

## El itinerario terapéutico de las familias de los niños con enfermedades respiratorias en el sistema de salud pública<sup>1</sup>

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira<sup>2</sup>

Neusa Collet<sup>3</sup>

Débora Falleiros de Mello<sup>4</sup>

Regina Aparecida Garcia de Lima<sup>5</sup>

El estudio tuvo como objetivo identificar el itinerario terapéutico de las familias que buscan cuidar de su hijo con la enfermedad respiratoria. Esta es una investigación con un enfoque cualitativo, con la participación de las familias con niños menores de cinco años de edad, hospitalizados con enfermedades respiratorias. Fue utilizado como un instrumento de producción de los datos el mapa hablado, con un análisis temático de los datos. Los resultados indican que las familias buscan un servicio de salud así que perciben los síntomas y que tenían acceso a la atención médica, pero con poca resolución. Se observó que volverán al servicio durante al menos tres veces, y aun así terminó con la hospitalización. Los atributos de la atención primaria no fueron observados en los servicios de salud pública, ni el encuentro tuvo un éxito práctico.

Descriptores: Cuidado del Niño; Atención Primaria de Salud; Enfermedades Respiratorias.

<sup>1</sup> Artículo parte de la Tesis de Doctorado "Resolutividade do atendimento à saúde de crianças menores de cinco anos com queixa de doenças evitáveis", presentada a la Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

<sup>2</sup> PhD, Profesor, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Brasil.

<sup>3</sup> PhD, Profesor Adjunto, Universidade Federal da Paraíba, Brasil.

<sup>4</sup> PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

<sup>5</sup> PhD, Profesor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Brasil.

---

Correspondencia:

Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira  
Rua Universitária, 2069  
Jardim Universitário  
CEP: 85110-110, Cascavel, PR, Brasil  
E-mail: beatriz.oliveira@unioeste.br

## O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde

O objetivo deste estudo foi identificar o itinerário terapêutico de famílias em busca de cuidado para sua criança com doença respiratória. Trata-se de pesquisa sob abordagem qualitativa, com participação de familiares de crianças menores de cinco anos, hospitalizadas com doenças respiratórias. Utilizou-se como instrumento de produção de dados a dinâmica mapa falante, com análise temática dos dados. Os achados indicam que as famílias buscam um serviço de saúde assim que percebem os sintomas e que tiveram acesso a atendimento médico, embora com pouca resolutividade. Observou-se que retornaram ao serviço por pelo menos três vezes e que, mesmo assim, culminou com a hospitalização. Os atributos da atenção básica não foram contemplados nos serviços públicos de saúde, nem o encontro terapêutico obteve sucesso prático.

Descritores: Cuidado da Criança; Atenção Primária à Saúde; Doenças Respiratórias.

### The therapeutic journey of families of children with respiratory diseases in the public health service

This study's purpose was to identify the therapeutic journey of families seeking health care for their children with respiratory diseases. This qualitative study had the participation of parents of children younger than five years old who were hospitalized with respiratory diseases. Path mapping was used as an instrument to collect data, which was analyzed through thematic analysis. The findings indicate that families sought the health services as soon as they perceived symptoms and had access to medical care, however such care was not decisive in resolving their health issues. Even though the families returned to the service at least another three times, the children had to be hospitalized. The attributes of primary health care were not observed in the public health services, while therapeutic encounters had no practical success.

Descriptors: Child Care; Primary Health Care; Respiratory Tract Diseases.

## Introducción

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) persisten como problema de salud pública, estimándose que en países en desarrollo ocurren 0,29 episodio de neumonía clínica/niño-año o 151,8 millones de casos nuevos anuales (95% de la incidencia mundial en menores de cinco años); 7 a 13% de los casos resultan en internación y más de dos millones evolucionan para óbito, colocando la neumonía como principal causa aislada de óbito en niños. Brasil es un de los 15 países con mayor número de casos anuales de neumonía clínica en menores de cinco años (1,8 millón), con incidencia estimada de 0,11 episodio/niño-año. Son atribuidos a la IRA, 30 a 50% de las consultas de ambulatorio, más del 50% de las hospitalizaciones y de 10 a 15% de los óbitos, siendo 80% de éstos por neumonía<sup>(1)</sup>.

Las enfermedades respiratorias son consideradas condiciones sensibles a la atención de ambulatorio (CSAA) y, por tanto, de hospitalización eludible<sup>(2-3)</sup>, contradictoriamente, aparecen como primera causa de hospitalización. Protocolos pediátricos enfatizan la importancia de proveer atenciones para los niños en el

contexto de la familia y de la comunidad utilizándose de los recursos de estas en la promoción de la salud en consultas de ambulatorio de rutina<sup>(4)</sup>.

Las acciones en la atención básica a la salud (ABS) son importantes para precaver la enfermedad de niños por problemas respiratorios, ampliando la cobertura, garantizando el acceso de la población a los servicios y proporcionando una atención de ambulatorio resolutiva a fin de evitarse la hospitalización y sus consecuencias deletéreas para los niños y sus familias. Estudios<sup>(5-7)</sup> han sido realizados en diversos países para mejorar la cobertura de la ABS en una red de atenciones de manera horizontal para alcanzar las acciones descritas.

Pensar acciones en esa dirección implica en nortear la práctica de enfermería por el cuidado, sea en unidades con estrategia de salud de la familia o de atención básica tradicional, a fin de superar la racionalidad exclusivamente técnica del trabajo e intervenir efectivamente sobre los problemas y atender las necesidades sociales de salud de los niños<sup>(8)</sup>. Ese modo de combinar técnicas y tecnologías

para las intervenciones en los problemas de salud es una manera de organizar el proceso de trabajo pautado por las necesidades individuales y/o colectivas.

En ese sentido, cuidado es entendido como actitud cuidadora expandida para la totalidad de las ponderaciones e intervenciones en el campo de la salud. "Una comprensión filosófica y una actitud práctica frente al sentido que las acciones de salud adquieren en las diversas situaciones en las que se exige una acción terapéutica, esto es, una interacción entre dos o más sujetos objetivando el alivio de un sufrimiento o el alcance de un bienestar, siempre mediada por saberes específicamente vueltos para esa finalidad"<sup>(9)</sup>.

Al desempeñar su papel cuidador, resolviendo la producción de procedimientos y de cuidado, el enfermero establece relación intercesora con el usuario, necesitando incorporar la escucha, la consideración, el vínculo, la responsabilización, en el sentido de adoptar como norte de sus acciones la racionalidad práctica en los encuentros intersubjetivos de cuidado<sup>(9)</sup>. Se cree que esta pesquisa pueda aportar para la ampliación del conocimiento de la dimensión cuidadora del profesional de salud.

Así, buscamos en ese estudio, identificar el itinerario terapéutico de familias en busca de cuidado para su niño con enfermedad respiratoria. Abordamos los tipos de servicios buscados, el acceso, la consideración, la integralidad, la vinculación y responsabilización por el sujeto y si el encuentro terapéutico fue vuelto para el cuidado.

## Abordaje metodológico

Ésta es una pesquisa de abordaje cualitativo guiada por el referencial teórico del Cuidado en Salud<sup>(9)</sup> y metodológico de la hermenéutica en salud<sup>(10-11)</sup>. Como estrategia de recogida de datos optamos por la dinámica mapa hablante<sup>(12)</sup>, buscando conocer el camino de las familias desde la hospitalización. Participaron del estudio seis familiares acompañantes de niños hospitalizados con enfermedades respiratorias (neumonías, bronconeumonías, derrame pleural, laringitis y faringitis) en la unidad de alojamiento conjunto pediátrico de un hospital público en la región Oeste de Paraná. Esa opción se dio por la premisa de que las enfermedades respiratorias son consideradas CSAA y no deberían necesitar hospitalización para tratamiento, pero contestan por más del 50% de las hospitalizaciones de niños.

Los criterios de inclusión de los familiares fueron: servicio anterior la hospitalización por el mismo motivo en la red de servicios de atención básica que compone el Sistema Único de Salud (SUS) en el municipio; residente en la zona urbana del municipio; acompañante en condiciones de prestar las informaciones necesarias para la pesquisa.

En esta estrategia de recogida de datos, se presuponen los siguientes momentos: primero - consideración de los participantes y organización del ambiente; según - presentación e integración del grupo; tercero - explicación de la dinámica y sus objetivos haciendo disponible los materiales; cuarto - elaboración del mapa y socialización del material producido a los demás miembros del grupo; quinto - análisis colectivo y validación de los datos, correspondiendo a la organización y el análisis preliminar de los datos<sup>(10)</sup>.

Realizamos dos veces la dinámica, una para cada grupo de familiares que atendían a los criterios de inclusión, en ambiente propicio, en la unidad de internación. Los grupos fueron formados después de aceptado la invitación para hacer parte en la pesquisa y de la explicación del propósito de la misma. La cuestión generadora del debate fue: "¿Cuáles fueron los caminos recorridos y los recursos utilizados para atender a las necesidades de atenciones de salud para sus hijos"? Las dinámicas fueron realizadas en abril y junio de 2010, con duración de dos horas cada una. La discusión fue grabada, las declaraciones transcritas y los dibujos escaneados.

Optamos por el análisis temática de los datos, con la intención de "descubrir los núcleos de sentido que componen la comunicación cuya presencia o regularidad signifiquen algo para el objeto analítico objetivado"<sup>(13)</sup>. Así, discutimos sobre las dos unidades temáticas logradas, a lo largo del texto: acceso de primer contacto a los servicios y la longitudinalidad del cuidado, sin embargo presentarlas de modo estanco o separado, pero en un movimiento hermenéutico de idas y venidas, aproximaciones y distanciamientos, para la conformación del todo que se presentó al pesquisador sobre las trayectorias de las familias en busca del cuidado.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Provincial del Oeste de Paraná - UNIOESTE, bajo parecer nº 245/2009 - CEP y los participantes firmaron el término de consentimiento libre y esclarecido. Los relatos están identificados por las siglas de la dinámica aumentadas de números, por ejemplo: mapa hablante un, acompañante un - MF1A1.

## Resultados y Discusión

### El acceso de primer contacto a los servicios y la longitudinalidad del cuidado

Las unidades de referencia para las familias fueron unidades básicas de salud (UBS) tradicionales, unidad de salud de la familia (USF) y de presto servicio continuado (PAC), esta última con la función de atender las urgencias y emergencias referenciadas por la ABS.

Los niños fueron hospitalizadas por problemas respiratorios, después que pasaron por servicios de atención básica: UBS/USF, PAC y servicios de ambulatorios privados. Algunas fueron más a la vez buscar por estos servicios, en intervalos de tiempos diferentes, pero todas tienen en común el hecho de haber buscado la unidad de salud cuando del surgimiento de síntomas respiratorios y/o fiebre en las primeras horas después de su apareamiento.

El perfil de las familias participantes se dibujó de la siguiente manera: familiar acompañante del sexo femenino, niños con edades de seis meses a tres años; edad de los acompañantes entre 20 y 25 años; escolaridad entre enseñanza fundamental incompleta y media completa, con predominio de este último; ocupación más frecuente en trabajos domésticos y en el sector de servicios; apenas una tenía más de un hijo; todas tenían un compañero que vivía con la familia; el cuidador del niño era la madre, en la mayor parte de los casos; la renta familiar predominante fue de dos sueldos mínimos; todas tenían electrodomésticos considerados bienes de consumo necesarios. Había acceso a servicios públicos como escuela, guardería, unidad de salud, centro comunitario y asociación de moradores, sin embargo no participaban de estas últimas, así como no lo hacían en los consejos de salud.

Presentamos, enseguida, un mapa hablante y las declaraciones de las participantes sobre el camino recorrido en busca de cuidado para su niño. MF1A1 buscó primero la unidad de salud de referencia de su barrio, después del servicio de emergencia y por fin fue encaminada al hospital para internación de su niño. En un intervalo de quince días la familia buscó por atención a la salud siete veces.

*[...] antes de la vacuna de la gripe (H1N1) ella ya estaba con el pecho cargado, con un poco de tos. Desde el momento que tomó la vacuna, empezó a tener fiebre, todos los días [...] llevé a ella en el puesto, el médico no estaba atendiendo, la enfermera mandó llevar en el PAC, allá quien atendió fue la médica M, que mandó dar inhalación con cinco gotas de berotec y llevarla para casa. En la farmacia, el empleado habló que cinco gotas para ella, que tiene seis meses, es mucho porque acelera la respiración, que era muy fuerte para ella, que iba a hacer mal, que él no podía ir contra la palabra de una médica, pero él hallaba eso. Compramos, fuimos para casa e hicimos la inhalación con suero apenas. Ella no mejoró, trajimos para el hospital, la primera vez, aquí en el HU, el médico L. habló que era para dar apenas dos gotas de berotec en la inhalación y nos mandó para casa. Ayer yo fui a buscarla en la guardería, la coordinadora habló que ella estaba con fiebre de nuevo, la trajo acá. [...] hicieron los exámenes de nuevo, y nunca da nada, de esa vez dio un poco alterado el examen de sangre, pero ellos no tienen seguridad de lo que puede ser, porque ella estaba con fiebre (MF1A1).*

El primer aspecto a ser discutido es la creencia del familiar de que lo que causó el problema de salud de su niño

fue la vacuna, pues no verbaliza en ningún momento haber sido orientada por los profesionales de salud, que fueron por lo menos cinco diferentes, entre médicos y enfermeros, sobre las reacciones vacunales o mismo complicaciones esperadas en cuanto la administración del inmunobiológico en cuestión.

Enseguida, al buscar la UBS como primera opción, no encontró el profesional que quería - el médico, para evaluación de su niño, siendo orientada por el enfermero para buscar el servicio de emergencia. A partir de allí no regresó más a la UBS, buscando siempre por el servicio de emergencia o directamente el ambulatorio del hospital. Esa conducta demuestra el rompimiento del vínculo con la UBS y la inviabilidad de formarlo con otro profesional que no el médico, en ese caso el enfermero, que al usar de las herramientas de la clínica ampliada podría haber evaluado el niño e incluirlo para el cuidado de salud en la UBS caso necesitase otro profesional o aun encaminado para el cuidado que juzgase necesario en la red.

El servicio de las necesidades de salud de los usuarios los lleva a buscar los caminos y los servicios que le dan acceso al servicio de su demanda<sup>(14)</sup>. Así, no se trata de buscar explicaciones sobre porque el usuario va al servicio de emergencia o al hospital y que allí no es el local adecuado para resolver su problema de salud, sino que identificar que la UBS y/o USF no están siendo capaces de acoger y dar un seguimiento adecuado a las demandas en un tiempo capaz de ser tolerado por el usuario.

Otro aspecto dice respecto a la comunicación médico-familiar y la vinculación establecida con éste, en que la confianza no se hizo presente, pues al cuestionamiento del empleado que se encontraba en la farmacia la prescripción dejó de ser cumplida. Así, cuando la confianza en el profesional no fue establecida, al primer cuestionamiento sobre lo que fue prescrito, la familia abandonó la terapéutica propuesta.

Esa quiebra de confianza fue reforzada cuando luego a continuación, en un próximo servicio médico, el profesional discordó de la terapéutica inicialmente propuesta, alterándola, lo que refuerza la rotura de la confianza en el profesional que hizo el servicio junto al servicio de emergencia. Sin embargo, un diagnóstico no fue establecido y el niño regresó para casa presentando los mismos síntomas que motivaron la busca por cuidado. Como la demanda permaneció, regresó para consulta, ahora con agravación del cuadro clínico, siendo hospitalizada.

Estudio cuyo objetivo fue conocer la accesibilidad a las acciones básicas entre niños atendidos en servicios de hospital de urgencias, reconstruyendo la trayectoria de contactos con unidades de salud en el evento actual y caracterizar los vínculos con la atención básica y adecuación de los factores de mortalidad al perfil organizacional de los

servicios, identificó como conflictos entre la demanda y la oferta de servicios cuatro posibilidades: el niño tendría una manifestación aguda en día u hora en la que la UBS estaría cerrada, tornando la demanda para servicio de emergencia adecuada; conflicto de hora entre el funcionamiento de la UBS y la hora de trabajo de los padres, que entonces buscan la emergencia; conflictos con la organización del servicio, vínculos entre usuario y equipo y/o profesional y expectativas en cuanto a la capacidad del servicio de satisfacer necesidades inmediatas; el acceso geográfico como impeditivo o limitante del acceso al cuidado<sup>(15)</sup>. Nos parece que estas posibilidades, aparte de la última, que no fue manifestada por esta familia, estuvieron presentes en su trayectoria.

MF1A2 busca servicio directamente en el PAC, pues su niño tiene crisis respiratorias con frecuencia y en su UBS de referencia las fichas de consulta son distribuidas viernes para la semana siguiente. La UBS no es citada como servicio de salud que suele buscar para el cuidado de su niño, pues el vínculo ya fue roto en otras situaciones que antecedieron la esta última hospitalización o siquiera fue formado, por las limitaciones de acceso y también por no percibir acciones de integralidad y la longitudinalidad del cuidado.

La declaración, a continuación, describe el itinerario de la familia en busca de cuidado para su niño:

*Allá (el puesto del barrio) es así, tenemos que ir el viernes para coger ficha, tiene que estar allá para enfrentar cola, la cola es enorme, esto para consultar en la otra semana. Cuando ataca la respiración, llevo directo en el PAC, ni llevo en el puesto, porque tiene que coger ficha el viernes, no adelanta llegar allá con el niño mal diciendo que quiere consultar, que no consultarán. [...] allá (en el PAC), como él llega bien atacado, en la hora él es atendido [...] ahora ya es la segunda vez que aquella médica D., que yo veo mi hijo atacado, ya sé que tiene que llevar e internar allá en el PAC, allí es la segunda vez que yo llego allá en la consulta, que es con ella y ella habla: "daré inhalación, medicina y usted puede ir para casa que su hijo está bien", cuando es por la tarde, traigo y él tiene que ir para el oxígeno, es la segunda vez que eso acontece (MF1A2).*

El primer aspecto a ser discutido es que lo familiar percibe la dificultad de acceso en su UBS, o sea, funciona con marcación, para consultas de rutina. Cuando hay un caso agudo y no es día de lograr fichas de consulta, ni busca el servicio. Identificamos entonces una barrera de acceso establecida por la manera como el servicio se organiza. Más de lo que eso, una rotura entre las demandas familiares y qué la UBS ofrece, pues la madre cree que su niño sea portadora de un trastorno respiratorio crónico que aun no sabe exactamente cual es, pero que no es acompañada como condición crónica en la UBS.

Estudio apunta como limitante de la consideración y reflejando en servicios de emergencia, el predominio en

la organización del trabajo de consultas y procedimientos individuales y una dicotomía entre asistencia y prevención, visible en las marcaciones de consulta, en que el médico destina su agenda para consultas y el enfermero para procedimientos, ajustando la atención a los usuarios que se encuadran en los atenciones ofertados y provocando el encaminamiento de otros para fuera del sistema<sup>(14)</sup>, a ejemplo del ocurrido con esa familia.

El segundo aspecto a ser discutido, en las dos veces en las que la familia buscó la unidad de emergencia para la consulta médica, dice respecto a lo que el familiar desea como cuidado médico y lo que efectivamente ocurre, o sea, hay un descompaso en el diálogo, en oír el otro, entender lo que desea como proyecto de dicha y empeñar su racionalidad práctica para conseguir alcanzar el éxito del encuentro terapéutico<sup>(9)</sup>. No apenas hubo rotura en el encuentro, como un deseo por parte del familiar de que un determinado profesional no se responsabilice por el cuidado a la salud de su hijo.

*[...] Dios me bendiga que yo no necesite más consultar allá, pero se yo llegar allá y preguntar quién sea la pediatra y digan que es la médica D. hablaré que no quiero, que es la segunda vez que yo paro aquí (en el hospital) a causa de ella, porque se ella hubiese internado más temprano, yo no necesitaba parar aquí (MF1A2).*

La resolución en la atención básica está relacionada al recurso instrumental y conocimiento técnico de los profesionales, y aun la acción acogedora, al vínculo que se establece con el usuario, al significado que se da en la relación profesional/usuario, que sugiere el encuentro de sujetos con el sentido de actuar sobre el campo de la salud, lo que faltó en los diversos encuentros de cuidado con esta familia. La baja resolución está también junto al ejercicio hegemónico de una clínica centrada en el acto prescriptivo y en la producción de procedimientos<sup>(16)</sup>. Así, el ejercicio de la clínica traducido en actos de elocución, de escucha, en que el diagnóstico gana la dimensión del cuidado, fue sustituido por el acto prescriptivo, en una relación sumaria entre profesional y usuario, ilustrado en la declaración presentada arriba.

El mapa desarrollado por MF2A1 muestra que la familia buscó primero la UBS, después el servicio de emergencia, pues además de la continuidad de los síntomas iniciales, otro fue percibido por la familia. Después del servicio y mantenida la terapéutica, el niño continuó presentando síntomas de que no estaba bien, así, la familia buscó atención a la salud en el consultorio médico particular, pagando por el servicio y por los exámenes realizados. De allí fue nuevamente encaminada al servicio de emergencia, pues este profesional entendió qué el niño necesitaba hospitalización, y como la familia no podía pagar por ella, fue re-encaminada al servicio público de salud, según apunta en la Figura 1.

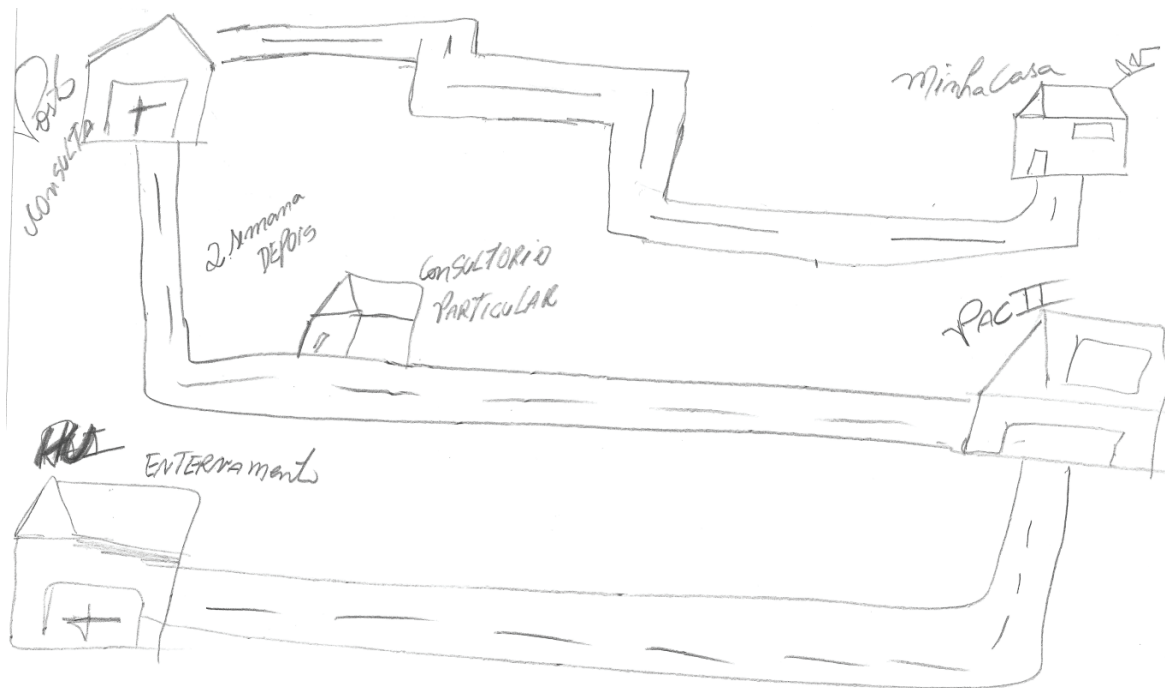


Figura 1 - Mapa hablante producido por MF2A1.

La declaración revela el sentimiento de la familia sobre la enfermedad y la resolución de los servicios frente a las demandas por cuidado:

*Hacía días que ella estaba teniendo fiebre, daba fiebre y volvía. Daba medicina, la llevé al puesto, la médica dijo que ella estaba medio cargada. [...] apenas dio medicina para tos, inhalación, suero para gotear en la nariz y la medicina para fiebre. Cuando fue jueves dio fiebre de nuevo y ella se quedaba gimiendo, no quería comer, quedó como si estuviese sintiendo dolor, el oído empezó a vaciar, entonces la llevé en el PAC II, el médico batió un rayo-X, era inicio de neumonía, pero daba para tratar en casa, dio las medicinas, apenas que no resolviera. Cuando fue lunes yo la llevé en un médico particular, de allí él batió un rayo-X y habló que era caso de internación y que era para buscar el PAC, fui en el PAC II de nuevo, mostré el rayo-X que yo había hecho allá en la clínica. [...] él me atendió y habló que iba a internarme [...] la semana entera corriendo tras médico y medicina (MF2A1).*

Esta declaración relata el modo como los diversos servicios han organizado sus procesos de trabajo, con foco en el procedimiento y no en el usuario. En todos los locales, sea en la UBS, en el consultorio médico del servicio privado o en la emergencia, la prioridad no fue la escucha calificada tampoco el diálogo interactivo, pero el foco se dio en la realización de procedimientos: la consulta, los exámenes y los distintos diagnósticos, evidenciando la interrupción del cuidado, pues cada servicio repitió los mismos procedimientos, incluso en el mismo día, rayos-x de tórax en tres servicios distintos, para evaluación de profesionales diferentes, sin que eso hubiese influenciado la resolución del cuidado. Al contrario, todo ese itinerario

prolongó la identificación del problema.

El desencuentro entre familia y profesional de salud también si manifiesta cuando la familia relata haber buscado el servicio después del surgimiento de los primeros síntomas, pero las terapéuticas instituidas no resolvieron el problema, que a lo largo del período entre la primera consulta y la hospitalización fue se agravando sin que los profesionales percibiesen el contexto de la familia y qué ella estaba viviendo. Preguntas como cuántas veces había ido al servicio, cuales servicios, quien prestó el cuidado, cuales terapéuticas fueron instituidas y se dieron o no resultado no fueron hechas y ni evaluadas. Para contestar a esas demandas es necesario tiempo y disposición para la escucha, establecimiento de vínculo de cuidado con la familia y el niño, responsabilización por ambos, con la resolución del problema, empoderamiento de los sujetos para continuar la vida con la salud restablecida y eso no ocurrió en los diferentes encuentros de cuidado para esa familia.

Otra declaración, de MF2A2, describe sus idas y venidas a los servicios de salud.

*Hace más o menos un mes que yo llevé a ella en el puesto, porque en el de mi barrio no tiene pediatra (USF con médico generalista). La médica pasó medicina para fiebre y suero para la nariz y habló que era apenas una gripe. Entonces fue desmejorando aquella tos, tratando en casa, como yo vi que no estaba resolviendo, llevé en el puesto de nuevo. El domingo ella acordó llorando y no paraba más de llorar y empezó a vomitar, una secreción de nariz con unas rayas de sangre. En la hora que ella vomitó aquello yo me puse muy nerviosa, mi esposo me llevó en el PAC II, no tenía pediatra, de allí me encaminaron para el PAC I e*



*hicieron rayos-X, consultaron y hablaron que era neumonía dupla. Me hablaron diversas cosas, yo me puse aterrada, mandaron aquí para el HU, ahora ella está haciendo tratamiento, ya está bien mejor. [...] la primera vez que yo fui al PAC, ella ni examinó la nene, apenas escuchó el pulmón de ella y ya empezó a prescribir la medicina, sin hacer examen, un rayo-X (MF2A2).*

Se destaca el desencuentro entre los deseos de la usuaria y qué el servicio de salud ha ofrecido como arreglo tecnológico de atención. Esa familia tiene como servicio de referencia, una unidad en la que actúan dos equipos de salud de la familia. Son las dos únicas del área urbana, pues las demás están localizadas en el área rural del municipio. El modo de organización del proceso de trabajo en ese local no parece haber aportado para que la población perciba esa propuesta de atención a la salud como resolutive, visto que en el caso de la familia aquí representada, la opción es por llevar el niño en otra unidad que tenga la atención médica de pediatra.

Sobre la actuación de las unidades con equipos de salud de la familia, la literatura<sup>(16)</sup> ha identificado que, aun cuando la estrategia tenga la misión de alterar el modelo asistencial con foco del cuidado en el usuario, a lo que parece, no hubo real desburocratización del acceso a los servicios, principalmente en lo que dice respeto a lo que los usuarios consideran una emergencia y que debía tener servicio inmediato, llevando a la baja credibilidad en el servicio.

Otra cuestión dice respeto a las prácticas programadas de la unidad de salud, como la puericultura, que no consiguió tener acceso desde el nacimiento de su bebé, porque la unidad, por diversos motivos, marca y desmarca el cuidado. Para la familia eso muestra que no hay compromiso por parte de la unidad y del enfermero con el cuidado a que se propone realizar, hecho éste que aporta para lo no fortalecimiento de vínculo entre familia y unidad de salud.

*En el puesto también, tiene cuatro meses, ya tiene cuatro meses que yo marco puericultura y ellos llaman desmarcando: "el enfermero está de reunión, hará eso, hará aquello", no consigo hacer la puericultura (MF2A2).*

Así como esta familia, otra tenía como referencia de cuidado esta USF. De las situaciones relatadas ésta es emblemática al mostrar que la familia excluyó la busca de servicio en el servicio público de salud, aunque no tenga renta para sostener el pago de servicios de salud privados. Se caracteriza el rompimiento del vínculo con la atención básica, pues no es buscada por la familia por estar desacreditada por ésta como unidad prestadora de atenciones.

*El domingo pasado, estaba exigiendo de dolor de oído, en la segunda yo llevé a ella en la pediatra, en el hospital (privado), pagué la consulta, pasó el antibiótico, pues el oído de ella estaba*

*infeccionado y pidió un rayo-X porque ella tenía un poco de ruido en el pecho. Hice el rayo-X el martes por la mañana y llevé para la médica, dijo que estaba con un poco de catarro en el pulmón y pasó antibióticos. Di antibiótico en casa y el jueves ella tuvo fiebre, llevé a ella nuevamente en el consultorio, hizo otro rayo-X y dijo que había doblado la cantidad de secreción en el pulmón y me encaminó para internar en el PAC. Fui para el PAC, llevé las radiografías para el médico de allá y él ya me encaminó acá. Habló que era una bacteria bien fuerte, tenía si alastrado bastante, usan unos nombres que nosotros no entendemos mucho, entonces yo me puse bien aterrada (MF2A3).*

Entre los aspectos a ser discutidos con relación al cuidado logrado por esta familia, se destaca la referencia hecha por el familiar a respeto del diálogo de cuidado en la acción terapéutica, traducida por la terminología utilizada por el profesional y que el familiar no entiende y se dice "aterrado" con el estado de salud del niño. Se percibe la dicotomía entre los saberes del profesional y del familiar como operante del acto terapéutico, pues mismo diferentes, cabe al profesional saber operarlos de modo a considerar el diálogo para autonomía del familiar, al revés de expresar sus observaciones en lenguaje no comprensible para el otro a quien dirija el cuidado.

La satisfacción del usuario en cuanto al servicio fue analizada en una USF en Ribeirão Preto, SP, Brasil, en que se identificaron tres aspectos: el acceso, la interacción entre el equipo y los usuarios y la organización del trabajo en la USF. Los sujetos del estudio expresaron satisfacción con la accesibilidad desde que aliada a la atención cuidadosa, diferente de la familia que citamos, para la cual el acceso es un problema en función de las horas de servicio y cuyo cuidado no fue considerado resolutive<sup>(17)</sup>.

Otro estudio<sup>(18)</sup> que analizó la comprensión de los profesionales que componen los equipos de ESF sobre la humanización del cuidado, apunta como propuesta para mejorar el cuidado, formar y calificar profesionales, adecuar las actividades al papel profesional y mejorar la organización de los servicios, o sea, así como las familias de nuestro estudio perciben esas dificultades en los encuentros de cuidado, también los profesionales las perciben y apuntan medidas como las citadas para atenuarlas.

Estudio<sup>(19)</sup> realizado teniendo como perspectiva la consideración y cuyo objetivo fue identificar y analizar aspectos pertinentes al arreglo para la relación trabajador/ usuario en unidad de salud de la red de atención básica de un municipio de la Provincia de São Paulo, Brasil, identificó que, teóricamente, la disponibilidad del trabajador para el arreglo del ambiente, de sí propio y de la relación de servicio propiamente dicha pasa a través del propio trabajador (sus afectos, deseos, proyectos) y también el contexto en el cual está inserto. Sin embargo,

en su cotidiano, el trabajador normalmente no opera la consideración, vive atribulado, corriendo el tiempo todo, con gran dispendio de energía, sin parar para reflejar sobre lo que hace.

La declaración de las familias remete a los límites de acceso impuestos por la organización del servicio, a ejemplo de la hora de servicio, que coincide con la hora de trabajo inviabilizando que la familia pueda llevar su niño para servicio, pues la unidad funciona en hora comercial. Aun sorprende que, para una unidad que opera con la estrategia de salud de la familia, el familiar relate el acceso por medio de distribución de fichas de consulta, otro factor limitante para que haga uso de ese servicio.

*[...] En el puesto de salud, yo ya desistí de llevar, es bien difícil conseguir, tiene que ir de madrugada y tiene un sistema allá que yo no comprendo, que es distribuido por área, dividieron el barrio en dos áreas y colocaron dos médicos, un para atender el área uno y otro para atender el área dos, si es del área dos y el médico que está atendiendo es del área un, él no te atiende, por más que tiene vacante, a veces tiene ficha disponible pero él no te atiende, apenas te atiende el médico del área dos si eres del área dos. También es muy difícil para quien trabaje, porque abre a las 08h y cierra las 12h, entonces en la hora de almuerzo está cerrado, abre 13h30 y, si yo no me engaño, cierra 17h30. La hora que tendría para buscar el puesto de salud está cerrado, entonces yo ni voy (MF2A3).*

Resaltamos aun la dificultad expresa por el familiar relativa al funcionamiento de la USF, que tiene dos equipos de salud de la familia situadas en una misma área física, dividiendo geográficamente el área de construcción de los usuarios para el cuidado en salud. El relato del familiar muestra que la construcción de la clientela, que debía actuar como un factor de vinculación de la comunidad al servicio, se volvió un factor impeditivo al acceso a la consulta médica.

## Consideraciones Finales

Las deficiencias cualitativas de la ABS implicarán en internaciones por CSAA, lo que puede ser observado por el camino recorrido por las familias del presente estudio, pues los síntomas que empezaron a ser evaluados en el grupo de las enfermedades respiratorias, evolucionaron para agravación, resultando en la hospitalización de los niños, mismo con el cuidado logrado. Como indicador de la efectividad del sistema de salud, la interpretación de esas hospitalizaciones debe ser dirigida a los arreglos tecnológicos de organización de los procesos de trabajo del sistema que las generan, como resultado de políticas y acciones ejecutadas frente a los problemas de salud. Se observó que los atributos de la atención básica, específicamente el acceso de primer contacto y la longitudinalidad del cuidado

no fueron contemplados en los servicios, ni el encuentro terapéutico logró éxito práctico.

Los compromisos políticos con la salud del niño, como la atención integral las enfermedades prevalentes de la infancia (AIDPI), la agenda de atención a la salud del niño y la estrategia de salud de la familia (ESF) propone acciones para los servicios de salud aprehendiendo el niño en su crecimiento y desarrollo, sus determinantes de salud-enfermedad en los procesos terapéuticos, en las acciones de cuidado, prevención, rehabilitación de la salud. Sin embargo, transformar esas propuestas en acciones cotidianas implica en el compromiso de los servicios de salud para transformar propuestas en acción, para dar respuestas resolutivas a las necesidades de salud de los niños y de sus familias.

Al contrario, tenemos acciones profesionales, de médicos y enfermeros, estanques, muchas veces sobrepuestas, en programas desarticulados y que no contemplan la atención integral, considerando los determinantes de salud-enfermedad de la población infantil. Es necesario propiciar encuentros de cuidado resolutivos, superando la concepción de acciones enfocadas exclusivamente en la demanda espontánea, con agenda de procedimientos, para encuentros de cuidado efectivos, relacionales, dialógicos, pautados por la escucha con atención. En esa perspectiva es posible la creación de vínculo, responsabilización, autonomía en la producción del cuidado al niño en la atención primaria para la transformación necesaria en el cotidiano de los servicios de salud y en la práctica de la enfermería.

## Referencias

1. Cardoso AM. A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(7):1270-1.
2. Perpetuo IHO, Wong LR. Atenção hospitalar por condições sensíveis à atenção ambulatorial (CSAA) e as mudanças no seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: 12º Seminário sobre a Economia Mineira; 29 agosto - 01 setembro 2006; Diamantina, Minas Gerais. Diamantina; 2006.
3. Caminal HJ, Casanova MC. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions. Marco conceptual. *Atención Primaria*. 2003;31(1):61-5.
4. Garg A, Sarkar S, Marino M, Onie R, Solomon BS. Linking urban families to community resources in the context of pediatric primary care. *Patient Educ Couns*. 2010;79(2):251-4.
5. Crompton P, Jatrana S, Lay-Yee R, Davis P. Exposure to primary medical care in New Zealand: number



- and duration of general practitioner visits. *N Z Med J* 2007;120(1256):s/p.
6. Bruner C, Fitzgerald C, Plaza C. Improving child health care through federal policy: an emerging opportunity. *Issue Brief (Commonwealth Fund)* 2008;46:1-7.
  7. Pur A, Bohanec M, Lavrac N, Cestnik B. Primary health-care network monitoring: a hierarchical resource allocation modeling approach. *Int J Health Plann Manage.* 2010;25(2):119-35.
  8. Matumoto S, Fortuna CM, Kawata LS, Mishima SM, Pereira MJB. Nurses' clinical practice in primary care: a process under construction. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(1):123-30.
  9. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/IMS/ABRASCO; 2009.
  10. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2007;17(1):43-62.
  11. Ayres JRCM. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. *Salud Colectiva* 2008;4(2):159-72.
  - 12) Cabral IE. O método criativo e sensível: alternativa de pesquisa em enfermagem. In: Gauthier JHM, Cabral IE, Santos I, Tavares CMM. *Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998. p. 177-203.
  13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
  14. Barros DM, Sá MC. 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. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2010;15(5):2473-82.
  15. Kovacs MH, Feliciano KVO, Sarinho SW, Veras AAC. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr.* 2005;81(3): 251-8.
  16. Franco TB, Mehry EE. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Mehry EE, Magalhães HM Júnior, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano.* São Paulo: Hucitec; 2006. p. 55-124.
  17. Mishima SM, Pereira FH, Matumoto S, Fortuna CM, Pereira MJB, Campos AC, et al. Assistance in family health from the perspective of users. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(3):436-43.
  18. Marin MJS, Storniolo LV, Moravcik MY. Humanization of Care from the Perspective of the Family Health Strategy Teams in a City in the Interior of São Paulo, Brazil. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(4):763-9.
  19. Matumoto S, Mishima AM, Fortuna CM, Pereira MJB, Almeida, MCP. Preparing the care relationship: a welcoming tool in health units. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2009;17(6):1001-8.

Recibido: 24.6.2011

Aceptado: 13.3.2012

### Como citar este artículo:

Oliveira BRG, Collet N, Mello DF, Lima RAG. El itinerario terapéutico de las familias de los niños con enfermedades respiratorias en el sistema de salud pública. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. maio-jun. 2012 [acceso: \_\_\_\_\_];20(3):[09 pantallas]. Disponible en: \_\_\_\_\_

día  
mes abreviado con punto  
año

URL