SETORES DE CUIDADO À SAÚDE: VIVÊNCIAS DE FAMÍLIAS EGRESSAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

SÃO LUÍS, MA

FEV – 2019

HORTÊNSIA COUTINHO DA ROCHA

SETORES DE CUIDADO À SAÚDE: VIVÊNCIAS DE FAMÍLIAS EGRESSAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

SÃO LUÍS, MA

FEV – 2019

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Coutinho da Rocha, Hortênsia.
Setores de Cuidado à Saúde: Vivências de famílias egressas de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal / Hortênsia Coutinho da Rocha. - 2019.
73 f.

Orientador(a): Zeni Carvalho Lamy.
Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Cuidado da criança. 2. Práticas de Cuidado. 3. Setores de cuidado à saúde. 4. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal. I. Carvalho Lamy, Zeni. II. Título.

SETORES DE CUIDADO À SAÚDE: VIVÊNCIAS DE FAMÍLIAS EGRESSAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Hortênsia Coutinho Da Rocha

Dissertação aprovada em _____ de _____ de _____ pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora:

_____

Prof. Drª. Zeni Carvalho Lamy
Orientador
Universidade Federal do Maranhão

_____

Prof. Drª. Cristina Maria Douat Loyola
Examinador Externo
Universidade Ceuma

_____

Prof. Drª. Jacira do Nascimento Serra
Examinador Interno
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

À Deus primeiramente pela oportunidade de vivenciar cada experiência e aprender com todas elas.

Aos meus pais e ao meu irmão por todo incentivo e compreensão nas minhas decisões em busca dos meus sonhos. Vocês são minhas asas!

Ao meu marido por todo apoio, cuidado, cumplicidade, por acreditar em mim e nos meus sonhos, me mostrando que tudo é possível. Você é meu porto seguro, minha alma gêmea.

À minha querida orientadora, a professora Zeni, por todo carinho, dedicação e aprendizado, transmitindo seu conhecimento de forma tão maternal e amorosa! Obrigada pela gigantesca oportunidade! Nossa sintonia é recíproca.

À Lia pela oportunidade de trabalharmos juntas no desenvolvimento dessa pesquisa que nos permitiu compartilhar momentos de risos, conversas, experiências e muito trabalho.

À Sr Fernando por toda paciência e cautela durante as nossas visitas domiciliares.

À todas as famílias que abriram suas casas para que esse trabalho pudesse ser realizado, compartilhando suas experiências e sua intimidade.

Aos meus colegas de turma pela amizade e companheirismo. Vocês são maravilhosos!

À Jacqueline pelos conselhos, cafés, sábados de estudo e conversa e, principalmente, pela amizade que construímos.

À Rose pela paciência e disponibilidade. Sempre com o sorriso no rosto e fazendo de tudo para nos ajudar para que tudo desse certo!

À todas as meninas do NESS (Núcleo de Estudos de Saúde e Subjetividades) por todo aprendizado, apoio e experiências compartilhadas nas oficinas.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA), ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PGSC) e a todos os professores que compartilharam seus conhecimentos, experiências, dedicação e amor pelo que fazem.

À CAPES pelo auxílio financeiro.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo da gestão de saúde da criança no Brasil.....18

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNE	-	Conselho Nacional de Saúde
CNES	-	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DNCr	-	Departamento Nacional da Criança
ECA	-	Estatuto da Criança e do Adolescente
IT	-	Itinerário Terapêutico
MC	-	Método Canguru
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial da Saúde
PICs	-	Práticas Integrativas e Complementares
PNHPN	-	Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PNPIC	-	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares
RN	-	Recém-Nascido
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	-	Unidade Básica de Saúde
UCINCa	-	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru
UCINCo	-	Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional
UTI	-	Unidade de Terapia Intensiva
UTIN	-	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

ROCHA, Hortênsia Coutinho da, **Setores De Cuidado À Saúde: Vivências De Famílias Egressas De Unidade De Terapia Intensiva Neonatal**, 2019, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 73p.

RESUMO

A evolução dos cuidados intensivos neonatais tem possibilitado o aumento da sobrevida desse grupo de crianças de risco, exigindo um acompanhamento de modo compartilhado entre a atenção especializada (ambulatório de seguimento) e atenção básica a longo prazo, com o objetivo de monitorar o crescimento e desenvolvimento facilitando sua inserção no contexto social. No entanto, ao voltar para o domicílio, a família se depara com questões socioculturais voltadas para a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre a saúde, incluído seus conhecimentos, percepções e experiências para perceber, classificar e buscar ajuda diante das intercorrências. O presente estudo teve por objetivo analisar as escolhas de mães e cuidadores para as práticas de cuidado de crianças egressas de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em São Luís – MA. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, utilizando uma abordagem interpretativa. Foi desenvolvido a partir de duas maiores Unidade de Terapia Intensiva Neonatal públicas sendo uma universitária e de gestão federal e a outra de gestão estadual. Ambas são habilitadas como Hospital Amigo da Criança e dispõem de ambulatório de seguimento. A coleta de dados ocorreu no período entre maio e junho de 2018 através de entrevista semiestruturada realizada no domicilio com o cuidador principal da criança. A amostra atendeu ao critério de saturação. Os dados foram analisados a partir da análise de conteúdo na modalidade temática. A partir das falas das entrevistadas foi possível identificar quais os recursos disponíveis e as motivações para a busca de cuidados nos diferentes setores. No presente estudo as cuidadoras não relataram nenhum vínculo com a atenção primária à saúde, apenas com os profissionais que as acompanham na atenção secundária, que acabam abarcando outras demandas que deveriam ser atendidas na rede básica de saúde resultando em um cuidado desarticulado entre os serviços. Este trabalho possibilitou o resgate de crianças que tinham abandonado o acompanhamento no ambulatório de seguimento.

Palavras-chave: 1. Setores de cuidado à saúde 2. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal 3. Práticas de Cuidado 4. Cuidado da criança.

ROCHA, Hortênsia Coutinho da, **Health Care Sectors: Experiences of Families of Neonatal Intensive Care Units**, 2019, Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 73p.

ABSTRACT

The evolution of neonatal intensive care has made it possible to increase the survival of this group of at-risk children, requiring a shared follow-up between specialized care (follow-up clinic) and long-term basic care, in order to monitor growth and development facilitating their insertion in the social context. However, on returning home, the family is confronted with socio-cultural issues focused on the symbolic dimension of the understanding about health, including its knowledge, perceptions and experiences to perceive, classify and seek help in the face of intercurrences. The present study had the objective of analyzing the choices of mothers and caregivers for the care practices of children who were not enrolled in the Neonatal Intensive Care Unit in. This is a qualitative exploratory study using an interpretative approach. It was developed from two larger public Neonatal Intensive Care Units being one university and one from federal management and the other from state management. Both are enabled as a Baby Friendly Hospital and have a follow-up clinic. Data collection occurred in the period between May and June 2018 through a semi-structured interview conducted at the home with the child's primary caregiver. The sample met the saturation criterion. The data were analyzed from the content analysis in the thematic modality. Based on the interviewees' speeches, it was possible to identify the available resources and the motivations for seeking care in different sectors. In the present study, the caregivers did not report any link with primary health care, only with the professionals that accompany it in secondary care, who end up covering other demands that should be addressed in the basic health network resulting in a disjointed care among the services. This work enabled the rescue of children who had abandoned follow-up in the follow-up clinic.

Keywords: Health Care Sectors 1. Intensive Care Units, Neonatal 2. Care Practices 3. Child care 4.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
2 OBJETIVOS 15
2.1 Geral 15
2.2 Específicos 15
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 16
3.1 Processo saúde-doença 16
3.2 Pluralismo na assistência à saúde 17
3.3 Setores de Cuidado à Saúde 17
3.3.1 Setor Informal 18
3.3.2 Setor Popular (*folk)* 19
3.3.3 Setor Profissional 20
3.4 Aspectos históricos do cuidado à criança 21
4 PERCURSO METODOLÓGICO 24
4.1 Tipo de estudo 24
4.2 Local do estudo 24
4.3 Período da coleta de dados 25
4.4 Participantes e amostra do estudo 25
4.5 Técnicas e procedimentos para coleta de dados 26
4.6 Análise e interpretação do material 27
4.7 Aspectos legais e éticos 28
5 RESULTADO 29
5.1 Artigo 29
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 47
REFERÊNCIAS 48
APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO 53
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA 58
APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA 59
APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 65
APÊNDICE E - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PRINCIPAL CUIDADOR DA CRIANÇA 67

APÊNDICE F - CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS..... 68
ANEXO A – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO..... 69
ANEXO B - REGRAS ESPECÍFICAS PARA ARTIGO UTILIZANDO METODOLOGIA QUALITATIVA 73

1 INTRODUÇÃO

No cuidado materno-infantil a relação mãe-filho é rica e ilustra bem a influência dos valores culturais da mãe desde o período da gestação. É possível perceber desde a forma como a mãe compreende e vivencia a sua gravidez como nos cuidados prestados aos filhos como elas são influenciadas pelo saber popular da família e/ou sociedade (AMARAL et al., 2012).

Os avanços científicos em Neonatalogia nos últimos anos possibilitaram importantes avanços tecnológicos e grandes mudanças na assistência ao Recém-Nascido (RN), proporcionando a sobrevida de bebês prematuros. O RN que necessita de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) apresenta maiores riscos de morbimortalidade em decorrência de distúrbios e/ou circunstâncias superpostas ao curso normal de eventos associados com o nascimento (ROSSETTO; PINTO; DA SILVA, 2011).

Com a finalidade de acompanhar de forma sistemática o crescimento e o desenvolvimento das crianças consideradas de alto risco egressas da UTIN, foram criados os ambulatórios de seguimento. Esse acompanhamento possibilita a melhoria na sua condição a médio e longo prazo, permitindo que essas crianças sejam melhor assistidas em relação à evolução clínica, considerando que a continuidade do cuidado poderá tratar e prevenir precocemente algum atraso no crescimento e desenvolvimento, diminuindo as re-internações e garantindo a sobrevida com boa qualidade de vida (BRAGA; DE SENA, 2012; MÉIO et al., 2005).

No entanto, ao voltar para o domicílio, a família se depara com situações não só de medo e insegurança no cuidado ao RN como também questões socioculturais voltadas para a dimensão simbólica do entendimento que se tem sobre a saúde, incluído seus conhecimentos, percepções e experiências para perceber, classificar e buscar ajuda diante das intercorrências. Mesmo diante dos avanços em tecnologias para tratamento, descoberta de novos fármacos e mecanismos de doenças sendo elucidados, por exemplo, as mães e cuidadores continuam fazendo uso de outros setores de cuidado não ficando restritas ao setor profissional.

Ao se deslocarem do ambiente de cuidado dispensado pelo setor profissional, dispõem de inúmeras possibilidades da retomada do cuidado a partir de outros vínculos que

não o profissional-usuário embasado em seus valores socioculturais. A utilização dessas práticas não requer uma preocupação com a cientificidade dos recursos utilizados no tratamento de doenças e sim com as respostas às suas necessidades em determinado momento (SIQUEIRA et al., 2006).

O significado de estar doente pode ser entendido de diversas formas. Assim, a doença não é uma categoria estática, mas um processo de construção sociocultural estando diretamente relacionada com características organizacionais e culturais de cada sociedade (BECKER et al., 2009; MINAYO, 2009). Consequentemente, é necessário reconhecer que há diversas maneiras do indivíduo explicar seus sofrimentos e suas doenças, fazer escolhas de tratamento e avaliar seus resultados, ressignificando sua situação de vida.

Segundo Kleinman (1980), em sociedades complexas, o sistema de cuidado à saúde é compreendido por três subsistemas inter-relacionados: o setor *informal* compreendido pela família, comunidade e as redes sociais do indivíduo. O setor *popular* que inclui especialistas da cura ligados a grupos religiosos ou seculares como benzedeiras, curandeiros, pais de santo, parteiras dentre outros. E o setor *profissional* que consiste no sistema formal de saúde, no caso da sociedade brasileira, e compreende todas as profissões regulamentadas como médicos, enfermeiros, fisioterapeutas dentre outros (ALVES; SOUZA, 1999; HELMAN, 2009).

Os setores popular e informal fornecem uma substancial proporção dos cuidados de saúde. Estima-se que 70% a 90% de todos os episódios auto-reconhecidos de doença são geridos exclusivamente por estes setores. Dessa forma, o sistema profissional, também chamado “biomédico” ou “alopático”, é apenas mais uma forma de tratamento dentre as outras formas disponíveis (HELMAN, 2009; OLIVEIRA, 2002).

Nesse sentido, as pesquisas no campo da continuidade da atenção ao RN egresso de UTIN estão mais voltadas ao período referente a terceira etapa do Método Canguru ou com crianças até um ano de idade, momento em que essas mães e cuidadoras estão tendo maior contato com o setor profissional.

Nota-se o quão relevante é para os profissionais de saúde conhecerem a utilização dos outros setores, valorizando a multiplicidade de caminhos e escolhas ao realizarem seus percursos em busca de atenção e tratamento, identificando as dificuldades enfrentadas pelas

famílias no sentido de oferecer subsídios para que os profissionais de saúde possam prestar um cuidado mais eficaz, qualificado e condizente com a realidade do sujeito assistido.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar as escolhas de mães e cuidadores para as práticas de cuidado de crianças egressas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em São Luís - MA.

2.2 Específicos

- Caracterizar as mães e os cuidadores segundo as variáveis sociodemográficas.
- Identificar características relacionadas às condições de nascimento e morbidade das crianças.
- Compreender as motivações para a busca por tratamento nos diferentes setores de cuidado à saúde.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Processo saúde-doença

Desde a forma como nos comunicamos sobre nossos problemas de saúde, o modo como apresentamos nossos sintomas até a maneira pela qual avaliamos os nossos cuidados são afetados pela crença cultural. Assim, questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais os mesmos ocorrem (KLEINMAN *et al.*, 1978; LANGDON; WIIK, 2010).

Cada indivíduo tem o seu modo próprio de se perceber, explicar e também de tratar a falta de saúde. À vista disso, apresenta comportamentos e pensamentos singulares quanto à experiência da doença, assim como noções particulares sobre saúde e terapêutica (LANGDON; WIIK, 2010). Portanto, além de sua configuração biológica, a doença está intimamente relacionada com as características socioculturais logo, diferentes doenças podem ser encaradas de forma distinta por pessoas de um mesmo grupo e da mesma maneira por pessoas de grupos diferentes (MELLO; OLIVEIRA, 2013).

Portanto, as questões relativas à saúde e à doença não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências (LANGDON; WIIK, 2010).

Dessa forma, utilizaremos um conceito avançado sobre o processo saúde-doença em relação à concepção biomédica em uma perspectiva antropológica proposta por Kleinman *et al.* (1978) no qual procuram fazer uma distinção entre patologia (*disease)* e enfermidade (*illness*).

De acordo com esses autores, a enfermidade é a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença, uma resposta que engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente. Enquanto a patologia é a forma como a experiência da doença (*illness*) é reinterpretada pelos profissionais de saúde à luz de seus modelos teóricos e que os orienta em seu trabalho clínico. A fronteira entre normal-patológico e saúde-doença seria estabelecida pelas experiências de enfermidade em cada cultura – suas narrativas e rituais de cura (KLEINMAN *et al.*, 1978; OLIVEIRA, 2002).

3.2 Pluralismo na assistência à saúde

Conquanto pareça existir uma tendência de que a ocorrência de certos sinais e sintomas implique uma ação imediata de determinada busca de auxílio terapêutico, não se pode afirmar que exista um padrão único e definido no processo de tratamento (ALVES; SOUZA, 1999, p. 135). Os caminhos percorridos por pessoas em busca de cuidados terapêuticos não necessariamente coincidem com esquemas ou fluxos pré-determinados (CABRAl *et al.*, 2011).

Segundo Langdon e Wiik (2010), cada grupo organiza-se coletivamente – através de meios materiais, pensamento e elementos culturais – para compreender e desenvolver técnicas em resposta às experiências, ou episódios de doença e infortúnios, sejam eles no âmbito individual ou coletivo.

Entende-se como pluralismo na assistência à saúde as mais variadas formas disponíveis que as pessoas buscam para tratar a doença ou a falta de saúde. Portanto, a busca por tratamento com vizinhos ou pessoas mais velhas (como avós e mães, por exemplo), a confiança nas orações, o conhecimento e fé nos remédios caseiros, a busca por tratamentos espirituais, enfim, todas as crenças sobre a saúde e doença mantidas por diferentes povos no mundo, podem ser consideradas como parte do pluralismo na assistência à saúde (HELMAN, 2009).

No Brasil, ainda que o sistema público de atenção à saúde seja importante aliado na prevenção e cura de enfermidades, a população brasileira continua fazendo uso de outras opções terapêuticas tornando, assim, complexo o pluralismo médico no país. Muitos grupos não procuram os serviços ofertados através do Sistema Único de Saúde (SUS), mas utilizam a medicina popular, outros utilizam sistemas médico-religiosos, outros, ainda, recorrem a vários sistemas ao longo do processo de doença e cura (LANGDON; WIIK, 2010).

3.3 Setores de Cuidado à Saúde

Os setores de cuidado à saúde englobam todos os componentes presentes em uma sociedade relacionados à saúde, incluindo as técnicas terapêuticas, seus praticantes, os papéis, padrões e agentes em ação. Além do sistema oficial de assistência à saúde, normalmente existem, em muitos países ocidentais, sistemas menores e alternativos (HELMAN, 2009).

Segundo Kleinman (1980) ao se olhar para uma sociedade complexa, como a brasileira por exemplo, é possível identificar três setores sobrepostos e interligados de cuidado à saúde: o setor *informal,* o setor *popular (folk)* e o setor *profissional.* Assim, cada setor tem suas próprias formas de explicar e tratar a saúde, definindo quem é a pessoa que cura e quem é o paciente e especificando o modo como devem interagir durante o encontro terapêutico.

É válido ressaltar que o modelo dos setores de cuidado à saúde é um modelo conceitual e analítico, não uma realidade em si para os grupos sociais com os quais se convive ou se estuda (LANGDON; WIIK, 2010). Este modelo proposto é conveniente, pois pode ser adaptado a diversas sociedades bem como propicia a sistematização e o entendimento de um complexo conjunto de elementos e fatores experimentados no cotidiano. Portanto a utilização desse modelo aplica-se igualmente bem no nível local, onde também os três setores atuam de forma simultânea.

Os pacientes circulam muito livremente entre esses diversos setores de cuidado à saúde, que na verdade possuem limites não tão estritos, ocorrendo apenas uma mudança de linguagem e postura frente a eles nesse "trânsito" de um setor para o outro (OLIVEIRA, 2002). Geralmente, as pessoas sem saúde muitas vezes utilizam os três setores de uma só vez, especialmente quando o tratamento em um setor não tem sucesso em avaliar o desconforto físico ou emocional (HELMAN, 2009). Logo, é essencial compreender o contexto social e cultural em que o indivíduo está inserido (SANTOS *et al*. 2012) juntamente com suas concepções e possibilidades de escolha.

3.1.1 Setor Informal

O setor informal compreende o domínio "leigo" onde primeiramente se reconhece e se define a falta de saúde e também onde são desencadeados os vários processos terapêuticos de cura (OLIVEIRA, 2002). É a principal arena de assistência à saúde em que a família e o grupo social mais próximo desempenham papel importante. Em geral, as mulheres são as principais provedoras. São representadas por mães ou avós, que diagnosticam a maior parte das enfermidades e as tratam com os materiais que tem disponível (HELMAN, 2009).

Este setor inclui todas as práticas de curas recorridas sem consultas a provedores tradicionais ou praticantes da medicina e de forma não remuneradas, com períodos de duração variável, que ocorrem no interior da rede social da própria pessoa percebida como doente. Os papéis de "conselheiro" e "doente" podem ser invertidos posteriormente.

São exemplos de práticas deste setor o autotratamento ou a automedicação; conselhos ou tratamentos recomendados por um parente, amigo, vizinho ou colega de trabalho; as atividades de cura ou de cuidados mútuos em igrejas, seitas ou grupos de auto-ajuda; e consultas com outros leigos que tem uma experiência especifica com certos transtornos ou com o tratamento de um estado físico (HELMAN, 2009).

Dessa maneira, estão inclusos um conjunto de crenças sobre a manutenção da saúde que variam a cada grupo cultural. Como a assistência nesse setor ocorre através de pessoas ligadas entre si (familia, amigos, vizinhos) e que compartilham pressupostos semelhantes entre saúde e doença, a ocorrência de equívocos para estas pessoas é relativamente rara (HELMAN, 2009).

É válido ressaltar que nesse setor a experiência do conselheiro com a enfermidade é muito mais valorizada que o seu nível educacional ou seu *status* social.

3.1.2 Setor Popular (folk)

O setor popular (*folk*) de saúde abrange todas as demais práticas de saúde "não-profissionalizadas", como erveiros, benzedores, práticas religiosas e outras formas alternativas de cura (OLIVEIRA, 2002).

Certos indivíduos especializam-se em formas de cura sagradas ou seculares ou em uma mistura de ambas. É possível encontrar tanto os curandeiros sagrados quanto os seculares em praticamente todas as sociedades. Entende-se como sagrados os espiritualistas, pessoas que curam pela fé e tratam enfermidades que estão relacionadas à magia, feitiço ou a punição divina. Já os seculares são, por exemplo, os raizeiros, vendedores de ervas que propiciam o tratamento de doenças ou que dispõem de técnica aprendida com gerações anteriores como as parteiras, pessoas que tiram dentes entre outros (HELMAN, 2009).

Esses curandeiros não pertencem ao sistema médico oficial e ocupam uma posição intermediária entre os setores informal e profissional. Formam grupos heterogêneos com grande variação individual em termos de estilo e de ponto de vista. Algumas vezes essas pessoas podem estar organizadas em associações com regras de acesso, códigos de conduta e troca de informações (HELMAN, 2009).

3.1.3 Setor Profissional

O setor profissional representa a organização formal da prática de saúde, como é o caso da medicina cientifica ocidental, também conhecida como biomedicina ou alopatia. Inclui profissões do tratamento de saúde que são organizadas e sancionadas legalmente como o médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonodiologos entre outros (HELMAN, 2009).

Pela sua grande penetração e pelo poder de que dispõe em algumas sociedades, como a brasileira, o setor profissional busca impor-se sobre os demais setores (OLIVEIRA, 2002), baseado em uma medicina com racionalidade científica e biológica.

Em 1978 na conferência de Alma Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou a incapacidade da medicina tecnológica e especializada para resolver os problemas de saúde de dois terços da Humanidade, pedindo aos governos de todos os países que desenvolvessem formas simplificadas de atenção médica utilizando-se, para isso, os próprios modelos médicos ligados às medicinas tradicionais (LUZ, 2005).

De acordo com Tesser e Barros (2008),

> A percepção gerada pela perplexidade e pela experiência com o sofrimento impulsiona a necessidade de alguns outros conceitos no processo saúde-doença, como a intuição, a energia vital, o holismo entre outros, impondo-se a necessidade de repensar a prática dentro de um 'novo' espaço ético.

Dessa forma, mesmo ainda diante da grande resistência na área da saúde, o Brasil deu um grande passo em 2006 com a publicação da *Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC,* incorporando práticas da Medicina Tradicional Chinesa - acupuntura, da homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia, da Medicina Antroposófica e do Termalismo-Crenoterapia no SUS (BRASIL, 2006).

Em 2016, mais de 2 milhões de atendimentos das Práticas Integrativas e Complementares (PICs) foram realizados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de todo o país, sendo 770 mil de medicina tradicional chinesa, incluindo acupuntura, 85 mil de fitoterapia, 13 mil de homeopatia e 923 mil de outras práticas integrativas que ainda não possuíam código próprio para registro e que passaram a fazer parte do rol no início de 2017 (BRASIL, 2017a).

Em março de 2017 foi publicada a portaria nº 849 para inclusão de 14 novas PICs ao SUS, totalizando atualmente 19. São elas: arteterapia, ayurveda, biodança, dança circular,

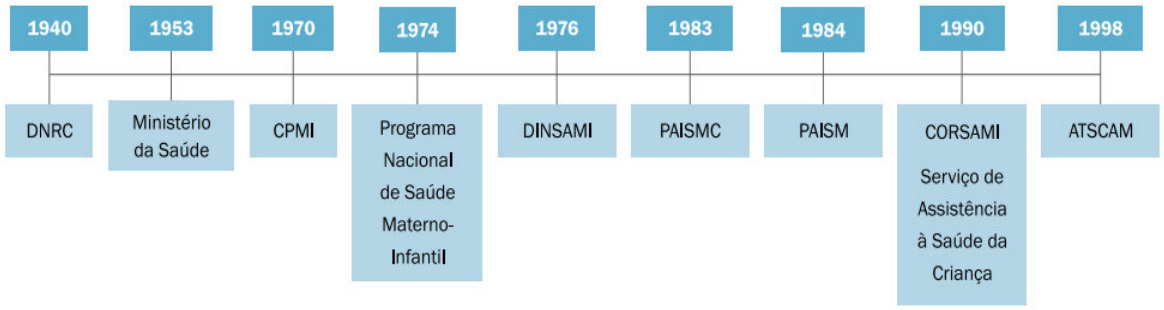
meditação, musicoterapia, naturopatia, osteopatia, quiropraxia, reflexoterapia, reiki, shantala, terapia comunitária integrativa e yoga (BRASIL, 2017b).

3.4 Aspectos históricos do cuidado à criança

A preocupação estatal com a saúde materno-infantil remonta aos anos de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Iniciam-se, assim, os programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 2011a). Um marco nesse período foi a institucionalização do parto, agora caracterizado como evento médico e, vivido de maneira pública (SILVA; CHRISTOFFEL; SOUZA, 2005).

Entre 1940 até a década de 1980 foram criados vários setores e programas pelos quais foram desenvolvidas as políticas públicas de atenção à saúde da criança, inclusive o Ministério da Saúde (MS) em 1953, como pode ser resumido e apresentado na figura 1.

Figura 1. Linha do tempo da gestão de saúde da criança no Brasil



LEGENDA
DNRC: Departamento Nacional da Criança
CPMI: Coordenação de Proteção Materno-Infantil
DINSAMI: Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
PAISMC: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PAISM: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PAISC: Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
CORSAMI: Coordenação de Saúde Materno-Infantil
ATSCAM: Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

Fonte: Brasil (2011a).

Apesar dos esforços, a criança (em especial o recém-nascido) não aparecia como sujeito do cuidado. Nesse sentido, as ações e condutas estavam quase inteiramente voltadas para a mulher-mãe (COSTA *et al.,* 2010).

Contudo, o grande marco de amparo à saúde da mulher e da criança foi a Constituição Federal de 1988, que incorporou como uma de suas prioridades a proteção dos direitos da criança e do adolescente, inserindo a saúde como uma de suas necessidades básicas e um direto do cidadão. Dentre eles, destacam-se: a proteção à maternidade e à infância; a licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias; a licença-paternidade, nos termos fixados em lei; a assistência gratuita aos filhos e dependentes, desde o nascimento até seis anos de idade em creches e pré-escolas; a proteção especialmente à gestante; e ao planejamento familiar (BRASIL, 1988).

Em relação aos direitos da criança e do adolescente, um outro marco importante foi a aprovação da Lei n° 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), do qual, passaram a adquirir de amplos direitos de proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitiam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, devendo ser amparados pela família, comunidade e Estado (BRASIL, 1990).

Após a década de 1990, de acordo com Costa *et al.* (2010), as políticas públicas passam a qualificar o que foi anteriormente conquistado. Nesse contexto, o RN passa a ser pensado como sujeito do cuidado. Passa-se a ter um olhar mais voltado às demandas específicas da população infantil e as políticas se configuram em torno do eixo político da humanização da saúde.

Em agosto de 1993, o MS tornou obrigatória a implantação do alojamento conjunto obrigatória em todo território nacional, por meio da portaria GM/MS nº.1016. Dessa forma, o RN sadio permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, até a alta hospitalar possibilitando a prestação de todos os cuidados assistenciais e diante da necessidade de incentivo a lactação e a orientação à mãe sobre a saúde do binômio mãe e filho (BRASIL, 1993).

Na atenção a assistência perinatal, o ano de 2000 possui dois marcos importantes. O primeiro deles, em junho, com a criação do Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) através da Portaria nº 569 (BRASIL, 2000a) e, em seguida, no mês de julho, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (MC), por meio da Portaria nº 693 (BRASIL, 2000b).

A PNHPN foi criada com o objetivo de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal. Para isso, a principal estratégia desse programa é pautada na reorganização da assistência por meio da vinculação entre o pré-natal, o parto e o puerpério. Através do contato pele a pele e da posição canguru, o MC passa a ser inserido no conjunto de intervenções no cuidado ao RN de baixo peso e sua família tanto no período de internação na UTIN quanto após a alta.

No ano de 2004, a Coordenação de Atenção à Criança, do Ministério da Saúde, lançou a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil como orientação para a ação de todos os profissionais que lidam com a criança. Dessa forma, a criança pode se beneficiar de um cuidado integral e multiprofissional, que dê conta de compreender todas as suas necessidades e direitos como indivíduo (BRASIL, 2004).

Em 2011, houve a implantação da Rede Cegonha, pelo MS, envolvendo uma rede de cuidados com o objetivo de garantir segurança e qualidade assistencial à mulher em todo seu ciclo reprodutivo e à criança, segurança e o cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento de 0 a 24 meses com qualidade e resolutividade. (BRASIL, 2011b).

Um sistema de saúde organizado em redes, com vista a resolver os problemas de saúde apresentados pelas crianças desde o momento da sua concepção englobando inclusive atenção a sua família. Dessa forma, percebe-se uma ampliação do cuidado não considerando apenas as necessidades biológicas mais também inserindo seu contexto sociocultural e econômico que repercute através da família, independente da configuração desta, quer seja da forma tradicional ou não (ARAUJO *et al.,* 2014).

Segundo Cassiano *et al.* (2014) a Rede Cegonha é, até então, o programa mais completo já elaborado pelo Governo Federal. Ainda, segundo o autor, esse programa pode ser considerado como uma junção dos programas implantados anteriormente e acrescido de ações para o atendimento das necessidades atuais.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este trabalho faz parte de um projeto de pesquisa quantitativo e qualitativo intitulado “Setores de Cuidado de Saúde utilizados por crianças egressas de Unidades De Terapia Intensiva Neonatal” que tem como objetivo analisar a utilização dos setores de cuidado por crianças egressas de Unidade Neonatal em São Luís - MA.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório. Considerando o objeto dessa pesquisa, sua particularidade investigativa, é necessária uma abordagem ampliada, que inclua o “como” e os “porquês” do processo na busca da *significação* que tal fenômeno ganha para os que o vivenciam (MINAYO, 2014; TURATO, 2005).

Segundo Turato (2005),

> Nos *settings* da saúde em particular, conhecer as *significações* dos fenômenos do processo saúde-doença é essencial para realizar as seguintes coisas: melhorar a qualidade da relação profissional-paciente-família-instituição; promover maior adesão de pacientes e da população frente a tratamentos ministrados individualmente e de medidas implementadas coletivamente; entender mais profundamente certos sentimentos, idéias e comportamentos dos doentes, assim como de seus familiares e mesmo da equipe profissional de saúde.

4.2 Ponto de partida

O município de São Luís conta com quatro Unidades Neonatais, sendo uma da rede privada, e três da rede pública de saúde. Este estudo foi desenvolvido nas duas maiores unidades públicas sendo uma universitária e de gestão federal e a outra de gestão estadual. Ambas são habilitadas como Hospital Amigo da Criança e dispõem de ambulatório de segmento.

Segundo dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), o Hospital Universitário Unidade Materno Infantil é uma unidade especializada que oferta atenção de média a alta complexidade, dispondo dos seguintes quantitativos de leitos: 10 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa), 12 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo), 20 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e 10 leitos de UTI Pediátrica (CNES, 2017).

A maternidade Marly Saney é uma unidade especializada de gestão estadual. Também oferta atenção de média e alta complexidade, apresentando uma capacidade de 7 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa), 9 leitos de Unidade de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e 38 leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (CNES, 2017).

4.3 Período da coleta de dados

Os dados foram coletados no período de maio a junho de 2018.

4.4 Participantes e amostra do estudo

Os participantes foram mães e/ou cuidadores de crianças egressas de internação nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) incluídas no local da pesquisa.

Para a escolha dos participantes, inicialmente todas as crianças foram identificadas (n=293) através dos prontuários, seguido de contato telefônico e posterior agendamento de entrevista estruturada, utilizando-se como instrumento um questionário estruturado (APÊNDICE A). Este momento ocorreu em etapa anterior a este estudo, durante a coleta de dados quantitativos da pesquisa. Foram incluídos no estudo as mães e cuidadores de crianças que nasceram no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2015, residentes em São Luís – MA. Não foram incluídos mães e cuidadores de crianças que estivessem recebendo cuidados domiciliares especializados (*homecare*) e aqueles com grave limitação de comunicação.

A amostra qualitativa foi definida a posteriori, no qual foi construído um quadro com todas as características dos pais e das crianças (n=165). Para definição dos participantes, foram utilizadas três estratégias: construção de um quadro com todas as características dos cuidadores e das crianças, consulta a um informante-chave e distribuição nos sete distritos sanitários. Esse quadro permitiu conhecer o universo dos participantes e realizar a escolha de forma intencional, para tal, foram consideradas as seguintes características do cuidador principal: idade, distrito sanitário, escolaridade, renda, situação conjugal, número de filhos e religião; e da criança: sexo, idade, posição na família e morbidade.

Em estudos de natureza qualitativa, deve-se privilegiar os sujeitos sociais que apresentem as características as quais o pesquisador pretende conhecer e observar as interações do grupo (MINAYO, 2014). Dessa forma, inicialmente foram identificadas 34

famílias, sendo o número final da amostra definido no campo de pesquisa atendendo aos critérios de saturação dos sentidos, quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados (FONTANELLA et al. 2008).

4.5 Técnicas e procedimentos para coleta de dados

Dentre as técnicas de coleta de dados disponíveis, optou-se pela entrevista semiestruturada. Conforme apontado por Nogueira-Martins (2004), a grande vantagem da entrevista é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de entrevistado, sobre os mais variados tópicos e também esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações.

Para Gaskell (2002, p. 65) o objetivo da entrevista é possibilitar uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores, e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos através de perguntas feitas face a face ou por telefone (FREITAS, 2011).

Com o objetivo de guiar o andamento da interlocução e assim, atender aos objetivos do presente estudo, utilizou-se um roteiro (APÊNDICE B). É válido ressaltar que este instrumento não deve prever todas as situações do trabalho de campo, permita flexibilidade nas *conversas* e a absorver novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância (MINAYO, 2014).

O contato inicial ocorreu por telefone com o objetivo de expor brevemente o projeto, proceder a apresentação da entrevistadora e, após convite e aceite em participar, foi realizado agendamento da entrevista em dia e horário conveniente para o cuidador principal. Com o objetivo de favorecer um espaço de diálogo e construção de saberes, o local preferencial para realização das entrevistas foi no domicílio do entrevistado, deixando-o mais à vontade para expressar suas crenças, valores e opiniões. Apenas uma entrevista ocorreu em uma sala reservada no ambulatório de seguimento, por preferência do entrevistado.

Antes do início da entrevista, após exposição dos objetivos da pesquisa, foi solicitada a autorização para gravação registrada por dois gravadores digitais e posteriormente transcritas na íntegra pelo pesquisador.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelo cuidador principal da criança no momento da entrevista estruturada (etapa quantitativa). Como esta etapa foi realizada com os mesmos participantes, não houve a necessidade de assinatura de novo termo.

Utilizou-se ainda o diário de campo para anotação de observações oriundas do campo e que, inicialmente, não faziam parte do objeto da entrevista. Este instrumento contempla as impressões pessoais do pesquisador que vão se modificando ao longo do tempo, resultantes de conversas informais, observações de comportamentos no momento da entrevista, aspectos do contexto que podem interferir na fala ou no comportamento, manifestações dos interlocutores dentre vários outros que julgar necessário (MINAYO, 2014). Essas informações foram utilizadas posteriormente durante a análise dos dados.

4.6 Análise e interpretação do material

O material resultante das entrevistas foi analisado através da análise de conteúdo na modalidade temática.

A análise de conteúdo é definida por Bardin (2002) como

> Conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (p. 42).

Assim, através desse tipo de análise é possível "conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça" (BARDIN, 2002, p. 44).

A modalidade temática, conforme aponta Minayo (2014), consiste em descobrir os núcleos de sentido, no qual a presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado.

Operacionalmente a técnica adotada foi desdobrada em três etapas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2002; MINAYO 2014).

Após a transcrição das entrevistas, a pré-análise foi o primeiro momento de contato com o material, mediante a leitura flutuante e exaustiva observando os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência de acordo com os objetivos.

Para Minayo (2014), neste momento o pesquisador deve ter contato direto e intenso com o material de campo, deixando-se impregnar pelo seu conteúdo.

Seguiu-se a etapa de exploração que objetivou alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase foram definidos procedimentos para a codificação e a classificação dos dados e, posteriormente, a definição das categorias analíticas e buscou-se os núcleos de sentido que são as expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado (MINAYO, 2014).

O tratamento dos resultados obtidos e interpretação, consistiu na proposição de relações, inferências e realização de interpretações pelo investigador, articulando com o quadro teórico desenhado inicialmente ou em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas (MINAYO, 2014).

4.7 Aspectos legais e éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer número 2.626.632 (APÊNDICE C). Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O princípio da autonomia foi respeitado assegurando a liberdade as mães e cuidadores de participarem ou não da pesquisa ou mesmo de desistir da sua participação a qualquer momento ou interrompê-la e continuar em outra oportunidade que lhe pareça mais oportuna. Para garantir o sigilo e anonimato os nomes das crianças foram substituídos por nomes fictícios.

A pesquisa não ofereceu risco ao entrevistado, no entanto, em algum momento pode ter causado algum desconforto devido ao tempo gasto para responder as questões. Cabe ressaltar que os entrevistados que se dispuseram a participar dessa investigação de forma voluntária e não remunerada, expressaram sua aquiescência através da assinatura do TCLE (APÊNDICE D).

5 RESULTADOS

ARTIGO

Busca por cuidados de saúde: itinerário terapêutico de crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal em uma capital do nordeste brasileiro

(A ser submetido à Revista Cadernos de Saúde Pública. Fator de impacto 0.57. Qualis A2)

BUSCA POR CUIDADOS DE SAÚDE: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE CRIANÇAS EGRESSAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

Hortênsia Coutinho da Rocha[1]
Zeni Carvalho Lamy[2]
Lia Cardoso de Aguiar[3]
Joama Gusmão Pereira Moreira[4]
Marina Uchoa Lopes Pereira[5]
Yanca Lacerda Albuquerque[6]
Fernando Lamy Filho[7]

Artigo De Pesquisa

Financiamento:
Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA)

Autor(a) correspondente: Hortênsia Coutinho da Rocha. Rua Barão de Itapary, nº 155, Centro, CEP:65020-070. São Luís, MA, Brasil. Telefones: (98) 3272-9670/ (98) 98149-9899. hortensiacr@gmail.com

---

[1] Farmacêutica. Mestranda em Saúde Coletiva (UFMA). São Luís, MA, Brasil. E-mail: hortensiacr@gmail.com

[2] Médica. Doutora em Saúde da Criança e da Mulher. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Pública da UFMA. São Luís, MA, Brasil. E-mail: zenilamy@gmail.com

[3] Enfermeira. Mestre em Saúde da Família. Doutoranda em Saúde Coletiva (UFMA). São Luís, MA, Brasil. E-mail: lia_cardoso@hotmail.com

[4] Enfermeira. Especialista em Saúde da Família. Mestranda em Saúde da Família. São Luís, MA, Brasil. E-mail: joamagp@gmail.com

[5] Médica. UFMA. São Luís, MA, Brasil. E-mail: ulpmarina@gmail.com

[6] Graduanda de Medicina (UFMA). São Luís, MA, Brasil. E-mail: lacerdayanca@gmail.com

[7] Médico. Doutor em Saúde da Criança e da Mulher. Professor Associado do Departamento de Medicina III da UFMA. São Luís, MA, Brasil. E-mail: lamyfilho@gmail.com

BUSCA POR CUIDADOS DE SAÚDE: ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE CRIANÇAS EGRESSAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO

RESUMO

Este artigo tem como objetivo analisar as escolhas de mães e cuidadores para as práticas de cuidado a partir da sua percepção sobre a saúde de crianças egressas da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em São Luís - MA. Trata-se de um estudo qualitativo realizado no período de maio a junho de 2018 através de 14 entrevistas semiestruturadas com mães e/ou cuidador principal da criança. As entrevistas incluíram perguntas sobre a busca por cuidados de saúde. Foi realizada Análise de Conteúdo na modalidade Temática. A partir das falas das entrevistadas foi possível identificar quais os recursos disponíveis e as motivações para a busca de cuidados nos diferentes setores. Emergiram três núcleos temáticos, que evidenciaram possíveis caminhos percorridos por mães e cuidadores para o cuidado das crianças: *Quando dou o remédio e não passa, eu levo no hospital*; *Não é doença de hospital, não. É quebrante*; *Tudo é passado pelo médico*. No momento de aflição, a primeira escolha dessas cuidadoras é por práticas do setor informal, majoritariamente, a automedicação orientada pela mãe e/ou sogra ou a utilização de antigas prescrições. No presente estudo as cuidadoras não relataram nenhum vínculo com a atenção primária à saúde, apenas com os profissionais que as acompanharam na atenção secundária, que acabam abarcando outras demandas que deveriam ser atendidas na rede básica de saúde resultando em um cuidado desarticulado entre os serviços. Ficou evidente que obstáculos organizacionais e dificuldades no acesso influenciam suas escolhas.

Palavras-chave: Práticas de Cuidado. Cuidado da criança. Setores de cuidado à saúde.

SEARCH FOR HEALTH CARE: THERAPEUTICAL ITINERARY OF CHILDREN EFFECTS OF NEONATAL INTENSIVE THERAPY UNIT IN A CAPITAL OF NORTHEAST BRAZIL

ABSTRACT

This article aims to analyze the choices of mothers and caregivers for care practices based on their perception about the health of children who are not enrolled in the Neonatal Intensive Care Unit in. This is a qualitative study conducted in the period from May to June 2018 through 14 semi-structured interviews with mothers and / or the child's primary caregiver. The interviews included questions about the search for health care. Content Analysis was performed in the Thematic modality. Based on the interviewees' speeches, it was possible to identify the available resources and the motivations for seeking care in different sectors. Three thematic nuclei emerged, which showed the possible paths taken by mothers and caregivers for the care of children: When I give the medicine and it does not pass, I take it to the hospital; It's not hospital sickness, no. It is breaking; Everything is passed by the doctor. At the moment of distress, the first choice of these caregivers is by informal sector practices, mostly self-medication by the mother and / or mother-in-law or the use of old prescriptions. In the present study, the caregivers did not report any link with primary health care, only with the professionals that accompany it in secondary care, who end up covering other demands that should be addressed in the basic health network resulting in a disjointed care among the services. It became evident that organizational obstacles and difficulties in access influence their choices.

Keywords: Care Practices. Child care. Health Care Sectors.

INTRODUÇÃO

Os avanços científicos em neonatologia nos últimos anos possibilitaram importantes avanços tecnológicos e grandes mudanças na assistência ao Recém-Nascido (RN), proporcionando a sobrevida de bebês prematuros. O RN de risco que necessita de internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) apresenta maiores riscos de morbimortalidade em decorrência de distúrbios e/ou circunstâncias superpostas ao curso normal de eventos associados com o nascimento[1].

No entanto, ao voltar para o domicílio, a família se depara com situações não só de medo e insegurança no cuidado com o filho como também com questões socioculturais voltadas para a dimensão simbólica do entendimento que têm sobre saúde.

Ao se deslocarem do ambiente de cuidado hospitalar, as mães e/ou cuidadores dispõem de inúmeras possibilidades para a escolha do caminho que será percorrido na retomada do cuidado. Influenciam nesta decisão: outros vínculos, além daqueles já estabelecidos, ou não, com os profissionais; seus conhecimentos, percepções e experiências anteriores; e suas crenças culturais. Desta forma percebem, classificam e buscam ajuda diante das necessidades e intercorrências sem a preocupação com critérios científicos, da mesma forma que não obedecem a esquemas e fluxos pré-estabelecidos[2,3].

Este caminho percorrido pelos usuários e suas famílias em busca de tratamento e cura para a doença ou aflição, é denominado itinerário terapêutico (IT), que nos sistemas de cuidado à saúde é compreendido por três subsistemas inter-relacionados: setor informal, não sistematizado, que abrange os cuidados realizados pela família, comunidade e as redes sociais do indivíduo; setor popular que inclui especialistas da cura ligados a grupos religiosos ou seculares como benzedeiras, curandeiros, pais de santo, parteiras, dentre outros e setor profissional que consiste no sistema formal de saúde e compreende todas as profissões regulamentadas[3–6].

Estudos demonstram a predominância na utilização do setor informal pelas mães de recém-nascidos a partir de cuidados aprendidos com pessoas mais velhas como as avós, mães e sogras, o uso de simpatias no período da amamentação e nos cuidados com o coto umbilical[7,8]. No entanto, segundo Morais[9], quando se trata de uma criança que nasceu prematura, as mães procuram alternativas através dos variados sistemas. Mesmo assim o setor informal ainda costuma ser o primeiro buscado e, em geral, direciona o IT a ser percorrido.

Apesar de se saber da possibilidade de utilização de diversos setores de cuidado de saúde pela família, são poucos os estudos sobre IT de crianças egressas de UTIN especialmente após os dois anos de vida. Logo, o presente estudo tem como objetivo analisar os caminhos percorridos por mães e cuidadores para o cuidado dessas crianças egressas de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal em São Luís - MA.

MÉTODO

Estudo de natureza qualitativa de caráter exploratório. Foi realizado com mães e cuidadores de crianças egressas das duas maiores UTIN públicas de São Luís – MA sendo uma universitária e de gestão federal e a outra de gestão estadual. Ambas são habilitadas como Hospital Amigo da Criança e dispõem de ambulatório de seguimento de crianças de risco para o desenvolvimento. Os dados foram coletados no período de maio a junho de 2018.

Foram incluídos: mãe e/ou cuidador de crianças que nasceram no período de 01 de janeiro de 2014 a 31 de dezembro de 2015, residentes no município de São Luís – MA. Não foram incluídos mães e cuidadores de crianças que estivessem recebendo cuidados domiciliares especializados (*homecare*) e aqueles com grave limitação de comunicação.

Na ocasião da pesquisa, partiu-se de um universo de 165 crianças, previamente identificadas. Para definição dos participantes, foram utilizadas três estratégias: construção de um quadro com todas as características dos cuidadores e das crianças, consulta a um informante-chave e distribuição nos sete distritos sanitários. Esse quadro permitiu conhecer o universo dos participantes e realizar a escolha de forma intencional. Para tal, foram consideradas as seguintes características do cuidador principal: idade, distrito sanitário, escolaridade, renda, situação conjugal, número de filhos e religião; da criança: sexo, idade, posição na família e morbidade.

Foram pré-selecionadas 34 famílias que poderiam ser entrevistadas. O número final da amostra foi determinado pelo critério de saturação de sentidos. Foram realizadas 18 visitas domiciliares, duas casas estavam fechadas, em uma a mãe estava de saída e em outra não havia um responsável, apenas duas crianças. Desta forma o número final foi de 14 entrevistas.

O contato inicial ocorreu por telefone com o objetivo de expor brevemente o projeto, proceder a apresentação da entrevistadora e, após convite e aceite, foi realizado

agendamento da entrevista em dia e horário conveniente para o entrevistado. As entrevistas foram gravadas em dois gravadores digitais e posteriormente transcritas na íntegra pelo pesquisador.

A técnica para a coleta de dados foi a entrevista semiestruturada com a utilização de um roteiro que abordava a busca por cuidados de saúde.

O local preferencial para realização das entrevistas foi o domicílio do entrevistado. Apenas uma ocorreu em uma sala reservada no ambulatório de seguimento, por preferência da entrevistada pois a mesma já estava com consulta médica agendada no ambulatório na semana em que foi realizado o convite para participação na pesquisa.

Foi realizada análise de conteúdo na modalidade temática. Operacionalmente a técnica adotada foi desdobrada em três etapas[10,11]. A pré-análise foi o primeiro momento de contato com o material. Foi realizada leitura flutuante e exaustiva observando os critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência de acordo com os objetivos. A segunda fase foi de exploração do material buscando a partir das categorias analíticas, os núcleos de sentido que são as expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado. Na fase final foram realizadas inferências e interpretações, articulando com o quadro teórico desenhado inicialmente e em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas[10].

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da UFMA (HUUFMA), sob o parecer nº 2.626.632 obedecendo à Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os nomes das crianças foram substituídos por nomes fictícios para garantir aos participantes o anonimato e a confidencialidade das informações.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram realizadas 14 entrevistas, sendo nove com mães, duas com mães e avós, uma com mãe e bisavó, uma com mãe, avó e tia e uma com a avó materna que era a cuidadora principal da criança, totalizando 19 entrevistados.

Em relação às variáveis sociodemográficas da cuidadora principal, a idade variou entre 16 e 64 anos, sendo todas mulheres, a maioria de religião católica, com ensino fundamental incompleto e união consensual. A renda familiar variou de menor que um a

quatro salários mínimos. Oito famílias afirmaram receber o benefício bolsa família como parte da renda familiar (APÊNDICE E).

No momento da entrevista as crianças possuíam idade entre 34 e 47 meses, sendo a maioria, primeiro filho. O tempo de internação na UTIN variou de 2 a 110 dias, sendo o principal diagnóstico a prematuridade (APENDICE F). Duas crianças eram portadoras de paralisia cerebral, duas nasceram com fenda palatina/lábio leporino e uma era traqueostomizada. Houve o predomínio do sexo masculino.

Dessas 14 crianças, apenas três eram acompanhadas no ambulatório de seguimento, embora cinco atendessem aos critérios. A partir da pesquisa, foi possível fazer o resgate de uma dessas crianças e identificar possíveis falhas ao longo do processo de encaminhamento como: uma criança que atendia aos critérios, porém no sumário de alta da UTIN não indicava o acompanhamento no ambulatório de seguimento e outra que não atendia aos critérios para acompanhamento, no entanto, iniciou o seguimento, abandonou e foi resgatada pela pesquisa.

A análise das entrevistas apontou três possíveis caminhos percorridos por mães e cuidadores para o cuidado das crianças: *Quando dou o remédio e não passa, eu levo no hospital*; *Não é doença de hospital, não. É quebrante*; *Tudo é passado pelo médico*.

Quando dou o remédio e não passa, eu levo no hospital

Para nove entrevistadas, a primeira escolha no momento de aflição é a utilização de práticas do setor informal. Dentre estas práticas foram citadas: automedicação, remédios caseiros e o aconselhamento com pessoas que possuem experiência parecida, sendo a automedicação a mais frequente.

"Às vezes que ele começa a chorar, chorar, chorar, eu digo: 'Ele deve tá sentindo alguma dor'. Aí tem o paracetamol já disponível pra ele. Aí dá umas gotinhas de paracetamol, aí... Ele se acalma"
(Avó de Caio)

"Mas sempre tem guardado, que mamãe sempre fala para mim ter os remédios guardados. [...] Minha mãe sempre pede pra mim guardar caso ele tenha febre, pra mim dar um remédio para ele"
(Mãe de Lucas)

"Remédio pra febre, eu dou remédio pra tosse também, normalmente eu dou por conta própria. Aí se eu ver que não der resultado, aí eu levo ele ao médico"
(Mãe de Davi)

Para algumas cuidadoras a prática da automedicação é decorrente da orientação recebida por parentes, em especial as avós das crianças que participam diretamente do cuidado.

Em estudo que abordou a automedicação em crianças menores de 12 anos, foi observado o uso de medicamentos para condições agudas e percentual de automedicação maior no Nordeste e Norte[12]. Ao analisar o itinerário terapêutico em resposta aos agravos à saúde de crianças com menos de cinco anos, Leite e Vasconcellos[13] observaram que 74,58% de todos os episódios referidos como doenças foram tratados, inicialmente, no âmbito doméstico, considerando a utilização de todos os recursos disponíveis, não apenas o uso de medicamentos.

A utilização de antigas prescrições para a prática da automedicação também foi referida por quatro cuidadoras nesse estudo, como pode ser observado nas falas abaixo.

"Mas se for um problema que eu já sei o que é e se for levar no hospital vai ser a mesma conduta, eu não levo. Por que eu já tenho todas as receitas, eu vou lá na farmácia"
(Mãe de Manoel)

"Porque o médico passou, eu fui e comprei dois vidros, guardo um em casa. Quando eu vejo que ele tá... "mãe ó!" deve tá com a garganta inflamada! Eu vou e sei, tipo aqui ó 3ml, dou 3ml, dou 2,5... De acordo com o medicamento. E paracetamol, sempre tenho em casa, dipirona, que eu sei que ele pode tomar"
(Mãe de Paulo)

Para essas cuidadoras, o reaparecimento de sinais e sintomas anteriormente diagnosticados e tratados pelo profissional justificam o uso de antigas prescrições para a prática da automedicação.

O uso rotineiro de medicamentos prescritos ou novo uso posterior, com o reaparecimento de sintomas semelhantes, pode ser justificado pelo acompanhamento médico mais frequente propiciando maior chance de a criança receber prescrição médica[12,14]. Este padrão também foi observado nas entrevistas desse estudo, uma vez que esta prática foi relatada pelas mães que possuem maior ligação com o setor profissional.

Para algumas entrevistadas, essa prática ocorre através da orientação para aquisição de medicamentos na farmácia do bairro, como observado a seguir.

"A minha sogra manda comprar remédio, eu dou pra ela. [...]Ela foi lá na farmácia aí eles passaram"
(Mãe de Ana)

"Vou à farmácia, explico... [...] Aí a moça me passou um remedinho que era bom pra isso, pra diarreia, né? Aí eu dei e foi melhorando, aí eu dava também água de coco... Aí melhorou"
(Mãe de Pedro)

No Brasil, é comum que balconistas de drogarias desempenhem o papel de prescritores, não ficando claro entre as entrevistadas se a orientação foi dada pelo balconista ou profissional farmacêutico.

Estudo realizado por Junior [15] em um estabelecimento comercial farmacêutico no estado do Ceará, observou que os balconistas de farmácia exerceram forte influência sobre a automedicação e que familiares e amigos representaram o agente influenciador mais expressivo para a prática da automedicação. Em seu estudo, Beckhauser et al.[14] apontam a praticidade como motivação para automedicação uma vez que é mais fácil ir à farmácia adquirir o medicamento do que marcar uma consulta com o médico para a mesma finalidade. O mesmo pode ser percebido nas falas das cuidadoras do presente estudo.

Depois da automedicação, as práticas mais utilizadas foram chás e remédios caseiros, especialmente influenciadas pelas avós maternas que participavam diretamente do cuidado com a criança:

"Chá de caboco, que a gente dá de vez em quando[...] é bom pra anemia"
(Tia de Caio)

"É porque... A minha mãe, né? É do interior, então sempre usava é... Plantas medicinais, remédios naturais pra... Pra curar, né? Enfermidades, doenças do tipo... A gripe que é muito comum, eles usam muito lambedor, e hoje em dia eu passei isso pro meu filho, entendeu? E eu vejo resultado, né?"
(Mãe de Yago)

"Às vezes, quando eles estão com a barriga doendo, com diarreia, aí eu digo: 'mãe eles tão com diarreia, tão com barriga doendo'. [...]Porque mamãe disse que antigamente não tinha farmácia, era os remédios caseiros, né? Os mais velhos davam pra gente aí, aí com isso, ela manda eu fazer: 'olha minha filha faz assim, assim'. Eu faço tudo direitinho aí, pronto!"
(Mãe de Saulo)

"Todo mundo falava pra mim fazer alguma coisa diferente... [...] Sempre alguém falava alguma coisa de chá, que ele sentia alguma coisa... Tinha que dar chazinho"
(Mãe de Lucas)

Na literatura a utilização de medidas caseiras, especialmente o uso de chás, pelos cuidadores também é muito comum[7,16,17]. Para Ferreira e Espirito Santo[18] em algumas situações, ao perceber a doença, o uso de chás, banhos de ervas e xaropes são considerados a primeira escolha, com frequência administrados concomitantemente com outros medicamentos[13]. Na maioria das vezes, esse aprendizado foi adquirido através da observação, necessidade de cuidar de outras crianças da família e também pela relação de confiança existente entre os membros[19], especialmente as mães, seguida de sogras, avós e tias, que corroboram os dados encontrados.

Apesar de ser uma prática culturalmente aceita em nossa sociedade, duas cuidadoras afirmaram não utilizar remédios caseiros e nem medicamentos sem o conhecimento do médico, como pode ser observado a seguir:

"A gente num, não faz nada assim pra Rebeca não, que a gente tem medo. A gente não dá um remédio sem receita médica, num dá um chá, não dá nada pra Rebeca assim não. Tudo é passado pelo médico"
(Avó de Rebeca)

"É porque eu não gosto de remédio assim (risos), então eu não dou remédio assim caseiro não. Eu vou na consulta, aí a médica passa e a gente compra"
(Mãe de Levi)

O principal motivo para a não utilização dessas práticas foi por medo da criança passar mal ou agravar o quadro clínico.

Práticas ligadas a religião, como a oração e o uso de óleo ungido, também aparecem como recursos utilizados pelas cuidadoras para obtenção de cura nos momentos de aflição.

"Mas eu oro demais, quando eles estão doente. Eu oro demais, às vezes, eu faço campanha de oração quando vejo que eles tão muito doente, aí eu vou lá nas irmãs e digo: 'irmãs, quero campanha de oração, os meninos tão doente demais'"

(Mãe de Saulo)

"Um dia ele tava assim com febre, não tá dormindo direito aí eu... Eu usei o óleo ungido nele. Eu... Eu senti uma certa melhora né? Ele melhorou, graças a Deus, dormiu bem. Então, são nessas horas assim que eu costumo usar a fé em Deus né?"
(Mãe de Yago)

É importante o conhecimento dessas práticas no âmbito familiar, uma vez que as religiões modificam a maneira pela qual os indivíduos se posicionam frente à aflição, na medida em que lhes incutem um novo estoque de concepções e crenças[20], assumindo grande relevância para as populações de baixa renda[18].

Outra prática relatada por duas mães, relacionada ao setor informal, foi o compartilhamento de informações e orientação com outras cuidadoras que tiveram experiências semelhantes.

"A menina bem aqui em frente ó, ela tem um neném especial também. Porque... Ele já tinha usado sonda, muito tempo, e ela sempre me dava dica assim, alguma coisa assim que tava ardendo ou que eu não sabia, ela me dizia"
(Mãe de Elis)

"Ai às vezes quando eu tenho uma dúvida eu pergunto pra minha tia por que ela faz o acompanhamento mesmo que o Manoel faz e ai eu vou tirando essas dúvidas"
(Mãe de Manoel)

Percebe-se que a forma de enfrentar a doença e de minimizar os impactos de eventos imprevistos sobre a saúde dos indivíduos está relacionada com a capacidade individual de tomar decisões mesmo havendo influência das concepções de saúde, da doença e do corpo e também dos recursos de saúde disponíveis[21].

Não é doença de hospital, não. É quebrante

As práticas do setor popular não foram predominantes neste estudo, mas foram referidas por três mães, que utilizaram para o tratamento de doenças da alma como "mau olhado" e "vento virado".

"A gente tava suspeitando de mau olhado, né? Foi que eu levei ela lá na moça pra benzer...
(Mãe de Mel)

"Ela tava com dois meses, eu acho, ai a gente tinha saído ai quando a gente voltou ela começou a ficar doente do nada. Ela tava vomitando, molinha, não tava mamando direito... ai a gente começou 'botaram quebrante' e não era. Era vento virado.
(Mãe de Ana)

[...] Porque leva pro hospital mais num é coisa de doença não. Era quebrante"
(Mãe de Ana)

O benzimento foi, e ainda é em muitos lugares, uma prática de cura bastante difundida e reconhecida socialmente, envolve saberes populares que são transmitidos de geração a geração[22]. Seu uso em crianças geralmente está associado a doenças como "quebrante ou mau-olhado" tendo uma boa aderência por parte dos cuidadores e as crianças são seu principal público alvo[23].

Não são apenas pessoas oriundas da classe popular, que tradicionalmente tiveram pouco acesso à educação formal e ao saber médico que buscam essa prática, mas também pessoas que buscam a medicina popular como alternativa ou como uma forma de complementar o tratamento da medicina tradicional[22].

Para uma das cuidadoras, o "quebrante" foi colocado pelos vizinhos e reconhecido pela tia-avó da criança, a qual indicou a benzedura para tratar.

Que ela já pegou quebrante, essas coisa assim. Logo quando ela chegou, que ela era gordona mermo... aí os lote de curioso aqui da rua, todo mundo queria ver ela, ver como era que era ela, a negada pensando que ela era deformada, essas coisa... Aí vieram aqui e botaram quebrante nela [...]
(Mãe de Elis)

As mães identificaram que são doenças não tratadas no âmbito profissional e que levar nesse setor não "adianta". Para Leite e Vasconcelos[13], as doenças tratadas nesse setor *"são doenças que médico não conhece"* e para as quais os serviços de saúde não têm

competência para tratar. Conforme observado por Hoffmann-Horochovski[22], o objetivo das benzedeiras é ajudar a todos que as procuram, curando doenças do corpo e da alma ou recomendando a busca por tratamento médico, especializado.

No entanto isso não foi consenso. Para a avó de Mel, se não houver melhora com as práticas do setor popular, o setor profissional deve ser procurado.

Aí mamãe disse: 'se ela não melhorar daqui pra mais tarde tu leva ela no hospital' "
(Mãe de Mel)

Segundo Calheiros[24], no que diz respeito às crianças, a benzedeira aconselha os responsáveis a levarem para o hospital quando não surti o resultado esperado, que é a cura. No nosso estudo a orientação foi dada pela avó da criança.

Segundo o modelo de análise de rede semântica, a percepção do que é relevante e problemático, do que causa ou evita um problema, do tipo de ação que esse problema requer é, para os profissionais de saúde, determinada pelo corpo de conhecimentos biomédicos, mas, para os indivíduos de uma comunidade, é determinada pelas redes de símbolos que articulam conceitos biomédicos e culturais e determinam formas características de pensar e de agir frente a um problema de saúde específico[25].

Tudo é passado pelo médico

Destaca-se que as 14 crianças do estudo foram identificadas no setor profissional e que no momento da alta hospitalar da maternidade, quatro foram encaminhadas para segmento em ambulatório especializado e as demais foram encaminhadas para acompanhamento nas UBS. Destas, três, no momento da coleta de dados estavam em acompanhamento no ambulatório especializado e as demais não demonstraram nenhuma vinculação com o setor profissional.

Este setor foi utilizado por mães e avós quando identificaram situações consideradas, por elas, como graves, a maioria vinculadas a situações de urgência e emergência. Nessa busca pelo setor profissional, seis cuidadoras afirmaram a preferência pelo hospital em detrimento da atenção básica.

"Quando eu vejo assim que é um caso muito grave como tipo uma pancada, um ferimento ou vejo que ele tá muito cansado, aí eu já levo ele no hospital. Ou quando vejo que a corzinha do xixi dele tá diferente ou tá com alguma dor, aí eu já levo no médico pra saber o que é, se é uma infecção... Nesse caso eu procuro profissionais"
(Mãe de Yago)

"Ó só levo mesmo assim… Eu conheço ele, quando ele não tá bem mesmo, quando tá dando febre com três dias eu já procuro levar pro médico"
(Mãe de Davi)

"Quando ela tá vomitando, quando tá dando febre... Aí eu levo [no hospital]"
(Mãe de Ana)

Esse entendimento da gravidade é subjetivo e sua diferenciação é baseada na experiência acumulada pela própria vivência de determinados episódios, através de: hábitos culturais, conhecimento incorporado pelo contato com profissionais da saúde, convivência e intercâmbio de conhecimentos e experiências com amigos e vizinhos[13,19,21].

Nas falas, foi possível compreender que a porta de entrada mais utilizada foi de serviços de urgências e emergências. A principal motivação para essa escolha foi a facilidade de acesso, resolutividade e experiências com o serviço, ainda que fossem casos que poderiam ser resolvidos nas unidades básicas.

"Eu gosto mesmo de levar é no Bacanga. Na UPA do Bacanga, que eu acho o atendimento lá melhor. [...] Levo só mesmo quando ele tá doente, porque quando eu vou lá, eu peço pro médico logo fazer exame nele, pra ver como ele tá"
(Mãe de Tiago)

"Vovó prefere mais é médico, ela quer que leve logo é médico [...] ... ela: 'Ah, vamo na UPA, leva logo na UPA'" .
(Mãe de Pedro)

Para Rati et al.[26], a percepção singularizada da doença da criança e o medo da piora aliados à certeza de um atendimento resolutivo são fatores decisivos para essa procura pelos serviços de urgência e emergência. Ocorre principalmente na busca de atendimento de menores de 5 anos e geralmente por causas não urgentes[27]. O usuário busca o serviço para solução de suas necessidades que, graves ou não, naquele momento, lhe trazem angústia e desconforto[26].

Das oito cuidadoras que afirmaram utilizar os serviços de atenção básica em algum momento, os motivos mais encontrados foram: consultas e vacinação. A frequência para a marcação das consultas é determinada pelo cuidador, variando conforme identifica alterações no estado de saúde da criança e percebe a necessidade de atendimento.

"Eu consultei o Yago umas duas vezes com o clínico geral daqui do posto, que conseguiu passar os exames do Yago e já consultei ele com uns dois, três pediatras em outros lugares. [...] Mas em relação a consulta assim, é muito devagar aqui, pra conseguir uma consulta é difícil demais"
(Mãe de Yago)

"Às vezes eu levo ele no posto pra consultar. Mas é só as vezes, quando a... A agente de saúde passa, aí marca, aí eu levo ele"
(Mãe de Lucas)

"Até os dois anos, ele foi acompanhado todo mês mas agora eu vou quando eu acho que tem necessidade dele ir fazer um exame. [...] Eu acho que com 6 meses ou menos... Depende se eu achar que ele já tá com uma vermezinha, já levo ele no posto fazer um exame lá... Que normalmente não faz lá. Eu faço particular e levo pro médico"
(Mãe de Davi)

"Ele faz o tratamento no SARAH. Só. [...] Assim, de três em três meses eu faço os exames dele, né? Faço de rotina, só isso aí mesmo [no posto de saúde]. [...] Aí a gente marca a consulta"
(Mãe de Levi)

"É, aqui mesmo, no bairro. Quer dizer, quando a gente marca a consulta dela. [...] É. No posto mesmo. Eu levo assim, mês em mês, de dois em dois mês. Que eu marco a consulta dela"
(Avó de Rebeca)

Apesar dos significativos avanços no processo de descentralização, a rede de atenção primária como porta de entrada ainda é marcada por contradições que se evidenciam no confronto entre as demandas individuais e os serviços oferecidos, o grau de resolubilidade e as relações interpessoais[26]. São Luís apresenta hoje uma cobertura de aproximadamente 43% de Estratégia de Saúde da Família[28] e apenas duas entrevistadas afirmaram possuir Agente Comunitário de Saúde em sua residência.

Na atenção primária à saúde, em relação à assistência prestada à criança, ainda prevalece o atendimento centrado na doença, pautado na queixa-conduta, incapaz, portanto, de atender integralmente às necessidades de saúde dessa população. Como consequência, tem-se a fragilidade no estabelecimento do vínculo entre os envolvidos no cuidado que, nos momentos de aflição, tende a direcionar-se primeiro aos serviços de média e alta complexidade, gerando descrença na atenção básica como coordenadora da rede de atenção à saúde[29].

Das três crianças que faziam acompanhamento no ambulatório de seguimento, nenhuma mãe referiu utilizar os serviços da atenção básica, apenas o ambulatório. Estudo realizado com profissionais de saúde da atenção básica em Joinville apontou que no atendimento do bebê egresso da Unidade Neonatal, destaca-se a importância da realização de um trabalho articulado em rede, que preconize a comunicação antecipada entre a maternidade e a Atenção Básica[30].

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diversidade de fatores presentes na concepção sobre saúde e doença são carregados de múltiplos sentidos diante da pluralidade de condutas, etiologias, experiências, percepções e visões de mundo. Conhecer o itinerário terapêutico de crianças egressas de

UTIN após os dois anos de vida permitiu compreender os caminhos percorridos diante das inúmeras possibilidades de escolha.

As famílias entrevistadas utilizaram todos os setores sendo a primeira escolha, na maioria das vezes, a automedicação orientada pela mãe e/ou sogra ou a utilização de antigas prescrições, seguida pela preferência dos serviços de urgência e emergência. A busca pelos setores de cuidado à saúde foi influenciada pelo conhecimento prévio das famílias e sua percepção do processo saúde-doença que influenciam diretamente no seu modo de pensar e agir.

No presente estudo as cuidadoras não relataram vínculo com a atenção primária à saúde, evidenciando obstáculos organizacionais e dificuldades de acesso que influenciam nesse processo. Foi possível observar um vínculo apenas com os profissionais que acompanham as crianças na atenção secundária, que acabam abarcando outras demandas que deveriam ser atendidas na rede básica de saúde. Dessa forma, percebe-se que o cuidado ofertado pelo setor profissional se deu de maneira fragmentada na rede básica de saúde, resultando em um cuidado desarticulado entre os serviços.

Para que se possa planejar e conduzir ações apropriadas e efetivas no cuidado integral à criança egressa de UTIN é fundamental considerar o indivíduo em sua rede de interações a fim de compreender suas decisões na tentativa de solucionar seus problemas de saúde, considerando suas singularidades.

REFERÊNCIAS

1. Rossetto M, Pinto EC, da Silva LAA. Cuidados ao recém-nascido em terapia intensiva: tendências das publicações na enfermagem. VITTALLE-Revista Ciências da Saúde. 2011;23(1):45–56.

2. Siqueira KM, Barbosa MA, Brasil VV, Oliveira LMC, Andraus LMS. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. Texto Context Enferm. 2006;15(1):68–73.

3. Alves PCB, Souza IM. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. Experiência doença e Narrat Rio Janeiro Fiocruz. 1999;125–38.

4. Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexus de significados da doença. Rev CIÊNCIAS SOCIAIS-POLÍTICA Trab. 2015;1(42).

5. Helman CG. Cuidado e cura: os setores de atenção à saúde. In: Cultura, Saúde e Doença. 5º ed Porto Alegre, RS: Artmed; 2009. p. 79–112.

6. Kleinman A. Patiens and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. University of California Press Berkeley; 1980.

7. Amaral RFC, de Souza T, de Melo TAP, Souza FR. The therapeutic itinerary in mother-child healthcare: interfaces between culture and biomedicine itinerário terapéutico en la atención madre-hijo: interfaces entre la cultura y biomedicina. Rev da Rede Enferm do Nord. 2012;13(1):85–93.

8. Iserhard ARM, Budó M de LD, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. Esc Anna Nery. 2009;13(1):116–22.

9. Morais AC, Cohim ACOS, Almeida CR, Lima KDF. Itinerário Terapêutico de mães de crianças egressas do Método Canguru. Cienc Cuid Saude. 2017;16(2).

10. Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14º ed. Hucitec, organizador. São Paulo; 2014. 408 p.

11. Bardin L. Análise de conteúdo. 5º ed. Lisboa, Portugal: Edições 70 LDA; 2010. 279 p.

12. da Silva Dal Pizzol T, Urruth Leão Tavares N, Dâmaso Bertoldi A, Rocha Farias M, Dourado Arrais PS, Ramos LR, et al. Uso de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica entre crianças no Brasil. Rev Saude Publica. 2016;50(2).

13. Leite SN, Vasconcellos MP. Medicamentos e outros recursos utilizados no enfrentamento das doenças infantis no cotidiano familiar: estudo qualitativo. Lat Am J Pharm. 2009;28(6):835–42.

14. Beckhauser GC, de Souza JM, Valgas C, Piovezan AP, Galato D. Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. Rev Paul Pediatr. 2010;28(3):262–8.

15. Junior AM. PERFIL DA AUTOMEDICAÇÃO EM UMA FARMÁCIA DE DISPENSAÇÃO EM BARBALHA-CE. Rev e-ciência. 2015;3(2).

16. da Silva LR, Christoffel MM, de Castro SJ, Ribeiro F. La práctica del cuidado ofrecido por las mujeres a sus hijos en su domicilio. Enfermería Glob. 2007;6(1).

17. Ponte e Silva JDÂ, Gurgel Freire D, Antero Sousa Machado M de F. Cuidados maternos à saúde da criança em ambiente domiciliar frente ao serviço de saúde. Rev da Rede Enferm do Nord. 2010;11.

18. Ferreira J, Espírito Santo W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. Physis Rev Saúde Coletiva. 2012;22:179–98.

19. Boehs AE, Rumor PCF, Ribeiro EM, Grisotti M. Percepções das mães sobre os cuidados à saúde da criança até 6 anos. Rev Min Enferm. 2011;15(1):114–20.

20. Rabelo M. A construção do sentido nos tratamentos religiosos. Rev Eletrônica Comun Informação Inovação em Saúde. 2010;4(3).

21. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cad Saude Publica. 2006;22:2449–63.

22. Hoffmann-Horochovski MT. Benzeduras, garrafadas e costuras: considerações sobre a prática da benzeção. Guaju. 2015;1(2):110–26.

23. Medeiros REG de, Nascimento EGC do, Diniz GMD, Alchieri JC. Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeira na atenção à saúde da criança. Physis Rev Saúde Coletiva. 2013;23:1339–57.

24. CALHEIROS KRJDEM. A CURA ATRAVÉS DA FÉ: Um olhar sobre as benzedeiras/rezadeiras alagoanas. Univ Fed Alagoas IX Mestres e Cons Agentes Mult do Patrimônio Belo Horizonte/MG. 2017;

25. Uchôa E, Vidal JM. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Cad Saude Publica. 1994;10:497–504.

26. Rati RMS, Goulart LMH de F, 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. Cien Saude Colet. 2013;18:3663–72.

27. Rizzieri TL. Emergências Pediátricas: Revisão Integrativa da Literatura. Rev Saúde em Foco. 2017;9:527–32.

28. BRASIL. Relatório de Cobertura na Atenção Básica [Internet]. 2018. Available at: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml

29. Damasceno SS, Nóbrega VM da, Coutinho SED, Reichert AP da S, Toso BRG de O, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. Cien Saude Colet. 2016;21:2961–73.

30. Aires LC dos P, Santos EKA dos, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. Esc Anna Nery. 2017;21(2).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diversidade de fatores presentes na concepção sobre saúde e doença é carregada de múltiplos sentidos diante da pluralidade de condutas, etiologias, experiências, percepções e visões de mundo. Conhecer o itinerário terapêutico de crianças egressas de UTIN após os dois anos de vida permitiu compreender os caminhos percorridos diante das inúmeras possibilidades de escolha.

As famílias entrevistadas utilizaram todos os setores sendo a primeira escolha, na maioria das vezes, a automedicação orientada pela mãe e/ou sogra ou a utilização de antigas prescrições, seguida pela preferência dos serviços de urgência e emergência. A busca pelos setores de cuidado à saúde foi influenciada pelo conhecimento prévio das famílias e sua percepção do processo saúde-doença que influenciam diretamente no seu modo de pensar e agir.

No presente estudo as cuidadoras não relataram vínculo com a atenção primária à saúde, evidenciando obstáculos organizacionais e dificuldades de acesso que influenciam nesse processo. Foi possível observar um vínculo apenas com os profissionais que acompanham as crianças na atenção secundária, que acabam abarcando outras demandas que deveriam ser atendidas na rede básica de saúde. Dessa forma, percebe-se que o cuidado ofertado pelo setor profissional se deu de maneira fragmentada na rede básica de saúde, resultando em um cuidado desarticulado entre os serviços.

Durante o desenvolvimento da pesquisa, foi possível o resgate de crianças que haviam abandonado o acompanhamento no ambulatório de seguimento, assim como identificar uma criança com atraso neuropsicomotor significativo, fazer o encaminhamento para iniciar o seguimento no ambulatório e sensibilizar a equipe diante de possíveis falhas no processo de trabalho. Nessa perspectiva, reforça-se a importância dos profissionais se inserirem no contexto familiar com a finalidade de conhecer sua estrutura, rede social e identificar suas necessidades para que possam planejar a assistência e prestar um cuidado integral.

Para que se possa planejar e conduzir ações apropriadas e efetivas no cuidado integral à criança egressa de UTIN é fundamental considerar o indivíduo em sua rede de interações a fim de compreender suas decisões na tentativa de solucionar seus problemas de saúde, considerando suas singularidades.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os nexus de significados da doença. **REVISTA DE CIÊNCIAS SOCIAIS-POLÍTICA & TRABALHO**, [s. l.], v. 1, n. 42, 2015.

ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: **Experiência de Doença e Narrativa**. / Míriam Cristina Rabelo, Paulo César Alves, Iara Maria Souza. - Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999, p. 125 – 138.

AMARAL, Rubia Fernanda Cardoso; SOUZA, Thayomara de; MELO, Thayse Aparecida Palhano de; RAMOS, Flávia Regina Souza. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste,** v. 13, n. 1, p. 85-93, 2012

ARAÚJO, Juliane Pagliari; SILVA, Rosane Meire Munhak da; COLLET, Neusa; NEVES, Eliane Tatsch; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; VIERA, Cláudia Silveira. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 1000- 1007, nov-dez 2014.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reta e Augusto Pinheiro - Lisboa: Edições 70, 2002.

BECKER, Sandra Greice *et al*. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 62, n. 2, p. 323-326, 2009 .

BECKHAUSER, G. C.; DE SOUZA, J. M.; VALGAS, C.; PIOVEZAN, A. P.; GALATO, D. Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. **Revista Paulista de Pediatria**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 262–268, 2010.

BRAGA, Patrícia Pinto; DE SENA, Roseni Rosângela. Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, 2012, 25.6: 975-980.

BOEHS, A. E.; RUMOR, P. C. F.; RIBEIRO, E. M.; GRISOTTI, M. Percepções das mães sobre os cuidados à saúde da criança até 6 anos. **Revista Mineira de Enfermagem**, [s. l.], v. 15, n. 1, p. 114–120, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

_____. Lei Nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, Seção 1, 16 jul. 1990.

_____. Portaria n° 1016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as Normas Básicas para a implantação do sistema de Alojamento Conjunto. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 01 set 1993.

_____. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 08 jun 2000a.

_____. Portaria nº 693, de 05 de julho de 2000. Norma de Orientação para a implantação do Método Canguru. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 12 jul 2000b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Portaria no 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 27 jun 2011b.

_____. Portal do Ministério da saúde. Ministério da Saúde. Inclui 14 novos procedimentos na Política Nacional de Práticas Integrativas. Divulgação em 28 de março de 2017a.

_____. Portaria nº 849, de 27 de março de 2017. Inclui a Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa e Yoga à Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1, 28 mar. 2017b.

BRASIL. **Relatório de Cobertura na Atenção Básica**, 2018. Disponível em: https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml. Acesso em 10 nov. 2018

CABRAL, A. *et al*. Therapeutic itineraries: state of the art of scientific production in Brazil. **Ciencia & Saude Coletiva,** v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov 2011.

CASSIANO, Angélica Capellari Menezes, *et al*. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**. v. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: < http://cnes.saude.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/2111302309254>. Acesso em 27 set 2017.

COSTA R.; PADILHA, M.I.; MONTICELLI, M.; RAMOS, F. R. S.; BORENSTEIN, M. S. Políticas Públicas de Saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Hist Enferm Rev Eletronica [Internet]**. v. 1, n. 1, p. 55-68, 2010.

DAMASCENO, S. S.; NÓBREGA, V. M. Da; COUTINHO, S. E. D.; REICHERT, A. P. da S.; TOSO, B. R. G. de O.; COLLET, N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, p. 2961–2973, 2016.

DITTZ DUARTE, E.; LARA SILVA, K.; SILVA TAVARES, T.; JAMAL NISHIMOTO, C. L.; MORAIS SILVA, P.; ROSâNGELA DE SENA, R. Cuidado à criança em condição crônica na atenção primária: desafios do modelo de atenção à saúde. **Texto & Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 24, n. 4, 2015.

FERREIRA, J.; ESPÍRITO SANTO, W. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 22, p. 179–198, 2012.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 17-27, jan, 2008.

FREITAS, Isabel Carmen Fonseca, et al. Pesquisa qualitativa em saúde: um olhar inovador sobre a produção do conhecimento científico. **Rev. baiana saúde pública**, v. 35, n. 4, p. 1001-1012, 2011.

GASKELL, George. Entrevistas individuais e grupais. In: **Pesquisa qualitativa com texto: imagem e som: um manual prático/** Martin W. Bauer, George Gaskell (editores); tradução de Pedrinho A. Guareschi. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 22, p. 2449–2463, 2006.

HELMAN, Cecil G. Cuidado e cura: os setores da assistência à saúde. In: **Cultura, saúde e doença/** Cecil G. Helman; trad. Claudia Buchweitz e Pedro M. Garcez. – 5.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009, p. 79–112.

HOFFMANN-HOROCHOVSKI, M. T. Benzeduras, garrafadas e costuras: considerações sobre a prática da benzeção. **Guaju**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 110–126, 2015.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. CULTURE, ILLNESS, AND CARE - CLINICAL LESSONS FROM ANTHROPOLOGIC AND CROSS-CULTURAL RESEARCH. **Annals of Internal Medicine,** v. 88, n. 2, p. 251-258, 1978.

KLEINMAN, A. **Patiens and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry**. [s.l.] : University of California Press Berkeley, 1980.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Anthropology, Health and Illness: an Introduction to the Concept of Culture Applied to the Health Sciences. **Revista Latino-Americana De Enfermagem,** v. 18, n. 3, p. 459-466, May-Jun 2010.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. Medicamentos e outros recursos utilizados no enfrentamento das doenças infantis no cotidiano familiar: estudo qualitativo. **Latin American Journal of Pharmacy**, [s. l.], v. 28, n. 6, p. 835–842, 2009.

LEMOS JAMAL NISHIMOTO, C.; DITTZ DUARTE, E. A organização familiar para o cuidado à criança em condição crônica, egressa da unidade de terapia intensiva neonatal. **Texto & Contexto Enfermagem**, [s. l.], v. 23, n. 2, 2014.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis: Revista de Saúde Coletiva,** v. 15, n. suppl, p. 145-176, 2005.

MEDEIROS, R.E.G.; NASCIMENTO, E.G.C. do; DINIZ, G.M.D.; et al. Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeira na atenção à saúde da criança. **Physis.** v. 23, n. 4, p. 1339-1357, 2013.

MÉIO, M. D. B. B. *et al.* Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro. **Ciências & Saúde Coletiva.** 10 (2):299-307, 2005.

MELLO, M. L.; OLIVEIRA, S. S. Health, religion and culture: a dialogue based on Afro-Brazilian customs. **Saude E Sociedade,** v. 22, n. 4, p. 1024-1035, Oct-Dec 2013.
MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde**. 14.ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al*. (Orgs.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 189-218.

NEVES, E. T.; ANDRES, B.; DA SILVEIRA, A.; ARRUÉ, A. M. A rede social de cuidados de uma criança com necessidade especial de saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 533–540, 2013.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantini; BOGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57, Dec. 2004.

OLIVEIRA, F. A. D. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v. 6, n. 10, p. 63-74, 02 2002.

PONTE E SILVA, J. D. Â.; GURGEL FREIRE, D.; ANTERO SOUSA MACHADO, M. de F. Cuidados maternos à saúde da criança em ambiente domiciliar frente ao serviço de saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s. l.], v. 11, 2010

RABELO, M. A construção do sentido nos tratamentos religiosos. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, [s. l.], v. 4, n. 3, 2010.

RATI, R. M. S.; GOULART, L. M. H. de F.; ALVIM, C. G.; MOTA, J. A. C. " Criança não

pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 18, p. 3663–3672, 2013.

REZENDE, J. M. M.; CABRAL, I. E. As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde: determinates da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde as crianças com necessidades especiais de saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [s. l.], 2010.

RIZZIERI, T. L. Emergências Pediátricas: Revisão Integrativa da Literatura. **Revista Saúde em Foco**, [s. l.], v. 9, p. 527–532, 2017.

ROSSETTO, Maira; PINTO, Eder Campos; SILVA, Luiz Anildo Anacleto da. Cuidados ao recém-nascido em terapia intensiva: tendências das publicações na Enfermagem. **Vittalle**, Rio Grande, 23(1): 45-56, 2011.

SANTOS, Alessandra Carla Baia dos *et al*. Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. **Rev. NUFEN**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 11-21, dez. 2012 .

SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira and SOUZA, Kleyde Ventura de. História, conquistas y perspectivas en el cuidado a la mujer y el niño. Texto contexto - enferm. [online]. vol.14, n.4, pp.585-593, 2005.

SILVA, L. R.; CHRISTOFFEL, M. M.; DE CASTRO, S. J.; RIBEIRO, F. La práctica del cuidado ofrecido por las mujeres a sus hijos en su domicilio. **Enfermería Global**, [s. l.], v. 6, n. 1, 2007.

SILVA DAL PIZZOL, T.; URRUTH LEÃO TAVARES, N.; DâMASO BERTOLDI, A.; ROCHA FARIAS, M.; DOURADO ARRAIS, P. S.; RAMOS, L. R.; AUXILIADORA OLIVEIRA, M.; LUIZA, V. L.; SERRATE MENGUE, S. Uso de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica entre crianças no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 50, n. 2, 2016.

SIQUEIRA, Karina Machado *et al* .Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto contexto - enferm**., Florianópolis , v. 15, n. 1, p. 68-73, Mar. 2006.

SIQUEIRA, S. M. C.; JESUS, V. S. De; CAMARGO, C. L. De. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 21, p. 179–189, 2016.

TESSER, C. D.; BARROS, N. F. D. Medicalização social e medicina alternativa e complementar: pluralização terapêutica do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública,** v. 42, n. 5, p. 914-920, 10 2008.

TURATO, Egberto Ribeiro. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 39, n. 3, p. 507-514, June 2005 .

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO

N° IDENTIFICADOR: | | | | | |

1. IDENTIFICAÇÃO

1A) Nome da criança (apenas as iniciais de cada nome):

_____

1B) Nome da mãe (apenas as iniciais de cada nome):_____

1C) Endereço:_____

_____

1D) Telefones para contato:_____

2. SOBRE A CRIANÇA

2A) Data do nascimento da criança (DD/MM/AAAA): _ _ / _ _ / _ _ _ _

2B) Idade da criança (em meses): _ _

2C) Sexo da criança

□ Masculino □ Indeterminado

□ Feminino

2D) Raça/ Cor:

□ Branco □ Preto □ Indígena

□ Pardo □ Amarelo

2E) Idade gestacional ao nascimento:

2F) Peso ao nascer:

2G) Apgar: No 1° minuto: _ _ e 5º minuto: _ _

2H) Por qual motivo da internou na UTIN?_____

2I) Quais foram os diagnósticos recebidos durante a internação na UTIN?

1._____

2._____

3._____

4._____

2I.1) Qual o motivo da internação na UTIN (perguntar para o cuidador principal)?

2J) Quanto tempo (em dias) durou a internação na UTIN?

2K) No momento da alta quais eram as morbidades/condições da criança?

2K.1) Você foi orientado em relação a algum cuidado especial?

3. SOBRE A MÃE

3A) Idade da mãe (em anos): _ _

3B) Raça/ Cor:

□ Branco □ Preto □ Indígena
□ Pardo □ Amarelo

3C) Estado civil:

□ Casada □ União consensual/estável □ Desquitada
□ Solteira □ Divorciada/separada □ Viúva
□ Não sabe

3D) Renda familiar: _ _ salários mínimos

3E) Recebe benefícios do governo?

□ Não □ Sim □ Se sim, quais?_____

3F) Grau de instrução

□ Não alfabetizado □ Ensino Médio completo

□ Ensino Fundamental Incompleto □ Ensino Superior Incompleto

□ Ensino Fundamental completo □ Ensino Superior Completo

□ Ensino Médio Incompleto

3G) Possui religião?

□ Não □ Sim. Qual? _____

3H) Número de gestações: _ _ Número de abortos: _ _

Número de filhos: vivos: _ _ mortos: _ _

3I) Posição desta criança na família: ( ) 1º filho ( ) 2º filho ( ) 3º filho

( ) ___º filho

3J) Realizou pré-natal?

□ Sim □ Não

□ Menos que 06 consultas
□ 06 consultas
□ mais que 06 consultas

3K) Se realizou pré-natal, foram quantas consultas (médicas e de enfermagem)? _ _

3L) Você considera seu filho saudável ou doente? Por que?

4 SOBRE O PÓS-ALTA

4A) Quais doenças clínicas ou condições de saúde seu filho apresentou durante os dois primeiros anos de vida?

- _____
- _____
- _____
- _____

4A.1) Quanto tempo seu filho mamou só no peito? Quando saiu do peito?

4B) Precisou de internação ou tratamento em situação de saúde?

□ Não □ Sim □ Emergência
□ Unidade Básica de Saúde/ Posto de Saúde
□ Hospital de origem

4C) Número de internações após a alta da UTIN: _ _

4D) Motivo dessas internações:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

4E) Na alta da UTI você foi encaminhada(o) para acompanhamento em que serviço de saúde?

□ Não □ Sim □ Com consulta já agendada

□ Sem consulta já agendada. Nesse caso, conseguiu agendar?

□ Não □ Sim. Quanto tempo depois?_____

Em quais locais?

Local	Tipo de serviço	Indicado por

4F) Seu filho é acompanhado por equipe de saúde da família (ACS, enfermeiro e/ou médico)?

□ Sim □ Não

4G) Você tem um posto/ unidade de saúde de referência?

□ Não □ Sim. Qual?_____Sim

4H) Quais locais são utilizados por você como opção para tratamento ou prevenção de doenças da criança?

Setor informal □ Sim □ Não		
□Autotratamento ou Automedicação	Indicado por quem?	□ Parentes □ Amigos □ Vizinhos ou colegas de trabalho □ Igrejas ou grupos de autoajuda □ Consulta com pessoa leiga que possui

experiência
Setor popular □ Sim □ Não
□ Curandeiro/pajé Tipo de cura
□ Benzendeira
□ Outros
Setor profissional □ Sim □ Não
☐ Enfermagem ☐ Farmácia ☐ Fisioterapia ☐ Fonoterapia ☐ Medicina ☐ Nutrição ☐ Odontologia ☐ Psicologia ☐ Serviço Social ☐ Terapeuta ocupacional ☐ Outro: _____

4I) Que motivos levam você a buscar cuidado nesses lugares e/ou pessoas?

- _____
- _____
- _____

4J) Você encontra dificuldades para obter cuidado de saúde?

□ Sim □ Não

4K) Caso encontre dificuldades para obter cuidado de saúde, quais seriam elas?

- _____
- _____
- _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

PRÁTICAS DE CUIDADO UTILIZADAS/DESEJADAS DURANTE A INTERNAÇÃO

- Fale sobre como você acha que participou dos cuidados com a saúde do seu filho durante a internação.

- Se você pudesse teria feito ou buscado outros cuidados? Quais? Por que?

ORIENTAÇÕES E PREPARAÇÃO PARA ALTA

- Fale sobre as orientações recebidas durante a preparação para a alta do seu filho.

- Como foi chegar em casa? Tinha alguém que te ajudava nesses cuidados?

- Essas pessoas te deram alguma orientação?

PERCEPÇÃO SOBRE O FILHO

- Me fala sobre seu filho, como você vê seu filho hoje?

BUSCA POR CUIDADOS DE SAÚDE

- Você tem ajuda de outras pessoas nos cuidados com seu filho?

- Como estas pessoas te ajudam?

- Você recebe ou já recebeu alguma orientação sobre os cuidados que você deveria ter? Me fala um pouco sobre isso.

APÊNDICE C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Rua Barão de Itapary, 227, 4º andar – Centro. CEP: 65.020-070

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

SETORES DE CUIDADO DE SAÚDE UTILIZADOS POR CRIANÇAS EGRESSAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

Você está sendo convidada a participar de um a pesquisa que se destina analisar os setores de cuidado de saúde utilizados por crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal nos dois primeiros anos de vida. Este estudo ratifica sua relevância diante da importância do acompanhamento das crianças egressas de UTIN para a promoção da saúde e prevenção de agravos possibilitando a garantia da qualidade de vida, que a continuidade do cuidado poderá tratar e prevenir precocemente algum atraso no crescimento e desenvolvimento.

A coleta de dados para o estudo será realizada da seguinte maneira: inicialmente por meio de um contato telefônico com as mães e/ou responsáveis pela criança para verificar a disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Neste momento serão dadas todas as informações sobre a pesquisa, objetivo, justificativa e metodologia.

Posterior ao convite para participação na pesquisa, será agendado um horário para realização da coleta de dados, preferencialmente na mesma data de retorno ao serviço de follow-up ou conforme a disponibilidade dos mesmos, podendo ocorrer no local da residência. No momento da entrevista serão repassadas mais informações sobre a pesquisa e também será realizada a assinatura deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, onde uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o participante da pesquisa.

Para iniciar esta pesquisa, projeto foi previamente aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Será garantido às famílias o sigilo de sua identificação tanto durante a pesquisa como na divulgação dos resultados e também o fornecimento de quaisquer esclarecimento ou

informações sobre qualquer dúvida durante a pesquisa. Os resultados serão divulgados por ocasião da defesa da tese, em publicações em revistas indexadas e congressos científicos.

A pesquisa não oferecerá risco ao entrevistado mas poderá causar algum desconforto devido ao tempo gasto para responder as questões. Dessa forma, será dado ao entrevistado a liberdade de desistir da pesquisa a qualquer momento ou interrompê-la e continuar em outra oportunidade que lhe pareça mais oportuna.

Em caso de dúvida você pode entrar em contato com as pesquisadoras envolvidas: Lia Cardoso (doutoranda e pesquisadora) ou Prof. Dr. Fernando Lamy respectivamente, pelos telefones: 98116-2420; 33019603.

Caso haja necessidade de eventuais esclarecimentos quanto aos aspectos éticos e direitos como participante deste estudo de pesquisa, poderá entrar em contato com _____, coordenador do Comitê de Ética para Pesquisa em Seres Humanos _____, situado _____, telefone _____.

Fui esclarecida ainda, que tenho liberdade de me recusar a participar ou retirar este consentimento sem nenhuma penalidade ou prejuízo, tendo garantia de sigilo o que assegura a privacidade das informações que forneci. Não haverá nenhum custo decorrente da minha participação na pesquisa.

São Luís, ___/___/201_.

_____

Assinatura do responsável

_____

Prof. Dr. Fernando Lamy Filho
Pesquisador responsável
Contato: 3301 9603

_____

Lia Cardoso de Aguiar
Pesquisadora
Contato: 98116 2420

APÊNDICE E - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DO PRINCIPAL CUIDADOR DA CRIANÇA

Criança	Entrevistados	Distrito Sanitário	Idade	Situação Familiar	Religião
Mel	Mãe e Avó materna	CENTRO	17	Solteira, único filho. Ensino médio incompleto. Renda familiar de 1 salário mínimo e recebe o bolsa família	Católica
Elis	Mãe	CENTRO	23	Solteira, três filhos. Ensino superior incompleto. Renda familiar de 1 salário mínimo	Católica
Pedro	Mãe e Bisavó materna	BEQUIMÃO	21	Solteira, dois filhos. Ensino médio incompleto. Renda familiar de 1 salário mínimo e recebe o bolsa família	Não tem religião
Manoel	Mãe	CENTRO	30	Solteira, um filho e um aborto. Ensino superior incompleto. Renda familiar de 3 salários mínimos	Não tem religião
Paulo	Mãe e avó materna	COHAB	39	União consensual, único filho. Ensino médio completo. Renda familiar de 1 salário mínimo	Católica
Ana	Mãe	COHAB	16	União consensual, único filho. Ensino fundamental incompleto. Renda familiar de 2 salários mínimos	Católica
Lucas	Mãe	COHAB	21	Solteira, dois filhos. Ensino médio completo. Renda familiar de 1 salário mínimo	Católica
Davi	Mãe	VILA ESPERANÇA	22	União consensual, único filho. Ensino médio incompleto. Renda familiar de 1 salário mínimo e recebe o bolsa família	Não tem religião
Tiago	Mãe	COROADINHO	32	União consensual, oito filhos e dois abortos. Ensino fundamental incompleto. Renda familiar de 2 salários mínimos e recebe o bolsa família	Católica
Rebeca	Avó materna	COROADINHO	64	União consensual, três filhos. Analfabeta. Renda familiar de 2 salários mínimos e recebe o bolsa família	Católica
Caio	Mãe, Avó materna e Tia	ITAQUI BACANGA	19	Viúva, dois filhos. Ensino fundamental incompleto. Renda familiar de 1 salário mínimo	Não tem religião
Levi	Mãe	ITAQUI BACANGA	29	União consensual, três filhos. Ensino médio completo. Renda familiar menor que 1 salário mínimo e recebe o bolsa família	Católica
Yago	Mãe	TIRIRICAL	23	Divorciada, dois filhos sendo um vivo e um falecido. Ensino fundamental incompleto. Renda familiar de 4 salários mínimos e recebe o bolsa família	Evangélica
Saulo	Mãe	ITAQUI BACANGA	37	Casada, sete filhos. Ensino Fundamental Incompleto. Renda familiar menor que 1 salário mínimo e recebe o bolsa família	Evangélica

Criança	Posição desta criança na família	Sexo da criança	Idade Gestacional (semanas/dias)	Peso ao nascer (gramas)	Motivo da internação na UTIN	Tempo de Internação na UTIN (dias)	Teve indicação para seguimento no ambulatório	Faz seguimento no ambulatório	Idade da criança (meses)	Situação Atual
Mel	Primeiro	F	31s3d	1638	Pré-termo	4	S	Resgate na pesquisa	47	---
Elis	Terceiro	F	39s1d	4116	Doença hemorrágica do RN	110	S	S	35	Traqueostomizada
Pedro	Segundo	M	35s	2372	Prematuridade tardio/ TTRN	17	N	N	37	---
Manoel	Primeiro	M	26s	1050	Pré-termo	33	S	S	49	Paralisia Cerebral
Paulo	Primeiro	M	36s	1870	Fenda labiopalatina/ Pré-termo	3	S	S	41	Fenda/lábio, faz tratamento em SP
Ana	Primeiro	F	40s	2540	Traquipnéia	3	N	-	34	---
Lucas	Primeiro	M	40s	3736	Desconforto respiratório	2	N	-	43	---
Davi	Primeiro	M	38s2d	3300	Anoxia prematura	2	N	-	42	---
Tiago	Sétimo	M	39s	3520	TTRN	4	N	-	43	---
Rebeca	Primeiro	F	39s	3220	Desconforto respiratório	2	N	-	39	Fenda/lábio, faz tratamento em SP
Caio	Primeiro	M	39s5d	3254	Síndrome de Aspiração Meconial	17	N*	Resgate na pesquisa	44	Paralisia Cerebral
Levi	Terceiro	M	41s4d	2960	Policitemia	5	N	-	41	---
Yago	Segundo	M	35s	1750	PIG/ Pré-termo	15	S	N	35	---
Saulo	Sétimo	M	36s	3505	Aspiração Meconial	2	N	S** (Resgate na pesquisa)	40	---

* Durante a visita domiciliar da pesquisa foi identificada a necessidade de seguimento devido ao atraso neuropsicomotor

** Não possui critérios para acompanhamento no ambulatório de seguimento porém o mesmo foi iniciado, abandonado pelo cuidador e resgatado pela pesquisa

ANEXO A – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO

CSP CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA
REPORTS IN PUBLIC HEALTH
ISSN (impresso) 0102-311X
ISSN (on-line) 1678-4464

Instrução para Autores

Cadernos de Saúde Pública (CSP) publica artigos originais com elevado mérito científico, que contribuem com o estudo da Saúde Coletiva/Saúde Pública em geral e disciplinas afins. Desde janeiro de 2016, a revista é publicada por meio eletrônico. CSP utiliza o modelo de publicação continuada, publicando fascículos mensais. Recomendamos aos autores a leitura atenta das instruções antes de submeterem seus artigos a CSP.

1. CSP ACEITA TRABALHOS PARA AS SEGUINTES SEÇÕES:

1.1 – Perspectivas: análises de temas conjunturais, de interesse imediato, de importância para a Saúde Coletiva (máximo de 2.200 palavras).
1.2 – Debate: análise de temas relevantes do campo da Saúde Coletiva. Sua publicação é acompanhada por comentários críticos assinados por renomados pesquisadores, convidados a critérios das Editoras, seguida de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações).
1.3 – Espaço Temático: seção destinada à publicação de 3 a 4 artigos versando sobre tema comum, relevante para a Saúde Coletiva. Os interessados em submeter trabalhos para essa Seção devem consultar as Editoras.
1.4 – Revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Saúde Coletiva (máximo de 8.000 palavras e 5 ilustrações). São priorizadas as revisões sistemáticas, que devem ser submetidas em inglês. São aceitos, entretanto, outros tipos de revisões, como narrativas e integrativas. Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas como, por exemplo, o PROSPERO. O Editorial 32(9) discute sobre as revisões sistemáticas (Leia mais).
1.5 – Ensaio: texto original que desenvolve um argumento sobre temática bem delimitada (máximo 8.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais). O Editorial 29(6) aborda a qualidade das informações dos ensaios clínicos.
1.6 – Questões Metodológicas: artigos cujo foco é a discussão, comparação ou avaliação de aspectos metodológicos importantes para o campo, seja na área de desenho de estudos, análise de dados, métodos qualitativos ou instrumentos de aferição epidemiológicos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações) (Leia mais).
1.7 – Artigo: resultado de pesquisa de natureza empírica com abordagens e enfoques diversos (máximo de 6.000 palavras e 5 ilustrações). Dentro dos diversos tipos de estudos empíricos, apresentamos dois exemplos: artigo de pesquisa etiológica na epidemiologia e artigo utilizando metodologia qualitativa. Para informações adicionais sobre diagramas causais, ler o Editorial 32(8).

1.8 – Comunicação Breve: relato de resultados de pesquisa que possam ser apresentados de forma sucinta (máximo de 1.700 palavras e 3 ilustrações).
1.9 – Cartas: crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP (máximo de 700 palavras).
1.10 – Resenhas: crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.400 palavras). As Resenhas devem conter título e referências bibliográficas. As informações sobre o livro resenhado devem ser apresentadas no arquivo de texto.

2. NORMAS PARA ENVIO DE ARTIGOS

2.1 – CSP publica somente artigos inéditos e originais, e que não estejam em avaliação em nenhum outro periódico simultaneamente. Os autores devem declarar essas condições no processo de submissão. Caso seja identificada a publicação ou submissão simultânea em outro periódico o artigo será desconsiderado. A submissão simultânea de um artigo científico a mais de um periódico constitui grave falta de ética do autor.
2.2 – Não há taxas para submissão e avaliação de artigos.
2.3 – Serão aceitas contribuições em Português, Inglês ou Espanhol.
2.4 – Notas de rodapé, de fim de página e anexos não serão aceitos.
2.5 – A contagem de palavras inclui somente o corpo do texto e as referências bibliográficas, conforme item 6 (Passo a passo).
2.6 – Todos os autores dos artigos aceitos para publicação serão automaticamente inseridos no banco de consultores de CSP, se comprometendo, portanto, a ficar à disposição para avaliarem artigos submetidos nos temas referentes ao artigo publicado.

3. PUBLICAÇÃO DE ENSAIOS CLÍNICOS

3.1 – Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.
3.2 – Essa exigência está de acordo com a recomendação do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME)/Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)/Organização Mundial da Saúde (OMS) sobre o Registro de Ensaios Clínicos a serem publicados com base em orientações da OMS, do International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e do Workshop ICTPR.
3.3 – As entidades que registram ensaios clínicos segundo os critérios do ICMJE são:
• Australian New Zealand Clinical Trials Registry (ANZCTR)
• Clinical Trials
• International Standard Randomised Controlled Trial Number (ISRCTN)
• Nederlands Trial Register (NTR)
• UMIN Clinical Trials Registry (UMIN-CTR)

• WHO International Clinical Trials Registry Platform (ICTRP)

4. FONTES DE FINANCIAMENTO

4.1 – Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, institucional ou privado, para a realização do estudo.
4.2 – Fornecedores de materiais ou equipamentos, gratuitos ou com descontos, também devem ser descritos como fontes de financiamento, incluindo a origem (cidade, estado e país).
4.3 – No caso de estudos realizados sem recursos financeiros institucionais e/ou privados, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento para a sua realização.

5. CONFLITO DE INTERESSES

5.1 – Os autores devem informar qualquer potencial conflito de interesse, incluindo interesses políticos e/ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais e/ou insumos e equipamentos utilizados no estudo pelos fabricantes.

6. COLABORADORES E ORCID

6.1 – Devem ser especificadas quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.
6.2 – Lembramos que os critérios de autoria devem basear-se nas deliberações do ICMJE, que determina o seguinte: o reconhecimento da autoria deve estar baseado em contribuição substancial relacionada aos seguintes aspectos: 1. Concepção e projeto ou análise e interpretação dos dados; 2. Redação do artigo ou revisão crítica relevante do conteúdo intelectual; 3. Aprovação final da versão a ser publicada; 4. Ser responsável por todos os aspectos do trabalho na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Essas quatro condições devem ser integralmente atendidas.
6.3 – Todos os autores deverão informar o número de registro do ORCID no cadastro de autoria do artigo. Não serão aceitos autores sem registro.
6.4 – Os autores mantêm o direito autoral da obra, concedendo à publicação Cadernos de Saúde Pública o direito de primeira publicação.

7. AGRADECIMENTOS

7.1 – Possíveis menções em agradecimentos incluem instituições que de alguma forma possibilitaram a realização da pesquisa e/ou pessoas que colaboraram com o estudo, mas que não preencheram os critérios para serem coautores.

8. REFERÊNCIAS

8.1 – As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (por exemplo: Silva 1). As referências citadas somente em tabelas, quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos. Não serão aceitas as referências em nota de rodapé ou fim de página.
8.2 – Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).
8.3 – No caso de usar algum *software* de gerenciamento de referências bibliográficas (por exemplo: EndNote), o(s) autor(es) deverá(ão) converter as referências para texto.

9. NOMENCLATURA

9.1 – Devem ser observadas as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

10. ÉTICA E INTEGRIDADE EM PESQUISA

10.1 – A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 e 2013), da Associação Médica Mundial.
10.2 – Além disso, deve ser observado o atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada, informando protocolo de aprovação em Comitê de Ética quando pertinente. Essa informação deverá constituir o último parágrafo da seção Métodos do artigo.
10.3 – O Conselho Editorial de CSP se reserva o direito de solicitar informações adicionais sobre os procedimentos éticos executados na pesquisa.
10.4 – CSP é filiado ao COPE (Committee on Publication Ethics) e adota os preceitos de integridade em pesquisa recomendados por esta organização. Informações adicionais sobre integridade em pesquisa leia o Editorial 34(1).

ANEXO B - REGRAS ESPECÍFICAS PARA ARTIGO UTILIZANDO METODOLOGIA QUALITATIVA

Artigos qualitativos

As metodologias qualitativas representam um conjunto amplo e diversificado de procedimentos interpretativos comprometidos com a análise dos significados das ações sociais e das experiências humanas. Seus métodos atravessam distintos campos disciplinares e, portanto, apresentam diferentes parâmetros para aferir a qualidade e as "boas práticas" de pesquisa.
Traçamos aqui um roteiro básico das informações e critérios científicos que consideramos importantes para um artigo que aporte métodos qualitativos. Antes de enviar seu texto reflita sobre essas indagações. Embora não seja uma listagem de itens universais ou obrigatórios, a maioria refere a questões muito relevantes.

Adequação aos propósitos de análise qualitativa
- O artigo explora os processos sociais a fim de compreender os significados, sentidos das ações e experiências?
- O objeto de pesquisa é claramente contextualizado?

Quadro teórico
- O artigo apresenta diálogo com alguma teoria ou reflexão teórica das Ciências Sociais e Humanas em suas interfaces com a Saúde Coletiva?
- Há perguntas que orientem a busca investigativa?

Metodologia
- O artigo explicita o(s) tipo(s) de método(s) empregado(s), seus princípios e sua adequação ao objeto de estudo?
- Os acervos utilizados em pesquisas qualitativas são muito diversificados (entrevistas, conversas, observações, fotos, músicas, documentos oficiais etc.)? Em qualquer caso, a justificativa para a eleição da referida fonte e os critérios de seleção estão definidos?
- Os critérios para escolha do campo de pesquisa e dos sujeitos estão demarcados? Tais critérios são coerentes com os propósitos do estudo?
- As técnicas para a coleta (construção) dos dados são descritas e suas eventuais limitações explicitadas?
- O critério para definir o número de registros tomados para análise (número de entrevistas, de observações ou outros documentos) é descrito?
- As relações, posições e mediações entre pesquisador e os sujeitos do estudo e suas possíveis influências nos resultados são mencionadas (reflexividade)?
- O tratamento do material e os procedimentos de análise são minuciosamente detalhados?
- As etapas do processo interpretativo são assinaladas? São descritas as categorizações, agrupamentos, comparações etc.?
- As categorias empregadas para análise (caso existam) são apresentadas?

Resultados e Discussão
- Os resultados apresentados são claros e coerentes com os objetivos do estudo?
- Há equilíbrio entre os resultados apresentados e os distintos objetivos listados?
- Os resultados apresentados trazem informações relevantes e contextualizadas?

- São elucidativos para melhor compreender ou “responder” às perguntas do estudo?
– Os resultados contribuem para a ampliação do conhecimento ou restringem-se no nível da confirmação de estudos anteriores?
- As evidências empíricas para as interpretações feitas são apresentadas (citações, trechos de diários de campo, entre outros) de forma adequada e suficiente?
- As interpretações são demarcadas, distinguindo-se do nível descritivo?
- As interpretações apresentadas dialogam com a literatura da área de forma adequada, atualizada e suficiente?
- As conclusões encontram respaldo nos resultados do artigo?