



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**VALDICLEIBE LIRA DE AMORIM**

**ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE FAMILIARES DE CRIANÇAS INTERNADAS**  
**POR PNEUMONIA NA ATENÇÃO TERCIÁRIA**

**FORTALEZA- CEARÁ**

**2016**

VALDICLEIBE LIRA DE AMORIM

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO FAMILIARES DE CRIANÇAS INTERNADAS POR  
PNEUMONIA NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico 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 mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Rocineide  
Ferreira da Silva

FORTALEZA – CEARÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Amorim, Valdicleibe Lira de.

Itinerário terapêutico de crianças internadas por pneumonia na atenção terciária [recurso eletrônico] / Valdicleibe Lira de Amorim. - 2016.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 63 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2016.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.ª Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva.

1. Saúde da criança . 2. Itinerário terapêutico.  
3. Pneumonia. I. Título.

VALDICLEIBE LIRA DE AMORIM

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO FAMILIARES DE CRIANÇAS INTERNADAS POR  
PNEUMONIA NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

Dissertação apresentada à banca do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva

Aprovado em: 08 de dezembro de 2016

BANCA EXAMINADORA



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Rocineide Ferreira da Silva (Orientadora)  
Universidade Estadual do Ceará – UECE



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos  
Universidade Estadual do Ceará – UECE



---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Kilma Wanderley Lopes Gomes  
Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – SMS/For

## AGRADECIMENTOS

À Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Rocineide Ferreira da Silva, pela orientação sempre de excelência em todos os momentos, minha admiração e respeito.

Aos meus pais, José Valdo (in memoriam) e Nicleibe, pelo amor e carinho; às minhas irmãs e ao meu cunhado, Josecleibe, Nágila e Alézio, pela alegria com minha conquista; às minhas sobrinhas, Carolina e Sara Maria, pelos momentos de lazer e presença carinhosa.

Aos membros da banca, Prof.<sup>a</sup> Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos e Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. Thereza Maria Magalhães Moreira pela contribuição no aprimoramento da dissertação.

Aos colegas de projeto e, em especial, a Aline que me acompanhou durante as entrevistas, muito obrigada por sua disponibilidade.

Às famílias participantes do estudo e ao hospital onde realizei a coleta de dados pela gentileza em colaborar com o estudo. Meu respeito e desejo que este trabalho possa contribuir com a ressignificação dos caminhos percorridos por pacientes em busca de saúde.

Aos meus tios e amigos que vibraram com essa minha conquista.

À Prof.<sup>a</sup> Marília Braga, que se disponibilizou a me ajudar no início dessa empreitada do mestrado.

À Universidade Estadual do Ceará e ao Mestrado em Saúde Coletiva por possibilitar os bons encontros e aprendizado.

A Deus, o criador de todas as coisas, sempre presente em minha vida.

“Não sou nem otimista, nem pessimista.

Os otimistas são ingênuos, e os pessimistas  
amargos.

Sou um realista esperançoso.

Sou um homem da esperança.

Sei que é para um futuro muito longínquo.

Sonho com o dia em que o sol de Deus  
vai espalhar justiça pelo mundo todo.”

(Ariano Suassuna)

## RESUMO

Relatório da Organização das Nações Unidas no Brasil informa que dezesseis mil crianças com menos de cinco anos de idade morrem todos os dias. Os cuidados com a saúde infantil no Brasil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde. Os programas desenvolvidos buscam oferecer uma atenção a saúde mais humana e de melhor qualidade para as nossas crianças. Entender as experiências vivenciadas com a doença da pneumonia nas internações e quais decisões foram tomadas na busca pela saúde dessas crianças, são nossas inquietações. Dessa forma, objetivou-se compreender o itinerário terapêutico de familiares/cuidadores de crianças internadas na atenção terciária por pneumonia. Optou-se pela pesquisa com abordagem qualitativa. Foi adotado como ponto de partida um hospital da rede terciária do município de Fortaleza especializado em crianças. A investigação contou com sete participantes e para coleta de informações utilizamos a entrevista aberta. Nesse processo, seguiram-se os preceitos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. As entrevistas foram analisadas sob os pressupostos da análise de conteúdo de Minayo (2008). Os resultados foram apresentados através de três categorias: Acesso de crianças com pneumonia ao tratamento, potencialidades no serviço de tratamento oferecido a crianças com pneumonia, suportes formais e informais no tratamento de crianças com pneumonia. Identificamos e descrevemos também os itinerários das famílias em busca de vida. Dificuldades no atendimento, na realização dos exames e diagnóstico, além da peregrinação das famílias em busca de saúde foram aspectos relevantes na nossa discussão. O desenrolar da doença de crianças com pneumonia é complexo e envolve várias tentativas de tratamento e idas e vindas a estabelecimento de saúde na procura pela saúde de seus filhos. As arenas mais visitadas são: a popular e a biomédica. Na arena popular podemos perceber a importância do vínculo e apoio familiar sempre presente nos momentos mais difíceis, tornando-se essencial para o andamento do tratamento da criança. A arena biomédica demonstrou-se de difícil acesso para as pessoas que procuravam por atendimento.

**Palavras-chave:** Saúde da criança. Itinerário terapêutico. Pneumonia.

## **ABSTRACT**

A United Nations Report for Brazil states that sixteen-thousand children with less than five years of age die every day. Child health care in Brazil is one of the most essential initiatives for the Ministry of Health. The programs developed intend to offer a better quality and a more humanized care to our children. Understanding the experiences of hospitalized pneumonia and what decisions were taken in the search for the health of these children are our concerns. Consequently, we sought to understand the therapeutic itinerary of family members/caregivers of children hospitalized in tertiary care due to pneumonia. We chose a qualitative approach for this research. As a starting point, we considered a tertiary care children's hospital from the Fortaleza municipality. The research included seven participants and we used an open interview methodology and a recorder for data collection purposes. We observed all ethical precepts applicable to research in humans. The interviews were analyzed based on Minayo's (2008) content analysis assumptions. Results were analyzed through three categories: pneumonia children patients' access to treatment, potentialities in the treatment service offered to children with pneumonia and formal and informal support in the treatment to children with pneumonia. We also identified and described the itinerary of families in search of life. Difficulties related to care, materialization of exams and diagnosis, besides the pilgrimage of families seeking health assistance were relevant aspects of our research. The development of the disease in children with pneumonia is complex and involves several treatment attempts and visits to health centers in search of assistance for the children. The most visited sectors are the popular and the biomedical. In the popular arena we notice the importance of the ever-present family ties and relationships in the hardest moments, which are essential for the child treatment progress. The biomedical arena proved to be readily accessible for people seeking medical assistance. The biomedical arena proved difficult to access for people seeking care.

**Keywords:** Child health. Therapeutic itinerary. Pneumonia.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Itinerário Terapêutico P1.....	31
Figura 2 - Itinerário Terapêutico P2.....	32
Figura 3 - Itinerário Terapêutico P3.....	33
Figura 4 - Itinerário Terapêutico P4.....	34
Figura 5 - Itinerário Terapêutico P5.....	35
Figura 6 - Itinerário Terapêutico P6.....	36
Figura 7 - Itinerário Terapêutico P7.....	37
Figura 8 - Peregrinação dos usuários do SUS.....	43

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AIDPI	Atenção Integral as doenças prevalentes na infância
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CASP	Critical Appraisal Skills Programme
CF	Constituição Federal
DESA	Departamento da ONU para assuntos econômicos e sociais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
ICSAP`S	Internações por condições sensíveis a Atenção Primária
OMS	Organização Mundial da Saúde - Objetivo Do Milênio
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>18</b>
2.1	GERAL.....	18
2.2	ESPECÍFICOS.....	18
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>19</b>
3.1	ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DAS MÃES DE CRIANÇAS COM PNEUMONIA E SUA RELAÇÃO COM O CUIDADO.....	19
3.2	ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.....	21
3.3	INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO: DE ITINERÁRIOS PARA PRODUÇÃO DE VIDA.....	23
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>26</b>
4.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	26
4.2	CAMINHOS INVESTIGATIVOS.....	26
4.3	PARTICIPANTES ENVOLVIDOS NA PESQUISA.....	27
4.4	INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	27
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	28
4.6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	28
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>30</b>
5.1	ACESSO DE CRIANÇAS COM PNEUMONIA AO TRATAMENTO.....	38
5.1.1	Acesso.....	38
5.1.2	Referência e Contra-referência.....	41
5.1.3	Peregrinação.....	42
5.2	POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NO SERVIÇO DE TRATAMENTO OFERECIDO À CRIANÇA COM PNEUMONIA.....	44
5.2.1	Resolubilidade.....	44
5.2.2	Qualidade do atendimento.....	45
5.3	SUPORTES FORMAIS E INFORMAIS NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM PNEUMONIA.....	49
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>49</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>50</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>55</b>

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	56
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista.....	58
<b>ANEXOS.....</b>	<b>59</b>
ANEXO A – Folha de Aprovação.....	60
ANEXO B – Parecer Consubstanciado do CEP.....	61

## 1 INTRODUÇÃO

A infância é percebida, com frequência, como um grupo da população com escassas necessidades e problemas de saúde que precisam de pouca atenção e recursos, o que se torna quase invisível nas investigações e planejamento dos serviços de saúde (DOMINGUEZ; GARCIA, 2010).

No geral, não se tem em conta que se trata de um período de desenvolvimento e de alta vulnerabilidade aos riscos físicos e psicossociais, que responde positivamente a fatores protetores; portanto, é preciso abordar a infância como uma etapa da vida com necessidades e problemas de saúde específicos e que merecem uma programação nos cuidados (COLOMER; MERCER, 2004).

Em uma visão geral, no período do Brasil Colônia, a criança abandonada não era motivo de preocupação nem para a Igreja nem para o Estado. A sociedade organizada ou não, que se preocupou com a sorte destes pequeninos desvalidos e sem família. Dessa forma, a história da criança abandonada brasileira se dividiu em três fases, a saber, Caritativa, até meados do século XIX; Filantrópica, até a década de 1960 e Estado do Bem Estar Social, últimas décadas do século XX, fase esta em que a criança torna-se sujeito de direito (MARCILIO, 1998).

A partir da década de 1920, as autoridades públicas e privadas demonstraram preocupação com o adoecimento infantil, deixando de ser apenas preocupação de entidades caritativas. Nesse período, a criança, por ser considerada dependente dos trabalhadores das indústrias, recebia assistência médica de acordo com as propostas impostas pelos médicos contratados por proprietários destas indústrias. As discussões a respeito do aleitamento materno ganharam força, visto que, se as crianças menores permanecessem doentes, aumentaria o número de faltas entre trabalhadoras nas indústrias. Para tanto, o estímulo ao aleitamento materno teve como meta reduzir o adoecimento infantil para que suas mães cumprissem com a jornada de trabalho proposta (SILVA, 2006).

Nos anos seguintes começaram a se constituir programas e assistência à saúde, voltadas para a saúde da mulher, criança e adolescência. As ações instituídas à saúde da criança apresentaram apenas o caráter curativo e individualizado, sendo desenvolvidas em hospitais privados ou centros médicos de grandes indústrias (SILVA, 2006)

Em meados da década de 1970, foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, apresentando como objeto a redução da morbimortalidade entre crianças e

mães e possuindo características de ações preventivas, porém, desconsiderando a diversidade regional existente no país (SILVA, 2006)

Atualmente, os cuidados com a saúde infantil no Brasil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde. Os programas desenvolvidos buscam oferecer uma atenção à saúde mais humana e de melhor qualidade para as nossas crianças.

A Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) tem por objetivo final promover uma redução da mortalidade na infância. Trata-se de uma nova abordagem da atenção à saúde na infância, desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF), caracterizando-se pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na infância, ao invés do enfoque tradicional que busca abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela está inserida (BRASIL, 2002). Traduzindo-se em uma política de proteção à saúde da criança.

Nessa perspectiva, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) possui fundamentação na perspectiva da proteção integral, que reconhece as crianças e os adolescentes como sujeitos de direito e pessoas em condições peculiares de desenvolvimento, cuja proteção e cujos direitos devem ser efetivados pelas políticas sociais. As crianças e os adolescentes têm prioridade no acesso aos serviços públicos e primazia na proteção e nos cuidados em quaisquer circunstâncias, com precedência no atendimento. Além disso, possuem preferência como sujeito que devem ser considerados na formulação e na execução de políticas públicas e na destinação privilegiada de recursos (BRASIL, 1990).

Considera-se criança, na perspectiva do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a pessoa até doze anos de idade incompletos, e adolescente, àquela entre doze e dezoito anos de idade (BRASIL, 1990). Segundo esse estatuto, a separação entre criança e adolescente se funda tão somente no etário, não considerando o aspecto psicológico e o social. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define adolescência como o período da vida que começa aos 10 anos e termina aos 19 anos completos, reduzindo mais o período da infância. (ONU, 2015)

O cuidado a criança na atenção primária proporciona uma assistência sanitária próxima aos meninos (as) e aos seus familiares, tendo em conta as características de seu entorno, partindo de uma visão global das disciplinas e saberes que devem se articular, em que o objeto fundamental não é a enfermidade e sim a população infantil em todas as suas

etapas e com a complexidade que essa fase da vida traz consigo (DOMINGUEZ; GARCIA, 2004).

No Brasil, através da estratégia de saúde da família, o acompanhamento das crianças é feito ações de puericultura, na vacinação, durante as visitas domiciliares, bem como em todos os atos envolvidos no cuidar que a atenção primária preconiza. Temos também os hospitais que atendem essas crianças nas urgências clínicas e demais atendimentos realizados (BRASIL, 2010).

Vale ressaltar que na Declaração de Alma-Ata (1978), enfatizou-se os cuidados primários em saúde como a chave para se atingir um nível de saúde que eles permitam levar uma vida social e economicamente produtiva. Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento.

Existem situações recorrentes que atravessam essa população. As causas perinatais, a pneumonia e a diarreia associadas à desnutrição são as principais causas de morte no primeiro ano de vida e merecem atenção de destaque. Portanto, o nascimento saudável, a promoção do crescimento, desenvolvimento e alimentação saudável, com enfoque prioritário para a vigilância à saúde das crianças de maior risco e o cuidado às doenças prevalentes, são ações que precisam ser realizadas em toda a sua plenitude. A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (DOMINGUEZ, GARCIA, 2010).

O Relatório da Organização das Nações Unidas no Brasil (ONU, 2015) informa que dezesseis mil crianças com menos de cinco anos de idade morrem todos os dias. Apesar do índice de mortalidade infantil apresentar quedas contínuas desde 1990, o mundo ainda não está fazendo o suficiente para prevenir novas mortes e até mesmo alcançar a meta estipulada pelo quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que prevê a redução de dois terços desta taxa entre os anos 2000 e 2015 (ONU, 2015). Esse dado foi revelado através do lançamento do Relatório 2015 Níveis e Tendências em Mortalidade Infantil, divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância – (UNICEF), a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Banco Mundial e a Divisão de População do Departamento da ONU para Assuntos Econômicos e Sociais (DESA).

Segundo o documento, apesar do número de mortes de crianças com menos de cinco anos ter caído de 12,7 milhões por ano em 1990 para 5,9 milhões em 2015, desde 1990 até 2015 o mundo perdeu 236 milhões de vidas nesta faixa etária, mais do que toda a população brasileira (ONU, 2015).

A vice-diretora executiva da (UNICEF), Geeta Rao Gupta, reconheceu os esforços mundiais para obter progressos, mas lembrou que ainda há um grande número de crianças que morrem de doenças preveníveis antes de seu quinto aniversário. Este fato ressaltou, “deveria estimular-nos a redobrar os esforços para fazer o que sabemos que precisa ser feito” (ONU, 2015).

O Brasil foi um dos países que conseguiu alcançar o quarto ODM, apresentando uma queda de 73% na mortalidade infantil. A redução também foi alcançada na esfera regional, porém o relatório aponta que em 32 municípios o índice de mortes infantis supera 80 para cada 1.000 crianças nascidas. Além disso, destacou que, comparado a outros bebês brasileiros, as crianças indígenas no país têm o dobro de chances de morrer antes do seu primeiro nascimento (ONU, 2015).

O relatório destaca que o grande desafio continua sendo o período do nascimento. Em torno de 45% das mortes infantis ocorrem no período neonatal, que compreende os 28 primeiros dias de vida. São portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas Redes de Atenção à Saúde: de atenção primária; de atenção de urgência e emergência; de atenção psicossocial; e especiais de acesso aberto. Dessa forma, qualquer local do sistema de saúde e outros espaços sociais se colocam como oportunidade de cuidado e devem prestar atenção integral à criança (BRASIL, 2011).

A Atenção Primária à Saúde visa à promoção de saúde das crianças por meio de ações prioritárias de vigilância e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil. Devem-se estabelecer condições para a prestação desse cuidado, fortalecendo os atores envolvidos por meio do provimento de recursos e subsídios às equipes de saúde e de autonomia aos usuários, para que o trabalho em saúde alcance sua finalidade que é a de satisfazer as necessidades de saúde da criança e sua família (IRIART; FRANCO; MERHY, 2011).

No Brasil, dados evidenciam melhorias importantes das condições de saúde infantil, as quais têm sido principalmente atribuídas à implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF). A melhoria das condições socioeconômicas e o papel da oferta e da utilização dos serviços de saúde constituem determinantes na saúde da criança (AQUINO; OLIVEIRA; BARRETO, 2009).

Estudos vêm sendo realizados como parte do desafio da efetivação dos princípios do SUS, com o objetivo de medir a efetividade da Atenção Primária em Saúde (APS) através de indicadores que auxiliem o planejamento e a avaliação de determinantes do processo saúde-doença de indivíduos ou coletividades (REHEM, OLIVEIRA; CIOSAK, et al 2013), entre os quais se destaca a Internação por Condição Sensível à Atenção Primária (ICSAP) (REHEM; EGRY, 2011).

A ICSAP é definida como evitável por implantação de cuidados preventivos e de tratamento precoce das doenças, e ainda pode ser utilizada para indicar a situação de acessibilidade e de efetividade da atenção primária (ANSARI; HAIDER, 2012). No Brasil, as condições sensíveis à atenção primária foram estabelecidas por meio da lista brasileira de ICSAP, que constitui uma relação de diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças CID-10, organizada em 19 grupos (BRASIL, 2008).

Para que as ICSAP's sejam utilizadas como indicador de desempenho, deve-se considerar variáveis da população, por exemplo, a idade. Neste sentido, é recomendável que as faixas etárias sejam estudadas separadamente para melhor compreender o fenômeno (ALFRADIQUE; BONOLO; DOURADO, 2009). Estudos sobre as ICSAP's na população infantil têm mostrado o potencial desse indicador (MOURA; CUNHA; AQUINO, 2010), (BARRETO; NERY; COSTA, 2012). No Brasil, um estudo demonstrou que as principais causas de ICSAP's em crianças de um a quatro anos foram gastroenterites, asma e pneumonias (MOURA; CUNHA; AQUINO, 2010). Essas informações são relevantes para que políticas sejam pensadas cada vez mais pautadas pela realidade local e com o propósito de satisfazer realidades reais.

Entender as experiências vivenciadas com a doença da pneumonia nas internações e quais decisões foram tomadas na busca pela saúde dessas crianças são nossas inquietações. Como essas decisões foram produzidas? Que caminhos foram trilhados? Que tipo de orientações e condutas foram realizadas? Como chegaram à atenção terciária? Por que chegaram à atenção terciária? Revisitando a literatura percebemos que existem poucos trabalhos envolvendo esses questionamentos. Com relação à temática escolhida: Itinerário terapêutico de familiares/cuidadores de crianças internadas na atenção terciária por pneumonia, nenhum trabalho foi encontrado. O que nos remete o desejo e a vontade de realizar uma pesquisa nessa área, bem como o fato de trabalhar numa instituição de atenção terciária que atende crianças com pneumonia.

Um estudo realizado sobre internações por condições sensíveis a atenção primária concluiu que para aplicar os resultados de avaliação das ICSAP's, faz-se necessário investigar

a relação entre essas internações e atenção primária à saúde. As hospitalizações por essas causas deveriam ser essencialmente eliminadas na presença de uma atenção primária à saúde de qualidade. Nessas situações, o papel da atenção primária à saúde é reduzir as internações por complicações agudas da doença, as readmissões e o tempo de permanência no hospital (REHEM; EGRY, 2011).

Durante o desenvolvimento das minhas atividades profissionais, trabalhando no setor responsável pelo atendimento de crianças com doenças do aparelho respiratório e cardiológico, e percebendo o número de crianças internadas por pneumonia, tendo muitas vezes que realizar um procedimento cirúrgico para auxiliar no tratamento dessas crianças, surgiu o interesse de conhecer um pouco mais sobre a realidade vivenciada por essas mães e crianças internadas por pneumonia, bem como identificar as redes envolvidas nessa construção de cuidado.

Procuraremos ainda contribuir com os resultados desse trabalho subsidiando no processo de tomada de decisão das famílias no cuidado realizado na busca pela saúde de seus filhos e tentar contribuir de alguma forma na melhoria do desenvolvimento das ações no ambiente de trabalho. Temos conhecimento de que existem políticas implantadas no intuito de melhorar e aperfeiçoar a atenção prestada às crianças, porém procuramos identificar as boas práticas, as falhas e entraves construídas nesse percurso, é preciso seguir em busca de atenção qualificada para discutirmos as estratégias adotadas para melhorar essa temática de cuidados às crianças.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 GERAL**

Compreender o itinerário terapêutico de familiares/cuidadores de crianças internadas na atenção terciária por pneumonia.

### **2.2 ESPECÍFICOS**

- Descrever o caminho percorrido em busca do tratamento da doença;
- Mapear as redes assistências formais ou de apoio social;
- Identificar as potencialidades e fragilidades encontradas pelo familiar e/ou cuidador na procura por atendimento à saúde.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DAS MÃES DE CRIANÇAS COM PNEUMONIA E SUA RELAÇÃO COM O CUIDADO

O interesse de conhecer como e em qual situação as pessoas acometidas por uma doença buscam auxílio para sanar suas necessidades em saúde, estão presentes em estudos que falam sobre planejamento, organização e avaliação de serviços assistenciais de saúde (SILVA, et al, 1995), (TRAVASSOS, 2002). Nesses estudos, observamos o objetivo de melhorar nas ações que envolvam às escolhas mais acertadas para a garantia de acesso aos usuários nos momentos necessários e que isso possa acontecer de forma contínua, promovendo o vínculo com a estratégia de saúde da família e facilitando o tratamento dessa pessoa.

As primeiras definições sobre “busca de atenção” ou “comportamento do enfermo” (ILLNESS BEHAVIOR), termo criado por Mechanic & Volkart em 1960 e, em primeira análise, levavam em consideração que as escolhas do tratamento seria determinada por uma lógica de consumo, recaindo sobre aquele que apresentasse a melhor relação custo-benefício para o paciente. Esse modelo sofreu várias críticas por possuir características utilitaristas, e as teorias que envolvem a busca por cuidado foram modificadas ao passar dos anos por conta do reconhecimento de que as ações dos indivíduos na busca de cuidado estavam sendo interpretadas somente do ponto de vista de suas demandas por serviços do sistema de saúde e na crença no modelo biomédico (MARTINEZ, 2006). A inclusão de outros aspectos tais como: culturais, cognitivos e sociais, na interpretação do comportamento sobre procura de serviços e a influência dos estudos sobre redes sociais (UCHOA; VIDAL, 1994) geram novas possibilidades na interpretação busca pela saúde.

Entendemos o itinerário terapêutico como um importante instrumento para compreender as demandas em saúde das pessoas, podendo ser entendido como a busca de cuidados terapêuticos pelos indivíduos (GERHARDT TE, 2006).

Nessa perspectiva de identificar o que os indivíduos pensam sobre o cuidado a saúde, suas ações diante da doença, e tudo que envolve o estar doente, Kleinman (1978) elaborou um modelo conceitual denominado sistema de cuidado a saúde.

Esse sistema de cuidado a Saúde elaborado por Kleinman (1978) envolve três áreas/sistemas: cultural, social e biomédico. Dessa forma o itinerário terapêutico envolve

todas as ações e fatos acontecidos durante o período da doença, construindo uma determinada trajetória (KLEINMAN A, 1978).

Kleinman (1978) vai enaltecer a importância dos três sistemas, que não vale a pena separá-los, ou seja, que eles estão interligados. Na maioria dos sistemas, são identificados três setores sociais: o profissional, o folclórico e o popular. Afirma que dentro do setor popular, que envolve a família e a comunidade, 70% a 90% dos doentes gerenciam seus problemas nesse contexto. A doença encontra solução na área familiar e da comunidade. O sistema cultural é muito importante também, pois determina o desfecho da doença dependendo do local onde o sujeito resida.

Segundo Guitierrez & Minayo, (2010), que ao refletirem sobre o entendimento do que envolve cuidados em saúde e em que contextos esses cuidados se constituem, poderemos identificar a existência de uma rede oficial de serviços, composta pelos profissionais de saúde e todo o aparato envolvido nessa oferta de serviços; e outra composta pelos familiares, amigos, além de todas as relações sociais constituídas pelo indivíduo, que vão influenciar nas decisões tomadas, e tudo que envolva o cuidado em saúde vivenciado por esse sujeito.

Na concepção de Trad (2014), a investigação sobre o itinerário terapêutico deve trazer discussões sobre questões relacionadas às dimensões sociais, econômicas entre outras constituintes do contexto, aspectos relacionados ao sistema de saúde. Nessa perspectiva, é importante o desenvolvimento de trabalhos que falem sobre itinerários terapêuticos, pois poderão contribuir para uma exploração sobre os caminhos percorridos pelo doente, como essa rede se constituiu, e que ações foram geradas nesse percurso.

Ainda sobre a importância do itinerário terapêutico Gerhardt (2006), ressalta que o itinerário desvela não somente as mais variadas escolhas e fatos ocorridos pelo indivíduo, mas demonstra todos os fatos ocorridos e situações vivenciadas pelo doente em busca de tratamento, explorando seu universo existencial e suas redes de relações, valorizando a pessoa. A subjetividade do indivíduo é importante nesse processo de cuidado, segundo a autora, o indivíduo é o principal responsável pelos processos da sua vida, porém deve levar em consideração as demais relações nesse contexto, ou seja, tudo que envolve o adoecimento.

Nesse processo de adoecimento se constitui uma rede de relações e de serviços que necessitam serem melhor estudadas e identificadas. Apropriando-nos do conceito de redes, temos que se constitui pelas pessoas com quem interagimos de forma legal e com continuidade, com quem trocamos informações e que nos faz sermos seres reais nesse processo de adoecimento (SLUZKI, 1997).

O conhecimento sobre as redes estabelecidas, bem como o esforço do sujeito em busca de tratamento é importantíssimo para o conhecimento do itinerário terapêutico desse sujeito. A identificação da rede constituída nesse percurso é importante e normalmente é estabelecida entre os familiares, vizinhos e conhecidos, os profissionais de saúde, curandeiros, farmacêuticos e/ou donos de farmácia, entre outros, e todas as forças envolvidas nesse percurso. A tomada de decisão, a ajuda, as ações, enfim, todas as relações constituídas nesse processo são importantes (GERHARDT, 2006).

Por fim, é nesse cotidiano que o itinerário constituído pelo indivíduo ou família toma corpo e se transforma num leque de escolhas e fatos acontecidos e contextos de cuidados estabelecidos. O mapeamento da rede social acaba por sinalizar como enfrentar as dificuldades em saúde, as relações de cuidado, a existência de sensibilização entre os sujeitos, entendendo que o momento de adoecimento envolve sentimentos, limitações, fragilidades, e desvela as relações entre amigos e familiares, além das profissionais. (ANDRADE; VAITSMAN, 2002).

### 3.2 ITINERÁRIO TERAPÊUTICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

No intuito de aprofundar no conhecimento da temática itinerário terapêutico elaboramos uma revisão integrativa sobre o assunto e nos debruçamos nas bases de dados disponíveis pela internet para a construção dessa revisão.

Utilizando como descritor: Itinerário Terapêutico, conseguimos identificar na base de dados Medline e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) a existência de 41 artigos relacionados com essa temática.

Na primeira busca e de acordo com o descritor citado acima encontramos 91 artigos. Em seguida, identificamos quais os artigos que no título trouxessem sobre itinerário terapêutico ou no resumo fosse verificada a existência de uma descrição do caminho percorrido pelo doente em busca de saúde. Dos artigos encontrados, 41 artigos foram selecionados para a leitura e síntese. Dessa forma, procedeu-se a leitura completa dos 41 artigos.

É importante destacar que alguns artigos se repetiram nas bases citadas anteriormente. A tabela abaixo descreve os artigos encontrados por descritor.

**Tabela 1 – Artigos encontrados em bases de dados através do descritor “itinerário terapêutico”**

<b>BASE DE DADOS</b>	<b>Nº DE ARTIGOS</b>
Medline	4
Scielo	0
Biblioteca Virtual em Saúde	86
<b>Total</b>	<b>91</b>

Fonte: Elaborado pela autora

Após a leitura exaustiva desses estudos, elegemos a seguinte pergunta como questão norteadora: As decisões tomadas pelo indivíduo contribuíram para a melhoria de sua saúde?

Com relação à escolha metodológica desses artigos, encontramos 4 (quatro) artigos que traziam em sua metodologia o estudo de caso como escolha para trabalhar o itinerário terapêutico de seu interesse.

Na avaliação sobre o rigor metodológico nos estudos incluídos utilizamos o *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP, 1993), esse instrumento possui dez questões que abordam os seguintes critérios: clareza na identificação dos objetivos da pesquisa, adequação da metodologia empregada, tipo de estudo, recrutamento dos participantes, coleta de dados, relação pesquisador e participante, aspectos éticos, análise dos dados, resultados e contribuições da pesquisa. Nessa etapa, não conseguimos excluir nenhum estudo, pois contemplavam no mínimo 90% dos critérios. Portanto, 41 artigos compuseram nossa amostra.

Para o registro e organização das informações dos estudos, elaboramos um instrumento contendo: título do artigo, revista publicada, ano e país de publicação, idioma, objetivos, delineamento metodológico, resultados, análise de dados, conclusão do trabalho.

Em relação ao delineamento da pesquisa, foram identificados: um estudo com abordagem quantitativa, dois com delineamento quali-quantitativo, os demais estudos valorizavam a abordagem qualitativa, envolvendo história oral, narrativas e interpretação hermenêutica. Os artigos apresentaram publicações recentes e foram publicados a partir do ano 2000 até o ano de 2015.

Os estudos foram publicados em idioma português, um estudo em espanhol e um em inglês, porém com versão em português. As revistas de saúde coletiva, enfermagem e psicologia foram as mais utilizadas para publicação. No que concerne à autoria das

publicações, enfermeiros foram os autores principais, seguido dos médicos e, em menor quantidade, os demais profissionais contribuiram nas reflexões sobre essa temática.

Por meio desta revisão, constatamos que em somente 20 estudos foi tratada a questão da melhoria da condição de saúde do sujeito. Os demais estudos se limitaram a descrever o itinerário terapêutico desses pacientes, caminhos percorridos, sem mencionar se suas decisões melhoraram ou não sua condição de saúde. Desses 20 estudos podemos identificar que o paciente busca melhorar sua condição de saúde, porém encontra muitos empecilhos dentre os quais podemos identificar: a falta de acesso ao serviço de saúde como maior empecilho, seguido do despreparo dos profissionais no atendimento, a falta de médico e de medicamentos, além de um artigo que descreve o itinerário de um travesti que se sente discriminado, e por isso, evita os serviços de saúde e procura tratamento em terreiros espirituais (SOUSA; SIONOLLI & COVIELO, 2014).

Percebemos a importância que ainda se atribui ao tratamento caseiro. Em muitos estudos podemos perceber que a primeira decisão a ser tomada foi a de tomar um chá em casa e só depois procurar o serviço de saúde. Preocupou-nos o fato do estudo sobre os travestis, demonstrando a fragilidade e falta de sensibilização dos profissionais e serviços de saúde com relação a essa clientela que tanto necessita de cuidados e atendimento especializado (SOUSA; SIONOLLI & COVIELO, 2014).

Ao caracterizar os estudos, percebemos que ainda persistem problemas como falta de médicos e de medicamentos, mesmo diante de tantas intervenções realizadas pelo Governo Federal nos últimos anos como: Mais Médicos, PROVAB, investimentos no aumento das equipes de Estratégias de Saúde da Família, na média e na alta complexidade também. Percebemos que ainda existem lacunas e que quanto mais se estudar sobre o assunto, mais se pode contribuir para melhoria dos serviços.

### 3.3 INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO: DE ITINERÁRIOS PARA PRODUÇÃO DE VIDA

A Integralidade pode ser entendida a partir de diversos ângulos não excludentes entre si, mas que destacam aspectos diversos da mesma questão. Em uma primeira aproximação, a Integralidade pode ser entendida como “atendimento integral” focando prioritariamente as atividades preventivas e de promoção à saúde, sem prejuízo dos serviços assistenciais. A Integralidade pode ser considerada como um dos atributos próprios da Atenção Primária, tal como propõe Starfield (2002).

A Integralidade pode ser tomada como a articulação entre promoção, prevenção, recuperação e restauração da saúde, que são postas para a realização do cuidado em saúde por meio de ações que se estruturam em um mesmo espaço, com a constituição de saberes e de ações que se interpenetram. Um outro ângulo de aproximação à Integralidade considera a rede de serviços em distintos níveis de complexidade e de competências, em que a integração entre as ações nos diversos níveis se realiza e satisfaz o conjunto de cuidados demandados por um indivíduo. Se no primeiro ângulo considerado, o da integração horizontal entre prevenção, promoção e recuperação, concorrem os saberes técnicos e as práticas dos diferentes profissionais que atuam diretamente no cuidado em saúde, ali cabe considerar a atuação decisiva dos gestores que organizam o conjunto dos serviços de saúde e que estabelecem articulações favorecedoras de uma Integralidade, entre os diferentes níveis de complexidade e competência de uma rede de serviços de saúde.

No âmbito da prática profissional, Pinheiro & Mattos (2003) apontam a Integralidade como valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.

Segundo Costa (2004), os serviços devem ser organizados no intuito de realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população e a integralidade pressupõe uma organização do processo de trabalho de forma a buscar uma continua ampliação do horizonte de percepção das necessidades de saúde de uma referida população para além daquilo que é expresso nas demandas ao serviço de saúde. Dessa forma, a integralidade pressupõe o conceito de cuidado de saúde que considera a relação entre os sujeitos, em que o profissional reconhece o outro como alguém diferente de si e com necessidade que não se reduzem ao conhecimento instrumentalizado do profissional de saúde. O reconhecimento do outro como sujeito da atenção e do cuidado a saúde, os valores como o da solidariedade se configuram como um grande desafio na busca por integralidade na assistência.

Mattos (2009) defende uma integralidade em seus diversos sentidos, ampliando a visão sobre o que seria integralidade. Sugere uma boa medicina, ou melhor, a prática de uma boa medicina, em que o paciente não deve ser reduzido a uma visão anatomo-patológica, em que se ver somente o órgão doente, mas sim uma visão integral sobre o paciente. Importa destacar nesse momento a tentativa de afastamento da saúde coletiva da medicina, através do enaltecimento das especialidades e dos atributos da boa prática da medicina, contexto no qual emergiu o primeiro conceito sobre integralidade.

Um segundo sentido da integralidade seria sobre a organização dos serviços de saúde, deixando-se de lado a organização verticalizada para forjar-se uma concepção horizontalizada dos serviços que deve ser programada de modo a responder mais adequadamente às necessidades de saúde dessa população, apreendidas epidemiologicamente.

As políticas especiais se configuram como um terceiro sentido da integralidade. Essas políticas são desenhadas no intuito de atender a certas demandas de saúde de um grupo populacional. Trata-se de uma resposta governamental a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos. Integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa a uma objetivação dos sentidos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.

O autor finaliza afirmando não serem esses os únicos sentidos da integralidade. Subjacente a todos os sentidos da integralidade aqui explorados esteja um princípio de direito: o direito universal ao atendimento das necessidades de saúde.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

A abordagem foi qualitativa exploratória, que segundo Gil (2008), por proporcionar maior familiaridade com o problema em estudo. Pode envolver levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas experientes no problema pesquisado.

Como qualquer pesquisa, ela depende também de uma pesquisa bibliográfica, pois mesmo que existam poucas referências sobre o assunto pesquisado, nenhuma pesquisa hoje começa totalmente do zero. Haverá sempre alguma obra, ou entrevista com pessoas que tiveram experiências práticas com problemas semelhantes ou análise de exemplos análogos que podem estimular a compreensão.

### 4.2 CAMINHOS INVESTIGATIVOS

Com o intuito de captar as experiências dos sujeitos utilizamos o trabalho de campo. Segundo Flick (2009, p. 114) entrar no campo inclui mais do que apenas estar lá. Consiste no processo complexo de “situar-se e de estar situado no campo. Tem haver com assumir e com fixar em um papel no campo”, uma vez que a pesquisa qualitativa não se interessa simplesmente pela apresentação exterior dos grupos sociais. Ao contrário disso, o que se quer é envolver-se em um mundo ou cultura diferentes, e em primeiro lugar compreendê-la ao máximo possível dentro dele e de sua própria lógica.

Esta pesquisa adotou um hospital de atenção terciária em Fortaleza, Ceará. A escolha desse ambiente se deu por tratar-se de uma instituição de referência em atendimento a criança no estado do Ceará e pela necessidade de conhecer a trajetória dessas crianças até chegar à atenção terciária.

Nascido em 26 de novembro de 1952 com o nome de Hospital Infantil de Fortaleza (HIF). O Albert Sabin foi o primeiro hospital pediátrico no Ceará. A mudança do nome aconteceu em 1977, após a visita do médico e microbiologista Albert Bruce Sabin, criador da vacina contra a poliomielite. No início, o Hospital tinha capacidade de internar somente 20 crianças e oferecia apenas os serviços de pediatria, assistência materno-infantil e neurologia. Atualmente, o Albert Sabin é o único hospital infantil terciário do Estado, sendo referência no atendimento a crianças e adolescentes com doenças graves e de alta

complexidade e reconhecido como instituição de ensino e pesquisa. Possui emergência clínica, ambulatório com 28 especialidades médicas, unidades de terapia intensiva e neonatais de médio e alto risco, centro cirúrgico (cabeça e pescoço, pediatria geral, plástica, torácica, urológica, gastroenterologia, oncologia e neurocirurgia), laboratórios clínico e de imagem, além de um centro especializado em tratamento e serviço de diagnóstico do câncer. O Hospital dispõe de 306 leitos de internação, sendo 41 de Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), 14 serviços técnicos de diagnóstico e terapia. Por mês, em média, são realizados 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.(SESA, 2015)

#### 4.3 PARTICIPANTES ENVOLVIDOS NA PESQUISA

Os sujeitos do estudo foram familiares/cuidadores de crianças de 0 (zero) a 5 (cinco) anos internadas no referido hospital tendo como causa de internamento o diagnóstico de pneumonia no período de abril e maio de 2016. A escolha dessa faixa etária foi devido ser uma das mais acometida por condições sensíveis a atenção primária e por ocorrer o maior número de mortes nesse período de vida (ONU, 2015). Os estudos com a abordagem do itinerário não definem a quantidade de pessoas suficientes para torná-lo possível. Escolhemos esses meses por se tratar do período chuvoso no município de Fortaleza e poderíamos ter uma maior diversidade e quantidade de casos. A pesquisadora acompanhou durante esses meses as admissões ocorridas nesse período. Contamos com a participação de sete familiares/cuidadores de crianças internadas no período da pesquisa. O primeiro contato foi percebido como de maior complexidade, pois se tratava de momento para uma aproximação com pessoas em sofrimento com a saúde de seu filho. Após identificação no prontuário do diagnóstico de pneumonia, seguíamos com a aproximação da acompanhante procurando explicar os motivos da pesquisa e se ela aceitava participar do estudo. As que aceitaram participar do estudo foram entrevistadas no próprio hospital.

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Utilizamos a entrevista como técnica e um roteiro para auxiliar na coleta de dados com questões abertas que nortearam a nossa investigação (APÊNDICE B). Fizemos uso de

um gravador para auxiliar na coleta de dados. As questões envolveram perguntas que tentaram traduzir a realidade vivida pelas cuidadoras e suas crianças doentes.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

O tratamento do material empírico foi orientado pela análise de conteúdo temática das entrevistas (MINAYO, 2008). Enfatiza Minayo (1999) que entre as possibilidades de categorização no campo da saúde a mais utilizada é a análise de conteúdo temática, consistindo em isolar temas de um texto e extrair as partes utilizáveis, de acordo com o tema pesquisado, para permitir comparação com outros textos escolhidos da mesma maneira.

A unidade temática consiste em descobrir núcleos de sentido, que conformam à comunicação advinda do material empírico, recortada pelo sentido do texto e não da forma, dando significado às dimensões analítico propostas para o estudo.

Neste primeiro momento da ordenação foi feita a organização do material complementar à leitura inicial do conteúdo para se ter as primeiras orientações e impressões em relação às mensagens representadas nos discursos. Nesse sentido, a análise de conteúdo reflexiva e crítica foram feitas através das etapas básicas estabelecidas por Minayo (1999) e retraduzidas por Assis e Jorge (2007): ordenação, classificação e análise final dos dados.

Na ordenação dos dados, faz-se um mapeamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, nesse momento todas as informações colhidas através da pergunta norteadora, da gravação e por meio da observação foram consideradas.

Na etapa de classificação dos dados devemos levar em consideração que o dado não existe por si só. Ele é construído a partir de um questionamento que fazemos sobre ele com base numa fundamentação teórica. Durante a leitura identificamos aquilo que é relevante e elaboramos as categorias específicas.

Finalmente na análise dos dados procuramos estabelecer relação entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa e respondendo aos questionamentos e aos objetivos da pesquisa, tentando promover relação com a práxis.

#### 4.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital em estudo – Hospital Infantil Albert Sabin e o da Universidade Estadual do Ceará. Após aprovação,

parecer 1500347, conforme ANEXO A, a pesquisa foi iniciada. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) foi apresentado aos participantes antes do início da coleta de dados ocasião na qual foi explicitado como ocorreria o estudo juntamente com os seus objetivos, obedecendo aos princípios éticos dispostos na Resolução nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas foram realizadas no hospital com os familiares das crianças internadas. Inicialmente seguimos a um roteiro de perguntas onde caracterizamos os familiares e/ou cuidadores.

A investigação contou com a participação de sete familiares que aceitaram participar da pesquisa sem nenhuma resistência. Segue abaixo caracterização das crianças:

P1 - Família composta por três irmãos pequenos e a mãe está grávida, já a criança possui quatro anos e fica em casa com os pais na maior parte do tempo, além de frequentar uma creche pela manhã.

P2 - Família composta por três irmãos, e a criança mora com os pais, possui um ano e seis meses e fica em casa com os pais.

P3 - Família composta por três membros, e a criança possui quatro anos, frequenta a creche pela manhã, mora com os pais.

P4 - Família composta por três membros, e a criança possui três anos, é especial (Síndrome de Down), frequenta a creche pela manhã e participa de eventos para auxiliar no cuidado da síndrome, mora com os pais.

P5 - Família composta pela mãe somente e mais um irmão, a criança possui dois anos, fica em casa com a mãe.

P6 - Família composta pela mãe e a avó, a criança possui dois anos e fica em casa a maior parte do tempo com a família

P7 - Família composta pelo pai e a mãe, já a criança possui seis meses, mora com os pais e fica em casa.

A seguir, elaboramos uma tabela com a caracterização das famílias que participaram da entrevista, que estavam acompanhando a criança no hospital. Nesta descrevemos a quantidade de membros da família, e algumas características do membro que assume a função de cuidador.

**Quadro 1- Caracterização dos participantes com crianças internadas com pneumonia**

(continua)

CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS								
Família	Nº de membros	Cidade	Idade do Cuidador	Religião	Estado civil	Ocupação	Escolaridade	Renda
P1	04	Morada Nova	25 anos	Católica	Casada	Dona de casa	7ª série	- de 1 salários
P2	05	Itapipoca	30 anos	Católica	Junta	Dona de casa	8ª série	Bolsa família

**Quadro 1- Caracterização dos participantes com crianças internadas com pneumonia**  
(conclusão)

CARACTERIZAÇÃO DAS FAMÍLIAS								
Família	Nº de membros	Cidade	Idade do Cuidador	Religião	Estado civil	Ocupação	Escolaridade	Renda
P3	03	São Gonçalo do Amarante	39 anos	Evangélico	Casado	Auxiliar de carpinteiro	5ª série	1 salário
P4	08	Fortaleza	44 anos	Católica	Junta	Dona de casa	3ª serie	1 salários
P5	03	Cascavel	24 anos	Católica	Solteira	Dona de casa	Ensino médio completo	2 salários
P6	03	Fortaleza	22 anos	Católica	Solteira	Dona de casa	Fundamental incompleto	Menos de 1 salário
P7	06	Fortaleza	24 anos	Católica	Junta	Dona de casa	Fundamental incompleto	Sem renda

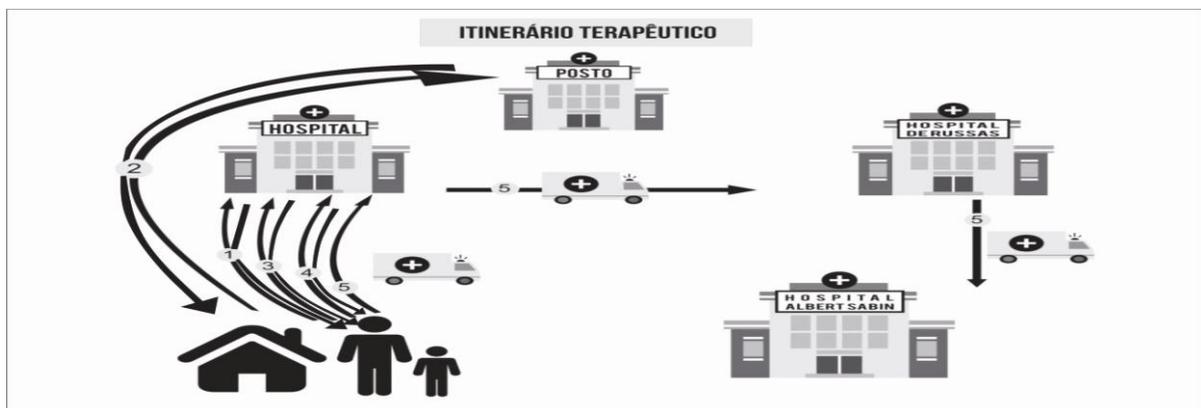
Fonte: Elaborado pela autora

A maioria das famílias entrevistadas era de Fortaleza, as demais provenientes do meio rural com distância que transitava entre 200 a 300 km da capital cearense. Algo que chama a atenção é se de fato essas pessoas foram atendidas pela rede de atenção primária local, em seu município, e como as redes de atenção social se encontram para cuidar dessas crianças? Outro aspecto importante diz respeito à formação educacional desses cuidadores/familiares, onde apenas um tinha o ensino médio completo, as demais todas transitavam pelo ensino fundamental. Fortalecendo a ideia de que há uma relação com os níveis de formação, renda familiar e esse tipo de adoecimento nas famílias (ONU, 2015).

As entrevistas com questões abertas nortearam o nosso trabalho e revelaram os seguintes itinerários até chegar ao Hospital Infantil Albert Sabin.

Participante 1, 25 anos, sexo feminino, proveniente de Morada Nova, estudou até a 7ª série, casada, 4 filhos, grávida, profissão dona de casa.

**Figura 1 – Itinerário Terapêutico P1**

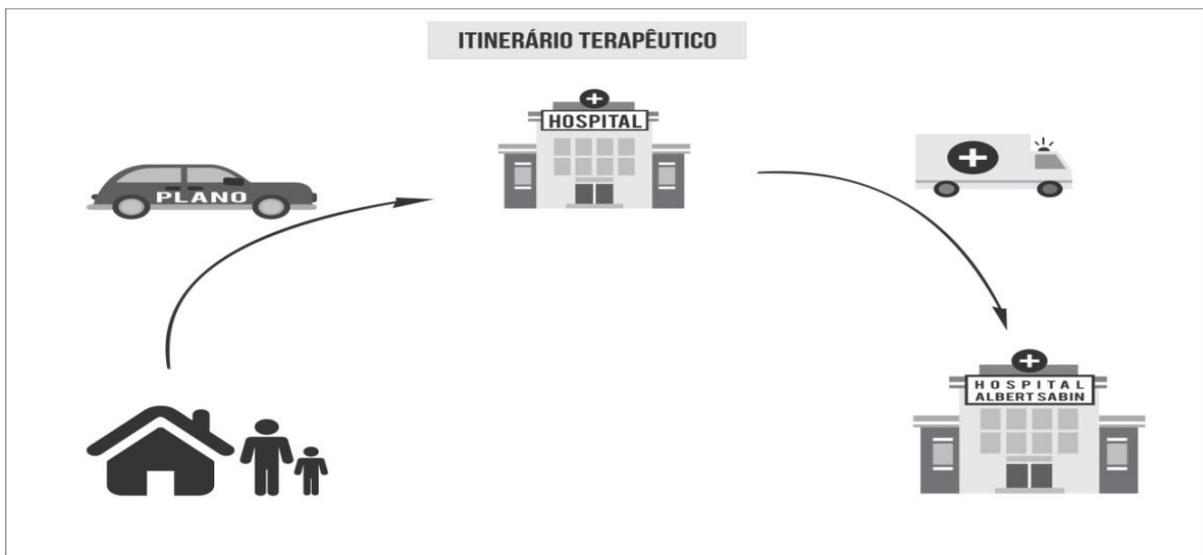


Fonte: Elaborado pela autora

A criança começou sentindo febre, dor no peito e dor na barriga. Com a febre levou ao hospital de morada nova. Conseguiu ser atendida e passaram medicação para febre e mandaram para casa. Na segunda, procurou o posto de saúde da sua localidade e foi prescrito medicação para febre e antibiótico. Porém a criança não melhorava. No dia seguinte por duas vezes seguidas foi ao hospital em morada nova porque a criança estava com febre e era prescrito medicação para febre e mandavam para casa. Na quinta vez que procurou o hospital foi que decidiram internar a criança. No dia seguinte foi realizado um raio X e foi diagnosticada com pneumonia. Após dois dias de internamento foi transferida para o hospital de Russas, contudo o quadro não melhorava e foi encaminhada para Fortaleza para o Albert Sabin.

Participante 2, 30 anos, sexo feminino, proveniente de Itapipoca, estudou até a 8<sup>a</sup> serie, amaciada, possui 4 filhos, profissão dona de casa.

**Figura 2 – Itinerário Terapêutico P2**

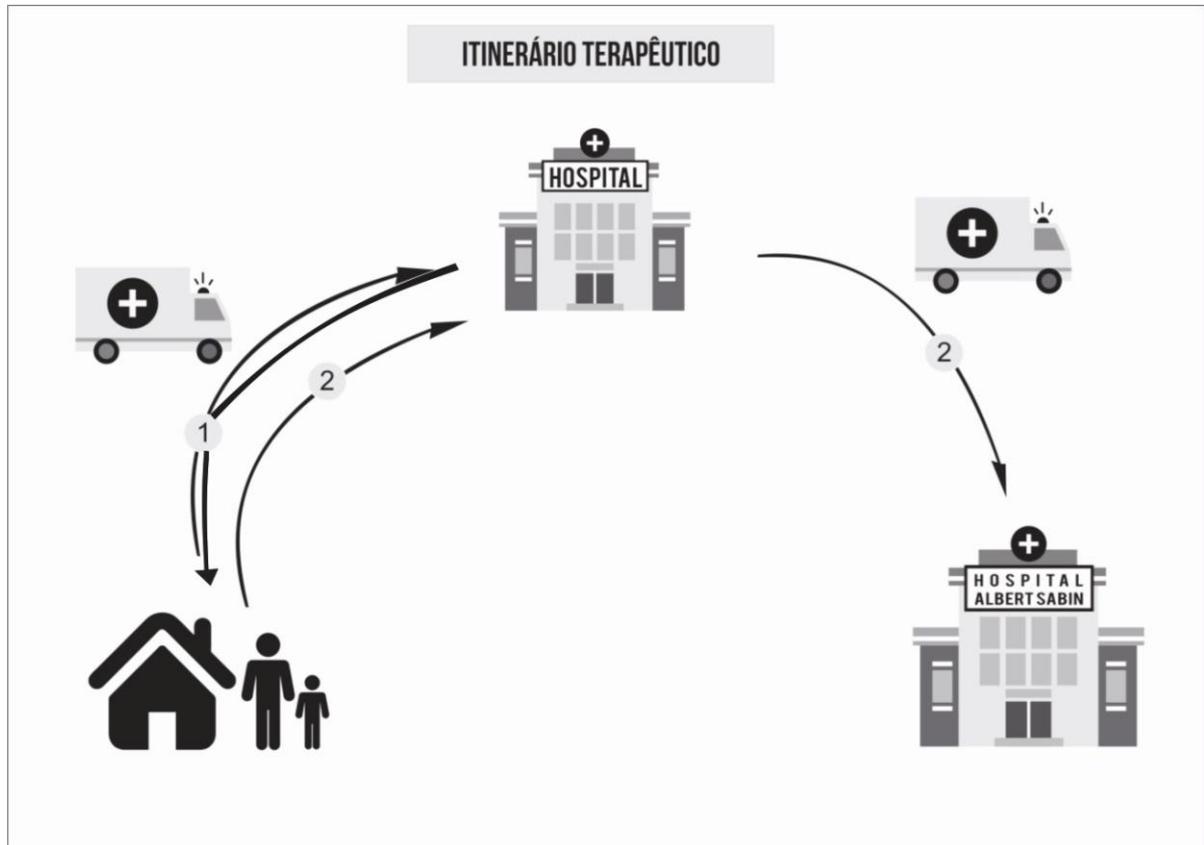


Fonte: Elaborado pela autora

A criança começou a ficar cansada, com febre, sentia dor, não estava apresentando diurese e evacuações. Foi levada ao hospital de Itapipoca e foi diagnosticada com pneumonia. Para realizar o trajeto até o hospital utilizou um carro de um plano pago pela comunidade para ser utilizado em situações como essa. A criança passou uma semana internada sem melhora do quadro, quando foi decidido sua transferência para Fortaleza.

Participante 3, sexo masculino, proveniente de São Gonçalo do Amarante, estudou até a 5ª série, casado, possui uma filha, profissão auxiliar de carpinteiro.

**Figura 3 – Itinerário Terapêutico P3**

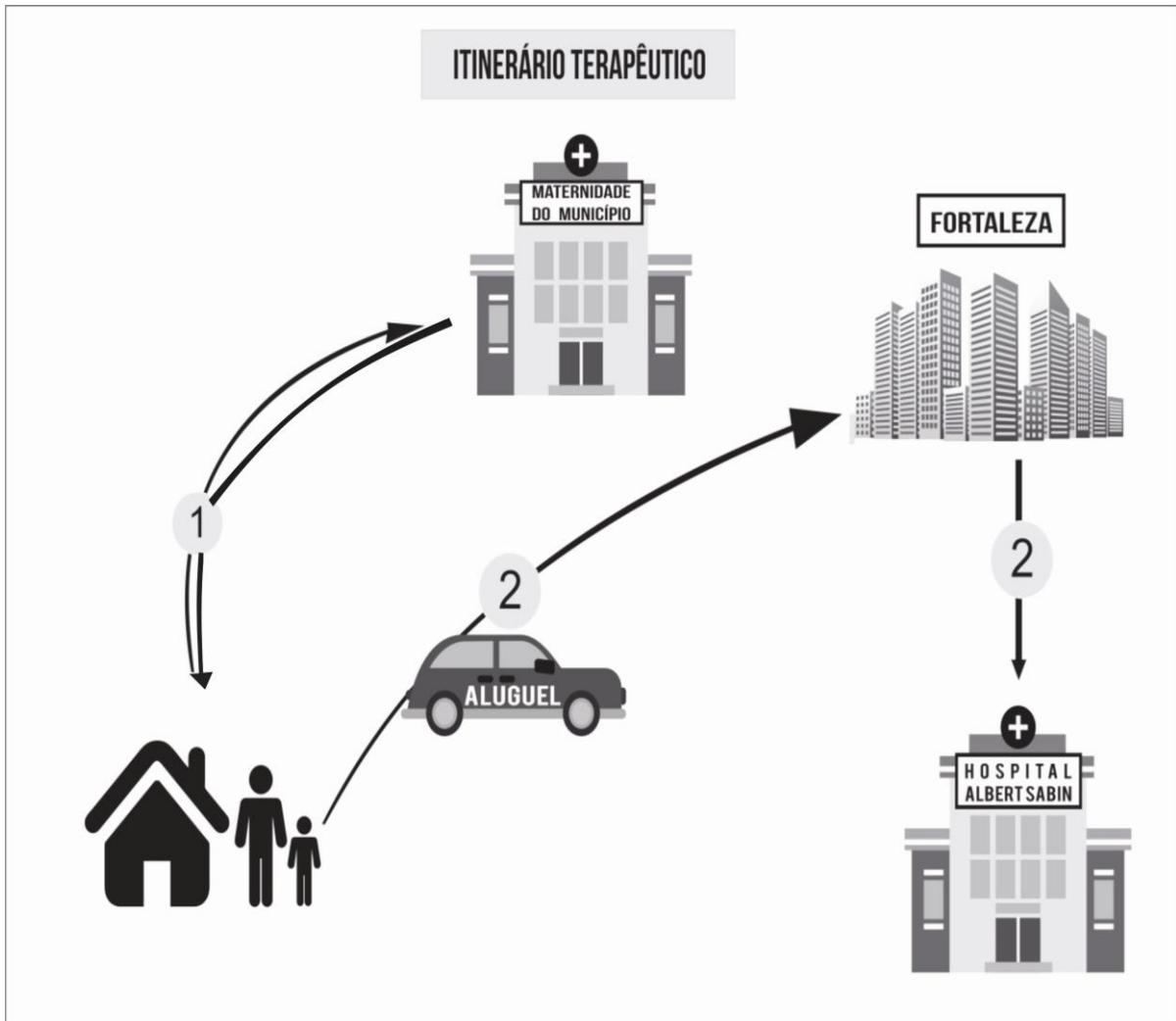


Fonte: Elaborado pela autora

A criança começou com uma “gripezinha” não muito forte, levamos ao médico no hospital de São Gonçalo do Amarante foi avaliado e prescrito os remédios para utilizar em casa. Com três dias não fazia efeito, apresentava piora do quadro, dor no peito, chorava com a dor. Retornaram ao hospital onde foi realizado um raio X e perceberam que se tratava de uma pneumonia e em seguida encaminharam para o Albert Sabin em Fortaleza .

Participante 4, 44 anos, sexo feminino, em união estável, residente em Fortaleza, estudou até a 3ª série, possui um filho, profissão dona de casa.

**Figura 4 – Itinerário Terapêutico P4**

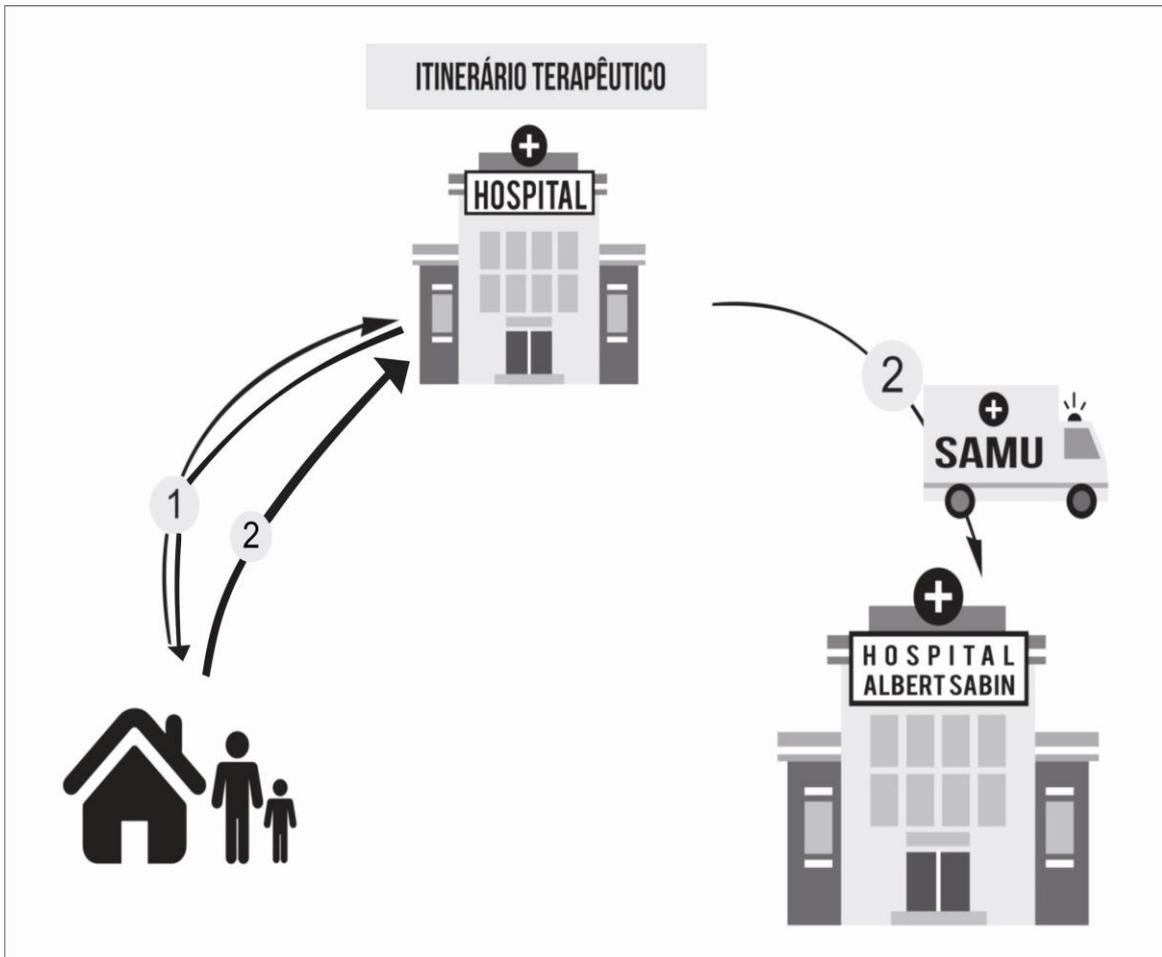


Fonte: Elaborado pela autora

Após um passeio com familiares no interior a criança passou a apresentar episódios de febre. Procuraram a maternidade do município de Quixada, onde ficou sete dias internado, tendo febre alta todo dia. Os familiares solicitaram a transferência da criança, porém não foi concedida e eles retiraram a criança do hospital e procuraram atendimento no município de Fortaleza no Albert Sabin. Alugaram um carro para realizar o transporte para Fortaleza.

Participante 5, 24 anos, sexo feminino, solteira, residente em Cascavel e depois mudaram-se para Fortaleza por conta da doença da criança, estudou o ensino médio completo, possui um filho, profissão dona de casa.

**Figura 5 – Itinerário Terapêutico P5**

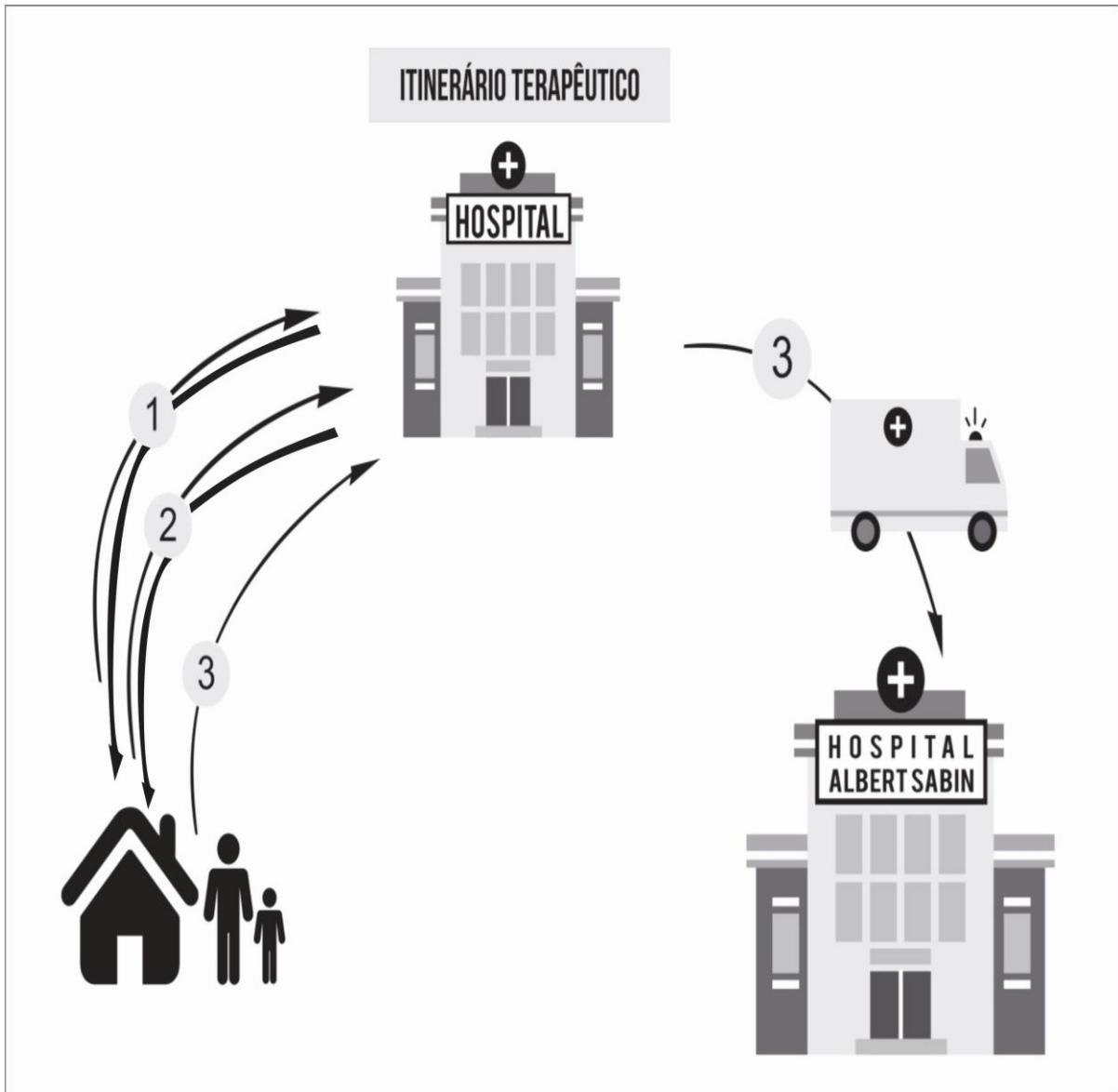


Fonte: Elaborado pela autora

A criança apresentou febre no período noturno e pela manhã foi ao hospital. Foi prescrito medicação para febre e em seguida retornaram para casa. No mesmo dia à noite a criança voltou a ter febre. Ao amanhecer o dia procuramos novamente o hospital de Cascavel (com a doença da criança se mudaram para Fortaleza), foi avaliada e realizou exames com consequente internamento. Após dois dias de internamento foi transferida para o Albert Sabin em Fortaleza.

Participante 6, 22 anos, sexo feminino, solteira, residente em Fortaleza, estudou até a 3ª série, possui um filho, profissão dona de casa.

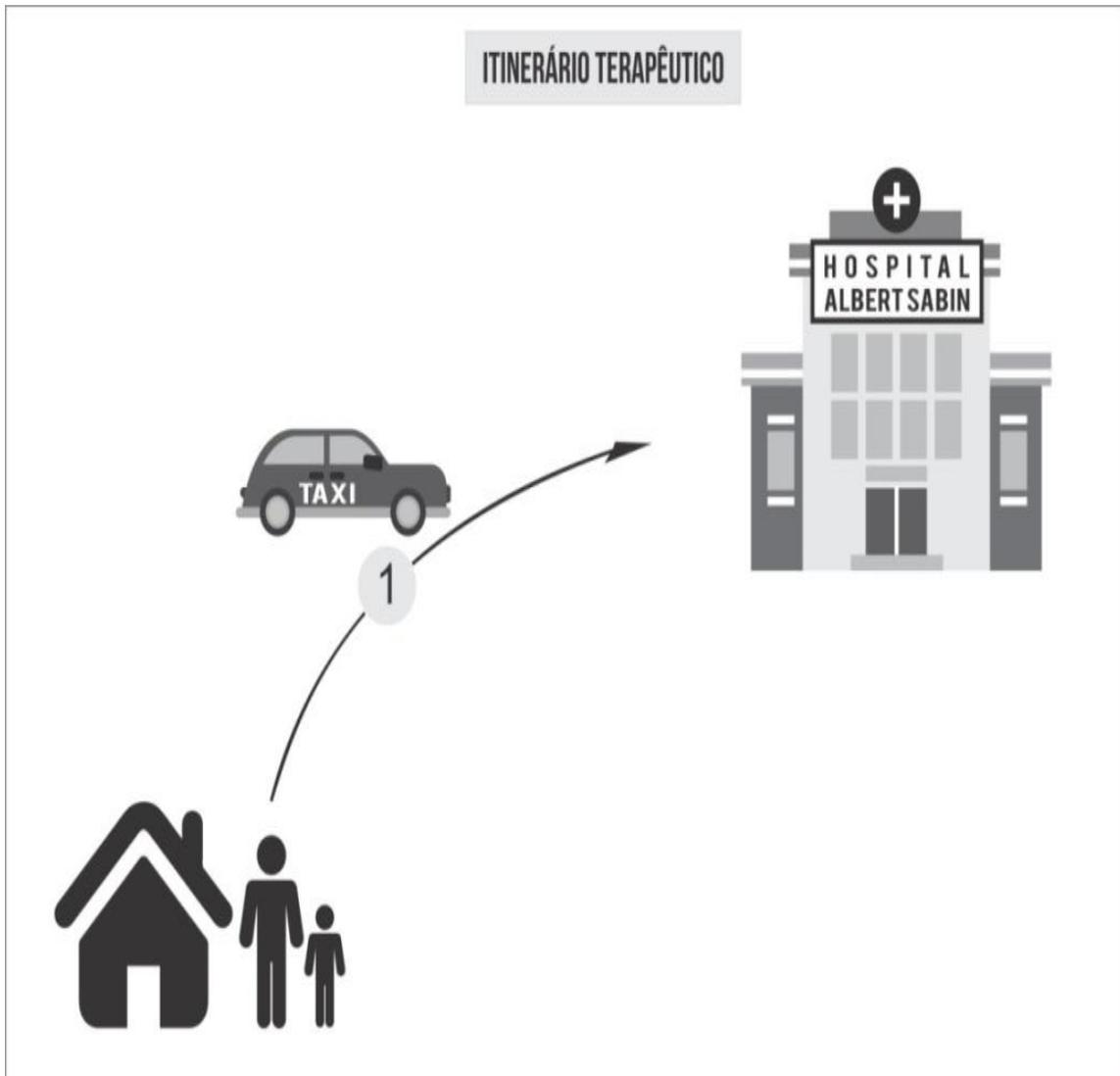
**Figura 6 – Itinerário Terapêutico P6**



Fonte: Elaborado pela autora

A criança começou a sentir febre e “cansaço”. Levaram ao hospital e foi prescrito medicação. Não conseguiu receber a medicação prescrita no posto. No dia seguinte retornou ao hospital, foi avaliado e encaminhado para casa. Alguns dias depois procurou o hospital novamente por não melhorar dos sintomas. Permaneceu 13 dias internado (Hospital do Pirambu) e finalmente os familiares conseguiram transferência para o Albert Sabin.

Participante 7, 24 anos, sexo feminino, em união estável, residente em Fortaleza, estudou até a 6ª série, possui dois filhos, profissão dona de casa.

**Figura 7 – Itinerário Terapêutico P7**

Fonte: Elaborado pela autora

A criança tinha problema respiratório desde o nascimento. A mãe recebeu orientação da médica de que caso a criança apresentasse cansaço e febre procurasse o Albert Sabin. Nos primeiros sintomas a mãe procurou o hospital e a criança ficou internada por pneumonia.

Do estudo emergiram as categorias que passaremos a discutir, logo abaixo, trazendo a tona o movimento importante que é percorrido nos territórios em busca de cuidado. Elencamos núcleos de sentidos e categorias para descrever melhor esses achados.

**Tabela 2 – categorias e núcleos de sentidos elencados no estudo**

<b>CATEGORIA</b>	<b>NÚCLEO DE SENTIDO</b>
<b>ACESSO DE CRIANÇAS COM PNEUMONIA AO TRATAMENTO</b>	Acesso / Referência e Contra referência / Peregrinação
<b>POTENCIALIDADES NO SERVIÇO DE TRATAMENTO OFERECIDO A CRIANÇAS COM PNEUMONIA</b>	Resolubilidade / Qualidade no atendimento
<b>SUPORTES FORMAIS E INFORMAIS NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM PNEUMONIA</b>	Suporte Familiar / Suporte técnico científico

Fonte: Elaborado pela autora

## 5.1 ACESSO DE CRIANÇAS COM PNEUMONIA AO TRATAMENTO

A política de saúde em curso atualmente denomina-se de Sistema Único de Saúde (SUS), criado sobre as diretrizes da universalidade, equidade e da integralidade, utilizando-se da descentralização política administrativa e direção única em cada esfera de governo (BRASIL, 1990). O SUS está apoiado nas bases da Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988), a qual define a saúde como um direito de todos e dever do estado, fortalecendo uma ideia igualitária e com forte participação do setor público, em que os serviços de saúde sejam distribuídos segundo o perfil de necessidades de cada grupo populacional.

### 5.1.1 Acesso

Em algumas falas dos entrevistados percebemos que a questão do acesso está presente. Alguns apresentam dificuldades para chegar ao serviço, outros conseguiram chegar logo, e ainda, outros conseguiram chegar ao serviço e conseguir atendimento, mesmo que com algumas deficiências. Abaixo algumas falas vão identificar o que descrevemos:

É um perto longe, perto da localidade da gente. (P1)

Sempre ia na ambulância, quando num tava no prego vinha. (P2)

Não é muito perto não (P3)

... ai levei no hospital (P4)

Há, sem dúvida, uma dificuldade para chegar e além do deslocamento uma dificuldade de ser atendido. Por isso, a expressão “ai levei no hospital” (P4) surge como perspectiva de chegar a algum local. As cuidadoras sempre com frases curtas, aflitas, ressoavam a dimensão do acesso.

Através da leitura de várias obras, percebe-se que o conceito de acesso é amplo, muitas vezes empregado de forma imprecisa e pouco clara no que se refere à utilização dos serviços de saúde. Alguns autores abordam diferentes questões como eixo central, variando entre as características dos indivíduos, características da oferta e a relação estabelecida entre os sujeitos e os serviços de saúde (TRAVASSOS & MARTINS, 2004).

A terminologia é bem variada. Alguns autores se utilizam do termo acessibilidade, tendo como significado o caráter ou qualidade do que é acessível, enquanto outros preferem o substantivo acesso, significando o ato de ingressar, entrada, ingresso, possibilidade de chegar a, aproximação, chegada, possibilidade de alcançar algo (HOUAISS & VILLAR, 2001).

Para Azevedo e Costa (2010), a vivência do acesso dos indivíduos com os serviços de saúde mantém relação direta com a capacidade do sistema em corresponder as suas expectativas e necessidades, garantindo-lhe o direito humano e social da saúde, no âmbito das políticas públicas.

Sanchez e Ciconelli (2012) afirmam que o acesso aos serviços de saúde traduz-se como um bom preditor da equidade do sistema, mesmo possuindo limitações ao apresentar conceitos diferentes que são definidos de forma complexa, modificando-se com o passar do tempo.

Ainda relacionado com o acesso, entendendo a relação entre usuários e os serviços de saúde, Giovanella & Fleury (1995) percebem que para conhecer como o direito a saúde se apresenta, deve-se centrar com uma observação na relação do usuário com os serviços, reconhecendo-se que a categoria central para análise dessas inter-relações é o acesso.

O acesso aos serviços de saúde pode apresentar fatores de oferta que facilitam ou fazem obstrução à capacidade das pessoas se utilizarem dos serviços quando deles necessitam. A oferta de serviços e sua disposição geográfica, a disponibilidade e a qualidade de tecnologia e profissionais, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que exercem influência no acesso (TRAVASSOS; OLIVEIRA & VIACAVA, 2006).

O Ministério da Saúde propõe ação integral à saúde da criança, valorizando vários aspectos que incluem a promoção e a recuperação da saúde, além da prevenção de doença, em busca de consolidar práticas efetivas que diminuam as hospitalizações (BRASIL, 2005). O

seguimento da saúde infantil é um processo complexo e amplo. Nessa perspectiva, em 1996, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), juntamente com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) elaborou a estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Esse instrumento teve como objetivo a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos; a diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e distúrbios nutricionais, bem como a garantia da adequada qualidade da atenção a saúde aos menores de 5 anos (CUNHA, 2006).

Através da realização de ações estratégicas vários estudos têm sido realizados para identificar os fatores de risco associados à internação hospitalar de crianças do grupo etário de 0 (zero) a 5 (cinco) anos com vistas a permitir uma soma de ações capazes de reduzir esse evento que pode ser considerado traumático para a criança e sua família (CAETANO et al, 2002).

A busca pelos serviços ofertados na Atenção Primária a Saúde (APS) pode ser capaz de evitar algumas hospitalizações, por meio do desenvolvimento de ações de prevenção, tratamento e controle de algumas doenças classificadas como Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP). Considerando essas condições como um dos indicadores genéricos de avaliação de desfechos da atenção primária em âmbito populacional, sendo utilizadas em alguns países como um indicador de avaliação do acesso e da qualidade de atenção (STARFIELD, 2008).

Corroborando com esse pensamento, Caldeira (2011), apresenta como principais causas de internação pediátrica doenças relacionadas às condições que poderiam ter sido evitadas pelo serviço de atenção primária, sendo prioritariamente as infecções respiratórias, como pneumonia e asma, seguidas das gastroenterites.

Para Alfradique (2009), elevadas taxas de hospitalizações por causas sensíveis a APS, têm relação com deficiências na cobertura dos serviços e/ou a baixa resolutividade da atenção primária para determinados problemas de saúde. Nedel (2008) defendeu que a APS, tendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como sua estratégia prioritária de orientação, é o principal modelo assistencial com vistas a melhoria dos indicadores de saúde, diminuir as lacunas de morbi-mortalidade e um consumo mais racional da tecnologia biomédica. Fernandes (2009) defende que o fortalecimento da APS é de extrema importância para organização dos serviços de saúde e sua permanente avaliação, tornando-se necessária para reorganizar o processo de trabalho.

Pensando na organização do SUS, Rehem & Egry (2011), referem que deve se apresentar de forma articulada e regionalizada, partem da inserção dos usuários na atenção primária, sendo esta o centro de fluxo da rede de serviços. No entanto, há locais em que a atenção primária não consegue ser resolutive e a demanda por internações hospitalares provavelmente incluirá uma proporção de casos com diagnóstico sensíveis à atenção primária.

Em um estudo desenvolvido sobre acessibilidade das crianças atendidas em prontos socorros, Kovasc (2005), apresenta outra visão partindo da análise da organização dos serviços de saúde de forma hierarquizada, considerando-a um eixo estruturante do funcionamento dos serviços. Em seus resultados, conclui-se que a procura pelos serviços ocorre inversamente ao proposto pelo modelo, não sendo a atenção básica a primeira opção de atendimento, mas sim os serviços de pronto atendimento, sendo que esse movimento acontece de forma espontânea. Concluíram que o principal motivo para não levar a criança doente ao serviço onde estava cadastrada, está na preferência dos responsáveis pelas unidades de maior densidade tecnológica, mesmo em situações de saúde que seriam completamente atendidas pelo serviço de APS.

### **5.1.2 Referência e Contra-referência**

O sistema de referência e contra referência pode ser entendida como uma estratégia para a integralidade da atenção em saúde. Os conceitos de referência e contra-referência em saúde, apesar de se constituírem como uma das bases da mudança almejada para o setor, ainda se encontram num estágio de pouco desenvolvimento, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos quanto no que se refere à efetivação e divulgação de experiências, exitosas ou não. Referência representa o maior grau de complexidade, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, os hospitais e as clínicas especializadas. Já a contra-referência diz respeito ao menor grau de complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples, ou seja, o indivíduo deve ser contra-referenciado, ou seja, conduzido a um atendimento em nível primário, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio (MAEDA, 2002).

Vim numa ambulância para cá acompanhada pela uma técnica de enfermagem e só saiu quando soube que ia ficar internada. Quando cheguei aqui foi rápido, fiz o rx rápido. (P1)

Bateram rx lá no interior e não deu nada. (P2)

Deram alta do meu filho sem ele tá bom. (P3)

Podemos perceber através das falas como os hospitais da rede local estão despreparados para atendimento de doenças consideradas de baixa complexidade, e acabam referenciando usuários do sistema único de saúde para hospitais de complexidade maior.

Entendemos que a busca por mecanismos facilitadores do estabelecimento de processos de referência e contra-referência pode ser considerada fundamental para a concretização do princípio da integralidade; mas é evidente também que as experiências para viabilizar este modelo técnico-assistencial ainda são muito isoladas e frágeis, não permitindo generalizações, mesmo ao nível de políticas públicas municipais.

### 5.1.3 Peregrinação

Através das falas percebemos que esse conceito esteve presente e foi bastante utilizado nos diversos locais onde os cuidadores/familiares passaram a procura de tratamento de saúde de suas crianças. Vejam as falas:

Lá eles simplesmente passaram dipirona e voltaram para trás, voltaram para casa (P1)

Ai foi mandado para cá. (P2)

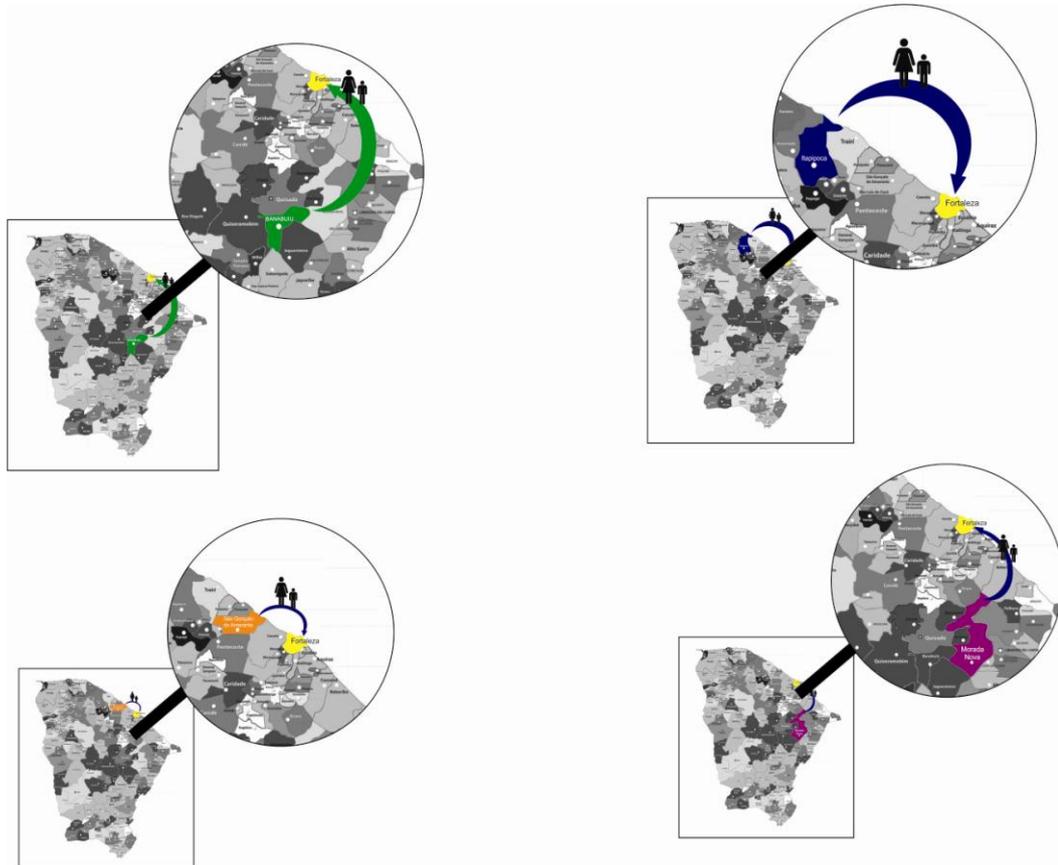
Eles bateram um rx ai perceberam que era pneumonia, ai encaminharam para cá né [...] (P3)

Podemos perceber o sofrimento das pessoas e as áreas representadas do nosso Estado através dos caminhos percorridos pelas famílias escutadas. Caminhos seguidos com dificuldades, e tantas idas e vindas foram necessárias para se obter êxito no tratamento de suas crianças.

O termo peregrinação possui dupla conotação. Pode estar relacionado a deslocamentos espaciais motivados pela devoção para santuário ou local sagrado (FERREIRA, 2012), tendo a *Via Crucis* como tipo de peregrinação mais amplamente conhecida pelos cristãos (BETTENCOURT, 1993). Bem como, o conceito ocidental de peregrinação que foi influenciado pela Odisseia de Homero (COLEMAN; ELSNER, 1995), dando-lhe o sentido de uma viagem cheia de dificuldades, onde existe muito sofrimento, tendo o desejo imenso de alcançar o ponto almejado. Em meio a essa busca marcada por

obstáculos, observamos que alguns autores já descreveram o caminho dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) pelo diagnóstico correto de suas condições clínicas (MELO, 2007).

**Figura 8 - Peregrinação dos usuários do SUS**



Fonte: Elaborado pela autora

O processo de regionalização é pensado exatamente nesse contexto de redução do tempo percorrido para resolução do problema apresentado. Todavia, na pesquisa o que se observa é ainda a fragilização desse movimento. Embora o paciente consiga ser atendido, mesmo com dificuldades, o caminho acaba sendo a capital do Estado. A regionalização visa organizar os serviços como forma de torná-los mais eficientes e eficazes, atingindo os objetivos do SUS de universalidade, integralidade, e equidade com maior qualidade e o menor custo financeiro. Bem como a criação das regiões de saúde a partir das características epidemiológica de determinada população (BRASIL, 2002).

## 5.2 POTENCIALIDADES E FRAGILIDADES NO SERVIÇO DE TRATAMENTO OFERECIDO À CRIANÇA COM PNEUMONIA

### 5.2.1 Resolubilidade

A resolubilidade pode traduzir-se em um indicador finalísticos do sistema de saúde oferecido aos seus usuários e pode subsidiar a elaboração do planejamento estratégico da assistência à saúde. Apresenta-se como um elemento direcionador do desenvolvimento de ações prioritárias, uma vez que não consiste apenas em uma ferramenta de avaliação, mas de ação, pois explicita as deficiências dos territórios sanitários e indica quais especialidades precisam ser fortalecidas para adequação da atenção às reais necessidades da população, o que contribui para a redução das desigualdades inter-regionais, uma vez sinaliza a necessidade de ações prioritárias em regiões sanitárias com assistência deficitária.

[...] ai nada de resolver. Quando cheguei aqui foi rápido, fiz o rx rápido. (P1)

[...] internaram ele passou uma semana e ele não melhorava, piorava cada dia mais lá. (P2)

[...] passou os remédios e voltamos para casa com três dias não fez efeito, tava cada vez pior, dor no peito chorava de dor. (P3)

Podemos perceber através das falas a ansiedade e angústia por parte dos familiares/cuidadores no atendimento e desenrolar das ações que envolviam o tratamento das crianças. Apesar de vários avanços na área da saúde e das tentativas de organizar os serviços de saúde, percebemos que a resolubilidade ficou comprometida em momentos descritos, sendo limitada a um atendimento deficiente por um ou outro motivo.

A situação diagnóstica é caracterizada por uma relação de ajuda, na qual o paciente necessita do profissional para a resolução de uma situação de crise. Esta situação é permeada por sentimentos tanto do profissional quanto do paciente/família. Em relação ao primeiro, existe a expectativa pelo estabelecimento de um novo contato, no qual ele deseja atuar de forma competente, útil, compreensiva, acolhedora e principalmente, tolerante ao sofrimento alheio (SALZBERGER-WITTENBERG, 1973).

O paciente e sua família têm a esperança de que o profissional seja o responsável pela redução do sofrimento e da angústia, assim como desejam ser acolhidos, amparados e não responsabilizados pela situação em que se encontram. O fomento aos movimentos que

tratam da discussão da humanização tem cada vez fortalecido a necessidade de discutir papéis e ações necessária para cuidar.

### 5.2.2 Qualidade do atendimento

A avaliação de serviços de saúde é uma área já consolidada em suas várias linhas de abordagens. A utilização de indicadores de avaliação econômica, tecnológica e de qualidade da atenção em saúde (acesso, utilização, cobertura, eficácia, satisfação do usuário, objetivos, estrutura, processo, resultados, entre outros) é hoje reconhecida e amplamente divulgada (DESLANDES, 1997). Vejamos falas expressivas pontuadas pelos familiares:

Nem em todos os cantos você é bem atendido. O último médico que passei antes de internar ela nem para ela olhou [...] (P1)

Tô sendo muito bem atendido. (P3)

O conceito de qualidade desenvolvido por Donabedian (1984) permitiu avançar no sentido de incorporar os não especialistas – no caso, os pacientes – na definição de parâmetros e na mensuração da qualidade dos serviços. Mas este não tem sido suficiente, por isso as práticas avaliativas incorporam cada vez mais a dimensão da escuta ao sujeito para quem se pensa a ação, assim como os sujeitos que pensam e a executam. A satisfação do paciente é de fundamental importância como medida de qualidade da atenção, porque proporciona informação sobre o êxito do provedor em alcançar os valores e expectativas do paciente, que são temas em que esses são as maiores autoridades (VAISTMAN; ANDRADE, 2005),

É inevitável não abordar esse assunto, pois as falas foram surgindo espontaneamente, sem o direcionamento de perguntas nesse sentido. Algumas falas revelam a satisfação com o atendimento recebido, já em outras não conseguimos perceber isso. A qualidade no atendimento envolve todos os procedimentos e rotinas realizadas nesse ambiente, ela acontece durante o banho, na troca de roupas, na arrumação da cama destes pacientes, no momento das refeições, durante o exame físico ou nos procedimentos invasivos realizados pelos profissionais de saúde. A execução desses procedimentos, se receberem a valorização devida, pode proporcionar momentos de cuidado seguro, fazendo uma enorme diferença para os pacientes (BRASIL, 2011).

### 5.3 SUPORTES FORMAIS E INFORMAIS NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM PNEUMONIA

Segundo Kleinman (1978), as pessoas procuram gerenciar seus problemas no âmbito familiar e comunitário em 70% a 90% dos casos. De acordo com as falas, identificamos que a maioria tentou tratar da doença em casa com medicações sem orientação médica.

Dei ibuprofeno, paracetamol por minha conta sem ajuda de ninguém. A gente lê a bula, tinha remédio em casa. (P1)

Dei remédio para febre (P2)

Tentamos, demos remédio caseiro (P3)

Dei um antitérmico (P4)

Ai eu dei só o paracetamol, ai amenizou a febre (P5)

Podemos perceber a existência do suporte informal de cuidado muito presente nas falas acima, o quanto as pessoas tentam resolver, prestando, muitas vezes, cuidados que não se adéquam à situação presente e atendendo aos apelos da medicalização.

A medicalização social é um fenômeno complexo, ela está associada a amplas transformações socioculturais, políticas e científicas relacionadas à incorporação de normas de conduta de origem biomédica na cultura geral (TESSER, 2006). O que implica um epistemicídio de saberes e práticas não-científicos, populares ou tradicionais.

Não podemos deixar de ressaltar a importância da família que se mostrou presente e apoiadora durante o percurso da doença. Constituindo numa fonte de suporte formal:

Deixei com o pai (P1)

Minha família ficou com os meus filhos (P2)

Minha esposa sempre ia p as consultas. Aqui no hospital eu fico, minha esposa trabalha e minha cunhada ajuda. (P3)

Uma fala nos chamou a atenção e resolvemos publicar para registrar a existência de uma certa preocupação por parte do familiar/cuidador na procura por uma orientação mais especializada, talvez por dificuldade de acesso aos serviços de saúde, e se tratar da única opção no momento e ser de grande valia no meio a tentativas de tratamento sem orientação adequada. Constituindo-se dessa forma, num suporte formal de base científica no auxílio do tratamento. Vejamos:

remédio comprado na farmácia com orientação do farmacêutico e não resolveu (P3)

Jamouille (2013), médico de família e comunidade belga, propôs o conceito de prevenção quaternária almejando sintetizar de forma operacional e na linguagem médica vários critérios e propostas para o manejo do excesso de intervenção e medicalização, tanto diagnóstica quanto terapêutica. Baseada no modelo clássico de Leavel & Clark (1976) que classificava a prevenção em primária, secundária e terciária, Jamouille (2013) propôs um quarto tipo de prevenção, não relacionada ao risco de doenças e sim ao risco de adoecimento iatrogênico, ao excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e a medicalização desnecessária. Uma atenção voltada para a pessoa, uma atenção primária bem instituída e estabelecida com o desenvolvimento de práticas baseada em evidências e outras medidas oportunamente constituídas que envolvam essas questões, poderiam trazer melhorias no tratamento, cura, reabilitação e promoção da saúde com produção da vida para as pessoas que conformam um território e necessitam de atenção.

Nesse estudo, podemos perceber a forte presença do hospital como unidade de escolha na procura por tratamento de saúde. O que deve ser analisado quando pensamos na organização do serviço de saúde. O primeiro caminho a ser percorrido deveria ser a unidade básica de saúde, porém isso aconteceu em somente uma das situações vivenciadas pelos os familiares/cuidadores.

[...] levei ao hospital de morada nova (P1).

[...]ai no hospital elas disseram (P2).

[...] levamos para o médico no hospital (P3).

[...] fui para maternidade de Quixadá (P4).

[...] Ai eu fui para o hospital de manhã cedo (P5).

De acordo com o Decreto Nº 7508 de 2011, a atenção primária se traduz na principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde e muitos dos problemas podiam ser resolvidos por essa porta de entrada (BRASIL, 2011). Essa organização do sistema de saúde não atingiu essas famílias que se enquadraram ainda no modelo hospitalocêntrico, tendo o hospital como porta de entrada do serviço de saúde.

Outro aspecto que não devemos deixar de citar é o período de permanência dos familiares/cuidadores no ambiente hospitalar. Podemos perceber que a duração do tratamento é prolongada e as crianças necessitam permanecer na instituição até a conclusão do tratamento. Aspectos como a estrutura hospitalar, locais para os acompanhantes, suporte

profissional adequado tanto para a criança como para quem está acompanhando são elementos necessários para um melhor enfrentamento da doença.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenrolar da doença de crianças com pneumonia é complexo e envolve várias tentativas de tratamento e idas e vindas a estabelecimento de saúde à procura pela saúde dos filhos.

As arenas mais visitadas foram: a popular e a biomédica. Na a arena popular, podemos perceber a importância do vínculo e apoio familiar sempre presente nos momentos mais difíceis, tornando-se essencial para o andamento do tratamento da criança. A arena biomédica demonstrou-se de difícil acesso para as pessoas que procuravam por atendimento.

O conhecimento do itinerário terapêutico dessas crianças demonstrou algumas fragilidades nas relações entre paciente e profissional de saúde. Uma escuta mais qualificada poderia contribuir para um melhor atendimento e ajudar nas decisões tomadas no momento do diagnóstico. Bem como, as dificuldades vivenciadas durante o tratamento prolongado e a peregrinação desses sujeitos em busca de saúde. O deslocamento dessas pessoas de lugares distantes da capital cearense demonstra que existem várias fragilidades do sistema e que é preciso equipar melhor o sistema de saúde local no intuito de evitar toda essa peregrinação.

Finalmente, ao nos debruçarmos no caminho percorrido por esses indivíduos, encontramos fragilidades e potencialidades que precisam ser melhores exploradas no intuito de contribuir na melhoria da assistência e do cuidado ofertado a essas pessoas. Dentre as fragilidades, a carência por uma atenção profissional mais apurada para perceber a doença da criança. E como potencialidades, podemos citar a insistência dos pais na busca por atendimento e muitas vezes discordando do diagnóstico médico por conviver com o filho e saber que alguma coisa não estava bem.

O trabalho revelou o quanto podemos avançar na produção de encontros entre as redes de atenção e os profissionais de saúde e usuários, no caso específico, mães-cuidadoras que São as principais mediadoras desse processo de cuidado. Assim evidencia-se a necessidade de escuta de sujeitos nos diferentes locais que ocupam. Pensar itinerários para o cuidado, pensar em linhas que se cruzem e não tão retilíneas ou ascendentes, mas lidar com os diferentes e importantes modos de assistir as crianças nos diferentes territórios acessados.

## REFERÊNCIAS

- ALFRADIQUE, M.E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP- Brasil). **Cad Saúde Pública**. São Paulo. v.25, n.26, p.37-49,out., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf>>. Acesso em: 20 set.2016.
- ANSARI, Z.; HAIDER, S. I.; ANSARI, H.; GOOYER, T.; SINDALL, C. Patient characteristics associated with hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. **BMC Health Serv Res**. Austrália. v.12, n.3, p.475, set.2012 Disponível em: <<http://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-475>>. Acesso em: 19 set.2016
- AQUINO, R.; OLIVEIRA, N. F.; BARRETO, M. L. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. **Am J Public Health**. São Paulo. v.99, n.1,p. 87-93, ago. 2009. Disponível em: <[www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636620/](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2636620/)>. Acesso em: 21 set.2016
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface – Comunic., Saúde, Educ**. São Paulo. v. 14, n. 35, p. 797-810, out./dez., 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000400007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 20 set. 2016
- BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e hospitalizações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.28, n.3,p.15-26, set.2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000300012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300012)>. Acesso em: 01 out.2016.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. **Diário Oficial da União**. Brasília - DF. 14 jul. 1990. Seção 1. p.1.Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>. Acesso em: 21 jan. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 2004. Seção 1, p. 40.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Define a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 abr. 2008. Seção 1, p. 70.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**: curso de capacitação. 2. ed. Brasília: MS, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual técnico operacional do sistema de informações hospitalares**: orientações técnicas. Brasília;[s.n], 2010.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento.** Brasília : MS, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar.** 2. ed. Brasília: [s.n], 2002.

\_\_\_\_\_. Decreto 7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União.** 29 jun.2011. Seção 1. p.4.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru.** 2.ed. Brasília: MS, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção a Saúde. Departamento e ações programáticas e Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da Mortalidade Infantil.** Brasília:[s.n], 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e da outras providencias. **Diário Oficial da União.** Brasília, 20 set.1990. Seção 1. p.5.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil – 1998:** texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 19/98 e pelas Emendas Constitucionais de revisão n. 1 a 6/94. 10. ed. Brasília: [s.n], 1998.

BUTLER, D. C.; THURECHT, L.; BROWN, L.; KONINGS, P. Social exclusion, deprivation and child health: a spatial analysis of ambulatory care sensitive conditions in children aged 0-4 years in Victoria, Australia. **Soc Sci Med.** São Paulo. v.94, n.9, p.16, ago. 2013; Disponível em: <<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0154536>>. Acesso em: 22 set.2019.

COLEMAN, S.; ELSNER, J. **Pilgrimage: past and present in the world religions.** Cambridge and Massachusetts: Harvard University Press, 1995.

CUNHA, A. J. L. A.; BENGUIGUI, Y.; SILVA, M. A. S. F. **Atenção integrada as doenças prevalentes na infância:** implantação e avaliação no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAETANO, J. R. M.; BORDIN, I. A. S.; PUCCINI, R. F.; PERES, C. A. Fatores associados a internação hospitalar de crianças menores de cinco anos. **Rev Saúde Pública,** São Paulo, SP, v.36, n.3, p. 85-91, fev.2002.

CALDEIRA, A. P.; FERNANDES, V. B. L.; FONSECA, W. P; FARIA, A. A. Internações pediátricas por condições sensíveis a atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil, **Rev Bras. Saúde Matern. Infant,** Recife, v. 11, n.1, p. 61-71, jan./mar., 2011.

COLOMER-REVUELTA, C. et al. La salud en la infancia. **Gac Sanit.** Madri. v.18, n.1, p.39-46, set. 2004.

- COSTA, A.M. Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde. **Rev. Saúde e Sociedade**. Rio de Janeiro. v. 13, n. 3, p.2-6, set-dez. 2004.
- DOMÍNGUEZ, A. B.; GARCÍA, R. C. Bienvenida al primer programa de formación de enfermería pediátrica. **Form Act Pediatr Aten Prim**. Bogotá. v.3, n.1, p.2, out.2010.
- DESLANDES, S. F. Capítulo 3 In: MINAYO, M. C. (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade** Petrópoles, RJ: vozes, 1994.
- DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 3, n.103, p.7, fev. 1997.
- DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984.
- FERNANDES, V. B. L.; CALDEIRA, A. P.; FARIA, A. A.; NETO, J. F. R. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da estratégia de saúde da família. **Rev Saúde Pública**. São Paulo. v.43, n. 5.p. 928-36, out. 2009.
- FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2012.
- FLICK, U. **Introdução à pesquisa quantitativa**. 3ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.
- GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad Saude Publica**. São Paulo. v.22, n.11, p.49-63, dez.2006
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.
- GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da atenção a saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (org). **Política de saúde: o público e o privado**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Soc Sci Med**. Paris. v.12, n.2, p.85-95, out. 1978.
- KOVACS, M. H; FELICIANO, K. V. O.; SARINHO, S. W.; VERAS, A. A. C. A.; Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **J. Pediatr**. Rio de Janeiro, v. 81,n. 4, p. 251-58, out. 2005.
- LEAVELL, H.; CLARK, E. G. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGrawHill do Brasil, 1976.
- MARTINEZ, H. A. **Os itinerários terapêuticos e a relação médico-paciente**. Belo Horizonte: Abril, 2006.
- MECHANIC, D.; VOLTHART, E. H. Stres, illness, behavior and the sick role. **American Sociological Review**. Bogotá. v.26, n.94, p.86-94, jun.1960.
- MINAYO, M. C. S, O desafio da pesquisa social. In: Minayo, M. C. (org) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

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 Saúde Mater Infant**. São Paulo. v.10, n.1, p.83-91, set. 2010.

MAEDA, S. T. **Gestão da referência e contra-referência na atenção ao ciclo grávido puerperal**: a realidade do Distrito de Saúde do Butantã. São Paulo: [s.n], 2002.

MARCÍLIO, M. L. **História social da criança abandonada**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MELO, E. C. P. A peregrinação das gestantes no Município do Rio de Janeiro: perfil de óbitos e nascimentos. **Rev esc enferm**. São Paulo. v.41, n.8, p.4-9, jul. 2007.

NEDEL, F. B.; FACCHINE, L. A; MARTIN-MATEO, M.; VIEIRA, L. A. S.; THUME, E. Programa saúde da família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev Saúde Pública**. Porto Alegre. v 42, n.10, p.41-58, jan.2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Adolescência: definições, conceitos e critérios. **Rev. Ofic. Núcleo Estudos Saúde do Adolesc.**, Rio de Janeiro. v.2, n.2, p.12-18, abr/jun. 2005. Disponível em: <[http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe\\_artigo.asp?id=167](http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=167)>. Acesso em: 28 jan. 2015.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL. **Relatório sobre mortalidade infantil**. Brasília: [s.n],2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/onu-16-mil-criancas-morrem-diariamente-revela-novo-relatorio-sobre-mortalidade-infantil/>>. Acesso em: 16 nov. 2015.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da Integralidade**: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001.

PIRES, A. P. Amostragem e pesquisa qualitativa: ensaio teórico e metodológico. In: POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. 2. ed. Petrópolis – RJ: Vozes, 2010.

REHEM , T. C. M. S. B.; OLIVEIRA, M. R. F.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y. Record of hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions: validation of the hospital information system. **Rev Latino Am Enfermagem**. Bocatá. v.21, n.5, p.59-64, nov. 2013

REHEM , T. C. M. S. B.; EGRY, E. Y. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária no estado de São Paulo. **Ciênc Saúde Coletiva**. São Paulo. v.16, n.12, p.55-66, set.2011.

REHEM , T. C. M. S. B.; OLIVEIRA, M. R. F.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E. Y.; AMARAL, T. C. L. Hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in a Brazilian metropolis. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo. v.47, n.4, p.84-90, ago. 2013.

SILVA, L. M. V. et al. O processo de distritalização e a utilização de serviços de Saúde – Avaliação do caso de Pau da Lima, Salvador, Bahia, Brasil. **Cad Saude Publica**. Salvador. v.11, n.1, p.72-84, set. 1995.

SILVA, M. A. Política de saúde para crianças: apontamentos para a atuação da enfermagem. In: GAÍVA, M. A. M. **Saúde da criança e do adolescente**: contribuições para o trabalho de enfermeiros(as). Cuiabá: [s.n], 2006.

SLUZKI, C. E. **A Rede Social na prática sistemática**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SALZBERGER-WITTENBERG, I. **La relacion asistencial**: aportos del psicoanálisis keimiano. Buenos Aires: Amorrortu,1973.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002.

STARFIEL, B. **III Seminário Internacional de Atenção Primária – Saúde da Família**. Relatório de atividades. Brasília: MS, 2008. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario\\_internacional\\_relatorio\\_atividades.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/3seminario_internacional_relatorio_atividades.pdf)>. Acesso em: 23 set.2016.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso a saúde. **Rev Panam Salud Publica**. São Paulo. v 31, n. 3, p.260-268, set.2012.

TESSER, C. D. Medicalização Social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**. São Paulo. v.10, n.19, p.61-76, out.2006.

TRAD, L. A. **Itinerários terapêuticos**: questões e enfoques presentes na literatura e modelo holístico de análise com foco na cronicidade. Salvador: EdUFBA,2014.

TRAVASSOS, C.; VIACAVA, F.; PINHEIRO, R.; BRITO, A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. **Rev Panam Salud Publica**. São Paulo. v.11, n.5, p.365-373, maio 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad. Saúde Pública**. São Paulo. v.20, n.13, p. 190-198, out.2004.

TRAVASSOS, C.; OLIVEIRA, E. X. G.; VIACAVA, F.; Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Ciências & Saúde Coletiva**. São Paulo. v.11, n. 4, p. 975-986, out.2006.

UCHOA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad Saude Publica**. São Paulo. v.10, n.4,p.497-504, out.1994.

VAISTMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da da assistência à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro. v.10, n.3, p.22-32, jul.2005

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O (a) Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada Itinerário terapêutico de crianças internadas por pneumonia na atenção terciária, que tem como objetivo geral “Compreender o itinerário terapêutico de familiares/cuidadores de crianças internadas na atenção terciária por pneumonia”. Para produção dos dados serão utilizados: entrevistas semiestruturadas e observação participante. Você será convidado a discorrer a partir de questões geradoras sobre o tema acima proposto, que poderá ser gravada, filmada e/ou fotografada se você concordar.

A sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, poderá desistir de participar. Informamos que a referida pesquisa apresenta riscos mínimos aos participantes, tais como: poderá causar desconforto emocional, dificuldade em responder aos questionamentos ou desinteresse. Procuraremos proporcionar um ambiente seguro, confortável e que resguarde o devido sigilo dos participantes e das informações por eles prestadas. Porém, caso isso ocorra, você poderá interromper sua participação e, se houver interesse, conversar com o pesquisador para ser excluído da pesquisa a qualquer momento. Tal recusa não trará prejuízos em sua relação com o pesquisador ou com a instituição em que trabalha.

Ressaltamos que esse material será tratado com todo o respeito e postura ética, sendo manuseado somente pelo pesquisador, e que, o trabalho a ser elaborado posteriormente, seguirá conforme determina a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas que envolvem seres humanos. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Quaisquer esclarecimentos adicionais podem ser obtidos diretamente com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Certos de contar com sua colaboração, agradecemos antecipadamente.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outra para arquivo do pesquisador.

Eu, \_\_\_\_\_,  
após tomar conhecimento da forma como será realizada a pesquisa, aceito, de forma livre e esclarecida, participar da pesquisa.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

---

Participante

---

Valdicleibe Lira de Amorim (Pesquisadora)

Contatos:

Valdicleibe Lira de Amorim - UECE

Fone: 85 99947 4437 - e-mail: [valdicleibelira@gmail.com](mailto:valdicleibelira@gmail.com)

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (CEP/UECE)

Endereço: Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, CEP: 60.714-903.

Fone: (85) 3101-9890 - E-mail: [cep@uece.br](mailto:cep@uece.br)

## APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

### **Identificação:**

Identificação:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Religião:

Estado civil:

Renda familiar:

Membros da família:

Profissão, tipo de atividade que desenvolve:

Bairro:

COMO TUDO COMEÇOU? O QUE SEU FILHO SENTIU?

QUAL O CAMINHO PERCORRIDO POR VOCÊS ATÉ CHEGAR AQUI?

**ANEXOS**

## ANEXO A – Folha de Avaliação



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itapery - 60740-000 - Fortaleza - CE  
FONE: (0xx85) 3101.9826

## FOLHA DE AVALIAÇÃO

Título da Dissertação: **"Itinerário Terapêutico de Crianças Internadas por Pneumonia na Atenção Terciária"**.

Nome da Mestranda: **Valdicleibe Lira de Amorim**

Nome da Orientadora: **Prof. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva (orientadora)



Prof. Dra. Kilma Wanderley Lopes Gomes (1º membro)



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

Data da defesa: 08/12/2016

---

## ANEXO B – Parecer Consubstanciado Do CEP



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Itinerário Terapeutico de crianças internadas por pneumonia na atenção terciária

**Pesquisador:** Valdicleibe Lira de Amorim

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 54942916.7.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.500.347

**Apresentação do Projeto:**

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança. O estudo tem como objetivo compreender o itinerário terapêutico de familiares/cuidadores de crianças internadas na atenção terciária por pneumonia. Trata-se de um estudo exploratória, com abordagem qualitativa. Será realizado uma entrevista como um instrumento com questões abertas. As questões envolveram perguntas que tentem traduzir a realidade vivida pelas crianças doentes. Fará uso de um diário de campo e de um gravador para auxiliar na coleta de dados.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Geral:** Compreender o itinerário terapêutico de familiares/cuidadores de crianças internadas na atenção terciária por pneumonia.

**Objetivos Específicos:** Descrever o caminho percorrido em busca do tratamento da doença; Mapear as redes assistências formais ou de apoio social; Identificar as potencialidades encontradas pelo familiar e/ou cuidador na procura por atendimento à saúde.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora deixa explícito os riscos mínimos, tais como: fatores emocionais que podem

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** cep@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 1.500.347

prejudicar a coleta de dados, e o pesquisador deverá ter sensibilidade para saber aproveitar o melhor momento para realizar a entrevista. Com o conhecimento do itinerário terapêutico de familiares/cuidadores de crianças internadas na atenção terciária, a pesquisa poderá contribuir no melhor atendimento as crianças com pneumonia.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A compreensão do itinerário terapêutico de familiares/cuidadores de crianças internadas por pneumonia é fundamental para identificar as falhas ou dificuldades encontradas no percurso em busca da atenção terciária, sendo possível discutir estratégias para facilitar o atendimento desses pacientes.

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

Os termos obrigatórios encontram-se dentro dos critérios estabelecidos pelo CEP.

**Recomendações:**

Reconsiderar a população do estudo, pois serão os pais/cuidadores que responderam o instrumento e não as crianças de 0 a 5 anos internadas no hospital.

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

Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_670648.pdf	31/03/2016 07:31:17		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto03.doc	31/03/2016 07:30:40	Valdicleibe Lira de Amorim	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.docx	31/03/2016 07:29:53	Valdicleibe Lira de Amorim	Aceito
Parecer Anterior	doc2.pdf	29/02/2016 17:37:25	Valdicleibe Lira de Amorim	Aceito

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

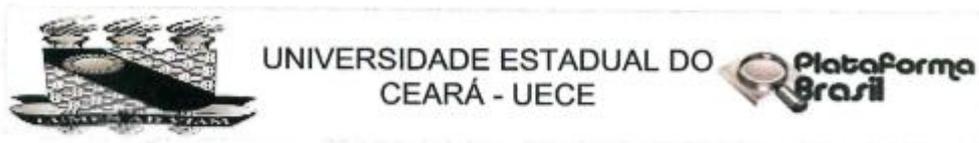
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.500.347

Folha de Rosto	valfr.pdf	29/02/2016 17:32:45	Valdicleibe Lira de Amorim	Aceito
Outros	anuencia.pdf	29/02/2016 17:32:32	Valdicleibe Lira de Amorim	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMADEEXECUcao.docx	29/02/2016 10:05:12	Valdicleibe Lira de Amorim	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovaço

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 14 de Abril de 2016

---

**Assinado por:**  
**Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho**  
 (Coordenador)