



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA**

REJANE MARIA CARVALHO DE OLIVEIRA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE CRIANÇAS COM CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA: INTERFACE DE CUIDADOS DOMICILIARES E AS REDES
FORMAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

FORTALEZA – CEARÁ

2017

REJANE MARIA CARVALHO DE OLIVEIRA

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE CRIANÇAS COM CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA: INTERFACE DE CUIDADOS DOMICILIARES E AS REDES
FORMAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ilvana Lima Verde Gomes.

FORTALEZA – CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Oliveira, Rejane Maria Carvalho de.

Itinerários terapêuticos de crianças com condições sensíveis à atenção primária: interface de cuidados domiciliares e as redes formais do Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Rejane Maria Carvalho de Oliveira. - 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 194 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Tese (doutorado) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.^a Dra. Ilvana Lima Verde Gomes.

1. Itinerário terapêutico. 2. Criança. 3. Internações por condições sensíveis a atenção primária. 4. Pneumonia. 5. Diarreia. I. Título.

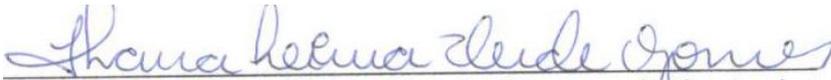
REJANE MARIA CARVALHO DE OLIVEIRA

ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE CRIANÇAS COM CONDIÇÕES SENSÍVEIS À
ATENÇÃO PRIMÁRIA: INTERFACE DE CUIDADOS DOMICILIARES E AS REDES
FORMAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de doutor em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 23 de junho de 2017.

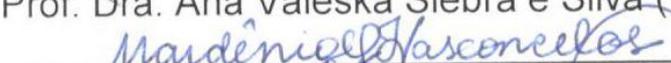
BANCA EXAMINADORA



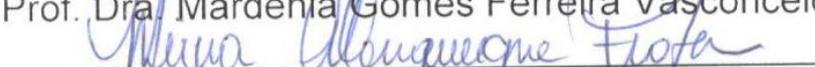
Prof. Dra. Ilvana Lima Verde Gomes (orientador - UECE)



Prof. Dra. Ana Valeska Siebra e Silva (1º membro - UECE)



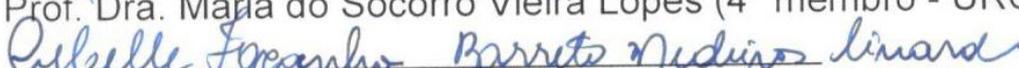
Prof. Dra. Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos (2º membro - UECE)



Prof. Dra. Mirna Albuquerque Frola (3º membro - UNIFOR)



Prof. Dra. Maria do Socorro Vieira Lopes (4º membro - URCA)



Dra. Cybelle Façanha Barreto Medeiros Linard (Suplente - UECE)

Não apenas esse trabalho, mas todas as minhas conquistas profissionais, dedico à criança, ela que sempre me inspirou com toda sua ternura e pureza, que propaga e revitaliza o princípio de ser feliz e fazer o outro feliz com seu sorriso radiante mesmo sem ter consciência disso.

Minhas eternas crianças: Lucas, Lara Laís, Cléo e Rejaninha. Vocês que me ensinaram toda a grandeza do universo infantil.

AGRADECIMENTOS

A conclusão dessa tese constitui marcante vitória e um desafio assumido na minha vida profissional. Não teria conseguido sem o apoio de Deus, dos amigos comprometidos em ajudar a concluir minha meta. É chegada a hora de apresentar o resultado desse trabalho, construído ao longo dos quatro anos de estudo e dedicação. Cabe a nós e às futuras gerações modificar o que precisa ser modificado, com exemplos de altruísmo, capacidade de trabalho e de amor às crianças. Agradeço, pois:

A Deus, criador de todo o universo. Sem Ele nada poderia expressar.

Aos meus pais, Geraldo Rangel Vasconcelos e Emília Carvalho Vasconcelos, que se foram tão precocemente, deixando um enorme vazio, muitos exemplos a serem seguidos, e um elo inextinguível com meus irmãos, Ricardo, Roberto e Rogério, indispensável às nossas realizações.

Ao Alberto, Lucas, Lara e Laís, pela família linda que construímos juntos. Admiro suas capacidades e competência na condução de suas vidas, me amando e respeitando sem cobranças. Obrigada pela paz e segurança que me transmitem. Vocês me dão uma sensação de proteção, de aconchego e de conforto inigualáveis em todos os momentos.

À minha orientadora Ivana Limaverde, pela disponibilidade em me orientar e a oportunidade de me permitir experimentar o papel de pesquisadora dentre tantos já desempenhados. Obrigada pela confiança.

À Banca examinadora composta por: Profa Dra Ana Valeska Sebra e Silva, Profa Dra Mirna Albuquerque Frota, Profa Dra Mardenia Gomes Ferreira Vasconcelos, Profa Dra Maria do Socorro Vieira Lopes, pela gentileza em aceitar participar desse trabalho, contribuindo com suas reflexões, compartilhando conhecimentos e nos ajudando nesse caminhar.

Aos professores e funcionários do programa de Pós-graduação em saúde Coletiva(PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará de quem pude obter inestimáveis ensinamentos para trilhar o caminho do doutorado. Parabéns pelo compromisso com o ensino e com a pesquisa e muito obrigada pelas oportunidades e acolhida dentro dessa Universidade;

As equipes de trabalho dos hospitais Alber Sabin e Centro de Assistência a Criança, que me acolheram tão prestativamente e por permitirem a realização desse trabalho dentro das suas unidades, auxiliando na busca dos participantes

À querida Regina Coeli, obrigada por me mostrar o caminho, incentivando-me a dar o primeiro passo nesta jornada. Voce é uma das responsáveis por essa conquista.

Ana Valeska, muita mais que uma amiga, toda minha admiração pelo seu talento, garra e determinação. Com você aprendo sempre. Obrigada pelo apoio, incentivo, confiança e amizade fraterna.

Mardênia, amiga que se superou. Não teria sido possível sem o seu apoio nessa trajetória. Nos últimos dias sua solidariedade foi impressionante, nos ajudando a dar corpo e forma aos resultados. Quero sempre estar a seu lado aprendendo a “qualidade” de fazer pesquisa.

À doce Camila, muito obrigada pela sua amizade, incentivo, apoio e pelos momentos de aprendizado compartilhados. Mais do que uma colega de trabalho, é amiga pra toda vida.

À comadre Laura, amiga de longas jornadas, de muitos momentos felizes, pela parceria no trabalho, apoio e incentivo. Compartilhamos muitas emoções, sentimentos e construímos nossos caminhos. Você é muito especial.

À Zélia Mota, preciso dizer o quanto a admiro. Na forma com que conduz o seu “time” de enfermagem, compreendendo e ocupando os espaços da minha ausência na coordenação do CTI, soube ser uma verdadeira amiga.

Aos colegas do doutorado, Cyntia, Rafaella, Danielle, Carlos, Edson, Lúcia, pelos agradáveis momentos vividos em sala de aula.

Randson, grande presente do doutorado, meu bom e talentoso amigo, com você os dias na UECE foram muito mais felizes. Voce é único. Seja feliz meu querido.

Às unidades de saúde, em especial o HIAS e o CAC, por me abrirem as portas, permitindo a realização da pesquisa. Obrigada por compartilhar suas experiências de cuidado infantil.

Às crianças e às suas famílias, sobretudo aquelas que compartilharam suas experiências e dores nos momentos difíceis de uma internação. Que as sementes dessa pesquisa se espalhem e, assim, germinem nas terras férteis do cuidado infantil, trazendo em seu cerne os valores indispensáveis de humanização e respeito à criança.

“De tudo ficaram três coisas...
A certeza de que estamos começando...
A certeza de que é preciso continuar...
A certeza de que podemos ser
interrompidos antes de terminar.
Façamos da interrupção um caminho novo...
Da queda, um passo de dança...
Do medo, uma escada.
Do sonho, uma ponte.
Da procura, um encontro!”

(Fernando Sabino, O encontro marcado)

RESUMO

A pesquisa teve como objeto de investigação os Itinerários terapêuticos de crianças acometidas por pneumonia e diarreia, consideradas condições sensíveis à atenção primária, caracterizada pelo acesso ou caminho percorrido pelas famílias nos serviços disponíveis em busca de solução para seu problema de saúde. Nesse âmbito inclui-se um conjunto de planos, estratégias e projetos elaborados antecipadamente com vistas ao tratamento, em face do contexto sociocultural no qual se situam os participantes, e o entrecruzamento de racionalidades biomédicas e populares de saúde que orientam o processo de escolha, a avaliação e adesão às formas de tratamento. Tivemos como objetivo geral Compreender os itinerários terapêuticos percorridos por familiares de crianças menores de cinco anos em busca de cuidados em saúde por condições sensíveis à atenção primária (pneumonia e diarreia). E como específicos: Identificar as práticas referidas pelas mães diante dos sinais e sintomas da doença, na oferta de cuidados domiciliares e na busca por atenção de saúde; Mapear as ofertas terapêuticas formais e informais que são acessadas pelas famílias da criança com problemas de saúde sensíveis à atenção primária; Descrever o acesso das famílias da criança com problemas de saúde sensíveis à atenção primária aos serviços formais da rede assistencial do SUS; Analisar as interfaces das redes de cuidado formais e informais à criança com problemas de saúde sensíveis à atenção primária. Adotamos a abordagem qualitativa, cujas bases conceituais estão assentadas no arcabouço teórico da hermenêutica de Paul Ricoeur. O material empírico foi produzido com base no trabalho de campo, nas entrevistas com as mães das crianças internadas e profissionais da saúde e no grupo focal. A interpretação das narrativas norteou a discussão do material empírico organizado em três eixos temáticos: Manejo da criança doente no domicílio - Subsistema popular; experiência do cuidado e o cuidado materno e itinerários terapêuticos de mães e seus filhos com doenças sensíveis a atenção primária à saúde. Conforme os resultados, doenças como pneumonia e diarreia ainda são responsáveis por elevado número de internações de crianças menores de cinco anos, os atributos da atenção primária não foram contemplados na sua totalidade, dentro da organização dos serviços de saúde, o cuidado à criança internada por essas condições não foi resolutivo nos níveis anteriores ao terciário, a produção do cuidado recebido mostrou-se fortemente

marcada pelo modelo biomédico, um cuidado que acontece por meio e através de interações sociais, relacionando profissionais, usuários e familiares. Com isso ressaltamos a importância do fator comunicacional para dirimir as lacunas entre os sujeitos. Trata-se de um cuidado que demanda a necessidade de conformação de redes de apoio, as quais se apresentaram algumas vezes pouco consolidadas. Mediante os resultados observamos, o cuidado às condições sensíveis à atenção primária mostrou-se inoperante, não só para evitar a internação das crianças como também para permitir que as famílias possam encontrar maneiras para atender às demandas e necessidades de saúde de seus filhos.

Palavras-chave: Itinerário terapêutico. Cuidado. Criança. Cuidado materno. Cuidado domiciliar. Internações por condições sensíveis a atenção primária. Pneumonia. Diarreia.

ABSTRACT

The research had as object of investigation the Therapeutic Itineraries of children affected by pneumonia and diarrhea, considered conditions sensitive to the primary attention, characterized by the access or path taken by the families in the available services in search of solution for their health problem. This includes a set of plans, strategies and projects elaborated in advance with a view to treatment, given the socio-cultural context in which the participants are located, and the intersection of biomedical and popular health rationalities that guide the process of choice, Evaluation and adherence to the forms of treatment. We had as general objective to understand the therapeutic itineraries of children under five years, by these two conditions. And as specific: Identify the practices referred by mothers in the face of signs and symptoms of the disease, the provision of home care and the search for health care; Map the formal and informal therapeutic offerings that are accessed by the families of the child with health problems sensitive to primary care; To describe the access of the families of children with health problems sensitive to primary care to the formal services of the SUS health care network; To analyze the interfaces of formal and informal care networks to children with health problems sensitive to primary care. We adopt the qualitative approach, whose conceptual bases are based on the theoretical framework of the hermeneutics of Paul Ricoeur. The empirical material was produced based on the field work, in the interviews with the mothers of hospitalized children and health professionals and in the focus group. The interpretation of the narratives guided the discussion of the empirical material organized into three thematic axes: the management of sick children at home, the experience of maternal care and the interface between health services and the community. According to the results, diseases such as pneumonia and diarrhea are still responsible for a high number of hospitalizations of children under five years of age, the attributes of primary care were not fully considered within the organization of health services, These conditions were not decisive at pre-tertiary levels, the production of care received was strongly marked by the biomedical model, a care that happens through and through social interactions, relating professionals, users and family members. With this we emphasize the importance of the communicational factor to resolve the gaps between the subjects. This is a care that demands the need to build support networks, which have sometimes been poorly consolidated.

Through the results we observed that care for conditions sensitive to primary care has proved to be inoperative, not only to avoid hospitalization of children, but also to allow families to find ways to meet the demands and health needs of their children.

Keywords: Therapeutic itinerary. Caution. Child. Maternal care. Home care. Admissions due to conditions sensitive to primary care. Pneumonia. Diarrhea.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAC	Centro de Assistência à Criança
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CGM	Controladoria Geral do Município
CID - 10	Décima Classificação Internacional de Doenças
CIES	Centros Integrados de Educação em Saúde
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CORES	Coordenadoria Regional de saúde
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
CSF	Centros de Saúde da Família
DAB	Departamento de Atenção Básica
DAM	Departamento de Assistência Médica
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos
FUSEC	Fundação de Saúde do Estado do Ceará
GERUS	Gerenciamento de Unidades de Saúde
GF	Grupo Focal
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HIAS	Hospital Infantil Albert Sabin
HM	Hospital de Messejana
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis Atenção Primária
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
IRA	Infecção Respiratória Agua

MAIS	Modelo de Assistência Integral à Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS	Norma Operacional da Assistência à Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAB	Piso da Atenção Básica
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAM	Postos de Atendimento Médico
PGM	Procuradoria Geral do Município
PMF	Prefeitura Municipal de Fortaleza
PNH	Política Nacional de Humanização
PPSAC	Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
PSE	Programa Saúde do Escolar
PSF	Programa Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
SAM	Secretaria de Administração do Município
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SEDAS	Secretaria Municipal de Educação e Assistência Social
SEFIN	Secretaria de Finanças do Município
SEINF	Secretaria Municipal de Infraestrutura e Controle Urbano
SEMAM	Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Serviços Urbanos
SEPLA	Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento
SER	Secretarias Executivas Regionais
SESA	Secretaria Estadual da Saúde do Estado
SIA	Sistema de Informação Ambulatorial
SIH	Sistema de Informação Hospitalar
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNE	Sonda Nasoenteral
SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para Infância
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTU	Unidade de Terapia de Urgência
UBS	Unidade básica de saúde

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Promoção da Saúde: uma breve cronologia.....	44
Quadro 2 – Classificação Internacional de Doenças (CID-10): causas mais frequentes de internações hospitalares no âmbito do SUS.....	62
Quadro 3 – Técnicas de coleta de informações.....	85
Quadro 4 – Caracterização das famílias das crianças participantes da pesquisa, Fortaleza, CE, 2017.....	109
Quadro 5 – Caracterização das crianças hospitalizadas, Fortaleza, CE, 2017.....	113
Figura 1 – Níveis de classificação de risco.....	80
Figura 2 – Diagrama do <i>Pathway to Survival</i> ou Caminho da Sobrevivência.....	102
Figura 3 – Modelo de Análise Holística de Itinerários Terapêutico adaptado de Trad.....	105
Figura 4 – Representação da interseção dessas ações de cuidado a criança.....	122
Figura 5 – Diagrama do Caminho da Sobrevivência de Isabela	148
Figura 6 – Fluxo 1: Atendimento no serviço formal de saúde para o problema do trauma.....	158
Figura 7 – Fluxo 2: Atendimento no serviço formal de saúde para o problema da pneumonia.....	160

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO	18
1	INTRODUÇÃO	20
2	OBJETIVOS	31
2.1	GERAL.....	31
2.2	ESPECÍFICOS.....	31
3	EIXO TEÓRICO	32
3.1	ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E PLURALIDADE NA BUSCA DE CUIDADOS EM SAÚDE.....	32
3.1.1	A qualidade em saúde pública em dimensões objetivas	38
3.1.2	Promoção e acesso a saúde	42
3.2	HISTÓRICO E ORGANOGRAMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE FORTALEZA.....	46
3.2.1	Capacidade instalada	52
3.3	O CONTEXTO DAS CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	55
3.4	CONCEPÇÕES DE CUIDADO E HERMENÊUTICA.....	65
4	PRESSUPOSTOS	70
5	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	71
5.1	TIPO DE ESTUDO.....	71
5.2	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	73
5.3	CENÁRIOS DA PESQUISA.....	75
5.3.1	Impressões sobre os hospitais pediátricos	76
5.3.1.1	Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS).....	77
5.3.1.2	Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fatima (CAC).....	78
5.3.2	A Creche Municipal Projeto Nascente	80
5.3.3	Unidade de Atenção Primária Dom Aloísio Lorscheider	82
5.4	INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE INFORMAÇÕES.....	85
5.5	O TRABALHO DE CAMPO.....	88
5.5.1	Nos hospitais pediátricos	90
5.5.2	Na creche	91
5.5.3	Na UAPS	100

5.6	PLANO DE ANÁLISE.....	102
5.7	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	107
6	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	108
6.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	108
6.2	APRESENTAÇÃO DOS EIXOS TEMÁTICOS.....	115
6.2.1	Manejo da criança doente no domicílio – Subsistema popular.....	115
6.2.2	Experiencia do cuidado e o cuidado materno.....	133
6.2.3	Terapêuticos de mães e seus filhos com doenças sensíveis a atenção primária à saúde.....	149
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	164
	REFERÊNCIAS.....	169
	APÊNDICES.....	184
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA..	185
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA APROFUNDAMENTO.....	186
	APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	187
	ANEXO.....	188
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	189
		189

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela saúde da criança e as dimensões do cuidado iniciou-se muito cedo. Desde a graduação, então aluna do curso de enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), realizei estágio extracurricular como bolsista do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). Naquela época já me encantava com a criança, e me sensibilizava com os fatores estressantes decorrentes da hospitalização. Após a conclusão do curso, fui contratada como enfermeira do Serviço de Pronto Atendimento (SPA); em seguida fui convidada a estruturar o serviço de neonatologia do hospital. Para isso foram necessários estágios fora do Estado com vistas ao aperfeiçoamento e conhecimento de outras unidades; era um novo campo da pediatría na minha trajetória.

Paralelamente à admissão no hospital, comecei meu percurso na vida acadêmica como professora do curso de graduação em enfermagem da UNIFOR, sempre atuando como docente na área de saúde da criança, onde permaneço até hoje.

Mais tarde, no curso de especialização em pediatria e neonatologia, o tema da hospitalização se constituiu na minha primeira experiência de pesquisa. Ainda incipiente procurei conhecer o impacto da hospitalização na vida das crianças e de sua família pois me comoviam o choro dos pequenos à admissão e a negação da hospitalização, com comportamentos até então pouco compreendidos. Diante dos resultados encontrados, convidei uma amiga para criar um grupo de “*home care*”, formado por enfermeiros e auxiliares de enfermagem, para atender as crianças em casa como forma de evitar a hospitalização. Visitamos médicos pediatras em seus consultórios e divulgamos o serviço. Isto foi suficiente para alcançar toda a credibilidade destes, pois já éramos conhecidos do hospital infantil. Essa revelou-se uma experiência maravilhosa, e também um grande desafio, pois conheci outra face da assistência, diferente do serviço público. Porém percebi que a criança na sua singularidade compartilhava dos mesmos sentimentos em relação à doença, ao tratamento e à hospitalização.

Mais tarde, no curso de mestrado, ao pesquisar sobre a morbimortalidade de recém-nascidos, vislumbrava outro universo da pediatria, conhecido como neonatologia, lugar onde me estabeleci como enfermeira assistente por todos esses anos, sem jamais deixar de lado a saúde da criança de maneira geral.

Agora, ao concluir o doutorado do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), apresento o resultado dessa pesquisa com foco na atenção integral à saúde da criança menor de cinco anos, procurando a compreensão dos itinerários terapêuticos das crianças/familiares em busca de atendimento de saúde às Condições Sensíveis à Atenção Primária e as interfaces com os sistemas de saúde formais e informais.

Essa pesquisa reforça minha paixão pela saúde da criança, e o que torna esse trabalho especial são as narrativas que refletem as experiências das mães diante da necessidade de atenção de saúde no nosso meio. As diferentes histórias aqui referidas evidenciam os sucessos e as barreiras encontradas no atendimento das crianças/familiares nos diferentes serviços públicos de saúde de Fortaleza durante todo o processo de adoecimento.

1 INTRODUÇÃO

Devido ao caráter abrangente e à relevância do cuidado à infância no cenário brasileiro, a saúde da criança se destaca na produção de assistência, ensino, pesquisa e na produção de políticas públicas para nortear os processos de trabalho. Esse campo do saber sempre me despertou interesse para a investigação. Como enfermeira especialista em Saúde Coletiva, mestre em Saúde da Criança e Adolescente, e docente desta área, tive a oportunidade de vivenciar experiências na prática do cuidar da criança nos diferentes níveis de atenção. Durante todo esse tempo foi possível notar as dificuldades das crianças e seus familiares na utilização dos serviços de saúde oferecidos na cidade de Fortaleza, evidenciadas pelas elevadas taxas de morbidades e mortalidade infantil no município.

Ao longo de toda a minha trajetória profissional acompanhei a implementação de programas e políticas públicas de atenção à infância, que foram determinantes para a sobrevivência infantil, a exemplo do Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Viva Criança no ano de 1987. O PACS objetivava a redução da mortalidade infantil, propagando as ações básicas da saúde da criança como um recurso importante na prevenção das doenças prevalentes da infância. Por sua vez, o Viva Criança promoveu a capacitação dos profissionais de saúde para atender à demanda das ações básicas e garantir a qualidade destas, assegurando um atendimento de qualidade no primeiro nível de atenção (SILVA et al., 1999).

Sete anos após, na consolidação do PACS, o Estado do Ceará participou das discussões para implantação do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994. O PSF surgia com a proposta de estruturar e viabilizar a inversão no modelo de atenção à saúde, centrado na atenção individual e na doença. Por conseguinte, se desenvolveria como um novo paradigma sanitário que nortearia os novos rumos da saúde no Estado, com ações de promoção, prevenção e diagnósticos precoces, tratamento oportuno e reabilitação (ANDRADE, 1998; AMARAL; CUNHA; SILVA, 2002).

Posteriormente, em 1997, a iniciativa desenvolvida pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), denominada Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), tinha os mesmos propósitos. No entanto, o foco centrava-se em contribuir

com uma rápida e significativa redução das mortes de crianças, considerando, de forma integrada e simultânea, um conjunto de doenças de maior prevalência entre crianças menores de dois meses a menos de cinco anos, em detrimento do enfoque tradicional que busca abordar cada doença isoladamente, sem observar o contexto no qual a criança está inserida (CUNHA, 2002; AMARAL; CUNHA; SILVA, 2002).

Consoante se pode afirmar, com a implementação de todos esses programas, evidenciam-se melhorias significativas nas condições de saúde da população infantil. Estas podem ser atribuídas, sobretudo, aos avanços alcançados com os determinantes sociais da saúde e na implementação de um sistema de saúde abrangente (VICTORA, 2011). Entretanto, ainda permanecem grandes desafios, como as disparidades socioeconômicas e regionais, as quais culminam com as internações por problemas como diarreia e pneumonia, condições sensíveis à atenção primária que persistem como um desafio para o Sistema Único de Saúde (SUS), sinalizando ser necessário avançar cada vez mais para que a população infantil tenha, de fato, uma atenção de qualidade, respeitando princípios como a integralidade da assistência.

Indiscutivelmente, a atenção à saúde da criança, neste contexto, suscita várias possibilidades de reflexão, dentre elas a de que essa atenção é provida por vários setores e sujeitos, a requerer uma compreensão ampliada acerca de suas responsabilidades. Todavia, não se deve pensar sobre essa atenção, sem levar em conta as mudanças ocorridas no campo da saúde e as consequentes transformações no perfil epidemiológico da população infantil, a exemplo do aumento da expectativa de vida ao longo dos anos. Ademais, as doenças crônicas tornaram-se mais expressivas, prevalentes e recorrentes, e passaram a ocupar paulatinamente espaço no cotidiano das crianças e na dinâmica dos serviços de saúde, embora ainda se conviva com as doenças infecciosas e parasitárias, sob a forma epidêmica ou endêmica.

Ao propor uma reflexão sobre os itinerários terapêuticos de crianças internadas por problemas de saúde classificados como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP), assume-se o desafio de apreender sobre esse universo particular, o qual versa a respeito dos caminhos que as famílias buscam para atender às necessidades de seus filhos, de modo a compreender as contínuas internações por esse grupo de causas, composto por uma diversidade de realidades

e experiências marcadas por particularidades neste caminho na procura de cuidados.

A partir desta proposta de investigação dos itinerários terapêuticos, buscar-se-á superar a racionalidade exclusivamente técnica do trabalho em saúde e intervir efetivamente sobre as demandas que chegam à atenção primária, suas ofertas de serviços, tentando nortear práticas capazes de suprir às necessidades de saúde de crianças e seus familiares.

Nesta perspectiva, foi considerada a concepção de Helman (2009) sobre o “pluralismo nos cuidados de saúde”, ou seja, na maioria das sociedades, as pessoas atingidas por desconforto físico ou emocional têm diversas formas de ajudar a si mesmas ou de procurar ajuda de outros. Essa busca, designada de itinerários terapêuticos, tem na concepção de Alves e Souza (1999) um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados ao tratamento do problema de saúde, mas nem sempre elaborados antecipadamente. Nesse percurso, observa-se o entrecruzamento de racionalidades biomédicas e populares de saúde.

A análise da produção científica sobre itinerários terapêuticos pertinentes à criança é insuficiente para a compreensão do fenômeno. Estes descrevem a trajetória materna no intuito de compreender o problema do filho tal como um movimento de peregrinação por consultórios, hospitais e profissionais de saúde. Muitas vezes, esse processo de enfrentamento familiar pode desencadear mudanças na dinâmica familiar e, em especial, na interação mãe-filho, pois em decorrência desta situação, as mães passam a se dedicar integralmente às crianças, acumulando responsabilidades pelo cuidado com a casa, a família e o filho. Esta realidade acarreta sobrecarga física e emocional (FAVERO-NUNES; SANTOS, 2010).

Mais escassa ainda é a produção científica dedicada aos itinerários terapêuticos de crianças internadas por CSAP. Identificamos apenas um artigo (OLIVEIRA et al., 2012) focado em refletir sobre aspectos como o vínculo, responsabilização, autonomia na produção do cuidado à criança na atenção primária e a necessidade de transformação no cotidiano dos serviços de saúde, evitando assim as internações por CSAP. Segundo os autores descrevem, os atributos da atenção primária, especificamente o acesso ao primeiro contato e a longitudinalidade do cuidado, não são contemplados nos serviços, nem o encontro terapêutico favorece a corresponsabilização ao cuidado em saúde.

De modo geral, observa-se intenso avanço dos estudos sobre itinerários terapêuticos em outras etapas da vida humana, como os de Mattosinho e Silva (2007), Visentin e Lenardt (2010), Favero-Nunes e Santos (2010). Como reafirmam, os itinerários terapêuticos mantêm a determinação do conhecimento e crenças individuais e da família que assume a função de cuidador, e evidenciam o uso paralelo de práticas adquiridas culturalmente, aliando assim a terapêutica médica à popular, de forma complementar e não excludente. Entender estes obstáculos e suas relações sociais é parte do cuidado profissional indispensável ao se planejar uma assistência mais próxima do ideal de integralidade proposto pelo SUS (OLIVEIRA et al., 2012).

Desse modo, devem ser consideradas as melhorias ocorridas na organização dos serviços de saúde no Brasil para o atendimento à população, em especial a criança, de maneira a promover uma melhor qualidade de vida e na saúde. A luta das forças sociais para a construção e consolidação do SUS, cujo marco é o movimento da Reforma Sanitária brasileira, desencadeou processos de mudança no âmbito jurídico, assistencial e ideológico tendo em vista a concretização do SUS (PAIM; ALMEIDA-FILHO, 2014).

O SUS se configura como uma política de Estado, que assume e consagra os princípios da universalidade, igualdade e integridade da atenção à saúde, numa organização em rede, composta pelos 'níveis primário, secundário e terciário, na tentativa de suplantando o sistema de saúde herdado, caracterizado por ações assistencialistas e hospitalocêntricas (BARRETO et al., 2011). Para tanto, prevê, na Atenção Primária à Saúde (APS), o primeiro contato do indivíduo com a oferta de serviços do sistema. Neste nível deverão ser garantidas ações de promoção da saúde, assegurando a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação do cuidado, bem como a acessibilidade da população aos serviços, por meio das Unidades Básicas de Saúde-UBS (MILLIS, 1996; STARFIELD, 2002; MENDES, 2012). Assim, a APS desempenha um papel coordenador para interação entre todos os elementos integrantes da rede, cumprindo, para tanto, as funções de resolução, organização e responsabilização pela saúde da população (MENDES, 2002).

O impacto do atendimento na APS na saúde de crianças e suas famílias se dá na prevenção de doenças, diagnóstico precoce e tratamento oportuno, incluindo um conjunto de causas consideradas CSAP, para as quais uma efetiva

condução no nível primário poderia diminuir o risco de internação hospitalar. A previsão desse impacto pela gestão dos serviços é possível mediante utilização de indicadores que permitem avaliar a efetividade das ações, pois estes podem retratar a situação de saúde tanto do indivíduo quanto da coletividade, e, desse modo orientar a tomada de decisão e a vigilância das condições de saúde e das políticas de atenção à saúde. Dessa maneira, o indicador internações por condições sensíveis atenção primária pode refletir a efetividade da APS, porquanto, para uma população na qual sejam verificadas altas taxas de internações por Internações por CSAP, pode-se prever problemas na cobertura ou no desempenho dos serviços de saúde (ALFRADIQUE et al., 2009).

Assim, as pesquisas realizadas sobre este indicador evidenciam o desempenho dos serviços de saúde no nível primário de atenção. Para os autores Perpetuo e Wong (2006), Elias e Magajewski (2008), Guanais e Macinko (2009), os problemas de saúde considerados como CSAP referem-se a um conjunto de doenças que se abordadas devidamente, em termos de promoção, prevenção, tratamento oportuno e seguimento adequado, dificilmente irão necessitar de internações, e quando ocorrem internações por CSAP, estas traduzem uma atenção primária inadequada e podem ser referenciadas como “condições pelas quais a internação deveria ser evitável se os serviços de atenção primária fossem efetivos e acessíveis” (MACINKO, 2008, p. 756).

A partir do estudo de Bellings (1993) diversas outras pesquisas têm demonstrado a relevância desse indicador. Nos Estados Unidos (EUA), Europa e no Brasil evidenciam-se taxas de hospitalizações elevadas por condições sensíveis, as quais poderiam ter sido evitadas com a melhoria do acesso e qualidade da atenção primária. Como mostra a experiência de um hospital nos Estados Unidos, 12% das internações são por condições sensíveis. Entre estas destacam-se a pneumonia (43%) e a asma (39%) entre crianças menores de quinze anos, sendo mais prevalente na idade de um a quatro anos (PAPPAS et al., 1997). Contudo, de acordo com as pesquisas, crianças até dois anos, acompanhadas regularmente com consultas de puericultura, possuem menor risco de internação por CSAP (HAKIM; BYE, 2001; STEINER et al., 2003).

Na Europa, as primeiras publicações surgiram com Caminal et al. (2001), num estudo sobre a APS e as hospitalizações por CSAP em 1996. Conforme sua

investigação, as internações por esse grupo de causas representaram 13% do total das hospitalizações na região da Catalunha. Novos estudos realizados na Espanha demonstraram a baixa efetividade da atenção primária nos anos de 1998 e 1999. Na mencionada pesquisa os resultados sustentam a utilização do indicador para avaliar a efetividade da APS (MORALES; CASTELLANO; CAMINAL et al., 2001; CAMINAL et al., 2003).

No contexto brasileiro, os estudos sobre as hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária ganharam destaque com o trabalho de Alfradique et al. (2009), no qual adotou-se uma lista nacional de ICSAP, de modo a contribuir com mais uma ferramenta para avaliar os serviços oferecidos na atenção primária. Tal pesquisa significou apoio necessário ao considerar que a existência de diferentes listas de internação por CSAP dificultava a comparação dos resultados, e a ausência de informações consistentes não permitia avaliar as tendências dessas internações, em detrimento das outras condições de hospitalização. Inicialmente, a lista brasileira foi usada para avaliar o desempenho da Estratégia Saúde da Família (ESF) e posteriormente vem sendo usada como uma ferramenta para avaliar o desempenho da atenção primária.

A construção da lista nacional proposta por Alfradique et al. (2009) baseou-se no modelo de Caminal-Homar e Casanova-Matutano, os quais em sua elaboração, empregaram grupos de diagnósticos, de acordo com as “possibilidades de intervenção e a magnitude dos agravos”, adaptada às condições epidemiológicas da população brasileira. Na referida lista, foram incluídas doenças infectocontagiosas e excluídos os problemas mentais e odontológicos (ALFRADIQUE et al., 2009). Além disso, a lista brasileira das CSAP foi organizada em grupos de causas de internações e diagnósticos, de acordo com a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) (BRASIL, 1998).

Entretanto, apesar da existência de diferentes listas de condições sensíveis em diferentes países, o agrupamento de causas que, geralmente, levam à hospitalização de crianças é universal. Neste estudo serão utilizadas como referência para a compreensão dos itinerários terapêuticos crianças internadas por condições como as gastroenterites infecciosas (diarreia) e as pneumonias.

Diarreia e pneumonia são problemas frequentes e responsáveis pela grande demanda de crianças aos serviços de saúde, apesar dos investimentos, ações e estratégias para o atendimento adequado destas doenças. Ambas são

consideradas como importante problema de saúde pública em virtude das altas taxas de mortalidade mundial.

Tanto a doença diarreica como a pneumonia segue tendência mundial de queda. No Brasil, em período entre 2000-2010 ocorreram 22.933 mortes de menores de cinco anos, em decorrência à diarreia (80,3% em menores de um ano) e 1.209.622 internações (62,6% entre um e quatro anos), sendo a região Nordeste responsável por 57% e 46%, respectivamente (MENDES; RIBEIRO; MENDES, 2013).

Em relação à pneumonia, as mortes diminuíram tanto quanto a mortalidade infantil, 74% entre bebês e 56% entre crianças de um a quatro anos no período de 1991-2007. Portanto, a mortalidade total e a mortalidade por pneumonia tiveram praticamente o mesmo desenvolvimento no país, e a pneumonia foi responsável por cerca de 5% das mortes (RODRIGUES et al., 2011), e também como um dos principais obstáculos para o alcance da meta IV dos Objetivos do Milênio: reduzir em dois terços a mortalidade infantil até 2015 (AYIEKO et al., 2012).

Desse modo, justifica-se o interesse em investigar os itinerários terapêuticos de crianças com estas duas condições. No Brasil, a demanda de estudos, nos últimos dez anos, sobre o indicador CSAP desde sua institucionalização tem demonstrado o interesse dos pesquisadores sobre o assunto. O primeiro estudo de abrangência nacional mostrou que as ICSAP, em 2006, corresponderam a 28,5% das internações, excluindo partos; a taxa de hospitalizações por CSAP foi 149,6 por 10 mil habitantes (ALFRADIQUE et al., 2009).

Diante desse contexto, nota-se uma motivação crescente das mais diferentes regiões brasileiras sobre a temática, sempre apontando uma taxa significativa de internações por esse grupo de causas. Em estudo produzido em Belo Horizonte, os pesquisadores encontraram uma taxa de 26,4% entre os anos 2003 e, 2006; outro utilizou como cenário o Rio Grande do Sul e evidenciou uma taxa de 42,6% entre 2006 e 2007, com risco aumentado para as crianças na faixa etária abaixo de cinco anos. Em Porto Alegre, as referidas condições representavam 23,1% do total de internações (MENDONÇA et al., 2012, NEDEL et al., 2008, SCHEID, 2011).

Numa outra perspectiva, as investigações revelaram que em estados como São Paulo e Santa Catarina houve uma melhoria no quadro de ICSAP e isto pode ter relação com a ampliação da cobertura da ESF nos referidos estados (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; REHEM; EGRY, 2011).

Com vistas a conhecer o quantitativo destas internações no contexto do Ceará, efetuou-se uma pesquisa em banco de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), no período entre 2008 e 2014. Segundo se encontrou, as internações de crianças com faixa etária de menores de um ano e entre um e quatro anos corresponderam a 45% (165.970) do total das internações por CSAP, das quais 18% foram devido às diarreias e pneumonias. Esses dados corroboram outros estudos citados anteriormente, sinalizando a importância de se compreender as causas relacionadas a esse evento, considerando ser o indicador ICASP representativo e confiável para avaliar a capacidade resolutive da atenção primária (CAMINAL; CASANOVA, 2003). Conforme se acredita, que nas situações em que a AP não é resolutive, a demanda por ICSAP aumenta e sobrecarrega o sistema. Desse modo cria despesas desnecessárias com hospitalizações e tratamentos.

Embora várias pesquisas tenham sido realizadas no sentido de atribuir ao indicador de ICSAP o desempenho e efetividade da APS, seu uso não está isento de limitações. Segundo Caminal e Casanova (2003), diversos fatores devem ser ponderados quando o objetivo for avaliar a atenção primária mediante o índice de internações ditas “evitáveis”. Entre eles: a cultura do uso dos serviços de saúde pela população, a política de internação hospitalar, a morbidade e prevalência da patologia, os fatores relacionados à hospitalização, que estão fora do âmbito da atenção primária (por exemplo, nível de escolaridade, hábitos sanitários, cultura, atitudes em face das alternativas de tratamento) e os critérios para considerar uma patologia “sensível” ou não, que podem ser tão subjetivos quanto baseados em evidências científicas.

Nessa perspectiva, como destaca o estudo de Elias e Magajewski (2008), realizado no sul de Santa Catarina, a maior ocorrência de internações pode ser atribuída a uma ampliação do acesso aos serviços de saúde. Além disso, a maior oferta de leitos hospitalares pode sugerir mais predisposição médica em internar, porquanto diante de uma AP inadequada o médico é estimulado a internar para evitar um agravo.

Em corroboração ao pensamento dos autores, Santos et al. (2013) observaram maior tendência à diminuição das taxas de ICSAP em municípios que só produzem cuidado no nível primário; e, conseqüentemente, nos municípios com pelo menos um hospital, houve menor tendência à diminuição das taxas de ICSAP. Portanto, conforme se percebe o cenário das ICASP envolve uma série de elementos desafiadores para profissionais e gestores, como a conformação de vínculos com os usuários, voltados para a construção de um cuidado corresponsável com os diversos sujeitos nos diferentes níveis de atenção.

Contudo, as lacunas observadas apontam que, apesar da organização e da complexidade dos níveis de atenção às internações por condições sensíveis à atenção primária, parece ainda não se constituir como alvo de atenção, de reflexão e da integração dos conhecimentos adquiridos nas pesquisas e na prática. Uma vez que múltiplas iniciativas vêm sendo desenvolvidas, na universalização das estratégias de controle destas doenças, torna-se imperioso conhecer em quais circunstâncias o atendimento no nível primário de atenção é insuficiente para recuperar a saúde das crianças e, também, as circunstâncias associadas à hospitalização por tais condições de saúde.

Certamente, as CSAP, além de serem um indicador de qualidade importante, ajudam a compor o perfil epidemiológico da população, apontam modelos de atenção que colocam em evidência diferentes sujeitos, determinam locais específicos para a produção do cuidado e agregam as práticas de saúde informais, construídas pela família e na comunidade, como fontes produtoras de cuidado à saúde.

Como é sabido, fatores como o nível de escolaridade materna, renda familiar, hábitos culturais e outras determinantes sociodemográficas interferem de forma significativa na morbimortalidade infantil. Destacam-se aqueles relacionados ao comportamento da mãe ante à doença do filho e ao desempenho dos serviços de saúde na prestação do atendimento às famílias (SILVA; PINHEIRO; MACHADO, 2003).

Ainda fundamentado na afirmação de Silva, Pinheiro e Machado (2003), observa-se que para um impacto significativo na redução das taxas de morbimortalidade infantil nos países em desenvolvimento, devem-se incluir o conhecimento e a análise tanto do comportamento dos pais, que são responsáveis pelos cuidados de seus filhos no domicílio, quanto o desempenho dos serviços de saúde na prestação de atendimento à comunidade. Portanto, a integração destes

cuidados pretende oferecer à família um atendimento mais qualificado e específico para a criança, evitando assim condutas inadequadas e um desfecho desfavorável.

Dessa maneira, lançar um olhar sobre as CSAP em crianças que demandam internação é também levar em conta os momentos de procura de atenção das famílias para solução dos problemas de saúde, que apontam para as primeiras reflexões sobre itinerários terapêuticos, compreendidos como o percurso das mães em busca de cuidados de saúde para seus filhos. Conforme ressaltam Travassos et al. (2002), estas escolhas podem ser expressas por construções subjetivas individuais e também coletivas acerca do processo de adoecimento e de formas de tratamento, reinventadas sob as influências de diferentes contextos. Elas irão determinar esse percurso na tentativa da preservação ou recuperação da saúde, considerando que, quanto mais complexo o contexto social onde vivem as populações, no tocante à disponibilidade de recursos, acesso aos serviços e à educação de qualidade, maiores são as opções terapêuticas disponíveis, seja por meio de pagamento ou pelo Estado.

Diante de diferentes elementos componentes do *ethos* do cuidado em crianças com CSAP, evidenciados pela qualidade da atenção, valores culturais, sociais, econômicos e experiências subjetivas das famílias, torna-se indispensável especificar as muitas funções da atenção primária, refletir sobre essas relações entre os diferentes cenários, incorporando saberes no intuito de transformar a prática dos serviços de saúde. No entanto, segundo se entende, a incorporação dessas atribuições às práticas dos serviços de saúde primários só poderá ser empreendida mediante análises dos processos históricos, sociais e culturais dos sujeitos envolvidos.

Assim sendo, o objeto dessa investigação incide sobre os Itinerários terapêuticos de crianças acometidas por pneumonia e diarreia, consideradas condições sensíveis à atenção primária, responsáveis por um significativo número de ICSAP entre crianças brasileiras na faixa etária de um a quatro anos segundo Moura et al. (2010) as principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. Assumindo como desafio compreender a conformação do cuidado das crianças, por meio da interpretação das narrativas de mães que tiveram filhos internados por essas condições. Pretende-se ainda contribuir para desvendar aspectos da interação família-serviços de saúde em busca de atenção à saúde dos seus filhos. Portanto, o

cenário sumariamente descrito estimula a reflexão acerca dos itinerários terapêuticos de crianças com problemas de saúde aceitos como condição sensível à atenção primária, nas suas relações com os serviços de atenção primária de saúde, com questões associadas ao atendimento e ao acesso a esses serviços.

Mesmo diante de fluxos ou algoritmos propostos pela gestão pública, na tentativa de melhor organizar este acesso, o caminho percorrido, de fato, por estas famílias nem sempre ocorre como planejado. Ressalta-se a necessidade de adentrar na dinâmica desta família, conhecer o comportamento das mães ante a doença de seu filho, no tocante ao reconhecimento dos sinais e sintomas apresentados, nas providências tomadas, além da oferta de cuidados de qualidade para estas doenças, dentro e fora do domicílio.

Desse modo, para condução deste estudo foram definidas como questões norteadoras as descritas a seguir: Quais motivos contribuem para a continuidade da internação de crianças em unidades de referência terciária por doenças que poderiam ser resolvidas na atenção primária? Quais os itinerários terapêuticos percorridos por familiares de crianças menores de cinco anos em busca de cuidados em saúde por condições sensíveis à atenção primária? Quais as práticas das famílias diante dos sinais e sintomas da doença dos filhos na oferta de cuidados domiciliares? Quais as ofertas terapêuticas formais e informais procuradas pelas famílias da criança para solucionar os problemas de saúde? Como é o acesso das famílias da criança aos serviços formais da rede assistencial do SUS?

Parte-se do pressuposto, segundo o qual doenças diarreicas, assim como a pneumonia, apesar da tendência mundial de queda no número de casos, ainda denotam complicações como internações nos níveis de maior complexidade dos sistemas de saúde e a morte de crianças menores de cinco anos. Estas condições impossibilitam o alcance do proposto na meta proposta no IV Objetivos do Milênio de reduzir em dois terços a mortalidade infantil até 2015, nos países em desenvolvimento. Para enfrentamento desta problemática, os serviços de saúde se organizam priorizando a atenção primária nos atendimentos destes casos, e assim evitam internações por condições sensíveis a este nível de atenção. Como se pontua, então, a compreensão dos itinerários terapêuticos poderá superar a racionalidade, exclusivamente técnica, dos fluxos sugeridos no atendimento de crianças com condições sensíveis à atenção primária, pois ampliará o contexto de escolhas e acesso às diversas formas de cuidado ofertadas por serviços formais e informais.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Compreender os itinerários terapêuticos percorridos por familiares de crianças menores de cinco anos em busca de cuidados em saúde por condições sensíveis à atenção primária (pneumonia e diarreia).

2.2 ESPECÍFICOS

- a) Identificar as práticas referidas pelas mães diante dos sinais e sintomas da doença na oferta de cuidados domiciliares e na busca por atenção de saúde;
- b) Mapear as ofertas terapêuticas formais e informais acessadas pelas famílias da criança com problemas de saúde sensíveis à atenção primária;
- c) Descrever o acesso das famílias da criança com problemas de saúde sensíveis à atenção primária aos serviços formais da rede assistencial do SUS;
- d) Analisar as interfaces das redes de cuidado formais e informais no cuidado à criança com problemas de saúde sensíveis à atenção primária.

3 EIXO TEÓRICO

3.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS E PLURALIDADE NA BUSCA DE CUIDADOS EM SAÚDE

Com base em uma perspectiva socioantropológica, indivíduos ou grupos sociais encontram várias maneiras para o enfrentamento dos seus problemas de saúde. Esse processo de buscas, escolhas e adesão a determinadas formas de tratamento é considerado como itinerário terapêutico. Tais escolhas, por vezes, justificam-se, diante do “pluralismo médico”, no referente a todas as oportunidades disponíveis dentre a ampla gama de serviços terapêuticos ofertados (ALVES; SOUZA, 1999).

A lógica explicativa dos itinerários terapêuticos foi analisada por Alves e Souza (1999) em face de algumas divergências na utilização do termo itinerários terapêuticos. Assim, tendo como referência as pesquisas realizadas durante o século XX, as primeiras publicações sobre o tema referiam-se à expressão “*illness behavior*” e estavam relacionadas ao comportamento do enfermo, ao adequar suas escolhas ao custo-benefício. Entretanto, uma segunda corrente de pesquisadores considerava a cultura um importante aspecto a influenciar essas escolhas.

A partir dos anos 1970, surgiram novas concepções sobre a configuração dos itinerários terapêuticos dos indivíduos, enfatizando o aspecto cognitivo no tocante à importância e ao significado que estes atribuíam à sua doença. Além disso, consideravam o aspecto iterativo no qual o indivíduo adequava suas escolhas à opinião das redes sociais.

No intuito de superar as divergências existentes, em relação às formas de encarar a doença quanto às escolhas das diferentes opções terapêuticas disponíveis, estudos etnográficos da década de 1970 dedicaram-se à análise dos conceitos de Modelos Explicativos (*Explanatory Models*) e de Sistemas de Atenção à Saúde (*Health Care System*) de Kleinman (1978-1980). Essa abordagem vem sugerir uma articulação sistêmica entre diferentes elementos ligados à saúde, doença e cuidados com a saúde, tais como: experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do doente, decisões concernentes ao tratamento, às práticas terapêuticas e avaliação de resultados (KLEINMAN, 1978).

O conceito de Modelos Explicativos, proposto por Kleinman (1978), refere-se às estruturas cognitivas como concepções sobre a enfermidade e o entendimento da realização das práticas por todos aqueles engajados no processo de cuidado/tratamento e as relações entre eles, num processo clínico que irá definir qual setor do Sistema de Atenção à Saúde será acionado no âmbito do cuidado. Ainda segundo o autor, a complexidade dos elementos culturais subrepuja os sociais e interativos e, dessa maneira, acaba estabelecendo uma visão unificada dos modelos explicativos populares.

Sobre o Sistema de Atenção à Saúde, Kleinman (1978) leva em conta a existência de arenas ou subsistemas para referir-se aos espaços nos quais a enfermidade é vivenciada pela maioria dos indivíduos diante da doença. São elas: a arena profissional, a *folk* e a popular. A primeira seria constituída pela medicina científica, representada pelas profissões da área da saúde; a segunda é inerente a curandeiros, rezadores, espiritualistas e outros; e, por último, o sistema de cuidado popular, visto pelo autor como a arena na qual, na maior parte das vezes, se resolvem inicialmente as questões de saúde, e refere-se ao contexto domiciliar, da comunidade, no qual se encontram os conselhos, assistência mútua e automedicação, identificado como “o campo leigo da sociedade não especializado”.

No entanto, como é válido ressaltar, estas arenas coexistem sem a necessidade de delimitações precisas. O processo de escolha por parte do indivíduo que as utiliza diz respeito à avaliação deste sobre a eficácia da abordagem empregada. Assim, na lógica dos sistemas terapêuticos relacionados ao modelo explicativo, este modelo tende a compartimentalizar as outras arenas do sistema, como na interpretação de Harrell (1991), supondo que os indivíduos elegem as práticas de cuidado como mais ou menos adequadas, a depender do tipo de enfermidade.

Sobre este aspecto, de acordo com Camaroff (1978) mesmo diante de um contexto de pluralismo médico, os subsistemas não se configuram como um modelo integrado e coerente, porquanto não possuem fronteiras bem definidas. Last (1981) aponta para o fato de que as pessoas possam engajar-se em processos terapêuticos independentemente da lógica interna do sistema escolhido.

Alves e Souza (1999) analisam os estudos sobre itinerários terapêuticos por meio da lógica explicativa e afirmam existir uma limitação do ponto de vista teórico-conceitual, pois no olhar dos autores processos complexos de escolhas, avaliação e tratamento não devem ser descritos por uma lógica “nomológico-

dedutivo”, uma vez que estas só explicam as ações de indivíduos ou grupos, conforme exposto a seguir:

[...] podemos observar que quase todos os estudos citados fundamentam-se em discursos essencialmente explicativos. É por meio de enunciados de caráter nomológico-dedutivo que se procura interpretar os complexos processos da escolha e avaliação de tratamento. Pode-se notar que tais estudos procuram desenvolver argumentos com base em premissas previamente estabelecidas (como “escolha racional”, “valores culturais”, “estruturas de redes sociais” e mesmo “modelos explicativos”) que objetivam explicar as ações de indivíduos ou grupos sociais (ALVES; SOUZA, 1999, p. 130).

Assim, a análise dos itinerários terapêuticos não se limita à descrição do acesso ou caminho percorrido pela pessoa nos serviços disponíveis em busca de solução para seu problema de saúde. Tais dimensões são insuficientes para compreender o complexo processo de escolha. O que deve ser considerado na análise desse processo de busca por cuidados de saúde é o conjunto de planos, estratégias e projetos não elaborados antecipadamente, o qual objetiva o tratamento do problema de saúde. Além destes, deve-se levar em conta o contexto sociocultural onde se situam os sujeitos, observando o entrecruzamento de racionalidades biomédicas e populares de saúde que orientam o processo de escolha, avaliação e adesão (ou não) a determinadas formas de tratamento (ALVES; SOUZA, 1999).

Neste prisma as abordagens sobre itinerários terapêuticos devem considerar a ideia das arenas de cuidado, ou seja, a busca por tratamento de saúde perpassa por contextos diversos que podem ser descritos como cuidados domiciliares, formais e informais de saúde; é preciso também ampliar esta análise para questões subjetivas próprias do indivíduo, influência da rede social de apoio, família, determinantes sociais, ofertas e acesso aos serviços de saúde, bem como a avaliação do indivíduo sobre a assistência recebida.

Dentre os contextos de cuidado e as influências, o estudo de Scholze e Silva (2005) discute sobre riscos potenciais à saúde, e utiliza a expressão “itinerários de cura e cuidado” em referência aos itinerários terapêuticos de pacientes em cuidados domiciliares. Os autores destacaram a legitimidade deste cuidado e também enfatizaram a participação das redes sociais e apoio de familiares na produção do cuidado de pacientes com necessidade de cuidados domiciliares. O estudo problematiza o autocuidado e o cuidado familiar como estratégias de enfrentamento dos problemas colocados pela falta de acesso ao serviço de saúde.

Destacam, ainda, a necessidade do desenvolvimento de estratégias assistenciais e de educação em saúde que considerem esta realidade.

Outra percepção importante na compreensão dos itinerários terapêuticos refere-se à influência das redes de apoio social nas escolhas dos indivíduos, como também à capacidade individual em mobilizar recursos.

O estudo de Gerhardt (2006) problematiza a relação entre itinerários terapêuticos e pobreza, e amplia o foco de interesse da percepção individual ou do grupo sobre a doença para o campo da desigualdade social e diversidade cultural como fatores determinantes na busca do cuidado. Conforme pressupõe, este campo está relacionado ao entendimento segundo o qual rede social do indivíduo, muitas vezes, é mobilizada a partir de uma situação de doença de um dos membros. Essa mobilização inclui o apoio, a tomada de decisão, iniciativas e, por isso, devem ser consideradas as relações e vínculos envolvidos neste processo. A autora emprega a subjetividade, posicionando o indivíduo como autor de sua própria história, mas numa relação com um macrocontexto, o perfil da doença, o acesso econômico e tecnologias disponíveis para delinear o caminho percorrido pelo indivíduo ao buscar solução para seus problemas de saúde.

Aliada a essa concepção de eventos sucessivos que incluem o indivíduo num mundo de relações no intuito de mobilizar recursos, Reinaldo e Saeki (2004) acrescentam a influência da família nesse processo de escolhas e avaliações sobre os planos de cuidado. A família é o principal lugar de cuidado, pois é nesse ambiente que são tomadas todas as decisões acerca das estratégias de convívio com a situação de adoecimento e busca por cuidado. Ou seja, a família estabelece uma rede de trocas e entrelaça com outras famílias, assim como destas com as instituições de saúde ou outras de contexto informal, de maneira que possam enfrentar os problemas cotidianos, sobretudo no tocante à procura por cuidados de saúde (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2012).

Trad et al. (2010) corroboram a inclusão da família na perspectiva de análise dos itinerários. Para os autores, a busca por cuidado dos indivíduos e suas famílias é mediada por fatores culturais, experiências vividas previamente, crenças, características estruturais e dinâmicas dos grupos em relação ao suporte social oferecido.

De modo específico, a autora chama atenção para hábitos, o acaso, atos impensados no processo de delineamento do itinerário. Desse modo, afirma não

existir um modelo ou padrão dentro do qual possam se enquadrar os processos de escolha, permitindo a compreensão de “itinerários terapêuticos” ao invés de apenas um itinerário de busca por cuidado. Neste sentido, a compreensão sobre itinerários terapêuticos deve incluir o contexto da disponibilidade de serviços de saúde e alternativas socioculturais nas opções de diferentes caminhos de busca de atenção à saúde.

A participação da família não é isolada, pois depende também das redes de relações sociais mediadas tanto pela família quanto pelos próprios indivíduos. Neste prisma, o sentido da doença e da procura por cuidado é tecido na congruência entre a base cultural do sujeito e a experiência que segue construindo no processo por ele desenvolvido para uma ação de saúde.

Diante das afirmações elencadas, é notória a convicção de ser necessário que toda análise sobre o itinerário terapêutico ponha em evidência as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades, "circunscrito histórica e culturalmente, tanto em termos da própria noção de indivíduo como dos temas, prioridades e paradigmas culturais existentes" (VELHO, 1994, p. 27).

Os estudos sobre itinerários terapêuticos, nesse processo, podem contribuir para investigar os modos como o indivíduo e a família elegem as práticas de cuidados essenciais à sua saúde, e a maneira como eles se articulam com cuidados produzidos pela rede de serviços formais ou informais. De acordo com Fundato et al. (2012), o itinerário, além de visualizar a trajetória do paciente e família pelo sistema de saúde, possibilita o desvelamento de aspectos sociais e culturais, diante da situação de adoecimento.

Todos esses elementos integrantes dos itinerários terapêuticos vão sendo tecidos sobre as várias possibilidades de escolha de cada indivíduo, num processo bastante subjetivo na medida em que estas escolhas são produzidas mediante suas vivências ou alternativas de busca por cuidados. Entretanto, como advertem Neves e Nunes (2010) na escolha do percurso seguido com vistas ao tratamento e a cura, devem-se considerar as avaliações sobre o diagnóstico que, por vezes, pode apontar definições equivocadas em torno dos diagnósticos obtidos, as quais nesse processo poderão conduzir o indivíduo a buscas por assistência à saúde que se distanciarão do tratamento mais adequado.

Mesmo diante da diversidade de opções terapêuticas disponíveis, ainda se observa um ponto de convergência, porquanto para todas as escolhas há a utilização de diferentes formas de cuidado, coexistindo e perpassando todas as arenas disponíveis, ou seja, cuidado domiciliar, serviços formais de saúde, redes informais, etc. numa perspectiva e usos diferentes nos quais a análise dos itinerários terapêuticos ou da “carreira do enfermo” sinalizará a variedade de articulações que os indivíduos executam e avaliam quando devem ser empregadas em determinado contexto (MENENDEZ, 2003).

A compreensão dos itinerários terapêuticos envolve a descrição das alternativas e possibilidades oferecidas pela sociedade e a cultura para a compreensão da construção dos complexos processos de escolha e decisão de tratamento em ambientes específicos, pois os itinerários terapêuticos não passam de uma coleção de projeções individuais em que cada escolha está relacionada a pensamentos elaborados pelos sujeitos a respeito de como ou de que maneira será um determinado tratamento. “No ato da escolha e na tomada de decisão, o que existe é uma imagem do que pode ser a sua opção: trata-se, no caso, de uma imagem de que determinado tratamento seja o mais adequado para a sua aflição” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 134).

Em corroboração à ideia de Leite e Vasconcellos (2006), a concepção sobre itinerários terapêuticos inclui como abordagem teórica o enfoque cultural. Amplia-se, porém, a base empírica desta abordagem, e soma-se a rede social da qual o indivíduo e a família fazem parte, neste estudo compreendendo a criança e sua família, incorporando processos cognitivos voltados a explicar e compreender os diferentes modos de busca de cuidado.

Diante desse cenário, propõe-se um olhar mais centrado nas experiências construídas e reconstruídas cotidianamente, com base em informações acumuladas pela família da criança em condição de adoecimento. Aliam-se, então, racionalidades biomédicas e populares de saúde numa interação com o macrocontexto social (GERHARDT, 2006). Na busca de soluções que possam estabilizar seus cotidianos e sustentar novas maneiras de organizar suas vidas, propõem-se questionamentos relevantes no planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde, de modo a garantir acesso, vínculo e práticas terapêuticas mais efetivas (CABRAL et al., 2011).

3.1.1 A qualidade em saúde pública em dimensões objetivas

Ao longo dos anos, evidência-se a necessidade de avaliar a qualidade dos serviços, assim como dos sistemas utilizados na saúde pública, onde há tempos diversos autores, dentre eles Bosi e Uchimura (2007), sugeriram o conceito da qualidade em saúde, bem como ferramentas práticas para sua avaliação.

Segundo Ayres (2004), o entendimento sobre o cuidado ostentado atualmente fundamenta-se nas proposições de que ultrapassa o âmbito técnico do atendimento, ou conforme o caso, vai além do nível de atenção em saúde, ainda que represente a materialidade estabelecida nas relações interpessoais neste campo.

Neste sentido, a preocupação com o cuidado se associa fortemente à noção de integridade, a qual compõe um dos pilares filosóficos da proposta disseminada pela saúde pública do Brasil. Ainda como se nota, na essência da matriz conceitual apresentado por alguns programas, desempenha uma onipresença multidimensional que estabelece um olhar mais abrangente sobre o homem e a saúde pública, manifestada pela necessidade de diversos olhares sobre um dado objetivo (ALVES, 2005).

Considera-se também uma intensa relação com outro pressuposto, o da humanização, igualmente delimitado para reflexão, uma vez que sua assimilação tem se tornado banal e inadequada. Não é raro o emprego atribuído ao termo humanização, como se existisse apenas um e claro significado. De acordo com Campos (2005), da mesma maneira que acontece no tocante a outros conceitos, verifica-se a possibilidade de distintas percepções, sustentando a distinção das práticas. Como explicam Merleau-Ponty (1996 *apud* BOSI; UCHIMURA, 2007).

Humano se refere ao plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas sociais, neste caso, referidas ao campo da saúde, tendo como seu fundamento a capacidade de simbolização e construção de sentidos em relação. Relação intersubjetiva, enquanto espaço de humanização das práticas, não se limita ao contato entre indivíduos ou subjetividades isoladas, mas se estabelece como relação simbólica entre sujeitos historicamente situados.

Diante do exposto pelos autores, o homem é formado mediante esta relação, não sendo possível existir fora desta intersubjetividade. Assim, humanizar representa a possibilidade de (re)encontrar, e sugere o acolhimento e o diálogo. Segundo Furtado (2001), refere-se a uma tomada de posição essencialmente ética.

Faz-se então, necessário ressaltar que o diálogo não pode se restringir somente à fala ou à conversação.

Do ponto de vista geral, uma proposta de avaliação a respeito da qualidade da saúde pública precisaria incorporar alguns aspectos fundamentais, ou seja:

- deveria basear-se nos pressupostos científicos e metodológicos da pesquisa avaliativa e utilizar as técnicas e procedimentos disponíveis no repertório da pesquisa social;
- deveria adotar todas as precauções metodológicas e operacionais para que seus resultados sejam realmente utilizados para retroalimentar as organizações;
- deveria preocupar-se com o envolvimento dos principais atores que atuam no serviço a ser avaliado (SERAPIONI, 2009, p. 75).

Deste modo, a avaliação da qualidade da saúde pública deve ser baseada num ponto de vista multidimensional, pois provoca o entendimento sobre o envolvimento de profissionais distintos, tais como representantes dos usuários, médicos, profissionais administrativos, dentre outros, os quais possuem uma percepção própria sobre o que venha a ser avaliação.

Conforme é preciso se ressaltar, as organizações que representam os usuários dos serviços, também devem ser objeto do centro de processo da avaliação, pois não é sempre que os pacientes dispõem de capacidade para exigir seus direitos, ou avaliar a qualidade do atendimento a eles prestado.

Este cenário, visto por Serapioni (2009) como “democracia”, não visa somente recuperar elementos próprios da perspectiva técnica, ou seja, que estabelece a qualidade de uma interferência em virtude de sua relação com os moldes estabelecidos pelos profissionais de saúde, mas, também, levando-se em conta o ponto de vista dos pacientes assim como da própria instituição.

Seguindo essa linha de raciocínio, percebe-se a importância da qualidade da saúde, a qual, segundo Serapioni (2009, p. 76), refere-se à “completa satisfação das necessidades de quem mais precisa do serviço de saúde ao custo mais baixo para a organização e dentro das regulamentações estabelecidas”.

Esse ponto de vista apresentado pelos autores tem uma importância ampla, porquanto, além de agrupar discernimentos a respeito da satisfação do usuário, entre estes, a efetividade e a eficácia do atendimento. Destacam ainda o

critério de equidade, pois a relação entre qualidade e equidade não se restringe a uma associação sem problemas, mas suscetível a fortes tensões.

Na ótica de Serapioni (2009, p. 76), “numa situação de recursos limitados para o sector saúde e na ausência de mecanismos de regulação social, um possível desfecho poderia ter mais qualidade para poucos, combinada com menos equidade”.

Conforme Novaes (2000), é preciso ser observado no próprio cenário do setor privado um interesse maior pelas propostas inerentes à gestão, bem como à garantia da qualidade.

Ainda segundo Serapioni (2009), os empreendimentos preconizados para agenciar a qualidade são fundamentados de forma exclusiva na aceitação dos estabelecimentos sanitários. Portanto, não é possível minimizar as desigualdades em saúde. Contudo, a qualidade não é vista apenas sob o prisma da satisfação do paciente, nem tampouco da demanda expressa. É necessário também avaliar a prática dos serviços de saúde.

Neste sentido, como evidenciado, nem sempre os usuários dos serviços de saúde sabem de fato o que realmente estão precisando. Deste modo, podem requerer atendimentos inadequados, e até danos à sua saúde. Diante desta problemática, urge ser incluída, junto ao ponto de vista dos pacientes, uma avaliação realizada pelo profissional da área, para que deste modo sejam identificadas as reais necessidades do usuário.

Consoante salienta Serapioni (2009, p. 76), “a necessidade deve ser definida por pacientes e profissionais, seja em nível individual, seja em nível de população”.

Neste âmbito a satisfação dos pacientes, como já destacado por diversos autores, apresenta-se como sendo uma faceta da qualidade. Por esse motivo que recomenda-se que a avaliação da qualidade seja fundamentada não apenas na subjetividade do paciente, mas também, nos fatores objetivos envolvidos.

Deste modo, é preciso existir um serviço que contemple as reais necessidades dos pacientes, levando-se em consideração seu ponto de vista, bem como a percepção dos profissionais. Mesmo atendendo as necessidades dos usuários, este pode não se revelar de qualidade, em virtude de desperdício de recursos, os quais poderiam ter outros destinos, minimizando a, nas palavras de ineficiência do atendimento.

Sobre os desperdícios nas palavras de Santos e Barcellos (2009, p. 5):

A auditoria como ferramenta de gestão ajuda a eliminar desperdícios, simplificar tarefas e transmitir informações seguras sobre o desenvolvimento das atividades executadas, ao mesmo tempo em que visa a construção e a consolidação da organização, impedindo fraudes e erros fortuitos, como má aquisição de equipamentos e insumos, falhas de seleção e treinamento de pessoal, falhas em sistemas e pagamentos indevidos, que geram perdas ou danos por vezes irreversíveis.

Por esse motivo, é que se destaca a importância dos gerentes e administradores estarem no mesmo nível dos usuários e profissionais de saúde. Eles devem ser considerados como peça fundamental no processo de avaliação da qualidade em saúde pública.

Em face do exposto, Serapioni (2009, p. 77) apresenta três dimensões que estão relacionadas com os principais responsáveis pela atuação no campo pertinente aos serviços de saúde:

- a) Qualidade avaliada pelo usuário: o que os usuários e acompanhantes desejam do serviço, seja como indivíduos, seja como grupos;
- b) Qualidade profissional: se o serviço satisfaz as necessidades definidas pelos profissionais que prestam a atenção e se as técnicas e os procedimentos necessários utilizados são executadas de forma apropriada;
- c) Qualidade gerencial: o uso eficiente e produtivo dos recursos para responder às necessidades de todos os usuários dentro dos limites e das diretrizes estabelecidas pelas autoridades.

Conforme se percebe, essas dimensões estão relacionadas a importantes grupos de interesse cujas expectativas precisam ser associadas no intuito de apontar a qualidade de um serviço. Evidentemente, nenhuma delas pode ser ignorada. No entanto, em face de diversas experiências, os distintos grupos de interesse, ou seja, pacientes, familiares, profissionais da saúde e administradores, tendem a considerar um dos aspectos da qualidade com a clara consequência de ampliar abordagens e métodos de avaliação distintos.

Ante a essa problemática, alguns estudiosos se perguntam o que pode ser feito para satisfazer todos os interesses envolvidos, onde, com efeito, a qualidade conjectura uma definição de moldes para cada uma das dimensões isto é, a qualidade do ponto de vista do paciente, do profissional e da gerência.

O que deve ser ofertado por um serviço é definido por seus padrões, pois além de facilitar na identificação dos conflitos, procura a melhor solução por meio do envolvimento dos diferentes agentes.

Em complemento ao tema, Serapioni (2009, p. 77) afirma o seguinte:

A abordagem da qualidade, não é uma “coisa mágica”, como, às vezes, foi apresentada, mas um conjunto de “métodos e uma filosofia” que obriga as pessoas a enfrentarem conflitos de interesses, a lidarem com situações em que o aumento de um aspecto da qualidade pode prejudicar outro e a elaborarem soluções qualificadas para tais conflitos.

No entanto, mesmo diante das recomendações indicadas pelos estudiosos do assunto, nota-se a falta de uma estratégia que envolva a avaliação de forma integrada, na qual a pluralidade das percepções sobre a qualidade possa encontrar uma maneira de interconexão e confronto.

Notam-se alguns avanços no intuito de minimizar, gradativamente a distância entre os pontos de observação, na tentativa evitar a exclusividade de cada um, sendo privilegiadas as possíveis interconexões.

3.1.2 Promoção e acesso a saúde

Acredita-se que a prática da educação em saúde seja um tema recente, pois é um assunto que vem sendo tratado desde o século XVIII, na Europa, por meio da publicação e divulgação de livretos populares contendo informações sobre cuidados efetivos que deveriam ser realizados no âmbito da higiene, saúde, com gestantes, no cuidado com crianças, além do controle das várias enfermidades existentes naquela época.

No entanto, foi somente nos últimos 20 anos, que o conceito de promoção em saúde foi reforçado em nível mundial, constituindo-se um verdadeiro marco para as políticas de saúde pública. Assim, a década de 1980 foi muito significativa, pois a Organização Mundial de Saúde (OMS) promoveu uma maior discussão sobre este assunto, permitindo que as pessoas tivessem um melhor controle sobre sua saúde, por conhecerem novas metodologias e formas de promover bem-estar e qualidade de vida, no cenário individual e coletivo.

Corroborando com esse entendimento, Buss (2014, p. 165) explica que:

A promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20-25 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas e seus entornos neste final de século. Partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Em 1986 ocorreu a 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, tendo como principal resultado a promulgação da Carta de Ottawa (WHO, 1986), reforçando os conceitos sobre a importância da participação efetiva da população no processo de educação em saúde, fazendo dela uma verdadeira ferramenta na prevenção e combate de determinadas doenças, promovendo uma qualidade de vida maior.

Paim (2012) explica que na atual saúde, um dos documentos fundadores da promoção da saúde, relaciona-se a um conjunto de valores, são eles: “qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros”.

Complementando esse contexto, Buss (2014, p. 165) cita a combinação de algumas estratégias, dentre elas:

[...] ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais.

De acordo com o referido autor, essas estratégias desenvolvem um trabalho com a ideia de responsabilidade múltipla, levando em consideração os problemas e soluções propostas para os mesmos.

No Brasil este cenário não foi diferente, pois a promoção da saúde através da prática da educação vem ganhando muito destaque desde o final da década de 80. Duas conseqüências foram marcantes nesse processo de valorização da informação e do conhecimento. Primeiro, em 1990, foi promulgada a Lei Orgânica da Saúde, em 1990, e, em segundo, foi implantado o Sistema Único de Saúde – SUS. Ambos se fundamentaram na importância do autocuidado, da integralidade da atenção, retirando o foco no tratamento, no processo da cura, para a valorização da prevenção e da promoção em saúde. Essa nova metodologia foi firmada em 1994,

mediante a implantação do Programa Saúde da Família (PSF), ampliando a atuação do antigo Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS) que havia sido iniciado em 1991.

Corroborando com esse contexto, Paim (2012, p. 121) citam alguns procedimentos para promoção da saúde:

Um bom padrão de nutrição, ajustado às várias fases do desenvolvimento humano; o atendimento das necessidades para o desenvolvimento ótimo da personalidade, incluindo o aconselhamento e educação adequados dos pais, em atividades individuais ou de grupos; educação sexual e aconselhamento pré-nupcial; moradia adequada; recreação e condições agradáveis no lar e no trabalho.

Além desses, o referido autor lembra que entre os componentes da promoção da saúde, está também o contato entre o médico e o paciente, incluindo também seus familiares, conforme orientação sanitária.

Nos quadros 1 e 2, é possível ter um melhor entendimento da cronologia inicial do desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil e no mundo.

Quadro 1 – Promoção da Saúde: uma breve cronologia

(continua)

1974	Informe Lalonde: Uma Nova Perspectiva sobre a Saúde dos Canadenses/A New Perspective on the Health of Canadians
1976	Prevenção e Saúde: Interesse para Todos, DHSS (Grã-Bretanha)
1977	Saúde para Todos no Ano 2000 – 30a Assembléia Mundial de Saúde
1978	Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde – Declaração de Alma-Ata
1979	População Saudável/Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention, US-DHEW (EUA)
1980	Relatório Black sobre as Desigualdades em Saúde/Black Report on Inequities in Health, DHSS (Grã-Bretanha)
1984	Toronto Saudável 2000 – Campanha lançada no Canadá
1985	Escritório Europeu da Organização Mundial da Saúde: 38 Metas para a Saúde na Região Européia
1986	Alcançando Saúde para Todos: Um Marco de Referência para a Promoção da Saúde/ Achieving Health for All: A Framework for Health Promotion – Informe do Ministério da Saúde do Canadá, Min. Jack Epp Carta de Ottawa sobre Promoção da Saúde – I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá)
1987	Lançamento pela OMS do Projeto Cidades Saudáveis
1988	Declaração de Adelaide sobre Políticas Públicas Saudáveis – II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Austrália) De Alma-Ata ao ano 2000: Reflexões no Meio do Caminho – Reunião Internacional promovida pela OMS em Riga (URSS)

Quadro 1 – Promoção da Saúde: uma breve cronologia

(conclusão)

1989	Uma Chamada para a Ação/A Call for Action – Documento da OMS sobre promoção da saúde em países em desenvolvimento
1990	Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre a Criança (Nova York)
1991	Declaração de Sundsvall sobre Ambientes Favoráveis à Saúde – III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Suécia)
1992	Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92) Declaração de Santa Fé de Bogotá – Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas (Colômbia)
1993	Carta do Caribe para a Promoção da Saúde – I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad e Tobago) Conferência das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Viena)
1994	Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (Cairo)
1995	Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Pequim) Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Social (Copenhague)
1996	Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Habitat II) (Istambul) Cúpula Mundial das Nações Unidas sobre Alimentação (Roma)
1997	Declaração de Jacarta sobre Promoção da Saúde no Século XXI em diante – IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Indonésia)
DÉCADA DE 1970	
<ul style="list-style-type: none"> - Críticas ao modelo assistencial vigente, centrado na assistência médico-hospitalar. Medicina social. Ciências sociais em saúde - Tese O Dilema Preventivista, de Sérgio Arouca - Surgimento dos primeiros projetos de atenção primária/medicina comunitária (Montes Claros/MG, Papucaia/RJ e Niterói/RJ) - Surgimento do “movimento sanitário” - Conferência Internacional sobre Atenção Primária e Declaração de Alma-Ata 	
DÉCADA DE 1980	
<ul style="list-style-type: none"> - Movimento de redemocratização do país - Protagonismo político do “movimento sanitário” - Preparação da VIII Conferência Nacional de Saúde, com ampla participação social (1985) - VIII Conferência Nacional de Saúde, com afirmação de princípios da promoção da saúde (sem este rótulo): determinação social e intersetorialidade. No Canadá, aparece a Carta de Ottawa (1986) - Processo constituinte, com grande participação do “movimento sanitário” (1986-1988) - Constituição Federal, com características de promoção da saúde (1988) 	
DÉCADA DE 1990	
<ul style="list-style-type: none"> - Lei Orgânica da Saúde, reafirmando os princípios promocionais da Constituição (1990) - Organização dos Conselhos de Saúde em todo os níveis: participação social, composição paritária, representação intersetorial (1991) - RIO 92, Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (1992) - Plano Nacional de Saúde e Ambiente: elaborado, não sai do papel (1995) - (a partir de 1995) PACS e PSF; NOB 96 (Piso Assistencial Básico); Pesquisa Nacional de Opinião sobre Saúde; Debates sobre Municípios Saudáveis - Surgimento da revista Promoção da Saúde (Ministério da Saúde) e anúncio do I Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde (1999) 	

Fonte: Buss (1998).

As metodologias defendidas pelo PSF são capazes de mudarem os hábitos no que se refere à assistência à saúde individual e coletiva, principalmente quando aplicação na realização de ações junto às comunidades mais carentes. Assim, tende a assumir o compromisso e a responsabilidade entre os diferentes serviços de saúde, seus profissionais e a população. Esse programa, desde sua concepção, prevê a atuação de uma equipe multidisciplinar, composta por, no mínimo, um médico e um enfermeiro ou dois técnicos em enfermagem, além de 4 a 6 agentes comunitários de saúde para uma área de cobertura com, aproximadamente, 4,5 mil habitantes.

As atividades desenvolvidas no PSF são realizadas em grupo, pela equipe multidisciplinar, como uma forma de prestar uma assistência específica destinada a várias pessoas com necessidades semelhantes e, com isso, obtém resultados mais proveitosos. Nesse cenário, doenças como, a hipertensão e a diabetes, são classificadas como crônicas e que precisam ser tratadas a partir de grupos, objetivando resgatar uma vida mais saudável por meio do autocuidado na promoção, manutenção e recuperação da saúde.

Nesse contexto, é importante mencionar que existem dois grupos que podem conceituar de forma sucinta a promoção da saúde:

3.2 HISTÓRICO E ORGANOGRAMA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DE FORTALEZA

Em Fortaleza a saúde tem passado permanentemente por um processo de reestruturação por meio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). No início dos anos 1990, quando da implantação do SUS, o município gerenciava os postos de saúde que funcionavam precariamente e com poucos profissionais da saúde (BATISTA, 2003). Então, a estrutura administrativa da SMS estava constituída por cinco departamentos, com destaque especial para o Departamento de Assistência Médica (DAM) e o de Enfermagem.

Os avanços relacionados ao processo de municipalização, com conseqüente implantação do Sistema Único de Saúde, estiveram relacionados com as eleições diretas para prefeito e com as mudanças na estrutura administrativa da prefeitura municipal.

No período de 1986 - 1988, também conhecido como a “nova república”, a administração popular, comandada pelo Partido dos Trabalhadores (PT), fracassa

na obtenção de resultados concretos em relação à efetivação das políticas públicas, contudo, priorizou as moradias populares adotando o PROFAVELA (programa que estabelecia *status* de legalidade nas ocupações em terras ociosas ou sem função social), a implantação dos conselhos populares, além de estabelecer medidas saneadoras e moralizadoras (SOUZA et al., 1995).

Nesse período, Fortaleza gerenciava os recursos repassados pelo Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) às secretarias estaduais de saúde para integrar as Ações Integradas de Saúde (AIS) com as instituições de saúde pública federal, estadual e municipal e demais serviços de saúde.

A implantação das AIS determinou a criação da Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), (Resolução nº 07 de 3/5/84), que tinha como objetivo coordenar e gerenciar o programa, e tentar efetivar os princípios de descentralização, regionalização e hierarquização das ações, gestão e recursos. (VIANA, 1998). Como proposto, a CIMS expandiu a rede de serviços de saúde e contratou novos servidores, entretanto, apesar da modificação na organização dos serviços, persistem algumas contradições no tocante ao repasse de verbas para a rede básica e hospitalar, em detrimento do setor privado. Na ocasião o governo federal abre os Postos de Atendimento Médico (PAM) do INAMPS, para atender a clientela até então excluída, na tentativa de fazer valer a política de saúde vigente.

Com a implantação do convenio do SUDS no Ceará, no governo Sarney em 1987, a gestão das ações de saúde foi gradativamente incorporada aos municípios com conseqüente adesão da Secretaria Municipal de Saúde. Seguidamente ocorreu a fusão da Secretaria de Saúde do Estado com a Fundação de Saúde do Estado do Ceará (FUSEC) e os hospitais públicos federais: o Hospital de Messejana (HM/MS) e o Hospital Geral de Fortaleza (HGF/INAMPS) passaram ao comando da Secretaria Estadual da Saúde do Estado (SESA), estabelecendo-se uma unidade do comando, onde o secretário e também presidente da Comissão Interinstitucional de Saúde (CIS) assumiu a superintendência regional do INAMPS e da FUSEC. Assim, o Estado e o município de Fortaleza passam assumir a gerência da rede de saúde instalada em seu território.

Com a municipalização, a Prefeitura de Fortaleza inicia o processo de distritalização do sistema de saúde, culminando com a implantação dos distritos sanitários. Portaria Conjunta 3/1990 de 30/8/1990.

Concomitante à implantação do SUS, em Fortaleza, a rede de atenção básica é ampliada e os centros de saúde são reformados e reestruturados com novas ações de saúde. Outros departamentos foram instituídos pela SMS, dentre eles, o de Administração e Financiamento e o de Distritos Sanitários. Foram implantados, ainda, o Serviço de Controle de Convênios, o Fundo Especial de Saúde, o Fundo de Contas Hospitalares e o Fundo de Postos de Saúde, contribuindo para o avanço da municipalização (MOTA, 1997).

Em 1992, são criados os Centros Integrados de Educação em Saúde (CIES) (Lei nº 7.174 de 16/7/92) com o objetivo de assistir a criança desde a barriga da mãe, cuja lógica voltava-se para a assistência ao escolar e à sua família (MOTA, 1997; BATISTA, 2003). Paralelamente à criação dos CIES, é implantado o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS), para gerenciar toda rede ambulatorial pública e privada da cidade.

Com a instituição da Norma Operacional Básica (NOB/93) pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) foram firmados procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, determinadas as condições de gestão para estados e municípios, e Fortaleza passa à Gestão Semiplena, cuja condição permite ao município receber mensalmente (fundo a fundo) todos os recursos para as despesas em saúde (VIANA, 1998). Neste período registra-se a efetivação do Conselho Municipal de Saúde e dos Fundos de Saúde; a compra de serviços públicos e privados (LAURELL, 1997), a contratação de agentes comunitários de saúde e a implantação do curso de Gerenciamento de Unidades de Saúde (GERUS).

Com o Programa Agentes Comunitários de Saúde introduzido em 1994, houve uma extensão de 38,4% das microareas de risco de adoecimento e morte (FORTALEZA, 1999). Nesse mesmo período, destaca-se, ainda, a elaboração do Plano Municipal de Saúde para atender à condição da Gestão Semiplena.

O Plano Plurianual do Município de Fortaleza para o quadriênio (1994 - 1997) focou em programas e ações, voltados ao alcance dos resultados e objetivos estratégicos a seguir estabelecidos: desenvolver a educação e assistência sanitária; melhorar a qualidade dos serviços de saúde; diminuir a mortalidade infantil; assistir a criança; desenvolver a saúde oral e mental; promover a vigilância e acompanhamento sanitário. Vislumbrou-se, ainda, a criação do SOS-Fortaleza, a organização da rede de serviços de saúde, a integração universidade/serviços, bem como a cooperação e

partilhamento de custos. Implementou-se, assim, a organização dos serviços de saúde, tendo como base os Distritos Sanitários (BATISTA et al., 2005).

A administração municipal denominada “Melhor para Você” de 1997-2004 se inicia com dois marcos importantes nas políticas públicas de saúde em Fortaleza: A Reforma Administrativa da PMF (Lei nº 8.000/1997, de 29/1/1997), destinada a garantir o acesso do cidadão aos serviços, às informações e à participação nas decisões referentes ao espaço urbano onde ele vive e atua. [...] e descentralização da gestão municipal. [...] (Art. 2º) e a instituição de uma comissão técnica, por meio do Decreto nº 10.104/97, para viabilizar a implantação do Programa Saúde da Família em 1998, como modelo assistencial voltado à atenção à família, tornando-se avanço na reorganização do sistema de saúde em Fortaleza.

Para efetivar a descentralização, Fortaleza foi dividida em seis Secretarias Executivas Regionais (SER) (Art. 5º), obedecendo a uma área de abrangência com [...] grupos populacionais homogêneos que vivem e/ou trabalham em determinado espaço geográfico [...]. (FUNDAP *apud* BARROSO, 1998).

Mediante a instituição da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS/SUS 01/2001), ampliam-se as responsabilidades dos municípios no tocante à atenção básica, com a definição do processo de regionalização da assistência e a criação de mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, com a manutenção do Piso da Atenção Básica (PAB). Fortaleza assume, então, condição de Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, definindo as áreas estratégicas de atuação como: Controle da Tuberculose, Erradicação da Hanseníase, Controle da Hipertensão Arterial, Controle da Diabetes Mellitus, Atenção à Saúde da Criança, Atenção à Saúde da Mulher e Saúde Bucal.

Em seguida, ainda em 2001 a Câmara Municipal e o Prefeito de Fortaleza estabelecem, uma nova estrutura administrativa para Fortaleza que dispõe em seu Capítulo II, Art. 4º: A estrutura administrativa da Prefeitura Municipal passa a ser a seguinte: I. órgãos da administração direta: a) Gabinete do Prefeito; b) Gabinete do Vice-Prefeito; c) Secretaria de Finanças do Município (SEFIN); d) Secretaria de Administração do Município (SAM); e) Secretaria de Desenvolvimento Econômico (SDE); f) Secretaria Municipal de Planejamento e Orçamento (SEPLA); G) Secretaria Municipal de Saúde (SMS); h) Secretaria Municipal de Educação e Assistência Social (SEDAS); i) Secretaria Municipal de Infraestrutura e Controle Urbano (SEINF); j) Secretaria Municipal de Meio Ambiente e Serviços Urbanos (SEMAM); l)

Procuradoria Geral do Município (PGM); Controladoria Geral do Município (CGM); Secretarias Executivas Regionais (SER) (Lei nº 8.608 de 26 de Dezembro de 2001). (FORTALEZA, 2001).

Com essa nova estrutura as Secretarias Executivas Regionais ficaram diretamente subordinadas ao Gabinete do Prefeito e estruturadas para proporcionar melhoria da qualidade de vida da população da região sob sua gestão, prestando os serviços municipais; identificando e articulando o atendimento às necessidades e demandas dos grupos populacionais [...] (Art. 13 da Lei nº 8.000/97), tendo como competências: I. formular diretrizes e indicar prioridades no que se refere às ações intersetoriais [...] e garantia do acesso aos serviços de saúde [...] VI. identificar as necessidades e demandas peculiares à população de sua área de abrangência [...] (Art. 13 da Lei nº 8.000/97).

Em cumprimento ao princípio da descentralização, as SER foram organizadas em distritos. Destes, citam-se o Distrito de Saúde, o de Educação, e o de Assistência Social. O de Saúde está constituído pelas Células de Atenção Básica, de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária.

Nessa época a Secretaria Municipal de Saúde adota um novo organograma (Art. 4º do Decreto nº 11.107 de 11 de janeiro de 2002), com a finalidade de administrar os Sistemas de Saúde, de Vigilância Sanitária e Epidemiologia e de Controle de Zoonoses mediante a definição das políticas públicas e diretrizes de prevenção de recuperação da saúde. Desse modo contribui para a melhoria da qualidade de vida da população (Lei nº 8.608 de 26/12/01, Art. 10 do Capítulo III), além de planejar, coordenar e avaliar os programas dessa área. (FORTALEZA, 2001).

Naquele momento, o sistema básico de saúde estava organizado em uma rede de serviços formada por 84 unidades básicas, distribuídas nas seis Secretarias Executivas Regionais que se caracterizavam pela prestação direta de serviços à população. A assistência à saúde da população era viabilizada pelos Programas Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde e o Programa Saúde do Escolar (PSE), este vinculado ao Modelo de Assistência Integral à Saúde (MAIS).

Segundo proposto, o PSF realizava um trabalho em equipe, composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde. vinculada à unidade de saúde, a equipe de saúde da família responsabilizava-se por uma área onde residem de 600 a 1.000 famílias

com limite máximo de 4.500 habitantes (FORTALEZA, 2001). Esse programa estava vinculado a 25 Unidades Básicas de Saúde.

Como objetivo principal do PACS constava mobilizar as comunidades para identificação de fatores sociais, econômicos e sanitários, determinantes do processo saúde-doença, por meio de ações educativas, de forma coletiva, para que assumissem mudanças relacionadas às suas condições de vida (FORTALEZA, 1999). Com a participação do agente comunitário de saúde, ocorre um impulso na reorganização da rede, com vistas à redução da mortalidade infantil e materna, além de contribuir para a promoção e proteção à saúde da população adstrita. Cada agente de saúde acompanhava, em média, 250 famílias com quatro a três agentes, em torno de 4,5% da população, assistindo em torno de 103.250 pessoas (FORTALEZA, 1999).

O Programa Saúde da Família era a grande estratégia da referida gestão para reaproximar profissionais e cidadãos. Com ele pretende-se mudar a concepção sobre a atenção em saúde, tendo como norte o cuidado e o acompanhamento integral das famílias (FORTALEZA, 2007). No PSF destacam-se entre as ações desenvolvidas: a visita domiciliar ao recém-nascido e a puérpera (com atividades intensificadas na área de vigilância ao recém-nascido de risco); imunização; implementação da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância em toda a atenção básica como uma estratégia prioritária para redução da morbimortalidade infantil, incluindo o componente de assistência ao pré-natal e ao neonatal. Além dessas ações, ressaltam-se: a implantação do terceiro turno em 35 Centros de Saúde da Família (CSF); a ampliação da cobertura de pré-natal e da oferta de leitos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN); a implantação do acolhimento nos Centros de Saúde da Família e nos hospitais municipais, entre outros (FORTALEZA, 2007). Estas iniciativas promoveram uma melhoria no acesso, na cobertura e na qualidade dos serviços de saúde, e foram significativas para a redução do índice de mortalidade infantil, de 18,2/1.000 nascidos vivos em 2004 para 17,2/1000 nascidos vivos em 2006.

Mais uma iniciativa, foi a Política Nacional de Humanização (PNH), que foi incorporada à atenção básica e trouxe a humanização como uma de suas orientações para vários de seus dispositivos como o Acolhimento com Classificação de Risco e Vulnerabilidade, entre outros, como ferramentas de ação. Mas, sobretudo, a inclusão do apoio institucional, principal tecnologia de ação da

humanização, é uma marcante contribuição da PNH para a atenção básica (BRASIL, 2010b).

Em abril de 2013, aprovou-se a nova estrutura organizacional da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. A Coordenadoria Administrativo – Financeira foi desmembrada em três: Coordenadoria Administrativa, Coordenadoria Financeira e Coordenadoria de Gestão de Pessoas, concomitante com a criação do Centro de Serviços Compartilhados e da Célula de Gerenciamento e Monitoramento Financeiro dos Hospitais.

Outra novidade apresentada no organograma foi a mudança da denominação da Secretaria, que passou a se chamar Secretaria Municipal da Saúde, e a inserção do cargo de Secretário Adjunto e Secretário Executivo, a quem estão diretamente vinculadas às seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) e suas respectivas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), os CAPS e CEO.

Menciona-se, ainda, as Unidades de Pronto Atendimento (UPA – 24h), ligadas a Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde, compõem a rede de urgência e emergência, mediante atendimento adulto e pediátrico em diferentes situações de adoecimento.

3.2.1 Capacidade instalada

A cidade de Fortaleza limita-se ao norte com o Oceano Atlântico e ao sul com os municípios de Pacatuba, Maracanaú, Itaitinga e Euzébio. A leste com o município de Aquiraz e o Oceano Atlântico e a oeste com o município de Caucaia. Possui uma população de 2.551.806 habitantes (IBGE, 2010), uma área de 314,930 km² e 119 bairros. Ainda segundo essa fonte, em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) era de 0,74 (IBGE, 2010).

A capacidade instalada constitui-se de 92 Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), e cinco Unidades de Pronto Atendimento, organizadas nas seis Coordenadorias Regionais de Saúde. Ademais, a cobertura populacional da ESF é de 39,85% (TABWIN/DATASUS/, dezembro/2013).

Ademais as UAPS estão localizadas em diferentes bairros, dos quais doze pertencem à CORES I (Floresta, Lineu Jucá, Fernando Façanha, Carlos Ribeiro, Paulo de Melo Machado, João Medeiros de Lima, Rebouças Macambira,

Virgílio Távora, Guiomar Arruda, Francisco Domingos da Silva, Casemiro Lima Filho, Quatro Varas).

Na CORES II, existem onze UAPS (Aída Santos e Silva, Frei Tito, Célio Brasil Girão, Miriam Porto Mota, Pio XII, Benedito Artur de Carvalho, Flávio Marcílio, Odorico de Moraes, Irmã Hercília Aragão, Paulo Marcelo, Rigoberto Romero).

Na CORES III, são dezesseis (Luis Recamond Capelo, Clodoaldo Pinto, César Cals, Meton de Alencar, Hermínia Leitão, João XXIII, Francisco Pereira de Almeida, Fernandes Távora, Santa Liduína, Waldemar de Alcântara, Humberto Bezerra, Anastácio Magalhães, José Sobreira Amorim, Ivana de Sousa Paes, Eliézer Studart, George Benevides).

Na CORES IV, são doze (Projeto Nascente, Luís Albuquerque Mendes, José Valdevino de Carvalho, Parangaba, Ocelo Pinheiro, Oliveira Pombo, Abel Pinto, Gutemberg Braun, Luís Costa, Filgueiras Lima, Roberto da Silva Bruno, Maria José Turbay Barreira).

Na CORES V, são vinte (Galba Araújo, Dom Lustosa, Luciano Torres de Melo, Abner Cavalcante Brasil, Fernando Diógenes, Zélia Correia, Viviane Benevides, Guarany Mont alverne, Edmilson Pinheiro, Maciel de Brito, Luiza Távora, Pedro Celestino, José Paracampos, José Walter, Argeu Herbster, Jurandir Picanço, Graciliano Muniz, João Elísio Holanda, Siqueira, Parque São José).

Tal como na CORES V, na CORES VI também são vinte (João Hipólito, Terezinha Parente, Janival de Almeida, Vicentina Campos, Evandro Ayres de Moura, José Barros de Alencar, Galba de Araújo, Maria Lourdes Jereissati, César Cals de Oliveira, Pedro Sampaio, Manoel Carlos Gouveia, Alarico Leite, Hélio Goes Ferreira, Edmar Fujita, Messejana, Anísio Teixeira, Francisco Melo Jaborandi, Mattos Dourado, Monteiro de Moraes, Waldo Pessoa). Há ainda oito CAPS, dos quais um para atendimento infantil, pertencente CORES IV, e dois centros de especialidades odontológicas.

Segundo a Prefeitura Municipal de Fortaleza (PMF), a partir de 2014, 45 das UAPS estariam funcionando de segunda a sexta-feira, das 7 horas da manhã às 7 da noite, para atendimento de consultas agendadas, assistência a demandas espontâneas e a entrega de exames em 48 horas na própria unidade de saúde.

Na linha de atendimento de urgência e emergência, o município possui cinco Unidades de Pronto Atendimento que funcionam de domingo a domingo, 24 horas/dia, e atende, em média, 11 mil pessoas por mês. Existe uma equipe

composta por cerca de 140 profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, técnicos de enfermagem, técnicos de laboratório, técnicos de radiologia, auxiliares de farmácia, auxiliares de laboratório e outros).

Conforme o artigo Art.2º da portaria 1.020/2009 UPA, é um estabelecimento de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo compor uma rede organizada de atenção às urgências (BRASIL, 2009, p. 3-4), cujas competências são as seguintes:

I - funcionar nas 24 horas do dia em todos os dias da semana;

II - acolher os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento na UPA;

III - implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, considerando a identificação do paciente que necessite de tratamento imediato, estabelecendo o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento em sala específica para tal atividade e garantindo atendimento ordenado de acordo com o grau de sofrimento ou a gravidade do caso;

IV - estabelecer e adotar protocolos de atendimento clínico, de triagem e de procedimentos administrativos;

V - articular-se com a Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica, SAMU 192, unidades hospitalares, unidades de apoio diagnóstico e terapêutico e com outros serviços de atenção à saúde do sistema locorregional, construindo fluxos coerentes e efetivos de referência e contrarreferência e ordenando os fluxos de referência através das Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados;

VI - possuir equipe interdisciplinar compatível com seu porte;

VIII - prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;

IX - fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Atenção Básica;

X - funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;

XI - realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade; XII - realizar atendimentos e procedimentos médicos e de enfermagem adequados aos casos críticos ou de maior gravidade;

XIII - prestar apoio diagnóstico (realização de Raios-X, exames laboratoriais, eletrocardiograma) e terapêutico nas 24 horas do dia;

XIV -manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica

XV - encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação acima mencionada por meio do Complexo Regulador;

XVI - prover atendimento e/ou encaminhamento adequado a um serviço de saúde hierarquizado, regulado e integrado à rede locorregional de Urgência a partir da complexidade clínica e traumática do usuário;

XVII - contra-referenciara para os demais serviços de atenção integrantes da rede proporcionando continuidade ao tratamento com impacto positivo no quadro de saúde individual e coletivo;

XVIII - solicitar retaguarda técnica ao SAMU 192, sempre que a gravidade/complexidade dos casos ultrapassarem a capacidade instalada da Unidade; e

XIX - garantir apoio técnico e logístico para o bom funcionamento da Unidade.

Também faz parte do organograma o Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fátima Ribeiro Guimarães Sá (CAC) vinculado à Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas, uma unidade hospitalar de referência secundária de média complexidade, com trinta leitos para internamento e serviço de urgência e emergência 24 horas, com laboratório de análises clínicas e serviço de raio X.

Desde o início da atual gestão, a Prefeitura Municipal de Fortaleza conta com um serviço de consultoria e sofre algumas alterações no processo de trabalho e na estrutura física das unidades.

Em relação ao processo de trabalho nas unidades de saúde, o atendimento à criança é realizado por uma equipe de saúde composta por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de apoio. Incidem nesse contexto questões relativas às desigualdades sociais, econômicas e educacionais, que se somam aos problemas de saúde e que repercutem sobremaneira na condução do cuidado

3.3 O CONTEXTO DAS CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

No Brasil, a constituição do modelo de atenção em saúde instaura um período paradigmático ao apresentar elementos de ruptura com antigas concepções e fundamentos ante a elaboração de novos saberes e práticas no campo da saúde coletiva. Nesse contexto, o cenário das ações de saúde constitui-se um espaço de contínua transformação.

O destaque à atenção primária como foco prioritário da organização do cuidado em saúde é uma tendência tanto brasileira quanto mundial. Inicialmente planejada pautada em uma perspectiva restrita, como forma de diminuir o gasto hospitalar, a APS vem sendo retomada de forma mais ampla, no intuito de desviar o foco da assistência médica e valorizar a integralidade e a longitudinalidade do cuidado em saúde como principal estratégia, em detrimento do enfoque baseado na atividade hospitalar e curativo, fragmentado, ineficiente e pouco resolutivo (ALMEIDA; MACINKO, 2006).

Delineando um caminho na história da conformação dos níveis assistenciais de saúde, destaca-se a Conferência Internacional de Alma Ata realizada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e UNICEF, pois representa um marco nos debates sobre APS e sobre os rumos das políticas de saúde no mundo. Segundo declaração oficial da conferência, a APS seria orientada para atender aos principais problemas sanitários da população, por meio de ações de prevenção, cura, reabilitação e promoção da saúde, reafirmando a saúde como direito humano fundamental, que varia segundo os diferentes países e comunidades (OMS, 1978).

Nesta perspectiva, Vouri (1985) propôs uma classificação para os diferentes enfoques atribuídos aos modelos de serviços que utilizavam a denominação de APS. Classificou em APS seletiva aquele tipo de assistência que oferece um conjunto limitado de serviços de alto impacto para enfrentar os problemas de saúde mais prevalentes nos países mais pobres.

A denominação atenção primária estava relacionada à porta de entrada do sistema de saúde e ao local para uma atenção continuada à maioria da população. Por sua vez, a APS Ampliada referia-se à definição que enfatizava a promoção da saúde na organização dos sistemas de atenção à saúde. E, por fim, classificou atenção primária como um modelo de atenção que enfoca a saúde e os direitos humanos como uma filosofia que atravessa a saúde e os setores sociais, priorizando a necessidade de responder aos seus determinantes sociais e políticos mais amplos (VOURI, 1985).

Décadas após esta classificação, observa-se a avaliação da efetividade da APS. Entre outras, destaca-se a produção de Starfield (2002) acerca da efetividade da APS, envolvendo doze nações industrializadas ocidentais. Conforme esta demonstrou para as nações nas quais a APS é um forte referencial dentro do

sistema de saúde, estes serviços são mais efetivos, equitativos e satisfatórios para a população, produzem menores custos e obtêm melhores resultados dos indicadores, mesmo em contextos de grande iniquidade social.

Tais avaliações contribuíram para a compreensão da organização dos serviços de saúde. Assim, a construção de sistemas de saúde baseados na APS é classificada pela OPAS como

[...] um sistema guiado pelos próprios princípios da APS, tais como dar respostas as necessidades de saúde da população, orientação para a qualidade, responsabilidade e prestação de contas dos governos, justiça social, sustentabilidade, participação e intersectorialidade” (OPAS, 2005, p. 7-11).

Ainda de acordo com a OPAS (2005), existem valores, princípios e características desse tipo de sistema de saúde. Em relação aos valores, destaca-se o direito ao nível de saúde mais elevado, à equidade e à solidariedade. Os princípios propostos são: dar respostas às necessidades de saúde da população, orientar os serviços pela qualidade, responsabilizar governos na prestação de contas, promover a justiça social, ser sustentável, favorecer a participação e a intersectorialidade.

Quanto aos componentes que caracterizam a APS, mencionam-se: acesso e cobertura universal, atenção integral e integrada, ênfase na prevenção e promoção, atenção apropriada, orientação familiar e comunitária, organização e gestão otimizadas, ser primeiro contato, possuir recursos humanos apropriados, estar centrado em planejamento com recursos adequados e sustentáveis, acoplarem-se às ações intersectoriais e com enfoques comunitários OPAS (2005).

No Brasil, a organização da APS, denominada de Atenção Básica à Saúde (ABS), no SUS, utilizou a ESF como direcionamento para a reorganização do modelo de atenção à saúde. De modo específico, a ESF possui referência aos serviços municipais, surgidos 1994, com a denominação Programa de Saúde da Família (HEIMAN; MENDONÇA, 2005).

A recomendação da OMS segundo a qual os sistemas de saúde devam investir efetivamente na APS apoia-se na premissa de que esse nível de atenção é considerado um modelo assistencial robusto, com capacidade de melhorar os indicadores de saúde e influenciar diretamente na eficiência dos sistemas mediante incorporação de tecnologias biomédicas (NEDEL et al., 2008).

Desse modo, a APS deve estar inserida no processo de trabalho do sistema de saúde e coordenando a atenção às necessidades assistenciais dos usuários, num eixo multiprofissional e intersetorial, pode contribuir para o uso racional dos recursos em saúde, fazendo-se necessária a avaliação contínua sobre a sua efetividade (STARFIELD, 2002; FERREIRA et al. 2014).

Nesse contexto, para uma avaliação mais eficiente é necessária a utilização de recursos como indicadores de saúde, no intuito de contribuir com a gestão dos serviços na APS. Um exemplo a se destacar é o monitoramento das internações por ICSAP, por meio da realização de pesquisas e implantação de políticas de saúde, visando ao financiamento do sistema (MAFRA, 2011).

O termo condição sensível à atenção primária (CSAP) foi traduzido para o português diretamente do correspondente inglês *ambulatory care sensitive condition*, dez anos após o reconhecimento, nos Estados Unidos, deste conceito, por John Billings em 1989, a partir do seu estudo sobre as taxas de hospitalização por condições cujo atendimento primário adequado evitaria o desfecho em internação (BILLINGS et al., 1993; STARFIELD, 2002).

Solberg et al. (1990), pesquisadores americanos, selecionaram e estabeleceram cinco critérios para considerar os problemas de saúde como CSAP:

1. Existência de estudos prévios; 2. Clareza na definição e codificação do caso; 3. Taxa de hospitalização $\geq 1/10.000$ habitantes ou "problema de saúde importante"; 4. Problema susceptível a ser resolvido na APS, mediante uma oferta de serviços que garantam a cobertura por idade, sexo e tipo de atenção; e 5. Hospitalização necessária quando o problema aparece. Para esses pesquisadores, intervenções na APS em promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e seguimento das doenças crônicas evitam internações por CSAP (CAMINAL; CASANOVA, 2003, p. 98).

Dessa maneira, reitera-se a necessidade de monitoramento dos indicadores de saúde e, em especial, das ICSAP, porquanto podem estar associadas aos gastos elevados e crescentes que afetam a qualidade do atendimento hospitalar, pois quando o hospital se torna a porta de entrada ao invés da APS, o sistema terá seus custos elevados devido ao excesso de demanda de baixa complexidade. Por sua vez, o estudo de Ferreira et al. (2014) aponta para o investimento insuficiente na APS, o qual refletirá negativamente no desempenho de seus princípios e alcance dos objetivos, interrompendo o planejamento dos cuidados eletivos de saúde e prejudicando o acompanhamento dos pacientes.

Segundo se supõe, analisar a saúde, sob essa perspectiva financeira, pode ser uma oportunidade para dimensionar os gastos com a ineficiência das ações no sistema de saúde vigente. Na prática, os indicadores de saúde são ferramentas utilizadas pela gestão para mensurar e avaliar as informações de determinado sistema, considerando seus atributos, as dimensões do estado de saúde e o desempenho desses sistemas. De maneira geral, devem refletir a situação sanitária da população e ainda vigiar as condições de saúde.

A qualidade das informações para a construção do indicador depende das propriedades dos componentes empregados e da precisão dos sistemas de informações, ou seja:

Seu grau de excelência é determinado pela *validade* (capacidade de medir o que se pretende), *confiabilidade* (reproduzir os mesmos resultados quando aplicados em condições similares), somados a outros atributos como a *mensuralidade* (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de obter), *relevância* (responder a prioridades) e *custo-efetividade* (os resultados justificam o investimento) (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008, p. 34).

Entretanto, para se poder assegurar a confiança nas informações dos indicadores, é necessária uma monitorização permanente da qualidade, bem como uma revista periódica da consistência dos elementos da série histórica dos dados e uma regular disseminação da informação (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Por todos esses atributos, considera-se que os indicadores são essenciais para analisar e facilitar o monitoramento das ações em saúde, e para desenvolver e alimentar os sistemas de informações. Como divulgado, a base eletrônica de indicadores construída pelo DATASUS (www.datasus.gov.br/idb) é munida de tabulador (Tabnet) que facilita o acesso aos usuários, inclusive aos dados brutos que geraram os indicadores.

A utilização dos dados de indicadores é tão legítima que a OPAS e a OMS veem o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) como o melhor indicador da qualidade de vida de uma população (OPAS, 2002).

Outrora, já se empregavam os dados dos CMIs em várias circunstâncias. Nas disputas políticas, o indicador chegava a fazer parte das estratégias dos partidos para apontar ou desclassificar o outro, como acontecido na década de 1970, quando a oposição democrática utilizou-se das elevadas taxas do Coeficiente

de Mortalidade Infantil para mostrar que o modelo econômico do regime militar da época não se traduzia em melhorias nas condições de vida da população.

No contexto das ICSAP, muitos estudos foram realizados tanto em nível internacional quanto brasileiro, avaliando indicadores da atividade hospitalar e os marcadores de resultados da qualidade dos cuidados primários de saúde e, ainda, como indicador de acesso ao cuidado ambulatorial, considerando o monitoramento de ações de prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento oportuno de doenças agudas e o controle e acompanhamento de doenças crônicas, bem como a avaliação das ações de promoção à saúde (ALFRADIQUE et al., 2009).

Um desses indicadores, o “*ambulatory care sensitive conditions*”, foi desenvolvido por Billings et al. (1990) para representar um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da APS diminuiria o risco de Internações hospitalares.

Configurado desse modo, o registro do indicador aponta hospitalizações desnecessárias e sinaliza para melhorias na qualidade dos atendimentos de saúde nas Unidades de Atenção Primária (STARFIELD, 2002). Ao se analisar pela ótica de quem gerencia, os custos dessas internações oneram o sistema, sobretudo o hospitalar, e têm provocado reflexões por parte de pesquisadores, ao associarem as ICSAP ao aumento das despesas no atendimento hospitalar e ao investimento insuficiente na APS. Desse modo implicam negativamente no desempenho de seus princípios e alcance de seus objetivos, interrompendo o planejamento dos cuidados eletivos de saúde e prejudicando o acompanhamento dos pacientes (FERREIRA et al., 2014; TIAN; DIXON; GAO, 2012).

Nos últimos anos, vários países e continentes têm usado o “*ambulatory care sensitive conditions*” sob diferentes perspectivas. Nos Estados Unidos é proposto para comparar o efeito dos serviços de APS entre usuários portadores e não portadores de seguro de saúde, a fim de verificar o efeito dos serviços de saúde da APS nas internações potencialmente evitáveis, enquanto na Europa, observa-se a preocupação dos autores no referente à correta composição da lista de morbidades sensíveis à APS e a validação dessa lista (MOURA et al., 2010).

No Brasil, a discussão sobre as ICSAP iniciou-se em 2005, com a elaboração da lista brasileira de condições sensíveis à atenção primária por um grupo de trabalho formado por técnicos do Ministério da Saúde (MS) e do Departamento de Atenção Básica (DAB), gestores e pesquisadores em saúde. Para a concepção

da lista, este grupo adotou como referencial o modelo proposto de Caminal-Homar e Casanova-Matutano, adaptando-a às condições brasileiras, como detentora de um maior percentual de doenças infecciosas e a ausência de afecções odontológicas.

A versão final da lista brasileira foi submetida às etapas de validação (*face validity*), consolidação e revisão, consulta à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e consulta pública, antes de sua publicação, em 17 de abril de 2008, por meio da Portaria GM/MS nº 221 consoante o Art. 2º deixa explícito, a lista brasileira será usada como instrumento de avaliação da APS e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos nacional, estadual e municipal (BRASIL, 2008).

A atual lista é formada por dezenove grupos de diagnósticos classificados de acordo com a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), abrangendo as causas mais frequentes de internações hospitalares no âmbito do SUS (BRASIL, 2008; ALFRADIQUE et al., 2009), conforme explicitado no quadro 2, a seguir:

Quadro 2 – Classificação Internacional de Doenças (CID-10): causas mais frequentes de internações hospitalares no âmbito do SUS

DIAGNÓSTICO CID-10	CÓDIGO SELECIONADOS
1 Doenças preventivas por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; A95; B16; G00,0; A17,0; A19; A15,0 a 15,3; A16,0 a A16,2, A15,4 a A15,9; A16,3 a A16,9; A17,1 a A17,9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2 Gastroenterites infecciosas e complicadas	E86; A00; A09
3 Anemia	D50
4 Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5 Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01 a J03, J06; J31
6 Pneumonia bacteriana	J13; J14, J15,3; J15,4; J15,8; J15,9; J18,1
7 Asma	J45; J46
8 doenças pulmonares	J20; J21; J40 a J43, J44; J47
9 Hipertensão	I10; I11
10 Angina	I20
11 Insuficiência cardíaca	I50; J81
12 Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69; G45; G46
13 Diabetes melitus	E10.0 E10.1; E11.0; E11.1; E12.0; E12.1; E13.0; E13.1; E14.0; E14.1; E10.2 a E10.8; E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9; E11.9; E12.9; E13.9; E14,9
14 Epilepsia	G40; G41
15 Infecção no rim e trato urinário	N10 a N12; N30; N34; N39.0
16 Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17 Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70 a N73; N75; N76
18 Úlcera gastrointestinal	K25 a K28; K92.0; K92.1; K92.2
19 Doenças relacionadas ao pré-parto e parto	O23; A50; P35

Fonte: Portaria SAS/MS nº 221 (2008)

Desde sua publicação, em 2008, o indicador ICSAP tem sido adotado em vários estudos baseados nos indicadores de acesso e qualidade da atenção, e já influencia a política de APS no país, possibilitando ações mais próximas do princípio da integralidade, proposto pelo SUS, na medida em que estas ações são planejadas a fim de superar os obstáculos relativos às interações sociais, aliando a terapêutica médica à popular, de forma complementar e não excludente. Entender estes obstáculos e suas relações sociais é parte do cuidado profissional necessário ao planejar uma assistência efetiva no nível primário, capaz de reduzir a hospitalização por um determinado grupo de causas (OLIVEIRA et al., 2012).

Outros aspectos da validade desse indicador foram identificados por Perpetuo e Wong, em (2006), e Nedel et al., em (2010), para o monitoramento do

acesso aos serviços e avaliação da qualidade da APS na última década, bem como sua utilidade para a identificação de populações com necessidades insatisfeitas, no tocante à APS e à associação da continuidade da atenção primária à menor probabilidade de internação por CSAP, a maior qualidade da atenção prestada ao usuário (PERPETUO; WONG, 2006; NEDEL et al., 2010).

No Brasil, as melhorias sanitárias, o desenvolvimento de novas tecnologias, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e as medidas de controle sempre foram colocadas como estratégias políticas, desde a implantação do SUS, para o adequado funcionamento dos sistemas de saúde, em especial a atenção primária, e, em contrapartida, modificar o perfil epidemiológico da população. Para Alfradique et al. (2009) o impacto da atenção primária na organização dos sistemas de saúde se dá, principalmente, na prevenção de doenças imunopreveníveis, para as quais as internações poderiam ser evitadas e na utilização da terapia de reidratação oral nas diarreias agudas e na diminuição das complicações de doenças crônicas.

Para refletir sobre esse impacto e tentar desvelar os vários fatores determinantes das ICSAP, considera-se oportuna a declaração de Caminal e Casanova (2003), ao ressaltarem a existência de outros determinantes da hospitalização por CSAP, como as características sociodemográficas, educacionais, culturais, hábitos de vida, atitudes diante das ofertas terapêuticas e, ainda, o padrão da rede de apoio social. De modo complementar, o estudo de Elias e Magajewski (2008) atribuiu às ICSAP a ampliação do acesso aos serviços de saúde, a maior oferta de leitos hospitalares, sugerindo maior predisposição para internação, pois leitos ociosos podem induzir a menores investimentos na APS, com consequente agravamento dos problemas de saúde para o atendimento das necessidades da população.

Em corroboração aos autores, os estudos de Santos et al. (2013), Fernandes (2009) e Dias-da-Costa et al. (2008), realizados em diferentes capitais brasileiras, evidenciaram uma relação das ICASP com as inadequações na organização e estrutura dos sistemas de saúde nos diferentes níveis de atenção e não somente da APS, a oferta de leitos hospitalares, as dificuldades de acesso a serviços de maior complexidade, as condições de vida da população, a baixa escolaridade e os extremos de idade, assim como aqueles pacientes com controle de saúde regular na APS.

Destaca-se também a peculiaridade do Brasil no referente à carência de material humano e de recursos financeiros, sobretudo nas regiões mais distantes, quando a instituição hospitalar é a única porta de entrada. Isto, logicamente, encarece o processo e o nível de atendimento, além de estimular a criação de uma cultura popular segundo a qual a medicina de bom padrão é feita por meio de outros níveis de atenção, que não a primária. Essa situação gera excesso nos atendimentos hospitalares, e provoca a utilização de recursos, como exames complementares, que seriam, em tese, desnecessários por não agregarem valor ao diagnóstico e tratamento da maior parte das condições sensíveis à atenção primária.

Na maioria das vezes, os serviços de emergência hospitalar procedem respeitando à pressão do usuário, o qual se sente injustiçado quando o atendimento não emprega todas as tecnologias, necessárias ou não. Isso é percebido por meio dos elevados índices de resultados normais. No entanto, o paciente sente-se mais seguro com pedidos de radiografias ou exames de sangue, realizados somente no âmbito da emergência hospitalar, devido à falsa impressão de ser esse o melhor tipo de atendimento. Conforme se acredita, o modelo hospitalocêntrico favorece a esse pensamento por estar fortemente aliado às questões tecnológicas, embutir questões culturais e transferir esse conceito à população. Não obstante, a sociedade capitalista estimula o consumo tecnológico, incorporando-o às necessidades de saúde da população leiga, que o percebe como a salvação para todos os seus problemas de saúde.

Toda essa linha de reflexão é necessária para compreender o atual estágio da saúde no Brasil, dividido em diferentes níveis de atenção, para entender a lógica de uma medicina centrada na prática imediatista, e as razões que estrangulam esse modelo. Permite ainda uma reflexão sobre os desafios a serem apresentados pela gestão do sistema de saúde nos próximos anos, diante do atual em relação aos custos com a complexidade dos atendimentos, o aumento da demanda e a busca por adequação do sistema a um modelo que atenda à sua população de maneira a assegurar-lhe o que determina a Constituição Federal, ou seja, a saúde como direito de todos.

3.4 CONCEPÇÕES DE CUIDADO E HERMENÊUTICA

A concepção filosófica de cuidado remete a uma categoria proposta por Martin Heidegger (1889-1976) em **Ser e Tempo**, para a qual a existência do ser é anterior ao seu pensamento. Ainda como mostrou o querer e o desejar estão embricados no cuidado essencial. Para Heidegger, o cuidado é uma definição essencial do ser humano e que estrutura sua prática, quando fala que o cuidado é “uma constituição ontológica”, sempre subjacente ao solo onde se move o humano, sinalizando que o cuidado é fundamental ao homem.

A expressão alemã “ser-ai” (*Dasein/pré-sença*) expressa um exercício, pois é na presença que o homem se revela como ser, construindo seu modo de ser, sua história e sua existência. Nessa perspectiva, conforme Heidegger afirma o ser humano é constituído a partir de encontros, numa relação intrínseca entre o “ser-ai” (*Dasein/pré-sença*) com o “ser-em” (relação), representando a expressão “ser-no-mundo”, entendido como exercício entre presença e relação, ou essencialmente o cuidado.

Essa filosofia serviu como base para uma primeira delimitação de alguns dos principais pressupostos filosóficos desta categoria sobre a qual Ayres (2004) irá retratar como um constructo filosófico que se pode designar, simultaneamente, uma compreensão filosófica e/ou uma atitude prática, em face ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações nas quais se reclama uma ação terapêutica, numa interação entre dois ou mais sujeitos em busca de saberes e práticas especificamente voltados para esse fim (AYRES, 2004).

O significado de cuidar está relacionado a ações de zelo e atenção ou, ainda, como afirma Boff (1999), cuidar envolve preocupação e responsabilização com aquele que está sendo cuidado. Assim, o cuidar não significa meramente o emprego de técnicas, mas vai além, pois se desenvolve em uma relação do cuidar. Inclusive o cuidar em saúde, que traduz todas as medidas necessárias e orientadas profissionalmente, com vistas ao êxito do tratamento.

Em **Saber cuidar** Boff (2014), ao se referir à busca de um sentido central de cuidado, encontrou uma primeira abordagem na filologia, para a qual, o cuidado deriva do latim *cura/coera*, expressão utilizada no tocante as relações de amor e amizade, atitudes de desvelo, preocupação para com aquele que se ama, ou ainda por alguma coisa que se estima. Para outros estudiosos da filologia, o cuidado

deriva de *cogitare-cogitatus*, no mesmo sentido de cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, desvelo ou preocupação, sempre quando a existência de alguém tem importância para mim a tal ponto de participar de seu destino, de suas buscas, sofrimentos e sucessos.

Portanto, os dois significados extraídos da filologia reiteram a ideia segundo a qual “o cuidado é mais do que uma virtude ou um ato como outro qualquer. É um modo de ser-no-mundo que solidifica as relações estabelecidas com todas as coisas” (BOFF, 2014, p. 104). Esse modo de ser-no-mundo pode ser expresso de duas maneiras: o trabalho e o cuidado.

A lógica do ser-no-mundo, na perspectiva do trabalho, configura-se nas formas de interação e intervenção com o meio ambiente, no intuito de tornar a vida mais confortável. O humano situa-se no centro do mundo de forma a dominá-lo e colocar as coisas a serviço dos seus interesses, numa atitude denominada de antropocentrismo. Em contrapartida ao modo de ser-no-mundo-cuidado, o homem se completa pelo cuidado, numa relação harmônica de convivência e interação com as coisas (BOFF, 2014).

Mas o cuidado não se limita a essas definições. Ao fazer uma leitura filosófica do termo, Ayres (2004) analisa vários aspectos dessa categoria. Segundo afirma, o cuidado é construído no movimento do ato de viver e é o que mantém o homem vivo, pois sem ele esse homem não subsiste. Assim, conforme o autor assegura, sem o cuidado não há ser, não há vida. Acrescenta, ainda, que a responsabilidade também está agregada a essa categoria, pois cuidar é responsabilizar-se. Quem cuida é responsável pelo bem-estar daquilo de que cuida. Logo não há cuidado sem “tomar para si” os deveres e as responsabilidades do êxito do que se está cuidando.

Ao buscar maior compreensão sobre esse tema, faz-se indispensável pensar a relação que se deve estabelecer para a concretização do cuidado, pois o que gera e circunda essa relação não só influencia a forma como esse cuidado é realizado, como também é o que dá sentido à prática do cuidar. Ayres (2004, p. 74) corrobora essa compreensão quando define o cuidado em saúde como:

[...] uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se reclama uma ação terapêutica, isto é, uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes especificamente voltados para essa finalidade.

Considerando a dimensão antropológica do cuidar na área da saúde, Roselló (2009) destaca que o processo de cuidar compreende essencialmente a dimensão da responsabilidade ética, social e cívica de cuidar de seres humanos vulneráveis. É uma tarefa na qual é imprescindível o cuidador se reconhecer em sua vida para ser capaz de reconhecer o outro, num exercício constante de alteridade, voltando-se para relações intra e interpessoais. “Para o cuidador trata-se fundamentalmente de uma responsabilidade ética, posto que tenha o dever moral de responder à necessidade de seu próximo” (ROSELLÓ, 2009, p. 182). Para o autor, nas ações do cuidar, os elementos envolvidos são essencialmente éticos.

Velar por relações adequadas e equilibradas com o próximo é uma forma de evitar males futuros e sofrimentos desnecessários. Cuidar é ajudá-la a construir equilibradamente seu mundo afetivo (ROSELLÓ, 2009; p. 96).

Roselló (2009) atribuiu ainda outros sentidos ao cuidar no âmbito da saúde. Além do cuidar como compaixão, ressalta o cuidar como o ato de ajuda, referindo-se à ação de desenvolver a autonomia no outro, com vistas a ser capaz de realizar suas necessidades sozinho. Este, refere-se ao cuidado como uma atitude de persuadir o paciente a confiar no profissional de saúde, a ponto de transferir para ele sua responsabilidade e anseio, numa atitude de confiança mútua no processo assistencial. O quarto sentido aponta para a necessidade de se colocar à disposição do paciente os recursos necessários ao seu tratamento e recuperação, sem no entanto impor qualquer tipo de conduta terapêutica ou direcionamento, mas sobretudo respeitando as escolhas do itinerário terapêutico.

Apropriada de todos esse conceitos, podemos reafirmar que o cuidado é próprio da natureza humana, e portanto deve ser considerado como a ética dos profissionais de saúde. O cuidado dá sentido às relações humanas, políticas e aos serviços, é meio pelo qual a atitude de cuidar se faz presente dentre os profissionais de saúde, em especial médicos e enfermeiros, “como uma atitude ou um processo de envolvimento com tudo que concerne à saúde e à reabilitação de seus pacientes” (WALDOW, 2006). Em suas palavras:

Cuidar consiste numa forma de viver de ser, de se expressar, é uma postura ética e estética frente ao mundo, é um compromisso com o estar-no-mundo e contribuir com o bem estar geral, na preservação da natureza, na promoção das potencialidades, da dignidade humana e de nossa espiritualidade; é contribuir na construção da história, do conhecimento da vida (WALDOW, 2006, p. 89).

Já a hermenêutica, classicamente definida como a arte de interpretar, cujas raízes são encontradas na filosofia grega, etimologicamente está ligada a Hermes, deus grego que traduzia as mensagens do Olimpo para os mortais. No decorrer do tempo adquiriu um significado mais amplo, indicando, no âmbito filosófico, diversas formas de teoria da interpretação, entre as quais o existencialismo, a fenomenologia e a própria hermenêutica, que constituem diversas formas de expressão da filosofia continental (CAPRARA, 2003; AYRES, 2005).

Podem-se demarcar as tendências da hermenêutica em torno de, pelo menos, três grupos, como a teoria hermenêutica, filosofia hermenêutica e a hermenêutica crítica (AYRES, 2005).

A teoria hermenêutica diz respeito a uma série de princípios e procedimentos metodológicos para interpretação de obras não contemporâneas. Essas regras organizavam-se em torno de três grandes áreas: a primeira é a interpretação de textos bíblicos e jurídicos. Mais tarde o escopo da hermenêutica ampliou-se, ao passar de simples técnica interpretativa para a condição de filosofia, com Dilthey essa teoria passou a se constituir a base epistêmica das ciências humanas, quando ele distingue a explicação para as ciências da natureza e a compreensão para as ciências humanas (AYRES, 2005).

Desse modo, a filosofia representou a segunda ampliação no campo da hermenêutica, e consistiu numa reflexão metadiscursiva sobre a compreensão que não só focaliza a obra humana, mas a própria realidade humana. A filosofia hermenêutica rompeu com o objetivismo da teoria hermenêutica e expandiu-se para uma dimensão ontológica, ou seja, compreender o próprio modo de ser humano (AYRES, 2005).

Caprara (2003) traz a ideia de que os filósofos integrantes desta linha de pensamento dedicam-se à compreensão da existência humana, não do ponto de vista da observação, mas da reflexão filosófica. Nesse aspecto, o homem é considerado não somente como organismo biológico, mas algo mais, com um contexto, subjetividades e singularidades próprias do homem.

Gadamer, um dos grandes estudiosos da filosofia hermenêutica, a considerava como um movimento abrangente e universal do pensamento humano. É mais ampla que a experiência científica e origina-se do processo de intersubjetividade e de objetivação humana. A compreensão contém a gênese da consciência histórica, porquanto significa a capacidade da pessoa humana de se colocar no lugar do outro. Foi nesse sentido que o autor alargou a concepção de hermenêutica para além da dimensão metodológica, delineando-a como a explicação e descrição do ser humano em sua temporalidade e historicidade (AYRES, 2005; MINAYO, 2008).

O terceiro grupo a compor a tendência hermenêutica contemporânea é o da hermenêutica crítica, a qual, por sua vez, a entendia como uma tarefa fundamental da compreensão, mas considera os fatores extralinguísticos para fundamentar a interpretação emancipatória efetiva. Não contrapõe á filosofia hermenêutica, porém aponta limites como a centralidade na linguagem. Acrescenta, pois, a esta, a perspectiva de ação dos sujeitos, colocando como objeto central a ação social (AYRES, 2005).

Na abordagem hermenêutica ocorre o encontro entre o passado é o futuro, mas a unidade temporal é o presente. Nesta há também o encontro entre o diferente e a diversidade mediada pela linguagem que pode ser transparente ou compreensível, permitindo chegar a um entendimento nunca esgotado ou intransparente, levando a um impasse na comunicação (MINAYO, 2008).

A noção de cuidado supera a lógica pontual e casuística da intervenção medicamentosa por si só. O cuidado é operado em uma ação integral que incorpora as tecnologias, os significados e os sentidos voltados para uma compreensão da saúde como direito do ser humano (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Utiliza-se a concepção de hermenêutica como a arte de compreender textos, com destaque para textos em referência a entrevistas. Coloca-se uma questão eminentemente filosófica que é a compreensão do cuidado em saúde. Esta questão problematiza a experiência humana no cuidado em saúde, e, dessa forma, investiga-se a partir da questão hermenêutica de experiência e práxis da vida.

4 PRESSUPOSTOS

- As doenças diarreicas e a pneumonia, apesar da tendência mundial de queda no número de casos, ainda evidenciam-se internações e mortes entre crianças menores de cinco anos.
- A compreensão dos itinerários terapêuticos (IT) poderá superar a racionalidade exclusivamente técnica dos fluxos sugeridos no atendimento de crianças com condições sensíveis à atenção primária, pois ampliará o contexto de escolhas e acesso às diversas formas de cuidado ofertadas por serviços formais e informais.

5 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

5.1 TIPO DE ESTUDO

A presente pesquisa fundamentou-se na abordagem qualitativa, cujas bases conceituais estão centradas no cuidado em saúde, na vulnerabilidade, nos itinerários terapêuticos, adotando como referencial teórico-metodológico a hermenêutica de Paul Ricoeur, com vistas à compreensão das narrativas dos familiares de crianças acerca dos caminhos percorridos em busca de cuidado de saúde para as doenças sensíveis à atenção primária.

Minayo (2012) define a compreensão como um dos termos estruturantes da pesquisa qualitativa, porquanto para compreender é preciso considerar a singularidade do indivíduo, avaliando sua subjetividade.

Deste modo, cabe à pesquisa qualitativa conhecer o fenômeno de forma aprofundada, não estabelecendo amostra. As formulações de pressupostos são, em suma, afirmações provisórias a respeito de determinado problema em estudo. Aborda o universo de significados, motivos, aspirações, crenças e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

Por sua vez a hermenêutica constitui, um método reflexivo capaz de romper com todo e qualquer pacto com o idealismo, ou seja, evita tornar-se a teoria de uma subjetividade reduzida apenas ao ver. Para isso, persegue o esclarecimento mediante conceitos da existência, e esclarecer a existência é elucidar seu sentido. Portanto, o centro da abordagem hermenêutica está na compreensão do texto, no caso da referida pesquisa, as narrativas das famílias, no intuito entender a multiplicidade de significados, do material empírico produzido por meio das entrevistas, para clarear o que é confuso, escondido e fragmentado (CAPRARA, 2003).

Nessa busca para elucidar o sentido, Ricoeur (1989) propõe uma teoria da interpretação ancorada na dialética entre explicação e compreensão, mediada pela interpretação. Contempla um método reflexivo que firma uma conexão com o vivido, considerando importante a compreensão da existência. Dessa maneira, tenta redescobrir a autenticidade do sentido por meio da verdade.

Para Ricoeur, numa análise hermenêutica, o pesquisador deve ocupar-se da interpretação das narrativas da experiência dos sujeitos, buscando entender os sentidos e significados dos comportamentos ao interligar o texto e a ação (RICOEUR, 1989).

Ainda segundo Ricoeur (1991), a hermenêutica propõe reflexões acerca da experiência estética¹ e da linguagem humana, e, para isso, coloca-se entre a linguagem e a vida vivenciada por meio de uma série de conceitos interpretativos, entre os quais: 1. Distanciamento, condição para a compreensão, ou seja, o distanciamento permite um mesmo texto abrir-se à possibilidade de diversas formas de interpretação. 2. Apropriação, quando o intérprete apropria-se do significado de um texto, transformando-o em algo familiar, próprio. 3. Explicação, consiste em destacar a estrutura, quer dizer, as relações internas de dependência que constituem a estática do texto. E, por último, o conceito 4. Compreensão, tarefa mais abrangente e aprofundada da interpretação, incluía a compreensão não apenas dos sentidos já apresentados, mas, igualmente, dos processos de criação de sentidos (RICOEUR, 1991).

Entretanto, o que vincula esses momentos não são as funções da explicação, como sendo do racional, ou do irracional; tampouco da subjetividade e da objetividade; ou, ainda, as funções convencionais de uma análise estrutural porque, para o autor, compreender é a capacidade de alguém de explicar um texto, tentando clarificar, elucidar e mostrar os códigos e as mediações de um trabalho de estruturação feito pelo intérprete. Desse modo, o método hermenêutico propõe um movimento dialético entre a interpretação e a ação, porque a hermenêutica é um campo de símbolos e de signos mediadores (RICOEUR, 1991).

Então, para Ricoeur (1989), compreender um texto é encontrar um sentido, seguir o que o texto diz (o quê?), para quem ele diz algo (a quem se destina?). Dentro dessa lógica, é fundamental a função dos signos na justificação objetiva do autor e na retificação subjetiva do leitor, resultando na hermenêutica.

Em suma, a hermenêutica como método de investigação coloca em evidência o problema da interpretação, partindo do pressuposto de que, no processo

¹A experiência estética se configura a partir da percepção sensível envolvida na criação ou na contemplação de um objeto estético. Trata-se de uma relação ao mesmo tempo social e individual entre um sujeito e um objeto, pois na percepção estética estão envolvidos tanto significados socialmente compartilhados quanto sentidos que remetem à singularidade do sujeito dessa experiência.

de interpretar, a função da narrativa é preservar a “amplitude, a diversidade e a irreduzibilidade dos usos da linguagem” (RICOEUR, 1989, p. 24). A interpretação funciona como um processo na determinação dos valores presentes na obra. Para interpretar uma obra, é necessário aproximar-se dela e de si mesmo, pois diz o autor: “quanto mais o ser se compreende melhor ele se explica” (RICOEUR, 1989, p. 61).

Somam-se a essas questões de cunho teórico metodológico os estudos acerca da compreensão dos itinerários terapêuticos de crianças com doença sensível à atenção primária, os quais são influenciados por estruturas cognitivas como concepções sobre a enfermidade e o entendimento da realização das práticas de cuidado/tratamento e as relações entre eles. Tais práticas podem estar com frequência permeadas pelas alterações do estado de saúde, da relação com os serviços e as tecnologias do cuidado (KLEINMAN, 1978).

Para Alves e Souza (1999), todas essas questões demandam a necessidade de abordar a dimensão sociocultural das enfermidades levando em consideração o contexto no qual se situam os sujeitos, observando o entrecruzamento de racionalidades biomédicas e populares de saúde que orientam o processo de escolha, avaliação e adesão (ou não) a determinadas formas de tratamento.

Além disso, diante do adoecimento de crianças, ampliam-se as redes de apoio às famílias das quais a criança e a família fazem parte, incorporando processos cognitivos voltados a explicar e compreender os diferentes modos de busca de cuidado.

5.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do estudo nove acompanhantes de crianças menores de cinco anos de idade, internadas nos hospitais HIAS e CAC, a partir destes participantes preliminares, buscamos os demais sujeitos do estudo, ou seja, dois profissionais de saúde vinculados ao serviço de atenção primária, e seis familiares de crianças que frequentam uma creche municipal. Totalizando quinze participantes.

Quanto a determinação do número de participantes, para o pesquisador que trabalha com abordagem qualitativa, esse número é insignificante, uma vez que

não se pretende quantificar os depoimentos, considerando que esse fato não é definidor da relevância do estudo. De acordo com Minayo (2008), a unidade de significado não é composta pela soma das respostas dos indivíduos, será construída por significados que conformam uma lógica própria do grupo, ou suas múltiplas lógicas. De tal maneira, numa pesquisa qualitativa o investigador deve preocupar-se com o aprofundamento e abrangência e a diversidade no processo de compreensão. Dessa forma uma amostra qualitativa ideal será aquela que conseguir refletir a totalidade das diferentes dimensões do objeto do estudo. Portanto utilizamos como critérios para o encerramento a resposta às nossas questões do estudo, o atendimento aos nossos objetivos. Em outras palavras, o número de participantes (quinze familiares) distribuídos entre os dois hospitais e a creche, foi determinado quando percebemos que havíamos reunido condições de obter subsídios para a compreensão do fenômeno estudado. Dentre os quais, seis das crianças que frequentam a creche, cujos filhos já haviam adoecido por pneumonia e ou diarreia, nove mães de crianças internadas nos hospitais com o mesmo diagnóstico no período da coleta de dados. A inclusão dos profissionais da UAPS ocorreu em virtude da necessidade de compreensão de alguns aspectos relativos à experiência do atendimento de crianças com CSAP, processos de trabalho, funcionamento organizacional, recursos humanos, além dos aspectos físicos das Unidades de Atenção Primária referidos pelos participantes.

Portanto, para a seleção dos entrevistados no ambiente hospitalar, consideramos a hospitalização por pneumonia e a diarreia durante a realização do estudo e sua participação se deu orientada sobre o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE C), foram estabelecidos como critérios de inclusão da pesquisa: i) mãe/familiar de crianças na faixa etária de menor de dois meses a cinco anos de idade; ii) mãe/familiar de crianças com diagnóstico à admissão hospitalar de doença sensível à atenção primária, como pneumonia bacteriana e gastroenterite (diarreia); iii) mãe/familiar de crianças que receberam atendimento anterior à hospitalização na rede de serviços formais e informais pelo mesmo motivo.

A identificação e contato com os familiares das crianças internadas, dentre tantos que se encontravam nos hospitais, foi fundamental o auxílio dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Tal auxílio orientou-se pela identificação das crianças com diagnóstico de pneumonia e ou diarreia na unidade de internação e no atendimento de emergência, antes mesmo de serem internadas.

Para a pesquisa na creche, definimos os seguintes critérios; iv) mãe/familiar de crianças com idade entre dois e cinco anos com experiência de adoecimento dos filhos por pneumonia e/ou diarreia; v) mães/familiar residentes de Fortaleza.

No referente aos profissionais, estes não foram previamente incluídos na pesquisa, no entanto, com o desenvolvimento do trabalho de campo, vimos a necessidade de acessá-los no intuito de melhor compreender o processo de trabalho, complementando as narrativas dos participantes.

5.3 CENÁRIOS DA PESQUISA

A compreensão e conformação do itinerário terapêutico de crianças que se encontram nos diferentes cenários esteve relacionada às condições sensíveis a atenção primária, e nos proporcionou um encontro com diferentes realidades explicativas e compreensíveis que compõem o *ethos* do cuidado familiar.

Dentre os múltiplos cenários existentes privilegiamos os serviços de pediatria geral do Hospital Infantil Albert Sabin, o setor de emergência e de internação do Centro de Assistência à Criança Dra Lúcia de Fátima, a Unidade de Atenção Primária de Saúde Dom Aloísio Lorscheider, e a Creche Municipal do Projeto Nascente, pois nesses cenários identificou-se um importante contingente de problemas e internações por condição sensível à atenção primária, como a pneumonia e a diarreia.

Além destes, no contexto dos cuidados à saúde da criança incluem-se as Unidades de Pronto Atendimento, ressaltadas pelas famílias participantes como equipamento resolutivo em caráter emergencial nas questões de saúde infantil sensíveis à atenção primária. Nesta pesquisa não foram incluídas como cenário de estudo, mas discutidas nos resultados com base nas narrativas dos familiares.

O ponto de partida para o trabalho de campo foi a unidade de pediatria geral do Hospital Infantil Albert Sabin, seguido do Centro de Assistência à Criança, da creche e da UAPS, sobre as quais teceremos alguns comentários a seguir.

5.3.1 Impressões sobre os hospitais pediátricos

Foram contemplados dois hospitais de referência pediátrica, um secundário e o outro terciário, pois segundo entendemos, há nesses cenários um ambiente extremamente fértil para o encontro de condições sensíveis à atenção primária, e por serem espaços onde a família e a criança recebem atendimento oportuno para a resolução dos problemas de saúde, em especial a doença diarreica e a pneumonia.

Em atendimento às exigências da pesquisa qualitativa, estes cenários historicamente situados no contexto das ICSAP, guardam especificidades no dia a dia do processo de trabalho dos profissionais, devidamente sintetizadas nas observações de campo e descritas a seguir.

Os hospitais em estudo constituem-se em locais de convivência entre diferentes categorias profissionais e especialistas, de presença constante de crianças e familiares, cenários onde o trabalho de saúde obedece a rotinas, responsabilidades, atenção e dedicação 24 horas; as unidades de internação são espaços de materialização de cuidado por meio do trabalho complexo e dinâmico das equipes de saúde.

Em virtude de o cuidado hospitalar destinar-se a crianças doentes que devem ser acompanhadas por uma equipe multidisciplinar, quanto mais integrada ela for, maior a chance de oferecer um cuidado integral e seguro. Entretanto, a rotina de trabalho, o acúmulo de tarefas, o absenteísmo profissional e a maneira como são estabelecidas as relações com os diferentes profissionais desde sua graduação refletem no funcionamento das instituições.

Nas unidades de internação dos hospitais, é comum se observar a passagem de plantão de enfermeiros e médicos referindo-se à criança pelo número da enfermaria e do leito, comunicando as informações acerca dos aspectos clínicos, medicamentos, e outros relacionados ao cuidado. É comum a semelhança no enfoque da informação transmitida a seus pares por ocasião da passagem de plantão, e de uma maneira geral os profissionais são muito diretos e práticos. Desse modo, apontam sempre para a efetivação de um modelo biomédico, a orientar a investigação de sinais e sintomas, os quais irão indicar as demandas do cuidado de cada categoria profissional na condução do cuidado.

5.3.1.1 Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS)

O Hospital Infantil Albert Sabin de referência terciária, conveniado ao Sistema Único de Saúde, localiza-se na rua Tertuliano Sales, 544, bairro Vila União, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará.

Dispõe de 341 leitos, sendo 306 de internação, quatro do hospital/dia e 41 de UTIs, quatorze serviços técnicos de diagnóstico e terapia. Por mês, em média, ocorrem 830 internações, 17 mil consultas ambulatoriais e 4,5 mil na Emergência, 86,3 mil exames laboratoriais clínicos e de imagem (internos e externos) e 730 procedimentos em sala cirúrgica, divididos nas mais distintas especialidades médicas, dentre elas, a pneumologia e a gastroenterologia, instalados no quarto andar do prédio. É um espaço de convivência e trabalho de diferentes categorias profissionais e de especialistas, é um lugar de muita responsabilidade, atenção e dedicação. As unidades que atendem crianças com pneumonia e ou diarreia, são espaços de operacionalização do cuidado infantil, por meio de equipe multidisciplinar e de estudantes de área da saúde (HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN, 200?).

No HIAS existe serviço de emergência funcionando 24 horas para atender à sua demanda. Este setor possui quinze leitos de observação, mas sempre ultrapassa sua capacidade com leitos extras. O atendimento de emergência é realizado, prioritariamente, por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, e funciona com o sistema de classificação de risco, procurando agilizar o processo. Em conversa com enfermeiros e médicos plantonistas, foi possível perceber a importância desse serviço para a população infantil do município, considerando a grande demanda, seja por doenças agudas e/ou crônicas, em situações simples até as mais complexas. Em épocas sazonais o número de atendimento pode chegar a 300 por dia.

As unidades de internação do hospital possuem estrutura física reformada, enfermarias climatizadas, televisores, área de lazer, refeitórios e banheiros adequados à faixa etária infantil. Nas referidas unidades, as crianças são separadas em enfermarias, por áreas de especialidades médicas, e permanecem com o acompanhamento da mãe e ou familiar mais próximo, durante todo o período de internação, em respeito aos direitos da criança hospitalizada, estabelecidos pelo Ministério da Saúde e ECA (BRASIL,1995).

A unidade de pediatria geral, onde encontramos crianças internadas por pneumonia e também por diarreia, é um ambiente aconchegante, colorido e higienizado. Oferece conforto e segurança às crianças e seus pais, que são mantidos junto a seus filhos. Dispõe de seis enfermarias, contendo em média quatro leitos cada uma, separadas por faixa etária, e condições de saúde/doença; são climatizadas, possuem aparelho de televisão, central de oxigênio e ar comprimido, banheiro individual, além de um pequeno espaço de varanda.

Como recursos humanos disponíveis, conta com médicos especialistas (pediatras, pneumologistas, gastroenterologistas), enfermeiros e técnicos de enfermagem, fisioterapeutas, terapeutas ocupacional, psicólogos, nutricionistas e assistente social, além de residentes médicos e da residência multiprofissional, internos de medicina e enfermagem. A equipe de enfermagem é formada por uma enfermeira assistente, seis auxiliares de enfermagem por turno, uma enfermeira coordenadora no período diurno, além de estudantes de enfermagem e professores de diferentes áreas da saúde de diversas instituições de ensino superior, que frequentam sistematicamente o hospital durante o período letivo. Outros profissionais como auxiliares de serviços gerais e copeira ajudam a compor o quadro de funcionários das unidades de internação.

5.3.1.2 Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fatima (CAC)

O Centro de Assistência à Criança Dra. Lúcia de Fátima Ribeiro Guimarães Sá, situado na rua Guilherme Perdigão, 299, Parangaba, vinculado à Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas, é uma unidade hospitalar de referência secundária de média complexidade, com trinta leitos para internamento e serviço de urgência e emergência 24 horas, com laboratório de análises clínicas e serviço de raios X.

Especializado no atendimento infantil, o CAC desenvolve atividades de ensino nas áreas de enfermagem e medicina. Os leitos para internação atendem crianças de zero a dezesseis anos prioritariamente com diagnóstico de pneumonia e diarreia. Avós, irmãos e demais parentes têm entrada permitida diariamente nos horários de visita.

O serviço de emergência funciona 24 horas por dia, com a colaboração médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem para o acolhimento da demanda.

Como mencionado, a unidade possui trinta leitos de internação, distribuídos em seis enfermarias, cada uma contendo em média cinco berços/cama, banheiro individual, ventilador e aparelho de TV. As crianças internadas permanecem com a mãe ou algum familiar, em respeito às determinações do Estatuto de Criança e Adolescente. Por se tratar de um hospital de pequeno porte, os recursos tecnológicos são mínimos e básicos para o atendimento da demanda, como fonte de oxigênio e ar comprimido, material para suporte ventilatório (HOOD, CPAP, oxímetro de pulso), e material de urgência. A equipe de saúde é formada por um enfermeiro, três técnicos/auxiliares de enfermagem, dois médicos, um fisioterapeuta, uma assistente social e um nutricionista, além da equipe de apoio para serviços gerais e serviço de copa.

Por sua vez, o setor de emergência é formado pelo serviço de acolhimento, com três consultórios médicos e um de enfermagem. Após o acolhimento e consulta pelo pediatra a criança é encaminhada à sala de procedimentos, onde será atendida pela equipe de enfermagem. Nesse espaço estão reservados sete leitos para observação, um posto de enfermagem e uma Unidade de Terapia de Urgência (UTU) equipada com um aparelho de ventilação mecânica e material e medicamentos de urgência, monitor de FC e saturação de oxigênio. Além de recursos técnicos essenciais, a referida unidade conta com uma equipe de três técnicos/auxiliares de enfermagem e uma enfermeira /plantão de 12 horas. O serviço tem uma demanda perene de crianças com problemas respiratórios e gastrointestinais. No setor de emergência, o atendimento é secundário ao acolhimento, o qual é realizado na entrada do hospital, em cumprimento ao protocolo de Manchester, de acolhimento com classificação de risco. Ou seja, antes do atendimento médico as crianças que buscam a unidade, passam pelos técnicos, que lhes verificam o peso e a temperatura e encaminham ao SAME, para em seguida serem direcionadas ao consultório da enfermeira onde se fará a classificação do risco e posterior atendimento pelo profissional médico.

Como observado, os critérios de classificação do risco clínico das crianças estabelecidos no protocolo de Manchester incluem os níveis de prioridade e cor atribuída, o tempo de espera para o atendimento médico, a reavaliação de enfermagem e o método de avaliação da queixa principal. Portanto, estratifica-se o risco em cinco níveis distintos, sempre referidos por cores para facilitar a visualização, como exposto.

Figura 1 – Níveis de classificação de risco



Fonte: Nishio; Franco (2011).

5.3.2 A Creche Municipal Projeto Nascente

A Creche Municipal do Projeto Nascente localiza-se na rua Campo Maior, SN, no bairro Itaperi, em Fortaleza-CE. Está vinculada à Secretaria Municipal de Educação por meio da Coordenadoria de Educação Infantil. É um cenário de convivência harmoniosa entre educadores, familiares e crianças, lugar onde a rotina do trabalho exige responsabilidade, disciplina, atenção e dedicação. Desse modo, o dia a dia da creche se torna um espaço de materialização da educação infantil por meio dos processos de trabalho dos seus educadores.

Atualmente atende 93 crianças do referido bairro, na faixa etária de um a quatro anos, em horário integral, das 7 às 15 horas.

As crianças são distribuídas em cinco turmas, de acordo com a faixa etária, a saber: uma turma de Infantil 1, com treze crianças, duas turmas de Infantil 2 e duas turmas de Infantil 3, com vinte crianças em cada sala. As salas estão

equipadas com mesinhas e cadeiras infantis coloridas, brinquedos didáticos, livros de história, televisão e material de uso individual de cada criança.

Quanto aos recursos humanos disponíveis, conta com oito educadoras pedagógicas, três assistentes de educação, dois auxiliares de sala que são terceirizadas, uma copeira e uma coordenadora.

Ao acompanhar uma família que chegava trazendo o filho para mais um dia na creche, foi possível perceber uma relação repleta de alegria e confiança entre a mãe e a educadora, que recebia as crianças em sala, totalmente dependentes de sua atenção e carinho para serem cuidadas naquele dia. Assim, as educadoras seguiam acolhendo cada uma criança que chegava. A construção de parcerias entre os profissionais e as famílias na condução do trabalho na creche é um fator determinante para permitir que a educação dessas crianças encontre um meio de acontecer de maneira mais integrada e participativa.

Segundo evidenciado, as brincadeiras em sala de aula constituem-se como elementos componentes do processo de ensino e aprendizagem, e o despertar para novos conhecimentos e conquistas das crianças a um mundo novo que se apresenta continuamente na rotina da creche. Como a educação e o cuidado destinam-se às crianças desde a mais tenra idade, estas devem ser acompanhadas por profissionais capacitados para isso.

Dessa maneira, a rotina de trabalho, o desempenho das funções, equipes integradas e, sobretudo a forma como são aprendidas as relações entre profissionais e famílias, refletem o caráter agregador das creches no cenário da educação infantil. Portanto, depois de inúmeras transformações ao longo dos anos, a instituição creche assume o papel principal que objetiva: “[...] o desenvolvimento integral da criança até seis anos de idade, em seus aspectos físico, psicológico, intelectual e social, complementando a ação da família e da comunidade”. (Art. 29 da Lei nº 9.394/96).

Além disso, o Art. 18 da mesma lei prevê a incorporação da educação infantil aos sistemas municipais de ensino e desta forma as creches passam a assumir práticas de educação e cuidados que possibilitem a integração entre os aspectos físicos, emocionais, afetivos, cognitivos/linguísticos e sociais da criança, porquanto, ela é um ser completo, total e indivisível.

Conhecer de perto esse universo foi ouvir histórias e estabelecer uma aproximação com realidades bastante conhecidas por mim, durante meu trabalho como enfermeira pediátrica e professora de enfermagem pediátrica em serviços de atenção à saúde.

5.3.3 Unidade de Atenção Primária Dom Aloísio Lorscheider

A Unidade de Atenção Primária à Saúde Dom Aloísio Lorscheider do Projeto Nascente está localizada na rua Betel, s/n, no bairro Itaperi, cidade de Fortaleza, próximo à Universidade Estadual do Ceará (UECE), vinculada à Coordenadoria Regional de Saúde IV (CORES IV) da SMS. Funciona de segunda a sexta-feira de 7 às 19 horas, e presta atendimento aos moradores do bairro e adjacências. Desempenha um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade, em cumprimento aos preceitos do Ministério da Saúde em relação ao funcionamento das unidades de atenção básica, que determina o seguinte:

A Atenção Básica à Saúde é desenvolvida pelas equipes de Atenção Básica (equipes de saúde da família e outras modalidades de equipes de atenção básica), pelos núcleos de Apoio às equipes de Saúde da família (NASF) e pelas equipes dos Consultórios na Rua. Todas realizam a atenção de uma população específica que está em um território definido. Assumem, portanto, a responsabilidade sanitária e o cuidado destas pessoas, e trabalham considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012, p).

Recentemente reformada em sua estrutura física, a UAPS Dom Aloísio Lorscheider conta com dezesseis consultórios, todos equipados com computador, ar condicionado e mobiliário necessário, um auditório com capacidade para 104 pessoas, cinco consultórios odontológicos (mini CEO), sala de vacina e farmácia polo.

No período letivo oferece oportunidade para a prática acadêmica de universitários dos cursos de medicina e enfermagem de várias faculdades.

O foco das ações na unidade são as consultas por profissionais médicos e de enfermagem, que atendem com consultas agendadas e também demanda espontânea (DESP) para os casos agudos de urgência, serviço de imunização, procedimentos odontológicos, atendimentos vinculados aos programas de saúde como hipertensão e diabetes, puericultura para crianças de 0-2 anos, consultas de

pré-natal, visita domiciliar e coleta de exames laboratoriais. Dessa maneira, o acesso do usuário é facilitado ou “dificultado” por meio de agendamentos nas unidades.

No respeitante aos recursos humanos, possui 92 funcionários, seis equipes de saúde da família, composta de médicos, enfermeiros, odontólogos, assistentes sociais e agentes comunitários de saúde. Utilizam-se tecnologias de cuidado complexas e de baixa densidade (mais conhecimento e menos equipamentos), que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde da população de seu território.

De acordo com o MS, estas equipes devem responsabilizar-se pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada e próxima à unidade de saúde. As equipes devem atuar com ações de promoção da saúde (ações para estimular hábitos e atitudes saudáveis na população), prevenção (ações para evitar que as pessoas adoeçam), recuperação (ações realizadas nas pessoas para curar ou minimizar danos causados pelas doenças), reabilitação de doenças (ações promovidas nas pessoas para minimizar os danos causados pelas doenças) com objetivo de assegurar o bom padrão de saúde da comunidade (BRASIL, 2011).

A equipe de saúde da unidade dispõe também de um fisioterapeuta, o qual atende de terça a sexta-feira no horário da manhã, uma médica neuropediatra, disponível às quarta-feiras à tarde, uma odontopediatra, um cirurgião geral e um pneumologista que atendem de terça a quinta-feira a uma demanda livre, um técnico de laboratório para coleta de sangue de segunda a sexta-feira e coleta domiciliar às terças-feiras a cada quinze dias.

Em relação ao processo de trabalho nas unidades de saúde, o atendimento à criança é prestado por uma equipe de saúde composta por médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de apoio. Incidem nesse contexto questões relativas às desigualdades sociais, econômicas e educacionais, que se somam aos problemas de saúde e que repercutem sobremaneira na condução do cuidado.

Em visita ao campo, segundo o enfermeiro da unidade descreve, com a nova gestão, os profissionais de saúde, médicos, enfermeiros e dentistas, passaram por uma readequação da carga horária. Atualmente trabalham 40 horas/semanais, das quais oito são dedicadas à Educação Continuada e 32 para assistência. Dessas

32 horas, os enfermeiros disponibilizam uma carga horária de pelo menos 10 horas/semanais para o atendimento da DESP.

Nesse novo modelo de atenção às condições agudas em curso no atendimento da DESP tem se observado uma agudização das condições crônicas, onde o usuário, quando chega à unidade, é encaminhado para verificação de sinais vitais, avaliado pelo enfermeiro. Depois, mediante uma triagem, é dado o devido encaminhamento ao caso.

Ainda segundo o enfermeiro, a dinâmica do atendimento pediátrico dos casos de diarreia procura seguir o protocolo do AIDPI, na tentativa de proporcionar um atendimento de qualidade e efetivo. A demanda por esta condição é pequena, a mãe que procura atendimento para o filho com diarreia e desidratação, mas a unidade não oferece o serviço necessário de hidratação venosa. Logo as crianças são encaminhadas ao médico da emergência (DESP) ou referenciadas a UPA. Outro fator limitante para o atendimento dessa demanda é o horário e os dias de funcionamento.

Para aquelas crianças com queixas respiratórias, o atendimento é preferencialmente feito pelo médico de plantão na DESP, e após avaliação podem ser encaminhadas à UPA ou até mesmo a um aos hospitais da rede municipal, em face da necessidade precípua de um exame de raio X.

Percebe-se que o atendimento nas UAPS vem tentando se fortalecer no sentido de uma reestruturação/reorganização dos sistemas locais de saúde e das redes de atenção à saúde como condição indispensável à efetiva consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, reorientando o modelo assistencial, organizado por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados e sem comunicação uns com os outros, incapazes de prestar atenção contínua à população. (MENDES, 2002; MENDES, 2009; BRASIL, 2010C).

Dessa maneira, a reorganização, visa consolidar nas unidades de atenção primária à saúde o papel fundamental de coordenadora do cuidado e ordenadora de fluxos e contra fluxos de usuários dentro do sistema. Desse modo, firma a atenção primária como uma prática de cuidado horizontal, integrada a vários pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, mas sem hierarquia entre eles (MENDES, 2002; MENDES, 2009; BRASIL, 2010c).

5.4 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE INFORMAÇÕES

Ante a multiplicidade de fatores determinantes e a complexidade do fenômeno investigado, a coleta das informações para a produção dos dados empíricos da pesquisa foi conduzida por meio de técnicas como o grupo focal, entrevistas semiestruturadas e em profundidade e deu-se em vários momentos nos diferentes cenários.

Assim, utilizamos um roteiro de entrevista semiestruturada com as mães das crianças internadas e outro para os profissionais da UAPS, a entrevista aberta no intuito de aprofundamento das informações sobre o itinerário terapêutico das mães com crianças hospitalizadas e o grupo focal com os pais/responsáveis na creche, conforme descrito no Quadro 3 a seguir.

Quadro 3 – Técnicas de coleta de informações

TÉCNICA	CENÁRIO	PARTICIPANTES
Entrevista semiestruturada	HIAS CAC UAPS	7 mães 2 profissionais
Entrevista aberta	HIAS	2 mães
Grupo focal	Creche	6 mães e familiares
Total		17

Fonte: Elaborado pela autora.

No primeiro momento, trabalhamos com um roteiro de entrevista semiestruturada (APÊNDICE A) com as mães e /ou familiar responsável pelas crianças internadas nos hospitais do estudo. Estas informações contribuíram para o refinamento da descrição dos itinerários, ao possibilitar o entendimento da resolutividade da assistência no primeiro nível de atenção e sua relação com a unidade terciária e serviços comunitários, ou seja, a descrição do mapeamento das escolhas feitas pelas famílias em busca de cuidados de saúde da criança.

A utilização de um roteiro de entrevista semiestruturada nos dois hospitais permitiu a obtenção de dados de identificação, para uma caracterização sociodemográfica das mães/famílias, e ainda de informações acerca das experiências construídas e reconstruídas pelas mães das crianças internadas, ao se aliar racionalidades biomédicas e populares de saúde numa interação com o macrocontexto social, incluindo o reconhecimento dos sinais e sintomas da doença,

primeiras condutas para o cuidado domiciliar, e ainda o comportamento de busca por cuidados de saúde para o atendimento de seus filhos doentes.

As primeiras entrevistas foram realizadas com as mães de crianças internadas no HIAS e gravadas com os seus consentimentos. Usou-se como instrumento o roteiro de entrevista semiestruturada, e cada questionamento contemplou aspectos do marco referencial teórico, contemplando as etapas do modelo analítico desenvolvido pelo BASIC-USAID, denominado *Patchway to Survival* (Caminho da Sobrevivência), com vistas à construção do objeto, como descreve Minayo (2010).

Ressaltamos, porém: foram construídos roteiros de entrevistas distintos para os diferentes participantes, dos hospitais e da creche, e profissionais da UAPS de modo a contemplar os aspectos ora mencionados, e sobretudo respeitando a experiência/vivência de cada um.

Destaca-se que a entrevista é uma técnica focada em abordar questões subjetivas e objetivas, e possibilita a obtenção de informações, com base nos discursos dos entrevistados. A neutralidade na relação empreendida no processo de aplicação da entrevista é limitada pelo fato de os sujeitos (pesquisador-entrevistado) estarem inseridos em um mesmo contexto e, portanto, vivenciarem também o espaço onde está focalizada a investigação (MINAYO, 2008).

No segundo momento elaboramos o estudo em profundidade com duas mães identificadas na etapa anterior com a seguinte pergunta disparadora: Fale-me como você busca ajuda para resolver o problema de saúde do seu filho. Estas foram selecionadas em virtude de dois contextos sociais distintos, uma com maior acesso aos serviços de saúde privados e utilização dos serviços públicos, enquanto outra com influência de determinantes sociais como, baixa renda, riscos ambientais e precária rede social.

Mediante realização da entrevista aberta, propiciou-se uma exploração em profundidade dos atores sociais, maior apreensão e compreensão do fenômeno investigado. Sobre essa técnica, Poupart (2010, p. 88) menciona que: “[...] possibilita a compreensão e conhecimento interno dos dilemas e questões enfrentadas pelos participantes, além de se caracterizar uma ferramenta privilegiada capaz de dar acesso à experiência dos sujeitos”.

Para Becker (1992) e Poupart (2010), a realização da entrevista em profundidade ancora-se na sua potencialidade em captar os sentidos e os

significados que os sujeitos atribuem às suas experiências pessoais. Tal técnica possibilita atingir o universo simbólico do cuidado de saúde infantil na população em estudo, numa perspectiva socioantropológica.

Com o emprego da entrevista aberta os sujeitos participantes discorreram livremente sobre o adoecimento de seus filhos, e o roteiro de entrevista se configurou como um “guia de uma conversa” e não um elemento cerceador, como esclarece Minayo (2008).

As entrevistas aconteceram após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) – Apêndice C, em locais apropriados, de acordo com a estrutura de cada cenário, garantindo aos participantes privacidade e sigilo.

Esse momento foi de fundamental importância para o armazenamento e preservação das informações, uma vez que: “[...] facilita o processo de visualização, da exploração do campo, do próprio papel do pesquisador e de produção do conhecimento resultante do encontro entre o campo e a reflexão teórica” (MINAYO, 2008, p. 2).

A escolha pela técnica de grupo focal deveu-se à necessidade de tentar captar o universo familiar do cotidiano dos participantes, as referências de cada um em relação ao cuidado de saúde, permitindo-lhes refletir sobre as práticas compartilhadas de cuidado familiar e sobre a interface com o sistema de saúde formal ou informal.

Segundo Gatti (2005), o grupo focal pode ser considerado como uma técnica derivada de vários trabalhos com grupos, sendo amplamente desenvolvida na psicologia social. Para Powell e Single (1996, p. 449), o grupo focal é “um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um tema, que é o objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal”. Mas para elaboração do trabalho é necessário seguir alguns critérios, tendo em vista o problema em estudo, como, por exemplo, se os participantes possuem algumas características em comum, como também vivência com o tema em discussão.

Ainda de acordo com Gatti (2005), na realização do grupo focal o moderador ou facilitador deve conduzir a comunicação ou discussão sem interferências indevidas, como a emissão de opiniões particulares ou conclusões, porquanto sua atuação deve fazer fluir a discussão entre os participantes. Na realização de um grupo focal, existe um interesse no que as pessoas pensam e expressam, e no porquê pensam dessa ou daquela forma. Por isso o moderador

precisa ter em mente que ele não está fazendo uma entrevista com o grupo, e sim criando condições para que os participantes atuem, efetivamente, nas discussões.

Segundo Krueger (2009) e Morgan (2010), esse tipo de técnica de pesquisa tem como objetivo entender, por meio das trocas nas discussões no grupo, conceitos, sentimentos, como também atitudes, reações, etc. de um modo específico que não seria possível captar mediante outras técnicas como a entrevista ou observação.

Nosso trabalho foi o de tecer, com base nas estratégias de análise os pontos de intercessão entre as dimensões dos campos, privilegiando o cuidado como categoria central. Dessa forma, o estudo valorizou tanto os modos de cuidar como o sentido e o significado das práticas acessadas das entrevistas.

Após a apresentação dos instrumentos e coleta de dados, traçamos algumas considerações acerca do trabalho de campo em cada local.

5.5 O TRABALHO DE CAMPO

Esta seção remete ao processo de trabalho como pesquisadora e ao desenvolvimento da pesquisa nos diferentes cenários da investigação.

Iniciamos o trabalho de campo, pela unidade de pediatria geral do Hospital Infantil Albert Sabin (referência terciária), seguido do Centro de Assistência à Criança (referência secundária), da creche e da UAPS, sobre as quais teceremos alguns comentários a seguir.

A produção da pesquisa em cenários hospitalares diferentes justifica-se, sobretudo, pelo nível de complexidade dos casos encontrados na referência terciária que culminaram com complicações como derrame pleural, desidratação e desnutrição no tocante a pneumonia e diarreia, respectivamente. Já no hospital (CAC) de pequeno porte e média complexidade, os casos encontrados dizem respeito as situações de pneumonia e diarreia sem maiores complicações.

O fato de ser enfermeira pediátrica, trabalhando nesses locais, pode ser destacado como um aspecto facilitador para o desenvolvimento da pesquisa, pois senti-me muito à vontade para entrevistar aquelas mães tão diferentes e ao mesmo tempo tão iguais, algumas zelosas, outras aflitas, às vezes desatentas, e até desinformadas, que acompanhavam os filhos internados. Senti-me também muito

bem acolhida pela equipe de saúde e demais profissionais. Isso me conferiu mais liberdade, e também uma vigilância constante para não me deixar envolver por questões de ordem gerencial e do cuidado de enfermagem do setor. Estar ali foi muito prazeroso.

Todavia o papel de pesquisadora foi mantido em cada encontro com os pais e com as crianças internadas, ora mais próximo e íntimo, ora distanciando o olhar profissional para não deixar que o conhecimento da rotina do serviço me impedisse de um olhar de pesquisadora, para inserir-me cada vez mais no contexto da família, em busca de algo a mais, ou até de complementar, explicar, orientar a respeito do tratamento e da doença.

Tudo isso coloca a pesquisa como um processo contínuo de construção, capaz de produzir um sentido à investigação, assim como um convite a novas pesquisas no âmbito da saúde.

No cotidiano da prática nos hospitais percebemos a circulação de pessoas e profissionais de saúde executando suas atividades, seguindo suas especificidades, dialogando entre si sobre casos clínicos específicos. A equipe de enfermagem mostrou-se como um coletivo, capaz de produzir um cuidado bastante dinâmico, ao cuidar da higiene das crianças, efetuar curativos, punções venosas, passagem de sondas e cateteres, administrando medicação, monitorizando sinais vitais, em meio a crianças apreensivas, com medo, outras alegres e brincando, cada uma com uma necessidade e demandas específicas. Conviver com essa realidade foi reconstruir meu papel no desempenho da minha função como enfermeira pediátrica.

Sobre o ambiente dos hospitais, conforme observamos apesar de higienizado e organizado, ainda se configura como um espaço hostil para a maioria das crianças em face da necessidade de execução de procedimentos dolorosos, como a hidratação venosa, aplicação de injeção e outros. Outro fator observado refere-se à limitação das atividades lúdicas tão essenciais ao desenvolvimento infantil. Nas enfermarias de um dos hospitais, havia, apenas um aparelho de televisão e nenhum brinquedo ou decoração infantil nas paredes.

Ressaltamos esse aspecto, pois, a nosso ver, em qualquer idade a ludicidade deve estar presente, e não pode ser encarada apenas como uma diversão, uma vez que essas atividades favorecem o desenvolvimento da criança. Portanto, os hospitais também podem participar desse momento.

Embora os hospitais estudados possuam características em comum, quanto à população atendida, majoritariamente crianças, a maneira como os processos de trabalho se dão é totalmente diferente, tendo em vista as especificidades do cuidado, o qual está diretamente relacionado ao nível de complexidade dos serviços no concernente aos problemas apresentados pela sua população.

Mediante a realização das entrevistas com as mães de crianças internadas nos hospitais da pesquisa, evidenciamos elevado grau de complexidade na condução do cuidado no tocante à pneumonia bacteriana e à doença diarreica, sobretudo para aquelas crianças internadas no hospital de referência terciária, que poderiam estar associadas às condições de saúde desfavoráveis da própria criança, ou aos seus itinerários terapêuticos.

Por sua vez a pesquisa na creche nos proporcionou um encontro com pais de crianças “sadias”, e nos permitiu desvelar outras realidades/experiências de cuidado familiar, reportados por meio de vivências, do cuidado domiciliar e da interface com o sistema de saúde formal ou informal.

Nessa etapa do trabalho de campo, a realização do GF nos proporcionou reunir os elementos necessários à interpretação do caminho da sobrevivência conforme proposto pelo Diagrama do *Pathway to Survival*, analisado a seguir.

5.5.1 Nos hospitais pediátricos

Em ambos os cenários hospitalares evidenciamos aspectos semelhantes sinalizando que as ICSAP devem ser entendidas como episódios produzidos tanto pela (in)capacidade do sistema de atenção primária, quanto na incipiência do cuidado domiciliar em atender a essa demanda de saúde.

No primeiro hospital pesquisado, como percebemos, sua função de referência terciária no sistema para assistência à criança permite que as várias estratégias de cuidado possam ser estabelecidas, na medida em que a gestão destina-se à resolução de problemas mais graves inerentes ao universo do cuidado infantil.

Na segunda instituição hospitalar, apesar de ser hospital de pequeno porte, de referência secundária, pesquisamos diversas questões igualmente importantes àquelas do universo do hospital terciário. Em relação às unidades

pesquisadas, as dificuldades, a qualidade da atenção, no tocante a equipamentos e recursos, não foram apontadas como obstáculo à produção do cuidado à criança com diarreia e pneumonia.

Portanto, a elaboração da pesquisa em cenários hospitalares diferentes justifica-se, sobretudo, pelo nível de complexidade dos casos encontrados na referência terciária, que culminaram com complicações como derrame pleural, desidratação e desnutrição, para os casos de pneumonia e diarreia, respectivamente. Já no hospital de pequeno porte e média complexidade, os casos observados, dizem respeito as situações de pneumonia e diarreia sem maiores complicações.

Para identificação e contato com os familiares dentre tantos que estavam no hospital, foi fundamental o auxílio dos meus colegas enfermeiros e técnicos de enfermagem. Tal auxílio foi orientado pela identificação das crianças com diagnóstico de pneumonia e ou diarreia.

Após serem informadas sobre os objetivos da pesquisa, as mães gentilmente aceitaram participar, respondendo à entrevista sobre algumas questões acerca do adoecimento dos seus filhos e o caminho percorrido em busca de cuidado de saúde.

Vale ressaltar que ambas reuniam elementos necessários ao estudo, além de permitir agregar um maior número de informações para compreender os desafios do cuidado às condições sensíveis à atenção primária de crianças em nosso meio.

Dessa maneira, o entrevistador não se restringiu ao roteiro previamente elaborado e pôde intervir com colocações aptas a possibilitar ao entrevistado ampliar suas respostas. As perguntas da entrevista estavam relacionadas aos aspectos do cuidado e à tessitura da rede de atenção à saúde presente no contexto familiar de cada sujeito. Isto nos permitiu a interpretação das narrativas.

5.5.2 Na creche

Na medida em que a trabalho de campo avançava, como foi possível compreender, para a concretização da pesquisa, seria necessário buscar outros cenários, estabelecer parcerias que serviram de elos para melhor compreensão do fenômeno estudado. A percepção da necessidade de estabelecermos essas

parcerias ficou muita clara no momento da creche, ao intuirmos a riqueza das informações que foram sendo somadas com a realização do GF, mediante as quais a pesquisa pôde ser construída paulatinamente.

Iniciamos a pesquisa de campo com uma visita preliminar ao local com o objetivo de promover maior aproximação, conhecer o espaço físico, os recursos humanos disponíveis, e principalmente a pessoa da coordenadora da unidade, com quem travou-se um diálogo bastante cordial, solicitando sua permissão e colaboração a elaboração da pesquisa. Neste dia não houve entrevista, apenas as devidas apresentações, observação da dinâmica da creche e também o início de uma aproximação com alguns dos pais, no momento em que traziam suas crianças para mais um dia de atividade na creche.

Na oportunidade, foi perguntado à coordenadora se poderia colaborar conosco no sentido de manter contato e convidar alguns dos familiares das crianças para participar como informantes da pesquisa, durante a realização do grupo focal. Ela foi bastante acessível, e ofereceu toda a estrutura do local para o encontro com os pais. No dia marcado para meu encontro com os possíveis sujeitos da pesquisa, ela estava junto, agradeceu a presença de todos, fez as devidas considerações a respeito da presença da autora da pesquisa e dos objetivos do encontro. Percebeu-se haver uma relação muito familiar e respeitosa entre os pais e a pessoa da coordenadora da creche.

A aproximação com os pais das crianças da creche e o desenrolar das etapas seguintes, com o desenvolvimento do grupo focal, exigiu disponibilidade de tempo dos sujeitos e colaboração da coordenadora da unidade no intuito de garantir a presença de todos os participantes no local e hora agendados, além do espaço para produção da técnica.

Com a realização do grupo focal verificou-se aproximação com os pais das crianças, enfocando as práticas de cuidado de saúde diante do adoecimento de seus filhos. Esse momento foi imprescindível para que os participantes da pesquisa pudessem expressar suas práticas de cuidado de saúde cotidianas, assumindo-as dentro de um coletivo. Para ser possível orientar a participação de todos, sobre os papéis desempenhados, elaboramos algumas questões acerca da experiência de cuidado com o filho(a), adoecido(a) por pneumonia e ou diarreia, que nortearam as discussões.

No referente ao tema a ser discutido, traçamos um roteiro de perguntas, contendo questões relacionadas ao comportamento/atitudes/tomada de decisão dos pais diante do adoecimento do filho. Salienta-se que as perguntas norteadoras do grupo, ficaram sob encargo da mediadora.

O ambiente escolhido para a realização do GF foi a sala da diretoria da creche, um espaço pequeno e acolhedor, com cadeiras, mesas, uma boa iluminação.

Enquanto as cadeiras foram dispostas em círculo, dando aos participantes a possibilidade de visualização de todos entre si, as mesas serviram de apoio para o lanche. Como para a realização do GF são necessários recursos técnicos como gravação e/ou filmagem das falas, neste grupo, optou-se pela gravação como recurso auxiliar. Os participantes da pesquisa foram comunicados e avisados de que a sessão seria gravada, e não houve nenhuma objeção ao fato.

Os participantes foram acolhidos pela responsável da pesquisa com um lanche, com vistas à descontração e interação entre os membros. Durante este tempo foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que todos se inteirassem do propósito do GF.

Depois de esclarecido e assinado o TCLE, os participantes escolheram seus lugares e sentaram-se formando um pequeno círculo. Nesse momento foram feitas as apresentações ao grupo, dando-lhes as boas-vindas, agradecendo a presença de todos e o auxílio prestado para o desenvolvimento da pesquisa. Em seguida, houve uma breve apresentação dos tópicos de discussão, uma abordagem sobre a técnica e seu objetivo, a orientação quanto ao uso do gravador, e orientação sobre a dinâmica do trabalho (importância de todos participarem, de evitar as conversas paralelas, evitar dispersão, etc.). Por último, foi exposto o tema da reunião, e procedeu-se à apresentação dos participantes, dizendo o seu nome e idade e o nome do filho.

Participaram do grupo focal seis pais/mães de crianças que frequentam a creche do Projeto Sol Nascente, que aceitaram o convite para participar da pesquisa, desconsiderando a ocorrência de internações ou adoecimento por CSPA. Conforme percebemos, que ao compartilhar suas experiências vividas com seus filhos numa situação de adoecimento, em particular a pneumonia e a diarreia surgiu um outro componente à pesquisa, na medida em que, ao se distanciarem do momento da doença/tratamento, as emoções temporais foram amenizadas, pois

conversamos sobre eventos passados, e isso agregou informações relevantes sobre o cuidado materno no domicílio e fora deste.

Segundo Pizzol (2004), o número ideal de participantes para um grupo focal é o que possibilite a participação efetiva de todos eles, visando à discussão das questões. Assim, Trad (2009) afirma a presença na literatura desde seis até quinze participantes. Desta forma, o primeiro grupo contou com seis familiares, a mediadora e um observador. Esse momento foi muito rico de informações e durou cinquenta minutos.

5.5.2.1 Considerações sobre o grupo focal

Esse momento foi bastante descontraído, e percebi o interesse e disponibilidade de cada um em participar como forma de compartilhamento de assuntos referentes às suas crianças que pudessem interessar à comunidade, pois até então eles não sabiam como seria participar de um grupo focal, no entanto mostravam-se bastante solícitos e descontraídos para o encontro, pois o ambiente da creche lhes era muito familiar.

A primeira a se apresentar foi Cleonice, mãe do Théo, de três anos (P1). Depois vieram Adriana mãe do Thiago, de um ano e dez meses (P2), Marcus, pai do Levi (P3), Adriana mãe do Ruã, de três anos (P4), Tereza, mãe de Marina, quatro anos (P5), e Adilina, mãe da Barbara, de quatro anos (P6).

Todos os participantes afirmaram já ter experienciado o adoecimento do filho por essas duas condições, pneumonia ou diarreia, e segundo alguns referiram, o filho teve os dois problemas.

O meu, ele é muito alérgico, aí teve uma vez que ele teve começo, não pneumonia, mais começo de pneumonia [...] ele tem diarreia também, quando a gripe é muito forte vem acompanhada de diarreia, febre. Ele também tem outros problemas, como alergia, rinite, sinusite, gripe (P1).

O meu, mais ou menos uma vez por mês ele tem a diarreia, aquela só a água mesma, ele passa mais ou menos uma semana, cinco dias (P2).

O meu Levi, assim [...] pneumonia ou começo ele nunca teve não, agora já a diarreia ele já teve, mas pneumonia, ele já vai fazer quatro anos agora e nunca teve não, nem começo (P3).

O Ruan, ele é de sete meses, nasceu de sete meses [...] ele já está com três anos, e continua tendo problema, sempre, sempre gripado, pneumonia ele teve logo no começo, mas agora recentemente não (P4).

A minha já teve os dois tanto pneumonia, como diarreia, sendo que mais grave mesmo foi a pneumonia [...] (P5).

A minha nunca teve pneumonia não, agora diarreia ela tem [...] (P6).

Quando perguntados sobre como perceberam que seus filhos estavam doentes, o que foi identificado foram estas as respostas:

Na sequência foi perguntado sobre os sintomas que foram, evidenciados e que atitude tomaram. Para os casos de diarreia, segundo todos referiram, procuram cuidar do filho primeiramente em casa, oferecendo água de coco, soro caseiro e outros líquidos, além de medicamentos como floratil. Uma outra diz que procura dar alimentos mais constipantes outras preferem, levar ao posto de saúde, à UPA e ainda hospital.

[...] Quando ela tem diarreia, como é muito forte, ela cai no chão com cólicas, eu penso que está acontecendo alguma coisa, eu levo logo na UPA (P5).

[...] Quando ele fica e vem logo a febre, eu dou o paracetamol a ele, e fico dando um anti-inflamatório porque ele fica logo com a garganta inflamada, só dou mesmo antibiótico também nos últimos casos mesmo, quando eu vejo que está muito forte, não estou contendo em casa aí eu levo ele, para o hospital ou pra UPA [...] (P1).

[...] No caso do meu, tento baixar a febre, mas a febre dele não é aquela de baixar em casa, dou dipirona, paracetamol, não baixa de jeito nenhum, se ele der o dipirona na veia dele pronto, a febre passa e não aparece, aí fica na gripe. Da diarreia, eu dou muito soro para ele, e muita coisa para fazer o cocô dele ficar durinho, porque dizem que tem goiaba, banana sempre é bom [...] as pessoas dizem que tem goiaba (P2).

[...] Lá em casa também a gente faz assim também, dá a medicação em casa, o soro, procura também dar água de côco que diz que é bom também. Aí senão melhorar leva no posto [...] (P3).

[...] A febre, eu tento controlar em casa, quando eu vejo que não dá mais para controlar eu levo para o hospital [...] (P4).

[...] Eu também só levo pro médico nas últimas, procuro tratar em casa, e antibiótico também, só no último caso, dou xarope e controlo a febre com paracetamol [...] (P 6).

Para os casos de pneumonia, diante do sintoma da febre, informam que tentam controlar em casa com remédios antitérmicos, (dipirona). Quando não conseguem controlar e percebem que o filho está “piorando” a primeira escolha mesmo é procurar um serviço de saúde, no caso, a UPA ou a emergência do hospital. Algumas vezes também referiram o uso de xaropes e remédio de febre,

anti-inflamatório, os antibióticos “somente no último caso”, como menciona a mãe da Bárbara, pois só conseguem comprar com receita; já os outros, não, compram tranquilamente no balcão da farmácia, às vezes o remédio recomendado pelo balconista ou outros que já conhecem.

Sobre o caminho percorrido e o atendimento de saúde recebido para o filho com pneumonia e ou diarreia, os participantes narraram assim:

A minha filha é porque ela tem um plano, e ela foi atendida imediato, eu levei logo para o hospital da criança. Porque ela estava com muita febre, muita tosse, muito forte mesmo, eu levei ao hospital e o médico suspeitou logo, pois a tosse estava muito seca, por isso que o tratamento foi prolongado, por uma semana, com ela internada no hospital, se eu tivesse ido pra casa ela tinha piorado pois já estava grave, ela tinha uma mancha no pulmão (P6).

Eu já levei meu filho no posto porque ele estava com muita febre e aquele catarrão amarelo, e a febre dele não passava, só que no posto, eu levei ele, ele não melhorou, aí eu levei no hospital da tia Júlia e lá foi constatado que ele tava com pneumonia, aí aconteceu que ela [a doutora] queria internar ele, eu disse que não. Ela perguntou se tinha como tratar dele em casa, aí ela passou bem direitinho o medicamento dele, eu tratei dele em casa, de novo, bateu outro raio X, e tava tudo normal (P3).

Eu levei ele no posto, não estava tendo atendimento, quando foi no outro dia que eu levei lá na UPA foi constatado pneumonia. [...] eu levei ele no posto porque ele tava com tosse, o rapaz disse que não estava tendo esse negócio da demanda. Aí eu deixei ele em casa, quando foi na sexta-feira, apareceu a febre nele de 38° C, [...] vou pegar ele e levar logo na UPA, lá foi constatado que ele estava com um comecinho de pneumonia, a médica pediu um raio X [...] Você pode tratar dele em casa, você tem condições de tratar dele em casa (P3).

Uma vez, ele fez uma diarreia que eu levei aqui no posto e a medica disse pra mim dar bastante soro a ele, e se a diarreia dele ficasse fedendo eu levasse de volta, no mesmo dia eu levei ele na UPA porque não passava, já tava pra ficar infecção intestinal. [...] passaram medicamento, ele tomou bastante soro, foi pra casa no mesmo dia, e passou mais ou menos três dias, no segundo dia já estava sem esse cheiro que incomodava (P4).

Da última vez que ele teve tosse seca, ficamos cuidando em casa. Quando foi um dia ele estava aqui na creche, tava tossindo muito, quando eu peguei ele, que levei, apareceu a febre de repente, tava com 36° C e subiu para 39° C, quando eu levei na UPA, foi constatado pelo raio X do tórax que ele tava com “comecim” de pneumonia (P1).

Em relação ao atendimento nos serviços formais ou informais de saúde (UAPS, UPA, emergência), por diarreia e ou pneumonia, e se o problema havia sido resolvido, todos os participantes informaram já haver procurado os serviços formais de saúde como as UAPS, UPAs e hospitais nas duas situações. Procuram o posto

de saúde para os casos de diarreia, a UPA e o hospital para os casos de pneumonia.

Como afirmam, na maioria das vezes sim, atende perfeitamente às necessidades de saúde, procuram o posto para os problemas considerados mais simples como a diarreia, o atendimento consiste basicamente na prescrição de soro para ser usado em casa. Nos casos de pneumonia comunitária – PA (referida como “um começo de pneumonia”), são unânimes em optar pelas UPAs ou emergência hospitalar, a rezadeira só nos casos de “quebranto”, A emergência hospitalar é mais utilizada para os casos de pneumonia, por considerarem a importância da disponibilidade de recursos tecnológicos como o raio X para o diagnóstico.

Na UPA, resolveu geralmente eles dão o soro na veia, deixam em observação, passam dipirona se tiver com febre e passam um receituário se necessário antibiótico, geralmente mandam logo pra casa, porque a minha filha quando vai ela não está se alimentando, então ele já aplica logo o soro para reidratar, deixa em observação, passa a dipirona se tiver com febre, passa um receituário se necessário um antibiótico, pra casa, amoxicilina é a mais prática da UPA, dipirona se necessário, e soro oral que ela não toma porque acha salgado (P5).

Eu já levei ele pro posto, e fui atendida de pneumonia, só que no posto, eu levei e ele não melhorou, aí eu levei no tia Júlia e lá foi constatado que tava com pneumonia. Mas sempre que eu procuro as unidades eu sou bem atendida. (P4).

Quando perguntados sobre a experiência de utilização do soro oral para o tratamento da diarreia, alguns se pronunciaram assim:

Quando ele tá com diarreia a gente dá soro pra ele tomar. Ele toma numa boa, ele já é tão acostumado com remédio que ele vai logo abrindo a boca, eu digo que é água e ele toma numa boa, ele sofre desde oito meses (P4).

O meu é difícil também de tomar às vezes eu tenho de tomar um pouquinho e digo, “vamos lá agora é tua vez”, mas é muito difícil soro oral, água de coco é mais fácil de tomar (P2).

O meu é difícil de tomar qualquer remédio, pode ser qualquer um, ele não quer, pode ser o melhor do mundo que ele não toma (P3).

A minha também não toma, só na veia mesmo, por isso quando ela tem diarreia, eu não levo, dou logo o “florente”, porque a dela não é assim tão grave, geralmente é de alguma coisa que ela come, não é coisa grave de dar febre não. Eu combato logo com o “florentil”, aí já combate (P6).

Sobre a experiência com o serviço informal, os pais responderam:

[...] O meu a minha mãe as vezes diz assim: “vamos levar na rezadeira, que é a D. Pilá ali”, minha mãe vai e leva ele, vamos rezar hoje, amanhã e depois, [...] três dias aí pronto, vamos ver se resolve, resolve nada (risos) (P3).

Tem uns casos que tenho visto falar que é o quebrante né? Funciona, nos casos da diarreia a gente procura mesmo é o posto, hospital, rezadeira só nos casos de quebrante [...] (P2).

[...] Eu só levo pra rezadeira quando ele está no interior, aí quando ele adoce a minha mãe diz, “ah, este menino é abençoado demais, ele pegou quebrante, vai leva ele na D. Maria”, aí levo, e como eu tenho fé, ele até fica bom (P1).

Ao serem indagados sobre o conhecimento a respeito das doenças diarreia e pneumonia, segundo todos acreditam, que acontece devido a ingestão de alguns alimentos como recheados, achocolatados, salgadinhos, etc. ou ainda pela falta de higiene no manuseio dos alimentos.

Eu acho que a diarreia é uma bactéria, mãos sujas, maus tratos, eu acho que isso que causa diarreia, eu acho, até no alimento mesmo pode pegar uma bactéria. Ela retoma a pergunta sobre a rezadeira para dizer que não crê (P6).

A diarreia é como ela falou, está nos alimentos, é porque o meu se ele tomar Nescau, dá diarreia, é tanto que eu evito dar Nescau a ale, em casa ele não toma, umas duas vezes que eu dei ele adoceceu, fico logo com febre, gemendo, só melhorou quando vomitou (P1).

Acho que a diarreia é pelo alimento também. Eu digo porque o meu pegou diarreia por causa de um pedaço de pizza, [...] ele fez aquele cocô mole, eu também acho que a diarreia é pelos alimentos (P3).

Eu acho que é pelos alimentos às vezes a gente compra muita besteira, xilito, recheado, quando meu filho come bombom, ele diz “mamãe eu estou com muita dor de barriga”. Acho que tudo, essas coisas de salgado demais, eu acho que dá diarreia (P4).

Sobre a pneumonia, as participantes a atribuem a uma gripe mal curada. Todos concordam com a opinião de Tereza que atribui a pneumonia como sendo decorrente de uma gripe mal curada. Apenas a mãe do Ruãn, acrescentou à resposta o fato dele ter sido acometido de pneumonia mesmo sem estar gripado.

[...] pode até ser por uma gripe mal curada, mas o meu filho pegou um comecinho de pneumonia de repente. Ele não estava gripado, apareceu a pneumonia, em seguida a febre. Perguntei à professora se o nariz estava escorrendo ela disse que não (P3).

Por meio das respostas obtidas pelo GF, depois de mais ou menos uma hora de diálogo, a nosso ver uma excelente interação e participação de todos, os quais em parte, não se conheciam apesar de terem seus filhos na mesma creche. Portanto, esse foi também um bom momento de socialização. A mãe do Ruan, era a mais nova integrante da “família da creche”, e trouxe muitas informações relevantes para o desenvolvimento do trabalho.

Segundo as falas, as condições socioculturais e econômicas continuam produzindo significados para o adoecimento e tratamento dos filhos e gerando comportamentos adotados de maneira bastante singular pelos pais. Dessa maneira, a expectativa de melhor tratamento para ajudar na recuperação do filho doente é valorizada com a ajuda dos profissionais de saúde nas redes formais de atendimento, embora nos primeiros momentos não se despreze o cuidado adquirido na comunidade ou na família.

Mediante as falas dos participantes no grupo focal, descortina-se o papel central das UPAs e dos profissionais de saúde como produtores do cuidado. Ademais, como se pode compreender com a intervenção e atuação profissional, nasce o itinerário percorridos pela criança ao passar pelos diferentes serviços, produzindo impactos diversos capazes de repercutir na dinâmica do trabalho, na demanda de recursos terapêuticos, na vida dos familiares e da criança e na experiência do profissional sobre o seu ato de cuidar (ALVES; OLIVEIRA; VASCONCELOS, 2013).

Eu levei ele no posto, não estava tendo atendimento, quando foi no outro dia que eu levei lá na UPA foi constatado pneumonia [...] apareceu a febre nele de 38 C, aí eu disse: “vou pegar ele e levar logo na UPA”, porque meu medo era de ele ter outra coisa, como o que ele tem [convulsão], levei ele na UPA, quando foi constatado que ele estava com um comecinho de pneumonia (P1).

Se tivesse levado ele no posto eles teriam mandado pra UPA, porque a tosse dele era seca, eu não sabia, lá no UPA a médica perguntou sobre a tosse se era seca e daí pediu um raio X, e eles disseram que ele estava com um comecinho de pneumonia (P3).

Na UPA, resolve, geralmente minha filha quando vai, como não está se alimentando, então eles aplicam logo o soro para reidratar, deixam em observação (P5).

A experiência do GF mostrou-nos como o conhecimento e o esforço para controlar a doença dos filhos, mesmo quando obtêm os resultados esperados, de modo efetivo, significa a perpetuação da autonomia do cuidado materno, gerando satisfações e sentimento de responsabilidade pelo cumprimento do dever de cuidadores. Assim, os ganhos relativos à qualidade assistencial com as conquistas alcançadas no tratamento dos filhos doente fazem deles famílias tranquilas nesse aspecto.

5.5.3 Na UAPS

Após alguns meses de trabalho, divididos entre os dois hospitais pediátricos e a creche, foi possível mergulhar em diferentes realidades, compostas por diversos níveis de complexidade, construídos com base nas visões de mães. Isto nos instigou a pesquisar num outro nível de atenção que promove demandas assistenciais, envolvendo tecnologias, recursos, e especialidades como as UAPS.

Nesse momento, a pesquisa restringiu-se à entrevista com um profissional de saúde Inicialmente, e posteriormente com a coordenadora. Essas entrevistas foram realizadas na própria unidade em espaço reservado e tivemos autorização para gravar. Foram importantes para elucidação de aspectos relacionados à organização do serviço, capacidade instalada e ainda sobre aspectos inerentes à prática diária dos profissionais.

Nessa oportunidade, podemos observar um pouco da dinâmica do funcionamento da unidade, dialogar com alguns profissionais de saúde. Ressaltamos que o atendimento de saúde na atenção primária em Fortaleza está empreendendo mudanças em seu modelo de gestão. Tal situação vinha provocando alterações na dinâmica do atendimento. Segundo o profissional de saúde:

A consulta de enfermagem na UAPS, recentemente, passou por uma reformulação, e teve ampliado o leque de medicamentos que podem ser prescritos pelos enfermeiros, bem como a solicitação de exames laboratoriais, favorecendo ainda mais a resolutividade dos problemas de saúde da população (Profissional da UAPS).

Como resultado, consoante percebemos, os trabalhadores ganharam mais autonomia, aproximaram-se mais da população, ouvindo e conduzindo os casos até mais complexos.

Entretanto, em relação à faixa pediátrica, com esse novo modelo de atenção, o atendimento de crianças com doença diarreica e/ou infecção respiratória, tem baixa demanda na UAPS. Este fato é atribuído à proximidade da unidade com a Unidade de Pronto Atendimento, localizada no prédio vizinho, conforme relata o profissional:

O atendimento pediátrico por essas condições, atualmente, na nossa unidade é muito baixo, pode ser devido a UPA, que realiza exames laboratoriais e de raio X, e ainda devido ao atendimento por médico pediatra. (Profissional da UAPS).

O acesso aos exames na UPA é condição avaliada pelos familiares como indispensáveis e pela população para o diagnóstico e o tratamento adequado, e consequentemente a resolução dos problemas de saúde de suas crianças.

A unidade Dom Aloísio Lorscheider procura articular suas ações com diversas instituições do território. Entre estas, a Escola Municipal de Ensino Fundamental e Médio, por meio do PSE, a creche do Projeto Sol Nascente, o Centro de Atenção Psicossocial com atendimentos para adultos com problemas relacionados com álcool e outras drogas (CAPS ad), e com a UPA, todas localizadas ao lado uma da outra e, desse modo, estruturando um complexo de atenção à saúde e educação.

Essa integração do serviço de atenção primária aponta para uma ampliação da resolubitividade das ações básicas e para a continuidade do cuidado do usuário, que precisa da atenção especializada funcionando em consonância às diretrizes da Política de Atenção Básica (PNAB), conforme o Ministério da Saúde:

A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários com o Sistema Único de Saúde, uma vez que é a principal porta de entrada das redes de atenção à saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL).

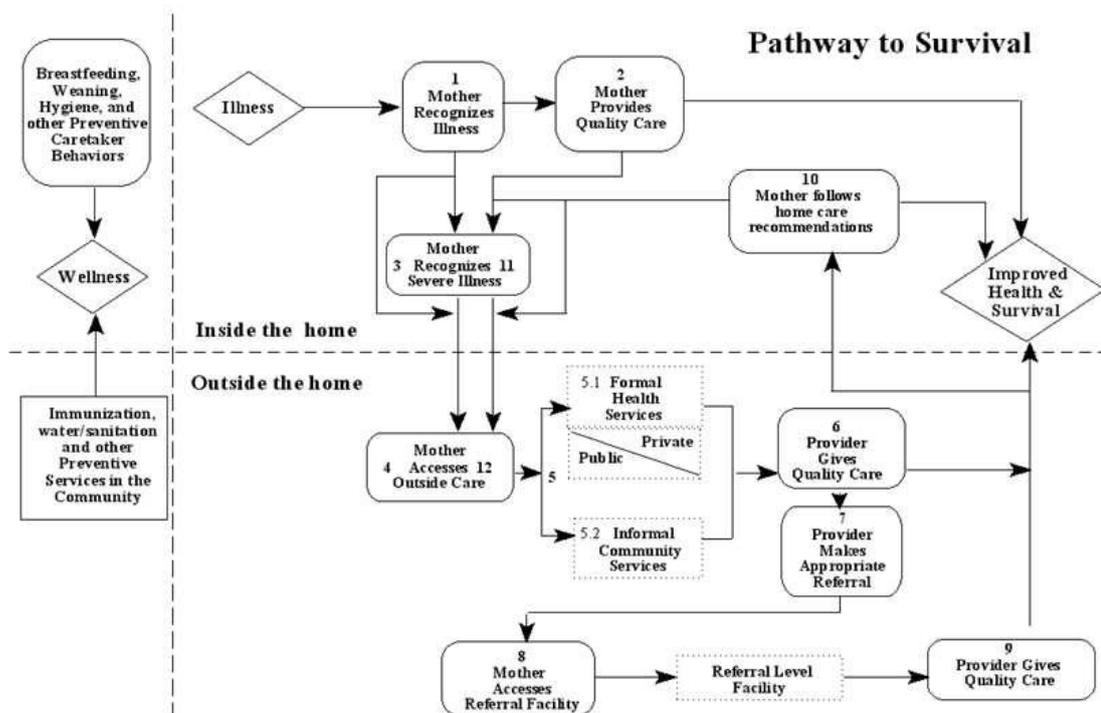
Por fim, os conteúdos obtidos das entrevistas e do grupo focal durante o trabalho de campo nos permitiu obter os elementos necessários à análise hermenêutica das narrativas, como proposto no eixo teórico-metodológico. Essa análise, apresentada a seguir, foi realizada sem dividir os espaços da pesquisa estudo uma vez que não pretendíamos avaliá-los, tampouco compará-los, pois o foco do estudo voltou-se para a compreensão do itinerário terapêutico de crianças com pneumonia e diarreia.

5.6 PLANO DE ANÁLISE

Os resultados obtidos com as entrevistas propiciaram a compreensão do comportamento de busca das mães, para favorecer o cuidado de saúde de seus filhos (incluindo comportamentos assumidos no domicílio, na comunidade, em sua rede social e comportamento de busca e adesão às recomendações feitas nos serviços de saúde).

Conforme mencionado, a proposta de análise das entrevistas semiestruturadas adotou como substrato teórico o modelo analítico denominado *Pathway to Survival*², cujo objetivo é oferecer uma análise abrangente acerca das circunstâncias de adoecimento da criança, da utilização de serviços formais e informais para o restabelecimento da saúde, envolvendo cuidados domiciliares e aspectos do desempenho dos serviços de saúde mediante experiências vivenciadas pela família, conforme exposta na Figura 2.

Figura 2 – Diagrama do *Pathway to Survival* ou Caminho da Sobrevivência



Fonte: Agencia Americana para o Desenvolvimento (USAID) (BASICS, 1996).

² Projeto de Apoio Básico para Institucionalização da Sobrevivência (BASIC_USAID) apoiado pela Agência Americana para o Desenvolvimento (USAID) (BASICS, 1996).

Numa análise sobre o diagrama do Pathway to Survival ou Caminho da Sobrevivência foi possível identificar as etapas-chave da ação da mãe/cuidador entre o início da doença e a restauração da saúde da criança. Destacam-se, então, os eventos ocorridos no interior da casa (acima da linha pontilhada mencionado no diagrama) e no apoio de serviços de saúde formais e informais encontrados na comunidade ou nos serviços públicos ou privados de saúde (abaixo da linha pontilhada).

O diagrama do Caminho da Sobrevivência promove a análise dos requisitos para a gestão do cuidado dos casos, a identificar ações específicas dentro e fora de casa, em serviços formais e informais. Como sua utilização é possível identificar os principais determinantes dessas ações e as intervenções que os influenciam e que podem ser analisados em três áreas distintas, mas que não se excluem: a) Gestão do cuidado no lar/domicílio; b) Interface entre o domicílio e os serviços externos; e c) Gestão do cuidado fora do domicílio.

A) Gestão do cuidado no lar/domicílio

Quando a criança adoce várias ações são adotadas pela família/cuidador no próprio lar na tentativa de restaurar-lhe a saúde. Estes incluem o reconhecimento da necessidade de tratamento, ajustes de cuidados na própria casa, ou decisão de busca por atendimento complementar adequado, se necessário, proporcionando cuidados continuados depois de receber assistência externa. Estes passos podem ser diferentes em termos de complexidade e ação necessária para diferentes síndromes de doenças. Por exemplo, o reconhecimento de diarreia é relativamente simples e o manejo adequado dos casos (aumento de líquidos e alimentação contínua) frequentemente pode ser administrado em casa. Em contraste, o reconhecimento de infecção respiratória aguda baixa pode ser mais difícil. A gestão adequada (antibióticos) pode exigir inicialmente a procura de cuidados fora de casa, mas, após a visita, cuidados domiciliares devem ser dispensados pelo cuidador/família.

B) Interface entre o domicílio e os serviços externos

Este momento representa a busca por atendimento fora e prestação de cuidados continuados após a consulta, fora de casa (linha pontilhada horizontal no diagrama é atravessada em dois locais diferentes). Esta etapa inclui as ações de saúde pública disponíveis que influenciam os comportamentos do cuidador familiar, ou seja, incluem indicações e encaminhamentos para buscar atendimento em outro

serviço. Para tanto devem ser consideradas questões como: repasse de informação eficaz, melhores estratégias de comunicação, disponibilidade de medicamentos e insumos para a continuação do tratamento e melhora da relação entre os serviços de saúde e comunidades / famílias.

C) Gestão do cuidado fora do domicílio

Para as crianças gravemente doentes, o acesso ao cuidado em serviços comunitários ou especializados pode ser o fator determinante para a sobrevivência. Serviços de saúde fora de casa são muitos e variados, e o campo de trabalho reconhece essa diversidade. Por tais motivos, indica amplas divisões de serviços comunitários e de unidades de saúde, ou, em outros termos, serviços informais e formais de saúde. Na comunidade, pode haver um setor formal (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde) e o setor informal (curandeiros tradicionais, sábios locais, rezadeiras, etc.), proporcionando tratamentos e aconselhamentos. Da mesma forma, a diversidade pode existir nas unidades de saúde, com os serviços público e privado.

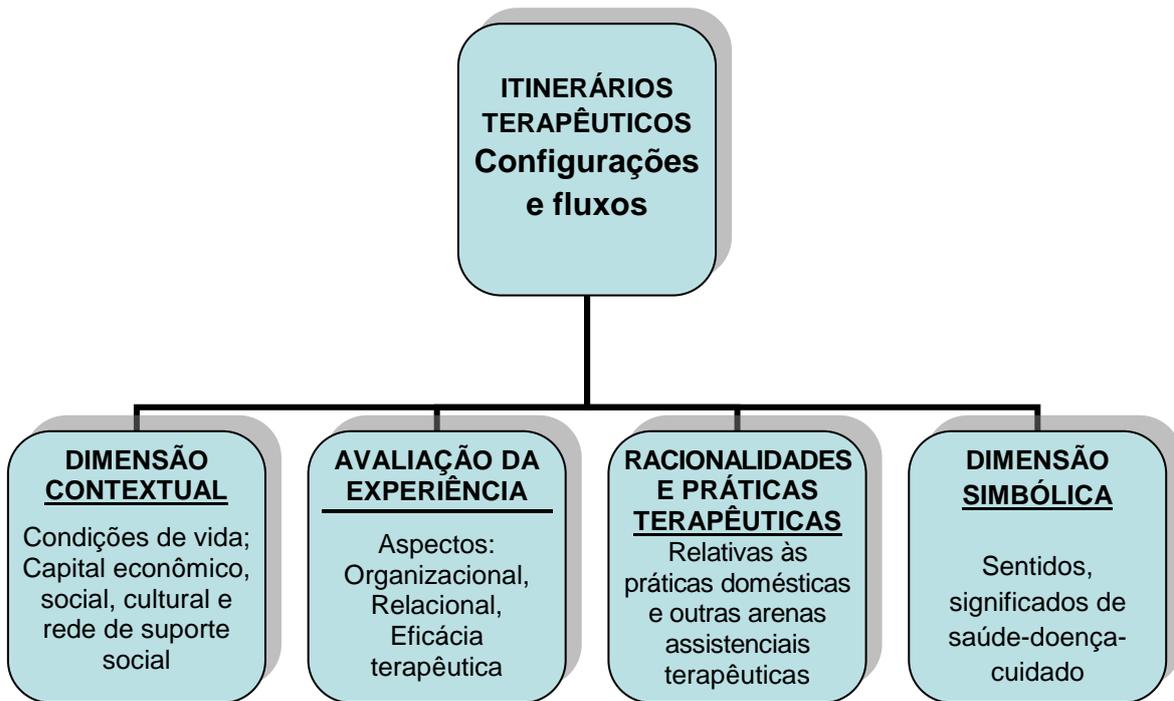
Na segunda etapa, procedemos com a análise dos relatos obtidos com as entrevistas abertas e grupo focal, que se inicia com uma revisão das entrevistas em áudio e das suas transcrições. A partir daí, exploramos de forma cuidadosa todo o material para uma análise estrutural onde o texto foi esquadrihado por unidades de significado. Estas unidades foram condensadas e, posteriormente, identificadas como subtemas, que por sua vez, foram agrupados em grandes temas: manejo da criança doente no domicílio, experiência do cuidado materno, relação entre os serviços de saúde e a comunidade.

Para esta fase utilizamos o modelo de Análise Holística de Itinerários Terapêuticos proposto por Trad (2015). Trata-se de um diagrama que agrega as contribuições de Kleinman (1978) sobre os “modelos explicativos” para compreensão da doença, considerando os diversos contextos dos sistemas de saúde, dentro dos quais o adoecimento é experienciado.

Na Análise Holística de Itinerários Terapêuticos o sujeito ao acionar esta ou aquela arena/recurso de cuidado é influenciado por aspectos simbólicos (representações e significados relativos ao processo saúde-doença, culturalmente construídos) e contextuais (incluindo condições de vida, disponibilidade de recursos assistenciais, intermediação de redes de suporte social). Além destas dimensões, refazer o percurso terapêutico implica a análise das racionalidades subjacentes e

das práticas terapêuticas das diferentes arenas de cuidado. Assim, é necessário um olhar para o autocuidado ou as práticas domésticas de atenção. A figura a seguir espõem-se as dimensões de análise do itinerário terapêutico.

Figura 3 – Modelo de Análise Holística de Itinerários Terapêutico adaptado de Trad



Fonte: adaptado de Trad

Para organização das informações obtidas por meio da entrevista aberta utilizamos os passos para ordenação, classificação e análise final das narrativas segundo Geanellos (2000) e Ekman et al. (2000). Mencionados autores promoveram uma adaptação na Hermenêutica de Ricoeur utilizando critérios da filosofia hermenêutica de Gadamer (1997).

Segundo Ricoeur (2008), a interpretação é a articulação entre linguagem e experiência vivida. Assim, a experiência vivida é expressa por meio da linguagem e então transcrita em um texto e interpretada. Esta interpretação é vista como um processo que envolve diversas etapas. Entre elas tem-se: transcrição das entrevistas em texto, interpretação superficial, análise estrutural e compreensão abrangente do texto. Esse processo interativo é representado em forma de espiral, pois relaciona as partes do texto com o todo e vice-versa.

A transcrição das entrevistas em texto, primeira etapa do processo de interpretação, é uma das quatro formas de distanciamento (objetivação do texto), conceito proposto por Ricoeur (1989), e refere-se ao deslocamento do problema do texto ao mundo que se abre. Assim, o texto é o paradigma do distanciamento na comunicação e se organiza em torno de cinco eixos: (1) a efetuação da linguagem como discurso; (2) a efetuação do discurso como obra estruturada; (3) a relação da fala com a escrita no discurso e nas obras de discurso; (4) a obra do discurso como projeção de um mundo e (5) o discurso e a obra de discurso como mediação da compreensão de si (RICOEUR, 2008).

Ainda de acordo com Ricoeur (1990), a função hermenêutica da distanciamento tem suas origens no princípio de Gadamer (1997) que envolve: (1) consciência histórica: o entendimento está situado na história e influenciado pela história; e (2) fusão de horizontes: o entendimento ocorre através da fusão do horizonte do texto e do horizonte do interpretador. Desse modo, a interpretação busca reduzir a distância entre os diversos horizontes, liberando o texto das intenções do autor (participante da pesquisa), dando ao texto “vida própria”.

A segunda etapa do processo de interpretação envolve a interpretação superficial ou interpretação “naive”. Nesta etapa o pesquisador compreende o significado do texto como um todo, em linhas gerais, por meio de leituras múltiplas, e a seguir a identificação de alguns temas principais. Essa compreensão pode ser rejeitada, ou confirmada e ampliada na medida em que a compreensão avança e aprofunda-se. Até aqui, a interpretação tratou do que está expresso no texto, o que “o texto diz” (GEANELLOS, 2000, p. 115).

A análise estrutural é a etapa onde o texto é analisado por unidades de significado. Estas serão condensadas e posteriormente passa-se à identificação de subtemas. Os subtemas por sua vez são agrupados em grandes temas.

A última etapa do processo de interpretação é a compreensão abrangente do texto ou interpretação profunda. Nesta etapa procede-se à identificação e revisão das unidades de significação de forma que estas sejam analisadas com base nas compreensões prévias do pesquisador, do distanciamento. A interpretação vai além do que está expresso no texto, utilizando a pré-compreensão do pesquisador como horizonte ao texto. Assim, explicar é destacar a estrutura, quer dizer, as relações internas de dependência que constituem a estática do texto; interpretar é tomar o

caminho de pensamento aberto pelo texto, pôr-se em marcha para o oriente do texto (RICOEUR, 1989, p. 159).

Segundo Geanellos (2000), no distanciamento a objetivação do texto reduz a intenção do autor (entrevistado), eliminando a ideia de que exista uma única forma de compreensão. Um texto tem vários significados e as pessoas interpretam diferentemente o mesmo texto. Este processo permite interpretar partes do texto em relação ao todo, e o todo em relação às suas partes, e é conhecido como “interpretação dentro do ciclo hermenêutico”.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto submetido e aprovado conforme parecer de n.º 1.318.152 em 11 de novembro de 2015, pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Infantil Albert Sabin. Dessa forma, cumprimos que norteadores da pesquisa envolvendo seres humanos, e iniciamos o trabalho de campo.

Obtida a aprovação, começamos a coleta de dados, e como já explicado, fizemos a explanação sobre a natureza e objetivos do estudo aos sujeitos. A concordância deles em participar da pesquisa se deu por intermédio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, a fim de assegurar seus direitos e respeitar os preceitos éticos constantes da Resolução 466/2012, a qual regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa, envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

6 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

Em respeito ao pacto estabelecido no TCLE, a identidade dos participantes e de seus respectivos filhos foi preservada, e para identificá-los utilizamos números ordinais (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7) precedidos da letra “E” e “P” de entrevistada e participante, respectivamente. Utilizamos também nomes fictícios para as crianças e seus familiares na descrição das narrativas. Portanto, qualquer semelhança será mera coincidência.

De acordo, então, os critérios de escolha dos sujeitos, seguiu-se com uma breve descrição para caracterização dos universos familiares.

As famílias das crianças internadas no CAC residiam nos bairros Parangaba, João XXIII, Messejana e Panamericano. Aquelas internadas no HIAS residiam em diferentes bairros da região metropolitana, como Jangurussu, Jardim Iracema, Montese e Vila União e as famílias das crianças da creche, que participaram do grupo focal no bairro de Itaperi.

No referente à profissão ou ocupação dos pais, predominou o setor de serviços, com baixa remuneração, como doméstica, trabalhadores da construção civil, três sem renda fixa e uma família cujos pais encontravam-se desempregados.

Para a maioria das famílias a renda familiar estava sob a responsabilidade do casal, ou de outro familiar como a avó materna e variou desde totalmente sem renda, sobrevivendo com auxílio de familiares, da avó materna, e outra com benefícios sociais, como do Programa Bolsa Família. As demais recebiam em média um salário mínimo.

Quanto à idade e escolaridade, nove tinham entre 20-25 anos, e cinco 25 a 30 anos. Seis delas tinham o ensino fundamental incompleto, cinco haviam completado o ensino fundamental e quatro o ensino médio incompleto.

Em relação ao número de filhos das famílias das crianças internadas, quatro delas possuíam apenas um filho, três possuíam dois filhos, duas, três filhos. Já as famílias das crianças da creche, possuíam em média um a dois filhos. Quanto à propriedade dos domicílios onde residem, sete delas moram em casa alugada, quatro possuem casa própria, e as demais residem com a avó das crianças. As referidas residências contêm dois a quatro cômodos, como sala, quarto, cozinha e

banheiro. Apenas uma família não dispõe de instalações de água e esgoto. No quadro 4 apresentamos algumas das características das famílias, consideradas relevantes ao estudo.

Quadro 4 – Caracterização das famílias das crianças participantes da pesquisa, Fortaleza, CE, 2017

PARTICIPANTES	RESPONSÁVEL	PROCEDÊNCIA	ESCOLRIDADE	NUMERO DE FILHOS
E1	Mãe	Parangaba	Fundamental incompleto	2 filhos
E2	Mãe	João XXIII	Fundamental incompleto	2 filhos
E3	Mãe	Vila União	Fundamental completo	2 filhos
E4	Mãe	Vila União	Fundamental incompleto	Filho único
E5	Mãe	Panamericano	Fundamental completo	Filho único
E6	Mãe	Montese	Fundamental incompleto	3 filhos
E7	Mãe	João XXIII	Fundamental incompleto	1 filho
E8	Mãe	Jardim Iracema	Médio incompleto	1 filho
E9	Mãe	Jangurussu	Fundamental completo	3 filhos
P1	Mãe	Itaperi	Fundamental incompleto	1 filho
P2	Pai	Itaperi	Médio incompleto	2 filhos
P3	Mãe	Itaperi	Médio incompleto	1 filho
P4	Mãe	Itaperi	Fundamental completo	1 filho
P5	Mãe	Itaperi	Fundamental completo	1 filho
P6	Mãe	Itaperi	Médio incompleto	2 filhos

Fonte: Elaborado pela autora.

Sobre as características sociodemográficas das famílias do nosso estudo, destacamos que as crianças, encontram-se em famílias com precárias condições de vida, caracterizada por baixa escolaridade, baixa renda, e sem moradia própria. Estes condicionantes sociais podem repercutir na escolha dos itinerários terapêutico.

Estes achados, se enquadram nos resultados apresentados na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2010). Conforme os dados, os índices sociais no Brasil mostram, uma melhora, mas em contrapartida houve um empobrecimento em consequência da economia. Como os estudos vêm demonstrando, a classe social e a renda afetam o fenômeno da vulnerabilidade. No tocante às pessoas economicamente ativas no Brasil, destaca-se:

[...] 91,7% trabalhavam na última semana de setembro de 2014 e, as demais (8,3%), procuravam trabalho. A população empregada em 2014 (92,7 milhões) não se alterou significativamente em comparação a 2013, apresentando um aumento de 0,5%, e representava 56,9% das pessoas de 10 anos ou mais idade. Essa taxa, chamada nível de ocupação, caiu em relação a 2013 (57,5%), mas subiu em relação a 2010 (56,5%). A Região Sul foi a que apresentou um melhor nível da ocupação em 2014 (61,6%) e o Nordeste, o menor (54,4%) (IBGE, 2015).

Em relação à moradia, é importante ressaltar o seguinte: consoante estudos, os serviços básicos de saneamento, mesmo com o aumento do acesso a eles, como, por exemplo, o abastecimento de água por rede geral e rede coletora, ainda inexistem para grande número de famílias (IBGE, 2010).

Certamente, com a implementação dos programas e de políticas públicas voltados à infância, o estado de saúde das crianças brasileiras melhorou em muitos aspectos nas últimas décadas, com destaque na produção de assistência, ensino, pesquisa e no estabelecimento de políticas públicas para nortear os processos de trabalho. Portanto, melhorias significativas nas condições de saúde da população infantil ocorreram, e podem ser atribuídas aos avanços alcançados com os determinantes sociais da saúde e com a iniciativa de um sistema de saúde abrangente (VICTORA, 2011).

No entanto, como observamos apesar das mudanças ocorridas, incluindo melhorias do conhecimento de tecnologias de saúde, em favor da infância brasileira, ainda persistem as desigualdades socioeconômicas, além de alterações climáticas, determinantes da morbimortalidade infantil, especialmente por problemas respiratórios como a pneumonia, somadas às múltiplas barreiras de acesso ao cuidado.

Por conseguinte, ainda permanecem grandes desafios, como as disparidades socioeconômicas e regionais, que culminam com as internações por problemas como diarreia e pneumonia, as quais persistem como um desafio para o Sistema Único de Saúde, sinalizando a vigência de avançar cada vez mais para que a população infantil tenha, de fato, uma atenção de qualidade, respeitando princípios como a integralidade da assistência. Dessa maneira, segundo se observa, os padrões da saúde infantil são delineados pelo progresso nas práticas médicas assistenciais e tendências sociais (STAMER; DUBY; SLAW et al. 2010), evidenciadas mediante indicadores de saúde capazes de identificar componentes essenciais dos programas de promoção da saúde com o objetivo de prevenir problemas futuros entre as crianças brasileiras.

Para apresentação dos diagnósticos das crianças à internação, tecemos uma breve descrição do perfil e do motivo que as levou até o hospital, conforme referidos por seus familiares como mostra o quadro 5. Das crianças cujas mães foram entrevistadas, quatro eram meninas e cinco meninos. Destas, cinco tinham diagnóstico médico de pneumonia à internação, demonstrado pelo exame radiológico e clínico. Três delas estavam internadas no hospital de referência secundária, apontando para um quadro de pneumonia comunitária, ou apenas um “comecim” de pneumonia, conforme citado pelas mães ao se referirem a um quadro menos grave, no qual os médicos informam um pouco de secreção no pulmão. Já as demais internadas no HIAS, estavam com um quadro de saúde mais grave, com complicações decorrentes da pneumonia. Das quatro crianças internadas por doença diarreica, duas encontravam-se no HIAS, mais uma vez apontando para uma maior gravidade do caso.

A criança 1 (C1), do sexo feminino, de quatro anos de idade, é a segunda filha do casal, natural de Fortaleza, moradora do bairro Parangaba, e estava internada pela segunda vez no Centro de Assistência à Criança com diagnóstico de pneumonia. Segundo a mãe: *[...] O cansaço dela, quando eu dou o remédio, aquele remédio predinazolona. Quando eu percebo que ela já tá cansada, eu dou lá pra cortar, mas aí dessa vez não deu nem tempo [...].*

A criança 2 (C2), do sexo masculino, de dois anos de idade, é o segundo filho do casal, natural de Fortaleza, residente no bairro João XXIII, e foi levado pela mãe para o hospital pelos seguintes motivos:

[...] Primeiramente ele começou a ter febre. Depois de dois dias começou a provocar e teve diarreia, só que a diarreia dele veio com algumas manchinhas de sangue. Por isso que eu vim e trouxe ele diretamente pra unidade de atendimento [...].

A criança 3 (C3) é do sexo masculino, um recém-nascido de 22 dias, também é o segundo filho do casal; o irmão tem cinco anos. Segundo a mãe, a criança fora trazida para o hospital, pois [...] *Eu notei a corzinha dele muito amarelazinha e líquido na diarreia. [...] Aquele cocô mole demais e a moleira funda demais [...].* A criança estava internada no Hospital Infantil Albert Sabin com diagnóstico de diarreia e desidratação grave.

A criança 4 (C4), do sexo masculino, de um ano e quatro meses, filho único, natural de Fortaleza, residente no bairro Vila União, foi internada no HIAS com diagnóstico de pneumonia. Foi levado até o hospital com vômitos incoercíveis: [...] *Ele amanheceu doente, amanheceu vomitando, muito vômito, e eu trouxe ele pra cá. O médico então fez o procedimento de exame de sangue e raio X e deu pneumonia nos dois. Aí, pronto, internaram por causa disso [...].*

A criança 5 (C5), do sexo masculino, com três anos de idade, filho único, encontrava-se internado no CAC com diagnóstico de pneumonia. Segundo a mãe: [...] *Ele tava cansado e tossindo muito. [...] Aí da segunda vez que eu vim que elas pediram o raio X, foi que diagnosticou que ele tava com pneumonia.*

A criança 6 (C6), é do sexo masculino tem um ano e oito meses, é o terceiro filho do casal, está internado na emergência do CAC com diagnóstico de diarreia:

[...] Bom, a doença do dele começou quinta-feira. Ele tava bom, do nada ele começou a fazer cocô e vômito. Mas quando ele começou assim é direto um atrás do outro, aquele cocôzinho só a água direto. [...] Ele foi ficando esmorecido, como se não reagisse. [...] ele ficou mal mulher, muito mal, tristezinho, caidinho, assim, molengozinho. Eu acho que isso é um absurdo. Como, da onde surgiu, eu não sei. Sei que surgiu do nada. Pelo menos, ele tava brincando, ótimo, maravilhoso, aí quando foi do nada o menino começou a vomitar e diarreia já em seguida [...].

A criança 7 (C7) é do sexo feminino, tem quatro anos de idade, filha única, natural de Fortaleza, residente no bairro João XXIII e estava internada no CAC com diagnóstico de pneumonia. Conforme, segundo a mãe:

[...] Eu procurei o “hapvida”, procurei muitos outros cantos e eles não davam o diagnóstico que a minha filha tinha. [...] eu trouxe pra cá, porque ela continuava muito cansada, muito mesmo. Por isso que eu trouxe ela pra cá. Desisti de levar ela pra lá. Porque lá eles não estavam resolvendo, porque eles fazem de tudo pra não internar a criança, pra eles não terem gasto.

A criança 8 (C8), tem dois anos, filha única, é natural e procedente de Fortaleza, residente no bairro Jardim Iracema, e estava internada no HIAS com diagnóstico de pneumonia e derrame pleural. Segundo sua mãe:

[...] Começou como uma gripe normal. Apenas espirro, coriza, catarro na cor branca, não era aquele catarro forte. [...] Depois de uma queda, com dois dias, ela começou uma tosse com cansaço. Ela nunca tinha cansado até então. Nunca, nunca tinha cansado. Aí esse cansaço não parava, a tosse também [...].

A criança 9 (C9) tem apenas dois meses, também natural e procedente de Fortaleza, mora com seus pais e dois irmãos pequenos de três e cinco anos na casa da avó, no bairro Jangurussu em Fortaleza. Foi internada no HIAS com diagnóstico de diarreia, desnutrição e desidratação grave. Conforme sua mãe:

[...] Eu percebi ela chorando bastante, descaindo, e aí ela fazia cocô, com mal cheiro, eu até pensava que fosse infecção no intestino. [...] eu vi ela chorando muito, eu achava que não era só aquilo, era outras coisas, então como eu vi ela chorando bastante eu não queria ficar com ela em casa [...].

No quadro 5, consta a caracterização das crianças hospitalizadas.

Quadro 5 – Caracterização das crianças hospitalizadas, Fortaleza, CE, 2017

CRIANÇA	IDADE	SEXO	DIAGNÓSTICO	LOCAL DE INTERNAÇÃO
C1	4 anos	F	Pneumonia	CAC
C2	2 anos	M	Diarreia	CAC
C3	22 dias	M	Diarreia e desidratação grave	HIAS
C4	1 ano e 4 meses	M	Pneumonia	HIAS
C5	3 anos	M	Pneumonia	CAC
C6	1 ano e 8 meses	M	Diarreia	CAC
C7	4 anos	F	Pneumonia	CAC
C8	2 anos	F	Pneumonia	HIAS
C9	2 mês	F	Diarreia, desnutrição e desidratação grave	HIAS

Fonte: Elaborado pela autora.

Como observado a maior ocorrência de internação dos casos de pneumonia dentre as crianças do nosso estudo corrobora com a análise da Organização Mundial da Saúde segundo a qual as infecções respiratórias agudas, em particular a pneumonia, são um dos maiores problemas de saúde que afetam às crianças menores de cinco anos dos países da região das Américas. A situação atual do problema resume-se nas seguintes características: maior incidência de infecções respiratórias agudas (IRA), concentrada entre crianças menores de cinco anos e um percentual de 2% a 3% delas evoluem para pneumonia adquirida na comunidade (WHO, 2013).

Ainda segundo a WHO (2013), a pneumonia adquirida na comunidade continua sendo a principal causa de morte em crianças no mundo, contribuindo com aproximadamente 14% dos óbitos de crianças de um mês a cinco anos de idade.

A despeito de tais mortes infantis, o relatório do UNICEF (2012) apontou a pneumonia e a diarreia como as principais causas de morte de crianças menores de cinco anos, responsável por mais de dois milhões de mortes ao ano. Isto é, o que representa 29% das mortes em todo o mundo, entretanto, conforme o documento ressalta algumas iniciativas simples poderiam salvar muito mais vidas nos próximos anos.

No Brasil, verificou-se redução significativa da mortalidade por pneumonias adquiridas na comunidade em menores de cinco anos no período de 1991 a 2007 (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE, 2008).

Contudo, a incidência de hospitalizações por essa causa ainda é uma realidade, e concentra-se entre os menores de cinco anos e nos idosos. Neste caso, o pneumococo é o principal agente etiológico das PAC em menores de cinco anos em todo o mundo (OMS, 2013), embora seja considerada uma internação condição sensível à atenção primária de acordo com a lista brasileira proposta por Alfradique et al. (2009).

Ainda nessa mesma perspectiva, estudo sobre o perfil epidemiológico das internações de crianças menores de cinco anos em Brasília-DF também aponta para as infecções respiratórias agudas como sendo uma das mais importantes causas de internação e de morbimortalidade infantil. Segundo os autores, a cada ano são registrados, aproximadamente 15 milhões de óbito em todo o mundo entre crianças com menos de cinco anos de idade, sendo um terço destes causado pelas IRAs, com maior frequência a pneumonia (SILVÉRIO; MARASCILO; MORITZ, 1996).

Em complementação a esse contexto, como afirma Cunha (2002, p. 57):

Destes óbitos, 98% ocorrem em países em desenvolvimento, onde a gravidade da doença é maior. Além disso, as IRAs são responsáveis por 30% a 60% das consultas ambulatoriais e importante causa de hospitalização na infância, em alguns locais a principal, responsável por 6,7% a 10,2% das internações.

Paralelamente, as internações por doença diarreica retratam em parte a pesquisa realizada por Almeida e Barros (2013), conforme qual a doença se constitui num outro grave problema de saúde pública, fortemente relacionado às condições de higiene e ao acesso da água. Esta é considerada a segunda maior responsável por óbito na infância, representando em torno de 1,5 milhão de mortes anuais de crianças de até cinco anos.

Consoante destacam Shoeps et al. (2011) os dados globais vêm evidenciando que, em países em desenvolvimento, as doenças diarreicas estão entre as principais causas de morbidade e mortalidade, onde são mais frequentes, podendo inclusive ser fatais.

6.2 APRESENTAÇÃO DOS EIXOS TEMÁTICOS

6.2.1 Manejo da criança doente no domicílio – Subsistema popular

A construção dessa unidade de análise emergiu do material obtido com as entrevistas e o grupo focal. Buscamos nesse momento, responder a um dos objetivos do estudo, qual seja, identificar as práticas referidas pelas mães diante dos sinais e sintomas da doença na oferta de cuidados domiciliares. Nessa unidade, apontamos para a primeira etapa do caminho da sobrevivência como sendo a percepção de sinais e sintomas (como tosse, respiração acelerada, diarreia, vômito, coloração de pele amarelada) à surpresa do adoecimento da criança, bem como da necessidade de cuidados domiciliares.

Por meio dos depoimentos maternos, foi possível percebermos também que o reconhecimento de sinais de adoecimento da criança perpassa pela identificação de alterações significativas referentes à mudanças no padrão respiratório, outras são capazes de identificar com riqueza de detalhes importantes sinais e sintomas de doença tal fato que demonstra a percepção materna acerca do

estado de saúde de seus filhos, que muitas vezes não identifica o comprometimento do estado geral da criança, mas nota as alterações manifestadas.

[...] É a respiração que eu percebo logo. [...] Quando ela começa a tossir, ela fica com a respiração acelerada (E1).

[...] Quando ele fica sem apetite, fica mais quieto. Ele é muito ativo, tanto ele quanto a menina, aí de repente quando eu percebo alguma coisa vem logo, eles ficam logo quietinho, vem a febre, aí eu percebo que algo já tá errado com eles (E2).

[...] Ele foi ficando esmorecido, como se não reagisse. [...] ele fica mal mulher, muito mal, tristezinho, caidinho assim, molengozinho, eu acho que isso é um absurdo. Como, da onde surgiu, eu não sei. Sei que surgiu do nada. Pelo menos, ele tava brincando, ótimo maravilhoso, aí quando foi do nada o menino começou a vomitar e diarreia já em seguida (E 6).

[...] Ela estava com febre e tossindo, mas não estava muito cansada (E 7).

[...] Eu notei a corzinha dele muito amarelazinha e líquido na diarreia. [...] Aquele coco mole demais né, porque tem que ser pastoso né, tem que ser pastoso e tava mole demais (E8).

[...] Sempre quando aparecem essas doenças, vem primeiro a gripe, ele gripa muito forte, febre também, vem tudo acompanhado, com diarreia também, aí a gente sabe né, porque ele fica sem querer comer, fica logo com o peito cheio, [...] Da última vez ele tava tossindo muito, quando eu peguei ele, que levei, apareceu a febre de repente, tava com 36°C e subiu para 39°C.(P1).

[...] Quando ele não quer comer assim, a gente já sabe que não tá certo, porque tudo é bom para ele, não tem nada ruim (P2).

[...] A febre, sempre a febre, ele fica com febre é mais assim a noite, ele não tem tanta diarreia, é mais febre e a gripe muito forte (P3).

[...] Minha filha, a Barbara, já teve pneumonia, o que apresentou nela, que eu pude perceber foi febre constante e muita tosse (P4).

[...] Minha filha primeiro ela começa com uma cólica e ela deita no chão, e fica falando, “mãe tô com dor de barriga”, vai ao banheiro quando eu vejo ela está com diarreia, ela vai de três a quatro vezes [...] (P5).

Evidenciamos percepções diversas sobre os sinais de adoecimento das crianças. Estas variaram deste a observação atenta das mudanças do comportamento, do mais ao menos ativo, e à surpresa da evolução da doença, por desconsiderarem manifestações que caracterizam os pródromos da doença, como mostra o relato a seguir:

[...] Já fazia uma semana que ela estava doente, eu não via diarreia, só via ela vomitando. Ela vomitou várias vezes. Só que eu não pensava dela descair bastante, só que eu não pensava que isso fosse acontecer né, pensava que fosse do leite, [...] ela tava chorando muito, chorava muito, chorava muito. Comia, aí vomitava na mesma hora (E9).

No contexto geral, a febre foi referida por quase todos os participantes como o sinal de alerta mais importante, responsável pela adoção de cuidados domiciliares. A tosse e a dispneia (cansaço) também aparece como sinal de alerta para os problemas respiratórios e a diarreia, e os vômitos para os distúrbios gastrointestinais. Os depoimentos a seguir ilustram essa abordagem:

[...] A febre, sempre a febre, ele fica com febre é mais assim à noite, ele não tem tanta diarreia, é mais febre e a gripe muito forte. Ele é bom de comer, às vezes está brincando normal, comendo normal, aí aparece a febre (P2).

[...] Minha filha já teve pneumonia, o que apresentou nela, que eu pude perceber foi febre constante e muita tosse (P6).

[...] Sempre quando aparece essas doenças, vem primeiro a gripe, e a febre também, vem tudo acompanhado, com diarreia, aí a gente sabe, né, porque ele fica logo com o peito cheio, [...] a febre dele eu fico mais com medo assim, porque sempre ataca na madrugada, sempre ele fica só se tremendo, até hoje eu não sei que febre é essa que ele começa logo a se tremer (P1).

[...] Primeiramente ele começou a ter febre, depois de dois dias começou a provocar e teve diarreia, só que a diarreia dele veio com algumas manchinhas de sangue. Por isso que eu vim e trouxe-o diretamente pra unidade de atendimento (E2).

[...] Ele tava bastante gripado e tossindo muito. [...] amanheceu doente, vomitando, com secreção nasal, tosse cheia e febre constante (E4).
É a respiração acelerada que eu percebo logo. [...] Quando ela começa a tossir, ela fica com a respiração acelerada (E1).

Como identificado resultados semelhantes foram descritos em estudos como o Rati et al. (2013), Jacquemot (2005) e Mello e Ferriani (1996), vinculando, a febre como importante fator mobilizador para adoção de cuidados domiciliares, assim como pela procura pelos serviços de urgência e emergência. Entretanto, segundo Brasil (2003), a presença da febre isoladamente nem sempre é considerada como sinal de gravidade para os profissionais de saúde, e portanto, do ponto de vista operacional e técnico, não justifica a procura do serviço de urgência.

Segundo percebemos nesse estudo, ao reconhecer a necessidade de tratamento, a mãe o faz com base na compreensão de alguns sintomas (tosse, febre, choro, falta de apetite, vômito). Dessa maneira, a forma como reagem ao

diagnóstico e à gravidade da doença está associado à definição biomédica e um conjunto de eventos biográficos e projetos de vida familiares relacionados à criança.

A noção de gravidade institui o sentido de incerteza, justificando, porém, a ocorrência de riscos na condução do problema do filho, o que algumas vezes pode levar as famílias a adotar experimentos terapêuticos.

[...] Eu já levei meu filho no posto porque ele estava com muita febre e aquele catarrão amarelo, e a febre dele não passava, levei no hospital da tia Júlia e lá foi constatado que ele tava com pneumonia, aí aconteceu que ela queria internar ele, eu disse que não, ela perguntou se tinha como tratar dele em casa. [...] ai ela passou bem direitinho o medicamento dele, eu tratei dele em casa, dando os remédios bem direitinho e voltei de novo, bateu outro raio x, e tava tudo normal (P3).

Dessa maneira, mediante reconhecimento dos sinais de gravidade referidos como febre, vômitos e diarreia, várias ações são adotadas pela família/cuidador no próprio lar, na tentativa de restaurar a saúde da criança. Nesse estudo podemos observar a importância do cuidado domiciliar e do papel da mãe como decisivo sobre os cuidados de saúde. Os fragmentos das narrativas a seguir ilustram essa afirmativa:

[...] Quando minha filha tem diarreia, primeiro eu cuido em casa, procuro tratar com soro, esses remédios mais abertos, depois no segundo caso é que eu vou ao médico, na UPA (P5).

[...] Quando eu vejo que não estou contendo em casa ai eu levo ele, para o hospital ou pra UPA [...] (P1).

[...] a febre, eu tento controlar em casa, quando eu vejo que não dá mais para controlar eu levo para o hospital [...] (P4).

[...] Eu também só levo pro medico nas ultimas , procura tratar em casa [...] (P6).

Em corroboração a essas narrativas, de acordo com Badinter (1985) e Almeida e Novak, (2004), estes passos podem ser diferentes em termos de complexidade e ação necessária para diferentes síndromes de doenças. Nesse momento, a mãe é a principal interlocutora entre a criança e os serviços de saúde. Respalhada pelo reconhecimento da necessidade de tratamento e de ajustes dos cuidados domiciliares, ela busca por atendimento complementar adequado, além de proporcionar cuidados continuados depois de receber assistência externa.

Dessa forma, estabelecem-se um conjunto de normas que delimitam um modelo de “boa mãe”, o qual deve ser seguido e apreendido, e nesse modelo a mulher torna-se responsável pela bom crescimento e desenvolvimento do seu filho, mas é culpada em caso de insucesso. (BADINTER, 1985; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Em contrapartida, a modernização da sociedade emergente do pós-guerra, idealizadora da inserção da mulher no mercado de trabalho, disseminou a necessidade de busca de cuidados fora do domicílio em creches ou na companhia de babás durante a ausência da mãe (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Neste estudo, incluímos a valorização do cuidado à criança, o comportamento sociocultural da família e a atribuição à mãe da interlocução entre o domicílio e os cuidados externos. Na literatura científica, o cuidado está tão fortemente atrelado à figura feminina que chega a reproduzi-la como a principal responsável pelo cuidado da saúde no lar, a partir do momento em que elas se autodefinem como cuidadoras, as assumir os cuidados da família (GUTIERREZ; MINAYO, 2010).

Na estrutura das narrativas a seguir, identificamos pontos de vista do cuidado orientados exclusivamente por racionalidades biomédicas. Os sentidos conferidos ao processo de adoecimento irão compor os significados imputados a origem da doença e ao cuidado. Como exposto, às falas dos entrevistados convergem quanto aos motivos pelos quais as famílias procuram os serviços de saúde diante do reconhecimento da necessidade de tratamento, e da piora dos sintomas manifestados como febre, cansaço e diarreia.

[...] Eu tento controlar o cansaço dela com aquele remédio prednizolona, quando eu percebo que ela já tá cansada, eu dou lá pra cortar, mas aí dessa vez não deu nem tempo (E1).

[...] Dei a dipirona pra ele pra amenizar a febre e dei soro pra parar a diarreia e o vômito. [...] o soro fisiológico, aquele do pacotezinho. Eu comprei na farmácia e dissolvi em um litro de água (E2).

[...] Assim, como eles têm renite, às vezes, eu procuro dar antialérgico. Limpo o nariz com soro, se tiver febre eu dou dipirona e se eles estiverem desidratados, eu procuro dar um soro, aí se eu vejo que eles não melhoraram, eu levo no Sistema Único de Saúde, no posto (E2).

[...] Quando eu vejo ela está com diarreia, eu fico só no soro. “Soro, soro, soro”, pra entrar no antibiótico só mesmo se piorar e não ter melhora nesses três quatro dias, não dou antibiótico assim fácil não (P5).

[...] Eu dou a paracetamol a ele e fico dando um anti-inflamatório porque ele fica logo com a garganta inflamada, só dou mesmo antibiótico também nos últimos casos mesmo [...] (P1).

[...] Dava só umas gotinhas de dipirona ou então de flatol, eu mesma comprei. A dipirona foi a médica da UPA que passou. O flatol eu sei que é pra gases e cólica (E3).

[...] Dei, eu dei dipirona pra ele pra amenizar a febre e dei soro pra parar a diarreia e o vômito. [...] Eu comprei o soro na farmácia e dissolvi em um litro de água.[...] porque o do posto é sem sabor, e ele não toma sem sabor (E 2).

Ainda como notamos, o uso de medicamento industrializado, como paracetamol, dipirona, soro adquiridos na farmácia foi bastante referido como prática cuidativa no cuidado domiciliar. Isto nos fez questionar se as práticas populares são menos valorizadas pelas famílias. Tais questionamentos podem estar associados a uma racionalidade que incide sobre moradores de uma capital como Fortaleza, onde o acesso a esses medicamentos é facilitado e esses são disponibilizados à população. Assim, como observamos, as famílias frequentemente praticam a automedicação. Dessa forma, o que faz com que alguns problemas podem ser amenizados ou até potencializados, quando se faz o uso inadequado, antes mesmo de chegar ao subsistema profissional com recursos industrializados.

Ratificando esses depoimentos, consoante Kleinman, Eisenberg e Good (2006), a escolha do tratamento baseia-se em lógicas biomédicas e de métodos, mas é afetada por fatores geograficos, econômicos, ideológicos como crenças e valores culturais, dentre outros.

Autores como Gutierrez e Minayo (2010) chamam atenção para o papel da família. Segundo afirmam, o cuidado produzido nesse espaço não é reconhecido como pertinente do ponto de vista técnico, e ficam subsumido ao espaço de intervenção médica, de tal maneira que essa possa ser excluída do seu papel de agência significativa de produção de cuidados. Para as autoras:

Temos diante de nós a tarefa de contribuir para descolonizar esse território, atentando para os modos como a família produz cuidados indispensáveis e específicos para a saúde e investigando como esses cuidados se somam aos produzidos pela rede de serviços, por vezes superando-os em importância (GUTIERREZ; MINAYO, 2010, p. 1498).

Menéndez (1992) também já havia descrito a família como primeira instância de cuidados de saúde, local onde se constroem e operam os principais determinantes da morbidade e mortalidade, particularmente dos menores de cinco anos, tanto positiva quanto negativamente. Conforme o autor: “A família constitui a

microestrutura que mais peso teria na constituição das representações e práticas dos sujeitos em relação ao processo saúde/doença/atenção” (MENÉNDEZ, 1992, p. 5).

De acordo com o Ministério da Saúde, é relevante estabelecer um canal efetivo de comunicação com as famílias, para uma adequada capacitação destas, de modo que apreendam as recomendações referentes ao tratamento e aos cuidados a serem prestados no domicílio, assim como reconhecimento dos sinais indicativos de gravidade que exigem o retorno imediato da criança ao serviço de saúde (BRASIL, 2003).

A estratégia AIDPI, preconizada pela OMS, OPS e o UNICEF, incorporada às políticas de atenção à saúde pelo MS em meados da década de 1990, reintroduz o conceito integralidade da assistência, além de reconhecer que as crianças, saudáveis ou doentes, sejam consideradas em seu contexto social. Também enfatiza a necessidade de melhorar tanto as práticas relacionadas à família e à comunidade, quanto a atenção prestada pelo serviço de saúde. Nesse sentido, busca melhorar as habilidades dos profissionais para um adequado acolhimento da criança e de seu acompanhante, alicerçada em três pilares básicos: a capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção; a reorganização dos serviços de saúde, e a educação em saúde, na família e na comunidade, de modo que haja a participação de todos na identificação, condução e resolução dos problemas de saúde dessa família, especialmente os menores de cinco anos de idade (BRASIL, 2003; AMARAL; CUNHA; SILVA, 2002).

Nesse contexto, indagamos: Teria a proposta da estratégia AIDPI alcançado o objetivo de propiciar educação à família e comunidade para dar conta dos problemas de saúde no nível primário, ou teria este conhecimento ficado restrito aos profissionais da saúde? De que forma esta estratégia pautada na educação para a saúde de mães e cuidadores seria capaz de mudar o panorama atual apresentado, configurando-se uma estratégia pertinente de promoção da saúde e prevenção de agravos?

Estudo multicêntrico realizado por Amaral et al. (2004) constatou que os cuidadores recebiam mais orientações acerca do tratamento, cuidados no domicílio e formas de reconhecer os sinais e sintomas para retorno imediato, do grupo de profissionais treinados na estratégia AIDPI. Tal pesquisa, produzida no Nordeste do Brasil, ratificou ainda a importância da implementação da estratégia em regiões que ainda não a utilizam. A comunicação efetiva entre profissionais e as mães foi

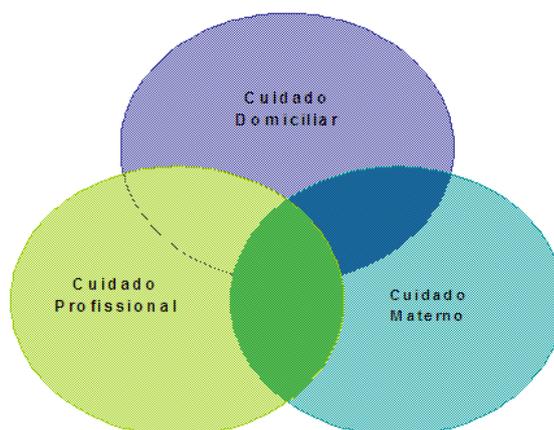
ênfatizada também em estudo elaborado por Paranhos, Pina e Mello (2011) os quais analisaram quatorze publicações acerca do enfoque dos cuidadores na AIDPI.

O cuidado domiciliar já foi objeto de estudo de Prado e Fujimori (2006) há mais de uma década, especificamente voltado a mães/familiares responsáveis por crianças de zero a cinco anos de idade, no município de São Paulo. Conforme os resultados apontaram que o efeito da ação dos serviços sobre o conhecimento e o cuidado materno ainda não se traduz de forma efetiva na realidade encontrada. O mencionado estudo acrescenta ainda a necessidade de desenvolver ações de educação em saúde em níveis mais próximos da população, ou aperfeiçoá-las, no caso da unidade com-PSF, cujos profissionais são treinados na estratégia AIDPI. (PRADO; FUJIMORI, 2006).

Ainda para as autoras, é preciso compreender a importância de ações educativas como uma ferramenta capaz de provocar impacto, na mudança do perfil de morbimortalidade e na construção da cidadania como elemento emancipatório.

Nesta investigação, observamos que as condutas de cuidado no domicílio foram efetivas, pois evidenciamos a parceria das mães cuidadoras com os profissionais de saúde, representadas no diagrama a seguir (FIGURA 4), com a interseção dessas ações. Dessa forma, enfatizamos a relevância da promoção da participação da mãe/família no processo saúde-doença do filho para desempenhar um papel ativo no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, compreendendo esse processo como um complexo que envolve determinantes sociais de saúde, e não apenas a ausência de sinais de doença.

Figura 4 – Representação da interseção dessas ações de cuidado a criança



Fonte: Elaborada pela autora.

Compreendemos então os cuidadores, como elos entre as orientações prestadas por profissionais e a aplicação destas no domicílio. Dessa forma, são peças-chave na prevenção de complicações e no efetivo tratamento da criança, conforme descrito nessas narrativas.

[...] levei ela na UPA do José Walter. Na oportunidade foi prescrito soro [...] Dei o soro do pacote, que a médica da UPA mandou, recebi três pacotes. Preparo um pacote com um litro de água e eu boto na geladeira por vinte e quatro horas, aí é só, dei meio litro a ela. De um litro, eu dei meio litro. [...] Quando eu tava dando o soro, eu vi que ela tava melhorando. Eu dei, mas só que eu parei, não terminei o tratamento dela [...] (E3).

[...] Da primeira vez que eu vim, ele estava tossindo muito e a doutora passou aerossol e outro remédio aí pro cansaço, a predinisona, a doutora passou pra eu dar em casa também durante sete dias. [...] dei direitinho, bem direitinho. Três vezes ao dia, nos horários bem certim [...]. Voltei antes, depois de uns cinco dias mais ou menos porque não notei melhora, veio aparecendo mais coisas, aí eu voltei, e foi que foi diagnosticado a pneumonia (E 5).

[...] Uma vez, ele fez uma diarreia tão forte que eu levei aqui no posto e a médica disse pra mim dar bastante soro a ale, e se a diarreia dele ficasse fedendo eu levasse de volta, e quando foi no mesmo dia eu levei ele na UPA porque não passava, era muito podre, não tinha quem ficasse perto, aí já tava pra ficar infecção intestinal (P3).

Consoante os fragmentos dessas narrativas apontam, o cuidado domiciliar prestado pelas mães está extremamente relacionado às orientações dos profissionais de saúde. Ou seja, o apoio dos serviços formais de saúde foi imprescindível para um adequado manejo dos casos e consequente melhora do quadro.

Os resultados desta investigação corroboram a pesquisa realizada por Kelly et al. (2007) que ratifica a compreensão materna das orientações prestadas pelos profissionais como aspecto fundamental para a promoção da saúde dos filhos.

Nesta pesquisa foi possível constatar requisitos básicos para a potencialização do cuidado domiciliar, entre eles, a comunicação efetiva entre famílias e os serviços formais de saúde. Neste item merece destaque o investimento na formação do profissional que atua no SUS. Ademais, são revisitados fundamentos teóricos que subsidiem a prática assistencial na promoção do empoderamento dos cuidados domiciliares prestados por mães ou responsáveis pelas crianças.

No tocante à comunicação, conforme ressaltamos, esta vem sendo discutida desde a implantação da estratégia AIDPI, compreendida como ferramenta

necessária à medicação dos cuidados dentro de casa e fora de casa. Nesse sentido, os profissionais precisam estar aptos a manter uma comunicação efetiva, pois a devida comunicação com mães e familiares é essencial para promoção do vínculo entre famílias e unidades de saúde, como enfatizado na operacionalização da estratégia AIDPI (PRADO; FUJIMORI, 2006).

Também julgamos importante refletirmos sobre a formação de profissionais da saúde pautada numa visão biologicista, com enfoque curativo e orientado para a atenção individual. Consoante Souza (2002) já sinalizava, esse modelo de formação resulta em um perfil profissional que não contempla os elementos necessários para o enfrentamento dos desafios ao atual sistema de saúde.

Nessa perspectiva, é oportuno revisitarmos fundamentos teóricos que subsidiem a prática assistencial e refletirmos sobre a adoção de uma assistência pautada nos princípios do cuidado centrado na família (CCF), que é entendida como uma abordagem para o planejamento, a prestação e a avaliação do cuidado em saúde fundamentada em uma parceria que beneficia ao mesmo tempo os profissionais de saúde, os pacientes e as famílias (JOHNSON; ABRAHAM; SHELTON, 2009).

Os conceitos originais do Cuidado Centrado na Família foram simplificados pelo Instituto para o Cuidado Centrado no Paciente e na Família em quatro constructos (INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE, 2008).

1. Dignidade e respeito: os profissionais de saúde devem ouvir e honrar as perspectivas e escolhas dos pacientes e famílias, incorporando conhecimentos, valores, crenças e contextos culturais ao planejamento e à prestação de cuidados.
2. Partilha de informações: os profissionais de saúde devem oferecer informações úteis, exatas e completas aos pacientes e famílias, com vista à participação efetiva do cuidado e das tomadas de decisão.
3. Participação: os pacientes e famílias devem ser apoiados e encorajados a participar do cuidado e do processo de decisão no nível que escolherem.
4. Colaboração: os pacientes e famílias devem ser incluídos em uma base institucional ampla, apoiados e encorajados pelos trabalhadores em saúde na implementação e avaliação de políticas e programas, planejamento das instalações de cuidado em saúde e educação profissional, bem como na prestação de cuidados.

De acordo com estas premissas, um desfecho inadequado como a internação poderia ser evitado se os profissionais de saúde estivessem mais próximos das famílias, empoderando-as e ativando a capacidade destas para atender às necessidades da criança, o que se dá por meio do envolvimento familiar no planejamento dos cuidados.

Assim, com fundamento no primeiro conceito denominado dignidade e respeito, a pesquisa nos chamou atenção para as práticas de cuidados no manejo da criança doente no domicílio, porquanto não existe uma regra na prestação do cuidado. Percebemos, no entanto, que para algumas mães a experiência anterior com a doença ajuda na condução dos casos e na busca ou não por assistência de saúde.

Por esta constatação, reafirmamos o seguinte: os profissionais de saúde devem utilizar como ferramenta de trabalho, a escuta, para além de ouvir, ter interesse nas experiências das famílias, especialmente as mães, que são cuidadoras no domicílio, pois estas irão influenciar suas escolhas. Aliado à escuta, o cuidado fora de casa deve contribuir com a incorporação de conhecimentos científicos ao conhecimento popular.

Tal argumento pode ser corroborado pelo estudo de caso-controle da mortalidade infantil pós-neonatal realizado por Burihan et al. (2002), o qual demonstrou associação positiva entre saber a conduta correta em relação à diarreia e a sobrevivência da criança. Segundo os autores, existe uma ligação significativa entre saber preparar o soro caseiro e a sobrevivência, evidenciando chance de sobrevivência quatro vezes maior. Conforme concluíram fatores reprodutivos, culturais, de conhecimento e de tecnologia materna associam-se com a sobrevivência das crianças (BURIHAN et al., 2002).

No respeitante à partilha de informações, este constructo responsabiliza os profissionais de saúde pela oferta de informações úteis, exatas e completas, possibilitando as tomadas de decisão. Ratificamos a importância da capacitação materna quanto ao manejo adequado da doença no âmbito domiciliar intuito de evitar prováveis complicações. Nessa realidade, enfatizamos as práticas educativas, seguindo o conceito de educação problematizadora apontado por Freire e mencionado por Prado e Fujimori (2006).

É preciso compreender a importância da ação educativa como componente de impacto, não só na mudança do perfil de morbimortalidade, mas também em direção à construção da cidadania como elemento emancipatório. Nessa perspectiva, cabe uma reflexão acerca da formação dos profissionais de saúde que ainda tem sido centrada na formação de especialistas, com visão voltada para o velho modelo biomédico biologicista, com enfoque curativo e orientado para a atenção individual (PRADO; FUJIMORI, 2006, p. 496).

Assim, o ambiente domiciliar é contextualizado por práticas cuidativas do subsistema popular, onde recursos da vida diária são valorizados pelo seu potencial terapêutico, com destaque para os recursos naturais como xaropes, alimentação, medidas físicas como o banho para o controle da temperatura, associadas à religiosidade, como as rezadeiras, e ainda uma conciliação com os recursos do subsistema formal, como o uso de medicamentos, antitérmicos, analgésicos e o soro de reidratação (MALISKA; PADILHA, 2007; SOUZA, 2005).

[...] Quando ele tem diarreia, eu dou muito soro para ele, e muita coisa para fazer o cocô dele ficar durinho, porque dizem que tem goiaba, banana sempre é bom [...] (P3).

[...] Lá em casa também a gente faz assim, dá a medicação em casa, o soro, procura também dar água de coco que diz que é bom também. Aí senão melhorar leva no posto [...] (P2).

[...] A febre, eu tento controlar em casa, com paracetamol, banho frio, quando eu vejo que não dá mais para controlar eu levo para o hospital [...] (P4).

[...] Passei ainda uma semana em casa tentando controlar, com xarope de mel, bem natural, aqueles que são passados na farmácia, mas não deu para controlar, não resolvia, só dava ele, mas ele [o xarope] não combatia, pois já estava muito forte, daí quando ela apresentou febre muita alta 39 C eu resolvi procurar o hospital (P6).

Tratando-se do cuidado domiciliar à doença diarreica, as narrativas a seguir apontam para a ação de cuidado domiciliar no tocante ao uso do soro, aumento da oferta de líquidos, pausa ou restrição alimentar, no âmbito do subsistema popular, como cuidado essencial. Os fragmentos dessa narrativa mostram que essa prática, cultivada durante muitas décadas pelos serviços de saúde, ainda permanece impregnada na cultura popular como uma estratégia de baixo custo e alta efetividade para o controle das doenças diarreicas. conforme referido por Grisi e Sucupira (2001).

[...] o soro fisiológico, aquele do pacotezinho [...] Eu comprei na farmácia e dissolvi em um litro de água. [...] porque o do posto é sem sabor, e ele não toma sem sabor, só toma com sabor. [...] fazia em quatro em quatro horas, depois eu comecei dar assim que ele me pedia.[...] já sabia. [...] tinha experiência com minha outra menina. Aí por isso que eu fui logo orientada a comprar o soro (E2).

[...] Lá em casa também a gente faz assim, dá a medicação em casa, o soro, procura também dar água de coco, suco, mais líquido que diz que é bom também, e procura dar aqueles alimentos que dizem que prende a diarreia, evita dar suco de laranja e mamão (P3).

Como observamos nessa última narrativa a restrição alimentar ainda permanece impregnada na cultura popular, embora as ferramentas para o controle das doenças diarreicas sejam mais conhecidas e mais acessíveis à população de maneira geral.

Um estudo avaliando as práticas cuidativas em relação à doença diarreica já evidenciava que a maioria das mães tinha consciência sobre a importância do aumento da oferta de líquidos, e associavam a pausa ou dieta alimentar como cuidado a ser prestado à criança com diarreia, embora essa conduta seja totalmente superada do ponto de vista científico (PRADO; FUJIMORI, 2006).

Por sua vez, a racionalidade popular, como a religiosidade e as práticas culturais, apesar de pouco referidas pelas participantes, ainda são descritas como influenciadoras do cuidado domiciliar prestado. Tal assertiva é corroborada pelas participantes, visto que rezadeiras e chás foram mencionados como alternativas utilizadas no tratamento dos filhos, conforme os relatos:

[...] Assim, pra mim poder acalmar ele em casa, eu dei um chá pra ver se passava o vômito, só que não adiantou de nada, aí eu trouxe ele pra cá (E4).

[...] Mulher, esses três dias pra mim levar pro hospital eu continuei fazendo o que eu sempre fiz antes, dava o leite, dava o banho e tudo. Aí quando foi dois dias antes pra vir pro hospital que a mulher levou pra rezar ela disse que desse chá e eu fiquei dando chá, só o que eu fiz diferente só foi o chá (E6).

[...] Sim, começava a chorar, aí agarrava no sono. Ó, à noite antes dele ir pro hospital que eu fui durante o dia, a madrugada eu não dormi. Botava o bichim aqui em cima, dormi de rede com ele, ele aqui em cima de mim pra quando for chorar eu dar o leitinho e acalmar ele. [...] eu já tinha tirado do peito por causa que feriu, aí eu tava dando o leite, fazia leite, fiz chá (E8).

Estudos anteriores, como o de Trad et al. (2010), Budó et al. (2008), e Souza (2005), avaliando a prática popular de busca pela religiosidade, mostraram resultados divergentes ao referirem que a recorrência da população ao âmbito religioso é uma estratégia comum no subsistema informal, as falas afirmam:

[...] Eu só levo pra rezadeira quando ele está no interior, aí quando ele adocece a minha mãe diz, “ah, este menino é abençoado demais, ele pegou quebrante, vai leva ele na D. Maria”. Aí levo, e como eu tenho fé, ele até ficar bom (P1).

[...] O meu a minha mãe às vezes diz assim: “vamos levar na rezadeira, que é a D. Pilá”, minha mãe vai e leva ele, vamos rezar hoje, amanhã e depois, três dias, aí pronto vamos ver se resolve, resolve nada (risos) (P2).

[...] Tem uns casos que tenho visto falar que é o quebrante né? Funciona, nos casos da diarreia a gente procura mesmo é o posto, hospital, rezadeira só nos casos de quebrante.[...] (P3).

Esta racionalidade pode ser entendida pelo que Boltanski (1989) no século passado defendeu. De acordo com sua a maioria das doenças da infância são consideradas como normais da idade e são tratadas em casa, pela mãe. Entretanto, quando “mal curadas” ou quando percebem o agravamento dos sintomas é que elas buscam o médico. Ainda segundo a autor, as mães fazem duas operações mentais quando detectam algo errado com as crianças: relacionam os sintomas percebidos com o rol de doenças conhecidas e, então, relacionam a doença com o rol de remédios indicados para curar a referida doença.

Tal realidade ainda perdura, porém, confronta o ideal de promoção da saúde e prevenção de doenças que atualmente vem sendo difundido pela OMS e Ministério da Saúde, ou seja, em tese vivenciamos um contexto no qual a ênfase recai sobre a participação popular e empoderamento das famílias, mães, indivíduos, no intuito de promoção da saúde.

Esta pesquisa nos fez refletir sobre o cenário de Fortaleza, Ceará. A mudança do modelo de organização dos serviços de saúde altera também a demanda e o comportamento materno em face da doença. Com a utilização mais recente da classificação de risco, inclusive nas UAPS, as mães referem não administrar a medicação para garantir o acesso ao serviço, pois estarão enquadradas na classificação de risco como prioridade, embora possam colocar a criança numa situação de risco maior.

Portanto, as justificativas das mães em optar pelo subsistema formal para o tratamento dos filhos, com práticas medicalizadas, explica em parte o paradoxo entre a qualidade do cuidado domiciliar condições sensíveis à atenção primária, e a procura pelos serviços de emergência pediátrica, os quais estão constantemente lotados, aglomerados de crianças e de seus familiares.

Porém, para algumas mães, a relação com os serviços de saúde, como as unidades de Pronto Atendimento ou até mesmo as de atenção primária, bem como a utilização de terapêutica medicamentosa, foi eficaz para evitar a internação dos seus filhos, levando-nos a concluir que essa interface com os serviços foi resolutive, como no caso dessa narrativa descrita a seguir.

Eu levei ele no posto, não estava tendo atendimento, quando foi no outro dia que eu levei lá na UPA foi constatado pneumonia. O médico perguntou pra mim se ele tava com garganta inflamada, não tava gripado, apareceu a pneumonia, em seguida no mesmo dia a febre, eu levei ele no posto porque ele tava com tosse, o rapaz disse que não estava tendo esse negocio da demanda. Aí eu deixei ele em casa, quando foi na sexta-feira, era duas horas da tarde apareceu a febre nele de 38 C, aí eu disse, vou pegar ele e levar logo na UPA, porque meu medo era de ele ter outra coisa, como o que ele tem(convulsão), levei ele na UPA, quando foi constatado que ele estava com um comecinho de pneumonia. Se tivesse levado ele no posto eles teriam mandado ele pra UPA, porque a tosse dele era seca, eu não sabia, pensava que era alérgica, porque eu tenho crise de asma, sou asmática e minha mãe fica olhando se ele fica cansado, lá no UPA a médica perguntou sobre a tosse se era seca e daí pediu um raio X, e eles disseram que ele estava com um comecinho de pneumonia. Mas ele precisa ficar internado? Perguntei. Ela disse não. Você pode tratar dele em casa, você tem condições de tratar dele em casa? Perguntou a médica, Eu disse que sim, daria bem direitinho, nos horários como no remédio controlado, terminou sexta-feira agora. Ele esta bem, só que de vez em quando eu ainda percebo uma tosse alérgica, quando eu não passo o pano no chão da casa antes dele dormir.

Desse modo, conforme podemos supor, a procura das mães participantes dessa pesquisa pelo sistema formal, representado pelas Unidades de Pronto Atendimento e emergências em detrimento das unidades de atenção primária, mesmo quando as crianças não apresentavam queixas urgentes, pode ser explicada pela qualidade do atendimento, pela acessibilidade, pela oferta de medicamentos e exames e, em algumas ocasiões, pela ausência do médico na Unidade Básica de Saúde. Assim como no estudo desenvolvido por Rati et al. (2012), a preferência dos usuários por esse subsistema depende de aspectos relativos à resolutividade, qualidade, especificidade em pediatria, facilidade de acesso, localização geográfica, experiências positivas no passado e acolhimento prestado.

No entanto, a nosso ver, a elevada proporção de crianças com problemas de saúde passíveis de serem solucionados na atenção básica, que são atendidas nos serviços de emergência hospitalar ou nas Unidades de Pronto Atendimento, repercute sobre a qualidade da assistência prestada àqueles que realmente necessitam dos serviços de urgência, e também sobre aqueles que precisam de atenção ambulatorial, pois o atendimento objetiva resolver a queixa do paciente e este, muitas vezes, não é encaminhado para a unidade básica, comprometendo, assim, a integralidade da atenção.

Seguindo na lógica do caminho da sobrevivência, adotado como referencial teórico-metodológico, a próxima etapa dos cuidados dentro de casa consiste na decisão de buscar cuidados fora do domicílio, quando se sentem inseguras na condução dos problemas de saúde dos filhos. Portanto, consoante mostram os depoimentos a seguir, os sinais de perigo em si muitas vezes são reconhecidos pelas mães e estas, ao identificá-los, prontamente buscam os serviços de saúde, conforme exposto:

Primeiramente ele começou a ter febre. Depois dois dias começou a provocar e teve diarreia, só que a diarreia dele veio com algumas manchinhas de sangue. Por isso que eu vim e trouxe ele diretamente pra unidade de atendimento (E2).

Minha filha, a Bárbara já teve pneumonia, o que apresentou nela, o que eu pude perceber foi febre constante e muita tosse. Aí levei ela pro médico e bati raio X e constou que realmente ela estava com pneumonia, nós passamos uma semana no hospital fazendo tratamento (P6).

Quando ele tem febre eu levo logo na emergência, eu tenho medo dele convulsionar, porque ele convulsiona com ou sem febre por causa da epilepsia, tento baixar a febre, mas a febre dele não é aquela de baixar em casa, dou dipirona dou paracetamol e não baixa de jeito nenhum. Se ele tomar dipirona na veia, pronto, a febre passa (P3).

O reconhecimento dos sinais de perigo por parte das mães dessa investigação em relação aos problemas respiratórios e à doença diarreica reforça os resultados de Amorim et al. (2006) quando afirma, que a maioria das mães e cuidadoras de crianças menores de cinco anos identifica um ou mais sinais de alarme para infecção respiratória aguda, porém não sabe um ou mais sinais de alarme da doença diarreica aguda.

Em contraponto, nesse estudo como percebemos, quando não há um reconhecimento claro dos sinais de adoecimento dos problemas respiratórios e da diarreia, para uma adequada gestão do cuidado domiciliar, a busca pelos serviços

de saúde em detrimento do cuidado dentro de casa é uma realidade concreta, talvez por considerarem o adoecimento dos filhos uma condição que requer tratamento urgente ao evidenciarem sentimentos inquietantes para si, como o medo de complicações ou de ser doença grave.

[...] eu não sei direito, porque é a primeira vez que ele apresentou. Eu creio que seja uma doença muito forte. É por isso que eu não sei explicar bem

[...] Ele tava cansado e tossindo muito. Aí eu trouxe logo ele pra cá (E5).

[...] Bom, a doença dele começou quinta-feira. Ele tava bom, do nada ele começou a fazer cocô e vômito e aquele cocôzinho só a água direto. [...] Ele foi ficando esmorecido, como se não reagisse, tristezinho, caidinho assim, molengozinho. [...] Como, da onde surgiu, eu não sei, foi do nada. [...] ele tava brincando, ótimo maravilhoso, aí quando foi do nada o menino começou a vomitar e ter diarreia aí [...] eu trouxe logo ele pra cá (E6).

Consoante revelou estudo de caso-controle realizado por Vanderlei e Silva (2004) o desconhecimento materno acerca do adequado manejo do episódio diarreico está associado a condições de pobreza, baixo nível educacional, pouco acesso aos serviços de saúde e exclusão social.

Por vezes, as participantes mencionaram que o agravamento do estado de saúde do filho foi uma surpresa. Por exemplo, a entrevistada 3, a qual afirmou esperar que a filha tivesse seu quadro agravado, porquanto ela estava doente há uma semana.

Eu não via diarreia, só via ela vomitando. Ela vomitou várias vezes. Só que eu não pensava dela descair bastante, só que eu não pensava que isso fosse acontecer, né? [...] ela tava chorando muito, chorava muito, chorava muito. Ela não se calava. Comia, aí vomitava na mesma hora, aí foi que foi se agravando, aí eu tive que correr com ela (E3).

Eu não suspeitei. Ele amanheceu doente, amanheceu vomitando, muito vômito, e eu trouxe ele pra cá. Ele tava bastante gripado e tossindo muito com secreção nasal, tosse cheia e febre constante. Até cansou um pouco. Eu não sei por que ele vomitou, ele acordou vomitando água. Não foi porque ele tossiu, foi do nada ele começou a vomitar (E4).

Para Lima e Almeida (2013), a maioria das mães recorre aos serviços de saúde por considerarem o adoecimento dos filhos como sendo uma emergência, embora suas justificativas não se baseiem em critérios concretos, mas em sentimentos inquietantes para si como o medo de complicações ou de ser doença grave. Entre os sintomas assustadores para os pais, a febre vem em primeiro lugar, seguida por dor, tosse e vômitos.

Em resposta aos comportamentos maternos evidenciados nas narrativas, levantamos algumas indagações tais como: Até que ponto a mãe recebe orientações e apoio dos serviços para discutir estas questões do processo saúde-doença ou apenas da doença? Quem está de fato responsável pelo cuidado cotidiano dessas crianças? Quem estabelece contato com os serviços formais?

Sabemos que historicamente as mulheres são responsáveis pelo espaço privado. Além de gerar e gestar filhos, a maternagem inclui o cuidado integral à criança durante seus primeiros anos de vida. Apesar de atualidade poderem ser constatadas mudanças gradativas nos padrões de masculinidade, os homens pouco se responsabilizam pelos filhos, sobretudo no tocante a cuidados como alimentação, higiene, segurança, acompanhamento escolar e de saúde, dentre outros. A eles continua cabendo, ao menos ideologicamente, a manutenção financeira da casa e da família. De outra parte, as mulheres têm cada vez mais ocupado os espaços públicos como força de trabalho, movidas por realização pessoal, necessidade de participação na receita familiar, ou ambos.

Estudo de caso-controle desenvolvido por Nascimento (2012) mostrou associação estatisticamente significativa entre as mães que trabalhavam fora de casa e a mortalidade infantil. Tal realidade reflete a influência da ocupação materna na saúde do filho. Soares e Coelho (2008) reiteram também a relevância da presença materna na qualidade do cuidado prestado à criança, visto que relacionaram diretamente o cuidado e a presença física da figura materna.

Segundo Winnicott (2000), a figura materna e o cuidado são elementos fortemente atrelados. Desse modo, de forma que a mãe é considerada a principal cuidadora da família. Segundo esse psicanalista, mencionado fato nos deve remeter a uma reflexão acerca dos costumes maternos e às formas pelas quais eles se processam, em virtude de serem influenciados por inúmeros fatores, como os valores e crenças sociais e culturais (WINNICOTT, 2000). Esse tema será discutido mais adiante, no segundo eixo temático sobre a experiência do cuidado materno.

Nessa perspectiva, a nosso ver, devemos ser cautelosos na interpretação das práticas do cuidado domiciliar evidenciadas entre os participantes, pois estas podem estar associadas a um conjunto de ações e atitudes, e não a um fator específico. Reiteramos ainda: os achados dessa investigação no tocante a esse eixo temático apontam que o cuidado domiciliar pode estar atrelado a ampla gama dos

determinantes sociais, econômicos e culturais das famílias pesquisadas, especificamente relacionados ao cuidado materno a ser aprofundado no próximo eixo.

Com os resultados dessa investigação, podemos perceber que as práticas de cuidado domiciliar estão relacionadas a percepção da mãe cuidadora dos sinais de adoecimento o que gera cuidados anteriores a busca pelos serviços de saúde (como o uso de chás, xaropes, rezadeiras), e a percepção do agravamento, com destaque para a febre e o cansaço, responsável pela busca de saúde nos serviços de urgência e emergência.

6.2.2 Experiência do cuidado e o cuidado materno

Esta seção busca refletir sobre as questões relativas à compreensão da doença como experiência vivida e significada pelas mães de crianças acometidas por pneumonia e/ou diarreia.

Mediante as narrativas procura-se entender o significado da experiência de vida analisada como texto narrado. As expressões que irão surgindo nos revelam o mundo de cada um dos sujeitos em torno da experiência do cuidado diante da criança doente.

Conforme percebemos entre os participantes desse estudo, o cuidado materno é único, com diversos significados, construídos com base em suas histórias e vivências familiares e pessoais e ajustados no processo de desenvolvimento da maternagem de Winnicott (2006).

Dessa maneira, os significados desses cuidados vão se tornando mais significativos com as experiências de vida, sendo fundamental o apoio dos profissionais de saúde, e dos familiares, os quais propiciarão às mães suprirem as necessidades de seus filhos.

Conquanto uma abordagem centrada na experiência do cuidado pode ser representada por aspectos positivos ou negativos e nos permite reconhecer as dimensões que fogem à lógica biomédica, a qual valoriza os aspectos orgânicos da doença e ao mesmo tempo poder omitir dimensão de sentido inerente ao processo de doença e até mesmo de tratamento, “o corpo/objeto da ciência médica substitui o corpo vivido, fonte e condição para nossa relação com um mundo de objetos” (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Ainda como ressaltam:

A ênfase nos aspectos ideais ou simbólicos da doença e cura conduz a uma desvalorização das sensações e práticas encarnadas dos sujeitos doentes e seus terapeutas: trata-se do corpo/texto, espelho da cultura, que substitui o corpo vivido, fundamento de nossa inserção no mundo da cultura e ponto de partida para a reconstrução contínua desse mundo (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

No tocante aos aspectos positivos, destaca-se o comportamento adotado por familiares em relação à atitude de olhar para o filho adoecido com foco nas experiências adquiridas. Esse olhar é um canalizador do estabelecimento de uma sabedoria de vida.

A discussão sobre a experiência de cuidado pode considerar que o conhecimento da antropologia é essencial para ampliar a compreensão dessas práticas, na medida em que o olhar antropológico é “um exercício constante de estranhamento e reativação de crenças, valores, visão de mundo, em um esforço de compreensão das formas de vida que são estranhas à qual se esta inserido”. (CAMPOS, 2009, p. 63).

Como descrito anteriormente, as práticas de saúde são fenômenos complexos, que envolvem vários aspectos. Nesse sentido a antropologia torna-se uma ferramenta importante, pois irá nos permitir apreender o outro mediante suas especificidades, evidenciando os limites do modelo biomédico, quando percebemos que tais práticas estão diretamente relacionadas ao modo de vida de uma determinada população, dentro do contexto onde está inserida.

Entretanto, a visão antropológica não pode negar a existência dos fenômenos biológicos (saúde e doença). Cabe-lhe, porém, procurar entender o significado desses fenômenos em dada sociedade, porquanto o conceito de normalidade e anormalidade pode ser determinado a partir de valores inerentes a um contexto sociocultural específico, como referido por essa mãe.

[...] Faz uma semana que ela vem descaindo, eu não fiz nada porque eu não via diarreia, só o vômito. [...] Ah, ela vomitou várias vezes. Só que eu não pensava dela descair bastante, eu não pensava que isso fosse acontecer, eu pensava que fosse do leite porque meus meninos teve refluxo, daí eu pensava que fosse refluxo[...]. [...] Eu não pensava que o vômito fosse problema porque a doutora já tinha dito que o leite dava refluxo, e eu achava que era do leite. [...] aí, eu achava que ela tava perdendo só peso, eu não achava que ela tava desidratada (E3).

Como mencionado, a educação em saúde deve ser utilizada pelos profissionais de saúde de maneira a possibilitar aos indivíduos e coletivos um aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades., Estas ações devem ser realizadas em distintos *settings*, entre os quais a escola, o domicílio, o trabalho e os coletivos comunitários.

Em uma perspectiva socioantropológica, a experiência da doença representa uma das temáticas mais relevantes dos estudos de saúde, referindo-se, especificamente à forma pela qual os indivíduos situam-se perante ela ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação (ALVES; RABELO, 1995). Para os autores, as respostas aos problemas desencadeados pela doença constituem-se socialmente e remetem diretamente a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores.

Nesse prisma, diante de uma criança doente é razoável que a família, amigos e terapeutas formulem ou (re)produzam e transmitam um conjunto de soluções, receitas práticas e proposições genéricas, de acordo com o universo sociocultural do qual fazem parte (RABELO; ALVES; SOUZA, 1999).

Para entendermos toda a dimensão do processo de cuidado no âmbito das relações humanas e compreendê-lo sob diferentes perspectivas é necessário transitarmos pelo campo da filosofia e da antropologia.

Segundo mencionado, em busca de um conceito de cuidado, Boff recorreu à etimologia da palavra para uma compreensão mais precisa. Conforme identificou, o termo cuidado deriva do latim, *cura* (ou *coera*), que em português significa cuidar e tratar.

Segundo Boff (2012), o cuidado não se esgota num ato que começa e acaba em si mesmo. É uma atitude, derivada da natureza humana. Como atitude, o cuidado significa desvelo, solicitude, atenção, zelo que se dedica a alguém ou a grupos, ou ainda objetos de estimação. O cuidado mostra a importância que se dá a outrem.

Outro sentido atribuído ao cuidado pode ser derivado do anterior, pois, devido o envolvimento afetivo, o cuidado passa a significar preocupação, inquietação, perturbação e até o sobressalto pela pessoa amada ou por alguém a quem se está ligado por parentesco, amizade, afeto e amor. “O cuidado faz do outro

uma realidade preciosa, como no caso dos filhos e filhas e nossos enfermos” BOFF (2012, p. 29).

Diante dos sentidos referidos, Boff (2014, p. 35-37) atribuiu ao conceito de cuidado as seguintes expressões:

cuidado é uma atitude de relação amorosa, suave, amigável, harmoniosa e protetora para com a realidade, pessoal, social e ambiental.

O cuidado é todo tipo de preocupação, inquietação, desassossego, incômodo, estresse, temor e até medo face as pessoas e as realidades com as quais estamos efetivamente envolvidos e por isso nos são preciosas.

Cuidado é a vivência da relação entre a necessidade de ser cuidado e a vontade e predisposição de cuidar, criando um conjunto de apoios e proteções que torna possível esta relação indissociável, em nível pessoal, social e com todos os seres viventes.

Na nossa compreensão, o cuidado não se limita às ciências tampouco a uma área de atuação específica, portanto, ele transversaliza diversos níveis de compreensão, indo de encontro a filosofia existencialista de Heidegger (1889-1976), o filósofo que melhor viu a importância do cuidado. Em sua mais famosa obra **Ser e tempo**, encontramos a definição do cuidado como algo inerente à condição humana.

Segundo Heidegger o ser-no-mundo é a condição do existente enquanto consciente de sua presença no tempo e no mundo. Significa que o homem nunca é uma subjetividade em si mesmo, senão na inter-relação com os outros e com as coisas. Sendo assim, o ser-no-mundo é em sua essência o cuidado.

Neste momento, trazemos a conhecimento o conceito de cuidado, ôntico e ontológico em Heidegger, os quais consideramos essenciais para a nossa reflexão sobre o tema.

Cuidado: O cuidado pode ser entendido como ato, o qual ocupa um sentido ôntico, ou como possibilidades, um sentido que vai além do ato, além do que se pode perceber, ocupando um sentido ontológico. Para Heidegger o cuidado contempla o modo positivo de cuidar dos entes, não é sinônimo de bondade, é entender autenticamente o que é importante.

Ôntico: é tudo que é percebido, entendido, conhecido de imediato. É a compreensão cotidiana do ser em que nos movemos. É a dimensão do ser-aí envolvido na cotidianidade.

Ontológico: a dimensão ontológica diz respeito àquilo que antecede originariamente toda manifestação ôntica e lhe garante um sentido. Diz respeito às diferentes possibilidades de ação do ser-aí junto às coisas e aos outros, não no sentido daquilo que é manifesto, mas daquilo que possibilita toda manifestação.

Na concepção antropológica do cuidar, Roselló (2009) afirma que o termo cuidado é polissêmico, com diferentes significados, dotado de imensa riqueza. Pode ser considerado uma arte porque integra técnica, intuição e sensibilidade. É técnica na medida em que integra o domínio de determinada forma de fazer ou de aplicar um conhecimento ou um instrumento.

Para o referido autor, dizer que a forma como se mobilizam e reorganizam as capacidades corporais, na experiência da doença, orienta-se pelos modelos culturais não é necessariamente tomar estes modelos como realidades objetivas e imutáveis que, em última instância, determinam a experiência.

Ainda em Roselló (2009), é possível entender o cuidado em quatro dimensões. A primeira refere-se ao cuidado como compaixão, colocando-se no lugar do outro a ponto de participar ativamente do seu estado de saúde. A segunda diz respeito à ajuda que se oferece ao outro no intuito de lhe conferir autonomia. A terceira aponta para o cuidado no sentido de transferir para os profissionais de saúde sua reponsabilidade e ansiedade, o que vai ao encontro à confiança mútua no processo assistencial. A quarta e última consiste em disponibilizar ao paciente os recursos necessários à sua recuperação e tratamento, sem impor qualquer tipo de oposição terapêutica ou de direcionamento, respeitando seu ritmo em sua trajetória e itinerário.

De acordo com Rabelo, Alves, e Souza (1999), abordar a experiência da doença segundo a concepção de que é um problema a ser resolvido permite-nos compreender por que o conhecimento que as pessoas têm e relatam acerca da doença é marcado por contradições e vastas zonas de imprecisão: estas refletem o conjunto de experiências por meio do qual tal conhecimento foi e está sendo adquirido.

Mediante as respostas obtidas com o grupo focal e entrevistas com as mães de crianças hospitalizadas, podemos perceber que as experiências do cuidado são permeadas por múltiplos fatores, não apenas relacionados à técnica, mas que se materializam nos encontros entre os diferentes campos do conhecimento e do saber, aliando técnica, intuição e sensibilidade, como salienta Roselló (2009).

A mãe identifica o problema de saúde, classifica-a quanto à gravidade e busca apoio somente em situações que não podem ser solucionadas em casa.

[...] Eu só venho pro hospital mesmo quando eu vejo que tá bem mais sério do que eu imagino. Você tem que saber quais os sintomas certos que você deve tratar em casa, se tem que levar no posto, ou se tem que ir direto pro hospital, né. Aí quando eu vejo que tá mais grave eu trago logo pro hospital da criança. [...] Quando eu vejo que eles estão bastante cansados. No caso dele, como eu achava que, pra mim, não resolvia mais no posto, eu vim direto no hospital porque a diarreia dele começou a ter secreção de sangue, aí já imaginei, “não vou levar no posto, como é um pouco mais grave vou levar logo no hospital” (GF, P2).

[...]Quando meu filho adocece de diarreia eu dou o soro fisiológico, aquele do pacotezinho [...] faço em quatro em quatro horas, depois eu dei assim que ele me pedia[...] já sabia, tinha experiência com minha outra menina. [...] assim, filhos muitas vezes o mesmo sintoma já passou com o primeiro, né, aí o primeiro sintoma que ele já apresentou, tu também já passou, aí por isso que eu fui logo orientada a comprar o soro (GF, P3).

[...] Assim, como eles têm renite às vezes, eu procuro dar antialérgico a eles. Limpo o nariz deles com soro, se tiver febre eu dou dipirona e se eles estiverem assim, meio desidratado, eu procuro dar um soro a ele, né, aí se eu vejo que eles não melhoraram, eu levo eles no Sistema Único de saúde, no posto. [...] (E2).

Conquanto pareça existir uma tendência de que a presença 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.

Segundo Campos (2009), uma das temáticas mais relevantes nos estudos socioantropológicos da saúde diz respeito ao conceito de experiência da enfermidade, que se refere basicamente à forma pela qual os indivíduos situam-se perante ou assumem a situação de doença, conferindo-lhe significados e desenvolvendo modos rotineiros de lidar com a situação.

Ainda como a mesma autora argumenta, é importante ter em conta que as respostas aos problemas criados pela doença são construídos socialmente e remetem a um mundo compartilhado de práticas, crenças e valores. Diante da enfermidade, o doente e aqueles envolvidos diretamente na situação formulam, (re)produzem e transmitem um conjunto de soluções, receitas práticas e proposições genéricas, de acordo com o universo sociocultural do qual fazem parte.

Para a antropologia, a enfermidade não é apenas uma “entidade biológica”, a ser tratada como coisa; é também experiência que se constitui e adquire sentido no curso de interações entre indivíduos, grupos e instituições.

O significado da experiência torna-se relevante para a antropologia médica na medida em que diz respeito ao modo como os indivíduos compreendem,

organizam, expressam e comunicam suas aflições. Trata-se de entender de que modo experiências subjetivas constituem-se em objeto – a enfermidade – que pode ser explicado e com o qual se pode lidar em contextos sociais específicos (CAMPOS, 2009).

Nesse estudo, tentamos explorar alguns dos caminhos oferecidos por estudiosos desses campos teóricos em suas abordagens sobre a doença e a experiência no processo de cuidar. Utilizamos, então, como referência a narrativa que retrata a história de adoecimento e a experiência do cuidado materno de uma criança de dois meses de vida, internada no HIAS por uma condição sensível à atenção primária.

O discurso da mãe permitiu-nos mergulhar em universos de diferentes níveis de complexidade, construídos pelas percepções maternas acerca do processo de adoecimento e do cuidado oferecido. A narrativa descreve o mundo particular desse lactente, povoado por seus pais, sua avó materna e os irmãos mais velhos, crianças de três e cinco anos, e a rede social de apoio como, o Conselho Tutelar e o Ronda do Quarteirão. Na medida em que aprofundamos a entrevista, foi possível perceber sua experiência nos diferentes encontros com os serviços formais e a rede de apoio.

O cuidado materno necessário à condição de saúde da criança não se revelou como efetivo antes da internação; ele necessita somar-se ao apoio e às ações daqueles que de alguma maneira compõem o itinerário da criança, da pessoa do Conselho Tutelar que faz a denúncia, a equipe do Ronda do Quarteirão, até os profissionais de saúde do hospital, a criança e sua mãe, personagens centrais dessa narrativa.

Com a descrição da experiência do cuidado materno, nos foi possível apreender sobre as circunstâncias de adoecimento da criança, bem como a efetividade acerca da utilização e desempenho dos serviços formais de saúde, vivenciadas pela família.

O encontro com a criança se deu por meio da busca ativa no hospital, de possíveis casos de internação por pneumonia e ou diarreia. No terceiro andar do HIAS, na unidade de pediatria geral, abordamos a enfermeira sobre a internação de criança com esses diagnósticos nos últimos dias. Fomos informados de que havia um caso “interessante”, exposto a seguir, em virtude da história clínica.

Conforme demonstrou o contato com a mãe de Isabela ao longo deste estudo mediante sua prática esteve pautada nos saberes que certamente se

perpetuaram a partir de suas experiências anteriores, amparados numa medicina tradicional, pautada no modelo intervencionista, técnico e biomédico.

Nessa narrativa foi possível distinguir o cuidado materno do cuidado profissional. Segundo percebemos, as práticas profissionais de saúde precisam conhecer e entender que muitos aspectos interferem na forma de cuidar, dentre esses a cultura da clientela, destacada por Leininger (1988, 1991, 1995) como importante fator interveniente do cuidado. Madeleine Leininger fala sobre a grande necessidade de atrelarmos a prática profissional com o saber popular para então prestarmos, de fato, um cuidado coerente com as carências do indivíduo.

Nossa abordagem acerca do cuidado materno, no caso Isabella, esteve pautada no conceito específico de cuidado materno e maternagem de Donald Winicott (2006). Para o pediatra e psiquiatra, a maternagem refere-se ao cuidado que é oferecido pelas mães aos filhos com o objetivo geral de promover seu bem-estar, incluindo o amparo às necessidades fisiológicas e todo investimento de desejo, de amor, de aconchego.

Na ótica de Madeleine Leininger, enfermeira antropóloga, o cuidado materno pode ser entendido como as experiências ou ideias assistenciais, de apoio, dirigidas a outros com necessidades evidentes ou antecipadas, para melhorar uma condição humana ou modo de vida. O cuidar vem a ser, assim, a ação, atitudes e práticas para assistir ou ajudar outros no sentido da cura e do bem-estar (LEININGER, 1988, 1991, 1995; LEININGER; MCFARLAND, 2002, 2006).

A experiência do cuidado materno de Isabela

Isabela é uma lactente de dois meses, natural de Fortaleza, filha da Joyce e do Marcos. Nasceu termo, pesando pouco mais de 3 kg, no hospital distrital Dr Gonzaga Mota (Gonzaguinha de Messejana). Mãe e filha tiveram alta da maternidade com menos de 48 h, em bom estado de saúde. Embora sua mãe informe que Isabela nunca mamou, segundo a mãe porque não tinha leite suficiente, decidiu alimentá-la com o leite que ela dispunha em casa, e já utilizava na alimentação dos dois filhos mais velhos. Isabela chegava a mamar cerca de 90 ml por vez a cada três horas. A pequena criança mora com seus pais e dois irmãos mais velhos de três e cinco anos, respectivamente, na casa da avó, no bairro Jangurussu em Fortaleza. Conforme a mãe, estão na casa da sogra porque o

marido ficou desempregado e tiveram de entregar a casa onde moravam em Maracanaú. A avó paterna é uma senhora de 48 anos que trabalha como catadora de lixo. O pai tem trinta anos, empregado da construção civil, mas atualmente está desempregado. Recebe auxílio-doença devido a acidente de trabalho; a mãe tem pouco mais de vinte anos, não trabalha, auxilia o marido no cuidado com as crianças. Sobrevivem com o dinheiro do pai e ajuda do pouco dinheiro que a avó arrecada vendendo lixo reciclável.

Consoante a mãe nos conta, Isabela era sempre “muito irritada e chorava muito”, e ela pensava tratar-se de cólicas, que tentava aliviar com o uso de medicamentos já conhecidos por ela para o alívio destes sintomas. Refere não ter recebido a visita puerperal. Entretanto, revela ter buscado o posto de saúde na primeira semana de vida para realizar o teste do pezinho, mas não fez a primeira consulta de puericultura na unidade de saúde porque a criança ainda não estava registrada, sendo isso, segundo ela, um impeditivo para a consulta na unidade.

Com vinte dias de nascida, sua mãe decide levá-la a uma consulta na UPA do Jagurusu, porque Isabela continuava chorando muito, irritada, não queria comer, não ganhava peso, havia apresentado evacuações diarreicas e vômitos que ela pensava tratar-se de refluxo, pois seu filho mais velho, já tinha apresentado quadro semelhante de vômitos, e tinha recebido esse diagnóstico médico. Após o atendimento, a mãe nos fala que a médica prescreveu o “soro” para ser oferecido no domicílio e orientou retorno em uma semana se não apresentasse melhora.

Em casa, a mãe afirma ter oferecido o soro oral conforme orientado pela médica da UPA, e informa ainda que a criança chegou a beber algo em torno de um litro e meio da solução preparada. Como os vômitos haviam cessado ela decidiu interromper o tratamento com soro oral, pois pensava que ela já estivesse boa, e manteve a alimentação habitual. Entretanto, a pequena Isabela continuava irritada, chorando sem parar, apesar da utilização de medicamentos como a dipirona e o flatol para a dor e cólicas, que ela oferecia.

Duas semanas depois daquela consulta na UPA, e diante da piora do quadro, levando em consideração os vômitos incoercíveis, a mãe decide levá-la ao hospital Gonzaga Mota de Messejana “Gonzaguinha de Messejana”, como é chamado pelos usuários.

Exatamente nesse dia em que a mãe revela estar de saída para o hospital, foi surpreendida pela visita de uma equipe do Conselho Tutelar, ter chegado até a sua residência após uma denúncia dos policiais do programa Ronda do Quarteirão sobre as condições inadequadas da moradia e do estado de saúde das crianças. Ao perceber o estado da pequena Isabela, a pessoa do Conselho Tutelar, comunicou à mãe que tinham de levá-la urgentemente a um hospital, e avisou que levaria seus outros dois filhos para um abrigo.

A mãe de Isabela nos conta, só teve tempo mesmo de apanhar algumas coisas e foi trazida para o Hospital Infantil Albert Sabin no carro do Conselho Tutelar. Ao chegar na emergência a criança foi prontamente atendida, pois seu estado de saúde era muito grave, estava muito desidratada, além de um grau severo de desnutrição, pesando 3.400 kg. Segundo informa a mãe, como não havia condição de acesso venoso periférico, devido ao seu estado de saúde, Isabela foi então encaminhada ao centro cirúrgico para submeter-se ao procedimento de dissecação venosa, para reposição de soro e eletrólitos, perdidos pelos episódios de diarreia e vômitos incoercíveis.

Após os procedimentos de emergência, Isabela foi internada no referido hospital com diagnóstico de diarreia, desnutrição e desidratação grave, onde permaneceu por quase trinta dias até o seu completo restabelecimento. No início recebeu antibiótico e hidratação venosa, e alimentava-se com dieta específica para desnutrido através de sonda nasointestinal (SNE).

Hoje Isabela está bem, já consegue sorrir, não tem diarreia nem vômito, está recuperando o peso perdido, porém a família e em especial a criança precisam de apoio e cuidado para além do ambiente domiciliar.

Antes de me despedir, conforme a mãe relata as crianças mais velhas já estiveram internadas durante quatorze dias por pneumonia, quando um tinha um ano, e o outro oito meses. Parece ter necessidade de contar, e como a pesquisa é referente a essas duas condições de doença deixei que prosseguisse.

Inquerida sobre a pneumonia, ele revela que a causa dessa doença pode estar relacionada a condições climáticas como “*quentura*”, e que o agente etiológico da pneumonia seria uma bactéria. Sobre essa relação da doença com aspectos decorrentes de uma ação patogênica da ruptura das relações do indivíduo com a natureza e com seu grupo social, Minayo (1998), chamou de *causação natural*.

Como informa seu filho estava gripado, com febre e cansaço, e por isso fora levado ao hospital para consulta de emergência, quando foi diagnosticado pneumonia, e necessitou ser transferido para outro hospital para submeter-se ao tratamento dessa doença. A criança ficou internada por sete dias em uso de antibióticos e outras terapias. Informa ainda que antes de levar ao hospital para consulta, não usou nenhum meio para aliviar o cansaço ou baixar a febre, apesar de conhecer alguns tratamentos específicos para a melhora desses sintomas. Preferiu levá-lo imediatamente à emergência como forma de ganhar tempo, pois segundo afirma, as crianças com febre e cansaço têm prioridade no atendimento.

Agora a mãe de Isabela está preocupada com a situação de saúde das crianças que estão no abrigo, sob a tutela do Estado, e preocupa-se também quanto ao seu retorno para a casa da sogra após a alta hospitalar de Isabela, prevista para os próximos dias. Segundo refere, eles estão forçados a morar com a avó das crianças em virtude da condição do marido, no entanto, ela sabe o que significa morar naquela casa, pois a denúncia foi motivada pelas péssimas condições de higiene do ambiente.

A história de Isabela muito me afligiu, sentia necessidade de ajudá-la, e por isso nossa entrevista foi interrompida várias vezes por alguns minutos para eu repassar à sua mãe algumas orientações acerca do tratamento da doença diarreica, as medidas de prevenção da desidratação e desnutrição. Gostava de conversar com ela, percebia a riqueza da dimensão contextual, das racionalidades e práticas terapêuticas e a dimensão simbólica do processo saúde-doença-cuidado daquela mãe em relação à sua filha, e discutidas na literatura por Trad (2010) em seu modelo adaptado acerca das configurações e fluxos do itinerário terapêutico.

Nos fragmentos dessa narrativa, como evidenciamos, que embora a mãe consiga perceber com certa rapidez a presença de uma anormalidade no tangente ao estado de saúde da filha, ela primeiramente adota uma postura hesitante, e busca soluções alternativas na esperança de que tais condutas sejam suficientemente adequadas para a resolução do problema.

Autoras como Oliveira et al. (2014) corroboram essa atitude, ao afirmar que a busca pela assistência profissional pode ser postergada na esperança de os cuidados oferecidos mostrarem-se suficientes para a resolução do problema. Ainda como afirmam, conduta justifica-se pelo receio das famílias, principalmente daquelas

economicamente desfavorecidas, de se defrontar com obstáculos ou dificuldades insuperáveis na procura do atendimento formal de saúde.

Para as autores, “as famílias mais experientes ou os pais mais bem orientados tendem a procurar alternativas com a intenção de adiar a procura pelo sistema de saúde”. Tal atitude, segundo as autoras, pode refletir em parte o despreparo dos serviços e profissionais de saúde para resolução de problemas em que os agravos se apresentam com sintomatologia inespecífica, especialmente em crianças (OLIVEIRA et al., 2014, p. 39).

Nesse caso específico, a decisão materna, ou a presença da rede de apoio social, para “ajudá-la” ou “forçá-la” a buscar tratamento fora de casa, se deu somente a partir da percepção de agravamento dos sintomas, depois de já haver recebido tratamento anterior no sistema formal, e ainda devido à (in)capacidade da família em lidar com a situação de doença da filha. Todos estes passos podem ter sido essenciais em termos de complexidade e ação necessária à sua sobrevivência.

O cuidado materno a Isabela, baseado na vivência anterior do problema de refluxo, pode ser explicado por Leininger (1988, 1991, 1995), e Leininger e Mcfarland (2002, 2006). Como experiências ou ideias assistenciais, de apoio, dirigidas a outros com necessidades evidentes ou antecipadas para assistir ou ajudar outros no sentido da cura e do bem-estar.

A despeito desse cuidado, seria oportuno refletirmos sobre a situação econômica e social da família de Isabela atual, morando em condições inadequadas, num bairro caracterizado como um dos mais violentos de Fortaleza, com uma população total de 50.479 habitantes, dos quais 7,9% são crianças menores de quatro anos (IBGE, 2010). É necessário reconhecer a complexidade das dificuldades enfrentadas no cuidado da criança com múltiplos problemas e, conforme já ressaltado, não podemos desconsiderar a problemática da infraestrutura e condições socioeconômicas da família. Perguntamo-nos, então: até que ponto essa condição poderia ter influenciado nesse cuidado?

Como é notório, as práticas de saúde adotadas evidenciam a diversidade de formas de cuidado vivenciada por essa família. Esse itinerário terapêutico (permanecer em casa, recorrer à UPA, ou a um hospital) expressa as diferenças sociais, econômicas e culturais, e o contexto de vulnerabilidade social no qual, está inserida. Portanto, estes não podem ser vistos isoladamente ou separados.

Por seu turno, o apoio da família, representado nessa narrativa pela pessoa do marido e da sogra, não se revelou como presença importante na condução dos problemas de saúde da criança. Em momento algum a mãe de Isabela refere-se ao pai ou à sogra como apoiadores no tratamento dispensado domiciliar à filha, numa demonstração clara da onipresença da figura materna no cuidado à criança.

Destarte, ela mostrava-se segura quanto às informações recebidas anteriormente no sistema formal por situações semelhantes, numa demonstração clara de cumprimento das determinações advindas do profissional de saúde, embora lhe faltasse o esclarecimento necessário para compreensão das diversas causas de vômitos e da utilização de medicamentos.

Custa-nos admitir que apesar do conhecimento adquirido a respeito das enfermidades de seus filhos, assim como da facilidade com que acessava os serviços de saúde, não foi possível minimizar as consequências de um cuidado por vezes inadequado. Percebemos na sua fala uma atitude de insegurança para com a filha, a qual pode estar permeada por múltiplos fatores, tanto os de natureza intelectual, quanto emocional e afetivo.

[...] Eu achava que não era tão sério porque que a doutora já tinha dito que o leite dava refluxo, e eu achava que era do leite. [...] achava que ela ia vomitar uns dias, ia passar meses e meses ia passando. [...] Porque o meu menino tava assim, aí eu fui pro Gonzaguinha do José Walter, e lá a doutora começou a explicar o que era, o que não era. Aí disse que tinha refluxo, só que ele não perdeu peso, ele não perdeu, ele tinha refluxo.

[...] Dava umas gotinhas de dipirona ou então de flatol que eu mesma comprei. [...] a dipirona foi a médica da UPA que passou, o flatol eu comprei porque ele serve pra gases e cólica [...]

Outrossim, o cuidado à Isabela nos conduz à reflexão acerca da relação do comportamento sociocultural do modelo biomédico e a visão da doença, ao evidenciarmos nos fragmentos do discurso da mãe um conhecimento particular para o enfrentamento dos problemas de saúde dos seus filhos. Neste âmbito, com destaque para algumas unidades de significado como o cuidado materno, e o modelo biomédico, esta última sempre presente, seja como forma de aceitação e conformação, seja como garantia para o enfrentamento dos problemas decorrentes da doença no processo de cuidado.

Ao retornar o olhar para o aspecto das práticas de cuidado, de saúde no comportamento dessa mãe, este se materializa no seu discurso, nos direciona às práticas de saúde e redefine o papel do profissional no cuidado, como referido por Helman (2003).

Nas sociedades modernas se apresenta uma pluralidade de serviços de saúde, nos quais existem muitas pessoas que oferecem ao paciente um modo próprio de explicar, diagnosticar e de tratar os problemas de saúde (HELMAN, 2003, p. 79).

Quanto ao atendimento recebido no sistema formal, por ocasião dos vômitos e da diarreia quando Isabela tinha apenas vinte dias de vida, não foi efetivo, considerando os preceitos da conduta do protocolo da AIDPI no tratamento da diarreia em crianças < de 2 meses. De acordo com o protocolo, no atendimento da criança, o profissional deve classificá-la quanto ao estado de hidratação, observando a presença de dois ou mais sinais de desidratação: estado letárgico ou inconsciente, inquieto ou irritado, olhos fundos, com sinal de prega cutânea, sucção débil ou incapacidade de mamar. Segundo o protocolo, toda criança com desidratação necessita de líquidos adicionais administrados rapidamente; portanto, administre-se tratamento com líquidos por via intravenosa (BRASIL, 2012).

Ainda segundo o AIDPI, depois de classificar o estado de hidratação, o profissional deve classificar a criança como tendo diarreia prolongada se a duração tem sido de sete dias ou mais. Especificamente para os menores de dois meses:

As crianças que se classificam como diarreia prolongada devem ser referidas a um hospital. Estas crianças necessitam de atenção especial para ajudar a prevenir a perda de líquidos. Talvez seja necessária, também, uma mudança no regime alimentar e exames laboratoriais para identificar a causa da diarreia (BRASIL, 2012, p. 146-150).

No intuito de distinguir o curso da doença, a trajetória do adoecimento e as estratégias para o enfrentamento do problema, a narrativa nos aponta para duas racionalidades terapêuticas que se entrecruzam: a do usuário e suas famílias, que buscam resolver aquilo que sentem como necessidades de saúde, e a dos serviços de saúde, evidenciada nas práticas profissionais, na organização e gestão dos serviços.

[...] Então resolvi ir pro Gonzaguinha duas semanas depois que eu tinha ido na UPA. Porque o vômito voltou. Aí só que eu vi ela chorando muito, eu achava que não era só aquilo, era outras coisas, então como eu vi ela chorando bastante eu não queria ficar com ela em casa. [...] Ela só melhorou um pouco, assim do mal cheiro das fezes. Aí eu também não queria aguardar mais, fazia muito tempo que ela tava assim. [...] ela tava chorando muito, chorava muito, chorava muito. Ela não se calava [...] [...] aí ela começou a vomitar, vomitou varias vezes. Só que eu não pensava dela descair bastante, eu não pensava que isso fosse acontecer, eu pensava que fosse do leite. [...] bom, eu achava que ela tava perdendo só peso, eu não achava que ela tava desidratada. [...] Engraçado que eu percebia que a pele dela grudava praticamente no osso, tava bem pouquinha. Ela chegou aqui pesando três quilos e quatrocentos, e hoje ela já ta com quatro quilos e duzentos.

Com vistas a uma compreensão mais ampla do adoecimento da Isabela, fizemos um entrelaçamento entre a narrativa e as experiências do pesquisador, acreditando que sua narrativa problematizava a relação entre cultura ou formas simbólicas e suas experiências. Aprende-se muito sobre essas experiências por meio das histórias contadas pelas pessoas (CASTELLANOS, 2011).

Desse modo, optei por perguntar-lhe sobre seu conhecimento a respeito do adoecimento de sua filha, dirigindo nossa entrevista para os acordos, discussões e negociações travadas em relação à conduta e aos procedimentos e objetivos das medidas terapêuticas adotadas no domicílio antes e após a consulta no sistema formal.

[...] A diarreia é quando o cocô fica mole, quase água.

[...] Achava que ela ia vomitar uns dias, ia passar meses e meses ia passando-

[...] Eu resolvi trazer porque ela vomitava bastante. Ela vomitava mesmo, como se fosse uma torneira ligada. Eu dava de comer a ela, e ela botava pra fora. Todo o tempo assim.

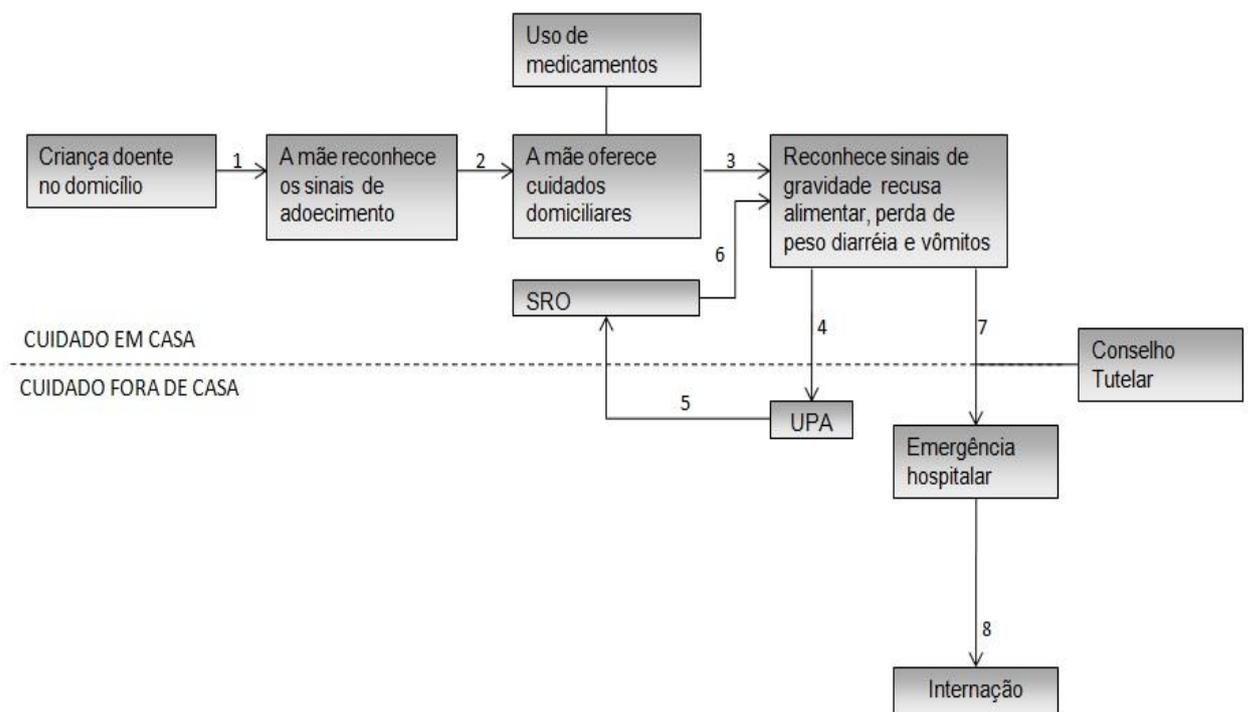
[...] Não dei nada, nenhum remédio nem chá porque achava que era do leite e ia passar, achava que não era serio não. [...] Eu até sei de um remédio para diarreia (Imosec e Elixir) mais eu não dei não, esqueci.

[...] Eu sei que quando tem diarreia tem que tomar soro, porque desidrata [...] o soro eu tenho em casa. [...] eu dei soro a ela. Quando eu tava dando o soro, eu vi que ela tava melhorando. Mas só que eu parei, não terminei o tratamento dela. [...] eu dei meio litro a ela, de um litro eu dei meio litro.

Por fim, analisar o adoecimento de Isabela à luz do diagrama do Caminho da Sobrevivência, figura 5, é possível identificar algumas lacunas no tocante às ações específicas da gestão do cuidado, na interface entre o domicílio e os serviços externos. Este momento está representado pela busca da mãe de Isabela por atendimento na UPA, logo no início dos sintomas e ainda quanto à prestação de

cuidados após a consulta. Tal etapa incluiu as ações do serviço de saúde que possam ter influenciado no comportamento do cuidador, ou seja, o encaminhamento para outro serviço com outro nível de complexidade, em face da idade da criança e dos sintomas referidos pela mãe. Nesse caso, deveriam ser consideradas questões como: repasse de informação eficaz, melhores estratégias de comunicação, disponibilidade de medicamentos e insumos para a continuação do tratamento e melhora da relação entre os serviços de saúde e comunidades / famílias.

Figura 5 – Diagrama do caminho da sobrevivência de Isabela



Fonte: Fonte elaborado pela autora.

Apesar do ocorrido, segundo percebemos, o reconhecimento dos sinais de doença e o cuidado oferecido pela mãe, embora dissonantes da conduta ideal, assim como a decisão de procurar ajuda nos serviços formais, podem ter sido atitudes determinantes que de alguma maneira contribuíram para a sobrevivência das crianças.

Como no caso de Isabela parece haver uma tendência de que a experiência do cuidado materno, diante 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 nesse processo de cuidado.

Em corroboração nosso pensamento, conforme Barbosa et al. (2010) em pesquisa sobre os significados do cuidado materno de crianças pequenas entre mães do Triângulo Mineiro, os significados do cuidado não são mais positivos na medida em que as mães vão se tornando mais experientes, mas sim quando se tornam mais maduras. Para os autores, cada mãe, a partir de suas histórias e vivências familiares e pessoais, acaba produzindo significados diversos sobre o ser mãe e esses nem sempre se apresentam de maneira linear e são construídos em uma sequência temporal, mas justamente são negociados no processo de desenvolvimento da maternagem.

Nessa perspectiva, com a experiência de cuidado materno à criança com diarreia, nasce um novo olhar sobre a doença, e esta se contextualiza ante a realidade vivida. Toda a experiência anterior incrementa ao cuidado traz também um aprendizado o qual poderá repercutir na prática das famílias e no curso da doença. Como podemos perceber, vivenciar experiências anteriores propicia ultrapassar as fronteiras de compreensão sobre o tratamento da doença no contexto domiciliar permitindo às mães se tornarem mais seguras na ação de cuidar.

Nesse caso, somente após a experiência vivenciada com a filha é que a mãe reconhece a diarreia e o vômito como graves problemas de saúde possivelmente relacionados à desidratação e desnutrição, conforme observamos a seguir.

[...] Só sei que eu aprendi que a diarreia e vômito se você não cuidar ela mata a criança, porque desidrata agora eu aprendi também que tem que dá o remédio na hora certa e a alimentação também, porque é o que faz com que a criança vá perdendo peso.

Talves essa realidade aqui exposta retrate o cotidiano de muitas famílias nordestinas ao lidar com seus filhos doentes, tão marcadas por condições precárias de sobrevivência e a ausência de um espaço de elaboração desse sofrimento dentro do sistema de saúde, ainda que o Sistema Único de Saúde preveja um cuidado em rede, pautadas na hierarquização e regionalização, sendo a unidade de atenção primária seu ordenado (BRASIL, 2001).

Reconhecemos, no entanto, que o cuidado materno dispensado a Isabela não nos permite qualquer idealização de um modelo de cuidado. Compreendemos ter sido esse marcado pelo caos, pelo sofrimento e outros aspectos socioeconômicos ligados à família. Cabe-nos, portanto, insistir na efetivação de uma

rede de serviços, e na capacidade do SUS de empregar todo seu potencial para construir novas possibilidades para o cuidado de saúde à criança e suas famílias.

6.2.3 Itinerários terapêuticos de mães e seus filhos com doenças sensíveis a atenção primária à saúde

Esta seção discute o itinerário terapêutico de crianças com condições agudas, como a diarreia e a pneumonia, referencial possibilita um olhar sobre a complexidade da questão, pois revela a influência de múltiplas variáveis de ordem situacional, da rede social, psicológica, econômica e outras, condicionado também a valores e ideologias, perfis de doença, o acesso econômico e a disponibilidade de tecnologias (FERREIRA et al., 2014).

Para tanto, é relevante destacarmos as publicações mais recentes sobre esta temática. Em síntese, os estudos sobre IT com foco na criança e sua família podem ser descritos mediante um olhar sobre as doenças crônicas ou agudas, tais como mães de crianças com transtorno autístico na busca do diagnóstico do tratamento (FAVERO-NUNES; SANTOS, 2010), itinerário terapêutico de mães no cuidado de seus filhos (AMARAL et al., 2012), crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde (OLIVEIRA et al., 2012), criança com tuberculose (BROTTO, 2013) e em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola (SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016).

Podemos observar um consenso nos estudos, especialmente no tangente à relação entre cultura e biomedicina, ou seja, a forma como estas duas racionalidades interagem e orientam as decisões e práticas delineadas por mães. Neste aspecto, o capítulo anterior destacou a responsabilidade da mulher sobre os cuidados domiciliares, o que foi evidente nesta pesquisa, o cuidado materno.

Deste modo, as mães de crianças percebem-se como integrantes de práticas culturais que se iniciaram antes delas e nas quais reconhecem pertinências, origens e aplicações. Também identificam situações e alternativas, por meio da experiência própria de outras pessoas da família e das redes sociais. Optam e definem caminhos considerando a especificidade do caso, a gravidade, o recurso mais disponível e adequado, num claro balanço entre saberes e práticas populares e científicos (AMARAL et al., 2012).

Para esta análise, tomamos como referencial o Modelo de Análise Holística do IT (TRAD, 2015) e selecionamos um caso dentre as entrevistas em profundidade realizadas para discussão e problematização de temas, como o acesso aos serviços da atenção primária, a hospitalização infantil, as redes sociais de apoio e a avaliação da experiência de mães na busca por cuidados para seus filhos.

Optamos por discutir o caso de uma criança com pneumonia, pois trata-se de uma condição sensível à APS, e está entre as infecções respiratórias agudas de maior gravidade as quais persistem como problema de saúde pública. De acordo com estimativas, em países em desenvolvimento, esta apresenta 151,8 milhões de casos novos anuais (95% da incidência mundial em menores de cinco anos); 7 a 13% dos casos resultam em internação e mais de dois milhões evoluem para óbito. Dessa forma a pneumonia constitui a principal causa isolada de óbito em crianças. O Brasil é um dos quinze países com maior número de casos anuais de pneumonia clínica em menores de cinco anos (1,8 milhão), com incidência estimada de 0,11 episódio/criança-ano. São atribuídos à IRA 30 a 50% das consultas ambulatoriais, mais de 50% das hospitalizações e de 10 a 15% dos óbitos, sendo 80% desses por pneumonia (CARDOSO, 2010).

Ressaltamos que o uso do indicador ICSAP no Brasil tem possibilitado mensurar o acesso e a efetividade da Atenção Primária à Saúde. Nesse sentido, é possível associar as internações à implantação da Estratégia Saúde da Família, ou ainda evidenciar os limites e possibilidades do uso deste para avaliar este nível de atenção (ALFRADIQUE, 2009; REHEM, 2011; REHEM; EGRY, 2011; CALDEIRA, 2011; MAFRA, 2011; CAMPOS, 2012; SANTOS, 2013; VIEIRA, 2013; FERREIRA et al. 2014).

Ao dialogando com Cavalcante (2014) sobre se é elevado o percentual de crianças com condições sensíveis à atenção primária que se internam em hospitais pediátricos, o atendimento, o acesso e a qualidade do serviço prestado pela APS são pontos centrais nos resultados da análise das ICSAP, porquanto esses podem ser fatores que desencadeiam sua ocorrência.

Outros aspectos a serem considerados são as questões socioeconômicas da população e práticas de atenção à saúde ainda, predominantemente, hospitalocêntricas por parte de determinados profissionais e culturalmente arraigadas e tão aprovadas pela população brasileira (REHEM, 2011; MENDES, 2009; CAMPOS, 2012).

Nesse sentido, refazer o percurso em busca por cuidados de saúde de mães e seus filhos com doenças agudas possibilita o olhar ampliado sobre as práticas culturais, as redes sociais de apoio e seu protagonismo no cuidado de seus filhos, no intuito de maior aprofundamento nessa racionalidade e aproximação.

Itinerário terapêutico da criança com pneumonia. Caso Geovanna

Essa narrativa retrata a história de adoecimento e o itinerário terapêutico de uma criança de dois anos de idade que adoece de pneumonia. O cenário descreve seu mundo, povoado por adultos que são os seus pais e sua avó materna, e sua forçada convivência com o ambiente hospitalar e profissionais médicos, enfermeiros e principalmente com certa quantidade de equipamentos que não lhe são agradáveis como seringas, agulhas e procedimentos dolorosos. Os personagens dessa narrativa são a criança, sua mãe, pai e avó.

Geovanna é filha única e mora com os pais, no bairro Jardim Iracema, não frequenta creche. A avó materna apoia a família no cuidado com a criança, demonstrando afeto e cuidando dela durante todo o dia enquanto os pais estão trabalhando. A menina é cercada de muitas atenções, e segundo a mãe, sua primeira infância foi muito tranquila, pois nunca adoecia.

O encontro com a mãe e a criança

O encontro com a mãe e a criança ocorreu na própria unidade de internação é narrado pela pesquisadora em seus registros em diário de campo. O desenvolvimento da conversa parecer contribuir para o compartilhamento da dor da mãe pela doença da filha, momento em que ela verbaliza os fatos, as dúvidas e suas racionalidades a respeito da condição em que se encontram.

Eram três horas da tarde e eu havia subido ao primeiro andar do hospital infantil, para fazer uma busca ativa dos “casos de pneumonia” naquele setor. Depois de me apresentar à enfermeira e justificar o motivo da minha visita, pedi que me informasse se havia alguma criança internada naquele setor com diagnóstico primário de pneumonia, e ela me indicou a pequena Geovanna que era recém-chegada, e ao que parecia tinha uma pneumonia bem “grave”, pois estava com dreno de tórax. Ao me aproximar do leito indicado, observo uma criança sentada no colo da mãe chorando sua condição de doente, apavorada com o ambiente hospitalar e tudo que nele existe, como médicos, enfermeiros, remédios, agulhas, injeções e procedimentos dolorosos. Ela chorava continuamente chamando “mamãe”.

Era um choro de medo, pois estava bastante assustada e não permitia nenhuma aproximação, quanto mais me aproximava tentando lhe fazer um carinho, mais ela chorava. Mesmo assim, a mãe concordou em me contar a sua história. Aproximei-me da mãe e lhe perguntei se podíamos conversar sobre a doença da sua filha (Registros do diário de campo).

Na aproximação com a informante, a mãe, ela avalia a criança como, “[...] ela está muito assustada, ela não é assim [...]. Até falei para o moço aqui do lado “eu não estou reconhecendo minha filha” [...]. Espero que ela se recupere desse trauma (mãe). Tal narrativa traz a reflexão sobre o impacto da hospitalização na vida da criança e de sua mãe.

O estudo de Vasques, Bousso e Mendes-Castillo (2011) voltou-se a conhecer a experiência de sofrimento da criança doente e hospitalizada utilizando o referencial do Modelo de Sofrimento. Segundo os, autores a doença e a hospitalização da criança podem modificar, em maior ou menor grau, o cotidiano da criança e da família. Por isso, a experiência é vista como uma situação crítica e delicada para todo o sistema familiar, podendo ser importante fonte de sofrimento.

Esta pesquisa sintetizou as experiências das crianças em cinco categorias:

- A primeira categoria conhecendo o sofrimento causado pela doença evidencia a chegada da própria doença, onde começa um novo processo de sua vida, tendo de mudar algumas atividades do dia a dia, já que a doença é evidente e lhe causa desconforto, mal-estar e leva à hospitalização.
- Tolerando para sobreviver à experiência de doença, segunda categoria, descreve quando a criança, ao ser hospitalizada, percebe-se ameaçada em sua integridade e logo no momento da internação reage, tolerando a experiência, sem demonstrar suas emoções.
- Relaxando da tolerância para liberar suas emoções, terceira categoria, é quando a energia da criança se esgota, representando os momentos em que ela chora compulsivamente, tendo atitudes de indignação, protestando, expressando seu descontentamento.
- Vivendo o sofrimento, quarta categoria, é quando a criança entende a doença e percebe que depende do tratamento para sair da situação de hospitalização; no entanto, não significa que ela aceita ser ou estar doente.

- Flutuando entre a tolerância e o sofrimento, quinta categoria quando a criança não passa pela experiência de forma linear, mas vive alguns momentos de tolerância e outros de profundo sofrimento.

Utilizando este referencial, conforme observamos, Geovana encontra-se na fase Tolerando para sobreviver à experiência de doença, pois encontra-se hospitalizada, e percebe-se ameaçada demonstrando suas emoções por meio do choro, da irritabilidade, recursa a outras pessoas, encontrando conforto e segurança apenas com sua mãe.

Segundo notamos, o modo como a criança se comunica e expressa seus sentimentos é influenciado pelos contextos físico, social, econômico e político. Nesse sentido, como sugerem Vasques, Bousso e Mendes-Castillo (2011) devemos parar para ouvi-las, pois com isso podemos perceber a dimensão da doença em sua vida, do modo como é vivida de forma singular por uma a uma de cada criança.

Diante desse cenário multifacetado, que inclui o hospital, profissionais de saúde, procedimentos dolorosos e a criança, percebe-se uma tendência em culpabilizar a hospitalização como a principal responsável pelo comportamento infantil, no exato momento em que o hospital e a enfermidade provocam na criança uma relação muito peculiar com o mundo, onde o cuidado, o tratamento requerem uma abordagem mais integral, no qual os saberes sobre o comportamento infantil não devem desprezar a relevância do comportamento da criança na construção singular de sua existência (CECCIM, 1997).

Ao resgatar os itinerários terapêuticos na procura de cuidados para a criança, a mãe traz sempre a reflexão sobre o porquê da doença da criança, busca explicação para a menina ter adoecido, já que considera ser bem cuidada em casa. Em sua rotina, os cuidados domiciliares ficam sob a responsabilidade da avó, que segundo sua avaliação, são “melhores” que os da própria mãe. Ao expor esta ideia, ela exclui a negligência com o cuidado infantil como explicação da doença, relata sobre a alimentação bem diversificada, com frutas, sucos, vegetais, sem problemas de apetite e adequadas para uma criança de dois anos.

Nesse momento, a mãe é a principal interlocutora entre a criança e os serviços de saúde. Respalhada pelo reconhecimento da necessidade de tratamento e de ajustes dos cuidados domiciliares, ela busca por atendimento complementar adequado, além de proporcionar cuidados continuados depois de receber

assistência externa. Dessa forma, estabelecem-se um conjunto de normas que delimitam um modelo de “boa mãe” a deve ser seguido e aprendido, e nesse modelo a mulher torna-se responsável pela bom crescimento e desenvolvimento do seu filho, mas culpada em caso de insucesso (BADINTER, 1985; ALMEIDA; NOVAK, 2004).

Segundo a mãe acrescenta, além de cuidados maternos e da avó, a família procurava outras formas de cuidado. Nesta ocasião, é possível perceber a interface entre o domicílio e os serviços externos. Neste caso, podem-se distinguir dois tipos de serviços acessados, o serviço privado e o da rede pública. A mãe relata que possuía um plano de saúde privado para acompanhamento da filha, e então, a criança realizou todas as consultas mensais de puericultura. Contudo, mencionado por motivos de desemprego do marido, pai da criança, não foi mais possível pagar pelo plano. Sem acesso a assistência à saúde privada ela voltou-se ao serviço público da rede do Sistema Único de Saúde.

No caso Geovanna a busca pelo serviço do SUS foi impulsionada pelo adoecimento da filha. Depois de uma queda da própria altura, brincando em sua casa como de costume, a menina tem o braço fraturado. Apesar da avaliação negativa da mãe sobre o serviço público de saúde, considerando o acesso ao atendimento como uma questão de “sorte”, as duas percorrem três hospitais até receber o atendimento que necessitavam.

A avaliação negativa dos serviços públicos do SUS deriva de suas experiências na busca de atendimento nas unidades de saúde, o qual segundo ela, nunca obteve resolutividade. Conta que certa vez buscou atendimento na unidade básica de saúde para tratar a Zika, doença transmitida pelo mosquito da dengue, causada por vírus e que apresenta sintomas de febre, dor nas articulações e músculos, mas não obteve nem a consulta nem o medicamento, conforme a narrativa a seguir: “[...] Os postos de saúde são aquela coisa, não têm remédio, não têm médico, você para conseguir consulta tem de marcar antes. Tenho fé não, prefiro pagar o plano. Vai muito da sorte de conseguir ser atendida quando precisa”.

Esta avaliação é decorrente da falta de acesso ao serviço para atendimento da sua necessidade, uma vez que se pode compreender acesso como a possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário. No caso do SUS, orienta-se pelo princípio de acesso universal e igualitário. O princípio constitucional

de justiça social nos serviços de saúde pode ser traduzido em igualdade no acesso entre indivíduos socialmente distintos (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

A resolutividade na atenção básica está ligada à ação acolhedora, ao vínculo estabelecido com o usuário, ao significado atribuído na relação profissional/usuário, que sugere o encontro de sujeitos com o sentido de atuar sobre o campo da saúde, além do recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais (OLIVEIRA et al., 2012). No caso descrito, a baixa resolutividade está também atrelada à escassez de recursos materiais e humanos, e à própria organização dos serviços, muitas vezes com ênfase nas ações programáticas e deficiência no atendimento da demanda espontânea. Desse modo, a organização, deve agregar iniciativas ampliadas capazes de suprir as necessidades de saúde da população de forma integral.

Nesse prisma, como é possível perceber, os processos de escolha pelo tipo de serviço, neste caso público ou privado, é decorrente de avaliações sobre a resolutividade do serviço. O uso dos itinerários terapêuticos possibilita observar os valores culturais, as estruturas de redes sociais e a organização dos serviços que influenciam as decisões em buscar diversas formas de cuidados que contribuam com o enfrentamento de suas aflições.

Além da falta de médicos e remédios, a mãe comenta também que nos serviços públicos de nível terciário utilizam uma classificação de níveis de gravidade da doença para ter acesso ao serviço. Ou seja, o hospital seria resolutivo para situações clínicas graves, e as condições mais leves não teriam acesso ao serviço hospitalar, conforme sua narrativa:

[...] porque, vou ser sincera, posto de saúde quando a gente precisa, eu vou lhe dizer, se chegasse num hospital desse aqui com uma gripe, elas não iam me atender, eu lhe digo por experiência, que uma vez precisei de um hospital Gonzaguinha e não fui atendida.

Segundo Travassos, Oliveira e Viacava (2006), as barreiras de acesso originam-se das características dos sistemas e dos serviços de saúde. As características da oferta que comprometem o acesso dos serviços como, por exemplo, a disponibilidade, distribuição geográfica, a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos e a informação sobre o sistema.

No caso de Geovana, a escolha pelo serviço público de saúde é decorrente da necessidade de buscar atendimento fora de casa diante da piora no estado de saúde da criança, e por não ter outra opção na oferta de serviço privado. Sobre esta situação, como a mãe relata, permanece com a mesma opinião, a ineficiência do serviço público, e por isto decide buscar um plano de saúde privado, consoante a narrativa:

[...] já estamos até vendo um outro plano [plano de saúde privado] para ela.

[...] o serviço público falta remédio, falta médico. Outra coisa, num hospital desse aqui se chegar com um doença não muito forte, uma gripe, a gente não é atendida não, passa o dia todinho e não é atendida (Mãe).

Nessa lógica, a mãe vai delineado seu itinerário em busca de saúde para filha, e nesse sentido baseia-se na busca de uma suposta ordem, não levando na devida conta os diversos contextos, intencional, circunstancial e dialógico, no qual as pessoas procuraram solução para seus problemas de saúde e desenvolvem suas ações para cuidar de suas aflições (ALVES; SOUZA, 1999).

Na descrição do seu trajeto com vistas aos cuidados para o tratamento do trauma no braço da criança, a mãe informa ter percorrido três hospitais até conseguir atendimento. Relatou que foi inicialmente ao hospital próximo à sua casa, o Pronto Socorro Infantil, mas nem entrou e foi avisada verbalmente que naquela unidade não se atendia trauma, que ela buscasse o Instituto Dr. José Frota, hospital terciário que atende pessoas em situação de urgência e emergência, com foco no trauma e na alta complexidade.

Ela estava quase ficando boa da gripe, quando caiu por cima do braço esquerdo começou a chorar muito e nós levamos em três hospitais até encontrar um que atendesse. [...] Primeiro fui no PSI [Pronto Socorro Infantil] disseram que lá não atendia e disseram que eu fosse para o IJF [Instituto José Frota]. Chegando no IJF, nem fomos atendidas, a pessoa que fazia a triagem disse que isso era caso pra ser resolvido nos Frotinhas. Saímos de lá passei em casa peguei algumas roupas pra ela e fomos para o Frontinha de Antônio Bezerra (Mãe).

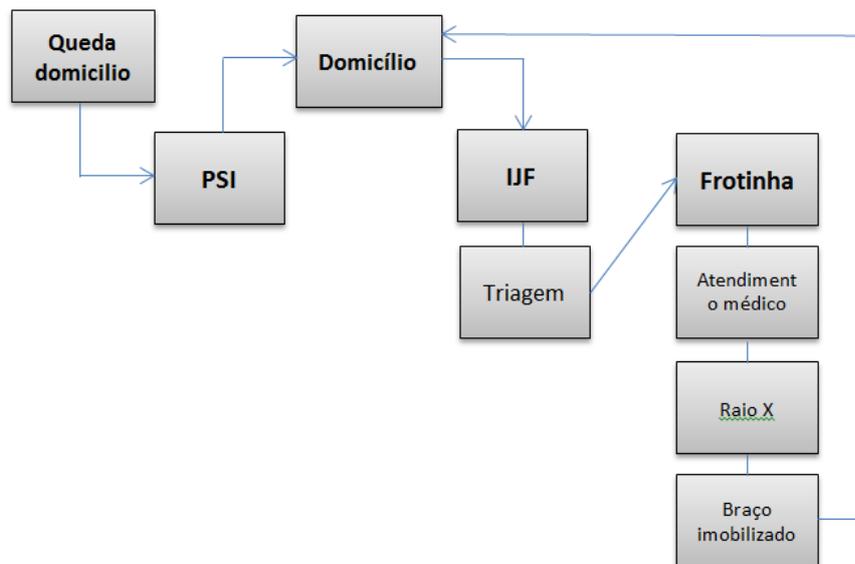
Ao chegar ao hospital indicado, a mãe informa que não foram atendidas, no entanto, receberam a informação do técnico responsável pela triagem que este caso deve ser “[...] resolvido nos Frotinhas”. Foi encaminhada, novamente de maneira verbal, para o Frotinha de Antônio Bezerra. Elas saíram daquele serviço depois de meio dia, a mãe resolveu voltar à residência para organizar uma bolsa

com roupas para a criança e depois se dirigiram ao terceiro hospital. O trajeto feito pelas duas foi de ônibus, o que demorou mais até chegar ao destino.

O atendimento recebido no Frotinha de Antônio Bezerra, hospital de referência em casos menos graves na área de traumatologia, resolveu o problema do trauma infantil. Lá a criança e sua mãe foram atendidas em consulta médica, a qual indicou raio X e imobilização do braço, sendo liberada posteriormente. Assim, depois de um dia percorrendo os serviços públicos de saúde de nível terciário, as duas conseguem acessar o serviço de forma resolutive e são liberadas para casa, de volta aos cuidados domiciliares.

No fluxo a seguir descreve-se o itinerário da criança e sua mãe em busca de atendimento para o problema do trauma infantil.

Figura 6 – Fluxo 1: Atendimento no serviço formal de saúde para o problema do trauma



Fonte: Elaborada pela autora.

O caminho percorrido pela família é direcionado pelo atendimento das necessidades de saúde dos usuários, ou seja, os indivíduos buscam os serviços que lhe dão acesso ao atendimento de sua demanda (OLIVEIRA et al., 2012). Assim, não se trata de procurar explicações sobre o porquê de o usuário ir ao serviço de emergência ou ao hospital e alí não ser o local adequado para resolver seu problema de saúde, mas investigar o motivo de outros serviços e mesmo a organização do

sistema de referência e contrarreferência não estarem aptos a acolher e dar seguimento adequado às demandas em tempo capaz de ser tolerado pelo usuário.

Subsequente a esse fato, dois dias após ter recebido atendimento ao trauma, a criança, já em casa, com o braço imobilizado, desenvolveu um quadro de insuficiência respiratória aguda. Embora este não esteja relacionado diretamente ao trauma, não deixou de causar estranheza aos pais, que procuravam uma explicação para aquele mal súbito. Diante do quadro, eles não hesitaram em buscar atendimento em emergência hospitalar na manhã do dia seguinte. A decisão de pedir ajuda fora de casa foi motivada pela avaliação e reconhecimento dos sinais de gravidade da doença, e optaram por uma unidade hospitalar próxima à casa.

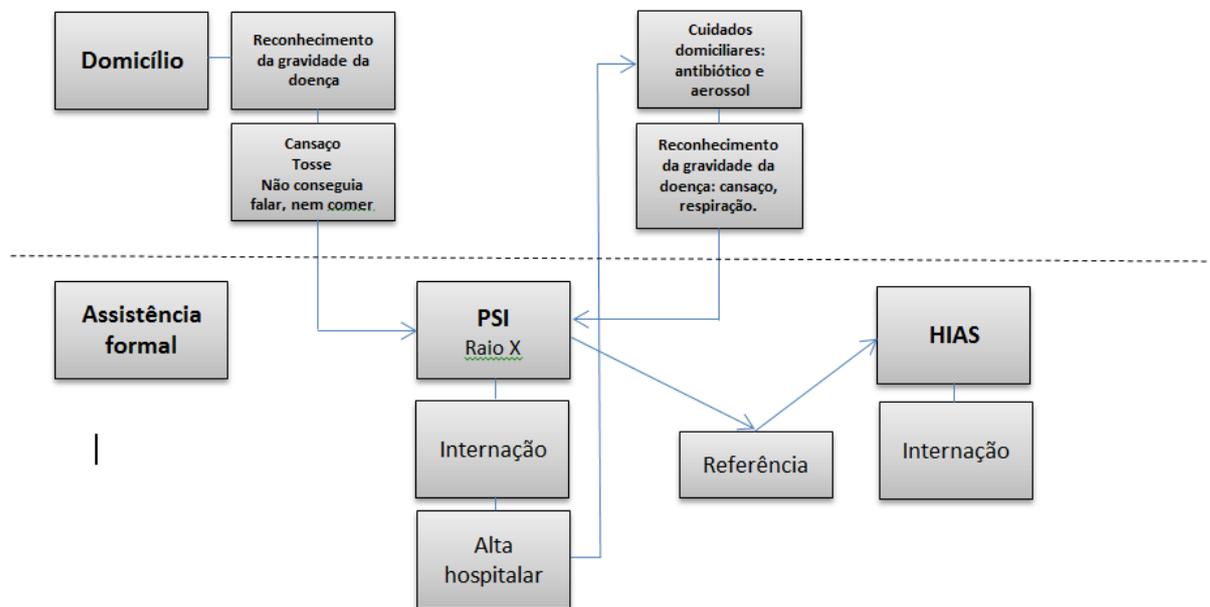
Nesta unidade, a criança ficou internada por dez dias para tratamento de uma pneumonia. Na descrição da mãe a alta médica foi dada mesmo sem a menina estar totalmente restabelecida. A família assumiu o compromisso de manter tratamento complementar em casa, com antibióticos, aerossolterapia e retorno em uma semana para reavaliação. Nesse intervalo antes do retorno para reavaliação, a mãe relata que sua filha não ficou bem, estava muito molinha, brincando pouco e alimentando-se mal, apesar de garantir a administração correta dos medicamentos prescritos.

Numa nova avaliação no domicílio, a mãe retornou ao mesmo hospital, onde a menina recebeu atendimento médico, realizou exames e foi diagnosticada com uma “mancha no pulmão”, a qual deveria ser tratada em uma unidade de mais alta complexidade. A partir de então, a menina e sua mãe foram encaminhadas e transferidas de ambulância para o Hospital Infantil Albert Sabin. Nesse percurso não enfrentaram nenhuma dificuldade de acesso aos serviços, descritos pela mãe como:

[...] dois dias depois da queda, na sexta-feira à noite ela ficou muito cansada, muito cansada mesmo, tossindo muito, cansada, não conseguia nem chamar mamãe. [...] No sábado pela manhã levamos para o SOPAI, lá fizeram um raio X do pulmão e disseram que ela tinha que ficar internada pois tinha um derrame no pulmão dela [...] ela ficou dez dias internada no SOPAI tomando antibiótico. Antes da alta ela fez um raio X e a doutora disse que tinha uma mancha pequena no pulmão. Mesmo assim fomos para casa com remédio para ela tomar e ela pediu [a médica] pra voltar com uma semana para fazer novo raio X. [...] voltamos lá no hospital no dia determinado, ela fez novo raio X e a doutora disse que a bolha tinha se deslocado e seria necessário fazer uma cirurgia [drenagem]. Lá não fazia, daí fomos transferidas de ambulância para cá [hospital de referência]. (Mãe).

No fluxo a seguir descreve-se o itinerário da criança e sua mãe em busca de atendimento para o problema respiratório. Nele podemos observar os cuidados domiciliares, neste caso, apresentado como reconhecimento dos sinais de gravidade da doença (padrão respiratório da criança, cansaço, tosse, não come e nem fala), além da administração criteriosa do antibiótico, aerossolterapia. Tais situações impulsionam a mãe e sua família na decisão de procurar atendimento fora de casa, especificamente na assistência formal, local que favorece o acesso às consultas, exames, internação e referência a uma rede de serviços organizados sob a lógica da complexidade.

Figura 7 – Fluxo 2: Atendimento no serviço formal de saúde para o problema da pneumonia



Fonte: Elaborada pela autora.

Para as crianças gravemente doentes, o acesso ao cuidado em serviços comunitários ou especializados pode ser o fator determinante para a sobrevivência. Serviços de saúde fora de casa são variados, e o campo de trabalho reconhece essa diversidade, indicando amplas divisões de serviços comunitários e de unidades de saúde ou, em outros termos, serviços informais e formais de saúde. Na comunidade, pode haver um setor formal (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, agentes comunitários de saúde) e o setor informal (curandeiros tradicionais, sábios locais, rezadeiras, etc.), proporcionando tratamentos e aconselhamentos. Da mesma forma, a diversidade pode existir nas unidades de saúde, com os serviços públicos e privados.

Nesse momento a decisão de buscar ajuda no serviço formal de saúde esteve relacionada tanto à necessidade de um manejo adequado da doença quanto à piora do estado geral da filha, evidenciado pelo intenso desconforto respiratório. Essa constatação de que a necessidade de cuidados está além da sua capacidade, a decisão da mãe em buscar ajuda fora de casa pode interferir significativamente nos rumos da doença. Desse modo, os serviços de saúde precisam estar capacitados para a provisão destes cuidados, como na orientação sobre os sinais de perigo, por exemplo.

Neste sentido, como alertam Neves e Nunes (2010), na escolha do percurso em busca do tratamento e da cura, devem-se considerar as avaliações sobre o diagnóstico que, por vezes, pode descrever definições equivocadas em torno dos diagnósticos obtidos, as quais nesse processo poderão conduzir o indivíduo a buscas por assistência à saúde que se distanciarão do tratamento mais adequado.

No estudo de Oliveira et al. (2012), que investigou os itinerários de crianças com doenças respiratórias, segundo os autores descreveram, as crianças foram hospitalizadas por problemas respiratórios, depois de terem passado por serviços de atenção básica: UBS/USF, PAC e serviços ambulatoriais privados. O foco esteve na gestão do cuidado fora do domicílio, as famílias recorreram mais de uma vez aos serviços externos, em intervalos de tempo diferentes, mas todas tiveram em comum o fato de ter procurado a unidade de saúde quando sua manifestação.

Contrariando este resultado, nesta investigação, a mãe não vai à Unidade Básica de Saúde por considerar este serviço ineficiente, dependente de “sorte” para ser atendido. Amplia sua avaliação a outros serviços da rede de assistência à saúde pública. Para a família, a resolutividade está vinculada ao serviço privado, por isso tenta a vinculação ao plano de saúde. O acesso aos serviços hospitalares no Sistema Único de Saúde para tratamento da pneumonia da pequena criança esteve associado à gravidade da doença, estabelecendo uma relação de acesso aos serviços a partir de protocolos clínicos utilizados na triagem dos casos.

Quanto constatada a necessidade de cuidados para além da capacidade da família, o caminho escolhido, “Itinerário Terapêutico”, deveria basear-se no acesso e acessibilidade para a provisão de um cuidado integral. Para Cecílio (2001), a integralidade do cuidado que cada pessoa necessita transversaliza todo o

“sistema”. Essa integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede. Pode haver algum grau de integralidade “focalizada” quando uma equipe, em um serviço de saúde, mediante uma boa articulação de suas práticas, consegue escutar e atender, da melhor forma possível às necessidades de saúde de cada um.

Mediante as duas entrevistas ora analisadas e à luz do nosso arcabouço da teórico da hermenêutica de Paul Ricoeur, pode-se observar que os itinerários terapêuticos de crianças com condições sensíveis a atenção primária vivenciados pelas mães e seus filhos os fizeram mergulhar em cenários permeados por condutas e consensos de um saber fazer coletivo.

Essa dimensão do vivido representa o local do adoecimento, da sociabilidade e da cultura que agregam as diferentes formas de ser e agir em relação a condição sensível a atenção primária.

As entrevistas em profundidade, apresentaram em comum o cuidado como fator capaz de transformar os itinerários, no entanto esse cuidado não estava circunscrito ao ambiente formal ou informal. Por ser um conceito transversal, não ele não se esgota nas ações relacionadas ao cuidado materno e nem ao cuidado profissional.

O cuidado as CSAP da criança produzem relações de intensas trocas, negociações, diálogo e conflito entre os diferentes sujeitos nos cenários da atenção a saúde. Portanto trata-se de um cuidado que acontece em um campo de interações sociais em que dependendo de seu capital social, econômico, cultural e educacional, as famílias adquirem melhores condições de prover cuidado.

Considerando os casos analisados, em ambos o cuidado materno foi valorizado quando expresso através de alguns atos de preocupação, apoio, proteção, precaução e prevenção como referido por Boff (2012), seja por meio de explicação clara e objetiva sobre uma conduta, sobre a evolução do problema, ou ainda quando se encontrou meios de interlocução com os serviços, com os profissionais.

Entretanto, as CSAP em especial por pneumonia e a diarreia, nos casos de Isabela e Geovanna, revelam a face negativa do cuidado, expressa através dos momentos de carência, limitações, problemas e erros na sua condução. As entrevistas tornaram claras situações de descuido, de perambulação na rede de atenção, de acesso limitado aos serviços e à informação, falhas no diagnóstico e algumas vezes na conduta.

Em ambos os casos, o cuidado integrou as dimensões da técnica, da intuição e da sensibilidade, exigindo que o sujeito provedor em ambos os casos a mãe e os serviços de saúde, reconheça o outro como sujeito, pois, para Roselló (2009) o cuidado se faz envolvendo os sujeitos que compõem o tecido relacional da vida do paciente.

Pode-se assumir que o que se faz necessário em relação as ICSAP é uma mudança no paradigma, já em curso, mas que necessita do mesmo movimento de articulação que se pretende entre instituições e níveis de atenção. As ICSAP chama atenção para a dimensão dos itinerários de crianças e suas famílias, colocando em questão a o cuidado em saúde em todos os seus graus.

Nesse sentido, as interações de crianças com CSAP, não estão relacionadas apenas aos seus IT, ou aos processos de trabalho que envolvem tecnologias do cuidado (leve, leve-dura ou dura, sugeridas por Merhy), que permitem a sobrevivência, mas, sobretudo, referem-se a todos esses elementos e à produção de novas relações, novas dimensões socioculturais que precisam ser revisitadas através de suas potencialidades de transformar os saberes, os conhecimentos e as práticas. Trata-se de colocar a doença entre parênteses e assumir os sujeitos no caso das crianças nos centros da discussão.

A figura 6, representa o modelo de análise holística de itinerários terapêuticos, das duas crianças.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Debruçarmo-nos sobre considerações finais desse estudo significa tecer os elos que compuseram a pesquisa, ao mesmo tempo em que apresentamos algumas reflexões, por hora inacabadas e sempre abertas a outros olhares, por se tratar de um estudo no qual adotamos a hermenêutica como desenho. Portanto iremos ressaltar as principais questões advindas da pesquisa, e sobretudo reconhecer as limitações, apontando para os novos caminhos e reunindo conhecimentos acerca do objeto central do estudo, isto é, que foram os itinerários terapêuticos.

Encerramos essa pesquisa que se iniciou com o seguinte questionamento: por que as crianças continuam necessitando de internação hospitalar por condição sensível à atenção primária, especialmente por pneumonia e diarreia? Para tentar responder a essa pergunta, foi preciso delinear um extenso caminho de estudo, com vistas um aprofundamento teórico acerca das condições de adoecimento infantil, das mais diferentes concepções de cuidado e os caminhos trilhados em busca de serviços de saúde. Tal aprofundamento foi essencial para nos orientarmos na investigação nos diferentes lócus da pesquisa, numa perspectiva qualitativa e hermenêutica.

Esse desenho de estudo, revelou-se fundamental para a realização da pesquisa, porquanto nos permitiu compreender os itinerários terapêuticos de crianças com condição sensível à atenção primária, não somente por meio dos sentidos atribuídos pelos sujeitos, mas também na maneira como ocorre a produção do cuidado nos diferentes cenários do estudo.

A trajetória metodológica foi pensada de maneira a dar sequência às investigações iniciadas no hospital com as mães de crianças internadas, para em seguida nos permitir entender a produção do cuidado dentro e fora de casa, e a interface com os serviços formais e informais na perspectiva das práticas de saúde e dos sentidos atribuídos pelos participantes.

Segundo constatamos, nossos pressupostos no tocante a atenção primária de saúde foram confirmados, ao evidenciarmos que quando os atributos da atenção primária não são contemplados, particularmente para os atendimentos dos casos de pneumonia e diarreia, as internações por essas causas não puderam ser evitadas.

Para o alcance dos objetivos, usamos técnicas como as entrevistas semi-estruturadas e ou entrevista aberta, e ainda o grupo focal, o qual nos permitiu interpretar os resultados obtidos em relação à produção do cuidado materno e institucional às condições sensíveis à atenção primária da criança. O momento das entrevistas levou-nos à realidade das famílias, suas relações, redes de apoio social e afetiva, narrativas muito particulares que compõem um elo das experiências acerca do cuidado de saúde à criança.

No grupo focal, destacamos as experiências dos participantes ao expressarem situações semelhantes, as quais nos proporcionaram colocar a pesquisa em contato com realidades que podem ser representativas de um coletivo e que deram visibilidade às histórias narradas, incluindo família, interação entre serviços e níveis de atenção, e a qualidade dos atendimentos recebidos nos diferentes níveis.

Para as mães das crianças internadas, o atendimento anterior à hospitalização ocorreu quase sempre nas Unidades de Pronto Atendimento, ou nas emergências hospitalares, nos setores públicos e até privados, considerado pela grande maioria delas serviços capazes de oferecer uma melhor qualidade do atendimento, remetendo sempre à necessidade de urgência na resolutividade do problema da criança. Preferiram aquelas unidades detentoras de maior densidade tecnológica, como exames radiológicos e bioquímicos de apoio ao diagnóstico e até mesmo da possibilidade de receber o tratamento farmacológico. Para as famílias, o emprego do modelo biomédico, como o uso de medicação, é uma realidade concreta. Tão logo perceberam os sinais de doença, ofereceram fármacos já utilizados em experiências anteriores, ou outras terapias medicamentosas, como aerossol, sem nenhuma orientação profissional para o problema atual. Isso às vezes pareceu ser um fator a facilitar ou até a obstaculizar o tratamento eficaz.

Segundo as entrevistadas, a oferta de cuidados de saúde nas unidades de atenção primária apresenta muitos problemas, principalmente aqueles relacionados ao acesso, seja pela falta de atendimento por um profissional médico naquele momento, seja pela falta de medicação depois do atendimento. Para elas, o vínculo com as Unidades Básicas de Saúde está limitado aos serviços de prevenção de doenças como a imunização ou no máximo a consulta de puericultura. Quando a criança adocece, parece que esse nível de atenção não oferece o tratamento oportuno. Todavia, por outro lado, as características dos serviços proporcionados

nas Unidades de Pronto Atendimento e nas emergências, como a consulta com um médico pediatra, a possibilidade de realizar exames na oportunidade da consulta, mesmo que não recebam a medicação, são aspectos apontados como facilitadores determinantes de suas escolhas.

O cuidado disponibilizado no setor formal, seja nas Unidades de Pronto Atendimento ou nas emergências no momento da consulta, foi considerado pelos familiares como procedimental, ou seja, o que parece efetivo são os atos praticados no momento da consulta, apontando para uma racionalidade técnica em detrimento de um cuidado mais integral. Frequentemente, os atendimentos duram em média cinco minutos nesses setores e limitam-se a avaliar a queixa principal da mãe em relação ao problema de saúde da criança.

Contudo, o cuidado de saúde nos níveis secundários e terciários constitui-se num exercício de sabedoria prática, ancorado na tecnologia, muitas vezes resumido a ela. A consulta deveria ser um encontro entre sujeitos, com vistas à promoção ou à recuperação da saúde, algo a ser construído entre ambos, com saberes, práticas e experiências distintas. Assim, quanto mais o cuidado se configura como uma experiência de troca, mais a subjetividade estará presente com um potencial capaz de transformar a prática, conduzindo ao sucesso.

Dessa maneira, responder aos objetivos da pesquisa foi possível graças a estudos, encontros, mas principalmente a vivência das realidades analisadas, mediante a qual a compreensão do cuidado às condições sensíveis a atenção primária da criança pode ser experienciado. Segundo observamos, porém, que esse cuidado como prática precisa ser integrado e articulado em redes, ou talvez entre profissionais e usuários.

Com os resultados desse estudo, o cuidado às condições sensíveis à atenção primária mostrou-se inoperante, não só para evitar a internação das crianças, como também para permitir que as famílias possam encontrar maneiras para atender às demandas e necessidades de saúde de seus filhos. Entretanto, não se trata de patologias raras que acometem eventualmente algumas crianças, mas de problemas que afetam grande parte da população infantil. Logo, exigem portanto uma maior efetividade do cuidado por parte dos governos sobretudo pela intersectorialidade de áreas da saúde, educação e assistência social.

Julgamos importante revisitar os modelos de organização dos serviços e sistemas de saúde, de maneira que a ideia de redes seja o elo para a plena efetivação da horizontalidade das ações de saúde e de interação entre os usuários do sistema, uma vez que a verticalidade do modelo biomédico produzem uma desarticulação entre o saber e o fazer, e algumas vezes estabelece medidas opostas entre as famílias das crianças e os profissionais.

Por meio das ações do cuidado e dos itinerários terapêuticos da criança com pneumonia e diarreia analisadas nessa pesquisa foi possível perceber que somente com uma modificação do fazer e do estar junto dos profissionais com usuários em nível primário, o cuidado voltado às condições sensíveis a atenção primária possa ser de fato efetivo. Nessa perspectiva, a cultura do atendimento terciário vai sofrendo alterações na medida em que se vê diante de alternativas para o atendimento dessa demanda, num ambiente onde potencialmente pode-se reinventar formas de cuidar.

Outrossim, a internação vivida na infância provoca na criança algumas reações que refletem seu quadro emocional. Elas se tornam mais chorosas e dependentes das mães em razão do afastamento de sua casa, familiares e ainda por conta do ambiente hospitalar e dos procedimentos correlatos decorrentes da sua condição de saúde/doença.

Quando a criança é internada por pneumonia aumenta a probabilidade dela experimentar procedimentos mais invasivos e traumáticos enquanto estiver hospitalizadas. Em contrapartida pode ocorrer alguns mecanismos de defesa, do tipo regressão, recusa alimentar, perda do controle dos esfíncteres, diminuição do vocabulário, além de reações emocionais.

Considerando que as crianças podem reagir aos estressores da hospitalização de várias formas, inclusive com repercussões no seu desenvolvimento emocional, achamos oportuna e necessária uma maior intervenção na atenção básica para dirimir esses riscos.

Ou seja, as internações por condições sensíveis à atenção primária são caminhos para repensar os itinerários terapêuticos e os processos de trabalho das equipes, serviços e instituições. O itinerário terapêutico das famílias para prover cuidado às condições estudadas mostrou-se como um caminho que suscita mudanças e transformações nas relações e práticas em saúde.

Dessa forma, sintetizando as contribuições dessa pesquisa ao campo da saúde de maneira a favorecer o cuidado às condições sensíveis à atenção primária, destacamos os investimentos nas relações entre os setores de saúde, na política de atenção e atores sociais envolvidos.

No tocante às relações entre os setores de saúde e a política de atenção, mais integração entre instituições, mais investimentos. Ademais a conformação das redes entre os diferentes níveis de atenção, poderia contribuir para que o cuidado à criança encontre soluções mais abrangentes e integradas, capazes de permitir a construção de um cuidado mais efetivo.

Respeitante às relações entre os atores sociais, a comunicação efetiva entre familiares e profissionais de saúde pode proporcionar um cuidado que contemple soluções advindas de saberes conjuntos.

Assim, segundo percebemos, foi possível responder ao nosso questionamento inicial de compreender o itinerário terapêutico de crianças com condições sensíveis a atenção primária, utilizando nossos aportes teóricos e metodológicos. No entanto, essa compreensão esteve limitada ao cenário de hospitais públicos e das narrativas dos familiares de crianças.

Esperamos que o tratamento dado à análise das narrativas assumida nesse estudo possa colaborar para a produção de conhecimentos e reflexões que auxiliem os interessados nessa área para o aprofundamento das questões contempladas em relação ao panorama contemporâneo das condições sensíveis à atenção primária.

Reputamos, pois, oportuna a necessidade de ampliação dos estudos com esse teor, com pesquisas que busquem categorias temáticas como as interações sociais e de redes entre os diferentes níveis de atenção, que ficaram subentendidas com os resultados do nosso trabalho.

Não obstante, destacamos as crianças e seus itinerários terapêuticos que tiveram papel central nessa pesquisa, de maneira a dar visibilidade às suas demandas de cuidado de saúde, apontando para uma transformação nas relações entre elas e os serviços de saúde. Enfim, convocando para construção de um verdadeiro *Pathway to Survival*, capaz de transformar a realidade atual.

REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. Interações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-1349, 2009.

ALMEIDA, C.; MACINKO, J. **Validação de uma metodologia de avaliação rápida das características organizacionais e do desempenho dos serviços de atenção primária do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível local**. Brasília: OPAS, 2006. 215 p. (Técnica Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saude, 10).

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 80, n. 5, p. 119-125, nov. 2004.

ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M. B. A. Atenção à saúde e mortalidade neonatal. **Rev Bras Epidemiol**, v. 7, n. 1, p. 22-35, 2013.

ALVES, J. E. D. **O Programa Bolsa Família e a transição da fecundidade no Brasil**. International Policy Centre for Inclusive Growth, n. 227, 2013. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/pub/port/IPCOnePager227.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2014.

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. (Orgs.). **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. p.125-138.

ALVES, T. C.; OLIVEIRA, W. F.; VASCONCELOS, E. M. A visão de usuários, familiares e profissionais acerca do empoderamento em saúde mental, **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 23, n. 1, p. 51-71, 2013.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

AMARAL, A. C. S. et al. Perfil de morbidade e de mortalidade de pacientes idosos hospitalizados. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1617-1626, 2004.

AMARAL, J. J. F.; CUNHA, A. J. L. A.; SILVA, M. A. S. F. **Atenção Integrada as Doenças Prevalentes da Infância-avaliação nas unidades de saúde**. Brasília: Organização Pan-America de Saúde; Ministério da Saúde, 2002.

AMARAL, R. F. C. et al. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. **Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 85-93, 2012.

AMORIM, C. S. C. et al. Conhecimento pelos pais sobre os sinais de alarme em infecção respiratória aguda e doença diarreica aguda em menores de 5 anos. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 20, n. 1, p. 27-31, mar. 2006.

ANDRADE, F. M. O. **O Programa de Saúde da Família no Ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. 1998. 154 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1998.

AYIEKO, P. et al. Variations in mortality in children admitted with pneumonia to Kenyan hospitals. **PLoS One**, v. 7, n. 11, p. 47622, nov. 2012.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 8, n. 14, p. 73-92, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 19 maio 2015.

AYRES, J. R. C. M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 549-560, set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 19 maio 2015.

BADINTER, E. **Um amor conquistado**: o mito do amor materno. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1985.

BARBOSA, F. A. et al. Significados do cuidado materno em mães de crianças pequenas. **Barbaroi**, Santa Cruz do Sul, n. 33, p. 28-49, dez. 2010. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01046578201000020003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr. 2017.

BARRETO, M. et al. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções, necessidades de pesquisa. **The Lancet**, v. 3, p. 47-60, maio 2011.

BARROSO, C. M. S. **Epidemiologia e planejamento em saúde**: caso da reforma administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza. 1998. p. 86. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 1998.

BATISTA, F. L. R. A atenção a saúde no município de Fortaleza. In: COSTA, L. F. A.; LESSA, A. P. G. (Orgs.). **O serviço social no sistema único de saúde**. Fortaleza: UECE, 2003. p. 55-63.

BATISTA, F. L. R. et al. Políticas públicas de saúde em Fortaleza: do movimento pela reforma sanitária reforma administrativa. **O público e o privado**, n. 6, jul./dez. 2005.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e saúde pública**. Rio de Janeiro: ENSP, 1998.

_____. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2014.

BELLATO, R.; ARAÚJO, L. F. S.; CASTRO, P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: Cepesc; UERJ; Abrasco, 2008. p.167-187.

BILLINGS, J. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, v. 12, n. 1, p. 162-173, 1993.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela terra**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

_____. **O cuidado necessário: na vida, na educação, na ecologia, na ética e na espiritualidade**. Petrópolis: Vozes, 2012.

_____. **Saber cuidar: ética do humano-compaixão pela Terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

BOSI, M. L. M.; UCHIMURA, K. Y. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde? **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 150-153, fev. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da saúde, 2012. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 12, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM no 1.311 de 12 de setembro de 1997 que determina a implantação do CID/10a. Revisão em todo o território nacional a partir de janeiro de 1998. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 jan. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 abr. 2008. Seção 1, p. 70-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da saúde, 2012. **Diário oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, n. 12, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde. **NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar**. Brasília: MS, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **AIDIP Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: curso e capacitação – avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade. 2. ed. Brasília: MS, 2003. (Série F. Comunicação e educação em saúde).

BROTTO, L. D. A. **Itinerário terapêutico da criança com tuberculose no Espírito Santo**. Rio de Janeiro: UFRJ, 2013. 180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-graduação e Pesquisa em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

BUDÓ, M. L. D. et al . Práticas de cuidado em relação à dor: a cultura e as alternativas populares. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 90-96, mar. 2008.

BURIHAN, P. C. et al. Desviantes positivos de saúde para a sobrevivência: um estudo de caso-controle de mortalidade infantil pós-neonatal. **Rev Paul Pediatr.**, v. 20, p. 78-83, 2002.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, nov. 2011.

COMAROFF, J. Medicine and culture: some anthropological perspectives. **Social Science and Medicine**, v. 12, p. 247-254, 1978.

CAMINAL, J. et al. Hospitalizaciones prevenibles mediante uma atención primaria oportuna y efectiva. **Aten Primaria**, v. 31, n. 1, p. 6-17, 2003.

CAMINAL, J. et al. La atención primaria de salud y las hospitalizaciones por Ambulatory care sensitive conditions em Cataluña. **Revista Clinica Española**, v. 201, n. 9, p. 501-507, 2001.

CAMINAL, J.; CASANOVA, C. La evaluación de la atención primaria y las hospitalizaciones por ambulatory care sensitive conditions: marco conceptual. **Aten Primaria**, v. 31, p. 61-65, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 17, p. 398-400, 2005.

CAMPOS, E. A. Aspectos socioculturais e as praticas de cuidado em enfermagem. In: NAKAMURA, E. et al. (Org). **Antropologia para enfermagem**. São Paulo: Editora Manole, 2009.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relações aúde-doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 923-931, jul./ago, 2003.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades e saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade na atenção. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 113-126.

CUNHA, A. J. L. A. Manejo de infecções respiratórias agudas em crianças: avaliação em unidades de saúde do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-61, fev. 2002.

CUNHA, A. J. L.; SILVA, M. A. F. S.; AMARAL, J. J. F. A estratégia de "Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI " e sua implantação no Brasil. **Rev Ped Ceará**, v. 2, n. 1, jan./abr. 2001.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A atenção primária à saúde no sul de Santa Catarina: uma análise por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, n. 4, p. 633-647, 2008.

FAVERO-NUNES, M. A.; SANTOS, M. A. Itinerário terapêutico percorrido por mães de crianças com transtorno autístico. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 208-221, 2010.

FERREIRA, J. B. B. et al . Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, p. 45-56, mar. 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742014000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 21 ago. 2016.

FORTALEZA. Câmara Municipal de Fortaleza. Lei nº 8.608 de 26 de Dezembro de 2001. Dispõe sobre a organização administrativa da Prefeitura Municipal de Fortaleza, e dá outras providências. **Diário Oficial do Município**, Fortaleza, CE, 26 dez. 2001. Disponível em: <<http://legislacao.fortaleza.ce.gov.br/images/3/36/Lei8608-01.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2016.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Boletim de Saúde de Fortaleza**: Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Fortaleza: SMS, 1999.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. **Site do Município de Fortaleza**: informações sobre a cidade. 2007. Disponível em: <<https://www.fortaleza.ce.gov.br/>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

FUNDATO, C. T. et al. Itinerário terapêutico de adolescentes e adultos jovens com osteossarcoma. **Rev. Bras. de Cancerol.** Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 197-208, 2012.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**. Petrópolis: Vozes, 1997.

GEANELLOS, R. Exploring Ricoeur's hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts. **Nurs. Inq.**, v. 7, p. 112-129, 2000.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saúde Pública**, v. 22, p. 2449-2463, 2006.

GRISI, S.; SUCUPIRA, A. C. Diarreia aguda e persistente. In: Ministério da Saúde. **Manual de condutas médicas**. Brasília: MS; USP, 2001. p. 246-51.

GUANAIS, F.; MACINKO, J. Primary care and avoidable hospitalization: evidence from Brazil. **J. Amb. Care Manage**, v. 32, n. 2, p. 115-122, 2009.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Cien Saude Colet.**, v. 15, Supl. 1, p. 1497-1508, 2010.

HAKIM, R. B.; BYE, B. V. Effectiveness of compliance with pediatric preventive care guidelines among Medicaid beneficiaries. **Pediatrics**, v. 108, n. 1, p. 90-97, 2001.

HARRELL, S. Pluralism, performance and meaning in Taiwanese healing: a case study. **Culture, medicine and psychiatry**, v. 15, n. 1, p. 45-68, 1991.

HELMAN, C. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003.

_____. **Cultura, saúde e doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HEINMANN L. S., MENDONÇA M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 481-502.

HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN. **Institucional**. Disponível em: <<http://www.hias.ce.gov.br/index.php/institucional/hospital>>. Acesso em: 16 jun. 2016.

INSTITUTE FOR FAMILY-CENTERED CARE. **Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system:** recommendations and promising practices. 2008.. Disponível em: <<http://www.familycenteredcare.org/pdf/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>>. Acesso em: 22 abr. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades@**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=230440&search=ceara|fortaleza>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

JACQUEMOT, A. C. **Urgências e emergências em saúde:** perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. Brasil.

JOHNSON, B. H.; ABRAHAM, M. R.; SHELTON, T. L. Patient-and family- centered care: partnerships for quality and safety. **NC Med J.**, v. 70, n. 2, p. 125-130, 2009.

KELLY, J. M. et al. Care takers' recall of integrated management of childhood illness counselling messages in Benin. **Trop Doct**, v. 37, n. 2, p. 75-79, 2007.

KLEINMAN, A. Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc. Sci. & Med.**, v. 12, p. 85-93, 1978.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, G. "Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research". **The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry**, v. 6, n. 1, 2006.

LAST, M. The importance of knowing about not knowing. **Social Science and Medicine. Part B: Medical Anthropology**, v. 15, n. 3, p. 115-152, 1981.

LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1997.

LEININGER, M.; MCFARLAND, M. R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2. ed. Sudbury: Jones & Bartlett, 2006.

LEININGER, M. **Care:** discovery and uses in clinical and community nursing. Detroit: Wayne State University Press, 1988.

_____. **Culture care universality and diversity: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991.

_____. Transcultural care diversity and universality: theory of nursing. **Nurs Health Care**, v. 6, n. 4, p. 209-212, abr. 1985.

_____. **Transcultural Nursing**: concepts, theories, and practice. 2. ed. Columbus: McGraw-Hill College Custom Series, 1995.

LEININGER, M.; MCFARLAND, M. R. **Transcultural nursing**: Concepts, theories, research, & practice. 3. ed. New York: McGraw-Hill Medical Publishing Division, 2002.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 113-128, mar. 2006.

LIMA, L. M. B.; ALMEIDA, N. M. G. S. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 51-61, jan./mar. 2013.

MACINKO, J. Saúde da Família. Relatório de atividades. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA: SAÚDE DA FAMÍLIA, 3., 2008, Brasília. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario_internacional_relatorio_atividades.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2016.

MAFRA, F. **O impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. 2011. 129 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Regulação e Gestão de Negócios) – Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I. C. D. S. Aids: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 687-99, 2007.

MATTOSINHO, M. M. S.; SILVA, D. G. V. Itinerárioterapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 15, n. 6, p. 1113-1119, 2007.

MELLO, D. F.; FERRIANI, M. G. C. Estudo exploratório de opiniões de mães sobre a saúde das crianças menores de 5 anos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 87-100, jul. 1996.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2295-2305, 2002.

MENDES, E. V. Agora mais do que nunca: uma revisão bibliográfica sobre Atenção Primária à Saúde. In: CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Oficinas de planificação da atenção primária à saúde nos estados**. Brasília: CONASS, 2009.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: OPAS, 2012.

MENDES, P. S.; RIBEIRO, J. R. H. C.; MENDES, C. M. Temporal trends of overall mortality and hospital morbidity due to diarrheal disease in Brazilian children younger than 5 years from 2000 to 2010. **J Pediatr (Rio J)**, v. 89, p. 315-325, 2013.

MENDONÇA, C. S. et al. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, v. 27, p. 348-355, 2012.

MENÉNDEZ, E. L. 1992 Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del 'teoricismo' al movimiento continuo. **Cuadernos Médico Sociales**, v. 59, p. 3-18, 1992.

MENENDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185-207, 2003.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção.** São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MILLIS, J. S. **The graduate education of physicians: report of the citizens commission on graduate medical education.** Chicago: American Medical Association, 1996. p. 37.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Cien Saude Colet**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. Hermeneutica-dialética como caminho do pensamento social. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. p. 83-107.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MORALES, M.; CASTELLANO, Y.; CAMINAL, J. La población infantil y las hospitalizaciones por Ambulatory Care Sensitive Conditons. Patrón de morbilidad por regiones sanitarias (Cataluña). **Gaceta Sanitaria**, v. 15, supl. 3, p. 49-56, 2001.

MOTA, V. M. **Evolução organizacional da secretaria da saúde do município de Fortaleza.** 1997. 113 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.

MOURA, B. L. A. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. 83-91, nov. 2010.

NASCIMENTO, R. M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 559-572, 2012.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v. 19, n. 1, p. 61-75, mar. 2010.

NEDEL, F. B. et al. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 6, p. 1041-1052, 2008.

NEVES, R. F.; NUNES, M. O. Da legitimação à (re)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 211-220, 2010.

NISHIO, E. A.; FRANCO, M. T. G. **Modelo de gestão em enfermagem**: qualidade assistencial e segurança do paciente. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-549, out. 2000.

OLIVEIRA, B. R. G. et al. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com doenças respiratórias no sistema público de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 3, p. 453-461, 2012.

OLIVEIRA, K. et al. Itinerário percorrido pelas famílias de crianças internadas em um hospital escola. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 67, n. 1, p. 36-42, fev. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. Brasília: OPAS, 2002.

_____. **Renovação da atenção primária em saúde nas Americas**. Documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saude. Washington: OPAS, 2005. Disponível em: <http://www.opas.org.br/servico/arquivo/Sala_5575.Pdf>. Acesso em: 12 abr. 2016.

PAIM, J. S.; ALMEIDA-FILHO, N. **Saúde coletiva**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 121-136.

PAIM, J. S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: BARATA, R. B. (Org.). **Condições de vida e situação de saúde**: saúde e movimento. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2012. p. 7-30.

PAPPAS, G. et al. Potentially avoidable hospitalizations: inequalities in rates between US socioeconomic groups. **American Journal of Public Health**, v. 87, n. 5, p. 811-816, 1997.

PARANHOS, V. D.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 1, jan./fev. 2011.

PERPETUO, I. H. O.; WONG, L. R. Atenção hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Ambulatorial (CSAA) e as mudanças de seu padrão etário: uma análise exploratória dos dados de Minas Gerais. In: SEMINÁRIO DE ECONOMIA MINEIRA, 12., 2006. Diamantina. **Anais...** Diamantina: Universidade Federal de Minas Gerais, 2006. Disponível em: <http://www.cedeplar.ufmg.br/seminarios/seminario_diamantina/2006/D06A043.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2016.

PINHEIRO, R.; GUIZARD, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R. ; MATTOS, R.A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: Hucitec; ABRASCO, 2004. p. 21-36.

PIZZOL, S. J. S. Combinação de grupos focais e análise discriminante: um método para tipificação de sistemas de produção agropecuária. **Rev. Econ. Sociol. Rural**, Brasília, v. 42, n. 3, p. 451-468, 2004.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2010.

PRADO, S. R. L. A.; FUJIMORI, E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. **Rer Bras Enferm**, v. 59, n. 4, p. 492-496, jul./ago, 2006.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 264 p.

RATI, R. M. S. et al. "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Cien Saude Colet.**, v. 18, n. 12, p. 3663-3672, 2013.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: conceitos e aplicações. 2. ed. Brasília: OPAS, 2008. 349 p.

REHEM, T. C. M. S. B. **Internações sensíveis à atenção primária: limites e possibilidades da lista brasileira de diagnósticos**. 2011. 307 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária no Estado de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4755-4766, 2011.

REINALDO, A. M. S.; SAEKI, T. Ouvindo outras vozes: relato de familiares sobre o convívio com o paciente psiquiátrico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 38, n. 4, p. 396-405, 2004.

RICOEUR, P. **Do texto à ação**. Porto: Rés Editora, 1989.

_____. **From text to action: essays in hermeneutics II**. London: The Athlone Press, 1991.

_____. **Hermenêutica e ideologias**. Petrópolis: Vozes, 2008.

RODRIGUES, F. E. et al. Pneumonia mortality in Brazilian children aged 4 years and younger. **J Pediatr (Rio J)**, v. 87, p. 111-114, 2011.

ROSELLÓ, F. T. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis: Vozes, 2009.

SANTOS, L. C.; BARCELLOS, V. F. **Auditoria em saúde: uma ferramenta de gestão**. 2009. 8 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Gestão e Auditoria em Saúde) – Programa de Pós-Graduação Lato Sensu, Centro Universitário UNIEURO, Brasília, 2009.

SCHEID, S. **Estudo das causas de internação hospitalar por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) na área de abrangência da Gerência Distrital de Saúde das regiões Leste e Nordeste em Porto Alegre no ano de 2010**. 2011. 33 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

SCHOLZE, A. S.; SILVA, Y. F. Riscos potenciais à saúde em itinerários de cura e cuidado. **Cogitare Enferm.**, v. 10, n. 2, p. 9-16, maio/ago. 2005.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, v. 85, p. 65-82, jun. 2009.

SHOEPS, D. et al. Fatores de risco para a mortalidade neonatal precoce. **Rev Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 1013-1022, 2011.

SILVA, A. A. M. et al. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p. 749-757, 1999.

SILVA, J. P. V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F. R. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do Setor Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 234-242, set./dez. 2003.

SILVA, A. C. **O impacto do Programa de Saúde da Família no município de Sobral -Ceará**: uma análise da evolução da saúde das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002. 2003. 136 f. Tese (Doutorado)-Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVÉRIO, A.; MARASCILO, A.C.; MORITZ, J. A. W. Perfil da clientela do serviço de emergência pediátrica do hospital universitário da UFSC 2010. **Arq Cat Med.**, v. 25, n. 4, p. 311-315, 1996.

SIQUEIRA, S. M.; JESUS, V. S.; CAMARGO, C. L. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, jan. 2016.

SOARES, M. D.; COELHO, T. C. B. O cotidiano do cuidado infantil em comunidades rurais do Estado da Bahia: uma abordagem qualitativa. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 8, n. 4, p. 463-472, 2008.

SOLBERG, L. I. et al. The minnesota project: a focused approach to ambulatory quality assessment. **Inquiry**, v. 27, p. 359-367, 1990.

SOUZA, A. C. **Como manda o figurino**: a medicalização das práticas de terapêuticas entre idosos de Porto Alegre. 2005. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

SOUZA, R. R. O sistema público de saúde brasileiro. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL: TENDÊNCIAS E DESAFIOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NAS AMÉRICAS, 2002, São Paulo. **Anais...** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

SOUZA, S. et al. **Fortaleza**: a gestão da cidade: uma história político administrativa. Fortaleza: Fundação Cultural de Fortaleza 1995.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

STEINER, J. F. et al. Primary-care visits and hospitalizations for ambulatory-care-sensitive conditions in an inner-city health care system. **Ambulatory Pediatrics**, v. 3, n. 6, p. 324-328, 2003.

TIAN, Y.; DIXON, A.; GAO, H. Emergency hospital admissions for ambulatory care-sensitive conditions: identifying the potential for reductions. **The King's Fund**, abr. 2012. Disponível em:

<https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/data-briefing-emergency-hospital-admissions-for-ambulatory-care-sensitive-conditions-apr-2012.pdf> Acesso em: 14 ago. 2014.

TRAD, L. A. B. A família e suas mutações: subsídios ao campo da saúde. **Família contemporânea e saúde: significados, práticas e políticas públicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. p. 27-50.

TRAD, L. A. B. et al. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 797-806, abr. 2010.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TRAD, L. A. B. Itinerários terapêuticos: questões e enfoques presentes na literatura e um modelo holístico de análise com foco na cronicidade. In: CASTELLANOS et al. **Cronicidade: experiência de adoecimento e cuidado sob a ótica das ciências sociais**. Fortaleza: EdUECE, 2015. p. 61-91.

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev. panam. salud pública**, Washington, v. 11, n. 5, p. 365-73, 2002.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Cien Saude Colet**, v. 11, n. 4, p. 975-986, 2006.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Levels & trends in childmortality**. Report 2012. Estimates developed by the un inter-agency group for childmortality estimation. Disponível em:

<http://www.childmortality.org/files_v20/download/Levels%20and%20Trends%20in%20Child%20Mortality%20Report%202012.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2016.

VANDERLEI, L. C. M.; SILVA, G. A. P. Diarreia aguda: o conhecimento materno sobre a doença reduz o número de hospitalizações nos menores de dois anos? **Rev Assoc Med Bras**, v. 50, n. 3, p. 276-81, 2004.

VELHO, G. Projeto, emoção e orientação em sociedades complexas. In: VELHO, G. **Individualismo e cultura**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1994.

VIANA, A. L. D. As práticas de saúde na década de 80 e 90: o (longo) período de reformas. In: VIANA, A. L. D.; DALPOZ, M. **Estudos sobre o processo de reforma em saúde no Brasil, convênio IMS/UERJ**. Cide/IPADES/BID. Chile: Informe Final, 1998. p. 1-16.

VICTORA, C. G. et al. **Saúde no Brasil: a serie Thelancet**, 2011. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 187.

VISENTIN, A.; LENARDT, M. H. O itinerárioterapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta paul. enferm.**, v. 23, n. 4, p. 486-492, 2010.

VOURI, H. Primary health care in Europe: problems and solutions. **Community Med**, n. 6, p. 221-31, 1985.

WALDOW, V. R. **Cuidar**: expressão humanizadora da enfermagem. Petrópolis: Vozes, 2006.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Pneumonia**. Fact sheet N 3311 April 2013. Disponível em: <from:<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/em>>. Acesso em: 15 jun. 2015.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

APÉNDICES

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas Semiestruturada

Pesquisa: Itinerários terapêuticos de crianças com pneumonia e diarreia: interface de cuidados domiciliares e as redes formais do Sistema Único de Saúde

Dados de identificação

- N° da entrevista
- Idade da criança:
- Bairro:
- Nome da mãe:
- Atendimento na Unidade Básica de Saúde? Qual?
- Bairro:

Percurso na busca de cuidados

Fale sobre a doença da criança. Como percebeu os sinais de doença? O que foi identificado?

Ao perceber os sinais de doença da criança, qual foi o primeiro tipo de ajuda (atendimento) que a senhora procurou? (formais e informais)

A criança recebeu algum tipo de tratamento no primeiro atendimento? Qual?

A senhora seguiu o tratamento recomendado?

Apos esse primeiro atendimento como ficou a criança?

Quando e por qual(is) motivos a criança veio para o hospital para internamento?

Para essa doença que motivou a internação, quantos atendimentos a criança recebeu?

APÊNDICE B – Roteiro de Entrevista para Aprofundamento

Pesquisa: Itinerários terapêuticos de crianças com pneumonia e diarreia: interface de cuidados domiciliares e as redes formais do Sistema Único de Saúde

Identificação:

- Nº. da entrevista
- Idade:
- Sexo:
- Escolaridade:
- Religião:
- Estado civil:
- Renda familiar:
- Membros da família:
- Profissão, tipo de atividade que desenvolve:
- Bairro:

Questão norteadora

Me fale como você reconhece quando seu filho está doente e onde você busca ajuda para resolver o problema de saúde dele?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO AOS PROFISSIONAIS

O (a) Sr. (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “Itinerários terapêuticos de crianças com pneumonia e diarreia: interface de cuidados domiciliares e as redes formais do Sistema Único de Saúde” que tem como objetivo Compreender os itinerários terapêuticos percorrido por familiares de crianças menores de cinco anos em busca de cuidados em saúde por condições sensíveis a atenção primária. Serão realizadas entrevistas com questões abertas em profundidade sobre os caminhos que você percorreu em busca de cuidado de saúde para seu filho doente. Dessa forma, pedimos a sua colaboração nesta pesquisa, respondendo a entrevista que será gravada e por isso, solicitamos sua autorização para gravar as conversas geradas durante a conversa. Garantimos que a pesquisa não trará nenhuma forma de prejuízo no vínculo com o serviço ou usuário independente da sua opinião sobre o tema. Todos os riscos e transtornos advindos da entrevista serão minimizados pela equipe que realiza o trabalho, pois os mesmos são capacitados para condução de tais atividades. Nas entrevistas todas as informações serão mantidas em sigilo e sua identidade não será revelada, pois não haverá divulgação de nomes. Vale ressaltar que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar deste, sem qualquer prejuízo ou dano. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identificação. Como benefício direto para os profissionais, usuários e familiares nos comprometemos em fazer a devolutiva dos dados ao serviço, coordenadores, gestores e aos próprios participantes quando assim solicitado, através de quaisquer esclarecimentos acerca da pesquisa e, ressaltando novamente, terão liberdade para participarem quando assim não acharem mais conveniente. Contatos com a pesquisadora Rejane Maria Carvalho de Oliveira pelos telefones, (85) 8898 1290 e (85) 3242 2397. O Comitê de Ética em Pesquisa da UECE encontra-se disponível para esclarecimento éticos pelo Tel./Fax: (085) 3101.9890. Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Fortaleza – CE. Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para o arquivo do pesquisador.

Fortaleza-CE, ____/____/____.

Eu, _____
tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Participante Rejane Maria Carvalho de Oliveira

ANEXO

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIO TERAPÊUTICOS DE CRIANÇAS COM PNEUMONIA E DIARREIA E A INTERFACE DE CUIDADOS DOMICILIARES E REDES FORMAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Pesquisador: REJANE MARIA CARVALHO DE OLIVEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 49115215.7.0000.5042

Instituição Proponente: Hospital Infantil Albert Sabin - CE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.318.152

Apresentação do Projeto:

Pesquisa de natureza qualitativa, cujas bases conceituais estão centradas no cuidado em saúde, na vulnerabilidade, nos itinerários terapêuticos, adotando como referencial teórico-metodológico a Hermenêutica de Paul Ricoeur, pois busca a compreensão das narrativas dos familiares de crianças, acerca dos caminhos percorridos em busca de cuidado de saúde para criança com doença sensível à Atenção Primária. Serão convidados a participar da pesquisa, mães/familiares de crianças que frequentam a creche municipal/Centro de Educação Infantil, a Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS) Dom Aloisio Lorscheider, e ainda aquelas mães de crianças hospitalizadas por condições sensíveis à atenção primária, especificamente por pneumonia e diarreia, no Hospital Infantil Albert Sabin. A partir destes sujeitos, buscaremos demais participantes que de alguma maneira participaram do itinerário terapêutico dessas crianças. Devido a multiplicidade de fatores determinantes e a complexidade do fenômeno investigado, a coleta das informações para a produção dos dados empíricos da pesquisa, será conduzida pela abordagem qualitativa, por meio de entrevistas semi-estruturada e em profundidade e dar-se-á em dois momentos nos diferentes cenários. 1º momento: Neste momento será realizada uma entrevista semi-estruturada com as mães e /ou familiar responsável pelas crianças que frequentam a creche,

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-790

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN - CE



Continuação do Parecer: 1.318.152

as que procuraram atendimento de saúde na UPAS. E ainda com aquelas que se encontram internadas no hospital Infantil Albert Sabin. Essa entrevista consta de dois itens: identificação para traçar o perfil sócio demográfico das famílias e perguntas norteadoras sobre o reconhecimento dos sinais e sintomas da doença pela mãe/familiar, primeiras condutas para o cuidado domiciliar, tratamento nas redes formais e informais. Estas informações contribuirão para o refinamento da descrição dos itinerários, pois possibilita o entendimento da resolutividade da assistência no primeiro nível de atenção e sua relação com a unidade terciária e serviços comunitários, ou seja, a descrição do mapeamento das escolhas feitas pelas famílias em busca de cuidados de saúde da criança. 2º momento: Nesta etapa será realizada entrevista em profundidade com famílias das crianças selecionadas na etapa anterior com a seguinte pergunta disparadora: Fale-me como você reconhece quando seu filho está doente e onde você busca ajuda para resolver o problema de saúde dele? A escolha pela técnica de entrevista aberta é feita por esta permitir uma exploração em profundidade dos atores sociais, permitindo uma maior apreensão e compreensão do fenômeno. A proposta de análise das entrevistas semiestruturadas adotará como substrato teórico o modelo analítico, denominado Pathway Survival (Caminho da Sobrevivência), cujo objetivo é oferecer uma análise abrangente acerca das circunstâncias de adoecimento da criança, da utilização de serviços formais e informais para o restabelecimento da saúde, envolvendo cuidados domiciliares e aspectos do desempenho dos serviços de saúde, a partir das experiências vivenciadas pela família. Para as entrevistas em profundidade será utilizado o modelo de Análise Holística de Itinerários Terapêuticos, proposto por Trad. Este se trata de um diagrama que agrega as contribuições de Kleinman (1978) sobre os "modelos explicativos" para compreensão da doença, considerando os diversos contextos dos sistemas de saúde, dentro dos quais o adoecimento é experienciado. A díade mãe/criança que participarão da pesquisa, serão selecionadas utilizando os critérios de inclusão: i) mãe/ familiares de crianças na faixa etária de dois meses a cinco anos de idade que frequentam a creche ii) mãe/familiares de crianças que receberam atendimento na UPAS e/ou na UPA de doença sensível à atenção primária, enquadrada no grupo de diagnósticos propostos por Alfradique et al. (2009) como, pneumonia bacteriana e gastroenterite (diarreia); ii) mãe/ familiares de crianças com diagnóstico à admissão hospitalar de doença sensível à atenção primária, como, pneumonia bacteriana e gastroenterite (diarreia); iii) mães/familiares de crianças que receberam atendimento anterior à hospitalização na

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-790

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cep@hias.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 1.318.152

rede de serviços formais e informais pelo mesmo motivo; iv) ser residente de Fortaleza; v) ter condições de oferecer informações necessárias a pesquisa. E terão como critérios de exclusão: i) mães de crianças com problemas de saúde sensíveis a atenção primária que procuraram primeiramente a emergência do hospital; ii) aquelas com problemas oncológicos, doenças crônicas ou má-formação em que a pneumonia bacteriana ou diarreia se configure como uma doença secundária, iii) portadoras de patologias cirúrgicas; iv) aquelas com distúrbios metabólicos importantes.

Objetivo da Pesquisa:

Geral

- Compreender os itinerários terapêuticos percorridos por familiares de crianças menores de cinco anos em busca de cuidados em saúde por condições sensíveis à atenção primária.

Específicos

- Identificar as práticas das famílias diante dos sinais e sintomas da doença, na oferta de cuidados domiciliares e na busca por atenção de saúde.
- Mapear as ofertas terapêuticas formais e informais que são acessadas pelas famílias da criança com problemas de saúde sensíveis à atenção primária.
- Descrever o acesso das famílias da criança com problemas de saúde sensíveis à atenção primária aos serviços formais da rede assistencial do SUS.
- Analisar as interfaces das redes de cuidado formais e informais no cuidado criança com problemas de saúde sensíveis à atenção primária.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Constrangimento pela presença do pesquisador nas residências e possíveis relações de poder que se estabelecem na situação de entrevista. No entanto, todos os riscos e transtornos advindos da observação ou entrevista serão minimizados pela pesquisadora que realiza o trabalho, pois a mesma está capacitada para condução de tais atividades.

Benefícios:

Devolutiva dos achados dos serviços para coordenadores, gestores, familiares, usuários e comunidade em geral. Contribuindo Dessa forma para implementação de melhorias, a partir de discussões e participação das famílias nas tomadas de decisões.

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-790

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cep@hias.ce.gov.br

Continuação do Parecer: 1.318.152

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma Tese de Doutorado em Saúde Coletiva da UECE. A pesquisa é de natureza qualitativa, cujas bases conceituais estão centradas no cuidado em saúde, na vulnerabilidade, nos itinerários terapêuticos, adotando como referencial teórico-metodológico a Hermenêutica de Paul Ricoeur, pois busca a compreensão das narrativas dos familiares de crianças, acerca dos caminhos percorridos em busca de cuidado de saúde para criança com doença sensível à Atenção Primária. Serão convidados a participar da pesquisa,

mães/familiares de crianças que frequentam a creche, a Unidade de Atenção Primária de Saúde (UAPS), do complexo nascente e ainda aquelas mães de crianças hospitalizadas por condições sensíveis à atenção primária, especificamente por pneumonia e diarreia. Para a coleta de dados será utilizado as entrevistas semiestruturada e em profundidade e a observação com utilização do diário de campo. Quanto a análise das informações das entrevistas semiestruturadas, será adotado o modelo analítico, denominado Pathway Survival (Caminho da Sobrevivência) e para as entrevistas em profundidade, o modelo de Análise Holística de Itinérios Terapêuticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados pela pesquisadora responsável os seguintes documentos:

FR, Projeto detalhado, TCLE, Termo de Compromisso da Pesquisadora, Roteiros de Entrevista, Cronograma de execução, Orçamento e Declaração de Anuência do Hospital Infantil Albert Sabin e Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Faltou apresentar a declaração dos coordenadores do bloco D do HIAS, do Centro de Educação Infantil (CEI) Projeto Nascentes (creche municipal) e da UAPS Dom Aloísio Lorscheider).

Recomendações:

1. Quanto ao documento "Declaração do Chefe do Serviço", faltou apresentar as declarações dos coordenadores a) Blocos do HIAS onde as crianças encontram internadas, b) Projeto Nascentes (creche municipal). Solicita-se apresentação. (Relatora: Pendência Atendida)

2. No Documento "Pb Informações_Básicas_Do_Projeto" postado em 11/09/15:

2.1. Conta que a coleta de dados (entrevista e observação com utilização do diário de campo) será realizada no período 22/09/2015 à 22/12/2015. No Cronograma presente no "Projeto Detalhado" postado em 04/09/15, consta Mar à Dez/15, já o Cronograma presente no documento "TCLE_Rejane.doc", postado em 04/09/15, consta que a coleta será realizada no período set a nov/15. Solicita-se adequação. (Relatora: Pendência Atendida)

2.2 Não Consta o Nome da Orientadora Ilvana Lima Verde Gomes na equipe de pesquisa. Solicita-se Adequação. (Relatora: Pendência Atendida)

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-790

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN - CE



Continuação do Parecer: 1.318.152

3. Quanto ao TCLE:

3.1 Consta o nome e endereço do CEP da UECE, no entanto o protocolo foi avaliado apenas pelo CEP do HIAS. Solicita-se adequação. (Relatora: Pendência Atendida)

3.2 O risco descrito no projeto detalhado item "Aspectos Éticos da Pesquisa" encontra-se redigido de forma mais compreensiva do que o apresentado no TCLE. Solicita-se adequação. (Relatora: Pendência Atendida)

3.4 O trecho do TCLE que faz referência a possibilidade da participante desistir de participar do estudo encontra-se escrita de forma inadequada. Solicita-se adequação (Relatora: Pendência Atendida)

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado por não apresentar nenhum óbice ético.

Pesquisadora deverá encaminhar o Relatório final para este CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

O colegiado acatou o parecer de aprovação emitida pela relatora, por entender que o protocolo atende à Resolução 466/12 CNS e suas complementares.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	DeclracaoChefeServicoHIAS.jpg	11/11/2015 14:14:00	Regina Lúcia Ribeiro Moreno	Aceito
Outros	Anuencia_ProjetoNascente.pdf	11/11/2015 14:13:17	Regina Lúcia Ribeiro Moreno	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_559789.pdf	15/09/2015 16:32:45		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Rejane_Corrigido.doc	15/09/2015 16:28:52	REJANE MARIA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma_atualizado_Rejane.doc	15/09/2015 15:26:48	REJANE MARIA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Rejane_Atualizado.doc	15/09/2015 15:25:36	REJANE MARIA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	declaracao_COGTS.JPG	04/09/2015 16:19:03	REJANE MARIA CARVALHO DE	Aceito

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544

Bairro: Vila União

CEP: 60.410-790

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-4212

Fax: (85)3101-4212

E-mail: cep@hias.ce.gov.br

HOSPITAL INFANTIL ALBERT
SABIN - CE



Continuação do Parecer: 1.318.152

Outros	declaracao_COGTS.JPG	04/09/2015 16:19:03	OLIVEIRA	Aceite
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	04/09/2015 16:17:34	REJANE MARIA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceite
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.odt	04/09/2015 16:15:46	REJANE MARIA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceite
Outros	termo_de_compromisso_Rejane.jpg	04/09/2015 16:13:30	REJANE MARIA CARVALHO DE OLIVEIRA	Aceite

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 11 de Novembro de 2015

Assinado por:
Regina Lúcia Ribeiro Moreno
(Coordenador)

Endereço: Rua Tertuliano Sales, 544
Bairro: Vila União **CEP:** 60.410-790
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-4212 **Fax:** (85)3101-4212 **E-mail:** cep@hias.ce.gov.br