

Percepções de urgência e emergência pediátrica entre quilombolas: uma abordagem à luz de Leininger

Quilombo women's perceptions of acute and emergency pediatric care: an approach in the light of Leininger

Percepciones de urgencia y emergencia pediátrica entre quilombolas: un enfoque a la luz de Leininger

*Samylla Maira Costa Siqueira^I; Viviane Silva de Jesus^{II}; Lorena Fernanda Nascimento Santos^{III};
Juliana Pedra de Oliveira Muniz^{IV}; Elane Nayara Batista dos Santos^V; Climene Laura de Camargo^{VI}*

RESUMO

Objetivos: analisar a percepção de mães quilombolas sobre urgência/emergência pediátricas e identificar as dificuldades no enfrentamento dessas situações. **Método:** pesquisa qualitativa desenvolvida com 12 mães de uma comunidade quilombola em Salvador-BA. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada nos meses de dezembro/2013 a junho/2014, tendo como base para análise a Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. A pesquisa foi aprovada por Comitê de Ética. **Resultados:** houve associação dos seguintes conceitos da Teoria Transcultural com as percepções de urgência e emergência: diferença cultural, diversidade e universalidade do cuidado cultural, contexto cultural, valor cultural, cuidado cultural e visão de mundo. **Conclusão:** a percepção das mães tem fatores culturais, conforme associação com a teoria proposta por Leininger e aponta para a existência de dificuldades no enfrentamento dessas situações no que diz respeito ao acesso aos serviços de saúde tanto na própria comunidade como no continente. **Descritores:** Grupo com ancestrais do continente africano; cuidado da criança; enfermagem em saúde comunitária; identificação da emergência.

ABSTRACT

Objectives: to examine quilombola mothers' perceptions of acute and emergency pediatric care and to identify difficulties in dealing with these situations. **Method:** in this qualitative study of 12 mothers in a quilombola community in Salvador-Bahia, data were collected by semi-structured interview from December 2013 to June 2014, and analyzed on Madeleine Leininger's Theory of Transcultural Care. The study was approved by the ethics committee. **Results:** perceptions of acute and emergency care were associated with the following concepts of Transcultural Theory: cultural difference, diversity and universality of cultural care, cultural context, cultural value, cultural care and world view. **Conclusion:** the mothers' perceptions comprised cultural factors, as in the associations with the theory proposed by Leininger, and point to the existence of difficulties in addressing these situations, as regards access to health care services both within their own community and on the continent. **Descriptors:** African continental ancestry group; child care; community health nursing; emergency identification.

RESUMEN

Objetivos: analizar la percepción de madres quilombolas sobre urgencia/emergencia pediátricas e identificar las dificultades en el enfrentamiento de estas situaciones. **Método:** investigación cualitativa, junto a 12 madres de una comunidad quilombola en Salvador-Bahia. Los datos fueron recolectados por medio de entrevista semiestructurada de diciembre/2013 a junio/2014. Tenían como base para análisis la Teoría del Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger. El Comité de Ética aprobó la investigación. **Resultados:** se verificó la asociación de los siguientes conceptos de la Teoría Transcultural con las percepciones de urgencia y emergencia: diferencia cultural, diversidad y universalidad del cuidado cultural, contexto cultural, valor cultural, cuidado cultural y visión del mundo. **Conclusión:** la percepción de las madres tiene factores culturales, según la asociación con la teoría propuesta por Leininger y señala la existencia de dificultades en el enfrentamiento de estas situaciones respecto al acceso a los servicios de salud tanto en la propia comunidad como en el continente. **Descriptor:** Grupo de ascendencia continental africana; cuidado del niño; enfermería en salud comunitaria; identificación de la emergencia.

INTRODUÇÃO

O significado de urgência/emergência é peculiar a cada indivíduo e sua elaboração advém de experiências subjetivas e da visão de mundo, que se referem ao modo como pessoas ou grupos veem o mundo e lhe atribuem valor, nele inserindo suas perspectivas^I.

Desse modo, a percepção acerca destas situações assume diferentes conotações a despeito do contexto sociocultural de cada indivíduo. Assim, na ocorrência de determinados agravos, mesmo que a situação não seja clinicamente caracterizada como urgente, é a percepção

^IEnfermeira. Mestre e doutoranda. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. E-mail: smcsiqueira@hotmail.com

^{II}Enfermeira. Mestre e doutoranda. Docente da Faculdade Adventista da Bahia, Cachoeira, Brasil. E-mail: vivi_humaniza@hotmail.com

^{III}Enfermeira. Mestre. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. E-mail: lorenafnasc@yahoo.com.br

^{IV}Enfermeira. Mestre. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. E-mail: julipedra@yahoo.com.br

^VEnfermeira. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. E-mail: elanensantos@gmail.com

^{VI}Enfermeira. Pós-doutora. Professora titular. Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil. E-mail: climenecamargo@hotmail.com

^{VII}Trabalho extraído da dissertação *Itinerários terapêuticos em urgências e emergências pediátricas em uma comunidade quilombola*

^{VIII}Pesquisa financiada pelo edital 030/2013, processo número: 4753/2014 e pelo edital 02/2013, processo número: 8394/2013

do sujeito que irá modular sua resposta, permitindo elaborar mecanismos e ações para recuperação da saúde².

Considerando que nas situações emergenciais o fator tempo é preditor na tomada de decisões e no desfecho do caso² – sobretudo em locais geograficamente isolados, onde serviços de maior complexidade são inexistentes – esse elemento é importante, principalmente quando os agravos acometem crianças, visto que há uma relação próxima entre mortalidade infantil por causas preveníveis e acesso aos serviços de saúde, sendo necessário ampliar o acesso ao setor secundário ou terciário das Redes de Atenção à Saúde (RAS)³.

Neste cenário estão inseridos os quilombos, caracterizados como espaços secularmente habitados por descendentes de escravos⁴ e que por terem sido consolidados em locais remotos e regiões periféricas⁵, o acesso dos indivíduos quilombolas à unidade de urgência e emergência é dificultado por fatores como distância dos núcleos urbanos e escassez de transporte, tornando a percepção dessas pessoas diferenciada no que concerne às situações de urgência/emergência.

Faz-se importante compreender a percepção do indivíduo acerca destas condições e das dificuldades enfrentadas quando da sua ocorrência para que sejam formuladas hipóteses sobre os motivos que influenciam a busca por cuidados no sistema formal e seus entraves. Estes podem contribuir na organização dos serviços que atendem esse tipo de agravo, ampliando o acesso e a qualificação dos cuidados²⁻⁷, aí incluídos os cuidados de enfermagem que, de acordo com Leininger⁶ devem considerar os fatores culturais do indivíduo para que a assistência prestada seja apropriada e completa.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivos analisar a percepção de mães quilombolas sobre urgência e emergência pediátrica e identificar as dificuldades no enfrentamento dessas situações.

REFERENCIAL TEÓRICO

Este estudo é respaldado na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, visto que aborda a influência das bases culturais no comportamento das pessoas em todos os âmbitos da vida, incluindo-se os cuidados adotados em situações de saúde, nelas incluídas as de urgência e emergência⁸.

Leininger salienta como uma das premissas de sua Teoria, que o indivíduo tem significados e entendimentos sobre o modo como deseja que o cuidado seja realizado¹. Nesse contexto, os fatores culturais devem ser considerados como parte essencial dos cuidados em saúde, pois possibilitam uma assistência mais apropriada, de forma que sem sua inclusão nos serviços de saúde, os cuidados prestados são parciais ou incompletos⁶.

Em um mundo multiétnico e globalizado como o que vivemos, faz-se necessário cada vez mais que o cuidado, entendido como a essência da enfermagem, seja

planejado e implementado com o intuito de melhorar ou aperfeiçoar a condição ou vida humana, respeitando-se os contextos culturais⁹ e simbólicos¹⁰.

Conforme Leininger, os conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais de cuidado variam transculturalmente, apesar de algumas similaridades⁹. Tornar-se consciente acerca das semelhanças e diferenças culturais é na atualidade um dos maiores desafios para os profissionais de saúde para que os serviços oferecidos sejam, de fato, efetivos⁶.

METODOLOGIA

Pesquisa qualitativa amparada na Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger⁸, realizada na comunidade quilombola de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA.

Os critérios de elegibilidade foram: ser habitante da comunidade, ter idade igual ou superior a 18 anos, ser mãe de criança de até 12 anos e não possuir nenhuma deficiência cognitiva ou verbal. Foram selecionadas 12 mães que já prestaram alguma assistência em situação de urgência/emergência para suas crianças, por meio de busca ativa realizada a partir de visita domiciliar e na unidade de saúde da família da comunidade. As entrevistas foram realizadas até a saturação teórica dos dados¹¹.

A coleta de dados ocorreu de dezembro/2013 a junho/2014 por meio de um roteiro de entrevista semiestruturada, o qual continha questões sobre cuidados e a acessibilidade aos serviços quando a criança apresentou um agravo caracterizado como urgência/emergência. As entrevistas foram realizadas individualmente, em local escolhido pelas participantes, e após consentimento prévio, sendo utilizado um gravador de áudio (Sony Icd-px240).

Para o tratamento das informações foi aplicada a técnica de análise temática¹², seguindo-se as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados, inferência e interpretação. Emergiram da análise dos depoimentos duas categorias: percepções maternas sobre urgência/emergência infantil e dificuldade nas situações de emergência/urgência infantil.

A pesquisa observou a Resolução nº 466/2012¹³ e foi aprovada pelo Comitê de Ética sob protocolo nº 420.096. Para garantir o anonimato, as entrevistas foram codificadas com a letra E seguida do número relativo à ordem em que foram realizadas: E1 a E12.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil das participantes

A maioria 7 (58,3%) estava na faixa etária de 30-39 anos, era casada ou estava em uma relação estável, com predomínio de um filho - 6 (50%); 9 (75%) se autorreferiram como de raça negra e uma participante se identificou como morena. No quesito religião, sobressaiu a evangélica - 5 (41,7%).

Em relação à escolaridade, metade das informantes possuía apenas o Ensino Fundamental e a ocupação ma-

juritária foi a mariscagem - 6 (50%), tendo se destacado outras como: dona de casa, faxineira, artesã, auxiliar de desenvolvimento infantil e comerciante. Quase a totalidade, 11 (91,7%), referiu ser beneficiada pelo Programa Bolsa Família, tendo como mediana de renda familiar R\$ 890,00 e renda domiciliar *per capita* de R\$ 212,50.

Quanto às condições sanitárias dos domicílios, 12 (100%) das depoentes informaram que habitam casas de alvenaria, com acesso à eletricidade, coleta diária de resíduos sólidos, abastecimento de água pela rede geral e ausência de rede de esgoto, sendo os dejetos destinados à fossa séptica.

As categorias temáticas emergentes da análise dos depoimentos das participantes são tratadas a seguir.

Percepções maternas sobre urgência/emergência infantil

Diz-se de urgência a ocorrência de agravo imprevisto à saúde que pode ou não oferecer risco potencial de vida, ao passo que emergência corresponde às condições que implicam risco iminente de morte ou sofrimento intenso^{14,15}.

Assim como verificado em outro estudo¹⁶, algumas participantes demonstraram dificuldades na conceitualização desses termos. Eis alguns depoimentos:

Ah, eu não sei explicar não... Eu não tenho esse conhecimento. (E10)

Eu acho que são a mesma coisa. (E5)

Essa dificuldade pode se relacionar ao fato de se tratar de conceitos técnicos que, com efeito, não possuem clara distinção para leigos. Outras mães apresentaram concepções que em muito se aproximam do conceito real, tendo como possível explicação a apropriação do discurso técnico científico ressignificado por suas vivências¹⁶:

Urgência é quando é coisa de chegar e chamar até o SAMU, não é? Emergência é quando está já em estado grave com risco de morrer. (E4)

No contexto da Teoria Transcultural, pode-se associar a conceitualização e a dificuldade de conceituar esses termos às diferenças culturais existentes entre as pessoas, sendo a compreensão e aceitação destas diferenças por parte dos enfermeiros essencial na promoção do cuidado adequado^{6,7}.

Mesmo sendo semanticamente distintos, estes dois termos mantêm uma estreita associação que se relaciona ao valor da variável tempo na prestação do socorro, visto que a rapidez minimiza as situações de risco de morte¹⁷, aspecto este que foi referido pelas participantes:

A asma é uma urgência porque se você demorar de levar a criança na urgência, ela pode morrer. Se eu demorasse 5 minutos, meu filho morreria. (E1)

O relato anterior demonstra que além de associar a situação de urgência à possibilidade de ocorrência do óbito, a mãe reconhece a demora em oferecer cuidados profissionais como fator agravante. Percepção esta que,

considerando a importância da oferta de um atendimento rápido e qualificado na redução da morbimortalidade infantil¹⁸, caracteriza-se como positiva, pois é a partir desta compreensão que será empreendida busca por cuidados, sendo que quanto mais tardia for, pior será o prognóstico da criança, especialmente em locais remotos.

No que se refere às percepções acerca do que são situações de urgência/emergência, emergiram múltiplos relatos, sendo alguns de cunho biológico, visto que as depoentes compreendem como situações dessa natureza a ocorrência de agravos como asma, pneumonia, mal-estar alimentar, diarreia e lesões cortantes, além de sintomas como dores intensas e febre.

A caracterização destes problemas como situações de urgência/emergência não é singular a estas mães, visto terem sido estes identificados em estudos realizados no Brasil^{16,19}, Portugal²⁰ e Estados Unidos²¹ como motivos de busca ao serviço de urgência/emergência pediátrica. Nesse aspecto, os resultados desta pesquisa se associam ao que Leininger⁹ chama de *universalidade do cuidado cultural*, ou seja, as similaridades existentes entre diferentes culturas no que diz respeito aos significados de cuidado.

Além de ter-se destacado como uma situação de urgência/emergência, a febre também foi amplamente citada, devido ao potencial de ocasionar crises convulsivas:

A febre é uma urgência porque causa convulsão. (E1)

Embora não se caracterize geralmente como um problema que requer cuidados de maior complexidade, o risco de ocasionar convulsão faz com que muitas mães considerem a febre como uma situação de urgência, bem como os agravos que apresentam este sintoma em seu pródromo, muitas vezes desencadeando repostas exageradas para combatê-la, resultantes do temor excessivo descrito como fobia da febre²².

Leininger refere ser o significado de saúde, doença e cuidado uma elaboração relacionada ao *contexto cultural*. Dessa forma, na cultura ocidental a febre é interpretada de modo dicotômico, como uma resposta a uma enfermidade e como uma enfermidade em si mesma²³, sendo apontada na literatura²⁴ como uma das causas mais comuns da procura por atendimento pediátrico.

Nesse contexto, tanto em estudos brasileiros^{16,19} como em estrangeiros²⁰⁻²², a febre foi destacada como o principal motivo de busca por atendimento em unidades de emergência pediátrica, sendo a convulsão febril apontada²⁵ como o principal receio entre os genitores. Essa abstração da febre como uma situação de urgência trata-se do que Leininger¹ designou como *valor cultural*, que serve para orientar a tomada de decisões dos membros de uma dada cultura. Assim, observa-se que independente da idade da criança, a febre gera entre as genitoras o receio da convulsão, orientando o modo de pensar, as decisões e as ações.

Na existência de febre ou outros agravos à saúde, no meio familiar são mobilizadas as primeiras medidas

para contenção do problema, sendo estas relacionadas ao que Leininger¹ chamou de *cuidado cultural*. Além de ser o ponto de partida dos cuidados, também é na família que estes são avaliados²⁶, podendo-se chegar à conclusão de que os recursos domésticos esgotados é que determinam - é chegada a hora de adentrar o sistema formal, pois as mães já não sabem mais o que fazer, conforme evidenciado por certos autores¹⁶ e na seguinte fala:

Quando você tem um filho que está passando mal, você fica ali sem saber o que fazer. (E3)

Nesse aspecto, os resultados desta pesquisa se aproximam de outro estudo, no qual foi revelado que as mães possuem um limite de recursos para cuidar de seus filhos e a busca por serviços de urgência e emergência se inicia quando entendem que o mesmo foi atingido¹⁶. Este limite é traduzido em sinais de alerta que podem se relacionar à persistência do problema, à reincidência do agravo ou à ausência de resposta positiva à intervenção materna, conforme evidenciado na fala posterior:

Quando passa mais, assim, de um dia doente e no próximo dia eu vejo que o remédio não está fazendo efeito, aí eu já encaminho ela para o hospital. (E5)

O reconhecimento do limite de cuidados por parte das genitoras e a necessidade de adentrar o subsistema formal está fortemente associada ao conceito de *visão de mundo* referido por Leininger como o modo pelo qual os indivíduos veem o mundo e as circunstâncias que cercam sua vida e lhe atribuem um valor, sendo a visão de mundo influenciada diretamente pela cultura e a responsável por orientar o cuidado almejado¹.

Quando as participantes mencionam a necessidade de recorrer ao sistema formal, apontam os problemas sociais e de infraestrutura que interferem no acesso aos serviços de saúde. Neste ponto, pode-se associar as percepções de urgência e emergência pediátrica das genitoras ao que Leininger chamou de *diversidade cultural do cuidado*, ou seja, às variações e diferenças que as culturas apresentam no que concerne aos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidado¹.

A escolha do serviço de saúde ao qual será conduzida a criança, depende de fatores como resolutividade, qualidade, especificidade em pediatria, facilidade de acesso e localização geográfica¹⁶. Este último foi revelado neste estudo como um dos principais fatores que interferem nessa escolha, visto que a necessidade de deslocamento para o continente reflete a natureza de urgência/emergência do caso:

Quando está passando mal e aqui não tem como acudir. Tem que pegar uma canoa e descer... (E6)

O acesso geográfico se relaciona ao nível de distância a ser percorrida, aos obstáculos a serem transpostos, ao tempo de locomoção e aos meios de transporte a serem utilizados até o serviço de saúde²⁷. A necessidade de atravessar o mar demanda tempo a ser consumido e, quando o agravo incide no período noturno, o socorro é

mais difícil, configurando a ocorrência de agravos noturnos como situação de urgência/emergência:

Aqui não é nem bom passar mal de noite, porque não tem socorro. Até a lancha pra levar a gente fica difícil, você não acha. (E7)

Além do funcionamento precário durante o dia, o serviço do posto se encerra no período vespertino, deixando a população desassistida à noite, quando a questão do transporte toma maiores proporções, seja por conta das condições climáticas para a realização da travessia, seja pelo horário que, por não ser comercial, torna o valor da viagem aumentado, sendo que nem sempre há recursos financeiros para tal.

A dificuldade de travessia até o continente, somada à ocorrência de agravos no período noturno, foi considerada como potencialmente problemática por essa comunidade quilombola, em particular, em decorrência devido as condições geográficas, políticas e sociais em que vivem e que ocasionam transtornos e sofrimento¹⁶.

Nesse sentido, tornam-se importante, do ponto de vista social, o conhecimento sobre a percepção de urgência/emergência pela perspectiva dos usuários e os problemas enfrentados por eles quando da necessidade de adentrar os serviços de saúde. Compreender os problemas a partir da ótica de quem os vivencia constitui parâmetro necessário para a tomada de decisões e elaboração de respostas que possam solucionar as demandas apresentadas.

Dificuldades nas situações de urgência/emergência infantil

Neste estudo, as dificuldades das mães quilombolas se relacionaram, principalmente, à ausência de serviços de saúde 24h, visto que na comunidade há apenas uma unidade básica de saúde (UBS) que, na ocorrência de agravos, não se mostra efetiva para prestação de assistência, conforme é possível verificar no seguinte relato:

Eu vou ao posto e mesmo assim não sou atendida, só sou atendida quando eu faço um espetáculo, pois eles dizem que ali não é UPA. (E8)

A atenção primária é caracterizada como a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde a partir das UBS com a Estratégia Saúde da Família (ESF)^{28,29}. Como portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), tais unidades oferecem o primeiro atendimento a pacientes portadores de quadros agudos e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, já que compõem a rede assistencial dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência³⁰.

Nesse contexto, conforme o último discurso apresentado, os responsáveis pela assistência, além de descumprirem atribuições estabelecidas legalmente^{30,31}, ferem os princípios do SUS e da própria atenção básica - universalidade, integralidade, acessibilidade, vínculo, responsabilização e humanização^{31,32}, demonstrando

equivocos na conduta profissional no que se refere ao modo de conceituar e tratar as urgências¹⁶.

Estudos demonstram falência da atenção básica como porta de entrada do sistema de saúde, com reflexos diretos no aumento da procura por serviços de maior densidade tecnológica, inclusive para resolução de demandas simples e, portanto, pertinentes à atenção primária. Estes problemas estão relacionados à escassez de recursos materiais e humanos, ao horário de funcionamento, à demora para atendimento, à falta de resolutividade e à dificuldade de acolhimento à demanda espontânea, levando a população ao descrédito^{15,16,29,33,34}.

Em pesquisas realizadas em quilombos, foi destacada a precariedade de funcionamento dos serviços básicos de saúde^{4,5,35}. Devido ao fato de a atenção básica não abarcar as situações de urgência/emergência destas comunidades, seus habitantes precisam se deslocar até o continente, tendo de providenciar o transporte para transferência das crianças, visto que o posto não oferta o transporte até um serviço de saúde hierarquizado que ofereça o cuidado adequado, conforme verificado na seguinte fala

Se for urgência/emergência eles prescrevem, dão um relatório e mandam para o médico, para outro hospital, e a gente que tem que providenciar o transporte. (E1)

Nessa perspectiva, a questão do transporte até o continente emergiu como uma das dificuldades a serem enfrentadas nas situações de urgência/emergência. Convém dizer que em algumas comunidades isoladas por mar ou rio é disponibilizada a ambulância, embarcação equipada para a prestação de cuidados pré-hospitalares em casos de urgência. Mesmo dispondo desse recurso, o transporte constituiu-se como um dos problemas apontados pelas informantes, conforme evidenciado no depoimento seguinte:

Demora muito, fazem muitas perguntas e às vezes a pessoa não está nem com cabeça pra responder tanto. O acesso deveria ser mais fácil, eles colocam muito empecilho pra chegar. Geralmente o que acontece? A gente consegue um barco e vai por conta própria para Salvador. (E12)

Tal discurso revela o descrédito da população no funcionamento da ambulância, visto que além da dificuldade no acionamento, ela acaba por não chegar até o solicitante. A mediação entre o paciente e o serviço de ambulâncias pode ser feita pela UBS localizada na ilha, visto que o transporte do paciente é uma das atribuições da atenção básica³⁰.

A questão da locomoção do usuário até o serviço de saúde também foi destacada em outros estudos³⁶⁻³⁸. No contexto dos quilombos, um desses estudos apontou como fatores de dificuldade de acesso aos serviços de saúde a disponibilidade de veículos, acesso de ambulâncias aos quilombos e dificuldade/impossibilidade de transportar os pacientes³⁶, corroborando os achados desta pesquisa.

CONCLUSÃO

Os objetivos traçados foram alcançados e os pressupostos da Teoria de Leininger foram imprescindíveis para compreender as percepções de mães quilombolas.

Nesse direcionamento, houve associação entre os seguintes pressupostos da Teoria Transcultural e os resultados aqui apresentados: a dificuldade de conceituar os termos *urgência* e *emergência* pelas participantes pode ser associado às diferenças culturais existentes entre as pessoas; universalidade do cuidado cultural foi desvelada ao caracterizarem a febre como uma situação de urgência, uma vez que na realidade ocidental este sintoma é visto como um problema dentro do que Leininger chama de contexto cultural, possuindo um valor cultural; o conceito de cuidado cultural foi observado a partir da mobilização das primeiras medidas de cuidado no meio familiar, bem como pelo reconhecimento do limite de cuidados; isso permitiu o entendimento acerca do momento de adentrar o sistema formal de cuidados, trata-se do que a teoria caracteriza como visão de mundo; por fim, o conceito de diversidade cultural do cuidado, foi identificado quando houve necessidade de recorrer ao subsistema formal, que apontou para problemas sociais e de infraestrutura que interferem no acesso aos serviços de saúde.

Ao dar voz a essas mães, este estudo colocou em evidência problemas vivenciados por elas nas situações de urgência e emergência, que impossibilitam a concretização da atenção à saúde e dos princípios da integralidade, universalidade e resolutividade dos serviços de saúde, suscitando reflexões acerca da sua efetividade em comunidades quilombolas.

Ademais, trouxe à tona que o funcionamento das ambulâncias não é efetivo, visto que as pessoas não obtêm resposta aos seus chamados, desvirtuando seu propósito, e, conseqüentemente levando ao descrédito da população.

Os resultados aqui expressos demonstram que os residentes da comunidade quilombola de Praia Grande não desfrutam de atenção integral à saúde, necessitando de ações governamentais para garantir o acesso integral aos serviços do sistema formal e respostas efetivas aos seus problemas, possibilitando o alcance do cuidado congruente referido por Leininger.

As limitações deste estudo referem-se à distância entre o continente e a ilha, que elevaram o custo deste trabalho, e às condições climáticas para a travessia marítima, que por vezes impediram a acessibilidade à comunidade, prolongando o período da coleta de dados. Ademais, por se tratar de uma pesquisa inédita, não há publicações que contemplem o mesmo objeto de estudo e permitam comparação os resultados obtidos.

REFERÊNCIAS

1. Leininger MM. Cultural care diversity and universality: a theory of nursing. New York (USA): National League for Nursing; 1991.
2. Abreu KP, Pelegrini AHW, Marques GQ, Lima MADS. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev. gaúch. enferm.* 2012; 33(2):146-52.
3. Vanderlei LCM, Navarrete MLV. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. *Rev. saúde pública (Online)*. 2013; 47(2):379-89.
4. Silva JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba. *Rev. saúde soc.* 2007; 16(2):111-24.
5. Silva DO, Guerrero AFH, Guerrero CH, Toledo LM. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. *Rev. nutr.* 2008; 21(Supl):83-97.
6. Leininger M. Becoming aware of types of health practioners and cultural imposition. *J. transcult. nurs.* 1991; 2(2):32-9.
7. Silveira DB, Chagas MDF, Hora TS, Daher DV, Acioli S. Implicações da cultura no cuidado da equipe de saúde da família em uma comunidade quilombola. *Rev. enferm. UERJ.* 2015; 23(5):622-6.
8. Leininger MM. Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. *Nurs. sci. q.* 1988; 1(4):152-60.
9. Leininger M. Culture care theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *J. transcult. nurs.* 2002; 13(3): 189-92.
10. Leininger, MM. Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In: Leininger MM, McFarland MR. Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory. 2th. Massachusetts (USA): Jones and Bartlett; 2006. p. 1-42.
11. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. Porto Alegre(RS): Artes Médicas; 1995.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. 5ª ed. Lisboa (Pt): Edições 70; 2010.
13. Ministério da Saúde (Br). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília (DF): CNS; 2012.
14. Conselho Federal de Medicina (Br). Resolução nº 1451, de 17 de março de 1995. Define critério do plantão médico de urgência e emergência. Brasília (DF): CFM; 1995.
15. Valentim MRS, Santos MLSC. Políticas de saúde em emergência e a enfermagem. *Rev. enferm. UERJ.* 2009; 17(2):285-9.
16. Rati RMS, Goulart LMHF, Alvim CG, Mota JAC. "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciênc. saúde coletiva (online)*. 2013; 18(12):3663-72.
17. Pinho PS, Araújo TM. Trabalho de enfermagem em uma unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. *Rev. enferm. UERJ.* 2007; 15(3):329-36.
18. Hetti LBE, Bernardes A, Gabriel CS, Fortuna CM, Maziero VG. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev. eletrônica enferm.* 2013; 15(4):973-82.
19. Salgado RMP, Aguero FCM. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. *Pediatria.* 2010; 32(2):90-7.
20. Caldeira T, Santos G, Pontes E, Dourado R, Rodrigues L. O dia a dia de uma urgência pediátrica. *Acta pediatr. port.* 2006; 1(37):1-4.
21. Adekoya N. Reasons for visits to emergency departments for medicaid and state children's health insurance program patients: United States, 2004. *N. C. med. j.* 2010; 71(2):123-30.
22. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *Am. j. dis. child.* 1980; 134(2):176-81.
23. Moraga FM, Horwitz BZ, Romero CS. Fiebre fobia: conocimiento y actitud de los padres respecto de la fiebre. *Rev. chil. ped.* 2007; 78(2):160-4.
24. Pereira GL, Dagostini JM, Dal Pizzol Tda S. Alternating antipyretics in the treatment of fever in children: a systematic review of randomized clinical trials. *J. pediatr.* 2012; 88(4):289-96.
25. Feldhaus T, Cancelier ACL. Conhecimentos dos pais sobre febre em crianças. *Arq. catarin. med.* 2012; 41(1):16-21.
26. Kleinman A, Sung LH. Why do indigenous practitioners Successfully heal? *Soc. sci. med.* 1979; 13(1):7-26.
27. Vargas AMD, Ferreira EF, Mattos FF, Vasconcelos M, Drumond MM, Lucas SD. O acesso aos serviços públicos de saúde em área limítrofe entre municípios. *Saúde soc.* 2011; 20(3):821-8.
28. Pereira GL, Tavares NU, Mengue SS, Sal Pizzol TS. Therapeutic procedures and use of alternating antipyretic drugs for fever management in children. *J. pediatr.* 2013; 89(1):25-32.
29. Lima LMB, Almeida NMGS. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. *Saúde debate.* 2013; 37(96):51-61.
30. Ministério da Saúde (Br). Portaria n.º 2048/GM, de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. Brasília (DF): Gráfica do Gabinete Ministerial, 2002.
31. Ministério da Saúde (Br). Portaria n.º 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília (DF): Gráfica do Senado Federal; 2011.
32. Governo Federal (Br). Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília (DF): Gráfica do Senado Federal; 1990.
33. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde debate.* 2003; 27(65):278-89.
34. Santos CKR, Moraes JRMM, Santos NLP, Souza TV, Moraes RCM, Azevedo SD. Qualidade da assistência de enfermagem em uma emergência pediátrica: perspectiva do acompanhante. *Rev. enferm. UERJ.* 2016; 24(4):e17560. DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.17560>
35. Andrade EC, Leite ICG, Vieira MT, Abramo C, Tibiriçá SHC, Silva PL. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil. *Epidemiol. serv. saúde.* 2011; 20(3):337-44.
36. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos serviços públicos de saúde para DST/HIV/aids por comunidades remanescentes de quilombos no Brasil. *Saúde soc.* 2010; 19 (supl.2):109-20.
37. Massarongo-Jona O. O direito à saúde como um direito humano em Moçambique. *Cad. Ibero-Amer. Dir. Sanit.* 2016; 5(supl.1):152-64.
38. Prates LAP, Possati AB, Timm MS, Cremonese L, Oliveira G, Ressel LB. Significados atribuídos por mulheres quilombolas ao cuidado à saúde. *Rev. pesqui. cuid. fundam. (Online)*. 2018; 10(3): 847-55.