

**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE DO  
ITAJAÍ**

**CAILANE STREY**

**DETERMINANTES NO PERCURSO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS COM  
COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS ATÉ A INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**RIO DO SUL  
2025**

CAILANE STREY

**DETERMINANTES NO PERCURSO DE CRIANÇAS MENORES DE 5  
ANOS COM COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS ATÉ A  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de graduação em Enfermagem da Área das Ciências Biológicas Médica e da Saúde do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí - UNIDAVI como requisito parcial para conclusão do curso.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Especialista Jóice Teresinha Morgenstern.

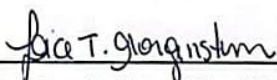
RIO DO SUL

2025

**CAILANE STREY**

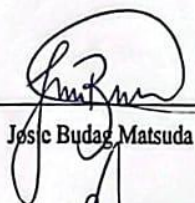
**DETERMINANTES NO PERCURSO DE CRIANÇAS MENORES DE 5  
ANOS COM COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS ATÉ A  
INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Trabalho de conclusão curso apresentado ao Curso  
de graduação em Enfermagem da Área das Ciências  
Biológicas Médica e da Saúde do Centro  
Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale  
do Itajaí, a ser apreciado pela Banca Examinadora,  
formada por:




Orientadora: Profª Especialista Joice Teresinha Morgenstern

Banca Examinadora:



Joice Budag Matsuda



Nelson de Mello

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, pela oportunidade e pela resiliência concedida para seguir em busca da realização do meu sonho: a conclusão da graduação.

Ao meu namorado, Emerson, expresso minha profunda gratidão por ter estado ao meu lado nos momentos mais sensíveis, oferecendo apoio, amor e compreensão quando eu mais precisei. Sua presença foi essencial, sendo meu alicerce e companheiro em todas as etapas dessa caminhada.

À minha família, agradeço por cada palavra de incentivo, por toda motivação e ajuda. De modo especial, aos meus avós paternos e aos meus irmãos, que sempre se mostraram prestativos e compreensivos diante da minha ausência.

Com grande carinho, registro meus agradecimentos à minha orientadora, professora Joice, por toda paciência, dedicação e cuidado na construção deste trabalho. Sua orientação foi fonte de inspiração, aprendizado e incentivo constante.

Agradeço também às amigas que a faculdade me presenteou, por compartilharem comigo os desafios e alegrias dessa jornada. Cada uma tornou esse percurso mais leve, acolhedor e repleto de boas lembranças, sendo verdadeiros exemplos de força e amizade.

Meu agradecimento especial à coordenadora do curso, professora Rosimeri, por ser uma profissional inspiradora, acolhedora e comprometida. Sua dedicação e busca contínua por conhecimento representam muito mais do que a frase “enfermagem por amor”.

Por fim, agradeço à UNIDAVI, por proporcionar uma estrutura inovadora, professores qualificados e todo o suporte necessário para a concretização deste sonho.

Com carinho, deixo aqui o meu muito obrigada a cada um que fez parte dessa trajetória.

## RESUMO

As doenças respiratórias agudas configuram-se entre as principais causas de morbimortalidade infantil no Brasil, especialmente em crianças menores de cinco anos. Agravos como bronquiolite, pneumonia e asma apresentam elevado impacto clínico e social, exigindo respostas oportunas e integradas dos serviços de saúde. Essa realidade evidencia a vulnerabilidade da primeira infância, período marcado pela imaturidade imunológica e pela influência de fatores socioeconômicos, ambientais e culturais que ampliam o risco de adoecimento. Nesse contexto, a enfermagem assume papel essencial na Atenção Primária à Saúde, atuando na educação em saúde, vigilância e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, fortalecendo vínculos com as famílias e contribuindo para o reconhecimento precoce de agravos respiratórios. Este estudo teve como objetivo analisar os determinantes que interferem no itinerário terapêutico de crianças menores de cinco anos com complicações respiratórias até a internação hospitalar. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritivo-exploratória, de abordagem qualitativa, realizada com pais e/ou responsáveis por crianças hospitalizadas em um município do Alto Vale do Itajaí (SC). A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas semiestruturadas, analisadas segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016) e interpretadas à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman. Os resultados revelaram quatro categorias principais: Percurso assistencial das famílias na busca por cuidado; Percepção dos pais sobre sinais de gravidade; Barreiras no acesso aos serviços de saúde; Papel da equipe de saúde, especialmente da enfermagem na atenção primária em saúde. Constatou-se que o itinerário terapêutico é permeado por práticas empíricas, reconhecimento tardio dos sinais de agravamento e fragmentação do cuidado, agravados por limitações estruturais e socioeconômicas. Conclui-se que o fortalecimento da atenção primária, a qualificação das equipes e a integração entre os níveis de atenção são fundamentais para a continuidade e integralidade do cuidado infantil. O estudo contribui para a reflexão sobre o papel estratégico da enfermagem na coordenação do cuidado e na efetivação das políticas públicas de saúde da criança.

**Palavras-chave:** Doenças Respiratórias; Crianças; Atenção Primária à Saúde.

## ABSTRACT

Acute respiratory diseases are among the main causes of infant morbidity and mortality in Brazil, especially in children under five years of age. Conditions such as bronchiolitis, pneumonia, and asthma have significant clinical and social impacts, requiring timely and integrated responses from health services. This situation highlights the vulnerability of early childhood, a period marked by immunological immaturity and by socioeconomic, environmental, and cultural factors that increase the risk of illness. In this context, nursing plays an essential role in Primary Health Care, acting in health education, surveillance, and monitoring of child growth and development, strengthening bonds with families and contributing to the early recognition of respiratory complications. This study aimed to analyze the determinants that influence the therapeutic itinerary of children under five years old with respiratory complications leading to hospital admission. It is a field-based, descriptive-exploratory, qualitative study conducted with parents and/or guardians of hospitalized children in a municipality in the Alto Vale do Itajaí region (Santa Catarina, Brazil). Data collection was carried out through semi-structured interviews, analyzed using the content analysis technique proposed by Bardin (2016) and interpreted in the light of Betty Neuman's Systems Model. The results revealed four main categories: the care pathway of families in seeking assistance; parents' perception of signs of severity; barriers to accessing health services; and the role of the health team, especially nursing, in primary health care. The therapeutic itinerary was found to be marked by empirical practices, late recognition of worsening symptoms, and fragmented care, further aggravated by structural and socioeconomic limitations. It is concluded that strengthening primary health care, improving the qualification of health teams, and promoting integration among different levels of care are essential to ensure continuity and comprehensiveness in child care. The study contributes to reflections on the strategic role of nursing in coordinating care and implementing public health policies for children.

**Keywords:** Respiratory Diseases; Children; Primary Health Care.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Sequência de busca por atendimento e evolução clínica das crianças	
Participantes .....	37
Quadro 2 - Categorias e subcategorias .....	42
Quadro 3 - Articulação entre categorias, subcategorias e marcos teóricos de referência .....	43
Quadro 4 - Percurso assistencial das famílias e articulação com o Modelo de Neuman (2012) .....	55
Quadro 5 - Articulação entre categorias, subcategorias e marcos teóricos de referência .....	56
Quadro 6 - Articulação entre categorias, subcategorias e marcos teóricos de referência .....	62

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AMAVI	Associação dos Municípios do Alto Vale do Itajaí
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CACA	Centro de Atendimento à Criança e ao Adolescente
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DIVE	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
ESF	Estratégia Saúde da Família
FioCruz	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVAS	Infecção de Vias Aéreas Superiores
NEAP	Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (ou outras variações, como Núcleo de Estudo e Atendimento Psicopedagógico, dependendo da instituição)
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNIP	Política Nacional Integrada para a Primeira Infância
PS	Pronto-Socorro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Síndrome Coronavírus 2



SBP	Sociedade Brasileira de Fisioterapia
SC	Santa Catarina
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UNIDAVI	Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí
VSR	Vírus Sincicial Respiratório
WHO	World Health Organization (Organização Mundial da Saúde - OMS)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>15</b>
2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E INFÂNCIA .....	15
2.2 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA .....	16
2.3 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO .....	19
2.4 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO .....	22
2.5 PAPEL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE .....	24
2.6 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA .....	25
2.7 MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN .....	26
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>30</b>
3.1 MODALIDADE DA PESQUISA .....	30
3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA .....	30
3.3 POPULAÇÃO E SUJEITOS DO ESTUDO .....	31
3.4 ENTRADA NO CAMPO .....	31
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA.....	32
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS .....	33
3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	33
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>35</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES .....	35
4.2 PERCURSO ASSISTENCIAL DAS FAMÍLIAS NA BUSCA POR CUIDADO .....	42
<b>4.2.1 Cuidados domiciliares iniciais .....</b>	<b>42</b>
4.2.1.1 Cuidados domiciliares iniciais.....	43
4.2.1.2 Busca por atendimento formal.....	46
4.2.1.3 Escalonamento das intervenções médicas .....	51
<b>4.2.2 Percepção dos pais sobre sinais de gravidade.....</b>	<b>55</b>
4.2.2.1 Reconhecimento dos sinais de gravidade .....	57
4.2.2.2 Decisões diante do agravamento .....	59
<b>4.2.3 Barreiras no acesso aos serviços de saúde.....</b>	<b>62</b>
4.2.3.1 Barreiras geográficas .....	63
4.2.3.2 Barreiras organizacionais .....	66
4.2.3.3 Barreiras financeiras.....	69
4.2.3.4 Barreiras temporais.....	72

4.2.4 Papel da equipe de saúde, especialmente da enfermagem na APS .....	73
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	78
REFERÊNCIAS .....	81
APÊNDICE .....	92
ANEXOS .....	94

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias agudas figuram entre as principais causas de morbimortalidade infantil no mundo, especialmente em crianças menores de cinco anos. No Brasil, infecções como bronquiolite, pneumonia e exacerbações de asma estão entre as condições que mais motivam a procura por atendimento médico e internações hospitalares nessa faixa etária (Toss *et al.*, 2021). De acordo com a World Health Organization (WHO, 2022), as infecções respiratórias agudas respondem por aproximadamente 14% de todas as mortes infantis globalmente. No contexto nacional, dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (Datasus, 2023) indicam que as doenças respiratórias representaram cerca de 30% das internações pediátricas por causas evitáveis, com destaque para pneumonia e bronquiolite.

Em consonância com esse panorama, observa-se que as doenças respiratórias continuam sendo um importante fator de morbimortalidade infantil no estado de Santa Catarina. Segundo informações da Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE/SC), até abril de 2025 foram registrados 2.377 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e 48 óbitos, sendo que as crianças de até quatro anos representaram 71,6% dos casos de infecção. Esses dados evidenciam não apenas a magnitude do problema, mas também a vulnerabilidade específica das crianças frente às infecções respiratórias.

Essa vulnerabilidade resulta de uma combinação de fatores biológicos e sociais que ampliam o risco de adoecimento nessa faixa etária. Conforme o Ministério da Saúde (s.d.), a primeira infância constitui um período de maior fragilidade biológica, uma vez que o sistema imunológico da criança ainda se encontra em desenvolvimento, tornando-a mais suscetível a infecções respiratórias especialmente em contextos de pobreza, aglomeração domiciliar, baixa escolaridade dos cuidadores e exposição a poluentes ambientais.

A detecção precoce de sinais de gravidade, aliada ao acesso oportuno e qualificado aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), pode reduzir significativamente a evolução para quadros graves e a necessidade de internação. Entretanto, muitos episódios de adoecimento respiratório na infância seguem um percurso assistencial fragmentado, com múltiplas consultas em diferentes serviços e sem resolução efetiva do problema. Tal cenário evidencia fragilidades no acolhimento, na escuta qualificada, na vigilância em saúde e na continuidade do cuidado (Ascenso e Aguiar, 2020).

Além das limitações estruturais do sistema de saúde, fatores como vulnerabilidade social, desconhecimento dos sinais de alarme e dificuldades de acesso aos serviços contribuem para atrasos na busca por atendimento adequado. Assim, em diversas situações, a criança chega

ao hospital quando o quadro clínico já se encontra agravado, frequentemente com necessidade de suporte intensivo (Durão *et al.*, 2021).

A enfermagem exerce papel fundamental nesse contexto, atuando junto às famílias no desenvolvimento de atividades de cuidado e promoção da saúde da criança na APS, por meio de ações contínuas de educação em saúde e assistência qualificada (Prato *et al.*, 2021). Nos serviços hospitalares, a enfermagem também realiza a avaliação das funções respiratórias e elabora o planejamento terapêutico com base no Processo de Enfermagem, garantindo cuidado integral e individualizado (Doro *et al.*, 2023)

Embora as doenças respiratórias constituem uma das principais causas de internação hospitalar em crianças menores de cinco anos, grande parte desses casos poderia ser evitada com intervenções precoces na APS (Purri *et al.*, 2025). No entanto, muitos episódios evoluem para quadros graves devido aos obstáculos enfrentados no percurso assistencial, que, muitas vezes, são desconhecidos pelos cuidadores. Observa-se, também, uma lacuna na literatura científica relacionada à compreensão do itinerário terapêutico em municípios de pequeno e médio porte, especialmente no que se refere à experiência das famílias, seus processos decisórios e a articulação entre os níveis de atenção.

Nesse contexto, compreender como se estrutura o itinerário terapêutico de crianças menores de cinco anos com complicações respiratórias agudas torna-se essencial para identificar os fatores que influenciam o percurso entre o início dos sintomas e a hospitalização. Essa compreensão permite reconhecer barreiras no acesso, lacunas na comunicação entre serviços e fragilidades no acompanhamento contínuo. Destaca-se, nesse processo, o papel fundamental do enfermeiro na escuta qualificada, no reconhecimento precoce de riscos e no encaminhamento oportuno, assegurando intervenções eficazes desde a APS.

Diante disso, questiona-se: quais determinantes interferem no itinerário terapêutico de crianças menores de cinco anos com complicações respiratórias até a internação hospitalar, e de que forma os pais e os profissionais de saúde contribuem para esse percurso?

Portanto, o objetivo geral deste estudo foi analisar os determinantes que interferem no itinerário terapêutico de crianças menores de cinco anos com complicações respiratórias até a internação hospitalar. Como objetivos específicos, buscou-se: Descrever o percurso assistencial realizado pelos pais ou responsáveis na busca por cuidado; Identificar os principais entraves enfrentados pelas famílias no acesso aos serviços de saúde antes da hospitalização; e Compreender como a percepção dos pais sobre sinais de gravidade e a atuação dos profissionais de saúde, especialmente da equipe de enfermagem na APS, influenciam a tomada de decisão durante o adoecimento.

Este estudo foi realizado por meio de pesquisa qualitativa de campo, com abordagem descritivo-exploratória, conduzida com pais e/ou responsáveis de crianças menores de cinco anos. A análise dos dados seguiu os procedimentos descritos por Bardin (2016), com ênfase na discussão dos resultados à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2012), o qual permite compreender a criança e sua família inseridas em um sistema dinâmico de interação com estressores biológicos, pessoais e organizacionais, capazes de afetar a estabilidade e desencadear agravamento do quadro clínico.

Dessa forma, este estudo busca contribuir para o fortalecimento das práticas de enfermagem na atenção à saúde infantil, ao ampliar a compreensão sobre os fatores que determinam o itinerário terapêutico de crianças menores de cinco anos com complicações respiratórias. Espera-se que os resultados subsidiem práticas mais sensíveis às necessidades das famílias, promovam a qualificação da atenção à criança com agravos respiratórios e fortaleçam a integração entre o cuidado familiar e o cuidado profissional.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tem como objetivo discutir os principais agravos respiratórios que acometem crianças na primeira infância, destacando suas causas, manifestações clínicas e implicações para a saúde pública. Busca-se, ainda, apresentar as políticas e estratégias de atenção voltadas à promoção, prevenção e manejo dessas doenças no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como o papel da enfermagem nesse processo. Por fim, apresenta-se o referencial teórico que fundamenta este estudo o Modelo de Sistemas de Betty Neuman, utilizado para compreender as interações entre a criança, sua família e os estressores que influenciam o itinerário terapêutico até a hospitalização.

### 2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE E INFÂNCIA

A infância é caracterizada como uma fase de transformações biológicas e psicossociais, com apropriação de aquisições nos domínios afetivo-social, cognitivo do desenvolvimento e motor. Dentro deste contexto caracteriza-se também a primeira infância que vai entre 0 aos 6 anos de idade. Esse momento apresenta parte essencial para desenvolvimento e amadurecimento de estruturas cerebrais bem como a aquisição de capacidades fundamentais que permitirão o aprimoramento de habilidades futuras mais complexas. Nesses primeiros anos de vida têm maior facilidade de se adaptarem a diferentes ambientes, mas também maior vulnerabilidade. (Lerner *et al.*, 2014; Simplício *et al.*, 2023).

A vulnerabilidade no período da infância manifesta-se em três dimensões, geralmente interligadas, sendo a nível socioeconômico, onde famílias com renda baixa ou baixa escolaridade parental enfrentam maiores riscos de atrasos no desenvolvimento, pela diminuição de estímulos, alimentação adequada, conhecimento inadequado; Nível ambiental, associado a condições de habitação e higiene precária, superlotação, exposição a poluentes ou ambientes de risco e substâncias tóxicas; E ao nível dos serviços de saúde, quando a criança ou sua família dependem de sistemas pouco resolutivos ou mal articulados, limitando o acesso oportuno a cuidados preventivos e de acompanhamento contínuo (Garcia e Freire, 2024. Martins *et al.*, 2025).

Diante dessa realidade, torna-se fundamental que a promoção da saúde tenha início ainda durante a gestação e se estende à primeira infância, pois é nesse período que se estabelecem as bases do desenvolvimento infantil. Esse processo depende fortemente das interações corporais, afetivas e simbólicas entre o bebê e sua mãe ou a pessoa que assume essa

função. São essas relações que possibilitam a inserção da criança na cultura e contribuem significativamente para a formação de sua subjetividade (Lerner *et al.*, 2014).

O acompanhamento regular do crescimento e desenvolvimento infantil deve ser realizado em consultas periódicas nas unidades básicas de saúde, conforme orientações do Ministério da Saúde. Esse acompanhamento inclui avaliações de peso, estatura, perímetro cefálico (até os dois anos), alimentação, vacinação, desenvolvimento e prevenção de acidentes, sendo fundamental para a detecção precoce de riscos e promoção de uma infância saudável. Algumas crianças, por apresentarem condições específicas, necessitam de um acompanhamento mais frequente (Ministério da Saúde, s/d B).

Diante disso, a promoção da saúde na primeira infância deve se fundamentar em ações integradas de prevenção, educação e cuidado contínuo, considerando tanto o contexto familiar quanto os determinantes sociais e ambientais. Nesse cenário, destaca-se a importância da puericultura, prática fundamental da atenção primária à saúde que visa acompanhar, de forma sistemática, o crescimento e o desenvolvimento infantil. Por meio de ações como imunização, vigilância nutricional, triagens neonatais, estimulação precoce e orientação às famílias, a puericultura contribui para a detecção precoce de agravos e para o fortalecimento do vínculo entre a família e os serviços de saúde. Programas como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Criança Feliz exemplificam esse cuidado contínuo e integral, promovendo o bem-estar da criança desde os primeiros dias de vida (Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Familiar e Combate à Fome, 2025).

Nesse contexto, destaca-se também a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que complementa essas ações ao propor uma abordagem integral para a atenção à saúde da criança no primeiro nível de cuidado. Essa estratégia baseia-se na capacitação dos profissionais de saúde, na reorganização dos serviços e na participação ativa das famílias, sendo adaptada à realidade epidemiológica brasileira. Ela orienta condutas voltadas à prevenção, promoção e tratamento dos principais problemas de saúde infantil, como desnutrição, infecções respiratórias e doenças diarreicas, fortalecendo a resolutividade da atenção primária (Ministério da Saúde, 2024).

## 2.2 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA

Diante da relevância da promoção da saúde na infância e da necessidade de acompanhamento contínuo do desenvolvimento infantil, é fundamental considerar as doenças respiratórias. As doenças de causas virais e bacterianas apresentam os mais importantes achados



de morbimortalidades infantis, com isso conhecer as devidas etiologias garante uma maior e melhor resolução, norteando as promoções de prevenção para redução das internações e custos públicos (Caires *et al.*, 2024).

As doenças respiratórias na infância representam um importante desafio para a saúde pública e para a prática de enfermagem, especialmente na APS, onde se concentram as ações de promoção, prevenção e acompanhamento contínuo da criança (Brasil, 2025). Entre os agravos mais frequentes destacam-se a bronquiolite, a pneumonia e a asma, condições que exigem reconhecimento precoce e intervenções adequadas para evitar complicações e hospitalizações desnecessárias.

A bronquiolite, conforme Andrade *et al.* (2024), é uma infecção respiratória viral causada por diversos agentes, com destaque para o Vírus Sincicial Respiratório (VSR). Essa condição caracteriza-se por inflamação e obstrução das vias aéreas inferiores, resultando em tosse, sibilância e dificuldade respiratória.

Entre os sinais clínicos de agravamento, destacam-se tosse produtiva, febre, taquipneia, retrações torácicas e hipoxemia, podendo evoluir para insuficiência respiratória em casos graves. Em grupos de risco, a terapia profilática com Palivizumabe tem se mostrado eficaz na redução de hospitalizações, já que não há vacina licenciada para prevenção da doença (Peixoto *et al.*, 2023). Nesse contexto, a enfermagem exerce papel essencial na identificação precoce dos sinais de agravamento, na orientação aos familiares sobre medidas de prevenção e na vigilância dos fatores ambientais que favorecem a infecção, como exposição à fumaça e aglomeração domiciliar.

A pneumonia, por sua vez, constitui uma das principais causas de internação e óbito infantil em países em desenvolvimento. É caracterizada por inflamação aguda do parênquima pulmonar, causada por agentes bacterianos, virais ou fúngicos, com manifestações clínicas como febre, tosse e dificuldade respiratória. Diante desse quadro, a atuação da enfermagem na APS é essencial para a detecção precoce e o encaminhamento oportuno, por meio da avaliação clínica, monitoramento da evolução dos sintomas e incentivo à adesão ao tratamento prescrito. O enfermeiro também exerce papel estratégico na implementação de campanhas de imunização e no acompanhamento do calendário vacinal, contribuindo para a prevenção das formas graves da doença (Souza *et al.*, 2024).

Cabe ressaltar que, nos últimos anos, tem-se observado um aumento expressivo de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) em crianças, frequentemente associada à infecção por vírus como influenza, metapneumovírus e SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2), agente etiológico da COVID-19. Esses agravos

caracterizam-se por comprometimento respiratório importante, podendo evoluir rapidamente para insuficiência respiratória e necessidade de suporte ventilatório (Baggio *et al.*, 2021).

Já a asma infantil é uma doença crônica inflamatória caracterizada pela hiperresponsividade das vias aéreas, resultando em episódios recorrentes de tosse, sibilância e dispneia. No contexto da APS, a enfermagem assume papel de destaque na educação permanente das famílias e cuidadores, orientando sobre o uso correto das medicações, o controle ambiental e o reconhecimento precoce das exacerbações. Além disso, o enfermeiro atua na elaboração de planos de cuidado individualizados, promovendo a autonomia dos cuidadores e reduzindo as idas desnecessárias ao pronto atendimento (Segato *et al.*, 2024; Neto *et al.*, 2020).

Outro agravo de relevância na infância é a laringite viral aguda, também conhecida como crupe, que acomete principalmente crianças menores de cinco anos. Essa condição é causada, em geral, por vírus como o parainfluenza, adenovírus e vírus sincicial respiratório, levando à inflamação e edema das vias aéreas superiores, especialmente da laringe e traqueia (Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023).

Clinicamente, manifesta-se por tosse rouca, disfonia, estridor inspiratório e dificuldade respiratória, sintomas que tendem a se agravar durante a noite. Nesse contexto, a enfermagem exerce papel fundamental na avaliação da permeabilidade das vias aéreas e na identificação precoce de sinais de obstrução, orientando os cuidadores sobre a importância de manter o ambiente arejado, evitar exposição à fumaça e procurar atendimento imediato diante de sinais de esforço respiratório, cianose ou agitação (Conselho Regional de Enfermagem (COREN, 2020).

As infecções de vias aéreas superiores, como sinusite e otite média aguda, são causas frequentes de adoecimento respiratório na infância, podendo evoluir para quadros mais graves quando recorrentes ou não tratadas adequadamente. Essas infecções estão frequentemente associadas a processos virais e bacterianos que comprometem a permeabilidade das vias aéreas e a ventilação adequada, aumentando o risco de complicações pulmonares, como pneumonia e bronquiolite (Pichichero, Chapman, Bajorski, 2021).

Pensando assim, os principais fatores de risco relacionados aos agravos respiratórios, representam de maneira geral um padrão, onde inclui desde as condições socioeconômicas, ambientais e biológicas, afetando diretamente o acesso à saúde de qualidade assim como o sistema imunológico infantil. Crianças expostas a poluentes ambientais, tendem a ter maior chances de desenvolver infecções respiratórias. E quanto às condições biológicas, como em

casos de prematuridade, baixo peso, doenças crônicas, comorbidades congênicas e desordens imunológicas (Souza *et al.*, 2024).

Assim como nos casos de prevenção, conforme descrito por Prestes e colaboradores (2023) as intervenções simples de lavagem frequente das mãos, evitar a fumaça ou ambientes poluídos, promoção da amamentação, redução da exposição e principalmente a imunização, funcionam para a maioria das infecções respiratórias e demais agravos. Peixoto e colaboradores (2023) fortalece quanto às medidas não farmacológicas para prevenção, através da prática de higiene básicas, lavagem frequente das mãos, distanciamento social adequado durante maior prevalência da doença e evitar contato com indivíduos possivelmente contaminados. As prevenções associadas à terapia farmacológica a grupos de risco reduzem ainda mais o risco e reduzem a disseminação pela comunidade.

## 2.3 CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

A elevada prevalência das doenças respiratórias na infância reflete-se diretamente nos indicadores de saúde pública, especialmente na mortalidade infantil, a qual é caracterizada segundo DATASUS (s/d) como o número de óbitos de menores de um ano de idade, por mil nascidos vivos, em determinado espaço geográfico, no ano considerado. Ou seja, a soma dos óbitos ocorridos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-neonatal (28 dias e mais). Sendo utilizado principalmente para mensurar o desenvolvimento socioeconômico do local, refletindo o nível de saúde e condições de vida da população.

De acordo com WHO (s/d) em 2023 o número total de mortes de menores de 5 anos em todo o mundo caiu de 12,8 milhões em 1990 para 4,8 milhões em 2023, o que gerou uma queda de 59% da taxa global de mortalidade de menores de 5 anos. Apesar desse avanço, doenças infecciosas, como infecções respiratórias agudas, diarreia e malária, bem como complicações relacionadas à prematuridade, asfixia e anomalias congênicas, permanecem entre as principais causas de óbito infantil. Cabe ressaltar que a pneumonia representa um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, especialmente em crianças menores de cinco anos.

Anualmente, estima-se que ocorram cerca de 150 milhões de novos casos, dos quais entre 11 e 20 milhões demandam hospitalização, resultando em aproximadamente 2 milhões de óbitos. No Brasil, as doenças respiratórias, com destaque para a pneumonia, são responsáveis por mais de 22% das mortes em crianças de 1 a 4 anos, configurando-se como a principal causa de mortalidade nessa faixa etária. Além disso, a pneumonia contribui significativamente para a elevada taxa de hospitalizações pediátricas, com 30 a 50% das crianças que buscam

atendimento médico apresentando sintomas respiratórios (WHO, 2022; Ministério da Saúde, 2022a).

Entre as principais causas de mortalidade infantil no país, Wohlenberg *et al.* (2025) destacam as afecções originadas no período perinatal, malformações congênitas, doenças infecciosas e parasitárias, além das doenças do aparelho respiratório, que se sobressaem em todas as regiões brasileiras.

Em contrapartida, em 2023 a taxa de mortalidade infantil no Brasil segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) era de 12,62 óbitos por mil nascidos vivos, apresentando um aumento quando comparado aos dados de 2020 que apresenta-se em 11,51 óbitos por mil nascidos vivos.

Quando considerado os principais motivos de internação infantil estão diretamente associadas às doenças respiratórias como pneumonias e broncopneumonias (51%), a asma (18%) e as doenças agudas e crônicas das vias aéreas superiores (10%). Estas, sendo responsáveis por 22,3% de todas as mortes entre crianças de 1 a 4 anos entre os anos de 2019 e 2020 (Toss *et al.*, 2021). Já em 2023, segundo dados da Fiocruz, as internações de bebês menores de um ano por pneumonia, bronquite e bronquiolite registrando cerca de 153 mil internações no último ano, uma média de 419 por dia, o que corresponde ao aumento de 24% em relação ao ano anterior, sendo o maior número registrado nos últimos 15 anos (FioCruz, 2024).

Para Fiocruz (2024), conforme análise das internações é possível perceber que algumas regiões como o Sul e Centro-Oeste foram as que apresentaram as maiores taxas de internação, associado principalmente às condições climáticas extremas de frio intenso e as queimadas ao clima seco, contribuindo para deixar o sistema respiratório das crianças mais vulneráveis. A imaturidade imunológica, características anatômicas, interrupção do aleitamento materno, início das atividades em creches e escolas e condições específicas associadas ao desenvolvimento da criança, resulta em maior vulnerabilidade e propensão ao adoecimento e a desenvolver quadros respiratórios mais graves. (Quirino *et al.*, 2024).

Em SC, a taxa de mortalidade infantil mantém-se inferior à média nacional, refletindo o avanço dos indicadores de saúde e das condições de vida no estado. Segundo o IBGE, o índice gira em torno de 9 óbitos por mil nascidos vivos, valor consideravelmente menor que a média brasileira de 12,62 por mil (IBGE, 2023). Esses números indicam progressos nas políticas públicas voltadas à atenção primária, à cobertura vacinal e ao acompanhamento pré-natal, embora ainda existam disparidades regionais e sociais que influenciam os desfechos infantis.

Entretanto, observa-se que as doenças respiratórias seguem como um importante fator de morbimortalidade infantil em SC.

De acordo com dados da DIVE, até abril de 2025 foram registrados 2.377 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) e 48 óbitos, sendo que as crianças de até quatro anos representaram 71,6% dos casos de infecção por outros vírus respiratórios e 23,5% dos casos de Covid-19. Já até junho do mesmo ano, o estado contabilizou 6.035 notificações de SRAG, com maior incidência de outros vírus respiratórios (37,7%), seguidos pela influenza (18,5%) e pela Covid-19 (4,1%), afetando principalmente crianças menores de cinco anos e idosos acima de 60 anos (Secretaria de Estado da Saúde (SES), 2025).

Esses dados evidenciam que, embora o estado apresente baixos índices de mortalidade infantil em comparação ao restante do país, as infecções respiratórias continuam sendo uma das principais causas de internações e complicações graves, sobretudo durante os períodos sazonais de maior circulação viral. Além disso, a baixa adesão vacinal, especialmente contra a influenza, que alcançou apenas 43,3% entre os grupos prioritários, agrava o risco de hospitalizações e óbitos por doenças evitáveis (Portal SES/SC, 2025). Dessa forma, a análise reforça a importância das estratégias de prevenção e imunização como instrumentos fundamentais para a manutenção dos baixos índices de mortalidade infantil no estado.

A sazonalidade exerce influência significativa sobre a incidência de infecções respiratórias em crianças, especialmente nas regiões Sul do Brasil, onde as variações de temperatura e umidade são mais acentuadas. Conforme Xavier *et al.* (2022), observou-se aumento nas internações por doenças do trato respiratório inferior em períodos de queda da temperatura e redução da umidade relativa do ar, demonstrando a relação entre fatores climáticos e a ocorrência de agravos respiratórios em menores de dez anos. No contexto catarinense, esse padrão é evidente durante os meses de inverno, quando o frio intenso e o clima seco contribuem para o aumento dos casos de bronquiolite, pneumonia e outras infecções respiratórias agudas, resultando em maior demanda hospitalar e risco potencial de complicações e óbitos infantis.

Considerando a isso a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS (s/d) desenvolveu a Meta 3.2 que visa diminuir com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos até 2030 em todos os países, garantindo melhor acesso à atenção primária, saúde de alta qualidade, vacinações, disponibilidade de pessoal de saúde qualificado no momento do nascimento, apoio à amamentação precoce e contínua, diagnóstico e tratamento de doenças infantis. Sendo destacado também por parte da Fiocruz (2025), com uma ampla cobertura vacinal da população em geral e grupos de risco, além de cuidados básicos, como máscara,

evitar aglomeração de pessoas em locais fechados e a higiene constante das mãos, auxilia na diminuição da contaminação generalizada.

## 2.4 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

O contexto epidemiológico permite compreender a dimensão coletiva dos agravos respiratórios; contudo, é igualmente importante compreender a experiência individual e familiar diante desses eventos. Nesse sentido, o termo Itinerário terapêutico refere-se ao termo utilizado para designar as atividades desenvolvidas pelos indivíduos na busca de tratamento para a doença ou agravo de saúde (Silva *et al.*, 2024). Tendo como principal objetivo interpretar os processos pelos quais os indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento, quanto ao identificar a disponibilidade de serviços, seus modelos explicativos e a utilização que as pessoas participantes do processo de tratamento.

Recentemente, revisões sistemáticas apontam que esse itinerário incorpora aspectos socioculturais, econômicos e institucionais que vão além da dimensão biológica da enfermidade, interferindo diretamente nos desfechos terapêuticos (Demétrio *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2024). Esse enfoque mais amplo torna evidente que a trajetória de cuidado não depende apenas da intervenção médica, mas também de determinantes como acesso à rede de saúde, suporte familiar e vulnerabilidades sociais, que influenciam de maneira positiva ou negativa o desenvolvimento da doença através da interpretação, tratamento e cuidados com a doença.

O itinerário terapêutico é composto por etapas interdependentes, que envolvem a percepção dos sinais e sintomas, a busca por orientação e primeiros cuidados, a procura por atendimento profissional, a adesão ao tratamento proposto e a continuidade do acompanhamento. Essas etapas não seguem uma ordem linear, podendo variar conforme o contexto familiar, o acesso aos serviços e os recursos disponíveis na comunidade (Farias *et al.*, 2022; Demétrio *et al.*, 2020).

Os caminhos percorridos pelos indivíduos na busca por soluções para problemas de saúde são carregados de significados e atravessados por experiências pessoais, culturais e sociais, inseridas em complexas redes de relações interpessoais. A construção do itinerário terapêutico mobiliza simultaneamente saberes populares, práticas religiosas e conhecimentos biomédicos, geralmente acessados por meio do serviço público de saúde, evidenciando a existência de uma pluralidade terapêutica orientada para a obtenção de “saúde” ou “cura” (Demétrio *et al.*, 2020; Silva *et al.*, 2024).

Quando constatados os fatores que influenciam o itinerário, Farias *et al.* (2022) destacam principalmente as às condições socioeconômicas, relacionadas às famílias de baixa renda que dispõem de maior dificuldade para custear o tratamento, aumentando a probabilidade de complicações do quadro respiratório.

De acordo com o Núcleo ciência pela infância (2022) a questão de ambiente e condições climáticas influenciam diretamente na manutenção e agravos da saúde, visto que aos pacientes portadores de algum tipo de infecção respiratória, quando associado à redução da umidade relativa do ar, poluição, tabagismo e higiene do ambiente aumentam o risco de desenvolvimento de algum agravo respiratório. E ao fim a alta demanda nos serviços de APS, ocasionando a diminuição da assistência das unidades, desenvolvendo mais complicações, novos atendimentos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e possíveis internações.

As vulnerabilidades sociais ampliam o impacto de doenças e influenciam diretamente o itinerário terapêutico. Desigualdades no acesso à saúde, baixa escolaridade dos cuidadores, insuficiência de recursos materiais e precariedade habitacional aumentam a exposição das crianças a agravos respiratórios e complicações. Crianças em creches ou escolas e aquelas com menor suporte familiar apresentam maior risco de adoecimento e atrasos na busca por cuidado, reforçando a importância de intervenções sociais integradas e políticas públicas voltadas à atenção primária (Núcleo ciência pela infância, 2022).

Conforme destacam os membros da OPAS (2022), a fragmentação do cuidado constitui um agravo de grande impacto sobre o itinerário terapêutico, provocando limitações no acesso aos serviços, perda de oportunidades de intervenção, descontinuidade nos processos de atendimento e dificuldade em atender de forma integral às necessidades e expectativas individuais. Em doenças respiratórias infantis, a fragmentação pode causar atrasos no diagnóstico, reinternações frequentes, duplicação de procedimentos e menor adesão ao tratamento.

Famílias vulneráveis enfrentam barreiras adicionais, como dificuldades de deslocamento, informações insuficientes sobre encaminhamentos e sobrecarga no cuidado domiciliar. O fortalecimento da APS, com coordenação efetiva, acompanhamento longitudinal e comunicação entre os níveis de atenção, é essencial para minimizar a fragmentação e garantir que o cuidado seja contínuo, resolutivo e adaptado às necessidades da criança e da família (OPAS, 2022).

## 2.5 PAPEL DA ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

As dificuldades e fragmentações percebidas nos itinerários reforçam a necessidade de uma atuação profissional resolutiva e próxima das famílias. É nesse cenário que o enfermeiro, inserido na Atenção Primária, desempenha papel estratégico na promoção de um cuidado contínuo e humanizado.

Seguindo com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017a), às atribuições específicas de Enfermagem na APS baseia-se na atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes, em todas as fases do desenvolvimento humano; Realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhamento; Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pela equipe multidisciplinar; Contribuir, participar e realizar atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe; Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da Unidade Básica de Saúde (UBS).

Seguindo com base na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2017a) a proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade, realizados pela equipe de enfermagem são peças fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção.

Com isso, Lanzoni *et al.*, (2023) destacam a interação entre enfermeiro e paciente é um processo complexo, essencial à prática de enfermagem, mas que quando proporcionado de maneira correta e contínua desempenha um papel fundamental para o compartilhamento de informações, seja por histórico médico ou a condição presente do mesmo, gerando assim mais confiança e garantia de um cuidado destinado e especializado.

Durante a avaliação e acompanhamento da criança, o enfermeiro realiza o acolhimento com escuta qualificada, identificando queixas, sinais e sintomas por meio do diálogo atento e sensível. Essa escuta ativa possibilita a estratificação de risco, avaliação das necessidades de saúde e análise das vulnerabilidades, contribuindo para uma intervenção precoce e direcionada. O uso da clínica ampliada, conforme orienta o COREN (2020), fortalece o vínculo e promove o protagonismo da criança e de sua família no processo de cuidado.

A educação em saúde constitui outra dimensão central da prática de enfermagem na APS. Através dela, o profissional atua na prevenção de agravos e promoção da saúde, oferecendo informações claras e adequadas sobre sinais de alerta, imunização, cuidados com a higiene e hábitos saudáveis. Segundo Oliveira *et al.* (2023), o enfermeiro, ao orientar e



sensibilizar a família, favorece a adoção de comportamentos preventivos e contribui para a melhoria da qualidade de vida e a redução de internações infantis evitáveis.

Por fim, a vigilância em saúde é uma função transversal à prática do enfermeiro na APS. Ela envolve o monitoramento de indicadores de saúde infantil, a notificação de agravos, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e a articulação com outros níveis de atenção. A vigilância contínua permite reconhecer precocemente situações de risco e intervir de forma resolutiva, assegurando que o cuidado à criança seja integral, contínuo e humanizado. (COREN, 2020).

## 2.6 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE DA CRIANÇA

A atuação da enfermagem na atenção primária está intrinsecamente vinculada às políticas públicas que orientam o cuidado infantil no Brasil. Essas políticas constituem o alicerce normativo e estratégico que possibilita a organização das ações de saúde voltadas à promoção, prevenção e atenção integral à criança.

No Brasil, a promoção da saúde da criança é orientada por um conjunto de políticas públicas que visam garantir o cuidado integral e contínuo, especialmente nos primeiros anos de vida. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) instituiu-se como marco fundamental para essa estratégia, abrangendo cuidados desde a gestação até os nove anos de vida, com foco especial na primeira infância e nas populações mais vulneráveis (BRASIL, 2015). Essa política está organizada em sete eixos estratégicos, dentre os quais se destacam a atenção humanizada ao recém-nascido, o aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, atenção a crianças com agravos prevalentes e a vigilância do óbito infantil (Ministério da Saúde, s/d C).

Complementar a esse panorama, a Estratégia de Tenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) opera no nível da atenção primária à saúde, com ênfase em capacitação de profissionais, reorganização dos serviços e educação em saúde para famílias, visando reduzir a morbimortalidade de crianças menores de cinco anos por meio da atenção resolutiva em serviços de primeiro contato (Brasil, 2002). Já mais recentemente, a Política Nacional Integrada para a Primeira Infância (PNIPI) foi instituída pelo Decreto nº 12.574/2025 e tem como objetivo articular de forma intersetorial as políticas públicas voltadas para crianças de zero a seis anos, abordando saúde, educação, assistência social, habitação, dentre outras áreas, e reconhecendo as intersecções socioeconômicas, territoriais, étnico-raciais e de gênero.

Essas políticas dirigem-se para um modelo de atenção abrangente: a atenção primária à saúde, por meio da PNAB, que possuiu papel de porta de entrada, acolhimento, vinculação e continuidade do cuidado. Adicionalmente, a Ministério da Saúde destaca que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) estabelece os fluxos e articulações entre os diferentes níveis de atenção (primário, secundário e terciário), garantindo que as crianças com agravos respiratórios ou outras vulnerabilidades sejam atendidas de forma ordenada, integrada e eficiente (Brasil, s/d D). Por meio dessa articulação entre política nacional, estratégia de desenvolvimento infantil, atenção primária e estruturação em rede, fortalece-se o sistema de saúde para que o itinerário terapêutico das crianças, especialmente das que enfrentam complicações respiratórias ou alta vulnerabilidade, seja menos fragmentado e mais efetivo.

## 2.7 MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN

Betty Neuman (1924 – 2022) enfermeira norte-americana formada pela Escola de Enfermagem do *People's Hospital School of Nursing* em 1947. Foi reconhecida como pioneira no campo da enfermagem, principalmente na área da saúde mental comunitária. Com base em suas diversas especializações, assumiu e atuou em diversas áreas hospitalar, industrial e comunitária além de exercer funções como enfermeira-chefe, consultora e instrutora de enfermagem. Posteriormente, concluiu mestrado em saúde mental e consultoria em saúde pública (1966) e, mais tarde, doutorado em psicologia clínica (1985) pela *Pacific Western University*, no Havaí (McEwen e Wills, 2016).

Seu modelo teórico foi inicialmente publicado em 1972 sob o título *A Model for Teaching Total Person Approach to Patient Problems* (“Um modelo para o ensino da abordagem da pessoa como um todo aos problemas do paciente”). Em 1982, publicou seu livro *"O Modelo do Sistema Neuman: Aplicação à Educação e Prática de Enfermagem"*, onde dentro deste desenvolve e aborda os sistemas, focando nas necessidades humanas de proteção ou alívio do estresse. Neuman acreditava que as causas do estresse podiam ser identificadas e remediadas através das intervenções de enfermagem, enfatizando a necessidade de manter o equilíbrio dinâmico dos humanos, com a identificação de problemas, prevenção e intervenção de enfermagem (McEwen e Wills, 2016).

Seguindo com as autoras McEwen e Wills (2016) além dos conceitos de metaparadigma conhecidos, Nety desenvolveu inúmeros conceitos adicionais para seu modelo, garantindo assim maior flexibilidade e abrangência na aplicação. O modelo de Neuman é de natureza

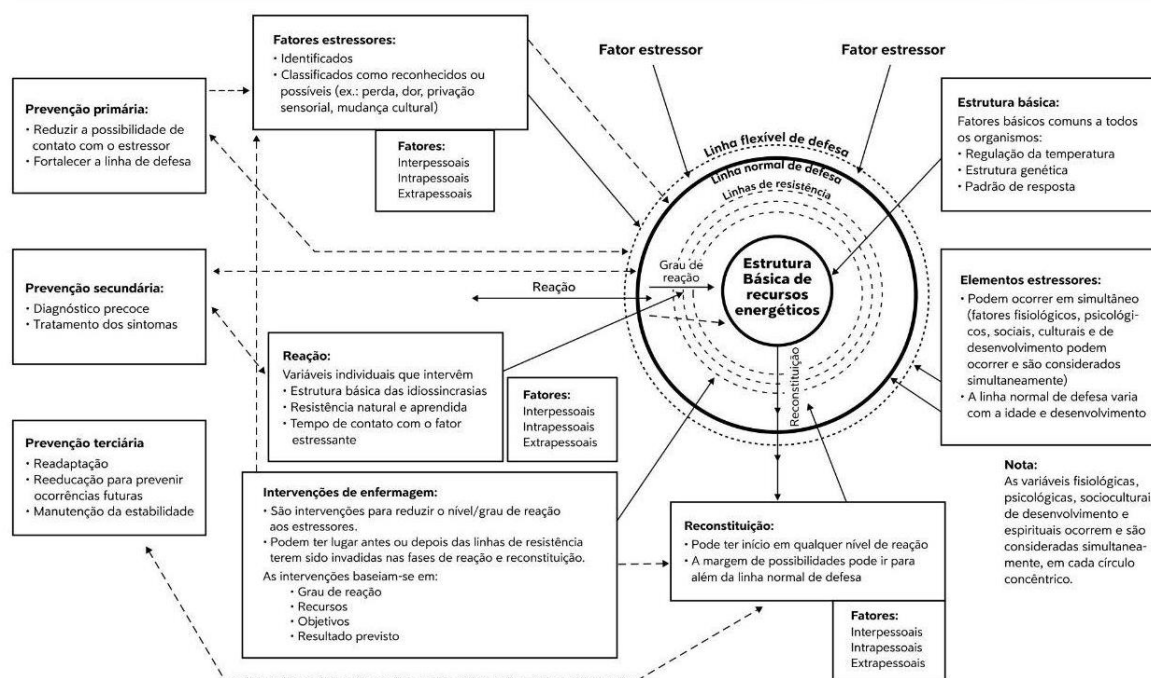
prescritiva, universal, abstrata, capaz de ser aplicado a indivíduos de muitas culturas. Sendo os metaparadigmas caracterizados como:

- **Seres humanos:** um sistema dinâmico, aberto e em constante interação com o ambiente, composto de variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais;
- **Estrutura:** anéis concêntricos protetores, para a retenção, obtenção ou manutenção da estabilidade e integridade do sistema. Este representa os três ambientes, interno, externo e criado, todos influenciando a adaptação do paciente aos estressores;
- **Saúde:** algo contínuo, o bem-estar e a doença estão em extremidades opostas. Sendo a estabilidade ideal do sistema, o melhor estado de bem-estar possível. As variações do bem-estar são causadas pela invasão de estressores da linha normal de defesa;
- **Enfermagem:** que tem como principal preocupação manter a estabilidade do sistema do paciente, pela investigação dos estressores e auxílio nas adaptações do paciente para que mantenha a saúde ideal.

De acordo com Neuman, o processo de enfermagem é composto por cinco etapas inter-relacionadas: coleta de dados, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação (Hannooder e Dhamoon, 2023). No âmbito do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, essas etapas são operacionalizadas por meio de três níveis de prevenção que se complementam de forma dinâmica. A prevenção primária busca fortalecer as linhas de defesa do indivíduo, atuando na promoção da saúde e na redução dos fatores de risco antes que ocorra o desequilíbrio. A prevenção secundária volta-se para a detecção precoce e o tratamento imediato dos agravos, evitando sua progressão. Já a prevenção terciária concentra-se na reabilitação e na restauração da estabilidade após o adoecimento, visando o retorno ao equilíbrio e à qualidade de vida (Montano, 2020).

O diagrama conceitual do modelo representa o cliente no centro, protegido por sucessivas linhas defensivas: o núcleo central, que contém os mecanismos essenciais à sobrevivência; as linhas de resistência, que são fatores internos de defesa; a linha normal de defesa, que representa a estabilidade habitual do sistema; e a linha flexível de defesa, que atua como barreira protetora diante das tensões externas (Hannooder e Dhamoon, 2023; Hayden, 2012; Montano, 2020).

A seguir apresenta-se o diagrama representativo (Figura 01) do modelo de Sistemas de Neuman:

**Figura 01: Modelo de Sistemas de Neuman (diagrama original)**

Fonte: Montano., 2020

De natureza prescritiva, abstrata e universal, o Modelo de Sistemas de Neuman permite sua aplicação a indivíduos, famílias e comunidades de diferentes contextos culturais (Hayden, 2012). Nesse sentido, sua utilização no estudo do itinerário terapêutico de famílias de crianças menores de cinco anos com complicações respiratórias agudas revela-se especialmente pertinente. O modelo possibilita compreender a criança e sua família como um sistema integrado, em constante interação com o ambiente e exposto a diversos estressores físicos, emocionais e sociais que influenciam o processo de adoecimento, a percepção dos sinais de gravidade e as decisões de busca por cuidado.

A partir dessa perspectiva, a teoria de Neuman oferece subsídios teóricos para analisar as ações e decisões familiares diante das intercorrências respiratórias infantis, considerando as vulnerabilidades que interferem no equilíbrio do sistema familiar. Além disso, orienta a prática do enfermeiro para o planejamento de intervenções preventivas, voltadas à fortalecimento das linhas de defesa e à redução de riscos que possam comprometer a estabilidade da criança e de sua rede familiar (McEwen e Wills, 2016; Hayden, 2012; Montano, 2020).

Dessa forma, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman apresenta-se como uma estrutura teórica abrangente e interdisciplinar, integrando os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem em um processo contínuo de adaptação e equilíbrio. Sua ênfase na prevenção, no cuidado integral e no equilíbrio sistêmico fornece fundamentos valiosos para compreender o itinerário terapêutico das famílias e subsidiar a atuação da enfermagem na APS, especialmente no manejo das complicações respiratórias agudas em crianças menores de cinco anos (McEwen e Wills, 2016; Montano, 2020; Hannoodde e Dhamoon, 2023).

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste estão descritos os procedimentos metodológicos utilizados para a realização deste estudo. Os procedimentos envolveram conjunto de decisões e estratégias relacionadas à escolha do método de investigação e das técnicas utilizadas no desenvolvimento do estudo científico, conforme definido por Marconi e Lakatos (2021). Trata-se da apresentação do caminho percorrido, abrangendo a modalidade de pesquisa, bem como local do estudo, sujeitos de pesquisa, coleta de dados, aspectos éticos e análise de dados.

#### 3.1 MODALIDADE DA PESQUISA

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, de natureza descritivo-exploratória, que busca compreender os determinantes que interferem no itinerário terapêutico de crianças menores de cinco anos com complicações respiratórias até a internação hospitalar. Conforme Minayo (2017), a pesquisa qualitativa possibilita a apreensão de significados, percepções e experiências, permitindo uma análise aprofundada dos fenômenos sociais e de saúde.

#### 3.2 LOCAL DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada na unidade pediátrica em um hospital de médio porte localizado no interior de SC. Esta instituição presta serviço de referência para a população pediátrica na região. O hospital em questão dispõe de uma unidade pediátrica que inclui, além das unidades neonatais, leitos destinados à clínica médica e cirúrgica, além de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica.

Embora a coleta de dados tenha ocorrido em ambiente hospitalar, destaca-se que o interesse central deste estudo não se restringe ao contexto intrahospitalar. A escolha desse local justifica-se pela possibilidade de acesso a familiares de crianças que já transitaram por diferentes serviços de saúde, o que permitiu reconstruir o itinerário terapêutico percorrido até a internação. Assim, a hospitalização configura-se como um ponto privilegiado para compreender as fragilidades, potencialidades e decisões familiares ao longo do percurso assistencial, oferecendo subsídios para refletir sobre a organização e a continuidade do cuidado prestado à criança.

### 3.3 POPULAÇÃO E SUJEITOS DO ESTUDO

A população deste estudo foi composta por pais ou responsáveis legais de crianças menores de cinco anos internadas por complicações respiratórias em um hospital de referência em atendimento pediátrico.

Definiram-se como critérios de inclusão os pais, mães ou responsáveis legais por crianças menores de cinco anos que estivessem internadas por complicações respiratórias no hospital selecionado. Foram incluídos apenas os participantes que acompanharam a criança durante todo o processo de busca por atendimento até a internação hospitalar, garantindo, assim, a fidedignidade das informações referentes ao itinerário terapêutico. Além disso, os participantes deveriam ter idade superior a 18 anos, tivessem filhos fora de estado grave ou crítico e aceitassem voluntariamente participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram excluídos do estudo os pais ou responsáveis de crianças que se encontravam em estado grave ou crítico no momento da coleta de dados. Também foram excluídos aqueles que não acompanharam diretamente o percurso de busca por atendimento da criança até a internação, bem como os participantes com idade inferior a 18 anos. Por fim, foram desconsiderados os indivíduos que não consentiram voluntariamente em participar do estudo ou que deixaram de assinar o TCLE.

A pesquisa contou com a participação de 21 participantes que atenderam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. O número de participantes foi definido com base no critério de saturação teórica dos dados, conforme proposto por Fontanella, Ricas e Turato (2008), ou seja, a coleta foi encerrada quando as entrevistas passaram a apresentar recorrência de informações e não surgiram novos elementos relevantes para os objetivos do estudo.

### 3.4 ENTRADA NO CAMPO

A pesquisa somente ocorreu após apresentação do projeto ao Representante Legal da instituição onde foi exposto à finalidade, o objetivo da pesquisa e sua importância, bem como sua relevância ao meio acadêmico.

Após aprovação do projeto pela instituição foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), ressaltando que o início da pesquisa aconteceu mediante a liberação do CEP, sob parecer de nº 7.739.914 (Anexo B).

Após as aprovações necessárias, os objetivos da pesquisa foram apresentados à enfermeira responsável pela unidade para apresentação do projeto e solicitação do espaço para a pesquisa. A abordagem aos participantes ocorreu de forma individualizada, em lugar reservado e que não prejudicasse o fluxo de trabalho. Convém, ainda, que nesse contato a entrevista teve caráter estritamente confidencial e que as informações prestadas permanecerão no anonimato.

### 3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA

Os procedimentos de coleta de dados foram iniciados mediante autorização do Representante Legal e do CEP, conforme já mencionado.

A pesquisadora apresentou-se individualmente a cada participante do estudo, realizando a leitura e discussão do TCLE. Após concordarem, de forma livre e espontânea, em participar da pesquisa, os profissionais assinaram o TCLE em duas vias de igual teor, ficando uma com a pesquisadora e a outra com o participante. A primeira via, de domínio da pesquisadora, será mantida sob sua guarda por um período de cinco anos.

Cada indivíduo foi entrevistado individualmente, em ambiente privativo, de modo a minimizar riscos de constrangimento e evitar prejuízos ao fluxo de trabalho. Para melhor aproveitamento das entrevistas, foi realizada a gravação de voz dos participantes, mediante assinatura do Termo de Autorização para Gravação de Voz. As entrevistas foram transcritas pela pesquisadora, e as respostas posteriormente validadas pelos próprios participantes. Durante a análise dos dados, manteve-se o anonimato dos entrevistados, identificados por nomes de “flores”. A duração média de cada entrevista foi de aproximadamente 20 minutos.

Período das entrevistas foi entre os meses de Agosto e Setembro. A coleta de dados foi realizada por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice I), elaborado pela pesquisadora, contendo perguntas abertas e fechadas voltadas à compreensão do itinerário terapêutico e das percepções dos pais ou responsáveis acerca do cuidado prestado à criança. Para garantir a clareza, a pertinência e a adequação do instrumento, foi conduzido previamente um teste piloto com participantes que apresentavam perfil semelhante ao público-alvo, o que possibilitou a identificação de ajustes necessários à linguagem e à estrutura das perguntas. As participantes do teste piloto não foram incluídas na amostra final. O instrumento apresentou boa aceitação e efetividade, assegurando sua validade para a coleta de dados definitiva.

Ao término das entrevistas, foi registrado o agradecimento pela participação de cada sujeito da pesquisa.



### 3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A organização do banco de dados foi feita por meio de uma planilha eletrônica, planilha google. Na sequência foi realizada a interpretação dos dados se deu seguindo os preceitos de análise de conteúdo proposta por Bardin (2016), em consonância com a literatura vigente e correlacionados com teoria Modelo do Sistema Neuman de Betty Neuman (2012).

Conforme Bardin (2016), a análise de conteúdo é um agrupamento de instrumentos metodológicos que estão em contínuo aperfeiçoamento, em que dispõe de discursos diversificados, uma organização de análise é precedida por critérios para ser realizada. O processo envolve três etapas principais: Pré-análise: descrição das entrevistas, mantendo as expressões verbais originais. Descrição analítica: leitura repetitiva e interativa do material, classificando os dados em tópicos e formando unidades de significados. Interpretação inferencial: construção de categorias de experiência e interpretação dos dados com apoio da literatura relevante.

### 3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O estudo atende aos preceitos éticos determinados na resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 implementada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre os testes e pesquisas realizadas com seres humanos e dos direitos que lhe são assegurados. Foi esclarecido para cada participante o objetivo, métodos, benefícios que este estudo pode, lhe trazer e os incômodos ou constrangimentos que este poderia ocasionar (Brasil, 2012).

Cada participante recebeu um TCLE, sendo assinado, autorizando desta forma sua participação no estudo, foi enfatizada, que a participação do presente estudo é voluntária, assim quem não quis participar do estudo teve todo direito de se recusar em qualquer momento da pesquisa. Não houve nenhuma forma de ressarcimento pela participação da pesquisa.

O estudo apresentou risco mínimo aos participantes, considerando-se o risco de desconforto emocional e constrangimento na exposição de experiências pessoais. Para minimizar o risco a coleta de dados foi individualizada, em ambiente privativo, e foram preservados o sigilo e anonimato dos participantes, garantido direito de interromper a participação a qualquer momento, sem prejuízo. Os instrumentos de coleta de dados foram identificados por pseudônimos, utilizou-se nome de flores que substituirá o nome do participante.

Caso algum participante se sentisse prejudicado após a pesquisa, teria direito ao suporte emocional oferecido pelo Núcleo de Estudos Avançados em Psicologia (NEAP). No entanto, nenhum participante apresentou necessidade de utilizar esse serviço.

Quanto aos benefícios, os participantes têm a oportunidade de expressar suas experiências e percepções, o que pode contribuir para um sentimento de escuta ativa e valorização. Os resultados da pesquisa poderão colaborar para a melhoria da qualidade do atendimento e das práticas de cuidado, ao identificar lacunas no itinerário terapêutico das crianças. Além disso, a sociedade poderá ser beneficiada com o aprimoramento das políticas públicas e estratégias de saúde voltadas para a atenção infantil, promovendo a redução de internações e complicações graves.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, serão apresentados e discutidos os principais resultados obtidos a partir da análise dos dados coletados no estudo.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram do estudo 21 pais e/ou responsáveis de crianças menores de cinco anos internadas por complicações respiratórias. A maioria dos participantes era composta por mulheres, mães biológicas das crianças, refletindo o papel predominante da figura materna no acompanhamento do cuidado infantil. Quanto à faixa etária, predominou o grupo entre 25 e 40 anos, com variação de escolaridade do ensino fundamental completo ao ensino superior, evidenciando heterogeneidade no nível de instrução.

Observou-se que todos os participantes acompanharam diretamente o processo de busca por atendimento desde o início dos sintomas até a hospitalização, oferecendo relatos consistentes sobre o percurso assistencial. Em sua maioria, as famílias eram moradoras de municípios de pequeno e médio porte, pertencentes a contextos socioeconômicos diversos, o que possibilitou captar percepções distintas sobre o acesso aos serviços de saúde e as decisões tomadas durante o itinerário terapêutico.

Essa diversidade de perfis contribuiu para ampliar a compreensão do fenômeno estudado, permitindo identificar como aspectos sociodemográficos e experiências prévias de cuidado influenciaram o reconhecimento dos sinais de gravidade, o tempo de resposta e o padrão de busca por atendimento médico.

Com o intuito de complementar a caracterização dos participantes e apresentar de forma sistematizada um panorama das crianças, elaborou-se o Quadro 1, que reúne informações sobre idade, sexo, procedência, diagnóstico referido, presença de comorbidades, tempo de manifestação dos sintomas até a internação e duração do período de hospitalização.

Essa organização permite visualizar a diversidade dos casos e compreender fatores que contribuem para a vulnerabilidade respiratória infantil, além de evidenciar a complexidade dos trajetos percorridos pelas famílias até o acesso ao cuidado especializado. Os dados apresentados servem como base para a discussão das categorias analíticas subsequentes.

As informações referentes aos diagnósticos foram obtidas a partir dos relatos dos familiares durante as entrevistas, complementadas, quando possível, por observações feitas no contexto do cuidado. A maioria dos participantes demonstrou dificuldade em identificar o

diagnóstico médico de forma técnica, recorrendo a expressões populares como “bronquite”, “crise de asma” ou “pneumonia forte”. Com base nesses relatos, foi possível reconhecer a ocorrência de quadros compatíveis com bronquiolite viral aguda, pneumonia, broncoespasmo, exacerbação asmática e infecções virais mistas, frequentemente associadas a agentes como VSR, adenovírus, rinovírus e metapneumovírus. Dessa forma, as menções a diagnósticos refletem a compreensão subjetiva dos cuidadores sobre o quadro de saúde infantil, e não correspondem a registros clínicos oficiais.

Em alguns casos, houve menção a complicações graves, como pneumonia com derrame pleural e necessidade de decorticação pulmonar, o que reforça a gravidade dos agravos e a importância da identificação precoce dos sinais de agravamento.

Observou-se, de modo geral, que as famílias apresentaram limitações na compreensão dos termos clínicos utilizados nos serviços de saúde, o que revela fragilidades na comunicação entre profissionais e cuidadores. Essa lacuna de entendimento interfere diretamente na percepção do processo de adoecimento e na construção do itinerário terapêutico das crianças.

Quadro 1 - Sequência de busca por atendimento e evolução clínica das crianças participantes

FLOR	SEXO	IDADE	PROCE DÊNCIA	HISTÓRICO DE ATENDIMENTO	D 1. SINTOMAS ATÉ INTERNAÇÃO	DIAS DE INTER- NAÇÃO (até o momento da entrevista)	COMORBIDADES	DIAGNÓSTICO ATUAL
Rosa	F	1 ano e 3 meses	Hospital do município	UBS → UBS → UBS → hospital do município → Transferência para * PS de referência → internação	45 dias	16 dias	Sem comorbidades	Mal epilético e Insuficiência respiratória (Pneumonia)
Violeta	F	5 anos	PS	Consulta médica particular → Consulta médica particular → Consulta médica particular → PS/Unimed → Internação	6 dias	17 dias	Prematuridade	Pneumonia com derrame pleural septado + Decorticação pulmonar à direita
Bromélia	F	1 ano e 6 meses	PS do município	UBS → UBS → Hospital/ PS do município → Hospital referência/ Internação	30 dias	3 dias	Internação por Bronquiolite	Broncoespasmo. VSR + Adenovírus
Lírio	F	1 ano e 34 dias	UBS	UBS → PS municipal → PS municipal → UBS → Transferência hospital de referência/ Internação	7 dias	5 dias	Sem comorbidades	Bronquiolite viral aguda/ VSR

Girassol	M	3 anos	UPA	UPA → transferência para internação	3 dias	5 dias	Asma	Pneumonia/ Broncoespasmo
Cravo	M	1 ano e 2 meses	PS do município	PS do município → Internação	7 dias	2 dias	Sem comorbidades	Bronquiolite metapneumovirus
Tulipa	F	5 anos	PS UNIMED	Ambulatório da UNIMED → PS UNIMED → Internação	3 dias	1º dia	Internação por Bronquiolite aos 2 anos	Crise de broncoespasmo aguda
Dália	F	1 ano e 9 meses	PS	UBS → consulta médica/ pediátrica → PS → PS → internação	4 meses com sintomas gripais 1 mês de piora	1º dias	Internações por bronquiolite e pneumonia	Laringite + Broncoespasmo Adenovírus
Hortência	M	1 ano e 1 mês	PS	Farmácia → UBS → PS do município → PS referência → Internação	3 semanas	1º dia	Sem comorbidades	Bronquite
Margarida	F	1 ano e 6 meses	PS	Hospital do município → PS referência → Internação	5 dias	3 dias	Síndrome de aspiração meconial	Bronquite aguda/ Rinovirus
Lavanda	M	4 anos	Consulta com pediatra	Consulta com pediatra UNIMED → Internação hospitalar	5 dias	2 dias	Prematuridade	Broncoespasmo (Bronquiolite)

Manacá	M	1 ano e 1 mês	PS	PS referência → PS referência → PS referência	17 dias	1° dia	Sem comorbidades	Bronquiolite Rinovirus
Begônia	M	2 anos e meses	PS UNIMED	Consulta com clínico geral UNIMED → consulta com pediatra UNIMED → PS UNIMED → Internação	30 dias	1° dias	Sem comorbidades	Pneumonia Rinovirus
Peônia	M	1 ano e 1 mês	PS	PS referência → internação	12 dias	1° dia	Sem comorbidades	Bronquiolite + Pneumonia Metapneumovírus
Gérbera	M	2 anos e 5 meses	PS	Consulta médica particular → Consulta com pediatra particular → *CACA <sup>1</sup> → PS → Consulta com pediatra particular → internação	7 dias	1° dia	Síndrome genética. Bronquite alérgica. Síndrome de aspiração meconial + pneumonia	Pneumonia complicada com derrame pleural + Decorticação pulmonar à direita

<sup>1</sup> \*CACA - Centro de Atendimento à Criança Adolescente

\*IVAS - Infecção de Vias Aéreas Superiores

\*PS - Pronto - Socorro

Orquídea	M	1 ano e 5 meses	PS	PS do município → transferência PS referência → PS do município → transferência PS referência → Internação	13 dias	1º dia	Prematuridade	Bronquiolite por rinovirus  Pneumonia Sobreposta
Jasmin	F	2 anos e 4 meses	PS	PS referência → internação	3 dias	1º dia	Asma	Exacerbação de asma (Broncoespasmo)
Lótus	M	3 anos e 4 meses	PS	PS referência → internação	2 dias	1º dia	Asma	Broncoespasmo/ crise de asma
Camélia	M	2 anos	Hospital do município	Hospital do município → Transferência PS de referência → Internação	3 dias	1º dias	Asma - Históricos de internações por bronquite, bronquiolite e pneumonia (5º internação)	Broncoespasmo/ Pneumonia
Petúnia	M	1 ano e 1 mês	PS	UBS → PS do município → transferência PS de referência → Internação	2 dias	3 dias	Asma - Prematuridade histórico de internações por bronquite - Hidrocefalia	Broncoespasmo precipitado por *IVAS



Azaleia	F	3 anos e 5 meses	PS	Consulta com fisioterapeuta → PS UNIMED → Internação	4 dias	1º dias	Asma - Síndrome genética - Prematuridade - Histórico de internações por pneumonia, crises de bronquiolite	Exacerbação asmática
---------	---	------------------	----	---	--------	---------	---	----------------------

**Fonte:** Dados da pesquisa (2025).

## 4.2 CATEGORIAS E SUBCATEGORIAS

No quadro a seguir, apresentam-se as categorias e subcategorias identificadas a partir da análise dos dados coletados. Essa organização permite visualizar de forma clara os temas centrais e os desdobramentos que emergiram da pesquisa, facilitando a compreensão das relações entre os diferentes aspectos investigados.

Quadro 2 - Categorias e subcategorias

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
4.2.1 Percurso assistencial das famílias na busca por cuidado	4.2.1.1 Cuidados domiciliares inicial 4.2.1.2 Busca por atendimento formal 4.2.1.3 Escalonamento das intervenções médicas
4.2.2 Percepção dos pais sobre sinais de gravidade	4.2.2.1 Reconhecimento dos sinais de gravidade 4.2.2.2 Decisões diante do agravamento
4.2.3 Barreiras no acesso aos serviços de saúde	4.2.3.1 Barreiras geográficas; 4.2.3.2 Barreiras organizacionais; 4.2.3.3 Barreiras financeiras. 4.2.3.4 Barreiras temporais
4.2.4 Papel da equipe de saúde, especialmente da enfermagem na APS	

**Fonte:** Informações organizadas pela autora 2025

### 4.2.1 Percurso assistencial das famílias na busca por cuidado

O percurso assistencial das famílias evidencia um processo dinâmico e escalonado, no qual as decisões sobre o cuidado à criança ocorrem progressivamente, desde intervenções caseiras até a busca por serviços de saúde formais.

A seguir, apresenta-se o Quadro 3, que sintetiza a articulação entre as categorias, subcategorias e os marcos teóricos de referência utilizados neste estudo. Essa sistematização

foi elaborada a partir da análise dos dados empíricos e da integração com os referenciais teóricos que fundamentam a compreensão do fenômeno investigado.

Quadro 3 - Articulação entre categorias, subcategorias e marcos teóricos de referência

CATEGORIA	SUBCATEGORIA
4.2.1 Percurso assistencial das famílias na busca por cuidado	4.2. 1.1 Cuidados domiciliares iniciais 4.2.1.2 Busca por atendimento formal 4.2.1.3 Escalonamento das intervenções médicas
<p><b>Modelo de Sistemas de Neuman (2012):</b> representa a linha de defesa flexível, onde o cuidado domiciliar e as práticas familiares atuam como barreiras protetoras frente aos estressores (doenças respiratórias).</p> <p><b>Teoria do itinerário terapêutico</b> (Cabral, 2009; Gerhardt, 2016): o percurso de busca por cuidado é entendido como um processo social, cultural e relacional, mediado por experiências, saberes e acesso aos serviços.</p>	

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa e na literatura teórica de referência.

#### 4.2.1.1 Cuidados domiciliares iniciais

A subcategoria “Cuidados domiciliares iniciais” evidencia que as famílias assumem um papel central na atenção à saúde da criança, especialmente diante de sintomas respiratórios, utilizando práticas fundamentadas em experiências prévias, saberes culturais e orientações familiares. Entre as ações mais citadas estão a lavagem nasal, administração de medicamentos caseiros, uso de compressas, além da oferta de medicamentos como paracetamol e dipirona.

No Modelo de Sistemas de Neuman (2012), essas práticas correspondem à linha de defesa flexível, atuando como primeira barreira protetora frente aos estressores, nesse caso, respiratórios. A lavagem nasal, por exemplo, tem como principal finalidade remover o excesso de muco e material particulado da cavidade nasal, hidratar a mucosa e contribuir para a redução da exposição a alérgenos e poluentes. Assim, exerce função preventiva e terapêutica não farmacológica, promovendo o aumento do clearance mucociliar e a prevenção de infecções (Cordeiro *et al.*, 2025; Sociedade Brasileira de Pediatria, 2023).

A relevância dessa prática foi reforçada por Lui e colaboradores (2020), em uma revisão sistemática e metanálise, que demonstrou que a irrigação nasal com solução salina remove mediadores inflamatórios, contribuindo para o controle dos sintomas nasais e redução do processo inflamatório local. Esses achados sustentam o uso da lavagem nasal como tratamento

adjuvante em condições como rinite alérgica, rinossinusite e outras doenças respiratórias da infância.

Apesar disso, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2023) salienta que não existem evidências de alto nível quanto à sua eficácia na diminuição dos sinais e sintomas das afecções nasossinusais em crianças, reforçando a importância da orientação profissional para o uso adequado da técnica. Ainda assim, sua utilização é comum devido ao baixo custo, risco reduzido e poucos efeitos colaterais, sendo indicada para condições como rinite do lactente, rinite alérgica, infecções nasossinusais virais e bacterianas agudas, rinossinusite crônica, epistaxes e pós-operatórios de cirurgias nasossinusais (Cordeiro *et al.*, 2025).

As falas das participantes Peônia, Manacá e Orquídea, reforçam a prática cotidiana da lavagem nasal como cuidado preventivo e contínuo:

*“Só lavei o nariz. Lavo desde sempre. Faço mais cinco vezes por dia.” (Informação transcrita, Peônia)<sup>2</sup>*

*“Fiquei observando e fiz Lavagem nasal, porque eu tenho outra menina e eu sei.” (Informação transcrita, Manacá)<sup>3</sup>*

*“No começo eu só lavei o narizinho, com sorinho...” (Informação transcrita, Orquídea)<sup>4</sup>*

Cordeiro e colaboradores (2025) corroboram tal prática ao afirmarem que a irrigação nasal pode ser realizada diariamente, duas vezes ao dia, mesmo na ausência de sintomas, podendo ser repetida conforme necessidade. No entanto, enfatizam que a orientação profissional é fundamental para garantir a técnica correta, a adesão e a segurança do procedimento.

Como já foi mencionado, essas ações representam a linha de defesa flexível no Modelo de Neuman (2012), pois atuam preventivamente na tentativa de manter o equilíbrio do sistema familiar frente aos estressores respiratórios. A partir dos conhecimentos adquiridos por experiência e orientação profissional, os familiares ampliam essa linha de defesa, incluindo o reconhecimento precoce de sinais de gravidade e fortalecendo o processo de cuidar.

Entretanto, observa-se também que, diante da manifestação dos sintomas, as famílias passam a adotar medidas de caráter terapêutico e corretivo, configurando a linha de defesa secundária no modelo de Neuman (2012). Nesse estágio, as ações familiares têm como objetivo

---

<sup>2</sup> Entrevista respondida por Peônia. [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>3</sup> Entrevista respondida por Manacá [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>4</sup> Entrevista respondida por Orquídea [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

restaurar a estabilidade do sistema frente ao estressor já instalado. As falas a seguir exemplificam essa resposta imediata:

*“Nebulização com sorinho normal [...] dei paracetamol, mas porque achei que ele estava com dor.” (Informação transcrita, Cravo)<sup>5</sup>*

*“Dei dipirona para a febre e as bombinhas apenas, o Clenil e o Aerolin. O normal que ela tem sempre na crise, né?” (Informação transcrita, Margarida)<sup>6</sup>*

Seguindo esta mesma linha de entendimento verifica-se nessas outras falas:

*“Acabei dando xarope e prednisolona pra ele, que a pediatra já sempre prescrevia quando ele estava gripado.” (Informação transcrita, Lavanda)<sup>7</sup>*

*“Começamos com xarope, antialérgico, coisas assim sozinhas, sabe? Como não melhorou, dei prednisolona.” (Informação transcrita, Begônia)<sup>8</sup>*

*“Mediquei em casa pra febre.” (Informação transcrita, Girassol)<sup>9</sup>*

As participantes demonstram que o uso de medicamentos, mesmo quando previamente prescritos, é frequentemente reproduzido sem nova avaliação médica. Essa prática reflete a confiança na experiência anterior e o desejo de resolução rápida dos sintomas, mas também evidencia riscos de automedicação, interações medicamentosas e uso inadequado de corticoides, como a prednisolona, sem a devida orientação profissional.

Segundo Pozza (2024) a automedicação, especialmente em crianças, pode causar intoxicações exógenas e endógenas, devido à imaturidade dos sistemas renal e hepático. Assim, o uso indiscriminado de medicamentos e de preparações caseiras deve ser fortemente desencorajado, reforçando a necessidade de orientação técnica e acompanhamento profissional.

Estudos desenvolvidos por, (Silva *et al.*, 2012; Oliveira e Rocha, 2016) corroboram que as decisões familiares são influenciadas por fatores culturais, sociais e econômicos, consolidando a base para a tomada de decisão diante dos primeiros sinais de adoecimento. A Teoria do Itinerário Terapêutico (Cabral, 2009; Gerhardt, 2016) auxilia na compreensão dessas ações como parte de um percurso complexo de busca por cuidado, no qual saberes leigos, experiências familiares e práticas tradicionais se articulam com recursos formais de saúde.

<sup>5</sup> Entrevista respondida por Cravo [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>6</sup> Entrevista respondida por Margarida [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>7</sup> Entrevista respondida por Lavanda [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>8</sup> Entrevista respondida por Begônia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>9</sup> Entrevista respondida por Girassol [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

Desse modo, o cuidado domiciliar inicial não é apenas uma prática clínica, mas um fenômeno social e culturalmente construído, mediado por valores, experiências e vínculos afetivos que moldam as práticas de cuidado no ambiente familiar. A família é compreendida como a primeira e principal provedora de cuidados, desempenhando um papel essencial na promoção da saúde, mesmo na ausência de doenças. Sob a perspectiva do Modelo de Neuman (2012), os pais são representados como linhas de defesa normais e suas ações frente aos estressores podem se configurar como linhas de resistência, uma vez que são aplicadas na tentativa de restabelecer o equilíbrio e o bem-estar da criança processo denominado de reconstituição. (Guimarães e Teixeira, 2015; Hannoodde e Dhamoon, 2023).

Essas práticas revelam a tentativa das famílias de controlar sintomas percebidos como incômodos, utilizando conhecimento prévio e experiências compartilhadas. Nesse sentido, destaca-se a importância da participação ativa da família no cuidado domiciliar, considerando a vulnerabilidade da criança e sua susceptibilidade a complicações respiratórias. Quando associadas à orientação profissional, essas ações podem promover uma atenção integral, segura e resolutiva (Wild e Silveira, 2015; Costa *et al.*, 2021).

As falas dos cuidadores mostram uma constante preocupação em oferecer assistência de qualidade e resolutiva aos primeiros sinais apresentados pelos filhos, esperando que os sintomas desapareçam sob os cuidados habituais. Esse contexto representa a primeira etapa do cuidado sustentado por saberes construídos na vivência cotidiana, experiências anteriores e orientações profissionais.

Assim, o cuidado domiciliar inicial é reconhecido como componente essencial da linha de defesa familiar, articulando ações de prevenção, manejo de sintomas e preparação para o acesso a serviços formais de saúde. O fortalecimento de ações de educação em saúde é fundamental para capacitar os cuidadores a reconhecer precocemente sinais de gravidade, reduzir os riscos associados à automedicação e promover uma atenção integral e segura à criança.

#### 4.2.1.2 Busca por atendimento formal

A segunda subcategoria abrange o momento em que as famílias decidem procurar os serviços formais de saúde, como farmácias, UBS, PS e hospitais. Essa busca ocorre, na maioria das vezes, quando os sintomas persistem, se agravam ou quando as medidas caseiras previamente adotadas não resultam em melhora significativa no quadro clínico da criança. Observa-se com clareza a busca pelo atendimento nos relatos a seguir:

*“Ela não se sentia bem, estava um incômodo com aquela dor, né, no lateral ali. [...] daí eu falei: digo, não, vamos levar para o hospital porque alguma coisa tá errada, alguma coisa não tá, não tá fechando.” (Informação transcrita, Violeta)<sup>10</sup>*

*“Aí ela continuou com a tosse, com a mudança de temperatura. [...] de madrugada, ela não conseguiu dormir. Eu vi que essa parte aqui (Arcos costais) estava afundando, sabe? A respiração dela estava bem, bem ruim. Aí na sexta-feira levei ela no pronto-socorro” (Informação transcrita, Bromélia)<sup>11</sup>*

De acordo com o Ministério da Saúde (2022b), os serviços de atenção à saúde são organizados segundo diferentes graus de complexidade, compondo uma rede hierarquizada que visa atender às demandas da população de forma integral. A APS é representada pelas UBS, configurando-se como a principal porta de entrada do SUS. Nela, são desenvolvidas ações de promoção, prevenção e acompanhamento contínuo, enquanto os casos que envolvem risco iminente de vida ou exigem tecnologia especializada devem ser encaminhados à atenção secundária ou terciária, de média e alta complexidade, respectivamente.

*“Quando ela começou a ficar roxa no olho, nariz e boca, ela parou de mamar, ela não estava mais mamando, ela não conseguia mais sugar. E tu passava a noite toda com ela acordada e tu não sabia ter uma oposição, porque sempre estava respirando e parando, respirando e parando, aí começou a ficar assustador.” (Informação transcrita, Lírio)*

*“Quando ele ficou roxo, aí eu me assustei. [...]” (Informação transcrita, Cravo)<sup>12</sup>*

*“É que eu sempre digo, mãe, sente. Uma coisa que tu vê. Não, teu filho não tá normal. Foi muito nítido, sabe? Eu vi que aquilo não estava normal. Então, a gente foi buscar uma ajuda médica.” (Informação transcrita, Lavanda)<sup>13</sup>*

As falas apresentadas por Lírio, Cravo e Lavanda representam o momento de aflição e desespero vivenciado pelas mães ao perceberem sinais de gravidade nos filhos, especialmente relacionados à dificuldade respiratória. Esses relatos evidenciam o quanto a intuição materna e a observação atenta dos sinais clínicos da criança são fundamentais para o reconhecimento precoce de situações de urgência. Elas demonstram também o impacto emocional que essas experiências causam nas famílias, revelando sentimentos de medo, insegurança e impotência

<sup>10</sup> Entrevista respondida por Violeta [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>11</sup> Entrevista respondida por Bromélia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>12</sup> Entrevista respondida por Lírio [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>13</sup> Entrevista respondida por Cravo [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

diante da piora repentina do estado de saúde dos filhos, o que reforça a importância do acolhimento e da escuta sensível por parte dos profissionais de saúde.

Esse percurso é ilustrado na fala de Hortência, que revela a transição gradual entre os diferentes níveis de atenção:

*“Fui na farmácia, me passaram um jatinho para o nariz, uma pomadinha. Não fez efeito. Fui no postinho, mas a médica não passou nada. Então levei para o hospital.” (Informação transcrita, Hortência)<sup>14</sup>*

O relato demonstra o movimento progressivo da busca por cuidado, em que a família, com base em seus conhecimentos e experiências anteriores, tenta respeitar a lógica do sistema de saúde, transitando entre níveis de atenção até obter uma resposta efetiva ao problema apresentado. No entanto, observa-se que essa transição nem sempre ocorre de forma fluida ou resolutiva:

*“No hospital, como não tinha pediatra, mandaram embora dizendo que não era nada preocupante. Aí vim direto para cá.” (Informação transcrita, Margarida)<sup>15</sup>*

*“Eu fui até o hospital (município vizinho) que é nossa referência, né? Daí transferiram ele pra cá, por causa do pediatra. Aqui foi avaliado, deu diagnóstico e mandou embora com lavagem nasal e... Dexametasona. Só que sem melhoras. E daí eu voltei mais uma vez, para o Hospital, direto aqui daí.” (Informação transcrita, Orquídea)<sup>16</sup>*

Novamente as falas revelam a trajetória de busca por atendimento vivenciada pelas famílias diante da piora progressiva do quadro respiratório das crianças. Observa-se a persistência dos responsáveis em procurar diferentes serviços de saúde na tentativa de obter um diagnóstico preciso e um cuidado resolutivo. As narrativas evidenciam também as dificuldades enfrentadas nesse percurso, como a demora para o encaminhamento adequado e a percepção de que as intervenções iniciais não foram suficientes para conter o agravamento do quadro clínico. Tais relatos reforçam a importância de uma avaliação criteriosa e de uma comunicação efetiva entre os níveis de atenção, a fim de garantir um atendimento oportuno e seguro à criança.

<sup>14</sup> Entrevista respondida por Hortência [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>15</sup> Entrevista respondida por Margarida [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>16</sup> Entrevista respondida por Orquídea [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.



*“Eu vim aqui e o médico disse que já tinha algum ruído e deu aerolin quinta-feira. Na sexta-feira de tarde ele tinha acompanhamento no CACA\*<sup>17</sup>. [...] E daí a doutora lá viu que ele tava com quadro respiratório bem pior, deu encaminhamento pro pronto-socorro [...] Só que daí na segunda... eu trouxe ele por um pedido médico Porque ele tava do mesmo jeito.” (Informação transcrita, Gerbera)<sup>18</sup>*

*“Quinta-feira a gente levou ela no pediatra, [...] ele deu remédio. Sábado, começou a piorar, ela já tava começando a ficar roxa, ela foi levada ao hospital, [...] só deu a nebulização. No domingo ela ficou muito feia, levamos mais uma vez pro hospital e foi feito um raio-x na madrugada, foi o atendimento. Aí na segunda de manhã a gente correu pro hospital, pro pronto socorro, pro pediatra atender. Aí nisso ela foi encaminhada porque ela já tava muito comprometida.” (Informação transcrita, Lírio)<sup>19</sup>*

Aqui se observa a sequência de atendimentos e a evolução do quadro clínico das crianças, revelando a angústia das famílias diante da demora em obter uma resposta efetiva do sistema de saúde. Nota-se a insistência dos pais em buscar ajuda médica conforme a piora dos sintomas, o que demonstra tanto o cuidado e a atenção familiar quanto as fragilidades na linha de cuidado e no manejo inicial dos casos respiratórios. Esses relatos evidenciam a necessidade de uma abordagem mais integrada entre os serviços e de uma escuta qualificada por parte dos profissionais, para que sinais de agravamento sejam reconhecidos precocemente e o encaminhamento adequado ocorra de forma oportuna, evitando complicações maiores.

De acordo com o estudo de Huicho *et al.* (2018), realizado na Amazônia Peruana, os atrasos no atendimento de crianças com sintomas respiratórios graves estão frequentemente associados tanto à falta de reconhecimento dos sinais de gravidade pelos cuidadores quanto às falhas estruturais e organizacionais dos serviços de saúde. Essa realidade se aproxima do que foi relatado pelas famílias nas falas analisadas, em que a busca repetida por atendimento não resultou em uma intervenção eficaz imediata. O estudo evidencia que a ausência de protocolos bem estabelecidos e a comunicação ineficiente entre os níveis de atenção contribuem para o agravamento dos quadros clínicos pediátricos, reforçando a importância de capacitar profissionais e fortalecer a rede de atenção básica para garantir respostas mais ágeis e resolutivas diante de situações de risco.

Outros depoimentos reforçam que, diante da persistência dos sintomas, a procura pelos serviços de urgência se torna inevitável:

---

<sup>17</sup> \*CACA - O Centro de Atendimento à Criança e ao Adolescente. É uma unidade de referência voltada à promoção da saúde e ao bem-estar de crianças e adolescentes. Criado em 1994, o serviço tem como principal objetivo oferecer um acompanhamento integral à população infantojuvenil, por meio de ações voltadas à prevenção, ao tratamento e à garantia dos direitos fundamentais à saúde e ao desenvolvimento saudável. (Universo Unidavi, 2019).

<sup>18</sup> Entrevista respondida por Gerbera [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>19</sup> Entrevista respondida por Lírio [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

*“À noite, que ele não conseguia respirar, fiquei acordada cuidando dele, e logo de manhã ele não respirava muito bem, então levei direto para a UPA.” (Girassol, 2025)*  
*“Primeiro utilizei a bombinha, né? Que era o procedimento que os médicos me passaram. Xarope, né? Daí não aliviou e eu trouxe ele pro Pronto Socorro.” (Informação transcrita, Lótus)<sup>20</sup>*

Esses relatos evidenciam que a busca por cuidado formal é frequentemente progressiva, iniciando por intervenções de menor complexidade e evoluindo conforme a percepção de agravamento do quadro. Conforme destacado por Klein *et al.* (2020), muitas famílias inicialmente recorrem a cuidados informais ou automedicação, retardando a procura por atendimento profissional, o que pode comprometer o prognóstico e a recuperação da criança.

Estudos internacionais de países desenvolvidos, também apontam que a decisão de buscar atendimento médico depende da interpretação familiar sobre a gravidade da doença. (Nicholson *et al.*, 2020) observaram que pais e cuidadores nem sempre possuem clareza sobre o momento adequado de procurar um profissional de saúde, baseando-se em fontes diversas e, muitas vezes, contraditórias, o que pode gerar atraso na procura por atendimento e maior estresse emocional.

Em alguns casos, há articulação entre os níveis de atenção, demonstrando a atuação da rede de cuidados e o princípio da universalidade do SUS, como destacam as falas:

*“Consulta na Unimed com pediatria. O doutor disse que era melhor encaminhar para o regional para fazer uma bombinha.” (Informação transcrita, Lavanda)<sup>21</sup>*

*“Fui no CACA para consulta de retorno da síndrome dele. A doutora viu que o quadro respiratório estava pior e deu encaminhamento para o pronto-socorro com raio-x.” (Informação transcrita, Gérbera)<sup>22</sup>*

As falas destacam o percurso realizado pelas famílias entre diferentes pontos de cuidado, evidenciando na prática o funcionamento das RAS. Essas redes representam trajetórias organizadas dentro do SUS, estruturadas para promover a integração entre os níveis de atenção e garantir a continuidade do cuidado conforme as necessidades de cada usuário. Condizente com o principal objetivo da RAS de assegurar ao indivíduo o atendimento no ponto mais adequado à sua condição clínica, evitando fragmentação do cuidado e otimizando os recursos disponíveis. Assim, conforme a gravidade ou complexidade do caso, o usuário pode ser

<sup>20</sup> Entrevista respondida por Lótus [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>21</sup> Entrevista respondida por Lavanda [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>22</sup> Entrevista respondida por Gérbera [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

encaminhado entre os diferentes serviços da atenção básica aos níveis secundário e terciário, garantindo um fluxo coordenado e resolutivo (Brasil, s/d D).

Essas experiências evidenciam que, apesar da existência de uma rede formal de atenção, o acesso nem sempre se dá conforme o itinerário idealizado pelo sistema, sendo influenciado por fatores como confiança no profissional, experiências anteriores e percepção de resolutividade. Essa observação está em consonância com o Modelo de Sistemas de Neuman (2012), que compreende a família como um sistema aberto, sujeito a estressores internos e externos. A decisão de buscar cuidado formal representa, portanto, uma resposta adaptativa à ameaça percebida ao equilíbrio do sistema (linha de defesa normal), acionando estratégias secundárias de enfrentamento voltadas à reconstituição da estabilidade da criança, como já discutido anteriormente.

O Quadro 1, apresentado anteriormente (pg. 36), reforça essa compreensão ao evidenciar a diversidade dos locais de atendimento procurados, a variação nos diagnósticos e o tempo decorrido entre o início dos sintomas e a internação, elementos que revelam a complexidade de trajetos percorridos pelas famílias até o acesso efetivo ao cuidado hospitalar. Esses dados permitem compreender que a busca por atendimento formal nem sempre segue uma linearidade, mas reflete uma trajetória marcada por tentativas, deslocamentos e reavaliações constantes do quadro clínico, influenciadas por condições sociais, econômicas e estruturais do sistema de saúde.

Percebe-se, assim, que a busca por atendimento formal se configura como uma etapa de reorganização do cuidado familiar, em que as decisões são guiadas pela gravidade percebida, pela confiança na rede assistencial e pelas possibilidades reais de acesso. Tal processo evidencia a importância da educação em saúde e da atuação da enfermagem na APS, de modo a fortalecer o vínculo com as famílias, orientar sobre os sinais de alerta e favorecer o uso adequado dos serviços de saúde, contribuindo para a integralidade e continuidade do cuidado.

#### 4.2.1.3 Escalonamento das intervenções médicas

A terceira subcategoria compreende as condutas médicas prescritas e progressivamente ajustadas conforme a evolução do quadro clínico da criança. Entre as intervenções mais citadas estão nebulizações, uso de broncodilatadores (“bombinhas”), corticoides, antitérmicos e, em alguns casos, a solicitação de exames complementares e acompanhamento pediátrico

especializado. Essas práticas evidenciam a progressão gradual do cuidado formal diante da persistência ou agravamento dos sintomas, configurando um padrão escalonado de atenção.

As falas das famílias ilustram esse processo:

*“Dei xarope, antialérgico. Como não melhorou, prescreveu prednisolona.”*  
(Informação transcrita, Begônia)<sup>23</sup>

*“Foram receitados apenas paracetamol, dipirona e sorinho nasal, mas o quadro persistiu.”* (Informação transcrita, Rosa)<sup>24</sup>

*“Dei prednisolona, conforme a prescrição da pediatra, quando ele estava gripado.”*  
(Informação transcrita, Lavanda)<sup>25</sup>

*“Usaram paracetamol e bombinhas, Clenil e Aerolin.”* (Informação transcrita, Camélia)<sup>26</sup>

O padrão escalonado observado nas falas reflete as recomendações de protocolos clínicos como a Estratégia AIDPI, proposta pelo Ministério da Saúde (2017). Segundo o protocolo, crianças com sinais de broncoespasmo persistente devem receber broncodilatadores (spray ou nebulização) e, nos casos moderados ou refratários, corticoides sistêmicos como conduta de segunda linha. O Manual da AIDPI orienta que os profissionais avaliem, classifiquem, tratem e aconselhem os responsáveis conforme a gravidade, utilizando critérios de cores (vermelho, amarelo e verde) que indicam o nível de risco e o tipo de atendimento necessário (Brasil, 2017b).

Conforme já mencionado, outro aspecto relevante observado nos relatos refere-se às frequentes idas das famílias aos serviços de saúde até que obtivessem um atendimento adequado. Essa recorrência evidencia o esforço persistente em buscar alívio para os sintomas das crianças, ao mesmo tempo em que revela fragilidades na resolutividade da rede assistencial, na qual nem sempre são oferecidas respostas efetivas nas primeiras consultas. Tal movimento reflete uma circularidade do percurso assistencial, no qual as famílias transitam repetidas vezes entre unidades básicas, prontos-socorros e hospitais em busca de diagnósticos precisos e condutas eficazes. Esse fenômeno evidencia descontinuidades na linha do cuidado, contrariando os princípios da integralidade e coordenação preconizados pela PNAB (Brasil, 2017a).

<sup>23</sup> Entrevista respondida por Begônia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>24</sup> Entrevista respondida por Rosa [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>25</sup> Entrevista respondida por Lavanda [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>26</sup> Entrevista respondida por Camélia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

Na perspectiva do Modelo de Sistemas de Neuman (2012), essas idas sucessivas podem ser interpretadas como tentativas reiteradas de reconstituição da estabilidade do sistema familiar frente à persistência dos estressores respiratórios. Cada nova busca representa uma resposta adaptativa que emerge da necessidade de restaurar o equilíbrio e reduzir o sofrimento da criança e de seus cuidadores. Além disso, a frequência com que as famílias procuram diferentes serviços reforça a influência de fatores contextuais, como confiança no profissional, facilidade de acesso, percepção de acolhimento e experiências anteriores aspectos que ressaltam a importância do vínculo e da continuidade do cuidado, especialmente pela enfermagem na APS que deve atuar como elo entre os diferentes pontos da rede.

Dentre os achados empíricos, observou-se o uso frequente de corticoides sistêmicos e inalatórios, o que levanta discussões sobre a segurança e o acompanhamento desses tratamentos. Estudos recentes indicam que o uso prolongado e em altas doses pode causar efeitos adversos significativos, como interferência no crescimento infantil, supressão imunológica, ganho ponderal excessivo, resistência insulínica e redução da densidade mineral óssea (Moraes *et al.*, 2024). Assim, a prescrição e o monitoramento adequados exigem avaliação individualizada, considerando o perfil clínico e o tempo de uso. Os relatos reforçam que a solicitação de exames complementares e encaminhamentos especializados geralmente ocorre após a falha das condutas iniciais, como ilustram as falas:

*“O médico encaminhou para fazer raio-x, pois a dor persistia e a criança não melhorava.” (Informação transcrita, Violeta)<sup>27</sup>*

*“Consulta no pediatra resultou em encaminhamento para bombinha no hospital regional.” (Informação transcrita, Lavanda)<sup>28</sup>*

Conforme os dados, as idades das crianças variaram entre 1 e 5 anos, com predomínio do sexo masculino. A bronquiolite foi a principal causa de internação, seguida por pneumonia, crises de asma/broncoespasmo e casos isolados de laringite e infecção por rinovírus achados que estão de acordo com a literatura, que identifica a bronquiolite como a principal causa de internação por infecção respiratória aguda em lactentes. (Neto *et al.*, 2024; Bonifácio *et al.*, 2024). A presença de comorbidades, como asma e doenças respiratórias recorrentes, aparece em parte significativa da amostra, refletindo a necessidade de ajustes contínuos nas prescrições e monitoramento intensivo.

<sup>27</sup> Entrevista respondida por Violeta [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>28</sup> Entrevista respondida por Lavanda [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

O tempo de internação variou de 1 a 17 dias, demonstrando que a gravidade do quadro e a resposta às intervenções iniciais determinam o ritmo do cuidado e o escalonamento terapêutico. Crianças com respostas lentas a tratamentos domiciliares ou iniciais foram mais frequentemente submetidas a terapias intensivas e acompanhamento especializado. As falas das famílias reforçam essa diversidade:

*“Ele é bem pequeno, com seis meses, e na primeira crise já precisei levar ao pronto-socorro porque não conseguia respirar direito.” (Informação transcrita, Begônia)<sup>29</sup>*

*“Meu filho tem asma desde bebê, então sempre que começa a tossir já sei que precisa de bombinha e acompanhamento mais frequente.” (Informação transcrita, Camélia)<sup>30</sup>*

*“Na primeira vez, só o paracetamol ajudou, mas depois de algumas crises a pediatra precisou prescrever corticoide.” (Informação transcrita, Lavanda)<sup>31</sup>*

Há que se observar que as falas também expressam o cotidiano de famílias que convivem com doenças respiratórias recorrentes na infância, como no caso de Begônia, que relata a primeira crise ainda nos seis meses de vida do filho, e de Camélia e Lavanda, que descrevem o manejo contínuo dos sintomas e a necessidade de acompanhamento médico frequente. Essas experiências revelam tanto a vulnerabilidade das crianças pequenas diante dessas condições quanto o aprendizado das famílias em reconhecer sinais de agravamento e buscar ajuda de forma precoce. Já os relatos de Violeta e Rosa mostram a angústia diante das internações e da incerteza em relação à evolução do quadro, evidenciando o impacto emocional dessas vivências e a importância do apoio profissional, da educação em saúde e do acompanhamento contínuo para oferecer segurança e qualidade de vida às crianças e seus cuidadores.

*“Ficou cinco dias internado porque não melhorava com o xarope e nebulização em casa; só depois que mudaram a medicação ele melhorou.” (Informação transcrita, Violeta)<sup>32</sup>*

*“Já sabemos os sinais que indicam que a doença está piorando, mas ainda assim é assustador cada ida ao hospital.” (Informação transcrita, Rosa)<sup>33</sup>*

A análise desses achados mostra que fatores como idade, comorbidades, tempo de internação, histórico de tratamento e contexto familiar influenciam diretamente o percurso

<sup>29</sup> Entrevista respondida por Begônia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>30</sup> Entrevista respondida por Camélia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>31</sup> Entrevista respondida por Lavanda [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>32</sup> Entrevista respondida por Violeta [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>33</sup> Entrevista respondida por Rosa [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

assistencial. Crianças mais jovens, especialmente lactentes, tendem a apresentar sintomas mais severos ou de evolução rápida, exigindo intervenções imediatas e monitoramento intensivo (Silva *et al.*, 2024). Em contrapartida, crianças mais velhas podem apresentar quadros mais leves, permitindo estratégias de manejo domiciliar.

Para finalizar, o Quadro 4 apresenta uma síntese do percurso assistencial das famílias de crianças menores de cinco anos com complicações respiratórias, abrangendo as três subcategorias analisadas: “cuidados domiciliares iniciais”, “busca por atendimento formal” e “escalonamento das intervenções médicas”. Cada etapa do cuidado é ilustrada com exemplos de falas dos responsáveis e relacionada ao Modelo de Sistemas de Neuman (2012), destacando como as famílias atuam como linhas de defesa frente aos estressores respiratórios.

Quadro 4 – Percurso assistencial das famílias e articulação com o Modelo de Neuman (2012)

<b>Etapas</b>	<b>Ação dos cuidadores</b>	<b>Interpretação segundo Neuman (2012)</b>
Cuidados domiciliares iniciais	Lavagem nasal, compressas, administração de medicamentos previamente prescritos	<b>Linha de defesa flexível:</b> ações preventivas que protegem o sistema familiar frente ao estressor (sintomas respiratórios).
Busca por atendimento formal	Farmácia, UBS, pronto-socorro, hospital; deslocamentos progressivos conforme agravamento dos sintomas	<b>Linha de defesa normal:</b> resposta adaptativa do sistema familiar à ameaça percebida, acionando estratégias de enfrentamento e reorganização do cuidado.
Escalonamento das intervenções médicas	Nebulizações, broncodilatadores, corticoides, exames complementares, acompanhamento pediátrico	<b>Linha de defesa secundária:</b> intervenções formais escalonadas para restaurar estabilidade do sistema após o estressor já instalado; promove reconstituição da estabilidade da criança e da família

**Fonte:** Elaborado pela Autora (2025).

Essa articulação permite compreender o percurso assistencial não apenas como um conjunto de ações, mas como um processo adaptativo e contínuo, no qual decisões familiares, experiências prévias e orientação profissional se combinam para promover a saúde da criança.

#### 4.2.2 Percepção dos pais sobre sinais de gravidade

A percepção dos participantes sobre os sinais de gravidade em crianças com doenças respiratórias é um componente crucial no itinerário terapêutico, uma vez que influencia diretamente a busca por atendimento e a tomada de decisões frente ao adoecimento da criança.

Estudos demonstram que a identificação precoce de sinais de alerta pode reduzir complicações, diminuir a necessidade de hospitalizações prolongadas e contribuir para intervenções mais efetivas na atenção primária à saúde (Durão *et al.*, 2021; Toss *et al.*, 2021).

Sob a perspectiva do Modelo de Sistemas de Neuman (2012), a percepção dos pais também pode ser compreendida como uma linha de defesa primária do sistema familiar frente aos estressores que ameaçam o equilíbrio da criança. A capacidade dos cuidadores de reconhecer sinais de gravidade atua como mecanismo de resistência, influenciando a forma como o sistema familiar reage aos desafios impostos pelo adoecimento e pela complexidade do acesso aos serviços de saúde.

De modo complementar, a Teoria do Cuidado Familiar (Wright e Lea Leahey, 2009) destaca o papel da família como unidade de cuidado, em que as decisões parentais são moldadas por valores, crenças e experiências prévias com o adoecimento infantil. Assim, compreender a forma como os pais identificam e interpretam sinais de gravidade possibilita uma leitura mais ampla dos fatores subjetivos e contextuais que orientam suas ações frente à doença.

Nessa perspectiva, o quadro 5 apresenta as subcategorias analíticas que emergiram das falas dos participantes, organizadas de acordo com os principais eixos de interpretação: o reconhecimento dos sinais de gravidade e as decisões parentais diante do agravamento do quadro clínico. Essas dimensões refletem o modo como os cuidadores percebem alterações no estado de saúde da criança e as estratégias adotadas para restaurar o equilíbrio, em consonância com o referencial de Neuman (2012) e com a Teoria do Cuidado Familiar.

Quadro 5 - Articulação entre categorias, subcategorias e marcos teóricos de referência

4.2.2 Percepção dos pais sobre sinais de gravidade	4.2.2.1 Reconhecimento dos sinais de gravidade  4.2.2.2 Decisões diante do agravamento
<p><b>Neuman (2012):</b> corresponde à linha de defesa normal, em que a família reconhece alterações no estado de equilíbrio da criança e decide estratégias de enfrentamento.</p> <p><b>Teoria do Cuidado Familiar (Wright e Leahey, 2009):</b> destaca o papel da família como unidade de cuidado, com decisões influenciadas por valores, crenças e experiências prévias.</p>	

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa e na literatura teórica de referência (2025).



#### 4.2.2.1 Reconhecimento dos sinais de gravidade

A percepção dos pais sobre os sinais de gravidade nas doenças respiratórias infantis constitui um aspecto central do itinerário terapêutico, pois influencia diretamente o tempo de busca por atendimento e a evolução clínica dos casos. Embora os cuidadores reconheçam sintomas clássicos como febre, tosse e cansaço, a compreensão sobre sinais específicos de agravamento, como taquipneia, retrações intercostais, cianose e gemência, ainda é limitada ou ocorre de forma tardia.

Os relatos dos participantes revelam que os pais frequentemente associam a gravidade à alteração do padrão respiratório, identificando expressões de sofrimento como o “cansaço”, a “falta de ar” e o “gemido ao respirar”. Como relatou Margarida:

*“Foi quando eu vi que ela estava gemendo, assim, para respirar, né? Ela fazia aquela gemência, assim, sabe? Parece um desconforto, assim, né? Para respirar. Eu via que a barriguinha dela estava... Assim, ela respira mais rapidinho.” (Informação transcrita, Margarida)<sup>34</sup>*

Essas percepções coincidem com os sinais clínicos de alerta descritos na literatura, como gemência, retrações costais e taquipneia (Alves *et al.*, 2025; Ministério da Saúde, 2024). Tais manifestações refletem o aumento do esforço respiratório, considerado um dos primeiros indicadores de gravidade nas infecções respiratórias agudas (Souza *et al.*, 2024).

A mudança no padrão respiratório foi amplamente mencionada, embora interpretada de formas diversas. Dália e Peônia, relatam:

*“Ela estava afundando bastante aqui a respiração no pescoço, aparecendo as costelas e estava dando uma respiração bem forte.” (Informação transcrita, Dália)<sup>35</sup>*

*“Começou a aparecer as costelinhas, e dava de perceber assim, mesmo ele mamando, dormindo, ele tava parecendo que tava cansado, assim. Forçando muito.” (Informação transcrita, Peônia)<sup>36</sup>*

Esses trechos demonstram que, embora os pais reconheçam o esforço respiratório como algo anormal, nem sempre o interpretam como sinal de emergência clínica. Esse achado corrobora Passos *et al.* (2018), que observaram que os cuidadores tendem a identificar

<sup>34</sup> Entrevista respondida por Margarida [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>35</sup> Entrevista respondida por Dália [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>36</sup> Entrevista respondida por Peônia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

alterações respiratórias, mas frequentemente retardam a busca por atendimento, priorizando a febre como principal indicador de gravidade.

A taquipneia e o afundamento das costelas, descritos por Manacá e Lavanda, são sintomas de alerta precoce, porém ainda subvalorizados no contexto domiciliar:

*“Eu vi a barriguinha dele, bem cansado, bem... sabe? Bem ofegante. Daí eu fiquei preocupada, assim, porque ele nunca ficou nesse estágio.” (Informação transcrita, Lavanda)<sup>37</sup>*

*“Afundamento das costelas.” (Informação transcrita, Manacá)<sup>38</sup>*

Alguns cuidadores relataram também episódios de cianose, reconhecendo esse sinal como o ponto de maior gravidade:

*“Quando ele ficava roxo, aí eu me assustei. Roxo na boquinha, assim, e em cima do olhinho, ficou roxo e na boca.” (Informação transcrita, Cravo)<sup>39</sup>*

Essas observações refletem o que Vieira *et al.* (2023) e Alves *et al.* (2025) descrevem como manifestações típicas das doenças respiratórias graves, especialmente pneumonias e bronquiolites, que exigem atenção imediata para evitar hipóxia e complicações sistêmicas. Além dos sintomas respiratórios, alguns cuidadores também associaram mudanças no comportamento e recusa alimentar à gravidade do quadro, como relatam Hortência e Lírio:

*“Dormir demais, mamar quase nada e a gemência.” (Informação transcrita, Hortência)<sup>40</sup>*

*“[...] Ela começou a ficar roxa no olho, nariz e boca, ela parou de mamar, ela não estava mais mamando, ela não conseguia mais sugar.” (Informação transcrita, Lírio)<sup>41</sup>*

Essas percepções são coerentes com os achados de Alves *et al.* (2025), que apontam a letargia e a recusa alimentar como sinais de descompensação clínica, especialmente em lactentes. Contudo, as falas evidenciam um reconhecimento tardio dos sinais críticos, muitas vezes após uma piora significativa do quadro clínico.

<sup>37</sup> Entrevista respondida por Lavanda [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>38</sup> Entrevista respondida por Manacá [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>39</sup> Entrevista respondida por Cravo [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>40</sup> Entrevista respondida por Hortência [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>41</sup> Entrevista respondida por Lírio [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

O texto aborda que a linha de defesa flexível do sistema familiar segundo a Teoria dos Sistemas de Neuman (2012) atua como a primeira barreira protetiva diante de estressores fisiológicos e psicológicos associados ao adoecimento infantil. Quando essa linha falha em identificar precocemente sinais de gravidade, o sistema familiar torna-se mais vulnerável.

Nesse contexto, as percepções dos cuidadores (baseadas em experiências, observações e orientações recebidas) funcionam como saberes empíricos que precisam ser fortalecidos. Intervenções de enfermagem, fundamentadas no diálogo, demonstração prática e acompanhamento longitudinal, podem reforçar essa linha de defesa, favorecendo a detecção precoce de complicações, decisões mais seguras e a estabilidade do sistema familiar.

#### 4.2.2.2 Decisões diante do agravamento

A conduta gerada pelos pais diante da percepção dos sinais de gravidade, revelam o envolvimento da família no cuidado infantil, onde à medida que os sintomas se agravam, as famílias desenvolvem estratégias que variam entre a manutenção do cuidado domiciliar e a busca imediata por serviços de saúde, dependendo da interpretação que fazem dos sinais apresentados pelas crianças.

Como já mencionado, os relatos evidenciam que os responsáveis reconhecem a gravidade por meio de sinais visíveis, como o esforço respiratório, retrações costais e gemência. A observação desses sinais foi o principal motivo para a busca de serviços de saúde, assim relatado por:

*“Foi quando eu vi que ela estava gemendo, assim, para respirar... eu via que a barriguinha dela estava respirando mais rapidinho [...]” (Informação transcrita, Margarida)<sup>42</sup>*

*“Ela estava afundando bastante aqui a respiração no pescoço, aparecendo as costelas e estava dando uma respiração bem forte.” (Informação transcrita, Dália)<sup>43</sup>*

*“Por causa da respiração. Que daí começou a aparecer nas costelinhas, E dava de perceber assim, mesmo ele mamando, dormindo, ele tava parecendo que tava cansado, assim. Forçando muito.” (Informação transcrita, Peônia)<sup>44</sup>*

<sup>42</sup> Entrevista respondida por Margarida [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>43</sup> Entrevista respondida por Dália [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>44</sup> Entrevista respondida por Peônia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

Esses relatos correspondem aos sinais clínicos de alerta descritos por Alves *et al.* (2025) e pelo Ministério da Saúde (2024), como dispneia, retrações torácicas, cianose e gemência, que indicam comprometimento respiratório e necessidade de intervenção rápida.

Entretanto, observa-se que nem todos os pais buscam o atendimento imediatamente após perceberem esses sinais. Muitos optam por medidas domiciliares, como o uso de antibióticos e medicamentos de alívio, acreditando em uma melhora espontânea. Essa conduta reforça o achado de Passos *et al.* (2018), segundo o qual os cuidadores frequentemente subestimam os sinais iniciais de doenças respiratórias e retardam a busca por atendimento profissional, recorrendo primeiro a práticas domésticas ou automedicação, demonstrado principalmente na fala de Violeta e Begônia:

*“[...] A gente ficou tratando ela em casa com amoxicilina e outros medicamentos mais leves, né? Só que não deu resultado, ela foi agravando, foi a cada dia agravando.”*  
( Informação transcrita, Violeta)<sup>45</sup>

*“Começamos com xarope, antialérgico, coisas assim sozinhas, sabe? E daí como não melhorou, eu dei o prednisolona.”* (Informação transcrita, Begônia)<sup>46</sup>

Outro aspecto importante é o papel da rede de apoio social nas decisões tomadas, onde algumas falas demonstraram a influência de terceiros na condução do cuidado, ilustra como o reconhecimento do agravamento pode partir também de pessoas do convívio social, revelando o caráter coletivo e solidário do cuidado infantil, o que está em consonância com o conceito de apoio interpessoal presente no Modelo de Sistemas de Neuman (2012), onde o ambiente social atua como um fator que pode fortalecer ou enfraquecer a linha de defesa da família diante de um estressor.

*“Daí eu falei pra minha filha, liguei pra ela e disse pra ela. Eu disse pra ela vim pra casa que a Maria não tá bem. Daí ela veio e trouxe a menina pro hospital.”* (Jasmin, Informação transcrita)<sup>47</sup>

*“ela estava na creche na sexta-feira, no colo da professora, e a professora viu que ela começou a repuxar a perna e virar o olhinho. Daí viram que era uma convulsão. Daí onde ela foi levada para o hospital.”* (Informação transcrita, Rosa)<sup>48</sup>

Nas falas de Lírio, Girassol e Cravo, a emoção e o medo surgem como elementos decisivos para a busca por atendimento. O medo e o susto diante de sinais como cianose e

<sup>45</sup> Entrevista respondida por Violeta [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>46</sup> Entrevista respondida por Begônia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>47</sup> Entrevista respondida por Jasmin [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>48</sup> Entrevista respondida por Rosa [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

apneia impulsionam a ida imediata ao hospital. Tais emoções funcionam como gatilhos de ação rápida, mas também revelam o quanto a resposta ao agravo está mais ligada à percepção empírica e afetiva do que ao conhecimento técnico sobre os sinais de gravidade. Essa dimensão afetiva do cuidado foi discutida por Souza *et al.* (2024), ao afirmarem que o reconhecimento dos sinais depende não apenas da observação clínica, mas também da sensibilidade e da experiência cotidiana dos cuidadores com o adoecimento infantil.

*“Eu passei a noite toda com ela acordada e não sabia ter uma oposição, porque sempre estava respirando e parando, respirando e parando, aí começou a ficar assustador a gente levou no hospital.” (Informação transcrita, Lírio)<sup>49</sup>*

*“ À noite, que ele não conseguia respirar, aí eu fiquei acordada, cuidando dele, e logo de manhã eu já peguei vou levar, porque agora está gravando mais, então já levei direto, para a UPA.” (Informação transcrita, Girassol)<sup>50</sup>*

*“Quando ele ficava roxo, aí eu me assustei. Roxo na boquinha assim em cima do olhinho assim, ficou roxo e na boca. [...] Levei direto no hospital” (Informação transcrita, Cravo)<sup>51</sup>*

Por outro lado, algumas falas, como a de Lotus, evidenciam tentativas de manejo clínico prévio: *“primeiro utilizei a bombinha, não aliviou, continuou com essa falta de ar”*. Essa atitude indica a busca por autonomia no cuidado, ainda que limitada pelo desconhecimento dos sinais de agravamento. Vieira *et al.* (2025) destacam que o atraso no atendimento pode estar associado à expectativa de melhora com o tratamento domiciliar e à dificuldade em diferenciar sintomas leves de quadros potencialmente graves, como a pneumonia e a bronquiolite.

Sob a ótica do Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2012), às doenças respiratórias agudas atuam como estressores intrapessoais e interpessoais, capazes de romper o equilíbrio do sistema familiar. As ações dos pais representam tentativas de restabelecer esse equilíbrio por meio de medidas preventivas ou corretivas, conforme o grau de percepção da ameaça à integridade da criança. Quando os recursos internos (conhecimento, experiência) e externos (apoio social e rede de saúde) se mostram insuficientes, o sistema entra em colapso, exigindo intervenções profissionais mais complexas.

Assim, as ações e decisões dos pais diante da percepção dos sinais de gravidade demonstram tanto a capacidade de observação e cuidado imediato, quanto a fragilidade no reconhecimento clínico e no tempo de resposta. Esse cenário reforça a importância da educação

<sup>49</sup> Entrevista respondida por Lírio [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>50</sup> Entrevista respondida por Girassol [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>51</sup> Entrevista respondida por Cravo [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

em saúde promovida pela equipe de enfermagem na Atenção Primária, voltada à orientação sobre sinais de alerta, uso racional de medicamentos e critérios para busca precoce por atendimento, contribuindo para a redução de complicações e hospitalizações evitáveis.

#### 4.2.3 Barreiras no acesso aos serviços de saúde

Ao buscar atendimento para seus filhos diante de quadros respiratórios agudos, os pais relataram vivências que evidenciam a complexidade do acesso aos serviços de saúde. As narrativas revelam desigualdades na qualidade e na resolutividade do cuidado. A análise dessa categoria tem como foco compreender os principais obstáculos enfrentados pelas famílias no percurso até a hospitalização. As dificuldades relatadas refletem limitações que transcendem aspectos físicos ou administrativos, alcançando dimensões subjetivas relacionadas à percepção de cuidado e à confiança no sistema de saúde.

Considerando a amplitude desses desafios, esta categoria será apresentada em subcategorias analíticas que contemplam os diferentes tipos de barreiras enfrentadas, sendo elas:

- Barreiras geográficas;
- Barreiras organizacionais;
- Barreiras financeiras;
- Barreiras temporais.

Conforme o referencial teórico adotado, as barreiras de acesso resultam da interação entre fatores estruturais e experiências individuais dos usuários (Barros *et al.*, 2025; Farias, 2020). À luz da Teoria do Modelo de Sistemas de Neuman (2012), esses obstáculos podem ser compreendidos como estressores que afetam as linhas de defesa da família, comprometendo sua estabilidade e capacidade de resposta frente às situações de doença infantil, especialmente quando o suporte assistencial é insuficiente.

Quadro 6 - Articulação entre categorias, subcategorias e marcos teóricos de referência

4.2.3 Barreiras no acesso aos serviços de saúde	4.2.3.1 Barreiras geográficas; 4.2.3.2 Barreiras organizacionais; 4.2.3.3 Barreiras financeiras; 4.2.3.4 Barreiras temporais.
---	--

**Campo da Saúde Coletiva (Giovannella e Fleury, 1996; Paim, 2012):** as barreiras ao acesso expressam desigualdades estruturais e limitações da integralidade.

**Donabedian (1990):** estrutura, processo e resultado como elementos que interferem na qualidade e efetividade do cuidado.

**Neuman (2012):** os fatores ambientais externos e internos afetam o sistema familiar, aumentando a vulnerabilidade.

**Fonte:** Elaborado pela autora com base nos dados da pesquisa e na literatura teórica de referência, 2025.

#### 4.2.3.1 Barreiras geográficas

As barreiras geográficas representam um importante determinante no itinerário terapêutico das crianças com complicações respiratórias, influenciando diretamente o tempo e o modo de acesso aos serviços de saúde (Lima, *et al.*, 2022). Essa subcategoria evidencia que a distância entre o domicílio e as unidades de atendimento, bem como a disponibilidade de transporte adequado, configuram-se como fatores críticos que retardam a busca por cuidado e dificultam a continuidade do acompanhamento.

As falas dos participantes demonstram que, para muitas famílias, o deslocamento até o serviço de saúde é permeado por trajetos longos, custos adicionais e falta de meios de transporte público eficientes, o que se agrava quando o quadro clínico da criança evolui rapidamente.

*“É longe daqui de casa, e quando ela começou a piorar, já era de noite, então foi difícil conseguir transporte.” (Informação transcrita, Hortênsia)<sup>52</sup>*

*“Aqui no bairro não tem posto que atende criança. Precisei ir pro centro, mas demora pra chegar, ainda mais com ele passando mal.” (Informação transcrita, Rosa)<sup>53</sup>*

*“Pra vir até o hospital a gente teve que pedir ajuda, porque o ônibus demora demais, e a gente fica com medo de piorar no caminho.” (Informação transcrita, Jasmin)<sup>54</sup>*

Esses relatos revelam que o tempo gasto no deslocamento e a falta de acesso rápido às unidades de saúde constituem barreiras que podem comprometer o prognóstico clínico das crianças. Em regiões periféricas e rurais, a carência de serviços próximos e o funcionamento limitado das unidades básicas acentuam as desigualdades territoriais de acesso, o que, conforme os autores Lima *et al.* (2022) refletem um dos principais componentes da inequidade no sistema de saúde brasileiro.

<sup>52</sup> Entrevista respondida por Hortênsia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>53</sup> Entrevista respondida por Rosa [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>54</sup> Entrevista respondida por Jasmin [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

A Teoria dos Sistemas de Betty Neuman permite interpretar essas barreiras geográficas como estressores externos que ameaçam a linha de defesa flexível do sistema familiar. A distância e a dificuldade de deslocamento impõem sobrecarga física e emocional aos cuidadores, reduzindo sua capacidade de enfrentamento diante do adoecimento da criança. Quando o tempo de resposta do sistema é prolongado, há maior risco de rompimento das linhas de resistência, resultando em agravos clínicos e maior necessidade de hospitalização (Hayden, 2012).

*“Fui primeiro no hospital. Daí como não tinha pediatra, eles mandaram embora. Ela veio me perguntar, mãe, o que tu acha? [...] Ela me deixou muito insegura.. Aí eu vim direto pra cá” (Informação transcrita, Margarida)<sup>55</sup>*

*“Eu levei a primeira vez na farmácia, [...] Não fez efeito. Aí eu fui no postinho, a médica, não passou nada. [...] aí eu levei pro hospital.” (Informação transcrita, Hortência)<sup>56</sup>*

*“Eu me apavorei tanto. Liguei pra SAMU, liguei pra bombeiro, daí não consegui, só foram passando. Daí consegui pedir ajuda pros vizinhos, que me levaram pro hospital” (Informação transcrita, Petúnia)<sup>57</sup>*

Essa dinâmica evidencia que a organização espacial dos serviços de saúde nem sempre acompanha as necessidades reais da população, especialmente em contextos de vulnerabilidade social. O Ministério da Saúde (2025) reforça que o território deve ser entendido como um componente estratégico da atenção primária, onde a distribuição dos serviços precisa considerar mobilidade urbana, tempo de deslocamento e disponibilidade de transporte público.

Ainda nas falas das participantes, observa-se que o itinerário terapêutico frequentemente envolve deslocamentos entre diferentes municípios ou unidades, evidenciando uma rede de atenção fragmentada e centralizada em poucos serviços de referência. Algumas situações revelam o impacto das distâncias e da dependência de transporte familiar no tempo até o atendimento hospitalar:

*“[...] a gente levou no hospital e no domingo à noite também foi para o hospital. Aí na segunda de manhã a gente foi para a unidade básica, e depois de novo para o pronto socorro” (Informação transcrita, Lírio)<sup>58</sup>*

*“[...] foi a minha sogra que levou. Ela levou na sexta-feira, era duas e pouco. Ah, aí levou lá para o pronto-socorro, porque a unidade mais próxima era longe e eu estava trabalhando” (Informação transcrita, Bromélia)<sup>59</sup>*

<sup>55</sup> Entrevista respondida por Margarida [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>56</sup> Entrevista respondida por Hortência [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>57</sup> Entrevista respondida por Petúnia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>58</sup> Entrevista respondida por Lírio [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>59</sup> Entrevista respondida por Bromélia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.



Além disso, a necessidade de retornar várias vezes ao mesmo serviço em busca de avaliação pediátrica, como relatado por Manacá, reforça o quanto o deslocamento reiterado, mesmo em curtas distâncias, acarreta sobrecarga física e emocional para as famílias quando diz que teve que voltar no dia seguinte porque à noite não tinha pediatra. Esse percurso fragmentado expressa a insegurança vivenciada no acesso inicial e reforça a vulnerabilidade dos sistemas de apoio da criança.

Os relatos mostram que o território e a organização espacial da rede de saúde atuam como condicionantes do acesso, uma vez que a distância entre as residências e os pontos de atenção, aliada à ausência de pediatras em plantão noturno ou em unidades básicas próximas, atrasou o diagnóstico e a intervenção precoce, ampliando o risco de complicações respiratórias. Essa realidade evidencia a importância de considerar o contexto geográfico e organizacional no planejamento e na oferta dos serviços de saúde (Brasil, 2023).

Nesse sentido, Lima *et al.* (2022) destacam que a acessibilidade geográfica reflete a relação entre a distribuição dos serviços e a capacidade dos usuários de alcançá-los, sendo fortemente influenciada pela concentração dos recursos em determinados territórios. Os autores ainda reforçam que a regionalização da rede de atenção ainda apresenta lacunas estruturais, impondo deslocamentos e ampliando desigualdades no cuidado infantil.

À luz da Teoria dos Sistemas de Neuman (2012), tais deslocamentos representam estressores ambientais que comprometem a estabilidade da família e sua capacidade de resposta frente ao agravamento dos quadros respiratórios.

Por outro lado, algumas falas revelam experiências em que a proximidade do serviço foi decisiva para a busca precoce por atendimento, indicando que a presença de unidades de fácil acesso atua como fator de proteção no modelo de Neuman, fortalecendo o equilíbrio do sistema familiar diante do estressor:

*“Levei no posto aqui mesmo, pertinho de casa, e já me encaminharam pro hospital. Foi tudo rápido.” (Informação transcrita, Violeta)<sup>60</sup>*

*“Quando começou a respirar bem mal. Aí eu levei ela para uma consulta normal ali, no postinho. E aí já disseram que ela ia ter que internar, no caso. (Informação transcrita, Bromélia)<sup>61</sup>*

*“Na segunda-feira, viemos para uma consulta médica. O médico falou que era uma gripe forte, tal, que ela precisava ser medicada. Deu medicamento para gripe. Mesmo assim, a gente ligou para um segundo médico, e ele pediu para que a gente fizesse um*

<sup>60</sup> Entrevista respondida por Violeta [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>61</sup> Entrevista respondida por Bromélia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

*raio-x dela na segunda-feira ainda. [...] E depois que a gente chegou no PS, também foi muito rápido o atendimento, assim que a gente chegou. 10 minutos depois a gente já estava fazendo alguns exames. Três horas depois ela já estava com os exames tudo pronto”. (Informação transcrita, Violeta)<sup>62</sup>*

Esses contrastes demonstram que o acesso geográfico não se limita à distância física, mas envolve também a disponibilidade real de deslocamento e o suporte social existente. Assim, a distribuição desigual dos serviços de saúde e a ausência de políticas territoriais efetivas perpetuam desigualdades que afetam diretamente a saúde infantil.

Em síntese, as barreiras geográficas refletem um determinante estrutural do percurso assistencial, influenciando o tempo de resposta diante de quadros respiratórios agudos e contribuindo para o atraso no diagnóstico e tratamento adequado.

#### 4.2.3.2 Barreiras organizacionais

As barreiras organizacionais referem-se às características próprias dos serviços de saúde que podem facilitar ou dificultar a utilização dos serviços pelos usuários, englobando fatores como recursos humanos, físicos, materiais e tecnológicos, horários de atendimento, qualidade da prática profissional e aplicação de políticas de humanização (Brasil, 2025; Silva *et al.*, 2024). No contexto das experiências relatadas pelas participantes, essas barreiras se manifestaram de forma explícita, impactando diretamente a experiência de cuidado das crianças.

As declarações dos participantes evidenciam insuficiência de profissionais especializados, especialmente pediatras, em horários críticos ou em unidades básicas. Manacá descreveu que na quarta-feira, foi de noite, não tinha pediatra e por isso teve que voltar de manhã para ser atendida por outro médico. Margarida reforçou essa percepção, relatando a insegurança causada pela ausência do pediatra. Situações como essas demonstram como a falta de disponibilidade de profissionais qualificados afeta a continuidade do cuidado e a sensação de segurança das famílias (Silva *et al.*, 2024).

Outro aspecto relevante refere-se à qualidade do atendimento e à atenção do profissional.

*“Não era o atendimento que a gente estava esperando para com uma criança... esperava um pouco mais de atenção... fazer um exame, alguma coisa para ver o que que era.” (Informação transcrita, Rosa)<sup>63</sup>*

<sup>62</sup> Entrevista respondida por Violeta [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>63</sup> Entrevista respondida por Rosa [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

*“Na verdade, já que é uma doença assim mais grave, eles botaram os estagiários para furar ele, e mesmo não conseguindo tirar o sangue dele. E as enfermeiras ali e deixaram tomar eles tomaram conta dele e daí eu me assustei, meu marido também. Foi bem desesperador. ” (Informação transcrita, Cravo)<sup>64</sup>*

As falas apresentadas evidenciam a insatisfação e a frustração das famílias diante da forma como o atendimento às crianças foi conduzido, marcada pela falta de escuta, atenção e resolutividade. Observa-se, nos relatos, a percepção de descuido e despreparo por parte dos profissionais, seja pela ausência de uma avaliação física completa, pelo encaminhamento inadequado ou pelo envolvimento de estagiários sem a devida supervisão em situações delicadas. Esses relatos refletem a fragilidade na qualidade do cuidado prestado e revelam a importância de uma abordagem mais humanizada, que valorize o acolhimento, a empatia e a comunicação efetiva, especialmente quando se trata da assistência pediátrica em contextos de urgência.

*“O médico nem tirou a roupa dele pra ver se ele tinha desconforto respiratório e mandou pra casa. Só deu uma cartinha que era pra eu vir voltar de manhã pra ser atendido por um pediatra. ” (Informação transcrita, Manacá)<sup>65</sup>*

*“Na primeira vez, o doutor, ele só olhou... mandou com a aerolin para casa.” (Informação transcrita, Gérbera)<sup>66</sup>*

*“Eu vim pra cá, era pro pediatra passado e olhar, daí no final o pediatra não viu. Aí eu fui pra casa, ... fui pro postinho de novo, daí fui mandado pro hospital e vim pra cá de novo. Ninguém resolvia.” (Informação transcrita, Margarida)<sup>67</sup>*

Essas experiências corroboram a literatura que aponta que atitudes dos profissionais, comunicação e empatia são determinantes na percepção de qualidade do atendimento e na confiança do usuário no sistema de saúde (Lie *et al.*, 2021; Keshavarzi *et al.*, 2022).

A fragmentação do cuidado, evidenciada pela necessidade de múltiplos retornos ao serviço de saúde para avaliações e tratamentos sucessivos também foi destacada pelos entrevistados, conforme relatos abaixo:

*“Na quarta-feira, que eu vim de noite, não tinha pediatra... tive que voltar de manhã para ser atendida por outro médico.” (Informação transcrita, Manacá)<sup>68</sup>*

---

<sup>64</sup> Entrevista respondida por Cravo [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>65</sup> Entrevista respondida por Manacá [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>66</sup> Entrevista respondida por Gérbera [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>67</sup> Entrevista respondida por Margarida [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>68</sup> Entrevista respondida por Manacá [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

*“Hoje é quinta, eu vim na terça de madrugada, eu vim pra cá... depois eu fui no postinho de novo, daí fui mandado pro hospital lá do município e vim pra cá de novo. Ninguém resolvia.” (Informação transcrita, Hortência)<sup>69</sup>*

*“Fui até (hospital do município), transferiram ele para o regional (referência), por causa do pediatra... mas ele não melhorou.” (Informação transcrita, Orquídea)<sup>70</sup>*

*“...no sábado à tarde a gente levou no hospital e no domingo à noite também foi para o hospital. Aí na segunda de manhã a gente foi para a unidade básica, para o pronto-socorro. Daí ela foi encaminhada para cá.” (Informação transcrita, Lírio)<sup>71</sup>*

As barreiras organizacionais na atenção à saúde se manifestam por meio da insuficiência de profissionais, horários inadequados, baixa resolutividade, necessidade de múltiplos retornos e fragmentação da rede. A dependência de serviços de referência e a centralização de recursos podem gerar atrasos e insegurança para os usuários, especialmente quando a articulação entre os pontos da RAS é limitada. Situações que demandam múltiplos retornos refletem a baixa resolutividade e evidenciam a necessidade de linhas de cuidado bem definidas, capazes de garantir condução oportuna, ágil e segura conforme as necessidades do usuário (Brasil, 2025; Silva *et al.*, 2024).

Embora a fragmentação comprometa o acesso e a continuidade do cuidado, experiências de atendimento eficiente demonstram que a gestão adequada da rede e a comunicação clara entre profissionais e usuários podem mitigar essas barreiras, favorecendo a confiança das famílias e a efetividade do cuidado.

*[...] “A gente foi muito bem atendido, o médico, ficou ali à disposição da gente, E depois que a gente chegou no PS, também foi muito rápido o atendimento... assim que a gente chegou 10 minutos ela já estava fazendo alguns exames” (Informação transcrita, Violeta)<sup>72</sup>*

*“Sim, sim. Eu fui muito bem atendida por todos, desde a triagem até a hora de subir aqui, aqui no hospital também. Sempre bem atendida.” (Informação transcrita, Begônia)<sup>73</sup>*

*“Sim, ela falou que foi bem rápido, chegou aqui já atenderam ela, olharam tudo e internaram. trataram muito bem.” (Informação transcrita, Jasmin)<sup>74</sup>*

*“Sim, foi uma médica e uma enfermeira bem atenciosas que atenderam ela.” (Informação transcrita, Azaleia)<sup>75</sup>*

---

<sup>69</sup> Entrevista respondida por Hortência [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>70</sup> Entrevista respondida por Orquídea [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>71</sup> Entrevista respondida por Lírio [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>72</sup> Entrevista respondida por Violeta [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>73</sup> Entrevista respondida por Begônia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>74</sup> Entrevista respondida por Jasmin [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>75</sup> Entrevista respondida por Azaleia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

Portanto, a organização eficiente da RAS, com articulação entre serviços e atenção centrada nas necessidades do usuário, é essencial para superar os desafios impostos pelas barreiras organizacionais (Silva *et al.*, 2024; Brasil, 2025).

Alguns relatos apontam para experiências negativas de atendimento, marcadas pela percepção de negligência e insegurança diante da gravidade dos sintomas. A participante Rosa destaca:

*“Na verdade, a gente foi, de certa forma, mal atendidos, sabe? [...] esperava um pouco mais de atenção deles, às vezes ter feito um raio-x, ter se aprofundado ali, fazer um exame, alguma coisa para ver o que que era.” (Informação transcrita, Rosa)<sup>76</sup>*

Situações como essa refletem uma ruptura no cuidado centrado no paciente, em que o manejo clínico superficial e a ausência de investigação diagnóstica reforçam sentimentos de impotência nos cuidadores. Essa percepção é compartilhada por Manacá, que relata:

*“Na quarta-feira, que eu vim de noite, não tinha pediatra. [...] Ele nem tirou a roupa dele pra ver se ele tinha desconforto respiratório e mandou pra casa.” (Informação transcrita, Manacá)<sup>77</sup>*

A carência de pediatras e a descontinuidade no atendimento emergem como barreiras recorrentes. Essa limitação é corroborada por Margarida, que expressa a insegurança diante da falta de suporte especializado *“Como não tinha pediatra, eles mandaram embora. [...] Ela me deixou muito insegura. Por isso que eu vim pra cá, sabe?”<sup>78</sup>*

Essas falas reforçam o que Souza *et al.* (2024) e Passos *et al.* (2018) destacam em seus estudos: a subvalorização dos sinais de alerta em crianças pequenas e o retardo na condução diagnóstica adequada são fatores que comprometem o prognóstico e aumentam o risco de agravamento das doenças respiratórias.

#### 4.2.3.3 Barreiras financeiras

A análise das narrativas evidencia que, além das barreiras organizacionais e geográficas, os custos diretos e indiretos envolvidos no acesso aos serviços de saúde representam um

<sup>76</sup> Entrevista respondida por Rosa [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>77</sup> Entrevista respondida por Manacá [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>78</sup> Entrevista respondida por Margarida [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

obstáculo significativo para algumas famílias. Diversos relatos apontam que deslocamentos frequentes entre unidades básicas, prontos-socorros e hospitais, bem como a necessidade de recorrer a serviços privados, aumentam o ônus financeiro para os usuários e comprometem a continuidade do cuidado.

Alguns participantes relataram que a rapidez e a qualidade do atendimento dependeram, em parte, de relações pessoais ou da capacidade de acessar serviços privados, evidenciando desigualdades no acesso. Violeta destacou que sua experiência foi facilitada por contatos na rede de saúde, enquanto Begônia precisou recorrer à Unimed e realizar múltiplos retornos para garantir avaliação pediátrica adequada. Hortência e Margarida também relataram trajetos extensos e repetidos entre diferentes serviços, incluindo deslocamentos intermunicipais, que geraram custos e demandaram reorganização das rotinas familiares.

*“Como a gente trabalha com o pessoal da saúde, todo mundo conhece a gente, tem um certo respeito pela gente também. A gente foi muito bem atendido, desde o médico amigo da gente, ele ficou, né, ficou ali à disposição da gente, depois outro nosso amigo, nosso, esse outro médico que é amigo, a gente ligou várias vezes para ele, ele também, né, tava vendo que a gente passava para ele, ele também orientava.” (Informação transcrita, Violeta)<sup>79</sup>*

*“Ele tem Unimed, daí foi pelo consultório, né? A doutora que acompanha ele, mas como não consegui consulta no dia, eu fui na Unimed, que à noite tem consulta com o pediatra. Daí a gente foi lá.” (Informação transcrita, Begônia)<sup>80</sup>*

As falas demonstram como o acesso aos serviços de saúde e a qualidade do atendimento podem variar conforme as condições e vínculos sociais das famílias. Enquanto Violeta e Begônia relatam experiências positivas, marcadas pelo fácil acesso a profissionais conhecidos e pela possibilidade de recorrer a atendimentos particulares, Hortência e Margarida (abaixo) revelam um cenário oposto, permeado por dificuldades, falta de resolutividade e insegurança quanto às condutas adotadas. Esses contrastes evidenciam desigualdades no cuidado em saúde, mostrando que o acolhimento, a atenção e a confiança no profissional são elementos essenciais para um atendimento mais humanizado e eficaz, independentemente do contexto social ou do tipo de serviço procurado.

*“Eu levei a primeira vez na farmácia... E não fez efeito. Aí eu fui no postinho, a médica, não passou nada... eu levei pro hospital... de madrugada, eu vim pra cá, era pro pediatra passado e olhar, daí no final o pediatra não viu. Aí eu fui pra casa,*

<sup>79</sup> Entrevista respondida por Violeta [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>80</sup> Entrevista respondida por Begônia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

*eu fui pro postinho de novo, daí fui mandado pro hospital lá (município) e vim pra cá de novo. Ninguém resolvia.” (Informação transcrita, Hortência)<sup>81</sup>*

*“Como não tinha pediatra, eles mandaram embora. Atenderam, falaram que não era nada preocupante e que podia ir para casa... ela veio me perguntar, mãe, o que tu acha? Tu quer ficar aqui internada com ela ou ficar aí pra casa? ... Ela não me passou segurança. Por isso que eu vim pra cá.” (Informação transcrita, Margarida)<sup>82</sup>*

Essas experiências corroboram a literatura sobre barreiras financeiras, que considera os custos de transporte, consultas, exames e medicamentos como fatores que dificultam o acesso equitativo à saúde (Barros *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2024). Além disso, tais barreiras não se restringem apenas ao aspecto econômico, mas também se relacionam com o tempo, o esforço e o impacto na rotina das famílias, reforçando a necessidade de estratégias que minimizem deslocamentos e múltiplos retornos, bem como a importância de serviços resolutivos e próximos às comunidades.

Portanto, a subcategoria “Barreiras financeiras” evidencia que, mesmo em contextos de cobertura universal, os custos indiretos e a dependência de serviços privados podem limitar o acesso e a efetividade do cuidado pediátrico, exigindo políticas de organização da rede que considerem não apenas a disponibilidade de serviços, mas também a equidade na distribuição de recursos e a redução de ônus econômico para os usuários (Brasil, 2025).

De modo geral, as narrativas evidenciam que as barreiras geográficas, organizacionais e financeiras se entrelaçam e configuram um cenário de desigualdades que influencia todo o itinerário terapêutico das crianças. A distância entre os serviços e as residências, a falta de transporte, a carência de pediatras e a fragmentação da rede de atenção compõem um percurso marcado por incertezas, atrasos e desgaste emocional para as famílias. Mesmo diante da busca constante por cuidado, muitos percursos se tornam longos e repetitivos, revelando as fragilidades estruturais e a baixa resolutividade dos serviços de atenção à saúde.

Através destas dificuldades, a Teoria dos Sistemas de Neuman, compreende como estressores que atingem as linhas de defesa das famílias, comprometendo assim a estabilidade e capacidade de enfrentamento dos pais/ responsáveis do adoecimento infantil. O que culmina na sobrecarga ao sistema familiar através de deslocamentos, custos e experiências de

<sup>81</sup> Entrevista respondida por Hortência [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>82</sup> Entrevista respondida por Margarida [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

atendimento frustradas, tornando sua resposta ao estressor mais vulnerável, o que pode agravar o quadro clínico e aumentar a necessidade de hospitalização.

Por outro lado, experiências positivas descritas pela proximidade dos serviços, acolhimento e atendimento resolutivo, mostram que o fortalecimento das redes locais e o investimento em estratégias de acesso territorializado funcionam como fatores de proteção, capazes de restaurar o equilíbrio e reduzir a ansiedade das famílias. Assim, compreender e enfrentar as barreiras de acesso, pode aprimorar a estrutura do sistema de saúde, mas também reconhecer que o tempo, a distância e o modo de acolher as famílias são determinantes que moldam profundamente o itinerário terapêutico e o desfecho das doenças respiratórias infantis.

#### 4.2.3.4 Barreiras temporais

As barreiras temporais referem-se ao tempo necessário para acessar os serviços de saúde, à demora no atendimento e à fragmentação do cuidado, aspectos que afetam significativamente a experiência das famílias e o desfecho clínico das crianças com quadros respiratórios agudos (Barros *et al.*, 2025; Silva *et al.*, 2024). A análise das narrativas evidencia que atrasos no atendimento, necessidade de múltiplos retornos e encaminhamentos entre diferentes unidades configuram estressores que sobrecarregam o sistema familiar, comprometendo sua capacidade de resposta diante da doença infantil.

Para tornar mais evidente essa dinâmica, o Quadro 1 apresenta o detalhamento dos itinerários terapêuticos de cada criança, vinculando cada percurso a um participante da pesquisa. O quadro evidencia a diversidade de serviços percorridos desde unidades básicas de saúde, farmácias e serviços privados até pronto-socorros e hospitais de referência e mostra como múltiplos deslocamentos, retornos e transferências prolongam o tempo de cuidado e reforçam a fragmentação da atenção.

Além disso, a literatura indica que a fragmentação e a baixa resolutividade da atenção primária, aliadas a horários limitados de atendimento e à centralização de recursos, geram atrasos recorrentes e comprometem a eficácia do cuidado (Lie *et al.*, 2021; Keshavarzi *et al.*, 2022). A percepção de negligência ou de atendimento superficial, relatada por Rosa e Manacá, evidencia que o tempo não é apenas cronológico, mas também relacional, influenciando a confiança das famílias no sistema de saúde:



*“Na primeira vez, o doutor só olhou... mandou com a aerolin para casa.” (Informação transcrita, Gérbera)<sup>83</sup>*

*“Na quarta-feira, que eu vim de noite, não tinha pediatra. Ele nem tirou a roupa dela para ver se tinha desconforto respiratório e mandou pra casa.” (Informação transcrita, Manacá)<sup>84</sup>*

Sob a perspectiva da Teoria dos Sistemas de Neuman (2012), a demora e a fragmentação representam estressores temporais, que afetam a linha de defesa flexível da família. O tempo prolongado de espera e a necessidade de múltiplos retornos aumentam a sobrecarga emocional e física dos cuidadores, tornando a resposta ao estressor mais vulnerável e elevando o risco de agravamento do quadro clínico.

Por outro lado, relatos positivos destacam que a agilidade no atendimento, a coordenação entre serviços e a atenção resolutiva funcionam como fatores de proteção, fortalecendo a estabilidade do sistema familiar:

*“A gente veio para a consulta médica... assim que chegamos, 10 minutos depois ela já estava fazendo exames, e três horas depois já estava com tudo pronto.” (Informação transcrita, Violeta)<sup>85</sup>*

*“Sim, fui muito bem atendida desde a triagem até o momento de internar, tudo rápido e organizado.” (Informação transcrita, Begônia)<sup>86</sup>*

Dessa forma, as barreiras temporais não se restringem apenas ao tempo de espera, mas também refletem a fragmentação da atenção e a falta de integração entre os serviços, aspectos que influenciam diretamente a qualidade e a efetividade do cuidado pediátrico. Superar essas barreiras exige estratégias de gestão da rede de atenção à saúde que priorizem agilidade, continuidade, comunicação clara entre profissionais e articulação eficiente entre unidades, garantindo acesso oportuno e seguro, especialmente em situações de urgência pediátrica.

Todas essas experiências ilustram a fragmentação da rede de atenção, caracterizada pela necessidade de múltiplos deslocamentos e pela ausência de continuidade no cuidado, situações que prolongam o tempo até o diagnóstico correto e a intervenção adequada. A demora no atendimento, quando combinada com a falta de articulação entre os serviços, aumenta a

---

<sup>83</sup> Entrevista respondida por Gérbera [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>84</sup> Entrevista respondida por Manacá [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>85</sup> Entrevista respondida por Violeta [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>86</sup> Entrevista respondida por Begônia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

vulnerabilidade da criança e a ansiedade dos responsáveis, impactando negativamente o equilíbrio do sistema familiar (Neuman, 2012).

#### 4.2.4 Papel da equipe de saúde, especialmente da enfermagem na APS

Esta categoria evidencia como a atuação dos profissionais de saúde, especialmente da equipe de enfermagem na APS, influencia o reconhecimento dos sinais de gravidade pelas famílias, a tomada de decisão sobre buscar atendimento e a efetividade das intervenções no cuidado infantil.

A literatura reforça que a atuação do enfermeiro na APS engloba três eixos principais: abordagem clínica, ações preventivas e estratégias educativas. Entre as ações mais frequentes destacam-se triagem e monitoramento de sintomas, incentivo à vacinação, promoção do aleitamento materno e educação em saúde para famílias (Faria, *et al.*, 2022). Tais práticas promovem a detecção precoce de complicações, reduzem hospitalizações e fortalecem o vínculo entre profissionais e comunidade, contribuindo para a qualidade do cuidado e a redução da morbimortalidade infantil.

Quando há escuta ativa, orientação clara e atendimento humanizado, os cuidadores se sentem mais seguros para identificar sinais de alerta e buscar atendimento de forma adequada, caracterizando a prevenção primária. Por exemplo, Bromélia relata:

*“Sim, eles me explicaram certinho como tinha que ver a respiração dela, na barriguinha. E aí se piorasse [...] era pra levar para o pronto-socorro.”* (Informação transcrita, Bromélia)<sup>87</sup>

Da mesma forma, relatos de Lavanda e Cravo evidenciam a importância do acolhimento e da interação empática:

*“A enfermeira [...] foi conversando, foi interagindo com ele, saíram de lá amigos.”* (Informação transcrita, Lavanda)<sup>88</sup>

*“Uma enfermeira viu que a tosse dele estava muito assim [...] ela tomou da minha mão e levou pro médico porque ele estava almoçando.”* (Informação transcrita, Cravo)<sup>89</sup>

<sup>87</sup> Entrevista respondida por Bromélia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>88</sup> Entrevista respondida por Lavanda [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>89</sup> Entrevista respondida por Cravo [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

Essas práticas reforçam que o atendimento humanizado e a comunicação clara fortalecem o vínculo entre equipe e família, promovendo confiança e segurança emocional, fatores essenciais para que as famílias consigam decidir sobre a continuidade do cuidado e a busca por serviços de referência.

A comunicação, o acolhimento e a humanização do cuidado às famílias constituem elementos fundamentais para a promoção de um atendimento integral e sensível às suas necessidades (Brasil, s/d E). Por meio de uma comunicação efetiva, do estabelecimento de vínculos de confiança e do manejo adequado dos fatores estressores, é possível promover o equilíbrio, o bem-estar e a resiliência das famílias no contexto do cuidado em saúde (Sousa, *et al.*, 2024).

Por outro lado, falhas de comunicação, atendimento superficial ou demora no cuidado rompem essas linhas de defesa, aumentando a vulnerabilidade da família e exigindo ações de prevenção secundária e terciária, voltadas ao manejo precoce das complicações e à restauração da estabilidade do sistema familiar, tal como se observa nas falas a seguir:

*“Aí o médico me atendeu. É, só que ele nem tirou a roupa dele pra ver se ele tinha desconforto respiratório e mandou pra casa. Só deu uma cartinha que era pra eu vir voltar de manhã pra ser atendido por um pediatra.” (Informação transcrita, Manacá)<sup>90</sup>*

*“Não recebeu orientações sobre a piora ou gravidade da doença.” (Informação transcrita, Lório)<sup>91</sup>*

Esses relatos deixam evidente a fragilidade no processo de comunicação entre profissionais de saúde e familiares durante o atendimento infantil. Observa-se que algumas mães, como Manacá e Lório, sentiram falta de uma avaliação mais detalhada e de orientações claras sobre os sinais de agravamento, o que gerou insegurança e dúvidas quanto ao cuidado adequado.

*“Só explicaram que precisava ser internada porque sozinha ela não ia melhorar, não ia conseguir ir pra casa, precisa de oxigênio...” (Informação transcrita, Jasmin)<sup>92</sup>*

*“É que lá eu fui atendida por um doutor, daí depois trocou o plantão. Daí veio uma médica. Mas daí ela encaminhou pra cá pra ser avaliado pelo pediatra... daí aqui foi avaliado com o doutor [...], deu diagnóstico e mandou embora com lavagem nasal e... Dexametasona. Só que sem melhoras, só piorando.” (Informação transcrita, Orquídea)<sup>93</sup>*

<sup>90</sup> Entrevista respondida por Manacá [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>91</sup> Entrevista respondida por Lório [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>92</sup> Entrevista respondida por Jasmin [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>93</sup> Entrevista respondida por Orquídea [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

Já nos relatos de Jasmin e Orquídea (acima), percebe-se que, mesmo quando houve encaminhamento ou internação, as explicações permaneceram superficiais, sem garantir compreensão plena sobre o estado clínico da criança. Esses depoimentos evidenciam a necessidade de uma prática mais humanizada e comunicativa, em que o diálogo e a escuta ativa sejam priorizados como parte essencial da qualidade da assistência pediátrica.

Em contrapartida, experiências de falhas na comunicação e percepções de negligência aumentam a insegurança e a angústia das famílias. Hortência e Petúnia relatam orientação insuficiente:

*“Eles falaram que se piorasse [...] era pra voltar. Mas só orientações assim, de piora. [...] A gente não sabe o que faz, vai com medo de ir pra casa e acontecer alguma coisa pior.” (Informação transcrita, Hortência)<sup>94</sup>*

*“Eles só falaram, mãe, a gente vai precisar mandar para lá porque deu uma bactéria, mas não me explicaram qual era o tipo da bactéria ... eu acho que ela já enjoou a minha cara, porque toda semana eu estou lá com ela ... eu tenho medo de deixar ele em casa e ficar auto meditando.” (Informação transcrita, Petúnia)<sup>95</sup>*

*“Eu levei lá no hospital ..., lá não tinha pediatra. Daí me mandaram para casa, falaram que estava tudo bem. Mas eu vi que não estava muito bem, que ela estava gemendo demais, estava com a respiração muito ofegante. Aí trouxe aqui....” (Informação transcrita, Margarida)<sup>96</sup>*

Vale ressaltar que na Política Nacional de Humanização (2004) fica claro que o estabelecimento de vínculos afetivos e a escuta qualificada permitem que as famílias se sintam amparadas, fortalecendo sua resiliência e capacidade de enfrentamento. Essas práticas se alinham à perspectiva de Betty Neuman (Sousa, *et al.*, 2024), em que a comunicação e o acolhimento atuam como linhas de defesa que protegem o sistema familiar frente aos estressores, promovendo estabilidade, bem-estar e confiança no cuidado prestado.

Contudo, os relatos das famílias e as evidências da literatura recente tais como Braga *et al.* (2025) e Souza e Fonseca (2021) revelam a presença de falhas na comunicação, principalmente entre os profissionais e as famílias, fragilizando o vínculo e comprometendo a continuidade do cuidado. Entre as falhas destacam-se orientações superficiais e não contextualizadas, ausência de escuta qualificada, uso de linguagem técnica inacessível, uso de

---

<sup>94</sup> Entrevista respondida por Hortência [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>95</sup> Entrevista respondida por Petúnia [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

<sup>96</sup> Entrevista respondida por Margarida [Ago., Set., 2025]. Entrevistadora: Cailane Strey Rio do Sul, 2025.

linguagem técnica inacessível, descontinuidade na comunicação entre os níveis de atenção e déficit de acolhimento emocional.

Essas lacunas, expressas nas falas, mostram que a falta de diálogo efetivo gera insegurança, medo e sensação de desamparo, ampliando a vulnerabilidade das famílias e retardando a identificação dos sinais de gravidade nas crianças.

Outro ponto a ser mencionado é acerca das narrativas das participantes, o médico foi citado com maior frequência que o enfermeiro. Esse achado pode refletir a maior visibilidade do médico nas ações clínicas percebidas como decisivas, enquanto o trabalho do enfermeiro, centrado na prevenção, acompanhamento e educação em saúde, é menos reconhecido. Tal constatação aponta para a necessidade de fortalecer a percepção da população sobre o papel do enfermeiro, evidenciando suas contribuições para a continuidade e qualidade do cuidado infantil na APS (Sanca *et al.* 2023).

De maneira geral, o que se observa é que no Modelo de Neuman, essas práticas representam mecanismos de resistência que ajudam o sistema familiar a recuperar seu equilíbrio diante do estressor (doença respiratória). O acolhimento, a escuta e a ação resolutiva da enfermagem configuram-se, portanto, como elementos essenciais para fortalecer as linhas de defesa da família e reduzir vulnerabilidades.

Quando o atendimento é pautado na empatia e na continuidade do vínculo, as famílias relatam maior segurança e menor necessidade de buscar múltiplos serviços. Isso confirma o papel da enfermagem como coordenadora do cuidado, conforme previsto na PNAB (2017) e na PNAISC (2015), assegurando a integralidade e a humanização do atendimento infantil.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram alcançar o objetivo proposto de analisar os determinantes que interferem no itinerário terapêutico de crianças menores de cinco anos com complicações respiratórias até a internação hospitalar. Fundamentada na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, a pesquisa possibilitou compreender as interações entre fatores biológicos, sociais e organizacionais que influenciam o processo de adoecimento e as decisões familiares na busca por cuidado. A partir da escuta sensível de pais e responsáveis, evidenciou-se que esses fatores se entrelaçam e refletem diretamente nas percepções familiares, nas estratégias adotadas diante dos primeiros sinais de agravo e na continuidade do cuidado ofertado à criança.

Observou-se também, que o percurso assistencial das famílias é marcado por um processo dinâmico de tomada de decisão, no qual os cuidadores assumem papel central na identificação dos sintomas e na condução inicial do cuidado. Observou-se que, diante dos primeiros sinais respiratórios, predominam práticas domiciliares baseadas em saberes populares como lavagem nasal, uso de chás e medicamentos caseiros que, embora expressem estratégias protetoras, podem retardar o acesso ao atendimento formal. A busca por serviços de saúde geralmente ocorre quando há piora clínica ou falha das medidas domésticas, revelando fragilidades no reconhecimento precoce de sinais de gravidade e na comunicação entre profissionais e famílias.

A percepção dos pais acerca dos sinais de agravamento mostrou-se determinante para o itinerário terapêutico, interferindo diretamente no tempo de procura por atendimento. A insuficiência de orientações claras durante consultas anteriores e a dificuldade de compreensão das informações repassadas pelos profissionais contribuíram para a demora na tomada de decisão. Nesse contexto, destaca-se o papel da enfermagem na APS, sobretudo na promoção da educação em saúde voltada à identificação precoce de sinais de risco e à condução adequada frente ao adoecimento respiratório infantil.

As barreiras de acesso aos serviços de saúde emergiram como um dos principais entraves enfrentados pelas famílias, refletindo desigualdades estruturais e limitações na organização da rede de atenção. Fatores geográficos, econômicos e institucionais como distância, custos de deslocamento, escassez de pediatras e baixa resolutividade contribuíram para percursos longos e fragmentados até a internação hospitalar. Essas dificuldades ampliam a vulnerabilidade infantil e revelam a necessidade de fortalecer a coordenação do cuidado e a

articulação entre os diferentes níveis de atenção, garantindo continuidade e integralidade do cuidado.

A APS, embora reconhecida como porta de entrada preferencial, apresentou limitações importantes na continuidade do cuidado. As famílias relataram falhas na comunicação, orientações superficiais e ausência de acompanhamento após as consultas iniciais, o que gerou insegurança e sobrecarga emocional nos cuidadores. A atuação da enfermagem, nesse cenário, é essencial para resgatar o vínculo, promover escuta qualificada e desenvolver práticas educativas e preventivas que reduzam a incidência de complicações e internações evitáveis.

Sob a ótica do Modelo de Sistemas de Neuman, compreende-se que a criança e sua família constituem um sistema aberto, vulnerável a estressores ambientais, biológicos e sociais. As ações parentais frente ao adoecimento representaram mecanismos de defesa e reconstituição do equilíbrio, enquanto o papel da enfermagem configurou-se como linha de resistência, mediando intervenções preventivas e terapêuticas que favorecem a estabilidade do sistema e o bem-estar da criança.

O enfrentamento das doenças respiratórias na infância demanda uma abordagem integrada, que valorize tanto o conhecimento técnico quanto o saber empírico das famílias. O fortalecimento das ações educativas e a ampliação do acesso qualificado à Atenção Primária são medidas essenciais para reduzir agravos e promover o cuidado seguro e humanizado. O enfermeiro, nesse processo, assume protagonismo ao articular o diálogo entre família e serviço, identificar precocemente os riscos e garantir a integralidade do cuidado infantil.

Os achados reforçam que o itinerário terapêutico não se restringe a um percurso linear entre serviços, mas reflete a forma como as famílias atribuem sentido ao adoecimento e às suas experiências de cuidado. Assim, compreender essas trajetórias possibilita identificar lacunas no processo de atenção e subsidiar práticas profissionais mais humanizadas, contextualizadas e resolutivas.

Como implicação prática, destaca-se a importância de investir em ações de educação em saúde voltadas ao reconhecimento precoce dos sinais de gravidade das doenças respiratórias, bem como na ampliação do acesso à atenção primária. Recomenda-se o fortalecimento de políticas públicas voltadas à saúde da criança e à qualificação das equipes multiprofissionais, com ênfase no papel do enfermeiro como mediador do cuidado e promotor da integralidade.

Entre as limitações do estudo, ressalta-se a realização da pesquisa em um único cenário hospitalar e o recorte temporal restrito, o que não permite generalizações. Entretanto, no campo qualitativo, o valor dos achados está na profundidade interpretativa e na riqueza das narrativas, permitindo compreender os significados atribuídos pelas famílias ao itinerário terapêutico e ao cuidado em saúde.

Recomenda-se que novas pesquisas explorem o tema em outros contextos e aprofundem a articulação entre atenção básica e hospitalar, contribuindo para o aperfeiçoamento das políticas de saúde voltadas à infância.

Conclui-se que os determinantes que interferem no percurso de crianças menores de cinco anos com complicações respiratórias até a internação hospitalar estão fortemente relacionados às condições de vulnerabilidade social, à falta de orientação qualificada e às falhas na articulação da rede assistencial. Reconhecer essas interações é fundamental para que a enfermagem e os demais profissionais de saúde desenvolvam estratégias preventivas e educativas capazes de reduzir internações evitáveis e promover uma atenção mais integral e humanizada à criança e à sua família.



## REFERÊNCIAS

- ALVES, Thaliane Cassemira *et al.* Sinais de alerta: identificando doenças respiratórias como pneumonia e bronquiolite em crianças e a importância do diagnóstico precoce. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 7, n. 1, p. 660-666, 2025. Disponível em: <file:///C:/Users/emiec/Downloads/Artigo+4867.pdf>. Acesso em: 5 out. 2025.
- ANDRADE, Naysa Gabrielly Alves de *et al.* Bronquiolite viral aguda: um panorama completo da definição, epidemiologia, fisiopatologia, sintomas, tratamento e desfecho. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 6, n. 7, p. 2430-2442, 2024. Disponível em: <https://bjhs.emnuvens.com.br/bjhs/article/view/2605>. Acesso em: 30 maio 2025.
- ASCENSO, Marques Ribeiro Adeniane; AGUIAR, Ricardo Saraiva. Acesso da criança na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Saúde Coletiva (Barueri)**, v. 10, n. 59, p. 9, 2020. Disponível em: <https://revistasaudecoletiva.com.br/index.php/saudecoletiva/article/view/676>. Acesso em: 24 maio 2025.
- BAGGIO, Jussara A. Oliveira *et al.* Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) causada por COVID-19: um fator regional. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 117, n. 5, nov. 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/b9pyRc4DQbbHNPTHfRqCDkP/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2025.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em: 24 maio 2025.
- BARROS, Luís Felipe Moraes *et al.* Equidade no acesso à saúde no Brasil: desafios e caminhos para reduzir barreiras. **Brazilian Journal of One Health**, v. 2, n. 1, p. 295-303, 2025. Disponível em: <https://brjohealth.com/index.php/ojs/article/view/47/44>. Acesso em: 8 out. 2025.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- BONIFÁCIO, Mariana Abrantes Maciel *et al.* Bronquiolite aguda em lactentes: uma revisão dos tratamentos atuais e impacto na evolução clínica. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação – REASE**, v. 10, n. 9, set. 2024. Disponível em: <https://share.google/nGOiYDi61dun7hYk>. Acesso em: 29 out. 2025.
- BRAGA, Débora Ramônica Rodrigues *et al.* A influência da comunicação efetiva dos profissionais de saúde na segurança do paciente: revisão integrativa. **Revista Destaques Acadêmicos**, Lajeado, v. 17, n. 3, p. 4259, 2025. Disponível em: <https://www.univates.br/revistas/index.php/destaques/article/view/4259>. Acesso em: 10 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: curso de capacitação: introdução: módulo 1. 2. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 32 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <https://share.google/ITWPh4x4MvELERCab>. Acesso em: 26 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção integral às doenças prevalentes na primeira infância**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia/aidpi>. Acesso em: 2 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Articulação das Redes de Atenção à Saúde e Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/redes-de-atencao-a-saude>. Acesso em: 8 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acompanhamento da saúde**. [S. l.]: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia/acompanhamento-da-saude>. Acesso em: 16 mai. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: saúde da criança – crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_crianca\\_crescimento\\_desenvolvimento.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf). Acesso em: 2 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Curso I – Regulação de Sistemas de Saúde do SUS**: módulo 4 – Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4\\_regulacao\\_redes\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/modulo4_regulacao_redes_atencao_saude.pdf). Acesso em: 26 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/esf>. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de quadros de procedimentos: **AIDPI Criança – 2 meses a 5 anos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_quadros\\_procedimentos\\_aidpi\\_crianca\\_2\\_meses\\_5anos.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2_meses_5anos.pdf). Acesso em: 29 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O Ministério da Saúde alerta para prevenção de bronquiolite e pneumonia em crianças**. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/maio/ministerio-da-saude-alerta-para-prevencao-de-bronquiolite-e-pneumonia-em-criancas>. Acesso em: 2 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento e organização do processo de trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. 103 p. (Programa Saúde com Agente; E-book 10). Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento\\_organizacao\\_processo\\_trabalho.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejamento_organizacao_processo_trabalho.pdf). Acesso em: 16 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 31 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html). Acesso em: 26 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**. [S. l.]: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/pnaisc>. Acesso em: 26 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Primeira infância**. [S. l.]: Ministério da Saúde, [s.d.]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/primeira-infancia>. Acesso em: 16 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saiba mais sobre a APS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf). Acesso em: 17 out. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Familiar e Combate à Fome. **O Programa**. Brasília: MDS, 2025. Disponível em: [https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/copy\\_of\\_o-programa](https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/crianca-feliz/copy_of_o-programa). Acesso em: 2 jun. 2025.

BRASIL. Plenário do Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>. Acesso em: 24 maio 2025.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto nº 12.574, de 5 de agosto de 2025**. Institui a Política Nacional Integrada da Primeira Infância. Brasília: Casa Civil, 2025. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2023-2026/2025/decreto/D12574.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/D12574.htm). Acesso em: 26 out. 2025.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna; *et al.* **Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mYPwbjYDvwRb4ScPGDyyxkr/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2025.

CAIRES, Laryssa Thompson Vieira; *et al.* Doenças respiratórias mais comuns em crianças, diagnóstico e importância do aleitamento materno. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 7, n. 9, p. e76146, 2024. DOI: 10.34119/bjhrv7n9-434. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/76146>. Acesso em: 30 maio 2025.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – COREN. **Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde**: saúde da criança e do adolescente. Porto Alegre: Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul, 2020. Disponível em: <https://biblioteca.cofen.gov.br/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-saude-da-crianca-e-do-adolescente/>. Acesso em: 31 maio 2025.

CORDEIRO, Bruna Fernanda Leite; *et al.* Consenso de diretrizes médicas brasileiras sobre a lavagem nasal. **Ciências da Saúde**, v. 29, n. 147, 2025. DOI: 10.69849/revistaft/ar10202506152053. Disponível em: <https://revistaft.com.br/consenso-de-diretrizes-medicas-brasileiras-sobre-a-lavagem-nasal>. Acesso em: 28 set. 2025.

COSTA, C. M.; *et al.* Práticas da família sobre cuidados em saúde frente às doenças respiratórias infantis durante as queimadas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 6, p. e7983, 2021. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/7983>. Acesso em: 29 set. 2025.

DATASUS. C.1 **Taxa de Mortalidade Infantil** – Ficha de qualificação. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2000/fqc01.htm>. Acesso em: 16 maio 2025.  
DATASUS. **Tecnologia da Informação a Serviço do SUS**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qisc.def>. Acesso em: 30 out. 2025.

DEMÉTRIO, Fran; *et al.* O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe7, p. 204–221, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43nspe7/204-221/pt/>. Acesso em: 25 out. 2025.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Santa Catarina registra mais de 2 mil casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave em 2025**. Sc.gov.br, 2025. Disponível em: <https://dive.sc.gov.br/index.php/noticias-todas/799-santa-catarina-registra-mais-de-2-mil-casos-de-sindrome-respiratoria-aguda-grave-em-2025>. Acesso em: 25 out. 2025.

DONABEDIAN, Avedis. **The quality of care**: how can it be assessed? JAMA, v. 260, n. 12, p. 1743–1748, 1990.

DORO, Marcela Cristina Castro; *et al.* **A assistência de enfermagem no atendimento à crianças de 0 a 5 anos com infecções respiratórias agudas**. 2023. Projeto de Pesquisa (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade Eduvale de Avaré, São Paulo, 2023. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/post/a-assistencia-de-enfermagem-no-atendimento-a-criancas-de-0-a-5-anos-com-infeccoes-respiratorias-agudas>. Acesso em: 24 maio 2025.

DURÃO, Lucas Gonçalves; *et al.* Hospitalizações de crianças menores de 05 anos no Brasil: uma revisão sistemática. **XXIX Congresso de Iniciação Científica** – UNICAMP, 2021. Disponível em: <https://prp.unicamp.br/inscricao-congresso/resumos/2021P18227A35910O201.pdf>. Acesso em: 26 maio 2025.

FARIA, Renata Vicente; *et al.* Fatores que influenciam no cuidado às crianças com agravos respiratórios na Atenção Primária à Saúde. **Enferm. Foco**, v. 13, p. e-202224ESP1, 2022. Disponível em: [https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles\\_xml/2357-707X-enfoco-13-spe1-e-202224spe1/2357-707X-enfoco-13-spe1-e-202224spe1.pdf](https://enfermfoco.org/wp-content/uploads/articles_xml/2357-707X-enfoco-13-spe1-e-202224spe1/2357-707X-enfoco-13-spe1-e-202224spe1.pdf). Acesso em: 5 nov. 2025.

FARIAS, C. M. L.; *et al.* Absenteísmo de usuários: barreiras e determinantes no acesso aos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 15, n. 42, p. 2239, 2020. DOI: 10.5712/rbmfc15(42)2239. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2239](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2239). Acesso em: 8 out. 2025.

FIOCRUZ. **InfoGripe alerta para aumento de SRAG em quase todas as regiões do país.** 2025. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/infogripe-alerta-para-aumento-de-srag-em-quase-todas-regioes-do-pais>. Acesso em: 16 maio 2025.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkymVByhrN/?lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ. **Internações de bebês no SUS por problemas respiratórios bateram recorde em 2023.** 2024. Disponível em: <https://fiocruz.br/noticia/2024/07/internacoes-de-bebes-no-sus-por-problemas-respiratorios-bateram-recorde-em-2023>. Acesso em: 16 maio 2025.

GARCIA, I. P.; FREIRE, R. M. A. de C. Relações entre vulnerabilidade e desenvolvimento infantil: uma revisão integrativa. **Distúrbios da Comunicação**, v. 36, n. 2, p. e65947, 2024. DOI: 10.23925/2176-2724.2024v36i2e65947. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/65947>. Acesso em: 23 out. 2025.

GERHARDT, Tatiana Engel; *et al.* **Itinerários terapêuticos:** integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO, 2016. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/itinerarios-terapeuticos-integralidade-no-cuidado-avaliacao-e-formacao-em-saude/5447>. Acesso em: 27 out. 2025.

GIOVANELLA, Lígia; FLEURY, Sonia. **Universalidade, integralidade e equidade:** bases do SUS para a reorganização do cuidado. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 47, p. 23–36, 1996.

GUIMARÃES, Márcia Valéria Ratto; TEIXEIRA, Enéas Rangel. Cuidados familiares aos lactentes com doenças respiratórias: estudo descritivo-exploratório. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 14, n. 3, p. 313–323, 2015. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/enfermeria/resource/pt/biblio-1123086>. Acesso em: 28 set. 2025.

HANNODEE, Sally; DHAMOON, Amit S. Nursing Neuman Systems Model. **National Library of Medicine**. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK560658>. Acesso em: 1 out. 2025.

HAYDEN, Susan. The Neuman Systems Model (5th ed.) by B. Neuman and J. Fawcett. **Nursing Science Quarterly**, v. 25, n. 4, p. 378–380, 2012. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0894318412457067>. Acesso em: 9 out. 2025.

HUICHO, Luis et al. Delays in seeking and receiving health care services for pneumonia in children under five in the Peruvian Amazon: a mixed-methods study on caregivers' perceptions. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 149, p. 1–12, 2018. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5831863/>. Acesso em: 9 nov. 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. 2023. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/pesquisa/39/0>. Acesso em: 25 out. 2025.

KESHAVARZI, Mohammad Hasan; *et al.* Barriers of physician-patient relationships in professionalism: a qualitative study. **Journal of Advances in Medical Education & Professionalism**, v. 10, n. 3, p. 199, 2022. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9309164/>. Acesso em: 9 out. 2025.

KLEIN, Kassily; *et al.* Automedicação em crianças de zero a cinco anos: práticas de seus cuidadores/famílias. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**, v. 9, n. 7, p. e520974296, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i7.4296. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/4296>. Acesso em: 24 out. 2025.

LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo; *et al.* **Continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde**. Ponta Grossa: Editora Atena, 2023. Disponível em: <https://atenaeditora.com.br/catalogo/download-post/72646>. Acesso em: 31 maio 2025.

LERNER, Rogério; *et al.* O impacto do desenvolvimento na primeira infância sobre a aprendizagem. **Comitê Científico Núcleo Ciência Pela Infância**, Estudo I, 2014. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/304946106\\_O\\_Impacto\\_do\\_Desenvolvimento\\_na\\_Primeira\\_Infancia\\_sobre\\_a\\_Aprendizagem\\_2014](https://www.researchgate.net/publication/304946106_O_Impacto_do_Desenvolvimento_na_Primeira_Infancia_sobre_a_Aprendizagem_2014). Acesso em: 27 maio 2025.

LIE, Hanne C.; *et al.* Effects of physicians' information giving on patient outcomes: a systematic review. **Journal of General Internal Medicine**, v. 37, n. 3, p. 651–663, 2021. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8858343/>. Acesso em: 9 out. 2025.

LIMA, Juliana G.; *et al.* **Barreiras de acesso à Atenção Primária à Saúde em municípios rurais remotos do Oeste do Pará**. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 20, p. e00616190, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs616>. Acesso em: 16 out. 2025.

LUI, Lei; *et al.* Eficácia da irrigação nasal com solução salina hipertônica na rinossinusite crônica: revisão sistemática e metanálise. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**, v. 86, n. 5, p. 639–646, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bjorl/a/qnKgKtNr7Sg3zjbBfnWqwzg/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 out. 2025.

MARCONI, Mariana de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico: projetos de pesquisas, pesquisas bibliográficas, teses de doutorado, dissertações de mestrado, trabalho de conclusão de curso**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2021.

MARTINS, Isabela Melo *et al.* Fatores de risco e proteção ao desenvolvimento na primeira infância: revisão de escopo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 25, 2025. Disponível em: <https://www.rbsmi.org.br/details/6046/pt-BR/fatores-de-risco-e-protecao-ao-desenvolvimento-na-primeira-infancia--revisao-de-escopo>. Acesso em: 24 out. 2025.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn. **Bases teóricas de enfermagem**. 4. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2016. E-book. p. ii. Disponível em: <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/reader/books/9788582712887/>. Acesso em: 29 maio 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. rev. e apim. São Paulo: Hucitec, 2006. 406 p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/FgpDFKSpjsybVGMj4QK6Ssv/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 5 nov. 2025.

MONTANO, Anna-Rae. Neuman Systems Model With Nurse-Led Interprofessional Collaborative Practice. **Nursing Science Quarterly**, v. 34, n. 1, p. 45–53, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0894318420965219>. Acesso em: 29 set. 2025.

MORAES, Priscilla Glazielly dos Santos de *et al.* Principais efeitos colaterais do uso de corticoides em crianças: revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica da Estácio Recife**, v. 10, n. 1, 2024. Disponível em: <https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/779>. Acesso em: 4 out. 2025.

NETO, Sebastião Alves Gonçalves Britto *et al.* Perfil epidemiológico das internações pediátricas por doenças respiratórias em um município do interior da Amazônia. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 10, p. e17214, 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/17214>. Acesso em: 29 out. 2025.

NETO, Gregório Gondim Pereira *et al.* Vigilância do desenvolvimento infantil: implementação pelo enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v. 12, p. 1309-1315, 2020. Disponível em: [https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/download/9885/pdf\\_1/0](https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/download/9885/pdf_1/0). Acesso em: 24 maio 2025.

NEVES, Teresa Cristina de Carvalho Lima. **Comunicação e cuidado na APS-ESF: evidências, reflexões e desafios**. 2021. Tese (Doutorado em Ciências) – Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (ICICT), Rio de Janeiro, 2021. Disponível em: <https://share.google/RQSOXBUuGgTO2Ti2T>. Acesso em: 18 out. 2025.

NICHOLSON, E. *et al.* Factors that influence family and parental preferences and decision making for unscheduled paediatric healthcare – systematic review. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32680518/>. Acesso em: 27 out. 2025.

NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA. **Impactos da desigualdade na primeira infância**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2022. E-book. ISBN 978-65-996065-8-8. Disponível em: <https://share.google/wPqznbl31ywRjFyM>. Acesso em: 25 out. 2025.

OLIVEIRA, Edina Araújo Rodrigues; ROCHA, Silvana Santiago da. O cuidado cultural às crianças na dinâmica familiar: reflexões para a Enfermagem. **Revista Interdisciplinar**, v. 8, n. 1, p. 227-233, jan./mar. 2016. Disponível em: file:///C:/Users/emiec/Downloads/.... Acesso em: 29 set. 2025.

OLIVEIRA, Sthéffany Amanda Garcia de *et al.* A importância da equipe de enfermagem no processo de educação em saúde na atenção básica. **Revista FT – Ciências da Saúde**, v. 27, n. 124, 2023. Disponível em: <https://revistaft.com.br/a-importancia-da-equipe-de-enfermagem-no-processo-de-educacao-em-saude-na-atencao-basica/>. Acesso em: 31 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Meta 3.2:** acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/ods-3-meta-3-2>. Acesso em: 16 maio 2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Países das Américas buscam garantir atendimento ininterrupto reduzindo a fragmentação dos sistemas de saúde.** 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/en/news/27-9-2022-countries-americas-ensure-uninterrupted-care-reducing-fragmentation-health>. Acesso em: 20 maio 2025.

PAIM, Jairnilson Silva. **Atenção à saúde:** fundamentos e práticas para o trabalho em equipe. São Paulo: Hucitec, 2012.

PASSOS, Saulo Duarte *et al.* Doenças respiratórias agudas em crianças brasileiras: os cuidadores são capazes de detectar os primeiros sinais de alerta? **Revista Paulista de Pediatria**, v. 36, n. 1, p. 3–9, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/3MhQrZ8KS9GXRh4ZtmPCzqG/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 5 out. 2025.

PEIXOTO, Felipe Guedes *et al.* Bronquiolite viral aguda. **Revista Eletrônica Acervo Médico**, v. 23, n. 11, p. e14836, 22 dez. 2023. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/medico/article/view/14836>. Acesso em: 30 maio 2025.

PICHICHERO, Michael E.; CHAPMAN, Timothy J.; BAJORSKI, Pedro. Pneumonia, sinusite, gripe e outras doenças respiratórias em crianças propensas à otite média aguda. **Revista de Doenças Infecciosas Pediátricas**, v. 40, n. 11, p. 975–980, 1 nov. 2021.

Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34382614/>. Acesso em: 5 nov. 2025.  
PORTAL SES/SC. Com mais de seis mil casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave, Secretaria de Saúde reforça importância da vacinação. **Portal SES/SC**, 2025. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/pt/component/content/article/com-mais-de-seis-mil-casos-de-sindrome-respiratoria-aguda-grave-secretaria-de-saude-reforca-importancia-da-vacinacao?catid=84&Itemid=101>. Acesso em: 25 out. 2025.

POZZA, Bárbara Bemón. Automedicação em pacientes pediátricos. **Revista Unicesumar**, 2024. Disponível em: <https://rdu.unicesumar.edu.br/handle/123456789/10315>. Acesso em: 26 out. 2025.

PRATO, Maria Izabel Claus *et al.* Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, [S. l.], [S. v.], 2021. Disponível



em: <https://journal.sobep.org.br/submission/index.php/sobep/article/view/284/381>. Acesso em: 24 maio 2025.

PRESTES, Laura Menestrino *et al.* Manejo de pneumonia e derrame pleural em crianças. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 49, n. 6, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/mJm3ZrMgPKBMvZMxCnsqbDs/?lang=pt>. Acesso em: 30 maio 2025.

PURRI, Felipe Ranoya *et al.* Causas de hospitalização em crianças de 0 a 9 anos no Brasil: uma década de análise com base no SIH/SUS (2013–2024). **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 8, n. 5, p. 1–12, set./out. 2025. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/82079>. Acesso em: 23 out. 2025.

QUIRINO, Ana Luiza Santos *et al.* Internações na infância por doenças do aparelho respiratório no Brasil de 2013 a 2022. **Revista Ciência Plural**, v. 10, n. 1, e31414, 2024. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/31414/18582>. Acesso em: 24 maio 2025.

SANCA, Rutela *et al.* Papel profissional, valorização e reconhecimento social dos enfermeiros nas Unidades de Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Enfermagem Brasil**, v. 22, n. 6, 2023. Disponível em: <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/5539>. Acesso em: 5 nov. 2025.

SEGATO, Ana Clara Ferreira *et al.* Asma: uma revisão sobre a fisiopatologia e as novas abordagens terapêuticas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 24, n. 5, p. 11, 2024. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/download/16439/8610/>. Acesso em: 30 maio 2025.

SILVA, Luiza de Sousa *et al.* Itinerário terapêutico de crianças com deficiência pela perspectiva do familiar cuidador: análises de conteúdo e de sentimentos. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 12, n. 32, p. 732–750, set./dez. 2024. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/730/499>. Acesso em: 25 out. 2025.

SILVA, Maíra Domingues Bernardes *et al.* Fatores socioeconômicos e culturais do cuidado materno na doença respiratória infantil. **Revista de Enfermagem UFPE On Line**, v. 6, n. 10, p. 2335–2341, out. 2012. Disponível em: <https://api.arca.fiocruz.br/api/core/bitstreams/527c4a21-f688-43f5-bed1-a4f0a9407dec/content>. Acesso em: 29 set. 2025.

SIMPLÍCIO, Vitória Paulo *et al.* A experiência acadêmica e seus reflexos na estimulação da primeira infância. **Revista Eletrônica Extensão em Debate**, v. 12, n. 13, 2023. Disponível em: <https://www.seer.ufal.br/index.php/extensaoemdebate/article/view/14599>. Acesso em: 26 maio 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Guia prático de atualização: lavagem nasal. **Departamento Científico de Otorrinolaringologia**. Rio de Janeiro: SBP, 2023. 14 f. Disponível em: [https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/24053f-GPA\\_ISBN\\_-\\_Lavagem\\_Nasal.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/24053f-GPA_ISBN_-_Lavagem_Nasal.pdf). Acesso em: 28 set. 2025.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). **Laringites virais**. Pediatría para Famílias, 2023. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/pediatria-para-familias/doencas/laringites-virais/>. Acesso em: 5 nov. 2025.

SOUZA, Cicera Eduarda Almeida de *et al.* Fatores predisponentes para pneumonia pediátrica. **Revista Contribuciones a las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 6, p. 1–15, 2024. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/download/7461/4774/22565>. Acesso em: 30 maio 2025.

SOUZA, Valéria Silva de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. As relações comunicacionais entre os profissionais de saúde e sua influência na coordenação da atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. e00022020, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3FMVcDP9bCs3G94fqQQfDSQ/>. Acesso em: 10 nov. 2025.

TOSS, Sofia *et al.* Análise da redução em internações pediátricas por doenças respiratórias devido ao isolamento social. **Revista de Pediatria SOPERJ**, v. 3, n. 22, p. 5, 2021. Disponível em: [http://revistadepediatricasoperj.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=1213](http://revistadepediatricasoperj.org.br/detalhe_artigo.asp?id=1213). Acesso em: 24 maio 2025.

UNIVERSO UNIDAVI. **Entrega da obra de revitalização**. Universo UNIDAVI, 2025. Disponível em: <https://universo.unidavi.edu.br/revitalizacao-caca/>. Acesso em: 31 out. 2025.

VIEIRA, A. de F. M. *et al.* Pneumonia adquirida na comunidade: aspectos etiopatogênicos, métodos diagnósticos e condutas terapêuticas. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 3, p. 12836–12848, 15 jun. 2023. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/60708/43847>. Acesso em: 5 out. 2025.

WALDOW, Vera R. **Cuidado humano: o resgate necessário**. 5. ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2011.

WILD, C. F.; SILVEIRA, A. da. Cuidado de preservação desenvolvido por familiares/cuidadores de criança com asma. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 426–433, 2015. DOI: 10.5902/2179769215853. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/15853>. Acesso em: 29 set. 2025.

WOHLENBERG, Estevão Daniel *et al.* Principais causas de mortalidade infantil no Brasil: uma análise do âmbito regional ao nacional. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 8, n. 1, p. 1–16, jan./fev. 2025. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/77031/53628>. Acesso em: 24 maio 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Mortalidade infantil e causas de morte**. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/child-mortality-and-causes-of-death>. Acesso em: 16 maio 2025.


WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Pneumonia em crianças**. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/pneumonia>. Acesso em: 2 jun. 2025.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. **Nurses and families: a guide to family assessment and intervention**. 5. ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2009. Disponível em: <https://www.minams.edu.pk/cPanel/ebooks/miscellaneous/11.Nurses%20and%20Families%20A%20Guide%20to%20Family%20Assessment%20and%20Intervention.pdf>. Acesso em: 21 out. 2025.

XAVIER, Juliana Souza *et al.* Sazonalidade climática e doenças das vias respiratórias inferiores: utilização de modelo preditor de hospitalizações pediátricas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 3, e20210402, 2022. DOI: 10.1590/0034-7167-2021-0402. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/DPggdH5YNczshGbwwVkJLLSw/?lang=pt>. Acesso em: 25 out. 2025.

## APÊNDICE

### APÊNDICE I - ROTEIRO DE ENTREVISTAS

	<b>ROTEIRO DE ENTREVISTA</b>  <b>Acadêmica:</b> Cailane Strey  <b>Professora Orientadora:</b> Joice Teresinha Morgenstern
Este instrumento de coleta de dados faz parte de um trabalho de conclusão de curso a ser apresentado ao curso de Enfermagem do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), instituído como: <b>Determinantes no percurso de crianças menores de 5 anos com complicações respiratórias até a internação hospitalar</b>	

<b>IDENTIFICAÇÃO DA ENTREVISTA</b>
Flor:
<b>INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO</b>
Grau de parentesco:                      Idade:
Profissão:                                      Ocupação:
Escolaridade
<b>INFORMAÇÕES DO PACIENTE</b>
Sexo: (   ) Masculino (   ) Feminino      Idade:
Dias de internação:                      Diagnóstico médico:
Comorbidades:
<b>ENTREVISTA</b>
1) Como você percebeu os primeiros sinais de que seu filho estava com um problema respiratório? Inicialmente como você procedeu?

- 2) O que fez você perceber que a situação do seu filho era grave e precisava de atendimento médico urgente?
- 3) Quais foram os passos que você tomou desde a identificação dos sintomas até a busca por atendimento?
- 4) Onde você buscou atendimento inicialmente? Como foi a experiência?
- 5) Você recebeu orientações claras sobre os sinais de gravidade da doença? De quem?
- 6) Como foi o atendimento recebido da equipe de saúde (antes da internação) Você se sentiu atendido com atenção pelos profissionais de saúde e seguro em relação às orientações que recebeu para buscar o hospital? Foram solicitados exames e medicamentos?

## ANEXOS

### ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)



**CENTRO UNIVERSITÁRIO PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO  
VALE DO ITAJAÍ**

PROPPEX – Pró-Reitoria de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

#### DETERMINANTES NO PERCURSO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS COM COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS ATÉ A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado (a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, \_\_\_\_\_ residente e domiciliado  
\_\_\_\_\_,  
portador da Carteira de Identidade, RG nº \_\_\_\_\_ nascido (a) em  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, concordo de livre e espontânea vontade em participar como  
voluntário da pesquisa Determinantes no percurso de crianças menores de 5 anos com  
complicações respiratórias até a internação hospitalar. Declaro que obtive todas as  
informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas  
por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. Com o objetivo de analisar os determinantes que interferem no itinerário terapêutico de crianças menores de 5 anos com complicações respiratórias até a internação hospitalar.

2. A pesquisa é importante de ser realizada, pois este estudo possivelmente possibilitará a: colaborar para a melhoria da qualidade do atendimento e das práticas de cuidado, ao identificar lacunas no itinerário terapêutico das crianças. Além disso, a sociedade poderá ser beneficiada com o aprimoramento das políticas públicas e estratégias de saúde voltadas para a atenção infantil, promovendo a redução de internações e complicações graves.

3. Participarão da pesquisa os indivíduos que atenderem aos seguintes critérios de inclusão: Ser pai, mãe ou responsável legal por criança com idade inferior a 5 anos, internada por complicações respiratórias no hospital selecionado para o estudo; Ter acompanhado a criança durante o processo de busca por atendimento até a internação hospitalar; Ter mais de 18 anos de idade; Ter o filho(a) fora de estado grave ou crítico, ou seja, já em fase de recuperação clínica, para preservar o bem-estar emocional do participante; Estar em condições cognitivas adequadas para participar da entrevista no momento da coleta de dados; Aceitar voluntariamente participar da pesquisa, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa será realizada por meio de: roteiro de entrevista semi estruturada, possuindo 6 perguntas abertas, desenvolvido pela autora e validado através do teste piloto com 2 indivíduos não participantes da pesquisa, a duração da entrevista com aproximadamente 20 minutos. A pesquisa será realizada na unidade pediátrica em um hospital de médio porte localizado no interior de Santa Catarina

5. Conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), toda pesquisa com seres humanos envolve algum risco. A pesquisa em questão apresenta risco mínimo, sendo considerado o constrangimento diante das perguntas e respostas. Para isso, se existir a possibilidade de o (a) senhor (a) não se sentir confortável com a continuidade da entrevista esta será encerrada neste momento. Para minimizar o risco, a coleta de dados será individualizada, em ambiente privativo, e serão preservados o sigilo e anonimato dos participantes. Seus nomes serão identificados com nomes de flores como ROSA, JASMIM e assim sucessivamente, e estas pessoas poderão cancelar sua participação na pesquisa a qualquer momento. Garantimos que a sua participação não trará riscos a sua integridade física, podendo apenas trazer algum desconforto emocional diante da abordagem do tema, advindo da lembrança de aspectos que podem ter sido difíceis.

6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer como benefícios o: contribuir para um sentimento de escuta ativa e valorização colaborar para a melhoria da qualidade do atendimento e das práticas de cuidado, ao identificar lacunas no itinerário terapêutico

das crianças. Os resultados deste estudo poderão contribuir para: aprimoramento das políticas públicas e estratégias de saúde voltadas para a atenção infantil, promovendo a redução de internações e complicações graves.

**7.** Se houver algum problema ou necessidade, ou caso haja desconforto a entrevista poderá ser interrompida a fim de procedermos à escuta atenta das razões que o fazem se sentir assim, e só retomaremos a entrevista quando você se sentir à vontade para continuar. A pesquisadora se comprometerá a fornecer suporte emocional, mediante a indicação e agendamento de acompanhamento por profissional de saúde na Clínica de Psicologia do Centro Universitário para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI), no município de Rio do Sul, em Santa Catarina; caso eu sinta qualquer desconforto ou constrangimento que possa estar relacionado à participação na pesquisa. Se eu julgar necessário, a entrevista será interrompida por tempo indeterminado, até me considerar restabelecido emocionalmente para o término da entrevista.

**8.** Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar a Joice Teresinha Morgenstern, responsável pela pesquisa no telefone (47) 3531-6000 ou no endereço Rua Guilherme Gemballa, nº 13 – Jardim América, Rio do Sul - SC

**9.** Caso venha a surgir alguma dúvida ou necessidade de mais informações em relação à pesquisa ou ainda, no caso da disposição em revogar sua participação, poderá entrar em contato pelos telefones ou e-mails: Cailane Strey, e-mail: cailane.strey@unidavi.edu.br; (47) 99168-7676 e Joice Teresinha Morgenstern, email: joicemorg@unidavi.edu.br; (47) 3531-6000

**10.** A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento pelo entrevistado.

**11.** Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.

**12.** As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados. Serão utilizados nomes fictícios, respeitando os princípios contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Posteriormente, as informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas.



**13.** Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa serão expostos por meio de banners na mostra acadêmica de enfermagem do Centro Universitário Para o Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí (UNIDAVI) e na banca de Trabalho de Conclusão de Curso que é aberta ao público.

**14.** Não receberei nenhum ressarcimento ou indenização para participar desta pesquisa.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido (a) pela pesquisadora e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Rio do Sul, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

---

(Nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Joice Teresinha Morgenstern, – Enfermeira COREN-SC nº 332621. Endereço para contato: Rua Guilherme Gemballa, nº 13 - Jardim América, Rio do Sul - SC, 89160-000 Telefone para contato: (47) 3531-6000; E-mail: [joicemorg@unidavi.edu.br](mailto:joicemorg@unidavi.edu.br).

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa da UNIDAVI: Rua Dr. Guilherme Gemballa, 13 – Caixa Postal 193 - Centro – 89.160-000 – Rio do Sul - PROPPEX - Telefone para contato: (47) 3531- 6026. [etica@unidavi.edu.br](mailto:etica@unidavi.edu.br)

**ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** DETERMINANTES NO PERCURSO DE CRIANÇAS MENORES DE 5 ANOS COM COMPLICAÇÕES RESPIRATÓRIAS ATÉ A INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Pesquisador:** Joice Morgenstern

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 89315625.1.0000.5676

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE PARA O DESENVOLVIMENTO DO ALTO VALE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.739.914

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória descritiva com abordagem qualitativa, além disso, a análise e interpretação dos resultados serão vinculados à literatura vigente e norteados pela teoria do modelo de sistemas de Neuman. A pesquisa será realizada na unidade pediátrica em um hospital de médio porte localizado no interior de Santa Catarina. A população deste estudo é composta por pais ou responsáveis legais de crianças menores de 5 anos internadas por complicações respiratórias em um hospital de referência em atendimento pediátrico. A coleta de dados será realizada utilizando-se roteiro de entrevista semi estruturada elaborada pela pesquisadora. O referido instrumento de pesquisa passou por um pré-teste, no qual dois participantes com perfil semelhante aos sujeitos do estudo responderam à pesquisa. Essa etapa permitiu à pesquisadora realizar ajustes e aprimoramentos necessários no instrumento. Os participantes do pré-teste fazem parte do convívio social e familiar da pesquisadora e, não integrarão a amostra da pesquisa principal. Estima-se 10 participantes de pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral:**

Analisar os determinantes que interferem no itinerário terapêutico de crianças menores de 5 anos com complicações respiratórias até a internação hospitalar.

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

**Bairro:** JARDIM AMERICA

**CEP:** 89.160-932

**UF:** SC

**Município:** RIO DO SUL

**Telefone:** (47)3531-6026

**E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 7.739.914

**Objetivos Específicos:**

Descrever o percurso assistencial realizado pelos pais ou responsáveis na busca por cuidado;  
Identificar os principais entraves enfrentados pelas famílias no acesso aos serviços de saúde antes da hospitalização;  
Compreender como a percepção dos pais sobre os sinais de gravidade e a atuação dos profissionais de saúde, especialmente da equipe de enfermagem na atenção primária, influenciam a decisão de buscar atendimento.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Define-se riscos e benefícios, visando prevalecer os benefícios sobre os riscos. No entanto, algumas situações podem causar desconforto emocional, pois os entrevistados poderão lembrar momentos difíceis relacionados à saúde de seus filhos, como o processo de internação e o tratamento das complicações respiratórias. Existe também o risco de constrangimento caso se sintam expostos ao relatar suas experiências pessoais. Para minimizar esses riscos, a entrevista será conduzida com sensibilidade e respeito, garantindo o direito do participante de interromper a participação a qualquer momento, sem prejuízo. Além disso, todas as informações serão tratadas com confidencialidade e sigilo, assegurando o anonimato dos participantes.

**Benefícios:**

Quanto aos benefícios, os participantes terão a oportunidade de expressar suas experiências e percepções, o que pode contribuir para um sentimento de escuta ativa e valorização. Os resultados da pesquisa poderão colaborar para a melhoria da qualidade do atendimento e das práticas de cuidado, ao identificar lacunas no itinerário terapêutico das crianças. Além disso, a sociedade poderá ser beneficiada com o aprimoramento das políticas públicas e estratégias de saúde voltadas para a atenção infantil, promovendo a redução de internações e complicações graves.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa interessante, sobretudo por proporcionar benefícios a sociedade sobre a saúde e atenção infantil, promovendo a redução de internações e complicações graves.

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

Todos os termos obrigatórios foram apresentados dentro dos preceitos éticos.

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

**Bairro:** JARDIM AMERICA

**CEP:** 89.160-932

**UF:** SC

**Município:** RIO DO SUL

**Telefone:** (47)3531-6026

**E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 7.739.914

**Recomendações:**

Sugere-se a publicação dos resultados respeitando as normativas em relação ao sigilo e anonimato dos participantes e local de pesquisa.

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

Diante do Exposto, das pendências serem sanadas e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016, LEI nº 14.874/2024 e Norma Operacional nº 001 de 2013, o Comitê de Ética e CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do Exposto, das pendências serem sanadas e de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012, Resolução CNS nº 510 de 2016, LEI nº 14.874/2024 e Norma Operacional nº 001 de 2013, o Comitê de Ética e CEP Unidavi manifesta-se pela aprovação sem restrições éticas do protocolo de pesquisa proposto, apto para o início da coleta de dados. Ao término da pesquisa deverá ser submetido o Relatório Final via Plataforma Brasil.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2568128.pdf	07/07/2025 17:47:33		Aceito
Solicitação registrada pelo CEP	carta_resposta.pdf	07/07/2025 17:11:17	CAILANE STREY	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_trabalho_de_conclusao_de_curso_alteracao.pdf	07/07/2025 17:09:34	CAILANE STREY	Aceito
Outros	termo_de_gravacao_de_voz_alterado.pdf	07/07/2025 17:01:56	CAILANE STREY	Aceito
Cronograma	cronograma_projeto_alteracao_pdf.pdf	07/07/2025 16:59:54	CAILANE STREY	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termo_de_consentimento_livre_esclarecido.pdf	07/07/2025 16:56:46	CAILANE STREY	Aceito
Outros	roteiro_de_entrevista.pdf	03/06/2025 17:16:05	CAILANE STREY	Aceito
Outros	termo_de_utilizacao_de_dados.pdf	02/06/2025	CAILANE STREY	Aceito

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

**Bairro:** JARDIM AMERICA

**CEP:** 89.160-932

**UF:** SC

**Município:** RIO DO SUL

**Telefone:** (47)3531-6026

**E-mail:** etica@unidavi.edu.br

**CENTRO UNIVERSITÁRIO  
PARA O DESENVOLVIMENTO  
DO ALTO VALE DO ITAJAÍ -  
UNIDAVI**



Continuação do Parecer: 7.739.914

Outros	termo_de_utilizacao_de_dados.pdf	22:14:44	CAILANE STREY	Aceito
Outros	termo_de_conformidade_entre_documento.pdf	02/06/2025 22:14:19	CAILANE STREY	Aceito
Outros	declaracao_de_anuencia_da_instituicao.pdf	02/06/2025 22:13:47	CAILANE STREY	Aceito
Outros	autorizacao_servico_de_psicologia.pdf	02/06/2025 22:13:17	CAILANE STREY	Aceito
Orçamento	orcamento_projeto.pdf	02/06/2025 22:12:09	CAILANE STREY	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	02/06/2025 22:10:07	CAILANE STREY	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DO SUL, 01 de Agosto de 2025

---

**Assinado por:  
JOSIE BUDAG MATSUDA  
(Coordenador(a))**

**Endereço:** DOUTOR GUILHERME GEMBALLA 13

**Bairro:** JARDIM AMERICA

**CEP:** 89.160-932

**UF:** SC

**Município:** RIO DO SUL

**Telefone:** (47)3531-6026

**E-mail:** etica@unidavi.edu.br