



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA



LIA CARDOSO DE AGUIAR

**UTILIZAÇÃO DOS SETORES DE CUIDADO DE SAÚDE POR CRIANÇAS
EGRESSAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

São Luís, MA
2019

LIA CARDOSO DE AGUIAR

**UTILIZAÇÃO DOS SETORES DE CUIDADO DE SAÚDE POR CRIANÇAS
EGRESSAS DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Fernando Lamy Filho

Coorientadora: Profa. Dra. Zeni Carvalho Lamy

São Luís, MA
2019

Dedico este trabalho à minha família que delineou meu caminho para os estudos, em especial meu pai João Cardoso e minha tia Marília Tullha.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por Seus planos maiores e melhores que os meus; pela força concedida nos momentos de desânimo; pela sabedoria frente às muitas dúvidas; e pela permissão de, no tempo dEle, alcançar êxito na jornada para o doutoramento.

À minha **família**, especialmente a **João Cardoso** (pai), **Marly Soares** (mãe) e **Marília Tulha** (tia) que desde sempre incentivaram e investiram nos meus estudos; aos meus irmãos, **Thinção** e **Sofia**, que perpassam minha vida num misto de leveza, irritação e muitas risadas; e a **Candinha** por cuidar daqueles que amo quando não pude; aos meus sogros, **Tia Irá e Tio Mariano**, e pela ausência compreendida.

Ao meu marido **José Ricardo** por me apoiar incondicionalmente nos meus estudos, por ficar com nossas crianças, **Davi e Nicolas**, enquanto eu *ficava* no computador. Sem sua compreensão seria impossível conciliar a vida de enfermeira, esposa, mãe (de dois) e doutoranda. Você me mostra a cada dia o valor de nos apoiarmos enquanto família.

Ao meu orientador, professor **Dr. Fernando Lamy**, pela confiança e oportunidade de ser sua orientanda, por reforçar as minhas potencialidades e apoio para superar as minhas limitações e as adversidades encontradas neste percurso.

À **Profa. Dra. Zeni Lamy** que contribuiu deste a delimitação do objeto e para além disso, me motivou com palavras e com “ajudadores” para que eu não desistisse. Por você desisti de desistir várias vezes. Registro aqui minha gratidão e admiração por esta mulher.

Agradeço igualmente aos **professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva** da Universidade Federal do Maranhão, que foram tão importantes para que hoje eu chegasse aqui! Contudo, há professores que marcam a nossa vida. Sendo assim, não poderia deixar de fazer um agradecimento especial às professoras **Dra. Alcione Miranda, Dra. Erika Thomaz**.

À turma **PGSC/UFMA 2015** pela convivência intensa durante o primeiro ano, pela cafeína compartilhada e todo o aprendizado e crescimento conjunto.

Agradeço especialmente às queridas colegas de turma **Jeruxa Roxo, Livia Serejo, Luana Padilha e Suely Melo** que me ajudaram com caronas, conselhos, análises estatística e muito afeto.

Ao Núcleo de Estudos sobre Saúde e Subjetividade – NESS, em especial à **Hortensia Rocha** pois seu apoio metodológico foi essencial para conclusão da pesquisa.

Às minhas grandes amigas (não citarei nomes) por vivenciarem este momento comigo e fazerem esta trajetória mais leve. A amizade de vocês foi fundamental! **Lindinhas**, minhas **Amigas mais que irmãs** e minha **Ari** que me permitiram vida social em meio a tese.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fluxograma amostral da pesquisa Setores de cuidado de saúde utilizados por crianças egressas de unidades de terapia intensiva neonatal. São Luís, MA. 2016-2018	p. 33
Figura 2 - Modelo teórico final da associação de fatores relacionados à busca por cuidados no setor popular por crianças egressas de UTI neonatal em São Luís, MA. 2016-2018	36
Artigo 1	
Figura 1 - Fluxograma amostral da pesquisa Setores de cuidado de saúde utilizados por crianças egressas de unidades de terapia intensiva neonatal. São Luís, Maranhão, Brasil. 2016-2018	p. 46
Artigo 2	
Figura 1 - Fluxograma amostral da pesquisa Setores de cuidado de saúde utilizados por crianças egressas de unidades de terapia intensiva neonatal. São Luís, Maranhão, Brasil. 2016-2018	p. 67
Figura 2 - Modelo teórico final da associação de fatores relacionados à busca por cuidados no setor popular por crianças egressas de UTI neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil. 2016-2018	70

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

	p.
Tabela 1 - Utilização dos setores de cuidado à saúde segundo as características sociodemográficas e pós-natal das crianças egressas de UTIN. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016-2018	50
Tabela 2 - Utilização dos setores de cuidado à saúde segundo as características sociodemográficas e pré-natal das mães dos egressos de UTIN. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016-2018	51
Tabela 3 - Práticas de cuidado utilizadas por crianças egressas de UTIN nos setores de cuidado em saúde estudados. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016-2018	52

Artigo 2

	p.
Tabela 1 - Utilização do setor popular segundo as características das crianças egressas de UTIN e de suas famílias. São Luís, Maranhão – Brasil, 2016-2018	72
Tabela 2 - Indicadores de ajuste do modelo final. São Luís, Maranhão – Brasil, 2016-2018	73
Tabela 3 - Coeficiente padronizado, erro padrão e valor de p de efeitos diretos e indiretos para variáveis indicadoras. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016-2018	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	-	Atenção Primária em Saúde
CSE	-	Condição Socioeconômica
ESF	-	Estratégia Saúde da Família
HO	-	História Obstétrica
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IG	-	Idade Gestacional
MC	-	Método Canguru
MS	-	Ministério da Saúde
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
PIG	-	Pequeno para Idade Gestacional
RN	-	Recém-nascidos
TCLE	-	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UCINCa	-	Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru
UTIN	-	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

AGUIAR, Lia Cardoso de. **Utilização dos setores de cuidado de saúde por crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal**, 2019, Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 102p.

RESUMO

Crianças egressas de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal – UTIN serão cuidadas no domicílio por seus familiares, mas os locais e práticas de cuidado utilizados continuam como lacuna no conhecimento. Os tratamentos de saúde ocorrem nos setores informal, popular e profissional. **Objetivos** Identificar os setores e as práticas de cuidado à saúde utilizados por crianças egressas de UTIN e compreender as relações entre a busca por cuidados populares e as condições socio-demográficas e de saúde relacionadas a estas crianças e suas famílias. **Método** Coorte retrospectiva com amostra de 165 crianças, residentes em São Luís. As variáveis incluíram dados da mãe, da criança, dos setores de cuidados de saúde e as respectivas práticas. Utilizou-se para análise descritiva teste Qui-quadrado de Pearson e para análise de fatores associados Modelagem de Equações Estruturais. **Resultados** Crianças sem morbidades no momento da alta da UTIN (67,3%), dentre estas 46,8% utilizavam o setor informal ($p= 0,016$). Setor profissional foi utilizado por todas as crianças, destacando-se a busca por pediatra/clínico geral (59,4%). Setor informal, utilização de automedicação foi 71,4% e setor popular a busca por benzedeira/curandeiro 55,3%. Presença de morbidade na alta registrou efeito total significativo com Coeficiente Padronizado (CP)= 0,302 e p -valor= 0,030, porém sem efeito direto na busca pelo setor popular (CP= 0,278; $p= 0,075$). **Conclusões** A busca pelos setores popular e informal foi eventual nas crianças com morbidades na alta ou com adoecimento no período pós-alta. Porém, presença de morbidade na alta da UTIN caracteriza-se fator que pode influenciar na busca pelo setor popular.

Palavras-chave: Cuidado da Criança. Acompanhamento dos Cuidados de Saúde. Cultura. Medicina Tradicional. Terapias Espirituais.

AGUIAR, Lia Cardoso de. **Use of the health care sectors by children who are not enrolled in a Neonatal Intensive Care Unit**, 2019, Thesis (PhD in Collective Health) Postgraduate Program in Collective Health, Federal University of Maranhão, São Luís, 102p.

ABSTRACT

For children coming from the Neonatal Intensive Care Unit - NICU, post-discharge follow-up is recommended. These children will be cared for at home by their families, but between health care practices and locations used there is still a knowledge gap. In seeking to address health problems, people commonly turn to one of three health care sectors: informal, popular, and professional. **Objectives** To identify the sectors and health care practices used by children coming from NICUs in the city of São Luís (MA) and to understand the relationship between the search for popular care and the sociodemographic and health conditions related to these children and their families. **Method** Retrospective cohort with a sample of 165 children under 48 months old living in São Luís. Data was collected at two moments: identification of all children born in 2014 and 2015; and interview. The variables collected were maternal and child, including sociodemographic, perinatal, discharge and post discharge data; and those of the health care sectors and their practices. A theoretical model was created establishing the relationship between socioeconomic conditions, the occurrence of morbidity at discharge and its direct or indirect impact on the search for the popular sector. Descriptive analysis was performed using Pearson's chi-square test and in the analysis of associated factors, Structural Equation Modeling was used. **Results** Most children had no morbidity at discharge from the NICU (67.3%), among them 46.8% used the informal sector ($p = 0.016$). Most non-white-skinned mothers reported using informal care practices ($p = 0.030$). The professional sector was used by all children under study, especially the search for a pediatrician/general practitioner (59.4%). In the informal sector, the use of self-medication (71.4%) was highlighted, and in the popular sector, the search for a traditional healer/faith healer (55.3%). The occurrence of morbidity at discharge recorded a significant total effect with Standardized Coefficient (PC) = 0.302 and p -value = 0.030. However, there was no direct effect of this variable on the search for care in the popular sector (CP = 0.278; $p = 0.075$). **Conclusions** The search for the popular and informal sectors was less frequent in children with morbidities at discharge or with illness in the post-discharge period. However, the occurrence of morbidity at discharge from the NICU is a factor that may influence the search for health care in the popular sector.

Palavras-chave: Childcare. Healthcare check-up. Culture. Traditional Medicine. Spiritual Therapy.

SUMÁRIO

	p.
1 INTRODUÇÃO	12
2 JUSTIFICATIVA	16
3 OBJETO DE ESTUDO	17
4 QUESTÕES DA PESQUISA	18
5 HIPÓTESES	19
6 OBJETIVOS	20
6.1 Geral	20
6.2 Específicos	20
7 REFERENCIAL TEÓRICO	21
7.1 Internação em UTIN	21
7.1.1 Morbidades mais comuns no período neonatal	22
7.2 Alta da UTIN	22
7.2.1 Planejamento para alta da UTIN	23
7.2.2 Preparo dos pais e família para alta	24
7.3 Atenção pós-alta da UTIN	24
7.3.1 Atendimento para crianças egressas das UTIN	25
7.4 Seguimento de crianças egressas de UTIN	26
7.5 Pluralismo nos cuidados de saúde	27
7.6 Setores de cuidado de saúde	28
7.6.1 Setor informal	29
7.6.2 Setor popular	29
7.6.3 Setor profissional	31
8 MATERIAL E MÉTODOS	32
8.1 Delineamento do estudo	32
8.2 População e amostra em estudo	32
8.2.1 Critérios de inclusão e não inclusão	33
8.2.2 Critérios de exclusão	33
8.3 Procedimentos de coleta de dados	33
8.4 Variáveis do estudo	34
8.5 Análise estatística	37

8.6 Aspectos éticos	38
9 RESULTADOS	39
9.1 Artigo 1	39
9.2 Artigo 2	63
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS	82
APÊNDICES	93
Apêndice A - Roteiro de contato telefônico	94
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	95
Apêndice C - Questionário	99

1 INTRODUÇÃO

Na maioria dos nascimentos, os bebês apresentam adaptação neonatal do ambiente intra para o extrauterino de forma rápida e fisiológica, alcançando a estabilização. Porém muitas vezes em meio a esse processo ocorrem algumas intercorrências ou são observadas algumas alterações fisiológicas que retardaram o desenvolvimento normal e saudável da criança (SÁ NETO e RODRIGUES, 2010). Diante de dificuldades nessas adaptações, o recém-nascido (RN) poderá necessitar de assistência especializada, inclusive internação em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (ROSSETTO e cols., 2011).

A internação dos RN na UTIN pode se dar por razões como prematuridade, baixo peso ao nascer, parto cesáreo e Apgar baixo no 1º e 5º minutos de vida (GRANZOTTO e cols., 2012). As condições e morbidades ligadas diretamente à internação em UTIN expõem os RN a complicações secundárias mas por outro lado proporciona o aumento da sobrevida desses bebês.

Como resultado, as crianças egressas de UTIN precisam de um acompanhamento de longo prazo em ambulatórios especializados (*follow-up*) por profissionais de saúde para monitoramento do crescimento, desenvolvimento e saúde em geral dessas crianças (GÓES e CABRAL, 2010; REZENDE e CABRAL, 2010; PARREIRA e CABRAL, 2010).

Os critérios de escolha das crianças que devem ser acompanhadas em um serviço ambulatório especializado leva em conta um maior risco para alterações do desenvolvimento. Neste grupo estão os bebês egressos da UTIN e da Unidade de Cuidados Intermediários, nascidos com IG igual ou inferior a 32 semanas e/ou menor que 1500g, crianças nascidas pequenas para a idade gestacional (PIG), os quais podem desenvolver diagnósticos neurológicos, pulmonares, gastrointestinais, renais e cardiológicos. Toxoplasmose congênita, icterícia, intercorrência na gravidez e no momento de parto e bebês nascidos com anormalidades cromossômicas (SILVEIRA, 2012).

Para essas crianças o Ministério da Saúde (MS) recomenda acompanhamento tanto em ambulatórios de seguimento, como na Atenção Primária em Saúde (APS) conforme a rede de serviços regionalizada (BRASIL, 2011a).

No que diz respeito ao estudo do acompanhamento das crianças egressas de UTIN, ressalta-se a terceira etapa do Método Canguru (MC) como ponto de partida para continuidade da assistência por meio do acompanhamento ambulatorial, individualizado, observando o desenvolvimento global do bebê, através de um programa de *follow-up*.

O MC, atualmente uma política nacional de saúde voltada para humanização do cuidado neonatal. Na proposta do MS brasileiro o MC é implementado em três etapas: a primeira etapa deve ser iniciada ainda no pré-natal das gestantes de alto risco. Após o parto ela é iniciada na UTI neonatal, onde os pais devem ser acolhidos, explicados sobre a situação diária do RN, estimulados ao aleitamento precoce e o contato pele a pele com o filho. A segunda etapa ocorre com o RN fora da UTIN, quando passam a serem assistidos nas Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Canguru (UCINCa), onde permanecem todos os cuidados realizados antes na primeira etapa, agora em um espaço onde a presença e participação dos pais é ainda maior, devendo ser estimuladas pelos profissionais. A mãe permanece com o bebê em um sistema semelhante ao alojamento conjunto, acompanhando a rotina do seu bebê o maior tempo possível, sendo ela, muitas vezes responsável pelos cuidados. É garantido a presença de um ou mais profissionais dentro da UCINCa, ajudando e apoiando estas mães na amamentação, no contato pele a pele, e em outros fatores que lhe sejam solicitados (BRASIL, 2017). Nesta fase a indicação é que a mãe permaneça a maior parte do tempo com o RN na posição do canguru, e que amamente com frequência.

Após a alta hospitalar, vem a terceira etapa, onde o RN e sua família serão acompanhados semanalmente de forma compartilhada nos ambulatórios de seguimento no hospital e no centro de saúde de referência do bebê, onde serão avaliadas as características clínicas desse RN, ganho de peso, amamentação, cuidados com a pele, entre outros pontos, até atingir 2500g, sendo encaminhados, conforme a necessidade, em serviços especializados e/ou na Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2017).

Em São Luís (MA), o estudo de Araújo e cols. (2010) revelou que a assiduidade às consultas de seguimento individuais, realizadas no *follow-up* do Hospital Universitário Unidade Materno Infantil, correspondeu a 70% em todos os retornos agendados pela equipe; 23,3% compareceram à algumas consultas; e 6,7% não compareceram às consultas.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, condição financeira restrita, desarticulação da terceira fase do MC com a APS, inexistência de políticas públicas que deem suporte ao acompanhamento dos prematuros dentro do contexto de cada família, resultam em seguimento ineficaz, por vezes inexistente, que expõem esses RN a maior risco de morbimortalidade (MORAIS e cols., 2009).

Lamy e cols. (2015) avaliaram o impacto da proposta para o RN e sua família e das capacitações, onde observaram que os cursos sensibilizavam os profissionais para o MC, mas não garantiam a implantação das Unidades Canguru. Entre as iniciativas do MS para disseminar o MS pode-se destacar a parceria com a Atenção Básica de Saúde, estimulando uma cooperação

entre a equipe hospitalar e a da Unidade Básica de Saúde atuando em conjunto, acompanhando o RN até sua alta da terceira etapa. Esse cuidado compartilhado inicia ainda na segunda etapa, onde é necessária a troca de informações entre as equipes, para que ambas estejam preparadas para assistir a alta gradativa e tranquila desse bebê e sua família dos cuidados hospitalares para o cuidado na comunidade (BRASIL, 2017).

Ademais, sabe-se que indivíduos com problemas de saúde, em busca de explicações, diagnóstico e tratamento, anseiam por alívio de seu sofrimento, recorrem às diversas alternativas existentes (HELMAN, 2009). A população busca apoio não apenas nos profissionais da biomedicina, mas também nos agentes das práticas populares, para o enfrentamento das situações de adoecimento, afirmam Moraes e cols. (2007).

Neste estudo sustentamos os conceitos de Helman (2009) e Kleinman (1980) que considera o sistema de atenção à saúde sendo composto, de modo genérico, por três partes: o setor informal, o setor popular (*folk*) e o setor profissional.

O setor informal é aquele em a família e o grupo social mais próximo desempenham papel importante no cuidado (OLIVEIRA, 2002). O setor popular é aquele desenvolvido por certos indivíduos que se tornam especialistas em métodos de cura como os curandeiros. E o setor de cuidado de saúde profissional corresponde à rede formal de assistência de saúde de um país, que integra os profissionais de saúde, as unidades básicas e os hospitais (HELMAN, 2009).

A utilização desses setores de saúde pode ocorrer um de cada vez ou conjuntamente, principalmente quando um deles não oferece o suporte necessário para a demanda do momento (HELMAN, 2009).

Contudo, sabe-se quais são os setores de cuidado de saúde, mas não quais são utilizados pelas crianças egressas de UTIN. O estudo do seguimento de egressos de UTIN, especialmente no que tange à utilização dos setores não profissionais – popular e informal, ainda deixa muitas lacunas (REZENDE e CABRAL, 2010).

No estudo de Moraes e cols. (2017), com mães de crianças egressas do método canguru, observou-se o uso do setor profissional e do setor informal no itinerário terapêutico, porém não foi identificado uso do setor popular. Da mesma forma, Garcia e cols. (2012), aponta para a influência dos aspectos culturais nas práticas populares de cuidado à saúde.

Além de pouco frequentes, os estudos brasileiros tem se limitado à descrição de situações e características do uso de cuidados alternativos de saúde, principalmente do setor popular, eximindo-se de testar hipóteses explicativas para a procura desse tipo de cuidado.

Dessa forma, o presente estudo se propôs a identificar os setores e as práticas de cuidado à saúde utilizados por crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal na

cidade de São Luís (MA) e compreender as relações entre a busca por cuidados populares e as condições sociodemográficas e de saúde relacionadas a estas crianças e suas famílias.

2 JUSTIFICATIVA

O acompanhamento das crianças egressas de UTIN ainda é limitado em nosso meio, portanto, é relevante analisar os setores e práticas de cuidados que estão utilizadas frente às suas necessidades de saúde.

Compreende-se que toda busca por cuidado visa o zelo pela saúde ou a cura de uma doença, portanto, reconhecer a família e suas ações como protagonistas na escolha pelas práticas de cuidados que serão utilizadas em suas crianças é uma forma de garantir um acompanhamento regular e especial no setor profissional de forma efetiva em sua integralidade.

A importância do seguimento desse cuidado iniciado na UTIN despertou na pesquisadora o interesse em conhecer os setores e práticas de cuidado de saúde utilizados pelas crianças egressas de UTIN e verificar a presença de associações entre características das crianças e das famílias e a utilização do setor popular, até então pouco explorada apesar de comum no Brasil.

Dessa forma, considerando a importância do acompanhamento das crianças egressas de UTIN para a promoção da saúde e prevenção de agravos, possibilitando a garantia da qualidade de vida, que a continuidade do cuidado poderá tratar e prevenir precocemente algum atraso no crescimento e desenvolvimento, este estudo propõe a análise da utilização dos setores de cuidado de saúde por crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal nos quatro primeiros anos de vida na cidade de São Luís (MA).

3 OBJETO DE ESTUDO

Utilização dos setores de cuidado de saúde por crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal.

4 QUESTÕES DA PESQUISA

Quais são os setores de cuidado de saúde utilizados por crianças egressas de UTIN em São Luís (MA)?

Quais as práticas de cuidado à saúde que as mães de crianças egressas de UTIN procuram em cada setor?

Quais são os elementos envolvidos na busca pelo setor popular de cuidado de saúde?

5 HIPÓTESES

As mães dessas crianças frequentemente recorrem a outros tipos de cuidados conhecidos como práticas não profissionais de saúde.

As famílias das crianças menos favorecidas do ponto de vista socioeconômico e daquelas portadoras de doenças mais graves por ocasião da alta hospitalar tendem a utilizar-se mais do setor popular de cuidados de saúde.

6 OBJETIVOS

6.1 Geral

Analisar a utilização dos setores de cuidado de saúde por crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal nos quatro primeiros anos de vida na cidade de São Luís (MA).

6.2 Específicos

- Caracterizar as crianças e suas famílias segundo variáveis sociodemográficas e perinatais;
- Identificar setores e práticas de cuidado de saúde utilizados por crianças egressas de UTIN;
- Verificar associações entre características das crianças e das famílias e a utilização do setor popular medindo os efeitos direto e indireto.

7 REFERENCIAL TEÓRICO

A continuidade do cuidado à saúde da criança egressa de UTIN é entendida como o acompanhamento desta e de sua família nos diversos níveis de atenção à saúde (LAMY e cols., 2005). Favorece a prevenção de agravos, de reinternações hospitalares e de mortalidade, bem como facilita a adaptação da família aos cuidados (BARRÍA-PAILAQUILÉN e cols., 2011).

Esse seguimento em geral é realizado em ambulatórios vinculados à UTIN. A rede de APS também deve participar do seguimento dessas crianças, entretanto estudos têm evidenciado chamam atenção para o fato de que muitos municípios ainda não oferecem esse suporte assistencial (BRAGA e SENA, 2012; DELLENMARK BLOM e WIGERT, 2014; KLOSSOSWSKI e cols., 2016; MORAIS e cols., 2012; VIERA e MELLO, 2009).

De certa forma as estratégias utilizadas para garantir que o cuidado tenha continuidade quando o RN recebe alta da UTIN e do ambiente hospitalar ainda são insuficientes, concluem Oliveira e Sena (2010). Essa situação torna-se um problema à medida que os RN que vivenciam um período de internação em UTIN necessitam de acompanhamento especializado, principalmente nos primeiros anos de vida (OLIVEIRA e SENA, 2010).

Muitas vezes, as necessidades de saúde tem origem ou diagnóstico durante a internação na UTIN.

7.1 Internação em UTIN

No fim do século XIX surgiram as primeiras instalações de berçários para atender a prematuros. No início do século XX, os demais RN também passaram a ser atendidos nesses berçários que tinham como finalidade manter a termorregulação dos bebês, alimentá-los por meio de técnicas especiais e isolá-los visando à prevenção de infecções. Ao longo do século XX, os berçários transformaram-se em Unidades de Internação Neonatal e Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (KAMADA e cols., 2003).

As UTIN foram criadas com o objetivo de prestar assistência ao RN cuja condição clínica constitui uma ameaça imediata ou potencial à vida, requerendo intervenções complexas e invasivas. Essas unidades primam em salvar e/ou prolongar a vida de crianças geralmente prematuras ou portadoras de enfermidades congênitas (MOLINA e cols., 2009; RIBEIRO e REGO, 2008). Atualmente a internação em UTIN abrange todos os RN graves que apresentam instabilidade hemodinâmica ou das funções vitais (BARBOSA e cols., 2007).

Entre as principais causas de internação em UTIN destacam-se a prematuridade e o desconforto respiratório seguidos de causas como baixo peso, distúrbios hematológicos, distúrbios gastrintestinais e distúrbios neurológicos e infecção neonatal (ARAÚJO e cols., 2005; ARRUÉ e cols., 2013; TADIELO e cols., 2013).

O MS por meio da portaria nº 930, de 10 de maio de 2012, alterada pela portaria nº 3.389, de 30 de dezembro de 2013, art. 10, define e especifica condições clínicas inerentes a uma série de morbidades, frequentes no âmbito da neonatologia, e que são responsáveis pela grande maioria das internações na UTIN, são elas: prematuridade, que frequentemente resulta em agravos secundários como insuficiência respiratória (por vezes com necessidade de uso de ventilação pulmonar mecânica); morbidades cirúrgicas, geralmente decorrentes de malformações congênitas e a asfixia perinatal, e outras condições mórbidas menos frequentes mas não menos importantes. Todas essas condições são permeadas pelo risco de infecções bacterianas, muitas vezes multirresistentes, o que aumenta sobremaneira o risco de morte e de sequelas (BARBOSA e cols., 2007; CABRAL e cols., 2003; NUNES e cols., 2013).

7.1.1 Morbidades mais comuns no período neonatal

Aqui se destaca as morbidades relacionadas à prematuridade. As mais comuns no período neonatal são: anóxia, retinopatia da prematuridade, enterocolite necrosante, persistência do canal arterial, hemorragia peri-intraventricular, displasia broncopulmonar.

O MS acrescenta a leucomalácia periventricular, as sequelas de infecções hospitalares e o comprometimento da audição como também importantes (BRASIL, 2011a).

Ao longo dos anos, estudos tem demonstrado a importância dos programas interdisciplinares preventivos de *follow-up* de prematuros, especialmente no primeiro ano de vida com intuito de promover o desenvolvimento da criança e minimizar as possíveis sequelas de saúde do período neonatal (LAMY e cols., 2005).

7.2 Alta da UTIN

A alta da UTIN é o evento mais esperado e desejado pela família e equipe neonatal. É também um momento requer cuidados especiais devido às condições de fragilidade orgânica e emocional da criança (MORAIS e cols., 2009).

Para tanto, é necessário um planejamento que considere as condições clínicas do RN, as necessidades pós-alta, o acesso às medicações, suplementos e equipamentos necessários

para o cuidado em casa, o preparo dos pais para assumir os cuidados com o bebê e a identificação de serviços de APS para referenciar a família (GRIFFIN e ABRAHAM, 2006).

A alta deve ser planejada em conjunto com a equipe de seguimento, com os serviços de referência e com a família. O planejamento da alta visa à transição exitosa da família para casa (DUARTE e cols., 2010).

7.2.1 Planejamento para alta da UTIN

O preparo para a alta é um processo contínuo a ser iniciado no momento da entrada do bebê no setor ou instituição, deve ser apoiado em ações que requerem uma avaliação permanente das demandas do bebê e de sua família.

Segundo Duarte e cols. (2010), a ida para casa representa um obstáculo a ser enfrentado, pois independente da experiência adquirida com o filho, os pais costumam sentir-se angustiados e assustados por se tornarem, agora, os responsáveis pela segurança do bebê e não mais a equipe neonatal.

O estudo de Griffin e Abraham (2006) identificou que apesar de toda a complexidade que envolve a alta de UTIN, o planejamento da alta não é considerado prioridade pelos profissionais das UTIN. E que a alta precoce ocorre e tem sido determinada, principalmente, pela necessidade de redução dos gastos com os serviços hospitalares, e não pelos benefícios que a redução do tempo de hospitalização pode representar para o RN e sua família.

No entanto, o processo de alta deve se basear nas necessidades previstas da criança e nas habilidades dos pais em provê-las de maneira que se sintam confiantes no conhecimento adquirido acerca, não só das necessidades do seu filho, mas também dos cuidados especiais que o bebê de alto risco exige após a alta (COUTO e PRAÇA, 2009; ROBISON e cols., 2000). Ainda segundo o MS, a decisão da alta deve ocorrer de forma compartilhada entre equipe, pais e a rede de apoio (BRASIL, 2013).

O planejamento da alta deve buscar o equilíbrio entre o bem-estar e estabilidade da criança com a capacidade da família em prover os cuidados, assim como a disponibilidade de serviços de suporte na comunidade; de maneira que seja possível a continuidade da assistência no domicílio (MORAIS e cols., 2009).

A comunicação na UTIN é apontada como elemento fundamental no planejamento da alta hospitalar e no processo de transição seja para casa, para outros setores de internação ou para serviços de APS e de especialidades (COMITÉ DE ESTUDIOS FETONEONATALES, 2006; GAAL e cols., 2008; MILLS e cols., 2006; RABELO e cols., 2007; SIMS e cols., 2006).

A comunicação com os pais constitui-se fator decisivo para o sucesso da alta da UTIN e, para isso, deve respeitar o nível de entendimento dos pais e permitir que tenham suas dúvidas esclarecidas (RABELO e cols., 2007).

Quanto a comunicação entre os profissionais da UTIN, em sua maioria, preocupam-se com a falta de comunicação entre os membros da equipe e reconhecem a importância dela no contexto do planejamento da alta de RN (GAAL e cols., 2008).

O Método Canguru é um exemplo de política que promove o desenvolvimento do preparo para a alta. Instituído no Brasil pela Portaria nº 693/GM em 5 de julho de 2000, o MC estabelece que sejam desenvolvidas ações educativas, antecedentes a alta, para o preparo das famílias no cuidado em domicílio. Essas ações educativas devem ser contínuas de forma que na primeira etapa busca-se a participação da mãe nos cuidados com o filho (BRASIL, 2017).

7.2.2 Preparo dos pais e família para a alta

A disponibilidade, a competência e a habilidade dos pais para o cuidado com o RN são consideradas como critérios de alta, sendo tão importantes quanto a condição clínica do RN (COMITÉ DE ESTUDIOS FETONEONATALES, 2006; GAAL e cols., 2008; GRIFFIN; ABRAHAM, 2006; PRIGENZI e cols., 2008). Dessa forma, o preparo dos pais e das famílias é condição primordial para alta da UTIN.

Segundo o Comité de Estudios Fetoneonatales (2006), a capacitação dos pais para a alta da UTIN deve considerar as condições socioeconômicas, intelectuais, psicológicas e físicas da família. Bessani e cols. (2006) e Duarte e cols. (2010) destacam a importância da escolaridade materna, uma vez que as dificuldades de comunicação acontecem principalmente com os pais de menor escolaridade que não entendem as orientações fornecidas.

Para que isso seja possível, o planejamento da alta e a capacitação dos pais devem ser realizados gradativamente durante a hospitalização, de modo a não sobrecarregar os pais e os profissionais nos últimos dias de internação do RN (MILLS e cols., 2006).

7.3 Atenção pós-alta da UTIN

As crianças que sobrevivem à experiência de internação em UTIN e recebem alta para casa ou para os serviços da rede básica, geralmente, necessitam de acompanhamento rigoroso e prolongado nos primeiros anos de vida. Essas crianças apresentam maiores índices de

doenças crônicas e de necessidades de saúde, fazendo, portanto, o uso desses serviços de saúde com mais frequência.

Crianças egressas de UTIN possuem importância social e para os serviços de saúde, visto que a amplitude das sequelas da sobrevivência de crianças prematuras são ainda pouco conhecidas, todavia de grande impacto na saúde pública (KLINGER e cols., 2005; RODRIGUES e cols., 2007). Acrescenta-se, ainda, que a simples oferta de um tratamento de excelência durante a internação na UTIN não é suficiente. É preciso o acompanhamento dessas crianças durante a infância, a fim de lhes garantir boa evolução clínica e qualidade de vida, ressaltam Klinger e cols. (2005) e Rodrigues e cols. (2007).

7.3.1 Atendimento para crianças egressas das UTIN

O aparecimento de um atendimento específico para crianças egressas de UTIN começou nos países desenvolvidos, na década de 1970, a partir do interesse de neonatologistas sobre a evolução dessas crianças e o resultado a médio prazo da assistência recebida no período neonatal (MEIO e cols., 2005).

No Brasil, surgem na década de 1980 os primeiros grupos de crianças egressas de UTIN no Rio de Janeiro com o objetivo de obter informações sobre a evolução, a assistência e a continuidade ao tratamento iniciado na UTIN. Fato é que o surgimento desses ambulatórios gerou um aumento na oferta de atendimento, antes inexistente, pois a única demanda até então era decorrente do interesse dos médicos em prestarem o serviço (MEIO e cols., 2005).

Contudo, a criação desses serviços surgiram a partir das unidades isoladas, não envolvendo a macro gestão de estrutura como um todo na sua criação. A desarticulação dos ambulatórios de seguimento com os demais a rede de serviços de saúde ainda é realidade em muitas cidades do país.

A continuidade do cuidado na rede assistencial é importante, entretanto o suporte profissional após a alta é deficiente e desarticulado entre os profissionais da UTIN e os profissionais dos serviços de APS e serviços de especialidades (BROEDSGAARD e WAGNER, 2005).

Ademais, há necessidade de preparo técnico-organizacional dos serviços básicos de saúde para receber os RN egressos de UTIN, suas famílias e suas necessidades específicas (GAAL e cols., 2008; MEIO e cols., 2005).

7.4 Seguimento de crianças egressas de UTIN

O acompanhamento regular de crianças egressas de UTIN permite uma assistência condizente com sua evolução clínica, e, por conseguinte, reduz reinternações e custos hospitalares (MEIO e cols., 2005).

Entretanto, as informações sobre a evolução das crianças brasileiras egressas de UTIN são escassas, constituindo um sério problema para os gestores, que devem se pautar em informações da literatura dos países desenvolvidos. Meio e cols. (2005) sugeriu a criação de uma rede de informação sobre a evolução dessa população de recém-nascidos que permita conhecer a realidade dos egressos de UTIN no nosso meio. Porém, até o momento, não dispomos de nenhum banco ou sistema com esses dados.

O seguimento na saúde da criança nos primeiros anos de vida é relevante, pois nesse período são fornecidas à família informações básicas sobre o desenvolvimento adequado assim como recomendações sobre rotinas mínimas de vigilância para a detecção precoce de alterações.

À vista disso, o MS afirma que os ambulatórios de seguimento devem estar preparados para:

- Intervir precoce e adequadamente, referenciar para serviços especializados;
- Detectar possíveis anormalidades sensoriais que podem contribuir para anormalidades no desenvolvimento;
- Reconhecer os pontos fortes da criança, dos cuidadores e da família ampliada, de modo a poder ajudar a superar as dificuldades.
- Fornecer informações claras;
- Ajudar a garantir acesso a serviços de saúde e programas sociais;
- Ter cuidado ao dar prognósticos, evitar fazer julgamentos sobre a família ou a criança são pontos que ajudam a estabelecer a confiança no profissional facilitando o tratamento adequado (BRASIL, 2011b).

O MS brasileiro recomenda que o acompanhamento ao bebê seja organizado com consultas espaçadas até atingir dois anos de idade, sendo estas assim distribuídas: na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês, 12º mês, 18º mês e 24º mês (BRASIL, 2012a).

No que diz respeito ao seguimento do RN de risco, o MS e a Sociedade Brasileira de Pediatria preconizam que ocorra através de atuação multiprofissional, de caráter complementar a puericultura, uma vez que não permite um acompanhamento mais frequente e próximo, a partir de consultas mensais no primeiro semestre, consultas bimestrais ou trimestrais do 6º ao 12º mês e consultas trimestrais do 13º ao 24º mês (BRASIL, 2011b; SILVEIRA, 2012). Este intervalo é adotado devido o consenso na literatura e por incluir as faixas etárias que con-

templam o maior número de imunizações do lactente, marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como serem as fases que demandam maiores orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012b; SILVEIRA, 2012).

Segundo Aires e cols. (2005), a dificuldade dos profissionais da Atenção Básica em dar continuidade aos cuidados Canguru e atuar na terceira etapa do método parece estar relacionada ao limitado conhecimento dos mesmos para que se sintam seguros e aptos para tal. A frágil comunicação entre o hospital e a UBS impossibilita a continuidade do MC na atenção primária. Sendo assim, necessita-se de capacitação profissional e pactuações entre os diversos níveis de atenção à saúde para a efetivação da terceira etapa do MC também na Atenção Básica.

Recentemente um estudo sobre a influência da Estratégia Saúde da Família observou que apesar do efeito pequeno no uso de serviços de saúde no Brasil entre crianças menores de 5 anos de idade que a Estratégia Saúde da Família pode corrigir desigualdades e, por estar no primeiro nível de atuação de um sistema de saúde, pode ordenar o atendimento e reduzir custos (OLIVEIRA e cols., 2019).

7.5 Pluralismo nos cuidados de saúde

A preocupação com a saúde está presente no cotidiano das pessoas. Porém muitos dos problemas de saúde não chegam ao sistema formal de cuidado à saúde. Os estudos de Kleinman e cols. (1978), Kleinman (1980) e Knauth (1991) mantem-se atuais ao apontar que 70 a 90% dos episódios de doença são manejados fora desse sistema, por autocuidado ou busca de formas alternativas de cura, ou seja, o modelo biomédico é apenas um entre tantos sistemas disponíveis no “mercado” da saúde, conclui Oliveira (2002).

Para Oliveira e cols. (2017) os elementos culturais aparecem com força nesse cenário, e para o profissional de saúde, sobretudo aquele inserido na Atenção Básica, o conhecimento e compreensão dos valores culturais presentes nas famílias e na comunidade em geral é fundamental para nortear parte das ações de saúde, mediar conflitos terapêuticos e potencializar ferramentas sociais. As identidades sociais e pessoais, os rituais, as cerimônias, as práticas populares e os papéis nas comunidades devem ser identificados, compreendidos e respeitados.

Desde os primórdios da humanidade, o ser humano utiliza práticas alternativas para manter a saúde ou livrar-se de doenças (ISERHARD e cols., 2009). Na maioria das sociedades, as pessoas que sofrem de desconforto físico ou emocional apresentam diferentes formas de buscarem cuidado para si, entre si ou para outras pessoas (HELMAN, 2009).

Muitas sociedades ocidentais possuem sistemas de saúde, compostos por três setores inter-relacionados: familiar, popular e profissional; os quais produzem diferentes modos de cuidado (CASTRO, 2020). Dessa forma, o modelo biomédico é apenas um entre tantos sistemas disponíveis no “mercado” da saúde, afirma Oliveira (2002). Ou seja, as práticas de cuidar do sistema oficial de saúde não é o primeiro, nem o melhor, ele tão somente atende a interesses diferenciados.

Todas as atividades associadas ao cuidado à saúde estão inter-relacionadas, tencionando a organização social para o enfrentamento da doença, e formam, a exemplo da religião e da linguagem, um sistema cultural próprio, que é o Sistema de Atenção à Saúde (KLEINMAN, 1980).

O cuidado de saúde adequado é definido a partir de padrões culturais (GUTIERREZ e MINAYO, 2010). Frente a essa constatação, é possível compreender o modo como os grupos e as pessoas reagem e organizam seus fazeres diante desse fenômeno complexo que é a saúde/doença/cuidado.

7.6 Setores de cuidado de saúde

Uma vez que as pessoas percebem a necessidade de praticar alguns cuidados na tentativa de manter condições saudáveis de vida, os antropólogos destacam que o processo saúde-doença e os cuidados envolvidos nesse processo não podem ser estudados isoladamente dos aspectos sociais, religiosos, políticos e econômicos (HELMAN, 2009).

Baseado nesses pressupostos, tem-se três setores sobrepostos e interconectados de cuidados de saúde: o Setor Informal, o Setor Popular e o Setor Profissional.

Cada um desses setores tem seu próprio modo de explicar e tratar a má saúde, definir quem é a pessoa que cura e quem é o paciente, especificando como o agente de cura e o paciente devem interagir em seu contexto terapêutico (KLEINMAN, 1980). Todos os setores de cuidados em saúde possuem vantagens e desvantagens e, a escolha por qual setor utilizar, acontece de acordo com as circunstâncias e explicações culturalmente aceitas pela pessoa e o grupo que a cerca (GERHARDT, 2006).

Geralmente as pessoas doentes utilizam os três setores, muitas vezes usando todos de uma só vez, principalmente quando o tratamento em um dos setores falha em aliviar o desconforto físico e emocional (KLEINMAN, 1980). Tal comportamento permite afirmar que há associação entre os saberes de cada setor (BUBOLTZ, 2013).

7.6.1 Setor informal

O setor informal é considerado o domínio leigo, não profissional da sociedade onde geralmente a má saúde ou doença é reconhecida pela primeira vez. Isso porque os cuidados nesse setor acontecem principalmente no seio familiar. É dentro do contexto familiar que muitos casos de má saúde são reconhecidos e, então, tratados, correspondendo ao cuidado primário em saúde. Na maioria das sociedades, a mulher tem o domínio sobre o conhecimento de medicações, plantas medicinais e ervas usadas no tratamento de má saúde das famílias (KLEINMAN, 1980).

O setor informal agrega várias crenças sobre a manutenção da saúde como orientações para promoção da saúde como atitudes para evitar a má saúde, entre outros. Uma característica desse setor é que todos podem ser considerados fontes de aconselhamento e assistência em relação à saúde, pois o conhecimento em relação à determinada doença é baseado na experiência de cada pessoa, isto é, a experiência é mais importante do que a educação, status social ou poderes ocultos especiais (KLEINMAN, 1980). Observa-se que frente ao adoecimento, as pessoas tendem a buscar recursos iniciais que variam da automedicação à consulta com outras pessoas sem formação técnica.

Todas as alternativas terapêuticas não-pagas podem ser consideradas informais. Ela inclui opções terapêuticas, como: autotratamento ou automedicação; conselhos ou tratamentos dados por parentes, amigos, vizinhos ou colegas de trabalho; atividades de cura e cuidado mútuo em igrejas ou grupos de autoajuda; consulta com pessoa leiga que possui experiência, ainda que sem instrução específica na área.

7.6.2 Setor popular

O setor popular é constituído por indivíduos que se especializam em formas de cura consideradas sagradas ou seculares ou uma mistura das duas. Estes indivíduos, conhecidos como curandeiros, ocupam uma posição intermediária entre os setores informal e profissional (KLEINMAN, 1980). Wilker (2000) afirma que práticas de feitiçaria ou curandeirismo ainda persistem em sociedades modernas com ampla difusão de serviços médicos.

Neste setor de cuidado, a saúde é entendida como resultado do equilíbrio entre o homem e seus meios social, natural e sobrenatural (visão holística) (HELMAN, 2009).

O setor popular engloba vários tipos de curandeiros populares que podem ser quiropráticos, parteiras, pessoas que extraem dentes, até aqueles que realizam curas espirituais,

clarividentes e xamãs. Segundo Kleinman (1980) e Helman (2009), esses curandeiros populares compõem um grupo heterogêneo organizados em associações com regras, códigos de conduta e troca de informações que compartilham os valores culturais básicos e a visão de mundo das comunidades em que vivem.

As alternativas populares de cuidado de saúde muitas vezes não são provenientes de estudos e, portanto, consideradas como cuidado ilegítimo

[...] sendo entendidas pela sociedade como atraso e ignorância, contrastando com as práticas médicas, estas tidas como dotadas de cientificidade e legitimidade. [...] Incorporou-se, historicamente, a prática médica com a tal prática científica e, consequentemente, desqualificaram-se outras práticas e praticantes (OLIVEIRA e MORAES, 2010, p. 414).

Oliveira e Moraes (2010, p. 419) ressaltam que as práticas populares “compreendem formas de cura que não seja propriamente biomédica e que abrangem práticas advindas da cultura popular, tais como o benzimento e aquelas ligadas a religiões”.

Na Declaração de Alma-Ata, em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que 80% da população dos países em desenvolvimento utilizam práticas tradicionais nos seus cuidados básicos de saúde (OMS, 1979). Desde então, a OMS recomenda a integração das práticas tradicionais ou populares de cura à medicina oficial e moderna bem como a necessidade de garantia do respeito, reconhecimento e colaboração entre os praticantes dos diversos sistemas de tratamento e cura (HELMAN, 2009). No Brasil, a temática foi levantada em diversas oportunidades, como em 1986, na 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1987), quando foi recomendada a introdução das práticas tradicionais de cura popular no atendimento público de saúde.

No contexto social brasileiro, as práticas de cura se encontram vinculadas a cultos religiosos associados à figura de curandeiros, rezadores, pajés, xamãs e pastores evangélicos. Dentre os recursos utilizados por rezadores, benzedores, curandeiros, xamãs em seus rituais, destacam-se plantas, brasas, cordões, velas, “banhas” de animais, ovos, animais inteiros, partes de animais, sangue, cigarro, “perfumes” e “pós” extraídos de plantas a animais (ALVES e cols., 2009; ALVES e ROSA, 2008; CAVANDER e ALBÁN, 2009; OLIVEIRA e COSTA JÚNIOR, 2011; NEGI e PALYAL, 2007).

Helman (2009) apresenta algumas vantagens das alternativas populares como a proximidade entre paciente e curandeiro, o afeto e a informalidade, o uso de linguagens coloquiais, o tratamento no ambiente do paciente, ou seja, no âmbito de sua família e amigos, o reforço que é dado aos valores culturais da comunidade onde vive e a possibilidade de explicações cultu-

ralmente familiares e aceitas sobre as causas das doenças. Contudo, apresenta também desvantagens e riscos, que vão desde diagnósticos equivocados e tratamentos que podem causar aos pacientes danos psicológicos e físicos graves.

7.6.3 Setor profissional

O setor profissional de cuidado em saúde compreende as profissões legalmente sancionadas, como a medicina científica ocidental moderna, também conhecida como alopatia ou biomedicina. E além do médico inclui outras categorias profissionais como, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, entre outros (KLEINMAN, 1980).

Já o setor profissional representa a organização oficial ou formal da prática de saúde, na maior parte dos casos, tendo a biomedicina como referência. É o setor que, em certos países, por concentrar maior aparato tecnológico, organização e poder, submete todas as outras práticas de saúde à sua autoridade. Pela sua grande penetração e pelo poder de que dispõe em algumas sociedades, como a brasileira, o setor profissional impõe-se sobre os demais setores (PALMA e cols., 2015).

Frente a essa perspectiva, concorda-se com Boehs (2007) quando refere-se ao setor profissional como um dos conhecimentos existentes e que “o outro” com o qual se estabelecem negociações educativas e terapêuticas é um ser humano que cria, reinventa e aplica sua cultura.

Diante das possibilidades de cuidados nesses três setores distintos e tangenciais, compreende-se o cuidado como resultado de uma interação entre questões socioculturais desencadeadas por condições de má saúde ou doença.

8 MATERIAL E MÉTODOS

8.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo coorte retrospectiva de caráter quantitativo, analítico-descritivo, exploratório, e é parte integrante da pesquisa “Setores de cuidado de saúde utilizados por crianças egressas de unidades de terapia intensiva neonatal” desenvolvida pela Universidade Federal do Maranhão (UFMA). Para este estudo foram consideradas as crianças nascidas nos anos de 2014 e 2015, com o objetivo de analisar a utilização dos setores de cuidado de saúde por crianças egressas de unidades de terapia intensiva neonatal localizadas no município de São Luís (MA), nos quatro primeiros anos de vida.

8.2 População e amostra em estudo

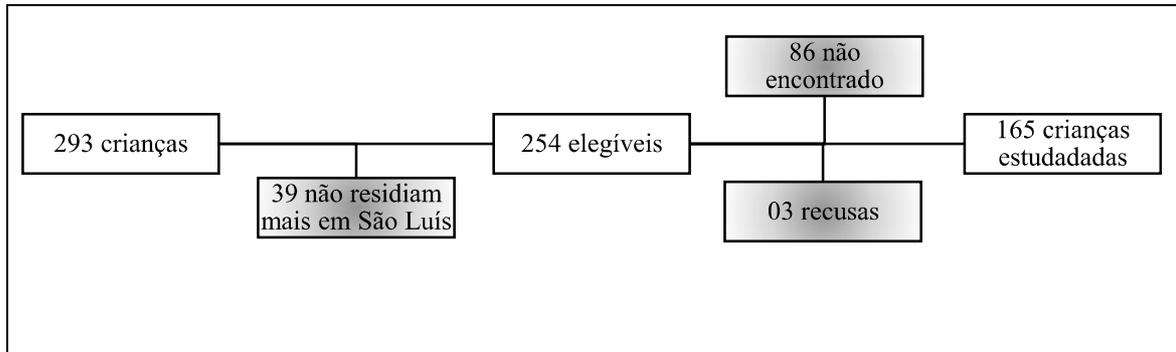
Inicialmente, estimou-se que o total da população de elegíveis seria em torno de 600 crianças, visto que esse é o número aproximado de altas de crianças das UTIN em estudo nos dois anos.

A população do estudo foi formada por crianças egressas de UTIN das duas maiores maternidades públicas de São Luís que residissem em São Luís (MA). O levantamento das internações em UTIN deu-se acessando os sistemas de cadastro de internação/alta de cada maternidade, sendo identificadas 293 crianças egressas de UTIN nos anos de 2014 e 2015 e residentes no município de São Luís.

Para o cálculo da amostra considerou-se nível de confiança de 95% e valor de “q” de 50% que maximiza os valores amostrais e margem de erro (5%), obtendo-se um número amostral de 234 crianças. Contudo, foi acrescentado a esse número 20%, devido à possibilidade de perdas de seguimento. O número amostral mínimo previsto foi de 280 mães e/ou responsáveis a serem entrevistados.

A amostra foi constituída por 165 crianças, menores de 48 meses, residentes em São Luís e egressas de duas UTIN públicas (FIGURA 1). Para essa amostra, levando-se em consideração a variável “presença de morbidade na alta”; mantendo-se um intervalo de confiança de 95%; risco relativo significativo de 2,0; risco de desfecho positivo entre expostos/não expostos de 40/19; obteve-se um cálculo de poder amostral de 80,09%.

Figura 1: Fluxograma amostral da pesquisa Setores de cuidado de saúde utilizados por crianças egressas de unidades de terapia intensiva neonatal. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016-2018.



8.2.1 Critérios de inclusão e não inclusão

Considerou-se ainda como elegíveis para o estudo, crianças egressas que evoluíram a óbito após alta da UTIN.

As crianças portadoras de morbidades ou condições de saúde consideradas “especiais”, como por exemplo, cardiopatias graves, doenças neurológicas, doenças genéticas com ou sem diagnóstico esclarecido ou portadoras de doenças respiratórias crônicas tais como broncodisplasia pulmonar também serão incluídas na pesquisa.

8.2.2 Critérios de exclusão

Foram excluídas crianças que residiam em outro município apesar do endereço ser de São Luís, bem como aquelas cujas mães recusaram-se a responder o questionário ou a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

8.3 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados aconteceu em dois momentos distintos. No primeiro momento foi realizado a identificação de todas as crianças nascidas no período compreendido entre o primeiro semestre de 2014 e o segundo semestre de 2015. A partir das listagens de internação e alta das UTIN em estudo, disponíveis nos sistemas de informação de cada instituição teve-se acesso ao número de prontuário de onde foram coletados dados cadastrais e pré-natais da mãe, perinatais da criança e sobre a internação da mesma na UTIN.

No segundo momento acontecia a entrevista com as mães e/ou responsáveis das crianças elegíveis para o estudo. Para agendamento da entrevista foi realizado contato telefônico com as mães e/ou responsáveis pela criança para verificar a disponibilidade e interesse em participar da pesquisa (APÊNDICE A). Nesse momento repassou-se todas as informações sobre a pesquisa, o objetivo, a justificativa e a método utilizado, bem como sobre o TCLE (APÊNDICE B). Obtendo o aceite para participação na pesquisa, agendava-se dia e horário para aplicação do questionário e assinatura do TCLE. Oportunamente no momento da entrevista realizou-se maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, e por vezes sobre a continuidade do acompanhamento da criança no serviço de ambulatório especializado.

Após três tentativas de contato telefônico, em dias e horários diferentes, sem êxito, realizava-se busca ativa utilizando-se o endereço constante no prontuário. Na realização da visita domiciliar ou mesmo no contato telefônico foram identificadas 39 crianças que residiam em outras cidades e/ou estados e portanto procedeu-se a exclusão das mesmas (FIGURA 1).

O questionário (APÊNDICE C) foi elaborado de forma semiestruturada buscando o alcance e controle das variáveis dependentes e independentes do estudo. O início do processo de coleta de dados foi condicionado à aprovação por comitê de ética e pesquisa.

8.4 Variáveis do estudo

As variáveis maternas foram categorizadas para análise e incluíram: Idade em anos (15-19; 20 a 35; 36-45); Cor de pele autorreferida (branca, não branca); Escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo); Religião (sim, não); Situação conjugal (com companheiro, sem companheiro); Renda familiar mensal em salários mínimos considerando os valores de 937 reais no ano de 2017 e 954 reais em 2018 (menor que 1, 1-3, 4-7 e 8-10); Número de gestações (1, 2, 3, 4-5, 6 ou mais); Consultas pré-natal (nenhuma, menos que seis consultas, seis ou mais consultas).

As variáveis sobre a criança categorizadas para análise e incluíram: Sexo (masculino, feminino); Cor de pele referida (branca, não branca); Idade em meses (até 11, 12 a 23, 24 a 35, 36 a 47); Idade gestacional (IG) ao nascer (pré-termo, a termo); Baixo peso ao nascer (sim, não); Apgar 1º minuto (<7 , ≥ 7); Apgar 5º minuto (<7 , ≥ 7); Morbidades na alta UTIN (sem morbidade, com morbidade e sem informação); Adoecimento pós-alta (nenhum, doença com prognóstico bom, doença com prognóstico ruim); Reinternações (nenhuma, uma vez, duas vezes, três vezes, quatro vezes ou mais, sem informação). Para a IG foi considerado pré-termo

crianças nascidas com menos de 37 semanas e a termo aquelas com 37 ou mais semanas (DBSTET, 1977). Foi considerado baixo peso ao nascer crianças nascidas <2.500g (PRADO e cols., 2019).

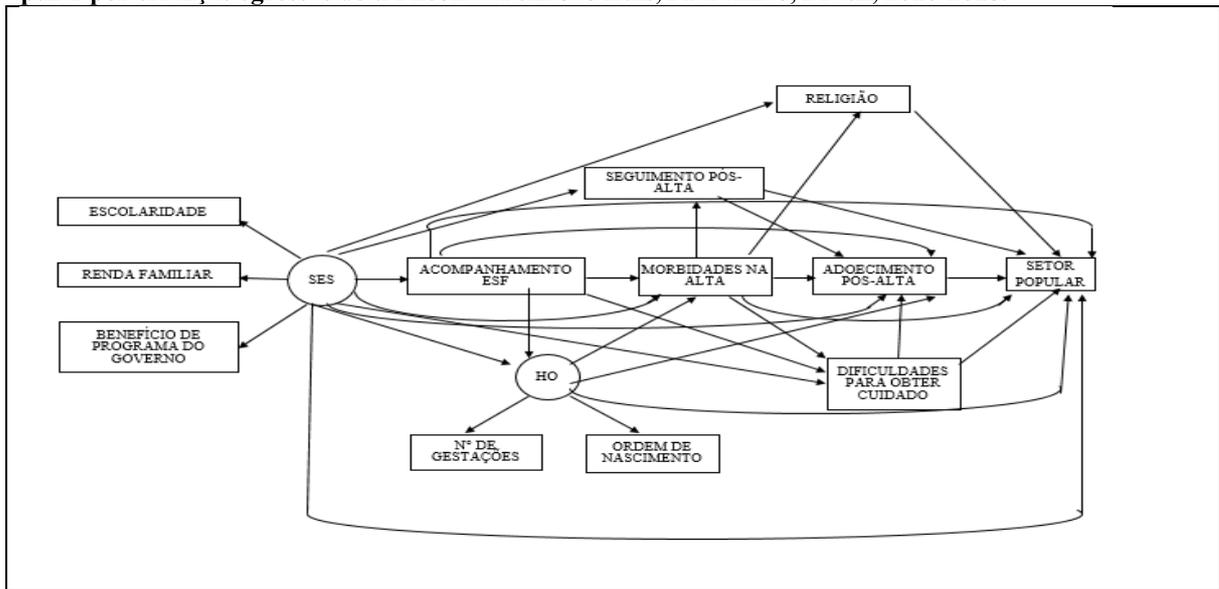
As variáveis setores de cuidados de saúde e as respectivas práticas utilizadas foram: Setor profissional categorizado em pediatra/clínico geral, especialidades médicas, profissionais de reabilitação e outros profissionais; Setor informal categorizado em prática de automedicação, conselho de parente, amigo ou vizinho, consulta com pessoa leiga que possui experiência, igrejas ou grupos de autoajuda e internet e Setor popular categorizado em benzedeira/curandeiro, unção com óleo/água, orações/cultos e promessas.

Um modelo teórico foi criado para analisar se as condições socioeconômicas e a presença de morbidade na alta tem impacto direto ou indireto na busca pelo setor popular (desfecho) (FIGURA 2). A escolha dessas variáveis basearam-se em resultados de estudos qualitativos sobre o tema, onde características sociodemográficas (AMARAL e cols., 2010; BEHERA, 2015; BOUSSO e cols., 2011; DESAI e ALVA, 1998; MENEZES e cols., 2016) e a presença de morbidades na alta (AGUIAR JÚNIO e; COSTA, 2009; ESCUDER e cols., 1999; TSAO e cols., 2007) mostram-se frequentemente concomitantes ao uso do setor popular.

Foram criadas duas variáveis latentes para análise do modelo teórico: Condição Socioeconômica (CSE) e História Obstétrica (HO).

A variável latente “CSE” foi criada com as variáveis Escolaridade materna, Renda familiar e Benefício de programas do governo. A escolha das variáveis para composição da variável latente “CSE” baseou-se em estudos que identificaram uma maior procura por tratamentos alternativos em indivíduos com menor escolaridade (AZEVEDO e cols., 2004; DANESI e ADETUNJI, 1994; MADSEN e cols., 2003). Da mesma forma, estudos sobre a utilização de medicina complementar e alternativa numa comunidade mineira apontam que o interesse por cuidados alternativos parece ter relação com a renda mensal familiar (RODRIGUES NETO e cols., 2009) ao estudar. Porém, o estudo de Soares e cols. (2009) mostra que famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família tem renda extremamente volátil devido à informalidade e ao desemprego. Assim, por contribuir para complementar a renda familiar, a adesão a algum benefício de programas do governo como o Programa Bolsa Família, por exemplo, também compôs essa variável latente.

Figura 2 - Modelo teórico final da associação de fatores relacionados à busca por cuidados no setor popular por crianças egressas de UTI neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, 2016-2018.



A variável latente História Obstétrica (HO) foi criada com as variáveis Número de gestações e Ordem de nascimento. A escolha das destas variáveis para composição de variável latente “HO” considerou o fator geracional. Parece haver uma predileção para o uso de práticas de cuidados populares entre os primogênitos de mães primíparas, o que se justificaria por uma maior influência de pessoas mais velhas da família, principalmente de avós, sobre uma mãe ainda inexperiente (GOMES e MELO, 2015).

A definição do uso do setor popular de cuidados de saúde como variável desfecho, surge não só a partir do fato de a população frequentemente encontrar dificuldade de acesso aos serviços oficiais de saúde ou de seu baixo custo e fácil acesso, mas também do entendimento de que essas práticas estão ligadas à tradições e culturas do saber local (ACIOLI e LUZ, 2003; GOMES e MELO, 2015; OLIVEIRA e cols., 2012).

Dessa forma, o Setor Popular foi considerado como o desfecho do presente estudo sendo obtido pela resposta positiva na opção “setor popular” para a seguinte questão do questionário aplicado: “Quais locais são utilizados por você como opção para tratamento ou prevenção de doenças na criança?”

As variáveis independentes estudadas referem-se às características sociodemográficas (escolaridade materna, renda familiar, benefício de programa do governo e religião), da criança (ordem de nascimento e morbidades na alta UTIN) e do seguimento pós-alta (encaminhamento, acompanhamento por equipe de saúde da família - ESF, adoecimentos pós-alta, reinternações, dificuldade para obter cuidados).

A informação sobre renda familiar mensal foi questionada em salários mínimos e categorizada em menor que 1 salário mínimo, de 1 a 3 salários mínimos, de 4 a 7 salários mínimos e de 8 a 10 salários mínimos. As variáveis benefício de programa do governo e religião foram categorizadas em ter ou não ter.

A ordem de nascimento da criança é uma variável ordinal mensurada, a partir do número de gestações da mãe e categorizada como primeiro, segundo, terceiro, quarto, quinto a oitavo filho. A informação sobre morbidade pós-alta foi coletada por meio da seguinte questão: “No momento da alta quais eram as morbidades/condições da criança?” As repostas foram categorizadas em sim, não, não sabe informar.

A variável adoecimento pós-alta foi obtida com a seguinte questão: “Quais doenças clínicas ou condição de saúde que a criança apresentou até o momento?” e as respostas categorizadas em nenhuma, doença de prognóstico bom e doença de prognóstico ruim. Para classificação do tipo de prognóstico, foi considerada a definição de Clark (CLARCK, 1996) “predição do curso de uma doença após a sua instalação”. A informação sobre o encaminhamento pós-alta foi obtida a partir do questionamento: “Após a alta da UTIN, você foi encaminhada para acompanhamento?” tendo como opções de resposta sim e não. A informação sobre acompanhamento por ESF foi coletada, tendo como pergunta: “Seu filho é acompanhado por equipe de saúde da família?”. As opções de resposta eram sim, não, não sabe informar.

8.5 Análise estatística

Foi realizada análise descritiva da amostra apresentando proporções e o p valor. Para quantificar o grau em que a variabilidade da amostra pode ter sido responsável pelos resultados observados no estudo utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste de exato de Fisher. O programa estatístico utilizado foi o Stata versão 14.0.

Na análise dos dados, frequências absolutas, assim como médias (\pm desvio padrão), foram estimadas para as variáveis do estudo. Todas variáveis foram incluídas no modelo em sua forma original.

As equações estruturais foram analisadas usando o software MPlus[®], versão 7.4 (Muthen & Muthen, North Carolina, Estados Unidos). Foi realizada estimação pelo método dos mínimos quadrados ponderados, ajustados pela média e variância – WLSMV (*Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted*), empregado para as variáveis categóricas, sendo robusto na ausência de normalidade. A parametrização *theta* controlou as diferenças de variâncias resi-

duais. Nas análises das estimativas padronizadas para a construção das variáveis latentes considerou-se carga fatorial superior a 0,4 e $p < 0,05$ como indicativa de que a correlação entre a variável observada e o construto é moderadamente alta em magnitude.

Para determinar se o modelo apresentou bom ajuste, consideraram-se os seguintes índices: (a) valor de p superior a 0,05 para o teste do qui-quadrado (χ^2); (b) $p < 0,05$ e um limite superior do intervalo de 90% de confiança (IC90%) inferior a 0,08 para o *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA); (c) valores superiores a 0,95 para o *Comparative Fit Index* (CFI) e o *Tucker Lewis Index* (TLI); e (d) valor do *Weighted Root Mean Square Residual* (WRMR) menor que 1.

8.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo CEP do HU UFMA, sob o parecer nº 1.588.178 estando em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

9 RESULTADOS

9.1 Artigo 1

Setores e práticas de cuidado à saúde utilizados por crianças egressas de UTI Neonatal

(Revista CADERNO DE SAÚDE PÚBLICA. Qualis A3)

SETORES E PRÁTICAS DE CUIDADO À SAÚDE UTILIZADOS POR CRIANÇAS**EGRESSAS DE UTI NEONATAL****HEALTH CARE SECTORS AND PRACTICES USED BY EARLY NEONATAL****INTENSIVE CARE UNIT CHILDREN**

Lia Cardoso de Aguiar. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, nº 155, Centro, CEP: 65020-070, São Luís, MA. E-mail para troca de correspondências: lia_cardoso@hotmail.com

Fernando Lamy Filho. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, nº 155, Centro, CEP: 65020-070, São Luís, MA.

Zeni Carvalho Lamy. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, nº 155, Centro, CEP: 65020-070, São Luís, MA.

Hortensia Coutinho da Rocha. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, nº 155, Centro, CEP: 65020-070, São Luís, MA.

Natany Sampaio Santos Dias. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, nº 227, Centro, CEP: 65020-070, São Luís, MA.

RESUMO

Objetivo Identificar os setores e as práticas de cuidado à saúde utilizados por crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN). **Método** Coorte retrospectiva, de caráter quantitativo, descritivo, realizada no período de 2016 a 2018 (n= 165). A coleta de dados aconteceu em dois momentos: identificação das crianças nascidas nos anos de 2014–2015 e, entrevista. Realizou-se descrição e análise dos dados utilizando testes Qui-quadrado de Pearson e exato de Fisher. **Resultados** Crianças com morbidades na alta da UTIN foram minoria, porém neste grupo foi mais comum o uso de práticas de cuidado do setor popular (83,3%; $p = 0,016$; IC95 = 0,21-0,36). Entre as crianças sem morbidade na alta da UTIN (73,2%) e sem histórico reinternação (70,5%) a busca pelo setor informal foi mais predominante. Destaca-se a relevância do histórico de reinternação para o uso de práticas do setor popular (83,3%; $p = 0,031$; IC95 = 0,25-0,40). Todos os três setores de cuidado à saúde foram utilizados e as práticas mais utilizadas foram pediatra/clínico geral (59,4%) no setor profissional, benzedeira/curandeiro (55,3%) no setor popular e automedicação (71,4%) no setor informal. Cor de pele não branca entre as mães teve significância estatística ($p = 0,016$; IC95 = 0,80-0,91). **Conclusões** A busca pelo setor popular deu-se principalmente por crianças com morbidades na alta, com adoecimento pós-alta e histórico de reinternação. A cor de pele materna não branca deve ser estudada como um constructo social. As práticas de cuidado permeiam os setores informal, popular e profissional, não ocorrendo um fluxo único, mas utilizando-se dos diferentes espaços e serviços, de acordo com suas necessidades.

Palavras-chave Saúde da Criança. Práticas de cuidado. Setores de cuidado à saúde.

ABSTRACT

Objective To identify the sectors and health care practices used by children coming from a neonatal intensive care unit (NICU) in the city of São Luís (MA). **Method** A retrospective, quantitative, descriptive study, conducted from 2016 to 2018. The sample studied consisted of 165 children who were discharged from the NICU of the two largest public maternity hospitals in São Luís, under 48 months of age and residing in the capital of Maranhão. Data collection took place at two different times. In the first moment the identification of all children born between the first semester of 2014 and the second in semester of 2015; and in the second, the interview. Maternal and child variables were collected and included sociodemographic, perinatal, discharge and post discharge data; and variables of the health care sectors and their practices. Descriptive analysis was performed using Pearson's chi-square test and Fisher's exact test.

Results Children with diagnosed morbidities at discharge from the NICU were in the minority, but in this group it was more common to use care practices in the popular sector (83.3%; $p = 0.016$; $CI_{95} = 0.21-0.36$). Among children without morbidity at discharge from the NICU (73.2%) and without a history of readmission (70.5%), the search for the informal sector was more prevalent. The relevance of the history of hospital readmission for the use of popular sector practices is highlighted (83.3%; $p = 0.031$; $CI_{95} = 0.25-0.40$). All three health care sectors were used and the most used practices were pediatrician / general practitioner (59.4%) in the professional sector, healer (55.3%) in the popular sector and self-medication (71.4%) in the informal sector. Non-white skin color among mothers was statistically significant ($p = 0.016$; $CI_{95} = 0.80-0.91$).

Conclusions The search for the popular sector occurred mainly for children with morbidities at discharge, with post-discharge illness and history of hospital readmission. Non-white maternal skin color must be studied as a social construct. Care practices permeate the informal, popular and professional sectors, with no single flow, but using different spaces and services, according to their needs.

Keywords Child Health. Health Care Monitoring. Medicine Traditional.

INTRODUÇÃO

A internação na UTI Neonatal (UTIN) visa a oferta de um cuidado especializado aos recém-nascidos (RN), utilizando fármacos e, por vezes, recursos invasivos para tratamentos e investigação diagnóstica (1). Os avanços na assistência neonatal são perceptíveis e estão relacionados com a redução das taxas de mortalidade e o aumento da sobrevivência de RN pré-termos com IG de nascimento cada vez menores (2).

Após a alta, essas crianças tendem a apresentar risco aumentado para o desenvolvimento de necessidades especiais de saúde (1) e esse prognóstico implica no monitoramento de saúde periódico por tempo indeterminado e em muitos casos acompanhamento em instituições de reabilitação (3).

As crianças egressas de UTIN são cuidadas no domicílio por seus familiares. Porém, nesse momento, ainda persiste uma grande insegurança por parte desses cuidadores. Um estudo brasileiro sobre cuidados maternos em RN de risco mostrou que 90% das mulheres afirmavam não saber como cuidar do seu bebê em casa (4). Na busca por esses cuidados, essas famílias visitam diferentes cenários de cuidado à saúde.

Minimamente é possível identificar três setores de realização de cuidado: o setor profissional, o setor informal e o setor popular. O setor profissional tem como base o modelo biomédico e é composto pelas instituições de saúde e seus profissionais. Este setor é identificado pelas famílias como aquele ligado ao saber científico e à resolutividade das suas necessidades. O setor informal envolve autotratamento e automedicação, obtenção de conselhos com amigos ou parentes, sendo a família a principal influenciadora para uso dos costumes culturais (5–7). O setor popular envolve um cuidado holístico com especialistas em cura sem formação em áreas da saúde, como pessoas participantes de grupos religiosos e seculares, a exemplo tais

como curandeiros, benzedeadas, pastores, médiuns ou cuidados desenvolvidos em terreiros de religiões de origem africana (5–8).

Estudos sobre seguimento de egressos de UTIN apontam a predominância na utilização do setor informal por mães de recém-nascidos(4,9). No estudo de Moraes et al. (2017), com mães de crianças egressas do método canguru, observou-se o uso do setor profissional e do setor informal no itinerário terapêutico, porém não foi identificado uso do setor popular. Da mesma forma, Garcia et al. (2012) apontam para a influência dos aspectos culturais nas práticas populares de cuidado à saúde. Porém, estes estudos não descrevem as práticas encontradas.

Dessa forma, o presente estudo se propôs a identificar os setores e as práticas de cuidado à saúde utilizados por crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal na cidade de São Luís (MA). Procurou-se responder às seguintes questões: quais os setores de saúde utilizados por essas crianças? Quais as práticas de cuidado à saúde que as mães procuram em cada setor?

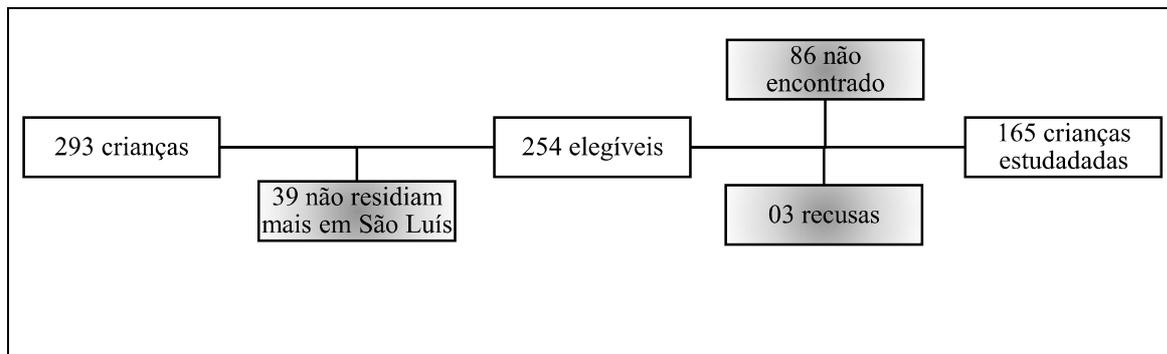
MÉTODO

Trata-se de uma coorte retrospectiva, de caráter quantitativo, descritivo, com coleta realizada no período de 2016 a 2018.

A população do estudo foi formada por crianças egressas de UTIN das duas maiores maternidades públicas de São Luís que residissem em São Luís (MA). O levantamento das internações em UTIN deu-se acessando os sistemas de cadastro de internação/alta de cada maternidade, sendo identificadas 293 crianças egressas de UTIN nos anos de 2014 e 2015 e residentes no município de São Luís.

A amostra foi constituída por 165 crianças, menores de 48 meses (FIGURA 1).

Figura 1: Fluxograma amostral da pesquisa Setores de cuidado de saúde utilizados por crianças egressas de unidades de terapia intensiva neonatal. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016-2018.



Ressalta-se que tanto as crianças que evoluíram a óbito após alta da UTIN ou que eram portadoras de morbidades ou condições de saúde consideradas “especiais”, como por exemplo, cardiopatias graves, doenças neurológicas, doenças genéticas com ou sem diagnóstico esclarecido ou portadoras de doenças respiratórias crônicas tais como broncodisplasia pulmonar também foram consideradas elegíveis para o estudo.

A coleta de dados aconteceu em dois momentos distintos. No primeiro momento foi realizada a identificação de todas as crianças nascidas no período compreendido entre o primeiro semestre de 2014 e o segundo semestre de 2015. A partir das listagens de internação e alta das UTIN em estudo, disponíveis nos sistemas de informação de cada instituição teve-se acesso ao número de prontuário de onde foram coletados dados cadastrais e pré-natais da mãe, perinatais da criança e sobre a internação da mesma na UTIN.

No segundo momento acontecia a entrevista com as mães e/ou responsáveis das crianças elegíveis para o estudo. Para agendamento da entrevista foi realizado contato telefônico com as mães e/ou responsáveis pela criança para verificar a disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Nesse momento, repassaram-se todas as informações sobre a pesquisa, o objetivo, a justificativa e a método utilizado. Obtendo o aceite, agendava-se dia e horário para aplicação do questionário e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após três tentativas de contato telefônico, em dias e horários diferentes, sem êxito, realizava-se busca ativa utilizando-se o endereço constante no prontuário.

O questionário foi elaborado de forma semiestruturada.

As variáveis sobre a criança foram categorizadas para análise e incluíram: Sexo (masculino, feminino); Faixa etária (até 23 meses, 24 a 47 meses); Cor de pele referida (branca, não branca); IG ao nascer (a termo, pré-termo); Baixo peso (sim, não); Apgar 1º minuto (<7 , ≥ 7); Apgar 5º minuto (<7 , ≥ 7); Morbidades na alta UTIN (sim, não); Adoecimento pós-alta (sim, não); Reinternações (sim, não).

As variáveis maternas incluíram: Faixa etária (15-19 anos; 20 a 45); Cor de pele autorreferida (branca, não branca); Escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo); Religião (sim, não); Situação conjugal (com companheiro, sem companheiro); Renda familiar (< 1 salário mínimo, 1-3 salários mínimos, 4-10 salários mínimos); Gestações (única, múltiplas); Consulta pré-natal (sim, não).

As variáveis setores de cuidados de saúde e as respectivas práticas utilizadas foram: 1) Setor profissional categorizado em pediatra/clínico geral, especialidades médicas, profissionais de reabilitação e outros profissionais; 2) Setor informal categorizado em prática de automedicação, conselho de parente, amigo ou vizinho, consulta com pessoa leiga que possui experiência, igrejas ou grupos de autoajuda e internet e 3) Setor popular categorizado em benzeira/curandeiro, unção com óleo/água, orações/cultos e promessas.

Foi realizada análise descritiva da amostra apresentando frequências, proporções, p valor e índice de confiança 95% (IC95). Para verificar a associação entre a escolha do setor de cuidado com as características da crianças e da mãe utilizou-se o teste Qui-quadrado de Pearson ou o teste de exato de Fisher, no programa estatístico Stata 14.0.

A pesquisa foi aprovada pelo CEP do HU UFMA, sob o parecer nº 1.588.178 estando em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A assinatura do TCLE aconteceu no momento da aplicação do questionário.

RESULTADOS

Na amostra de 165 crianças foram mais frequente as seguintes características: sexo masculino (57,6%), cor de pele não branca (78,8%), idade de 24 a 47 meses (93,9%) com média de $33,2 \pm 7,7$ meses. O nascimento pré-termo ocorreu em 62,2% da amostra com IG média de $35,5 \pm 6,5$ semanas. O percentual de baixo peso ao nascer foi de 53,9% e um Apgar no 1º e 5º minutos maior ou igual a sete esteve presente em 66,9% e 90,2%, das crianças, respectivamente (TABELA 1).

As crianças com morbidade no momento da alta da UTIN foram minoria (28,4%) porém neste grupo foi mais comum o uso de práticas de cuidado relacionadas ao setor popular (83,3%). Já entre as crianças sem morbidade na alta da UTIN (73,2%) e sem histórico reinternação (70,5%) a busca pelo setor informal foi mais predominante.

A maioria das crianças teve adoecimento pós-alta (83,6%) e pelo menos um episódio de reinternação (32,1%). Destaca-se a relevância do uso de práticas do setor popular entre crianças que reinternaram (83,3%; $p= 0,031$).

O perfil materno encontrado foi idade materna média de 29,6 anos ($DP \pm 7,1$), sendo apenas 7,9% menor de 20 anos, cor de pele não branca (86,6%), ensino médio completo (46,9%), com religião declarada (87,5%), vivendo com companheiro (67,1%) e renda familiar de um a três salários mínimo (77,0%). O histórico obstétrico destas mulheres caracterizou-se

por gestações múltiplas (72,1%) e realização de pré-natal (98,2%) na gravidez da criança estudada (TABELA 2).

Todas as crianças estudadas utilizaram o setor profissional. Concomitante a isto, foi observada a busca por outros setores de cuidado à saúde: 3,6% no setor popular, 47,3% no setor informal e 24,9% nos três setores de cuidados. A utilização apenas do setor profissional correspondeu a 24,8%.

Quanto as práticas utilizadas em cada setor de cuidado em saúde tem-se 59,4% pediatra/clínico geral (setor profissional); 55,3% benzedeira/curandeiro (setor popular); 71,4% automedicação e 68,9% seguiram conselhos de parente, amigo ou vizinho (setor informal).

Tabela 1: Utilização dos setores de cuidado à saúde segundo as características sociodemográficas e pós-natal das crianças egressas de UTIN. São Luís, Ma – Brasil, 2016-2018.

Variáveis	ASProf		SPop		SInf		SPop + SInf		Total		P	IC95
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%		
	40	24,8	06	24,2	78	47,3	41	24,8	165	100		
Sexo											0,643 ¹	0,50-0,65
Masculino	24	60,0	04	66,7	41	52,6	26	63,4	70	57,6		
Feminino	16	40,0	02	33,3	37	47,4	15	36,6	95	42,4		
Faixa etária											0,150 ²	0,90-0,98
Até 23 meses	04	10,0	01	16,7	02	2,6	03	7,3	10	6,1		
24 a 47 meses	36	90,0	05	83,3	76	97,4	38	92,7	155	93,9		
Cor de pele											0,445 ¹	0,72-0,85
Branca	09	22,5	01	16,7	13	16,7	12	29,3	35	21,2		
Não branca	31	77,5	05	83,3	65	83,3	29	70,7	130	78,8		
IG ao nascer*											0,074 ²	0,55-0,70
A termo	15	38,5	02	33,3	23	29,5	22	53,7	62	37,8		
Pré-termo	24	61,5	04	66,7	55	70,5	19	46,3	102	62,2		
Baixo peso ao nascer											0,167 ²	0,46-0,62
Sim	23	57,5	02	33,3	47	52,6	17	41,5	89	53,9		
Não	17	42,5	04	66,7	31	47,4	24	58,5	76	46,1		
Apgar 1º minuto**											0,886 ²	0,26-0,41
<7	14	35,0	01	16,7	27	34,6	12	30,8	54	34,1		
≥7	26	65,0	05	83,3	51	65,4	27	69,2	109	66,9		
Apgar 5º minuto**											0,730 ²	0,06-0,15
<7	03	7,5	01	16,7	09	11,5	03	7,7	16	9,8		
≥7	37	92,5	05	83,3	69	88,5	36	92,3	147	90,2		
Morbidade na alta da UTIN***											0,016 ¹	0,21-0,36
Não	31	79,5	01	16,7	52	73,2	27	69,2	111	71,6		
Sim	08	20,5	05	83,3	19	26,7	12	30,8	44	28,4		
Adoecimento pós-alta											0,064 ²	0,77-0,89
Sim	28	70,0	06	100,0	67	85,9	37	90,2	138	83,6		
Não	12	30,0	00	0,0	11	14,1	04	9,8	27	16,4		
Reinternações***											0,031 ¹	0,25-0,40
Sim	15	37,5	05	83,3	23	29,5	10	25,0	53	32,1		
Não	25	62,5	01	16,7	55	70,5	30	75,0	111	67,9		

ASProf = Apenas Setor Profissional; SPop = Setor Popular; SInf = Setor Informal

¹ Teste Qui-Quadrado

² Teste Exato de Fisher

*n= 164. O n das variáveis diferem devido ao número de perdas por categorias

**n= 163. O n das variáveis diferem devido ao número de perdas por categorias

***n= 155. O n das variáveis diferem devido ao número de perdas por categorias

Ainda no setor informal, ressalta-se que a busca por informações na internet foi citada por apenas 26,9% das mães (TABELA 3).

Tabela 2: Utilização dos setores de cuidado à saúde segundo as características sociodemográficas e pré-natal das mães dos egressos de UTIN. São Luís, Ma – Brasil, 2016-2018.

Variáveis	ASProf		SPop		SInf		SPop + SInf		Total		P	IC95
	n	%	N	%	n	%	n	%	N	%		
	40	24,8	06	24,2	78	47,3	41	24,8	165	100		
Faixa etária*											0,662 ²	1,88-196
15-19 anos	05	12,8	00	0,0	05	6,4	03	7,3	13	7,9		
20-45 anos	34	87,2	06	100,0	73	93,6	38	92,7	151	92,1		
Cor de pele*											0,016²	0,80-0,91
Branca	08	20,5	01	16,7	04	5,1	09	21,9	22	13,4		
Não branca	31	79,5	05	83,3	74	94,9	32	78,0	142	86,6		
Escolaridade*											0,346 ²	3,55-3,97
Ensino Fundamental incompleto	03	7,7	01	16,7	06	7,7	06	14,6	16	9,8		
Ensino Fundamental completo	01	2,6	00	0,0	10	12,8	01	2,4	12	7,3		
Ensino Médio incompleto	04	10,3	01	16,7	12	15,4	06	14,6	23	14,0		
Ensino Médio completo	18	46,2	03	50,0	35	44,9	21	51,2	77	46,9		
Ensino Superior incompleto	03	7,7	01	16,7	08	10,3	04	9,8	16	9,8		
Ensino Superior completo	10	25,6	00	0,0	07	9,0	03	7,3	20	12,2		
Religião**											0,562 ²	0,80-0,93
Não	05	20,8	00	0,0	06	12,2	03	8,6	14	12,5		
Sim	19	79,2	04	100,0	43	87,8	32	91,4	98	87,5		
Situação conjugal*											0,918 ²	0,26-0,41
Com companheiro	28	71,8	04	66,7	51	65,4	27	65,9	110	67,1		
Sem companheiro	11	28,2	02	33,3	27	34,6	14	34,1	54	32,9		
Renda familiar											0,688 ²	1,56-1,77
< 1 salário mínimo	04	10,0	00	0,0	12	15,4	05	12,2	21	12,7		
1-3 salários mínimos	29	72,5	06	100,0	60	76,9	32	78,0	127	77,0		
4-10 salários mínimos	07	17,5	00	0,0	06	7,7	04	9,8	17	10,3		
Gestações											0,742 ²	0,65-0,79
Única	11	27,5	02	33,3	24	30,8	09	22,0	46	27,9		
Múltiplas	29	72,5	04	66,7	54	69,2	32	78,0	119	72,1		
Consulta pré-natal											0,826 ²	0,96-1,00
Sim	40	100,0	06	100,0	76	97,4	40	97,6	162	98,2		
Não	00	0,0	00	0,0	02	2,6	01	2,4	03	1,8		

ASProf = Apenas Setor Profissional; SPop = Setor Popular; SInf = Setor Informal

¹ Teste Qui-Quadrado

² Teste Exato de Fisher

*n= 164. O n das variáveis diferem devido ao número de perdas por categorias

**n= 112. O n das variáveis diferem devido ao número de perdas por categorias

Tabela 3: Práticas de cuidado utilizadas por crianças egressas de UTIN nos setores de cuidado em saúde estudados. São Luís, MA, 2016-2018.

Variáveis	f*	%
Setor profissional	165	100,0
Pediatra/Clínico geral	98	59,4
Especialidades médicas	56	33,9
Profissionais de reabilitação	33	20,0
Outros profissionais	19	11,5
Setor informal	119	100,0
Automedicação	85	71,4
Conselho de Parente, amigo ou vizinho	82	68,9
Consulta com pessoa leiga que possui experiência	13	10,9
Igrejas ou grupos de autoajuda	15	12,6
Internet	32	26,9
Setor popular	47	100,0
Benzedeira/Curandeiro	26	55,3
Unção com óleo/água	07	14,9
Orações/cultos	11	23,4
Promessas	08	17,0
Não informado	04	8,5

* A soma das frequências das categorias não correspondem ao N de cada setor, pois houve uso concomitante de setores e de práticas pelas crianças.

DISCUSSÃO

As crianças egressas de UTIN em estudo eram, em sua maioria, do sexo masculino, nascidas pré-termo, com baixo peso porém com boas condições de vitalidade e sem diagnóstico de morbidades no momento da alta da UTIN. No pós-alta, a maioria teve adoecimentos e reinternações. No momento da pesquisa as crianças tinham 33,2 meses de idade em média e todas haviam utilizado o setor profissional; e, por vezes, concomitante a este, utilizaram o setor informal, o setor popular ou ainda os três setores de cuidados em saúde.

Apesar da perda amostral durante a busca ativa das crianças egressas de UTIN, o estudo consegue dimensionar a utilização dos setores de cuidado de saúde por essas famílias e identificar as práticas de cuidado utilizadas em cada setor. A caracterização das crianças e de suas famílias, dos setores de cuidado e de suas práticas possibilitou conhecer uma nova vertente o itinerário de busca por cuidados, visto que, na literatura, isso é feito de forma isolada das demais formas de cuidado e sem indicação de fatores determinantes (10,11,20,12–19).

Características como baixo peso ao nascer e o nascimento pré-termo, encontradas entre as crianças estudadas, constituem fatores de risco ligados à vulnerabilidade da população infantil uma vez que o peso ao nascer menor que 2.500g e a IG menor que 37 semanas aumentam sobremaneira a probabilidade de ocorrência de morbidades ao longo da vida (21).

Neste estudo observou-se associação variáveis morbidade na alta da UTIN ($p=0,016$) e ocorrência de reinternações ($p=0,031$) com o uso do setor popular. É plausível pensar que famílias de crianças que apresentam problemas de saúde tendam a buscar benzedeiras, curandeiros e outros agentes de cura espiritual além da assistência pelos profissionais de saúde. A procura por benzedeira continua comum, mesmo com todo desenvolvimento tecnológico de cuidados com a saúde.

As crianças são o público alvo de práticas de benzimentos e geralmente está associado a “quebrante ou mau-olhado”(22). Para aqueles que buscam o benzimento acreditam que estas são doenças não tratadas no setor profissional (23) e que este tipo de tratamento não impede e nem interfere em qualquer outro (24). As benzedeiras quando percebem que o problema de saúde não é para o tratamento com benzimentos recomenda que a pessoa procure o médico(14).

As práticas do sistema informal foram utilizados de forma relevante por crianças sem morbidade na alta da UTIN e sem histórico reinternação. Tais práticas são cuidado familiar, pastoral da saúde, grupos de autoajuda e até mesmo pesquisa em livros ou internet pelos familiares.

A escolha de cuidado realizado pelas famílias depende de cada situação. Quando consideram o sintoma ou doença apresentado é mais simples, iniciam com o cuidado familiar, porém quando julgam necessário, procuram os serviços formais de saúde(25).

As mães de crianças egressas de UTIN estudadas eram jovens, de pele não branca, com escolaridade variando entre ensino fundamental incompleto e superior completo, vivendo com companheiro, religião declarada e renda familiar de até três salários mínimos.

Ressalta-se a significância da cor de pele da mãe não branca encontrada neste estudo no que diz respeito à utilização de todos os setores de cuidado de saúde.

Considerando os dados do censo de 2010 e de acordo com a classificação racial do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), onde 78,1% da população maranhense autorrefere cor de pele não branca (26), este achado era esperado. Já sua associação com a escolha dos cuidados de saúde não.

Compreende-se que para analisar a cor da pele é preciso considerar mais do que as diferenças numéricas com significância estatística. É preciso analisar a variável raça/cor como um construto social, considerando o efeito da condição socioeconômica, o acesso ao serviço de saúde e a escolaridade de populações não-brancas na análise da variável enquanto risco para desfechos(27,28). Logo, torna-se difícil considerar cor da pele como fator determinante da escolha de setores de cuidado em saúde.

Neste estudo, o uso dos setores popular e informal para o cuidado à saúde das crianças se deu paralelamente com o setor profissional. Este achado pode sugerir que o setor profissional isoladamente não tem conseguido responder às demandas e necessidades de saúde das crianças egressas de UTIN(29). Por outro lado, que a escolha por outros setores além do profissional pode estar envolvendo mais que uma simples compensação, mas que perpassa questões culturais e de condições de vida e de saúde das crianças e de suas famílias(23,24).

Estudos demonstram que a utilização de múltiplas opções de setores de cuidado é uma prática ainda presente no Brasil e em muitos outros países, principalmente quando um deles não oferece o suporte necessário para a demanda do momento (4,6,25,29). Observa-se que os setores de cuidado à saúde se correlacionam por diversos momentos e que, após a alta

da UTIN a escolha de tratamento somente poderá ser determinada pelos seus familiares (11). Este transitar pelos diferentes setores de cuidado permite afirmar que há aproximação entre os saberes de cada setor de cuidado à saúde (30).

No setor profissional, a busca por pediatra e/ou clínico geral foi predominante seguida pela busca por especialidades médicas, especialmente no ambulatório de seguimento (*follow up*). Este padrão de busca condiz com a recomendação do Ministério da Saúde (31) para encaminhamento das crianças egressas de UTIN para serviços especializados para detectar possíveis fatores de interferência no desenvolvimento e ajudar na superação das dificuldades tanto da criança como dos cuidadores e da família ampliada. Ainda sobre a utilização do setor profissional por crianças egressas de UTIN identificou-se que algumas mães não utilizavam os serviços de atenção básica, sendo a porta de entrada mais utilizada os serviços de urgências e emergências(23).

Acredita-se que a não utilização dos serviços de atenção primária a saúde acontece esta não possui comunicação eficaz com rede hospitalar, essa situação faz com que o seguimento da criança por profissionais de saúde seja realizado exclusivamente pela rede hospitalar(32). Importante ressaltar que o seguimento de crianças egressas de UTI deve ser compartilhada pela Maternidade e a Atenção Primária em Saúde(33).

No setor popular, a procura por benzedeira e/ou curandeiros foi a prática mais referida neste estudo. A procura pelas benzedeadas é regida pela crença em seus métodos. As palavras e gestos que para os cientistas significam apenas simbolismo, têm uma conotação diferente para quem está precisando de seus cuidados, ganhando um valor transcendental que faz do benzimento uma terapia de cura distinta das praticadas pela medicina erudita, portando independente da mesma(22).

Estudos realizados em duas regiões distintas do Brasil, Centro-Oeste(34) e Nordeste(35), identificaram que usuários do sistema público de saúde utilizavam paralelamente

práticas populares de cuidado, entre elas o benzimento. O benzimento pode ser entendido como uma das terapias espirituais no contexto da medicina tradicional, uma vez que consiste na intervenção sistemática, deliberada para ajudar pessoas ou outros seres vivos, por meio de um pensamento focado ou da imposição das mãos próximas ao outro, sem nenhuma aplicação física, química ou de energia convencional(36).

Estudos apontam as práticas de benzimento como alternativa de cura em situações de ausência de assistência médica(13,34,37) o que não se confirmou no presente estudo, pois o uso do setor popular foi paralelo ao setor profissional. Os achados desta pesquisa ratificam que “a escolha do tratamento baseia-se em lógicas biomédicas e de métodos, mas é afetada por fatores geográficos, econômicos, ideológicos como crenças e valores culturais, dentre outros”(38).

Outro recurso observado no setor popular são as práticas de orações e cultos em congregações religiosas, elas tem sido apontadas como fonte de apoio em situações de adoecimento oferecendo conforto e esperança de cura por meio das “correntes de oração”(39).

No setor informal, a prática de automedicação foi a mais utilizada neste estudo. Em algumas destas crianças a prática de automedicação acontece por orientação de parentes, especialmente pelas avós(23). Em Fortaleza (CE) foram estudadas seis famílias de crianças e observado a frequente prática da automedicação diante de sinais e sintomas de adoecimento(40). Uma alta prevalência de automedicação é esperada em cidades mais desenvolvidas, como nas capitais, em que, apesar da maior oferta de serviços de saúde, a facilidade na aquisição de medicamentos, a repetição de uma receita e a falta de medicamentos nos serviços de saúde podem contribuir para uma maior taxa de automedicação(41,42).

Durante o contato com as mães no campo de pesquisa, muitas colocavam que um dos motivos para procurarem o setor informal era a descrença na eficácia do medicamento pres-

crito, como por exemplo, nos casos em que a mesma medicação já havia sido passada anteriormente em situações similares, não obtendo a resposta esperada. Dessa forma, frequentemente ela buscava outras alternativas como chás e rezas. Outra alternativa era a automedicação com os medicamentos anteriormente prescritos e que deram resultado ou adquiridos por influência de balconistas de farmácia. O comportamento encontrado corrobora outros estudos sobre esta prática (12,42,43).

Outra observação interessante é que o uso da internet para busca de informações se deu de forma incipiente no setor informal. Era de se esperar que esse recurso fosse mais utilizado nos dias de hoje. Contudo, características como a idade, escolaridade e renda das mães em estudo difere dos perfis de usuárias da internet para busca de informações sobre saúde definida em estudos recentes(44,45).

O uso da internet nesses casos é mais prevalente entre jovens, sobretudo mães, por terem maior tendência de ansiedade e preocupação com doenças de filhos e parentes, e também aqueles que possuíam maior nível de escolaridade(44,45). Estudo realizado na China acrescentou, além dos acima citados, que renda alta e residência em área urbana eram preditores significativos para busca por informações de saúde na internet(46). No Brasil, esse perfil se estende também àqueles que nunca ou raramente utilizaram o Sistema Único de Saúde ou que possuem entre 2,25 e 4,5 salários mínimos(47).

CONCLUSÕES

O estudo encontrou resultados que evidenciaram a utilização de todos os setores de cuidado à saúde por famílias de crianças egressas de UTIN. Foi possível identificar desde práticas formais, como consultas médicas, até práticas de automedicação e benzimento.

A busca pelo setor popular foi observado principalmente nas crianças com morbidades na alta, com adoecimento pós-alta e histórico de reinternação corroborando a hipótese inicial desta pesquisa. A cor de pele não branca era um achado esperado por ser uma característica peculiar ao local de estudo, porém a significância estatística encontrada demonstrou a necessidade de estudos sobre esta variável como um constructo social para compreensão desta como determinante na escolha dos setores de cuidado.

Por fim, a utilização dos setores popular e informal paralela ao setor profissional sem um fluxo único, mas utilizando-se dos diferentes espaços e serviços, de acordo com suas necessidades. Diante deste achado espera-se que os profissionais de saúde adotem uma postura analítica e metodológica que permitirá construir ações não a partir de um universo idealizado e sim da realidade, a partir do olhar dos usuários. Para isso, os profissionais de saúde devem compreender que não há perdas em relação à credibilidade da atuação profissional ao se entrar em contato com a esfera dos cuidados de saúde popular e informal dito de outra forma, o saber aplicado não se torna menos científico ao se considerar os contextos sociodemográficos dos usuários.

Referências

1. Parreira AC, Cabral IE. Neonatos com potencialidades para apresentar necessidades especiais de saúde em uma maternidade municipal de baixa complexidade do sus- período 2001-2007. Rev Pesqui Cuid é Fundam Online Fundam online. 2010;2(3):111.

2. Barría-Pailaquilén RM, Mendoza-Maldonado Y, Urrutia-Toro Y, Castro-Mora C, Santander-Manríquez G. Tendência da mortalidade infantil e dos neonatos menores de 32 semanas e de muito baixo peso. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(4):977–84.
3. Rezende JMM, Cabral IE. As condições de vida das crianças com necessidades especiais de saúde: determinantes da vulnerabilidade social na rede de cuidados em saúde as crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev Pesqui Cuid é Fundam Online*. 2010;
4. Iserhard ARM, Budó M de LD, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. *Esc Anna Nery*. 2009;13(1):116–22.
5. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of bordel and between antropology, medicine and psychiatry. California: University of California Press; 1980.
6. Helman CG. Cultura, saúde e doença. 5th ed. Artmed Editora; 2009. 432 p.
7. Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. *Polit Trab*. 2015;(42).
8. Gutierrez DMD, Minayo MC de S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Cien Saude Colet*. 2010;15:1497–508.
9. Amaral RFC, de Souza T, de Melo TAP, Ramos FRS. The therapeutic itinerary in mother-child healthcare: interfaces between culture and biomedicine. *Rev Rene*. 2012;13(1).
10. Morais AC, Silva ACOC, Almeida CR, Lima KDF. Itinerário terapêutico de mães de crianças egressas do Método Canguru. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2017;16(2).
11. Garcia RP, Budó M de LD, Oliveira SG, Beuter M, Girardon-Perlini NMO. Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2012;16(2):270–6.
12. Silva G dos S da. As benzedeiras na promoção da saúde da criança no município de Padre Bernardo-GO. 2014;
13. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol T da SD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. *Rev Saúde Pública*. 2016;50(suppl 2).

14. Beltrão Jr HR, Neves SS. O estudo das benzedeiros em Parintins: uma abordagem folkcomunicação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO. 2013.
15. Calheiros KRJ de M. A cura através da fé: Um olhar sobre as benzedeiros/rezadeiras alagoanas. In: Universidade Federal de Alagoas IX Mestres e Conselheiros Agentes Multiplicadores do Patrimônio Belo Horizonte/MG. 2017.
16. Cunha CG, Gonçalves CR. A tradição oral das práticas de benzeção. Rev da Assoc Bras Pesqui Negros/as. 2018;10:30–42.
17. Mello MLBC de. Práticas terapêuticas populares e religiosidade afro-brasileira em terreiros no Rio de Janeiro: um diálogo possível entre saúde e antropologia. 2013.
18. Oliveira DR de, Dantas GB. Práticas culturais de cuidados entre mães de lactentes com infecção respiratória. Rev Bras em Promoção da Saúde. 2012;25(2 Sup):13–9.
19. Oliveira ATS de A, Moreira CT, Machado CA, Neto JAV, Machado M de FAS. Crenças e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa saúde da família. Rev Bras em promoção da saúde. 2012;19(1):11–8.
20. Pinheiro P dos S, Paixão A, Schiavon LK. Cura e proteção em territórios negros da Paraíba e do Rio Grande do Sul, Brasil. Altera Rev Antropol. 2018;2(5).
21. Höfelmann DA. Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas regiões: 1994 a 2009. Epidemiol e Serviços Saúde. 2012;21(4):561–8.
22. Medeiros REG de, Nascimento EGC do, Diniz GMD, Alchieri JC. Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeira na atenção à saúde da criança. Physis Rev Saúde Coletiva. 2013;23:1339–57.
23. Rocha HC da. Setores de cuidado à saúde: vivências de famílias egressas de unidade de terapia intensiva neonatal. Universidade Federal do Maranhão; 2019.
24. Alves MJ dos S. Terapêutica popular: a "cura" pelas benzedeiros enquanto modo de cuidado. Universidade Católica de Pernambuco; 2016.
25. Ceolin T. Sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul. Universidade Federal de Pelotas; 2016.
26. IBGE IB de G e E. Censo 2010 - População residente por cor ou raça e religião. [Internet]. Vol. 23, SIDRA, Sistema IBGE de Recuperação Automática. 2010. Available from: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2094>

27. Lopes F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. *Cad Saude Publica*. 2005;21:1595–601.
28. Pacheco VC, Silva JC, Mariussi AP, Lima MR, Silva TR. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. *Saúde em Debate*. 2018;42:125–37.
29. Oliveira AI de S. Benzendo o passado, restaurando o presente: práticas populares em saúde sob o olhar de benzedores de um município do Curimataú paraibano. 2016;
30. Buboltz FL. Ações de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir do seu universo sociocultural [Internet]. Universidade Federal de Santa Maria; 2013. Available from: [https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7400/BUBOLTZ%2C FERNANDA LUISA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/7400/BUBOLTZ%2C%20FERNANDA%20LUIZA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
31. Brasil M da S. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru. Ministério da Saúde Brasília, DF; 2013.
32. Moreira JGP. O papel da rede social de apoio no cuidado de crianças egressas de unidade neonatal. Universidade Federal do Maranhão; 2019.
33. Aires LC dos P, Santos EKA dos, Bruggemann OM, Backes MTS, Costa R. Reference and counter-reference health care system of infant discharged from neonatal unit: perceptions of primary care health professionals. *Esc Anna Nery*. 2017;21(2).
34. Marta IER, Berton AF, dos Santos MLS, da Silva Menezes M, Nagata LA, Tronconi IC. Benzimentos e benzedoras: um estudo etnográfico sobre recursos terapêuticos tradicionais. *CIAIQ2019*. 2019;2:1080–9.
35. Rocha L dos S, Rozendo CA. Os sistemas de saúde popular e oficial sob a ótica de benzedoras. *Rev enferm UFPE line*. 2015;336–42.
36. Benor DJ. A cura espiritual. In: *Tratado de medicina complementar e alternativa*. Editora Manole Ltda; 2001. p. 378–91.
37. Rolim DC. Vulnerabilidades e potencialidades de famílias da área urbana e rural do município de Parintins-AM. In: *VIII Jornada Internacional Políticas Públicas*. 2017.
38. Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*. 1978;88(2):251–8.
39. Menezes M, Moré CLOO, Barros L. As Redes Sociais dos Familiares Acompanhantes durante Internação Hospitalar de Crianças. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2016;50(spe):107–13.

40. Oliveira RMC de, Gomes ILV, Couto CS do, Albuquerque C de M de, Siebra AV, Vasconcelos MGF. Práticas maternas de cuidado domiciliar à criança com diarreia e pneumonia. *CIAIQ2018*. 2018;2.
41. Béria JU, Victora CG, Barros FC, Teixeira AB, Lombardi C. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 1993;27:95–104.
42. Oliveira EA de, Bertoldi AD, Domingues MR, Santos IS, Barros AJD. Uso de medicamentos do nascimento aos dois anos: Coorte de Nascimentos de Pelotas, RS, 2004. *Rev Saude Publica*. 2010;44:591–600.
43. Malta Junior A, Duarte DPS. Perfil da automedicação em uma farmácia de dispensação em Barbalha-CE. *Rev e-ciência*. 2016;3(2).
44. Beck F, Richard J-B, Nguyen-Thanh V, Montagni I, Parizot I, Renahy E. Use of the internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey. *J Med Internet Res*. 2014;16(5):e128.
45. Bujnowska-Fedak MM. Trends in the use of the Internet for health purposes in Poland. *BMC Public Health*. 2015;15(1):194.
46. Hong YA, Zhou Z. A profile of eHealth behaviors in China: Results from a national survey show a low of usage and significant digital divide. *Front public Heal*. 2018;6:274.
47. Moretti FA, Oliveira VE de, Silva EMK da. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? *Rev Assoc Med Bras*. 2012;58(6):650–8.

9.2 Artigo 2

Fatores associados à utilização do setor popular por crianças egressas de UTI neonatal em capital do nordeste brasileiro

(A ser submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva. Qualis A3)

**FATORES ASSOCIADOS À UTILIZAÇÃO DO SETOR POPULAR POR CRIANÇAS
EGRESSAS DE UTI NEONATAL EM CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO**
FACTORS LINKED TO THE USE OF THE POPULAR SECTOR BY CHILDREN
ADMITTED TO THE NEONATAL ICU IN A BRAZILIAN NORTHEASTERN CAPITAL

Lia Cardoso de Aguiar¹

Fernando Lamy Filho¹

Zeni Carvalho Lamy¹

Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz¹

Hortensia Coutinho da Rocha¹

Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Departamento de Saúde Pública. Universidade Federal do Maranhão. Rua Barão de Itapary, nº 155, Centro, CEP: 65020-070, São Luís, MA.
E-mail: lia_cardoso@hotmail.com

RESUMO

Na região nordeste brasileira as práticas populares são comumente utilizadas para resolução de problemas de saúde, porém o Brasil praticamente não dispõe de estatísticas sobre o assunto, nem dos fatores implicados no uso do setor popular de cuidado a saúde. **Objetivo** Compreender as relações entre a busca por cuidados populares e as condições sociodemográficas e de saúde relacionadas às crianças egressas de UTIN e de suas famílias. **Método** Coorte retrospectiva com 165 crianças egressas de UTIN. As variáveis incluíram dados da mãe, da criança e uso do setor popular de cuidados de saúde. Criou-se um modelo teórico estabelecendo relações entre condições socioeconômicas, presença de morbidade na alta e o impacto direto ou indireto no uso do setor popular. Para análise utilizou-se Modelagem de Equações Estruturais ($\alpha=5\%$). **Resultados** Presença de morbidade na alta registrou efeito total significativo com Coeficiente Padronizado (CP)=0,302 e p-valor=0,030 porém, sem efeito direto para a busca pelo setor popular. Demonstrando que, de alguma forma, ter morbidade na alta associa-se à busca do setor popular, porém há outros fatores não identificados a princípio que explicam essa relação. **Conclusões** Apresentar morbidade na alta da UTIN é um fator que pode influenciar na busca por cuidados de saúde no setor popular.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Setores de cuidado à saúde. Terapias Espirituais.

ABSTRACT In the northeast region of Brazil, popular practices are commonly used in the search for a solution to health problems. However, Brazil practically does not have statistics that explain the consumption and customs of popular care and other alternative practices. **Objective** To understand the relationship between the search for popular care and the sociodemographic and health conditions related to children discharged from NICU and their families. **Method** Retrospective cohort with a sample of 165 children. Maternal and child variables were collected and included sociodemographic, perinatal, discharge and post discharge data; and variables of the health care sectors and their practices. A theoretical model was created that establishes the relationship between socioeconomic conditions, the presence of morbidity at discharge and its direct or indirect impact on the search for the popular sector. In the analysis of associated factors the Structural Equation Modeling. **Results** The occurrence of morbidity at discharge recorded a significant total effect with Standardized Coefficient (PC) = 0.302 and p-value = 0.030. However, there was no direct effect of this variable on the search for care in the popular sector. This shows that, in some way, being diagnosed with morbidity at discharge is associated with the search for the popular sector, but with the participation of other factors not identified at first. **Conclusions** The occurrence of morbidity at discharge from the NICU is a factor that may influence the search for health care in the popular sector.

Keywords: Childcare. Traditional Medicine. Spiritual Therapies.

INTRODUÇÃO

Os avanços na assistência neonatal têm aumentado a sobrevivência de recém-nascidos pré-termos com idade gestacional (IG) de nascimento cada vez menor (1) mas também, por vezes, essa sobrevivência acarreta sequelas importantes, como problemas neurológicos, problemas sensoriais, problemas motores (2). Para essas crianças faz-se necessário o acompanhamento profissional para que bebês cada vez mais novos resistam às dificuldades perinatais e sobrevivam com qualidade de vida (3).

Apesar da histórica hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde ao longo dos anos, a medicina tradicional tem sido insuficiente frente a complexidade dos problemas de saúde da população brasileira que possui características peculiares em cada região do país (4), dentre estas as crianças egressas de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (5).

Para Kleinman (6), médico e antropólogo, o sistema de cuidado à saúde é social e culturalmente construído. O Sistema de Cuidado à Saúde fornece às pessoas caminhos para a

interpretação de sua condição e ações possíveis na busca do tratamento para sua doença. Tal sistema é constituído internamente pela interação de três tipos de cuidados diferentes que formam setores: 1) setor informal envolve cuidados informais que se referem ao autotratamento e medicalização, obtenção de conselhos com amigos ou parentes; 2) setor profissional envolve os cuidados formais de saúde oferecidos pelos diversos serviços de saúde; 3) setor popular abrange os cuidados populares ou tradicionais expressos em práticas de curadores religiosos.

Cada setor possui seu próprio modo de explicar e tratar a doença, de definir quem é a pessoa que cura e quem é o paciente e, ainda, como o agente de cura e o paciente devem interagir em seu contexto terapêutico. No cuidado popular em saúde, as práticas são baseadas em indivíduos que se especializam em formas de cura que são sagradas ou seculares ou, ainda, uma mistura das duas, chamada de curandeiros, ocupando uma posição intermediária entre os setores informal e profissional (6).

No Brasil, especialmente na região nordeste, as práticas populares são utilizadas comumente na busca de solução para problemas de saúde com o objetivo de prevenir ou de curar doenças (7,8). Porém, há poucos estudos nacionais atuais sobre o tema e, ao contrário do que tem ocorrido nos países europeus, asiáticos e nos EUA, o Brasil praticamente não dispõe de estatísticas que expliquem o mercado, o consumo e os costumes de uso dos cuidados populares e de outras práticas alternativas (9).

Em 2009, Iserhard et al. (10) relataram o uso de cuidados populares com recém-nascidos de risco no Rio Grande do Sul, identificando o benzimento e suas variações como práticas frequentes nos cuidados com essas crianças. No Ceará, Andrade, Barreto e Fonseca (11) descrevem a incorporação das rezadeiras na rotina de muitas Equipes de Saúde da Família. Na Bahia, Moraes et al. (5) analisaram o itinerário terapêutico de mães de crianças prematuras egressas do Método Canguru e, apesar de afirmar que os aspectos culturais e sociais de cada indivíduo foram determinantes para escolha por locais de assistência à saúde, nenhuma mãe relatou a busca pelo setor popular.

Além de pouco frequentes, os estudos brasileiros se limitam a descrever situações e características do uso de cuidados alternativos de saúde, principalmente do setor popular, eximindo-se de testar hipóteses explicativas para a procura desse tipo de cuidado.

Nessa perspectiva, este trabalho objetiva compreender as relações entre as condições sociodemográficas e de saúde relacionadas às crianças egressas de UTIN e de suas famílias

e a busca por cuidados populares, por meio de modelagem de equações estruturais, o que permitiu a avaliação simultânea de efeitos diretos e indiretos de algumas variáveis na busca por cuidados populares por mães de crianças egressas.

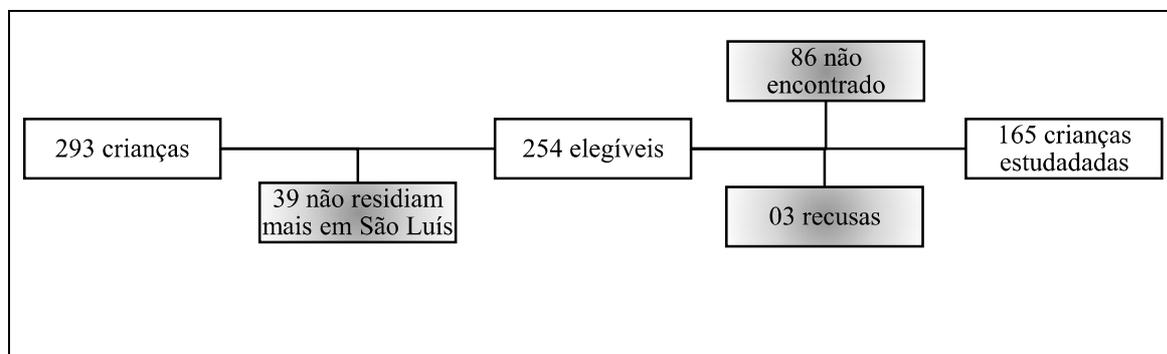
MÉTODOS

Trata-se de uma coorte retrospectiva, de caráter quantitativo, descritivo, com coleta realizada no período de 2016 a 2018.

A população do estudo foi formada por crianças egressas de UTIN das duas maiores maternidades públicas de São Luís que residissem em São Luís (MA). O levantamento das internações em UTIN deu-se acessando os sistemas de cadastro de internação/alta de cada maternidade, sendo identificadas 293 crianças egressas de UTIN nos anos de 2014 e 2015 e residentes no município de São Luís.

A amostra foi constituída por 165 crianças, menores de 48 meses (FIGURA 1).

Figura 1: Fluxograma amostral da pesquisa Setores de cuidado de saúde utilizados por crianças egressas de unidades de terapia intensiva neonatal. São Luís, Maranhão, Brasil, 2016-2018.



Para essa amostra, levando-se em consideração a variável de exposição “presença de morbidade na alta”; mantendo-se um intervalo de confiança de 95%; risco relativo significativo de 2,0; risco de desfecho positivo entre expostos/não expostos de 40/19; obteve-se um cálculo de poder amostral de 80,09%.

Ressalta-se que tanto as crianças que evoluíram a óbito após alta da UTIN ou que eram portadoras de morbidades ou condições de saúde consideradas “especiais”, como por exemplo, cardiopatias graves, doenças neurológicas, doenças genéticas com ou sem diagnóstico esclarecido ou portadoras de doenças respiratórias crônicas tais como broncodisplasia pulmonar também foram consideradas elegíveis para o estudo.

A coleta de dados aconteceu em dois momentos distintos. No primeiro momento foi realizada a identificação de todas as crianças nascidas no período compreendido entre o primeiro semestre de 2014 e o segundo semestre de 2015. A partir das listagens de internação e alta das UTIN em estudo, disponíveis nos sistemas de informação de cada instituição, teve-se acesso ao número de prontuário de onde foram coletados dados cadastrais e pré-natais da mãe, perinatais da criança e sobre a internação da mesma na UTIN.

No segundo momento aconteceu a entrevista com as mães e/ou responsáveis das crianças elegíveis para o estudo. Para agendamento da entrevista foi realizado contato telefônico com as mães e/ou responsáveis pela criança para verificar a disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Nesse momento, repassaram-se todas as informações sobre a pesquisa, o objetivo, a justificativa e a método utilizado. Obtendo o aceite, agendava-se dia e horário para aplicação do questionário e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

No contato telefônico, em dias e horários diferentes, sem êxito após três tentativas de, realizava-se busca ativa utilizando-se o endereço constante no prontuário.

O questionário foi elaborado de forma semiestruturada.

As variáveis maternas foram categorizadas para análise e incluíram: Idade em anos (15-19; 20 a 35; 36-45); Cor de pele autorreferida (branca, não branca); Escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo); Religião (sim, não); Situação conjugal (com ou sem companheiro); Renda familiar mensal em salários mínimos considerando os valores de 937 reais no ano de 2017 e 954 reais em 2018 (menor que 1, 1-3, 4-7 e 8-10); Número de gestações (1, 2, 3, 4-5, 6 ou mais); Consultas pré-natal (nenhuma, menos que seis consultas, seis ou mais consultas).

As variáveis sobre a criança incluíram: Sexo (masculino, feminino); Cor de pele referida (branca, não branca); Idade em meses (até 11, 12 a 23, 24 a 35, 36 a 47); IG ao nascer (pré-termo, a termo); Baixo peso ao nascer (sim, não); Apgar 1º minuto (<7, >7); Apgar 5º minuto (<7, >7); Morbidades na alta UTIN (sem morbidade, com morbidade); Adoecimento pós-alta (nenhum, doença com prognóstico bom, doença com prognóstico ruim); Reinternações (0, 1, 2, 3, 4 vezes ou mais). Para a IG foram consideradas pré-termo, crianças nascidas < 37 semanas e a termo \geq 37 semanas (12). Peso ao nascer < 2.500g foi considerado baixo peso e aqueles \geq 2.500g sem baixo peso (13).

A variável desfecho foi Uso do setor popular (sim, não). A definição do uso do setor popular de cuidados de saúde como variável desfecho, surge não só a partir do fato de a população frequentemente encontrar dificuldade de acesso aos serviços oficiais de saúde ou de seu baixo custo e fácil acesso, mas também do entendimento de que essas práticas estão ligadas à tradições e culturas do saber local (8,14,15).

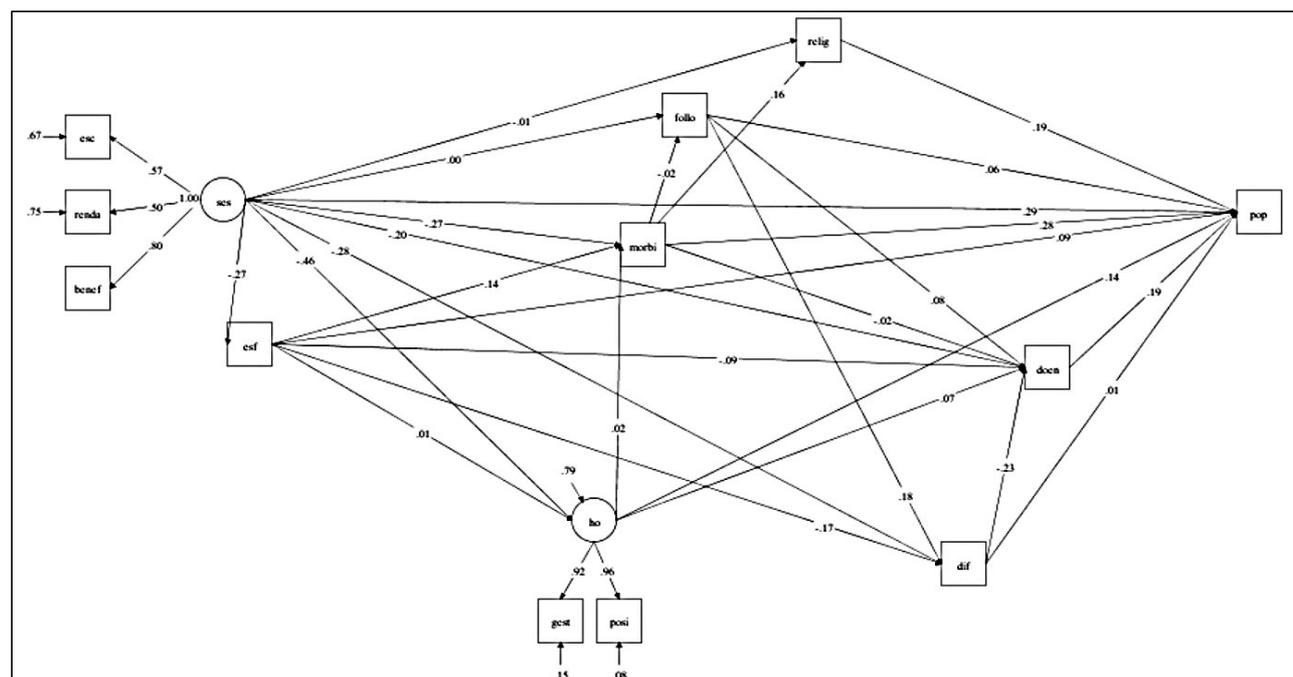
Foram criadas duas variáveis latentes para análise do modelo teórico: Condição Socioeconômica (CSE) e História Obstétrica (HO), com cargas fatoriais correspondente a 1,00 e 0,79 respectivamente.

A variável latente “CSE” foi criada com as variáveis escolaridade materna, renda familiar e benefício de programas do governo. A escolha das variáveis para composição da variável “CSE” baseou-se em estudos que identificaram uma maior procura por tratamentos alternativos em indivíduos com menor escolaridade (16–18). Da mesma forma, estudos apontam que o interesse por cuidados alternativos parece ter relação com a renda mensal familiar (19). Ao contribuir para complementar a renda familiar, a adesão a algum benefício de programas do governo como o Programa Bolsa Família, por exemplo, também compôs essa variável latente.

A variável latente “HO” foi criada com as variáveis ordem de nascimento e número de gestações. Segundo Gomes & Melo (15), parece haver uma predileção para o uso de práticas de cuidados populares entre os primogênitos de mães primíparas, o que se justificaria por uma maior influência de pessoas mais velhas da família, principalmente de avós, sobre uma mãe ainda inexperiente.

Para análise dos fatores associados foi utilizada a Modelagem de Equações Estruturais. O modelo teórico criado estabelece que as relações entre CSE, a presença de morbidade na alta e seu impacto direto ou indireto na busca pelo setor popular (desfecho) (FIGURA 2). As variáveis incluídas no modelo foram: características sociodemográficas (escolaridade materna, renda familiar, benefício de programa do governo e religião), da criança (ordem de nascimento e morbidades na alta UTIN) e do seguimento pós-alta (encaminhamento, acompanhamento por equipe de saúde da família - ESF, adoecimentos pós-alta, reinternações, dificuldade para obter cuidados).

Figura 2 - Modelo teórico final da associação de fatores relacionados à busca por cuidados no setor popular por crianças egressas de uti neonatal em São Luís, Maranhão, Brasil, 2016-2018.



A escolha dessas variáveis baseou-se em resultados de estudos sobre o tema, onde características sociodemográficas (20–24) e a presença de morbidades na alta (25–27) mostraram-se frequentemente concomitantes ao uso do setor popular.

Na análise dos dados, as frequências e percentuais da análise descritiva foram calculados usando-se a versão 14.0 do software Stata (StataCorp LP, College Station, Estados Unidos). A análise estatística foi realizada usando o software MPlus®, versão 7.4 (Muthen & Muthen, North Carolina, Estados Unidos). Foi realizada estimação pelo método dos mínimos quadrados ponderados, ajustados pela média e variância – WLSMV (*Weighted Least Squares Mean and Variance Adjusted*), empregado para as variáveis categóricas, sendo robusto na ausência de normalidade. A parametrização *theta* controlou as diferenças de variâncias residuais. Nas análise das estimativas padronizadas para a construção das variáveis latentes considerou-se carga fatorial superior a 0,4 e $p < 0,05$ como indicativa de que a correlação entre a variável observada e o construto é moderadamente alta em magnitude(28).

Para determinar se o modelo apresentou bom ajuste, consideraram-se os seguintes índices: (a) valor de p superior a 0,05 para o teste do qui-quadrado (χ^2); (b) $p < 0,05$ e um limite superior do intervalo de 90% de confiança (IC90%) inferior a 0,08 para o Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA); (c) valores superiores a 0,95 para o Comparative Fit Index (CFI) e o Tucker Lewis Index (TLI); e (d) valor do Weighted Root Mean Square Residual (WRMR) menor que 1.

A pesquisa foi aprovada pelo CEP do HU UFMA, sob o parecer nº 1.588.178 estando em conformidade com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Nas crianças que utilizaram práticas do setor popular foram mais frequente as seguintes características: sexo masculino, cor de pele não branca, idade entre 24 a 35 meses. O perfil das mães dessas crianças foi idade entre 20 e 35 anos, apenas 6,4% menor de 20 anos, ensino médio completo, religião não declarada, coabitavam com companheiro e renda familiar de um a três salários mínimo (TABELA 1).

Os cuidados populares foram utilizados por 47 (28,5%) crianças egressas de UTIN em São Luís (MA). As práticas de cuidados populares referidas foram: procura por benze-deira/curandeiro (55,3%), unção com óleo/água (14,9%), orações de cura (23,4%), pagamento de promessas (17,0%) e quatro famílias não informaram as práticas utilizadas (8,5%).

Tabela 1: Utilização do setor popular segundo as características das crianças egressas de UTIN e de suas famílias. São Luís, Ma – Brasil, 2016-2018.

Variáveis	Setor Popular			
	Sim		Não	
	N	%	n	%
Sexo				
Masculino	30	63,8	65	55,1
Feminino	17	36,2	53	44,9
Cor de pele				
Branca	13	27,7	22	18,6
Não branca	34	72,3	96	81,4
Idade				
Até 11 meses	02	4,3	02	1,7
12 a 23 meses	02	4,3	04	3,4
24 a 35 meses	24	51,0	69	58,5
36 a 47 meses	19	40,4	43	36,4
Idade da mãe*				
15-19 anos	03	6,4	10	8,5
20-35 anos	32	68,1	28	71,8
36-45 anos	12	25,5	10	19,7
Escolaridade da mãe*				
Ens fund incompleto	08	17,4	08	6,8
Ens fund completo	02	4,4	10	8,5
Ens méd incompleto	08	17,4	15	12,7
Ens méd completo	18	39,1	59	50,0
Ens sup incompleto	03	6,5	13	11,0
Ens sup completo	07	15,2	13	11,0
Religião**				
Sim	36	7,7	62	84,9
Não	03	92,3	11	15,1
Situação conjugal*				
Com companheiro	31	66,0	79	67,5
Sem companheiro	16	34,0	38	32,5
Renda familiar				
Menor que 1 salário mínimo	05	10,6	16	13,6
1 a 3 salário mínimo	35	74,5	92	78,0
4 a 7 salário mínimo	06	12,8	07	5,9
8 a 10 salário mínimo	01	2,1	03	2,5

*n= 164. O n das variáveis diferem devido ao número de perdas por categorias

**n= 112. O n das variáveis diferem devido ao número de perdas por categorias

Ao analisar os dados, o modelo inicial não apresentou bom ajuste. Realizou-se a inclusão de caminhos partindo das variáveis encaminhamento para follow up e HO, ambas, em direção ao uso do setor popular. Porém a modificação mais plausível foi a incluir um caminho

das variáveis HO e ESF em direção à morbidades na alta, que originou o modelo utilizado (modelo final).

O modelo final não apresentou índices bem ajustados porém foi escolhido considerando-se o ponto de vista teórico. Atribuiu-se que o ajuste dos modelos foi comprometida pela forma como os dados foram coletados/categorizados impedindo um melhor tratamento destes dados.

Ao comparar o modelo hipotético ideal com o modelo proposto, o teste qui-quadrado não mostrou diferenças significativas, indicando adequação do modelo. O valor RMSEA foi menor do máximo aceitável, mostrando uma semelhança entre os modelos examinados e o modelo hipotético. Já os índices CFI e TLI foram abaixo dos valores de referência (Tabela 2).

Tabela 2 - Indicadores de ajuste do modelo final. São Luís, Ma. 2016-2018

Índices	Modelo final	Valores de referência
N ° de parâmetros livres	49	
Graus de liberdade	34	
X ^{2a}	47,209	Valor mais baixo
P-valor de X ²	0,065	p > 0,05
RMSEA ^b	0,049	Abaixo de 0,05
IC 90% de RMSEA	0,000 – 0,0079	Abaixo de 0,08
CFI ^d	0,902	Acima de 0,95
TLI ^e	0,809	Acima de 0,95
WRMR ^f	0,648	Menor que 1,0

^aTeste Qui-quadrado

^bRoot Mean Square Error of Approximation

^cIntervalo de Confiança 90%

^dComparative Fit Index

^eTucker Lewis Index

^fWeighted Root Mean Square Residual

Presença de morbidade na alta registrou efeito total significativo com coeficiente padronizado (CP) = 0,302 e p-valor = 0,030. No entanto, não houve efeito direto significativo desta variável para a busca por cuidados no setor popular (CP = 0,278; p = 0,075). Isso demonstra que, de alguma forma, ter diagnóstico de morbidade na alta se associa à busca do setor popular, porém com a participação de outros fatores não identificados a princípio (TABELA 3).

Tabela 3 - Coeficiente padronizado, erro padrão e valor de p de efeitos diretos e indiretos para variáveis indicadoras. São Luís, Maranhão, Brasil. 2016-2018.

Variáveis	Coeficiente padronizado	Erro padrão	Valor de p
CSE			
Efeito total	0,067	0,123	0,588
Efeito total indireto	-0,219	0,114	0,055
Efeito total direto	0,286	0,181	0,115
HO			
Efeito total	0,163	0,126	0,194
Efeito total indireto	0,018	0,047	0,700
Efeito total direto	0,145	0,125	0,244
Morbidade na alta			
Efeito total	0,302	0,140	0,030
Efeito total indireto	0,024	0,056	0,669
Efeito total direto	0,278	0,156	0,075
Seguimento Especializado			
Efeito total	0,068	0,142	0,634
Efeito total indireto	0,009	0,043	0,836
Efeito total direto	0,059	0,157	0,708
Acompanhamento por ESF			
Efeito total	0,125	0,139	0,369
Efeito total indireto	0,031	0,063	0,627
Efeito total direto	0,094	0,139	0,498
Dificuldade para conseguir cuidado			
Efeito total	-0,034	0,152	0,820
Efeito total indireto	-0,045	0,038	0,242
Efeito total direto	0,010	0,047	0,700

DISCUSSÃO

No presente estudo, verificou-se que apenas 28,5% das crianças foram submetidas à cuidados no setor popular, principalmente às benzedeiras. A presença de morbidade na alta esteve relacionada à busca por cuidados de saúde neste setor.

Como limitação deste estudo, aponta-se para a perda amostral, apesar de o cálculo de poder amostral de 80,1% ter se mostrado suficiente para assegurar uma alta probabilidade de se observar o efeito. Considerando, que o questionário foi aplicado por entrevistadores profissionais de saúde, acredita-se que isto pode ter influenciado as respostas das entrevistadas, especialmente no que diz respeito à utilização de práticas populares de saúde. Reconhece-se que adequações no formulário de pesquisa minimizaria possíveis vieses.

Em contraponto, acredita-se que este trabalho apresente como um ponto forte a utilização da modelagem de equações estruturais, já que esse método estima uma série de equações de regressão múltipla que correspondem a caminhos separados e independentes entre si, estabelecendo relações lineares diretas e indiretas entre as variáveis e o desfecho. Ademais, até

onde é do nosso conhecimento, este é o único trabalho a abordar os fatores relacionados à utilização da prática populares de forma quantitativa, constituindo-se como um diferencial diante de análises qualitativas sobre o tema.

Neste estudo, todas as mães de egressos de UTIN com diagnóstico de alguma morbidade, procuraram os serviços de saúde formal (setor profissional). Dentre estas 28,5% submeteu-se à práticas do setor popular como benzimentos, orações e unções para melhorar a saúde de seu filho. Essa busca por práticas populares de cuidado à saúde na presença de morbidade no momento da alta apresentou um efeito total significativo ($CP = 0,302$; $p = 0,030$), no entanto não foi possível identificar os fatores envolvidos por meio das equações estruturais utilizadas neste estudo.

Em uma primeira abordagem, foram testados sete caminhos indiretos para análise de associação entre as condições socioeconômicas e o uso do setor popular: religião declarada (Caminho 1), seguimento especializado pós-alta (Caminho 2), acompanhamento por equipe de saúde da família, morbidades na alta UTIN e adoecimento pós-alta (Caminho 3), morbidades na alta UTIN (Caminho 4), adoecimento pós-alta (Caminho 5), dificuldades para obter cuidado (Caminho 6), história obstétrica (Caminho 7).

E para associação entre as morbidades na alta UTIN e o uso do setor popular foram testados três caminhos indiretos: seguimento especializado pós-alta (Caminho 1), religião (Caminho 2) e adoecimento pós-alta (Caminho 3). As cargas fatoriais foram menores que 0,40 para todos os itens e não apresentaram significância estatística.

Morais et al.(5), observaram que no processo de adoecimento da criança, cada mãe reconhece e associa os sinais de modos diferentes, isto influencia a busca por cuidados e tratamentos distintos tanto na doença já instalada quanto na prevenção da mesma. A busca pelo setor popular está apoiada na crença de que o benzimento ajuda a fortalecer a criança e muitas vezes ajuda a não ter doenças graves. Logo é comum que as mães levem seus filhos para serem benzidos com o intuito de prevenir doenças e, desse modo, ficarem protegidos.(29)

Sabe-se que durante o período de doença da criança, a vivência da família sofre influência das suas crenças e isso pode ajudar a superar os momentos difíceis. (30) No entanto, Faria e Seidl (31) alertam, com preocupação, para a adoção exclusiva de práticas populares em detrimento de outras.

Neste estudo, as práticas populares de cuidado à saúde foram utilizadas concomitantemente com o setor profissional e não em seu detrimento. Isso pode configurar um aspecto

complementar positivo no comportamento das mães dessas crianças. Para HENRIQUES et al., 2017 (32), o sistema biomédico não é abandonado pelo sujeito, mas é posicionado como um sistema que não responde à demanda desse, que seria pela cura.

Em outro trabalho, foi observado comportamento semelhante entre mães de lactentes com infecção respiratória, ao procurarem o serviço formal de saúde e fazerem, concomitantemente, uso de práticas populares para cuidados com a criança (33).

As pessoas buscam recursos biomédicos e, ao mesmo tempo, fazem tratamento espiritual, com orações, banho de descarga, penitências, promessas recorrendo à umbanda, ao espiritismo, às igrejas cristãs (34). Os resultados encontrados demonstram as pessoas podem percorrer diversos caminhos em busca da cura, conjugando o modelo biomédico com o tratamento espiritual ou optar por um deles após experienciar e não obter resultados com o outro.

A procura concomitante de práticas populares e profissionais está ligada, provavelmente, à crença de que há males de cunho sobrenatural que a medicina tradicional não consegue curar, como foi verificado por Cunha e Gonçalves (35). No presente estudo, os resultados apontam para a importância das práticas populares utilizadas pelas famílias como cuidado de saúde.

Além dos fatores da fé e da crença na força da oração que explique ou justifique a procura por benzimento, tem-se a tradição. Alves (2016) (36) estudou a permanência desta prática na modernidade e o que motivou a procura pela benzedeira foi porque a “família sempre tratou com benzedeadas” e ainda porque “acredita na cura pela benzedura”.

Entende-se que os resultados deste estudo sinaliza para a necessidade de maior visibilidade do cuidado realizado pelas benzedeadas. Um estudo sobre benzedeadas e promoção da saúde em suas comunidades afirma que a visibilidade deste ofício amplia as possibilidades de maior diálogo entre os sistemas de cuidado, em uma perspectiva de valorização, reconhecimento e pertencimento (37).

A presença das práticas de benzimento encontrada vai ao encontro da afirmação de Marta et al. (2019) (38) que diz “as benzedeadas, apesar de invisíveis para as equipes de saúde, continuam existindo, resistindo e recebendo o reconhecimento das pessoas por elas cuidadas”.

CONCLUSÕES

Na tentativa de compreender fatores relacionados à busca por cuidados no setor popular por crianças egressas de UTI neonatal, conclui-se que a presença de morbidade na alta da UTIN é um fator que pode influenciar na busca por cuidados de saúde no setor popular.

Os resultados encontrados evidenciam a importância do profissional de saúde compreender que as crenças podem gerar práticas válidas de cuidado à saúde, contribuindo como um suporte emocional e terapêutico para as famílias.

Destaca-se que neste estudo a utilização da prática popular de para o cuidado das crianças não excluiu a busca por cuidados com profissionais de saúde, como mostram os resultados.

Por fim, ratifica-se a necessidade de verificar a influência de outros fatores, aqui não identificados, que de forma direta ou indireta, possam causar impacto na escolha pela busca de práticas populares para o cuidado de saúde. Considera-se que o presente estudo constitui-se em um ponto de partida para análise estatísticas futuras sobre fatores determinantes da busca por práticas populares de saúde.

Referências

1. Barría-Pailaquilén RM, Mendoza-Maldonado Y, Urrutia-Toro Y, Castro-Mora C, Santander-Manríquez G. Tendência da mortalidade infantil e dos neonatos menores de 32 semanas e de muito baixo peso. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(4):977–84.
2. Siqueira MB de C. Sentidos atribuídos aos cuidados domiciliares pelas mães de recém-nascidos egressos de unidade de terapia intensiva neonatal. 2008.
3. Rugolo LMS de S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(1 Supl):S101-110.
4. Mello MLBC de. Práticas terapêuticas populares e religiosidade afro-brasileira em terreiros no Rio de Janeiro: um diálogo possível entre saúde e antropologia. 2013.
5. Moraes AC, Silva ACOC, Almeida CR, Lima KDF. Itinerário terapêutico de mães de crianças egressas do Método Canguru. *Ciência, Cuid e Saúde*. 2017;16(2).
6. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of bordel and between antropology, medicine and psychiatry. California: University of California Press; 1980.

7. Silva L de F, Souza L, Freitas MC, Queiroz MVO, Guedes MVC. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis (SC): Papa Livro; 1996. 75–93 p.
8. Oliveira ATS de A, Moreira CT, Machado CA, Neto JAV, Machado M de FAS. Crendices e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa saúde da família. Rev Bras em promoção da saúde. 2012;19(1):11–8.
9. Almeida IJS de, Buarque B de S, Guedes TG, Sette GCS, Cavalcanti AMT de S. Evidências científicas sobre a influência cultural nos cuidados às crianças. Rev da Rede Enferm do Nord. 2017;18(6):840–6.
10. Iserhard ARM, Budó M de LD, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. Esc Anna Nery. 2009;13(1):116–22.
11. Andrade L, Barreto I, Fonseca C. A Estratégia saúde da família. In: Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências. Artmed Editora; 2014. p. 88–99.
12. Dbstet A. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Acta Obs Gynecol Scand. 1977;56(3):247–53.
13. Prado IF do, Cardoso BLC, Sabatés AL, Silva SCCG da, França NM de. Desenvolvimento Neuropsicomotor em Crianças Nascidas Prematuras e com Baixo Peso. Rev Lusófona Ciência das Reli. 2019;21(1):327–48.
14. Acioli S, Luz MT. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. Rev enferm UERJ. 2003;11(2):153–8.
15. Gomes LM de A, Melo MCP de. Práticas populares de cuidado: percepção de gestantes em uma unidade de saúde de Petrolina-Pe. Espaço para Saúde. 2015;16(3):53–63.
16. Danesi MA, Adetunji JB. Use of alternative medicine by patients with epilepsy: a survey of 265 epileptic patients in a developing country. Epilepsia. 1994;35(2):344–51.
17. Madsen H, Andersen S, Nielsen RG, Dolmer BS, Høst A, Damkier A. Use of complementary/alternative medicine among paediatric patients. Eur J Pediatr. 2003;162(5):334–41.

18. Azevedo AM, Alonso NB, Caboclo L, Westphal AC, Silva TI, Muszkat RSA. O uso da medicina alternativa e complementar por pacientes com epilepsia: risco ou benefício. *J Epilepsy Clin Neurophysiol.* 2004;10(4):201–4.
19. Rodrigues Neto JF, Faria AA de, Figueiredo MFS. Medicina complementar e alternativa; utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. *Rev Assoc Med Bras.* 2009;55(3):296–301.
20. Amaral RFC, Souza T de, Melo TAP de, Souza FR, Ramos. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. 2010;
21. Behera MR. Relationship Between Maternal Education And Under-Five Mortality Rate In Low And Middle Income Countries-A Literature Review. *Int J Heal Sci Res.* 2015;5(6):646–51.
22. Bouso RS, Poles K, Serafim T de S, Miranda MG de. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença . Vol. 45, *Revista da Escola de Enfermagem da USP* . scielo ; 2011. p. 397–403.
23. Desai S, Alva S. Maternal education and child health: Is there a strong causal relationship? *Demography.* 1998;35(1):71–81.
24. Menezes M, Moré CLOO, Barros L. As Redes Sociais dos Familiares Acompanhantes durante Internação Hospitalar de Crianças. *Rev da Esc Enferm da USP.* 2016;50(spe):107–13.
25. Aguiar Júnior N dos R, Costa IMC. Uso da medicina alternativa em crianças com dermatite atópica no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário de Brasília. 2009.
26. Escuder M, Silva Nn, Pereira J, Puccini R, Herrman A. Avaliação da morbidade em comunidade infantil. *Rev Saude Publica.* 1999;349–57.
27. Tsao JCI, Meldrum M, Kim SC, Jacob MC, Zeltzer LK. Treatment preferences for CAM in children with chronic pain. *Evidence-Based Complement Altern Med.* 2007;4(3):367–74.
28. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. New York: The Guilford Press; 2011.
29. Silva G dos S da. As benzedeadas na promoção da saúde da criança no município de Padre Bernardo-GO. 2014;

30. Bell JM, Wright LM. The Illness Beliefs Model: Advancing practice knowledge about illness beliefs, family healing, and family interventions. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2015. 179–185 p.
31. Faria JB de, Seidl EMF. Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão da Literatura. *Psicol Reflexão e Crítica*. 2005;18(3).
32. Henriques HIB, Oliveira Filho P de, Figueiredo AAF. Cura e adoecimento em relatos de evangélicos usuários de CAPS. *ECOS-Estudos Contemp da Subjetividade*. 2017;7(2):349–62.
33. Oliveira DR de, Dantas GB. Práticas culturais de cuidados entre mães de lactentes com infecção respiratória. *Rev Bras em Promoção da Saúde*. 2012;25(2 Sup):13–9.
34. Minayo MC de S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saude Publica*. 1988;4(4):363–81.
35. Cunha CG, Gonçalves CR. A tradição oral das práticas de benzeção. *Rev da Assoc Bras Pesqui Negros/as*. 2018;10:30–42.
36. Alves MJ dos S. *Terapêutica popular: a "cura" pelas benzedeadas enquanto modo de cuidado*. Universidade Católica de Pernambuco; 2016.
37. Marin RC, Scorsolini-Comin F. Desfazendo o “mau-olhado”: magia, saúde e desenvolvimento no ofício das benzedeadas. *Psicol Ciência e Profissão*. 2017;37(2):446–60.
38. Marta IER, Berton AF, dos Santos MLS, da Silva Menezes M, Nagata LA, Tronconi IC. Benzimentos e benzedeadas: um estudo etnográfico sobre recursos terapêuticos tradicionais. *CIAIQ2019*. 2019;2:1080–9.

11 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização dos setores informal e popular podem sugerir que o setor profissional isoladamente não tem conseguido responder às demandas e necessidades de saúde das crianças egressas de UTIN e que, a escolha por outros setores, pode estar envolvendo apenas uma simples compensação, no entanto perpassa questões culturais e de condições de vida e de saúde das crianças e de suas famílias. A busca pelo setores popular e informal foi feita preferencialmente para crianças sem morbidades na alta ou que apresentaram doenças menos graves no período pós-alta.

A presente pesquisa tem como mérito a investigação de fatores associados à busca pelo setor popular utilizando modelagens de equações estruturais e ter analisado em caráter inédito efeitos totais, diretos e indiretos.

As práticas populares de cuidado à saúde foram utilizadas concomitantemente com o setor profissional e não em seu detrimento. Isso pode configurar um aspecto complementar positivo no comportamento das mães dessas crianças, o que permite concluir que apresentar de morbidade na alta de UTIN é um fator que pode influenciar na busca pelo setor popular.

Ressalta ainda para a importância de o profissional de saúde compreender que as crenças podem gerar práticas válidas de cuidado à saúde, contribuindo como um suporte emocional e terapêutico para as famílias.

Por fim, este estudo constitui-se em um ponto de partida para análises estatísticas futuras de outros fatores determinantes envolvidos na busca por práticas populares cuidados em saúde.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, Sonia; LUZ, Madel T. Sentidos e valores de práticas populares voltadas para a saúde, a doença e o cuidado. **Rev. enferm. UERJ**, v. 11, n. 2, p. 153-158, 2003.
- AGUIAR JÚNIOR, N. R.; COSTA, I. M. C. **Uso da medicina alternativa em crianças com dermatite atópica no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário de Brasília**. 2009. [s. l.], 2009.
- AIRES, L. C. P. e cols. Seguimento do bebê na atenção básica: interface com a terceira etapa do método canguru. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 36, p. 224-232, 2015.
- ALMEIDA, I. J. S. e cols. Evidências científicas sobre a influência cultural nos cuidados às crianças. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, [s. l.], v. 18, n. 6, p. 840-846, 2017.
- ALVES, M. J. S. **Terapêutica popular: a "cura" pelas benzedadeiras enquanto modo de cuidado**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica). Universidade Católica de Pernambuco; 2016.
- ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Política & Trabalho**, n. 42, 2015.
- ALVES, R. R. N. e cols. Reptiles used for medicinal and Magic religious purposes in Brazil. **Applied Herpetology**, 2009, 6: 257-274.
- ALVES, R. R. N.; ROSA, I. L. Use of tucuxi dolphin *Sotalia fluviatilis* for medicinal and Magic religious purposes in North of Brazil. **Human Ecology**, 2008, 37: 443-447.
- AMARAL, R. F. C. e cols. **Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina**. Florianópolis; 2010.
- ANDRADE, L. e cols. A Estratégia saúde da família. In: **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. [s.l.] : Artmed Editora, 2014. p. 88-99.
- ARAÚJO, B. F. e cols. Estudo da mortalidade de recém-nascidos internados na UTI neonatal do Hospital Geral de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** [online]. 2005, vol.5, n.4, pp. 463-469. ISSN 1806-9304.
- ARAÚJO, C. L. e cols. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, n.1, pp. 301-307. ISSN 1413-8123.
- ARRAIS, P. S. D. e cols. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Rev Saúde Pública**. 2016;50(suppl 2).
- ARRUÉ, A. M. e cols. Caracterização da morbimortalidade de recém nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev Enferm UFSM**. 2013 Jan/Abril;3(1):86-92.

AZEVEDO, A. M. e cols. O uso da medicina alternativa e complementar por pacientes com epilepsia: risco ou benefício. **J Epilepsy Clin Neurophysiol**, [s. l.], v. 10, n. 4, p. 201–204, 2004.

BARBOSA, A. L. e cols. Caracterização dos recém-nascidos em ventilação mecânica em uma unidade neonatal. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 35-40, maio./ago.2007.

BARRÍA-PAILAQUILÉN, R. M. e cols. Tendência da mortalidade infantil e dos neonatos menores de 32 semanas e de muito baixo peso. **Rev Lat Am Enfermagem**. 2011;19(4):977–84.

BECK, F. e cols. Use of the internet as a health information resource among French young adults: results from a nationally representative survey. **J Med Internet Res**. 2014;16(5):e128.

BEHERA, M. R. Relationship between maternal education and under-five mortality rate in low and middle income countries-a literature review. **International Journal of Health Sciences and Research (IJHSR)**, [s. l.], v. 5, n. 6, p. 646–651, 2015.

BELL, J. M.; WRIGHT, L. M. **The Illness Beliefs Model: Advancing practice knowledge about illness beliefs, family healing, and family interventions**. [s.l.] : SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA, 2015.

BELTRÃO JUNIOR, H. R.; NEVES, S. S. O estudo das benzedeadas em Parintins: uma abordagem folkcomunicação. In: **Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação**. 2013.

BENOR, D. J. A cura espiritual. In: **Tratado de medicina complementar e alternativa**. Editora Manole Ltda; 2001. p. 378–91.

BÉRIA, J. U. e cols. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. **Rev Saude Publica**. SciELO Public Health; 1993;27:95–104.

BESSANI, L. S. e cols. Humanizando o atendimento a prematuro em UTI neonatal. Trabalho de Conclusão de Curso da Uniandrade. **Rev. de enfermagem**. 2006.

BOEHS, A. E. e cols. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-14, 2007.

BOUSSO, R. S. e cols. **Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença**, Scielo , 2011.

BRAGA, P. P.; SENA, R. R. Estrategias para efectivizar la continuidad del cuidado post alta al prematuro: revisión integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 6, p. 975-980, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília (DF); 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. v. 1 Cuidados gerais. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. v. 4. Cuidados com o recém-nascido pré-termo. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido**: Método Canguru: manual técnico. 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 340 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso**: Método Canguru. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 204 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 272 p.

BROEDSGAARD, A.; WAGNER, L. How to facilitate parents and their premature infant for the transition home. *Int Nurs Rev.* 2005; 52(3): 196-203.

BUBOLTZ, F. L. **Ações de cuidado da família à criança atendida em pronto-socorro pediátrico a partir do seu universo sociocultural**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2013.

BUJNOWSKA-FEDAK, M. M. Trends in the use of the Internet for health purposes in Poland. *BMC Public Health.* 2015;15(1):194.

CABRAL, I. E. e cols. O egresso da terapia intensiva neonatal de três instituições públicas e a demanda de cuidados Especiais. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 7, núm. 2, agosto, 2003, pp. 211-218.

CALHEIROS, K. R. J. M. A cura através da fé: Um olhar sobre as benzedeadas/rezadeiras alagoanas. In: **Anais do IX Mestres e Conselheiros Agentes Multiplicadores do Patrimônio Belo Horizonte/MG**. Universidade Federal de Alagoas. 2017.

CASTRO, C. F. S. **Benzer, rezar, curar: modos de cuidado realizados por benzedeadas e possíveis diálogos com a Política de Humanização do SUS**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Psicologia). Centro Universitário Tiradentes – UNIT AL, Maceió, 2020.

CAVANDER, A. P.; ALBÁN, M. The use of magical plants by curanderos in the Ecuador highlands. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 5: 1-7, 2009.

- CEOLIN, T. Sistema de cuidado à saúde entre famílias rurais ao sul do Rio Grande do Sul. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas Universidade Federal de Pelotas; 2016. 217f.
- CLARCK, G. Prognostic and predictive factors. In: HARRIS JR, LIPPMAN ME, MORROW M, H. S. (Ed.). **Disease of breast**. 5. ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996. p. 461–70.
- COMITÉ DE ESTUDIOS FETONEONATALES. Recomendación para el alta de prematuros. **Arch Argent Pediatr**.104(6): 560-2, 2006.
- COUTO, F. F.; PRAÇA, N. S. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. **Esc Anna Nery RevEnferm**.2009; 13(4):886-91.
- CUNHA, C. G.; GONÇALVES, C. R. A tradição oral das práticas de benzeção. **Revista da Associação Brasileira de Pesquisadores/as Negros/as (ABPN)**, [s. l.], v. 10, p. 30–42, 2018.
- DANESI, M. A.; ADETUNJI, J. B. Use of alternative medicine by patients with epilepsy: a survey of 265 epileptic patients in a developing country. **Epilepsia**, [s. l.], v. 35, n. 2, p. 344–351, 1994.
- DBSTET, A. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. **Acta Obstet Gynecol Scand**, v. 56, n. 3, p. 247-53, 1977.
- DELLENMARK-BLOM, M.; WIGERT, H. Parents' experiences with neonatal home care following initial care in the neonatal intensive care unit: a phenomenological hermeneutical interview study. **Journal of Advanced Nursing**, v. 70, n. 3, p. 575-586, 2014.
- DESAI, S.; ALVA, S. Maternal education and child health: Is there a strong causal relationship? **Demography**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 71–81, 1998.
- DUARTE, A. S. e cols. Promoção da saúde às genitoras de bebês prematuros: ação da enfermagem na alta hospitalar. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 3, p. 162-170, jul./set.2010.
- ESCUDE, M. e cols. Avaliação da morbidade em comunidade infantil. **Rev Saude Publica**, [s. l.], p. 349–357, 1999.
- FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e Enfrentamento em Contextos de Saúde e Doença: Revisão da Literatura. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, [s. l.], v. 18, n. 3, 2005.
- GAAL, B. J. e cols. Discharge planning utilizing the discharge train: improved communication with families. **Adv Neonatal Care**. 2008; 8(1): 42-55.
- GARCIA, R. P. e cols. Setores de cuidado à saúde e sua inter-relação na assistência domiciliar ao doente crônico. **Esc Anna Nery Rev Enferm**. Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012;16(2):270–6.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 22(11):2449-2463, nov, 2006.

GÓES, F. G. B.; CABRAL, I. E. Children with health special needs and his care demands. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], v. 2, n. 2, may. 2010. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/579>>. Acesso em: 02 Nov. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2010.v2i2.p>.

GOMES, L. M. A.; MELO, M. C. P. Práticas populares de cuidado: percepção de gestantes em uma unidade de saúde de Petrolina-Pe. **Espaço para Saúde**, v. 16, n. 3, p. 53-63, 2015.

GRANZOTTO, J. A. e cols. Análise do perfil epidemiológico das internações em uma unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista da AMRIGS**. Porto Alegre, 56 (4): 304-307, out.-dez. 2012.

GRIFFIN, T.; ABRAHAM, M. Transition to home from the newborn intensive care unit: applying the principles of family-centered care to the discharge process. **J Perinat Neonatal Nurs**. 2006; 20(3): 243-9.

GUTIERREZ, D. M. D.; MINAYO, M. C. S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Cien Saude Colet. SciELO Public Health**; 2010; 15:1497-508.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010 - População residente por cor ou raça e religião**. 2010. Disponível em: <<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/2094>>. Acesso em 15 abr. 2020.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 5th ed. Artmed Editora; 2009. 432 p.

HENRIQUES, H. I. B. e cols. Cura e adoecimento em relatos de evangélicos usuários de CAPS. **ECOS-Estudos Contemp da Subjetividade**. 2017;7(2):349-62.

HÖFELMANN, D. A. Tendência temporal de partos cesáreos no Brasil e suas regiões: 1994 a 2009. **Epidemiol e Serviços Saúde**. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços/Secretaria de Vigilância em Saúde/Ministério da Saúde; 2012;21(4):561-8.

HONG, Y.A.; ZHOU, Z. A profile of eHealth behaviors in China: Results from a national survey show a low of usage and significant digital divide. **Front public Heal**. 2018;6:274.

ISERHARD, A. R. M. e cols. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. **Esc Anna Nery**, v. 13, n. 1, p. 116-22, 2009.

KAMADA, I. e cols. Internações em unidade de terapia intensiva neonatal no Brasil-1998-2001. **Rev. latinoam. enferm**, v. 11, n. 4, p. 436-443, 2003.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**: an exploration of bordel and between antropology, medicine and psychiatry. California: University of California Press; 1980.

KLEINMAN, A. e cols. Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. **Ann. Int. Med.**, v.88, n.2, p.251-8, 1978.

KLINE, R. B. **Principles and practice of structural equation modeling**. New York: The Guilford Press, 2011.

KLINGER, G. e cols. Collaboration with the Israel Neonatal Network. Risk factors for delayed discharge home in very-low-birthweight infants - a population-based study. **Acta Paediatr.** 2005; 94(11): 1674-9.

KLOSSOSWSKI, D. G. e cols. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. **Rev. CEFAC [online]**, 2016.

KLUCKOW, M.; EVANS, N. Ductal shunting, high pulmonary blood flow, and pulmonary hemorrhage. **J. Pediatr.**, [S.l.], v. 137, p. 68–72, 2000.

KNAUTH, D. **Os caminhos da cura: sistema de representações e práticas sociais sobre doença e cura em uma vila de classes populares**. Porto Alegre, 1991. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

LAMY, Z. C. e cols. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. **Ciência e Saúde Coletiva** 10(3):659-668, 2005.

LAMY, Z.C. e cols. Fortalecimento e Disseminação do Método Canguru no Brasil. In: Maria Teresa Cera Sanches; Roberta Costa; Vivian Mara Gonçalves de Oliveira Azevedo; Denise Streit Morsch; Zeni Carvalho Lamy. (Org.). **Método Canguru no Brasil: 15 anos de política pública**. 1ed.Brasília: Ministério da Saúde, 2015, v. 1, p. 125-141.

LAWN, J. e cols. No cry at birth: global estimates of intrapartum stillbirths and intrapartum-related neonatal deaths. **Bull World Health Organ.** 2005 Jun. 83(6):409-17.

LEMOS, R. A. e cols. Estudo da prevalência de morbidades e complicações neonatais segundo o peso ao nascimento e a IG em lactentes de um serviço de follow-up. **Rev APS.** 2010;13(3):277-90.

LIMA, R. F. da S. e cols. Práticas populares de cura e o uso de plantas medicinais por mães ribeirinhas no cuidado infantil. **Rev. pesquis. cuid. fundam.(Online)**, [s. l.], v. 9, n. 4, p. 1154–1163, 2017.

LOPES, F. Para além da barreira dos números: desigualdades raciais e saúde. **Cad Saude Publica.** 2005;21:1595–601.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégias de hegemonia**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

MADSEN, H. e cols. Use of complementary/alternative medicine among paediatric patients. **European journal of pediatrics**, [s. l.], v. 162, n. 5, p. 334–341, 2003.

- MAHONY, L. e cols. Prophylactic indomethacin therapy for patent ductus arteriosus in very-low-birth-weight infants. *N. Engl. J. Med.*, [S.l.], v. 306, p.506–510, 1982.
- MALTA JUNIOR, A.; DUARTE, D. P. S. Perfil da automedicação em uma farmácia de dispensação em Barbalha-CE. **Rev e-ciência**. 2016;3(2).
- MARIN, R. C.; SCORSOLINI-COMIN, F. Desfazendo o “mau-olhado”: magia, saúde e desenvolvimento no ofício das benzedeiras. **Psicol Ciência e Profissão**. 2017;37(2):446–60.
- MARTA, I. E. R. e cols. Benzimentos e benzedeiras: um estudo etnográfico sobre recursos terapêuticos tradicionais. **CIAIQ2019**. 2019;2:1080–9.
- MEDEIROS, M. D.; MADEIRA, L. M. Prevenção e tratamento da dor do recém-nascido em terapia intensiva neonatal. **Rev. Min. Enf.**, v.10, n.2, p. 118-124, 2006.
- MEDEIROS, R. E. G. e cols. Na simplicidade a complexidade de um cuidar: a atuação da benzedeira na atenção à saúde da criança. **Physis Rev Saúde Coletiva**. 2013;23:1339–57.
- MEIO, M. D. B. B. e cols. Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro. **Ciêñ Saúde Coletiva**. 2005 mar/abr; 10(2):299-307.
- MELLO, D. F. e cols. Brazilian mother’s experiences of home care for their low birth weight infants. **Neonatal Netw**. 2002; 21(1):30-4.
- MELLO, R. R.; MEIO, M. D. B. B. Organização dos ambulatórios de seguimento. In: **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar [online]**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2004. 564 p. ISBN 85-7541-054-7. Disponível em SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 04 nov 2018.
- MELLO, M. L. B. C. **Práticas terapêuticas populares e religiosidade afro-brasileira em terreiros no Rio de Janeiro: um diálogo possível entre saúde e antropologia**, 2013.
- MENEZES, M. e cols. As Redes Sociais dos Familiares Acompanhantes durante Internação Hospitalar de Crianças. **Rev da Esc Enferm da USP**. 2016;50(spe):107–13.
- MILLS, M. M. e cols. Implementation and case-study results of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. **Pediatrics**. 2006;118 Suppl 2: S124-33.
- MINAYO, M. C. S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. **Cad Saude Publica**. 1988;4(4):363–81.
- MOLINA, R. C. M. e cols. A percepção da família sobre sua presença em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 630-638, 2009.
- MORAES, J. V. e cols. Práticas alternativas de saúde num bairro de São Carlos, interior de SP. In: **XV Jornada de JÓvenes Investigadores de la Asociación de Universidades grupo**

Montevideo: Investigación, Integración y Desarrollo, 24-26 de out de 2007; Campus Universitario de la Universidad Nacional de Assunción, San Lorenzo, Paraguay. Trabajos completos de la XV Jornadas de Jóvenes Investigadores de la AUGM: Investigación, Integración y Desarrollo. San Lorenzo: Universidad Nacional de Asunción; 2007. CD-ROM.

MORAIS A. C e cols. Itinerário terapêutico de mães de crianças egressas do Método Canguru. **Ciência, Cuid e Saúde.** 2017;16(2).

MORAIS, A. C. e cols. O cuidado da criança prematura no domicílio. **Acta Paul Enferm** 2009;22(1):24-30.

MORAIS, A. C. e cols. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 654-62, 2012.

MOREIRA, J. G. P. **O papel da rede social de apoio no cuidado de crianças egressas de unidade neonatal.** Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família). Universidade Federal do Maranhão; 2019.

MORETTI, F. A. e cols. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Rev Assoc Med Bras.** 2012;58(6):650–8.

NEGI, C. S.; PALYAL, V. S. Traditional uses of animal products in medicine and rituals by the Shoka Tribes of District Pithoragarh, Uttaranchal, India. **Ethno – Medicine**, 2007, 1: 47-54.

NUNES, C. R. e cols. Acompanhamento dos desfechos clínicos no primeiro ano de vida de prematuros. **Rev Gaúcha Enferm.** 2013;34(4):21-27.

OLIVEIRA A. E. F. e cols. **Saúde e sociedade.** EDUFMA; 2017.

OLIVEIRA, A. I. S. **Benzendo o passado, restaurando o presente:** práticas populares em saúde sob o olhar de benzedores de um município do Curimataú paraibano. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia de Curso de Bacharelado em Nutrição) - Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité – Paraíba – Brasil, 2016; 54 fl.

OLIVEIRA, A. T. S. de A. e cols. Crençices e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa saúde da família. **Revista Brasileira em promoção da saúde**, [s. l.], v. 19, n. 1, p. 11–18, 2012.

OLIVEIRA, B. L. C. A. e cols. A influência da Estratégia Saúde da Família no uso de serviços de saúde por crianças no Brasil: análise com escore de propensão dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 1495-1505, 2019.

OLIVEIRA, D. R.; DANTAS, G. B. Práticas culturais de cuidados entre mães de lactentes com infecção respiratória. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, [s. l.], v. 25, n. 2 Sup, p. 13–19, 2012.

- OLIVEIRA, E. A. e cols. Uso de medicamentos do nascimento aos dois anos: Coorte de Nascimentos de Pelotas, RS, 2004. **Rev Saude Publica**. SciELO Public Health; 2010;44:591–600.
- OLIVEIRA, E. C. S.; COSTA JÚNIOR, E. O. **Saúde e doença**: recursos utilizados em rituais de cura no estado da Paraíba. 2011.
- OLIVEIRA, F. A. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 6, p. 63-74, 2002.
- OLIVEIRA, M. W.; MORAES, J. V. Práticas populares de saúde e a saúde da mulher. **Revista de APS**, v. 13, n. 4, 2010.
- OLIVEIRA, S. R.; SENA, R. R. A alta da unidade de terapia intensiva neonatal e a continuidade da assistência: um estudo bibliográfico. **REME – Rev. Min. Enferm.**; 14(1): 103-109, jan./mar., 2010.
- OLIVEIRA, R. M.C. e cols. Práticas maternas de cuidado domiciliar à criança com diarreia e pneumonia. **CIAIQ2018**. 2018;2.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Cuidados Primários de Saúde**: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma Ata. URSS. Brasília (DF): Organização Mundial da Saúde/Fundo das Nações Unidas para a Infância; 1979.
- PACHECO, V. C. e cols. As influências da raça/cor nos desfechos obstétricos e neonatais desfavoráveis. **Saúde em Debate**. 2018;42:125–37.
- PALMA, J. S. e cols. Modelos explicativos do setor profissional em relação às plantas medicinais. **Rev Pesqui Cuid é Fundam Online**. 2015;7(3):2998–3008.
- PARREIRA, A. C.; CABRAL, I. E. Neonatos com potencialidades para apresentar necessidades especiais de saúde em uma maternidade municipal de baixa complexidade do sus – período 2001-2007. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, [S.l.], nov. 2010. ISSN 2175-5361. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/892>>. Acesso em: 02 Nov. 2015. doi:<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2010.v0i0.0p>.
- PINHEIRO, P. S. e cols. Cura e proteção em territórios negros da Paraíba e do Rio Grande do Sul, Brasil. **Áltera Rev Antropol**. 2018;2(5).
- PRADO, I. F. e cols. Desenvolvimento Neuropsicomotor em Crianças Nascidas Prematuras e com Baixo Peso. **Revista Lusófona de Ciência das Religiões**, v. 21, n. 1, p. 327-348, 2019.
- PRIGENZI, M. L. H e cols. Fatores de risco associados à mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso na cidade de Botucatu, São Paulo, no período 1995-2000. **Rev Bras Saúde Mater Infant**. 2008; 8(1): 93-101.
- RABELO, M. Z. S. e cols. Feelings and expectations of mothers of preterm babies at discharge. **Acta Paul Enferm**. 2007; 20(3): 333-7.

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

RIBEIRO, C. D. M.; REGO, S. Bioética clínica: contribuições para a tomada de decisões em unidades de terapia intensiva neonatais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2239-2246, 2008.

ROCHA, H. C. **Setores de cuidado à saúde: vivências de famílias egressas de unidade de terapia intensiva neonatal**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Maranhão; 2019.

ROCHA, L. S.; ROZENDO, C. A. Os sistemas de saúde popular e oficial sob a ótica de benzedeadas. **Rev enferm UFPE line**. 2015;336-42.

ROBISON, N. M. e cols. Multidisciplinary discharge assessment of the medically and socially high-risk infant. **J Perinat Neonatal Nurs**. 2000;13(4):67-86.

RODRIGUES, L. S. e cols. Seguimento de prematuros após alta hospitalar. **Acta Méd.** (Porto Alegre). 2007; 28: 559-68.

RODRIGUES NETO, J. F. e cols. Medicina complementar e alternativa; utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. **Revista da Associação Médica Brasileira**, [s. l.], v. 55, n. 3, p. 296-301, 2009.

ROLIM, D. C. Vulnerabilidades e potencialidades de famílias da área urbana e rural do município de Parintins-AM. In: **VIII Jornada Internacional Políticas Públicas**. 2017.

ROSSETTO, M. e cols. Cuidados ao recém-nascido em terapia intensiva: tendências das publicações na Enfermagem. **Vittalle**, Rio Grande, 23(1): 45-56, 2011.

RUGOLO, L. M. S. de S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **J Pediatr (Rio J)**, [s. l.], v. 81, n. 1 Supl, p. S101-110, 2005.

SÁ NETO, J. A.; RODRIGUES, B. M. R. D. Tecnologia como fundamento do cuidar em neonatologia. **Texto Contexto Enferm [Internet]**. 2010; 19 (2): 372-7.

SILVA, G. S. **As benzedeadas na promoção da saúde da criança no município de Padre Bernardo-GO**. 2014.

SILVA, L. F. e cols. **Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença**. Florianópolis (SC): Papa Livro, 1996.

SILVEIRA, R. C. **Seguimento ambulatorial do prematuro de risco: nutrição do prematuro de muito baixo peso – aspectos gerais e no primeiro ano de vida**. Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo, p.31, 2012.

SIMS, D. C. e cols. Evaluation and development of potentially better practices to improve the discharge process in the neonatal intensive care unit. **Pediatrics**. 2006; 118, Suppl 2: 115-23.

SIQUEIRA, M. B. C. **Sentidos atribuídos aos cuidados domiciliares pelas mães de recém-nascidos egressos de unidade de terapia intensiva neonatal**. 2008.

SOARES, S. e cols. **Focalização e cobertura do Programa Bolsa-Família: qual o significado dos 11 milhões de famílias?** [s.l.]: Texto para Discussão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), 2009.

TADIELO, B. Z. e cols. Morbidade e mortalidade de recém-nascidos em tratamento intensivo neonatal no sul do Brasil. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.13, n.1, p 7-12. São Paulo, julho de 2013.

TSAO, J. C. I. e cols. Treatment preferences for CAM in children with chronic pain. **Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine**, [s. l.], v. 4, n. 3, p. 367–374, 2007.

VIERA, C. S.; MELLO, D. F. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 74-82.

WILKER, N. Curandeirismo: Um outro olhar sobre as práticas de cura no Brasil do Século XIX. **Vidya**, Vol 19 nº34 Julho 2000. Santa Maria- RS. p.183-197.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de contato telefônico

Data: ___/___/___

Levantamento realizado por: _____

Identificação da criança Nome:

Nome do responsável: _____ Telefone: _____ Contato telefônico

1) Apresentação como pesquisador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFMA, que está desenvolvendo uma pesquisa com crianças que estiveram internadas em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

2) Identificamos que (nome da criança), nascido em (data de nascimento), esteve internado na UTIN do Hospital xxx no ano de xxxx. Gostaríamos de ter informações sobre a criança. Como ela está hoje?

2.1) Se for mencionado óbito, questionar: Data do falecimento: ___/___/___ Motivo do falecimento: _____. Verificar a possibilidade de agendar visita domiciliar para conversar pessoalmente sobre a história de vida da criança.

2.2) Em caso de sobrevida, confirmar se criança realiza acompanhamento nos serviços de follow-up e pedir para conversar pessoalmente no dia do retorno agendado. Verificar disponibilidade para responder ao questionário da pesquisa.

2.3) No caso de não realizar acompanhamento regularmente nos serviços de follow-up, verificar disponibilidade para responder ao questionário da pesquisa. Agendamento da visita domiciliar para coleta de dados: Data: ___/___/___ Horário: _____ Endereço:

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO****Rua Barão de Itapary, 227, 4º andar – Centro. CEP: 65.020-070****INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:****SETORES DE CUIDADO DE SAÚDE UTILIZADOS POR CRIANÇAS EGRESSAS
DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

São Luís, ___/___/201__.

Assinatura do responsável

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

Lia Cardoso de Aguiar
 Pesquisadora
 Contato: 98116 2420

APÊNDICE C – QuestionárioNº IDENTIFICADOR:

--	--	--	--	--

1. IDENTIFICAÇÃO

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

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

1C) Endereço:

1D) Município de origem:

1E) Telefones para contato:

2. SOBRE A CRIANÇA

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

2B) Idade da criança (em meses): __

2C) Sexo da criança

- Masculino Indeterminado
 Feminino

2D) Raça

- Branco Preto Indígena
 Pardo Amarelo

2E) Idade gestacional ao nascimento;

2F) Peso ao nascer;

2G) Apgar: No 1º minuto: __ e 5º minuto: __

2H) Por qual motivo da internou na UTIN?

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

2J) Quanto tempo durou a internação na UTIN?

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

3. SOBRE A MÃE

3A) Idade da mãe (em anos): __

3B) Raça

- Branco Preto Indígena
 Pardo Amarelo

3C) Estado civil

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

3D) Renda familiar: __ salários mínimos

3E) Recebe benefícios do governo?

- Não Sim Se sim, quais?

3F) Grau de instrução

- Não alfabetizado Ensino Médio completo
 Ensino Fundamental Incompleto Ensino Superior Incompleto
 Ensino Fundamental completo Ensino Superior Completo
 Ensino Médio Incompleto

3G) Número de gestações: __

3H) Realizou pré-natal?

- Sim Não

3I) Se realizou pré-natal, foram quantas consultas? __

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

4 SOBRE O PÓS-ALTA

4A) Número de internações após a alta da UTIN: __

4B) Você foi encaminhada para acompanhamento em que serviços de saúde? Quais?

Local	Tipo de serviço	Indicado por

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

4D) Seu filho é acompanhado por equipe de saúde da família?

- Sim Não

Posto/Unidade de referencia _____

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

Setor informal Sim Não

- | | | |
|---|-----------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Autotratamento ou
Automedicação | Indicado por
quem? | <input type="checkbox"/> Parentes
<input type="checkbox"/> Amigos
<input type="checkbox"/> Vizinhos ou colegas de trabalho
<input type="checkbox"/> Igrejas ou grupos de autoajuda
<input type="checkbox"/> Consulta com pessoa leiga que possui
experiência |
|---|-----------------------|---|

Setor popular Sim Não

Curandeiro/pajé Tipo de cura

Benzendeira

Outros

Setor profissional Sim Não

- Enfermagem
- Farmácia
- Fisioterapia
- Fonoterapia
- Medicina
- Nutrição
- Odontologia
- Psicologia
- Serviço Social
- Terapeuta ocupacional
- Outro: _____

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

- _____
- _____
- _____
- _____

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

Sim Não

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

- _____
- _____
- _____
- _____