUES; LIMA, 2008).

Nesse sentido, uma porta de entrada organizada para acolher o usuário faz uma distorção, sendo necessária uma discussão, levando em conta que existe uma demanda reprimida que bate à porta dos serviços de pronto atendimento e que precisa de respostas às

suas necessidades. Em vez disso, penaliza-se a vítima pelo uso indevido do recurso de saúde, fazendo-a peregrinar (MARQUES; LIMA, 2008).

Dessa forma, esta realidade está em consonância com o estudo de Neves-Vernier (2007), em que a configuração da rede de cuidados institucional de crianças com necessidades especiais de saúde se apresentou dispersa e fragmentada. É dispersa devido à distância geográfica da casa das cuidadoras até os múltiplos serviços de atendimento à criança. Em alguns casos, as cuidadoras precisam viajar para outra cidade, percorrendo diferentes itinerários em diferentes dias e horários para cada tipo de atendimento de que a criança precisa. É fragmentada porque os diferentes tipos de atendimento à criança de diferentes instituições, de forma compartimentalizada, sem referência e contrarreferência.

Assim, observa-se, no cenário nacional, que o acesso aos serviços de saúde se mostra eminentemente seletivo, excludente e focalizado, no que se refere à localização dos serviços especializados, o que revela um descompasso entre a legislação e a legitimidade social do direito à saúde. Para minimizar o impacto desse contexto desfavorável, o interesse dos profissionais e instituições é imprescindível. É necessário detectar e procurar meios que possibilitem o acesso facilitado, diagnosticar suas realidades assistenciais de modo crítico e construtivo e acionar os demais setores para a discussão de possibilidades de intervenção efetiva (KLASSMANN et al., 2008).

As situações de busca pelo atendimento em saúde de famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico refletem a realidade que Mayer (2011) chama de crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. Nesta crise, há um desencontro entre uma situação epidemiológica dominada pelas condições crônicas e um sistema de atenção à saúde voltado, predominantemente, para responder às condições agudas, decorrentes de agudizações de condições crônicas, de forma reativa, episódica e fragmentada.

Porém, os sistemas de atenção à saúde deveriam constituir respostas sociais organizadas para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Esses sistemas devem ser articulados pelas necessidades de saúde da população, que se expressa em situações demográficas e epidemiológicas singulares. É necessário haver uma coerência entre a situação das condições de saúde e o sistema de atenção à saúde.

Os sistemas de atenção à saúde vigentes são falhos e conforme define Mayer (2011) somente atuam sobre as condições de saúde já estabelecidas, em momentos de manifestações clínicas exuberante, percebidas pelos portadores, desconhecendo os determinantes sociais distais, intermediários e proximais, os fatores de riscos biopsicológicos e o gerenciamento da condição de saúde com base numa atenção primária à saúde de qualidade. Essa forma de

atenção voltada para as condições agudas, concentrada em unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, não permite intervir adequadamente em promoção e prevenção da saúde da população, em especial aos portadores de doenças crônicas.

As mudanças propostas para o novo modelo assistencial necessitam de uma adequada infraestrutura para garantir a eficiência na prestação de serviços e, assim, reafirmar o compromisso do SUS com a comunidade. Sob este olhar, a Unidade de Saúde da Família se constitui como referência para o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde. Portanto, é necessário dispor de recursos físicos e estruturais compatíveis com esta proposta e com a ação dos profissionais de saúde em relação a esse compromisso (SOUZA; ERDMANN; MOCHEL, 2011).

A falta de pediatras nas unidades de atenção primária em saúde com certeza ainda é um entrave para a qualidade da assistência à saúde da criança. O atendimento pediátrico possui especificidades e a criança tem direito à assistência especializada que deve ser garantida pelos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Esta questão mobilizou, já no ano de 2004, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) a propor a inclusão do pediatra no PSF. Apoiou que a atenção básica precisa ter elevado grau de resolução de problemas de saúde da criança e que esta não pode ser superficial quando estão em jogo as necessidades fundamentais da criança e do adolescente. A assistência básica em saúde requer qualidade profissional para atuar no campo do conhecimento da pediatria e o PSF reforça a discriminação da classe social pobre, excluindo o direito de a criança ser assistida pelo pediatra. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2004).

Assim, é importante considerar que os serviços de saúde devam primar pela qualidade da atenção, o que implica atender às necessidades físicas, psicológicas e sociais dos clientes. A atuação do profissional de saúde também não pode ser tolhida pela impessoalidade ou pelos limites do espaço hospitalar, mas deve primar pelo conhecimento dos contextos em que as ações de saúde ocorrem como nos domicílios, nas unidades básicas e nos redutos mais longínquos e diversificados (KLASSMANN et al., 2008).

As situações vivenciadas pelas famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico enfrentam os mesmos problemas na procura por atendimento em saúde, explicitados em outros estudos. Essas situações geram descrédito no sistema de cuidados em saúde, ruindo com os princípios da universalidade e da integralidade. Soma-se a esse aspecto o reconhecido estrangulamento no sistema de acesso aos demais níveis de atenção. (SOUZA; ERDMANN; MOCHEL, 2011)

A pouca eficácia determina descrédito, desconfiança e insegurança na população e nos profissionais. O baixo impacto da atenção básica à saúde da criança tem sido explicado, de forma mais frequente, pela desarticulação entre os níveis de atenção, produzindo um círculo vicioso com baixa resolutividade da atenção básica à saúde. Esse cenário aumenta a demanda nos demais níveis de complexidade, e conseqüentemente, aumenta a insegurança da população em relação à atenção básica à saúde. Dessa forma, é um círculo onde as dificuldades e limitações são produzidas e reproduzidas continuamente (SOUZA; ERDMANN; MOCHEL, 2011).

Para obter resolutividade na atenção à saúde da criança é fundamental ter um serviço guiado pelo cuidado integral. Para isso é necessário que os serviços considerem os determinantes sociais para cuidar. Os serviços de saúde resolutivos devem ser voltados à integralidade, oferecendo condições para que as famílias cuidem suas crianças (SILVA et al., 2013).

O sentido de cuidado integral é muito mais que um procedimento, uma ação, uma conduta terapêutica/assistencial realizada por um profissional de saúde. Na perspectiva da integralidade, o cuidado tem o sentido de atitude cuidadora que envolve o assistir ou o tratar, segundo os parâmetros do acolher e do respeitar (PINHEIRO; CECIM, 2006).

O cuidado integral pode ser percebido nos modos de cuidar a criança, no qual circulam afetos e emoções. O comprometimento e a preocupação com o outro permitem conceber práticas de cuidado integral à criança. Assim a integralidade do cuidado à criança ganha cada vez mais centralidade nos modos e atitudes de cuidado pelos profissionais de saúde em conexões desencadeadas pela mobilização de atitudes subjetivas e nas escolhas de gestores e profissionais (SOUZA, ERDMANN; 2012).

Além disto, os profissionais da saúde devem considerar os determinantes sociais da saúde, pois estes correspondem a um conjunto de fatores que caracteriza as particularidades dos indivíduos e reflete sua inserção em um tempo-espço. Os determinantes referidos constituem uma rede complexa de fatores que se inter-relacionam e condicionam o processo saúde-doença na especificidade do indivíduo e na abrangência do modo de vida coletivo (SANT'ANNA, CEZAR-VAZ, CARDOSO, ERDMANN e SOARES, 2010).

Frente ao cenário apresentado neste estudo, é necessário que ocorra a integração dos serviços de saúde por meio da comunicação dos profissionais que atuam nos diferentes níveis de complexidade. A equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, deve acolher estas crianças e suas famílias vislumbrando o direito desses usuários a receber um atendimento em saúde integral e de qualidade.

## 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização deste estudo, foi possível conhecer uma faceta da realidade das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico e, a partir disso, compreender um pouco como estas famílias cuidam seus filhos a partir de seu universo sociocultural e quais são as ações de cuidado desenvolvidas no processo saúde-doença.

Ao se saber que as mulheres são as principais cuidadoras dessas crianças, passou-se a refletir o quanto é importante e indispensável a figura feminina no contexto familiar. Contudo, o que mais sobressaiu é o fato de que a mulher, muitas vezes, encontra-se sozinha para cuidar da criança, tanto em situações do cotidiano quanto em situações de crise, como o adoecimento.

Assim, as mulheres cuidadoras tecem estratégias para o cuidado cotidiano e desenvolvem ações que as auxiliem tanto nos problemas diários quanto (e especialmente) em situações de doença da criança. Esta cuidadora, além da responsabilidade de cuidar da criança, exerce a função provedora, contribuindo com a renda da família, trabalhando fora do lar. Esse cenário demonstra que a mulher está conquistando seu espaço no mercado de trabalho sem abdicar de suas funções de mãe e cuidadora dos filhos.

Nessa perspectiva, esse cenário denota que ainda se exige da mulher a obrigação moral de responsabilizar-se pelo cuidado com as crianças. Com isto, ela carrega consigo o peso do legado cultural da responsabilidade pelo cuidado.

A partir deste contexto, foi possível compreender o quanto estas cuidadoras encontram dificuldades em resolver os problemas de saúde dessas crianças. Tais dificuldades estão relacionadas principalmente às questões financeiras, às redes de apoio restritas e à fragmentação dos serviços de atenção à saúde da criança.

Além disso, destacou-se que estas cuidadoras peregrinam, solitárias e sem uma rede de apoio forte e estruturada, por diversos serviços na busca da resolução dos agravos em saúde das crianças. A dificuldade de acesso aos serviços de atenção à saúde da criança, que se apresentam fragmentados, provoca essa peregrinação que desemboca em um número elevado de atendimentos no PS-Ped. A precariedade dos serviços de atenção primária e secundária não absorve a demanda dessas famílias e suas crianças, fazendo com que se procure o serviço de atenção terciário para a resolução dos problemas de saúde em que não há um atendimento com vistas à integralidade.

As cuidadoras demonstraram dependência significativa dos serviços de atenção em saúde, principalmente do profissional médico. Acredita-se que esta realidade esteja vinculada ao modelo biomédico de atendimento, em que não há promoção do desenvolvimento da autonomia e do empoderamento das famílias destas crianças. Esses aspectos são fundamentais para que possam exigir o direito a um atendimento de qualidade e tomem decisões compartilhadas com os profissionais. Dessa forma, essas famílias não conseguem transformar a sua própria realidade para a promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença da criança.

Portanto, o setor de cuidado profissional em saúde é acessado em detrimento dos demais setores; o setor informal (popular) não é valorizado pelos profissionais de saúde bem como o contexto sociocultural das famílias de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico.

A peregrinação das cuidadoras na busca da resolução dos problemas de saúde dessas crianças, muitas vezes, torna-se desgastante. Isto se deve à falta de conscientização dos profissionais em relação à importância da integralidade em saúde bem como à precariedade dos serviços relacionados à falta de equipamentos e recursos humanos para o diagnóstico e tratamento adequados às demandas dessas crianças.

A partir dos resultados deste estudo, foi possível encontrar algumas respostas que podem estar relacionadas à expressiva demanda de pacientes atendidos em pronto-socorro pediátrico relacionado aos diferentes níveis de atenção em saúde. As cuidadoras das crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico procuram o serviço para resolver os problemas de saúde de seus filhos por, muitas vezes, não encontrarem solução nas unidades básicas de saúde, nas unidades de programas de saúde da família, no pronto atendimento pediátrico municipal e na unidade de pronto atendimento municipal. Além disso, foi possível perceber que os serviços privados de atenção à saúde da criança também não são resolutivos, o que faz com que as cuidadoras procurem o serviço de pronto-socorro pediátrico do SUS.

As ações de cuidado em saúde desenvolvidas pelas cuidadoras estão imbricadas com o seu contexto sociocultural. As dificuldades que estas cuidadoras enfrentam, em seu cotidiano de cuidado, levam-nas à procura de atendimento em pronto-socorro pediátrico. Esta procura relaciona-se à resolutividade que este serviço de pronto-socorro oferece em detrimento dos demais serviços de saúde. Nesse sentido, as cuidadoras, inseridas no seu contexto e mergulhadas no seu universo sociocultural, a partir das dificuldades encontradas no dia a dia desenvolvem ações de cuidado em saúde, buscando um serviço que ofereça garantia de resolutividade dos problemas de saúde de seus filhos.

Nessa perspectiva, o conhecimento adquirido por meio desta pesquisa poderá contribuir com a equipe de enfermagem do pronto-socorro pediátrico, cenário deste estudo. A partir da realidade dessas famílias, será possível planejar um cuidado mais humanizado a estas e às suas crianças, pois se acredita em um trabalho que parte do princípio de que o ser humano não pode ser visto fora do seu contexto sociocultural.

Nesse sentido, acredita-se que o trabalho da enfermagem e também dos demais profissionais da saúde deve valorizar as singularidades do indivíduo e do seu núcleo familiar, ou seja, prestar a assistência e o cuidado, respeitando as condições socioculturais de cada família e a individualidade dos sujeitos.

Assim, como uma das primeiras contribuições deste estudo para a prática, os integrantes da equipe serão convidados para uma reunião na qual serão divulgados os resultados desta pesquisa e, posteriormente, será discutido o planejamento das ações em saúde a fim de contribuir para melhorias no atendimento aos usuários do serviço de pronto-socorro pediátrico. Além disso, pretende-se discutir com gestores da rede de serviços em saúde do município, sede do estudo, na tentativa de encontrar soluções para as dificuldades encontradas pelas famílias de crianças atendidas no pronto-socorro pediátrico na busca de soluções dos agravos em saúde.

Acredita-se ser necessário rever a dinâmica dos serviços de atenção à saúde da criança, viabilizando, em primeiro lugar, a comunicação entre os profissionais dos três níveis de atenção em saúde do município, cenário do estudo. É necessário responsabilizar os profissionais e gestores da saúde para que o atendimento à população infantil seja oferecido de forma integral por meio da integração de unidades básicas de saúde, unidade de estratégias de saúde da família e pronto-socorro pediátrico.

Enfim, os achados deste estudo podem contribuir para que os serviços, os profissionais e a Secretaria Municipal de Saúde, possam ter uma visão ampliada das dificuldades de acesso, resolução e promoção à saúde da criança. Ainda, poderão auxiliar na tomada de decisões do serviço de saúde nos níveis primários, secundários e terciários para que suas ações possam ser mais efetivas.

É necessário ressaltar que este estudo proporcionou uma reflexão em relação aos cuidados de cada criança e seu familiar, em especial à cuidadora, que se caracterizou também como mulher-mãe, que possui diversas responsabilidades no núcleo familiar. Nesse sentido, pensa-se ser urgente desenvolver outros estudos com abordagem multiprofissional, buscando compreender o universo dessas mulheres cuidadoras para, posteriormente, desenvolver estratégias de atenção em saúde, direcionadas para as realidades das crianças e suas famílias.



Acredita-se na necessidade de realizar atividades de educação em saúde como estratégia de espaços de escuta e debates, envolvendo as cuidadoras no sentido de estimular a reflexão e a crítica para o desenvolvimento da autonomia e do senso de empoderamento.

Acredita-se que a produção científica vinculada a este projeto poderá subsidiar a constituição de saberes e práticas em saúde que fortaleçam a construção do conhecimento. Poderá contribuir também para a formação de um processo que incorpore a subjetividade, a autonomia, a participação da família, a ética, a cidadania e a valorização da vida nas ações da enfermagem. Recomenda-se o investimento em articulação dos serviços de saúde em prol da formação de verdadeiras redes de cuidado, fortes e articulados, construindo um cuidado integral, valorizando os direitos e a cidadania destas crianças e suas famílias.

Por fim, o contato com as cuidadoras de crianças atendidas em pronto-socorro pediátrico foi considerado muito breve e, talvez, por isso, como toda pesquisa, este estudo apresenta limites.

Portanto, considerando que o universo sociocultural das famílias e de cada ser humano em especial é extremamente amplo e complexo, são necessários outros estudos para o aprofundamento de questões relacionadas à saúde da criança e à família.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, A. A.; BRITO, A. M.; NOVAES, M. Saúde e autonomia: novos conceitos são necessários? **Revista Bioética**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 117-24, 2008.

BARBOSA, M. A. M.; BALIEIRO, M. M. F. G.; PETTENGILL, M. A. M. Cuidado centrado na família no contexto da criança com deficiência e sua família: uma análise reflexiva. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 194-9, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 8. ed. Portugal: Geográfica Editora. 2011.

BARROS, D. M.; SÁ, M. C. O processo de trabalho em saúde e a produção do cuidado em uma unidade de saúde da família: limites ao acolhimento e reflexos no serviço de emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 15, n. 5, p. 2473-2482, 2010.

BOEHS, A.E; et. al A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-14, 2007.

BOEHS, A. E. et al. Percepções das mães sobre os cuidados à saúde da criança até 6 anos. **Reme – Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 114-120, Jan./Mar., 2011.

BOFF, L. **Saber cuidar**. Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 2000.

BORTOLOTE, G. S.; BRÊTAS, J. R. S. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. **Revista de escola de enfermagem da USP**, Ribeirão Preto, v. 42, n. 3, p. 422-9, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

\_\_\_\_\_. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências [Internet]. Brasília; ( citado em 2012) 1986. Disponível em: [http://novo.portalfen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986\\_4161.html](http://novo.portalfen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986_4161.html) Acessado em out 2012.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo S.A., MESP, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Lei nº 8.069** de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990a.

\_\_\_\_\_. Diário Oficial da União. **Lei nº 8080/90** de 19 setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e da outras providências. Brasília, DF, 1990b.

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 196**, 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 1996. 9 p. Disponível em: <<http://www.conselho.sau.de.gov.br/docs/Resolucoes/reso196.doc>>. Acesso em: 01 dez. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil** / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **AIDPI- Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: Curso de capacitação: introdução-módulo 1**. Brasília (DF), 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília – DF, 2005. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAX48AC/agenda-compromissos-a-saude-integral-crianca-reducao-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Brasil Carinhoso vai retirar da miséria famílias com filhos de até seis anos**. 2012a. Disponível em <http://www.brasil.gov.br/noticias/arquivos/2012/07/06/brasil-carinhoso-vai-retirar-da-miseria-familias-com-filhos-de-ate-seis-anos> Acesso em: 06 out. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acordo prevê redução da mortalidade infantil. 2012b**. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/7266/162/acordo-preve-reducao-%3Cbr%3Eda-mortalidade-infantil.html>>. Acesso: em 19 set 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Parceria qualificará atenção ao público infantil na atenção básica**. 2012c. Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=41044](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=41044)>. Acesso em 06 out 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Brasil supera meta da ONU de redução de mortes em crianças**. 2012d. Disponível em: <http://www.blog.saude.gov.br/tag/estrategia-saude-da-familia/feed/>>. Acesso em: 30 nov. 2012.

BUSTAMANTE, V.; LENY, A. Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. **Bomfim Trad Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 12, n. 5, p. 1175-1184, 2007.

CARRET, M. L. V. et al. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 1069-1079, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Resolução n. 159/ 1993**, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 1993. Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br>; Acesso em: 30 nov. 2012.

COSTA, G. D.; et al. Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeiras. Minas Gerais, **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, 2011.

CUTOLO, L. R. A. Modelo Biomédico, reforma sanitária e a educação pediátrica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 4, 2006.

DALMOLIN, B.B. et. al Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. **Esc Ana Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, 2011.

DaMATTA, R. O que faz o brasil Brasil? Rio de Janeiro: Rocco, 2001.

DURO, C. L. M. **Maternidade e cuidado infantil**: concepções presentes no contexto de um programa de atenção à saúde da criança – Porto Alegre/Rio Grande do Sul. 2002. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ELSEN, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: ELSEN, I. et al. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. Maringá: UEM, 2002, p. 11-24.

ELSEN, I.; MARCON, S. S.; SILVA, M. R. S. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença**. 2ª ed. Maringá: EDUEM, 2004. p. 19-28.

ERDMANN, A. L.; SOUSA, F. G. M. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 150-160, 2009.

FALBO, B. C. P. et al. Estimulo ao desenvolvimento infantil: produção do conhecimento em enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Distrito Federal, v. 65, n. 1, p. 148-54, 2012.

FELICIANO, K. V. et al. Acessibilidade, atenção primária, sistema de referência e contra-referência, avaliação em saúde. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81, p. 251-8. 2005. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n3/v81n3a13.pdf>>. Acesso em: 20 Out 2011.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1171-1176, nov.-dez. 2007.

FREIRE, P. **Conscientização: teoria e prática da libertação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.116p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 31. ed. 2001. 184p.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 34 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2006. 146p.

GARCIA, R. P. et al. Setores de cuidado assistenciais ao doente crônico. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 270-276, 2012.

GARLET, E. R. et al. Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 266-72, 2009.

GAUTERIO, D. P.; IRALA, D. A.; VAZ, M. R. C. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Rev. Bras. Enferm.**, Distrito Federal, v. 65, n. 3, p. 508-13, 2012.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p 2449-2463, 2006. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/19.pdf>>. Acessado em: 16 de Out 2012.

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

HELMAN, C. G. Cultura, Saúde e Doença. 5. ed. Porto Alegre. Artimed, 2009.

ISERHARD A. R. M. et al. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 116-122, Jan./Mar. 2009.

KLASSMANN, J. et al. Experiência de mães de crianças com leucemia: sentimentos acerca do cuidado domiciliar. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 321-30, 2008.  
Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)>.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of the borderline between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.

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

LEININGER, M. Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. **Nurs Sci Q** n 1: 152-60. 1998

MAIA, E. B. S.; RIBEIRO, C. A.; BORBA, R. I. H. Compreendendo a sensibilização do enfermeiro para o uso do brinquedo terapêutico na prática assistencial à criança. **Rev Esc Enferm USP**, Ribeirão Preto, v. 45, n. 4, p. 839- 46, 2011.

MALTA, D. C. et al. Perfil dos atendimentos de emergência por acidentes envolvendo crianças menores de dez anos: Brasil, 2006 a 2007. **Ciênc Saúde Colet.**, São Paulo, v. 14, n. 5, p. 1669-1679, 2009.

MARANHÃO, D. G.; SARTI, C. A. Creche e família: uma parceria necessária. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 38, n. 133, Jan./Abr. 2008. 171-194.

MARCON, S. S. et al. Dificuldades enfrentadas pela família no cuidado a uma criança com doença crônica. **Cienc Cuid Saude**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 411-419, 2007.

MARQUES F. R. B. et al. A presença das avós no cotidiano das famílias de recém nascidos de risco. **Cienc. Cuid. Saude**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 593-600, Jul./Set. 2011.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento E seu acolhimento ao sistema de saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 13-9, 2007.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-7, 2008. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)>

MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G.; SCOCHI, C. G. S. A saúde de crianças em situação de pobreza: entre a rotina e a eventualidade de cuidados cotidianos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 15, n. esp., set./out. 2007. Disponível em: <[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae)>.

MARTINS, J. J. et al. Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 254-62, 2007.

MINAYO, M. C. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo. HUCITEC, 2010.

NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL-ONU/BR. **Brasil reduziu mortalidade infantil em 73% desde 1990, afirma UNICEF**. 2012. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/brasil-reduziu-mortalidade-infantil-em-73-desde-1990-afirma-unicef/>>. Acesso em: 03 out 2012.

NEVES-VERNIER, E. T. **O empoderamento de cuidadoras de crianças com necessidades especiais de saúde: interfaces com o cuidado de enfermagem**. 2007. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

NEVES, E. T.; SILVEIRA, A. Desafios para os cuidadores familiares de crianças com necessidades especiais de saúde: contribuições da enfermagem. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 5, p. 1458-62, mai. 2013.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, aproximadamente 9 telas, mai./jun. 2012.

OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface \_ Comunic, Saúde, Educ**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.

PINHEIRO, R. CECIM, R. B. Experiência, ação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESQ; ABRASCO, 2006. p. 13-35. (2).

PINTO, J. P. et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev Bras Enferm**, Distrito Federal, v. 63, n. 1, p. 132-5, jan-fev. 2010.

RIBEIRO, C. A.; OHARA, C. V. S.; SAPAROLLI, E. C. L. **Consulta de enfermagem em puericultura**. In: FUJIMORI, E.; OHARA, C. V. S. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Barueri: Manole; 2009. p. 223-47.

ROCHA, A. F. S. **Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte**. 2005. 97 f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais: Belo Horizonte, 2005.

ROMANI, J. L.; DINIZ, M. N.; INÁCIO, M. A. M. Uma visão assistencial da urgência e emergência no sistema de saúde. **Bioética**, Distrito Federal, v. 17, n. 1, p. 41-53, 2009.

SÁ, M. C.; CARRETEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cad Saúde Pública**, São Paulo, v. 24, n. 6, p. 1334-43, 2008.

SALGADO, R. M. P.; AGUERO, F. C. M. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. **Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 90-7, 2010. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1338.pdf>>.

SANT'ANNA, C. F.; CEZAR-VAZ, M. R.; CARDOSO, L. S.; ERDMANN, A. L.; SOARES, J. F. S. Determinantes sociais de saúde: características da comunidade e trabalho das enfermeiras na saúde da família. **Rev Gaúcha Enferm**. mar;31(1):92-9. Porto Alegre (RS) 2010

SANTOS, A. M. R. et al. Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 473-9 2011. Disponível em: <[www.ee.usp.br/reeusp](http://www.ee.usp.br/reeusp)>.

SANTOS, J. L. G. **A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um serviço hospitalar de emergência**. 2010. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre (RS), 2010.



SCHIMITH, M. D. Colonialismo ou solidariedade nas relações entre trabalhadores de saúde e usuários? Implicações para a continuidade do cuidado. Tese apresentada à Universidade Federal de São Paulo para obtenção do título Doutor em Ciências. São Paulo, 2013. xvii, 203f. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

SILVA, M. M.; ROCHA, L.; SILVA, S. O. Enfermagem em puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 141-4, 2009.

SILVA, R. M. et al. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, v. 26, n. 4, p. 382-8, 2013.

SILVA, S. O.; BUDÓ, M. L. D.; SILVA, M. M. Concepções e práticas de cuidado na visão de homens. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 389-96, abr./jun.2013.

SIMON, B. S.; BUDÓ, M. L. D.; GARCIA, R. P. et al. Rede de apoio social à família cuidadora de indivíduo com doença crônica: revisão integrativa. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v. 7, n. esp., p. 4243-42, mai. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **O Programa Saúde da Família e a pediatria**. Distrito Federal, v. 34, p. 6-7, nov./dez. 2004. Disponível em: <[http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=88&id\\_detalhe=1671&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=88&id_detalhe=1671&tipo_detalhe=s)>.

SOARES, L. C.; KLERING, S. T.; SCHWARTZ, E. Cuidado transcultural a clientes oncológicos em tratamento quimioterápico e a seus familiares **Cienc Cuid Saude**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 101-108, 2009.

SOUSA, V. D.; DRIESSNACK, M.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem. parte 1: desenhos de pesquisa quantitativa. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15 n. 3, mai./jun. 2007.

SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L. Qualificando o cuidado a criança na Atenção Primária de Saúde. **Rev. Bras Enferm**, Brasília, 65(5): 795-802. set-out. 2012.

TONON, A. S. et al. **Os direitos da criança e do adolescente frente à participação da família**. 2009. Disponível em: <[intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/.../866](http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/.../866)>. Acesso em 01 dez. 2012.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F; Construção de um conceito de cuidado de enfermagem: contribuição para o ensino de graduação. **Rev Bras Enferm**, Distrito Federal, v. 64, n. 1, p. 106-13, 2011.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F; O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto; v. 16, n. 4, 2004.

WEGNER, W.; PEDRO, E. N. R. Os múltiplos papéis sociais de mulheres cuidadoras-leigas de crianças hospitalizadas. **Rev Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 335-42, Jun. 2010.

WINKELSTEIN, M. L. **Perspectiva da enfermagem pediátrica**. In: HONCKENBERRY, M. J. Wong. **Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006. p. 1-21.

WRIGHT. L. M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e Famílias: Um guia para avaliação e intervenção na família**. São Paulo: Roca, 2012.

ZAMBERLAN, K. C. et al. **Trajetória de familiares cuidadores de crianças menores de cinco anos ao pronto atendimento infantil**. Relatório de pesquisa. 2013.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – Dados de identificação do participante/cuidador familiar

Entrevista nº: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA

Nome (iniciais): \_\_\_\_\_ Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Idade: \_\_\_\_\_

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE/ CUIDADOR FAMILIAR

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Religião: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco do cuidador familiar com a criança: \_\_\_\_\_

#### ASPECTOS RELACIONADOS À CRIANÇA E SEU CONTEXTO FAMILIAR:

A/O _____ tem irmãos?	1 <input type="checkbox"/> Sim quantos?..... 2 <input type="checkbox"/> Não.
_____ (NOME DA CRIANÇA) teve hospitalizada anteriormente?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim Quantas vezes?.....
Qual foi o motivo desta hospitalização?	
Unidade básica de referência	
_____ (NOME DA CRIANÇA) Possui vacinas em atraso?	1 <input type="checkbox"/> Não 2 <input type="checkbox"/> Sim Porquê? .....
Qual o número de filhos na família?	1 <input type="checkbox"/> um 2 <input type="checkbox"/> dois 3 <input type="checkbox"/> três 4 <input type="checkbox"/> mais de quatro

Qual é a idade do principal cuidador:	Resposta: _____ anos.
Quantos anos de estudo tem o principal cuidador?	00 <input type="checkbox"/> nenhum. _____ anos.
Qual a situação conjugal dos pais do/a _____ (NOME DA CRIANÇA).	1 <input type="checkbox"/> casados 2 <input type="checkbox"/> união estável 3 <input type="checkbox"/> solteiros 4 <input type="checkbox"/> outro

Qual a Renda Familiar aproximada?	1 <input type="checkbox"/> menos do que um Salário Mínimo (SM) 2 <input type="checkbox"/> um SM 3 <input type="checkbox"/> dois SM 4 <input type="checkbox"/> três SM 5 <input type="checkbox"/> quatro SM 6 <input type="checkbox"/> mais de quatro SM:
Quantas pessoas contribuem para essa renda?	1 <input type="checkbox"/> uma pessoa 2 <input type="checkbox"/> duas pessoas

	3 <input type="checkbox"/> três ou mais pessoas
Quantas pessoas dependem desta renda?	1 <input type="checkbox"/> até duas 2 <input type="checkbox"/> três 3 <input type="checkbox"/> mais de três
A família de _____ (NOME DA CRIANÇA) recebe auxílio de algum programa social?	1 <input type="checkbox"/> Sim Qual?..... 2 <input type="checkbox"/> Não.
A casa de _____ (NOME DA CRIANÇA) é:	1 <input type="checkbox"/> própria 2 <input type="checkbox"/> alugada 3 <input type="checkbox"/> cedida 4 <input type="checkbox"/> outro
Qual é o tipo de construção da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	1 <input type="checkbox"/> alvenaria 2 <input type="checkbox"/> madeira 3 <input type="checkbox"/> mista 4 <input type="checkbox"/> lona
Quantos cômodos possui a casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	1 <input type="checkbox"/> um 2 <input type="checkbox"/> dois 3 <input type="checkbox"/> três 4 <input type="checkbox"/> mais de três
Como é o abastecimento de água na residência de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	1 <input type="checkbox"/> da rede oficial e tratada 2 <input type="checkbox"/> encanada com abastecimento regular 3 <input type="checkbox"/> encanada com abastecimento irregular 4 <input type="checkbox"/> água de poço 5 <input type="checkbox"/> mina 6 <input type="checkbox"/> rio
Como é a rede de esgoto da casa de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	1 <input type="checkbox"/> rede oficial 2 <input type="checkbox"/> fossa 3 <input type="checkbox"/> esgoto a céu aberto
E a eletricidade?	1 <input type="checkbox"/> rede oficial 2 <input type="checkbox"/> ligação coletiva 3 <input type="checkbox"/> ligação clandestina 4 <input type="checkbox"/> ausente
Como é a coleta de lixo?	1 <input type="checkbox"/> regular 2 <input type="checkbox"/> irregular 3 <input type="checkbox"/> queimado 4 <input type="checkbox"/> enterrado 5 <input type="checkbox"/> acumulado
Qual é o meio de transporte mais utilizado pela família de _____ (NOME DA CRIANÇA)?	1 <input type="checkbox"/> carro próprio 2 <input type="checkbox"/> motocicleta 3 <input type="checkbox"/> ônibus coletivo 4 <input type="checkbox"/> bicicleta 5 <input type="checkbox"/> outros: _____.

**APÊNDICE B – Roteiro da entrevista semiestruturada**

- 1 Conte-me como é o cuidado de (NOME DA CRIANÇA) no dia a dia de sua família?**
- 3 Como você aprendeu a cuidar de crianças?**
- 4 O que você faz quando (NOME DA CRIANÇA) tem algum problema de saúde?**
- 5 Qual a principal dificuldade que você encontra para cuidar de (NOME DA CRIANÇA) quando tem algum problema de saúde?**
- 6 Descreva como foi a última vez que (NOME DA CRIANÇA) precisou de cuidados de saúde?**
- 7 O que você fez hoje para resolver problema de saúde de (NOME DA CRIANÇA), antes de trazê-la para o atendimento no pronto-socorro pediátrico?**
- 8 Por que você acha que a (NOME DA CRIANÇA) tem problemas de saúde?**
- 9 O que você acha mais importante quando cuida de (NOME DA CRIANÇA)?**

**APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

**PESQUISA:** Ações de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir de seu universo sociocultural

**Pesquisador responsável:** Enf<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Tatsch Neves. Telefone (55) 3220-8938

**Mestranda:** Enf<sup>a</sup> Fernanda Luisa Buboltz.

**Local da coleta de dados:** Pronto-Socorro Pediátrico do Hospital Universitário de Santa Maria/RS.

Prezado (a) Senhor (a): Você está sendo convidado (a) a participar de uma entrevista, a participação deste estudo é de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder às perguntas, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.

Os pesquisadores deverão responder a todas as suas dúvidas antes de você decidir participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Objetivo do estudo: compreender as ações de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir de seu universo sociocultural.

Procedimentos. Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a uma entrevista semiestruturada.

Benefícios. Os resultados desta pesquisa poderão auxiliar na tomada de decisões do serviço de saúde nos níveis primários, secundários e terciários para que suas ações possam ser mais efetivas. Além disso, estes resultados serão discutidos com a equipe de saúde do Pronto-socorro pediátrico do hospital Universitário de Santa Maria a fim de encontrar estratégias de melhoria no atendimento às crianças atendidas neste serviço. Este estudo não possui nenhum benefício de origem financeira.

Riscos. Existe o risco de desvelar sentimentos e percepções que possam gerar algum desconforto aos sujeitos em virtude da fala de suas vivências. Nesses casos, a entrevista será interrompida e/ou, conforme o caso, suspensa. Será respeitada a garantia dos direitos dos cuidadores/acompanhantes.

Sigilo. Como vai garantir o anonimato, as informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão

identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma, será utilizada a letra “C” (C1, C2, C3...), correspondente à inicial da palavra cuidadores.

Acesso a informações: Em caso de dúvidas a respeito do estudo, poderá telefonar para a mestrandia Fernanda Luisa Buboltz, para a pesquisadora responsável Profa Dra Eliane Tatsch Neves (55) 3220-8938 ou (55)- 3220-8473

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, concordo em participar desta pesquisa.

Santa Maria \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Assinatura do acompanhante/cuidador

---

Fernanda Buboltz/mestrandia

---

Profª Drª Eliane Neves/ pesquisadora



**APÊNDICE D – Termo de Confidencialidade dos Dados (TCD)**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM-MESTRADO

**PESQUISA:** Ações de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir partindo de seu universo sociocultural. **Pesquisador responsável:** Enf<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Tatsch Neves (55-9931-9988)

**Mestranda:** Enf<sup>a</sup> Fernanda Luisa Buboltz (55 96350166); laboratório de pesquisa GPPEFAS/UFSM (55) 3220-8938.

**Local da coleta de dados:** Pronto-Socorro Pediátrico do Hospital Universitário de Santa Maria

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados por meio de uma entrevista, que visa aos Objetivos do estudo: Compreender as ações de cuidado da família à criança atendida em Pronto-socorro Pediátrico.

Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para a composição de banco de dados e a execução deste projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1336, no Departamento de Enfermagem, prédio 26 do Centro de Ciências da Saúde, no período de cinco anos, sob a responsabilidade do Pesquisador responsável Enf<sup>a</sup> Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Eliane Tatsch Neves. Após esse período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_, com o número do CAAE \_\_\_\_\_.

Santa Maria, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

Eliane Tatsch Neves

RG: 1052691696

**APÊNDICE E – Categoria temática: ações de cuidado em saúde**

FAMILIA	CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS	ENUNCIADO	COMENTÁRIO ANALÍTICO	AUTOR
<b>F1</b>	Principal cuidador: mãe Dona de casa. Tem cinco filhos. Escolaridade do cuidador: 04 anos de estudo; Situação conjugal dos pais: casados. Renda: menos de um salário mínimo/mês; Uma pessoa contribui para renda; mais de cinco pessoas dependem desta renda; A família recebe bolsa-família; Casa própria com 03 cômodos; Usam transporte coletivo	“...daí eu peguei e dei banho nele e vim pra universidade daí!” “...Daí eu trouxe ele lá na época do PA, aí baixo ele lá! De lá eles transferiram ele pra cá daí” “...nada, só peguei e trouxe ele! Trouxe ele na ambulância!” “Foi que aí eu trouxe ele e ele precisou interna né!” “... eu coloquei ele em repouso. Não sabia que seria tão grave né! Aí eu botei ele sentadinho ali aí cuidei e observei! Mas daí não passava, não tava passando ele tava casa vez mais...ele não mexia mais até!” Aí eu disse não vou leva, porque tava horrível né!” “ahh febre quando ele fica engripado! Mas é muito difícil!”...eu dou remédio da febre”!	As falas desta cuidadora inferem que a mesma tem, como principal ação de cuidado para resolver os problemas de saúde do filho, a procura pelo serviço de saúde. Em algumas situações. utiliza-se de conhecimento do saber popular. Mas o cuidado que permanece é o relacionado ao setor profissional.	<b>Kleinman</b>
<b>F2</b>	Cuidadora: mãe/ mas criança vai à creche; mãe trabalha fora. Tem só uma filha. Mãe tem ensino superior incompleto. Situação conjugal dos pais: união estável; Renda aproximada da família: mais de 04 SM, sendo que duas pessoas contribuem para a renda e três dependem dela. Não recebem auxílio de programa social. Casa própria com mais de 03 cômodos. Utilizam o ônibus como maior meio de transporte.	“...Nos cuidados de roupa e tudo lava as roupinhas dela separado também é um cuidados que eu tenho assim, amaciante específico para nenê que eu acho importante, assim sabão específico né pode dar algum tipo de alergia né.” “A minha primeira atitude foi da o remedinho para febre e já encaminhar pro medico que foi é o que é o que eu faço, eu só descanso quando eu escuto a opinião do medico. “... mas eu dei o remedinho de febre que ele tem indicado que eu posso dar as gotinhas certinha , não medico ela assim saio medicando não não gosto.” “febre mesmo foi à primeira vez que deu deu remédio e não passou daí que eu vim sabe.”	As falas desta cuidadora infere que todos os cuidados relacionados aos problemas de saúde são resolvidos no setor profissional, ou seja, esta cuidadora utiliza-se dos serviços de saúde como primeira opção para resolver os problemas de saúde da criança. Os cuidados em saúde realizados em casa são os indicados pelo médico, como medicação para febre. Além disso, esta mãe tem cuidados relacionados à limpeza da casa para prevenir doenças.	<b>Kleinman</b>

## **ANEXO**

## ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Estratégias de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir do seu universo sociocultural

**Pesquisador:** ELIANE TATSCH NEVES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**C.A.A.E:** 13149613.3.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 209.797

**Data da Relatoria:** 01/03/2013

#### Apresentação do Projeto:

A procura por atendimento em pronto-socorro pediátrico (PS-Ped) acarreta uma sobrecarga de pacientes neste serviço que possui a finalidade de atender somente urgências e emergências. As estratégias na busca da solução dos agravos à saúde da criança são complexos. Assim é necessário compreender as práticas de cuidado a partir do contexto em que os eventos (econômicos, sociais e culturais) cotidianos acontecem. Diante do exposto, questiona-se quais as estratégias de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico, partindo de seu universo sociocultural? Assim, este estudo objetiva analisar as estratégias de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir de seu universo sociocultural. Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo-exploratória. A coleta de dados será feita por meio de entrevista semi-estruturada com os familiares cuidadores de crianças em pronto-socorro pediátrico de um hospital de ensino. A análise dos dados será feita por meio de análise de conteúdo de Bardin. Esta pesquisa seguirá os princípios éticos propostos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que orienta e estabelece normas e diretrizes para as pesquisas que envolvem seres humanos.

Endereço: Av. Boraima, 1000 - Prédio da Reitoria, 2º andar

Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900

UF: RS Município: SANTA MARIA

Telefone: (55) 3220-3362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

analisar as estratégias de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir de seu universo socio cultural

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Informa autonomia dos sujeitos da pesquisa, além dos riscos e benefícios no projeto, adequadamente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

as justificativas solicitadas estão presentes e são adequadas

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

os termos estão adequados

**Recomendações:**

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

aprovar projeto

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

SANTA MARIA, 02 de Março de 2013

---

Assinador por:  
Félix Alexandre Antunes Soares  
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria, 2º andar  
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900  
UF: RS Município: SANTA MARIA  
Telefone: (55) 3220-3362

E-mail: cep.ufsm@gmail.com