

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

ADALBI C. SOUZA

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DIARREIA

FLORIANÓPOLIS

2009

ADALBI C. SOUZA

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DIARREIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.

Orientadora: Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs

FLORIANÓPOLIS

2009

© *Copyright* 2009 - Adalbi Cilonei Souza.

Ficha Catalográfica

S729o SOUZA, Adalbi Cilonei

O Itinerário terapêutico das famílias de crianças com diarreia. 2009
[dissertação] / Adalbi Cilonei Souza – Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2009.
123 p. il.

Inclui bibliografia.

Possui tabelas.

1. Enfermagem – Cuidado. 2. Itinerário Terapêutico. 3. Diarreia em
crianças. 4. Enfermagem familiar I. Autor.

CDU – 616-083-058.8

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009.

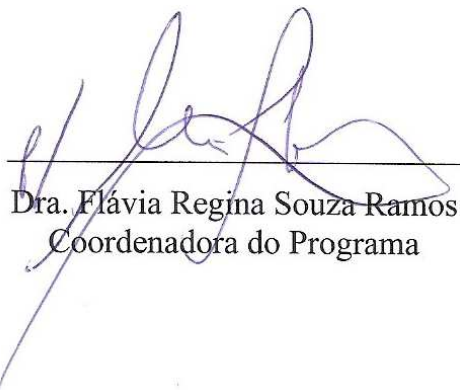
ADALBI C. SOUZA

O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DAS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DIARREIA

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

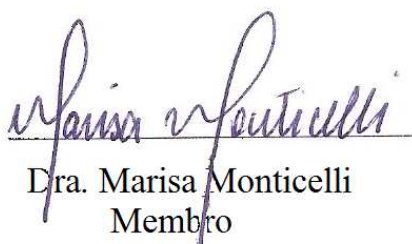
MESTRE EM ENFERMAGEM

e aprovada em 20 de fevereiro de 2009, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.

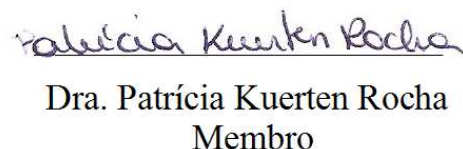


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Marisa Monticelli
Membro



Dra. Patrícia Kuerten Rocha
Membro

Dra. Denise Pires de Pires
Membro Suplente

Dra. Ilca Luci Keller
Membro Suplente

DEDICATÓRIA

Por ser a fonte e a luz da minha essência, dedico este trabalho à minha família.

Aos que se foram, aos que estão e àqueles que virão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Agradeço a Deus, Ser Infinito, Misericordioso e Misterioso, o qual o descubro e sinto cada vez mais intensa a sua força dentro de mim;

A toda minha família e amigos, sem os quais eu não poderia estar aqui hoje. Pois foi com eles que aprendi que não existimos para viver sós, mas em comunhão, caminhando lado a lado e distribuindo o amor ao próximo para ajudar cada um a evoluir neste mundo;

Agradeço as famílias que contribuíram e participaram deste estudo e que me permitiram conhecer um pouco da sua história e forma de viver;

Aos profissionais do hospital. Ao apoio que me ofereceram e profissionalismo que demonstraram;

Aos membros da Banca Examinadora Dra. Marisa Monticelli, Dra. Patrícia Rocha, Dra. Denise Pires e Dra. Ilca Luci Keller que aceitaram a tarefa de disponibilizar tempo e dedicação para contribuir com o enriquecimento deste trabalho;

A todos os profissionais, estagiários, graduandos e colaboradores do departamento, Graduação e Pós, pelo apoio, carinho, paciência e aprendizado que recebi, desde o primeiro dia em que pisei nesta universidade ao vir fazer minha matrícula e iniciei meus primeiros passos em direção à enfermagem;

A esta universidade, feita de tijolos, giz, ideias, fios, concreto, luta e gente, que contribuiu para me tornar quem eu sou hoje;

Por último e de grande importância, o meu especial agradecimento àquela que me guiou por este caminho do aprendizado. À minha mestra, minha tutora, minha mentora, a que me fez crescer e aprender a ver as coisas sob outra perspectiva, ter contato com os diferentes saberes. Foi um caminho árduo para ela me orientar, pois as pessoas são diferentes, da mesma forma, ela me fez perceber e respeitar a diferença. Sou mais um orientando que passou pela sua vida, no entanto, mesmo que diferentes culturalmente, você será para mim a orientadora que construiu um marco, um divisor em minha vida, um Adalbi de antes para um pós-Adalbi. Deixo aqui meu muito obrigado de todo o meu coração e de toda a minha alma. Muita luz para você Dra. Astrid Eggert Boehs. Que você faça a diferença para outros como fez para mim.

SOUZA, Adalbi C.. **O Itinerário terapêutico das famílias de crianças com diarreia.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 123 f.

Orientadora: Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs

Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer

RESUMO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa na modalidade de etnoenfermagem que teve por objetivo geral identificar o itinerário terapêutico seguido pelas famílias com crianças menores de cinco anos com diarreia. O referencial teórico adotado foi o modelo de Arthur Kleinman e conceitos da Teoria de Madeleine Leininger. Os participantes do estudo foram oito famílias com crianças menores de cinco anos que procuraram a emergência de um hospital pediátrico do município de Florianópolis quando suas crianças apresentaram diarreia. A coleta de dados se deu inicialmente com a observação participante para escolher os participantes, na emergência e no domicílio foram realizadas entrevistas com mães, avós e pais com um roteiro-guia. Mediante permissão, todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, um diário de campo auxiliou a complementar os registros. A análise ocorreu concomitante à coleta dos dados buscando-se os domínios culturais. A discussão dos dados ocorreu à luz do referencial teórico e aproximação com outros estudos emergindo como resultado os domínios. Os informantes perceberam o problema, caracterizaram-no, desenvolveram uma ação e depois avaliaram os seus resultados. Questões de ordem econômica e fatores socioculturais estiveram presentes em todos os momentos juntamente com as redes de apoio social. As razões para a escolha da emergência se justificaram por diferentes motivos, seja pelo marketing do hospital, falta de profissionais nas Unidades Locais de Saúde, capacidade dos hospitais em realizar exames ou a própria qualidade do atendimento prestada pelos profissionais do Setor Profissional. Estas razões apontam para a diferença de modelos explicativos sobre a gravidade do quadro de diarreia entre os setores familiar e profissional de cuidado, havendo necessidade de mais estudos.

Palavras-chave: Itinerário Terapêutico. Diarreia Infantil. Enfermagem Transcultural. Assistência à Saúde.

SOUZA, C. Adalbi. **The therapeutic itinerary of families of children with diarrhea.** 2009. Dissertacion (Master in Nursing) – Post Graduation in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis. 123 f.

Advisor: Profa. Dr Astrid Eggert Boehs

Research Line: Care and the living process, being healthy and becoming sick

ABSTRACT

This is a study of qualitative approach in form of ethnonursing which aimed to identify the general therapeutic route followed by families with children under five with diarrhea. The theoretical reference was the model of Arthur Kleinman and concepts of the Theory of Madeleine Leininger. The participants were eight families with children under five who sought the emergence of a pediatric hospital of the city of Florianopolis where their children had diarrhea. The data collection initially took place with the observation participant in order to select the families. The interviews in the emergency room as well at the families home were conducted with mothers, grandparents and parents following list of topics. By permission, all interviews were recorded and transcribed, a field diary helped to supplement the records. The analysis occurred concurrently with data collection seeking the cultural fields. The discussion of the data occurred in the light of the theoretical framework and approach to other studies. The discussion of the data occurred in the light of the theoretical framework and approach to other studies emerged as a result the fields. The informants perceived the problem, characterize it, developed an action and then evaluate their results. Matters of economic and sociocultural factors were present at all times along with the social's network support. the choice of emergency room is justified by different reasons such as the marketing at the hospital, the lack of professionals in the Local Health Units, the hospitals' structure to conduct tests and the quality of care provided by professionals in the Professional Sector. These reasons point to the difference in explanatory models on the severity of diarrhea among the family and professional care, and need more studies.

Keywords: Therapeutic itinerary. Infantile Diarrhea. Transcultural Nursing. Health Assistance

SOUZA, C. Adalbi. **El itinerario terapéutico de las familias de los niños con diarrea.** 2009. Disertación (Maestría en Enfermería) - Curso de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 123 f.

Orientadora: Profa. Dra. Astrid Eggert Boehs

Línea de Investigación: El cuidado y el proceso de vivir, ser saludable y adolecer

RESUMEN

Se trata de un estudio de abordaje cualitativo en la modalidad de etnoenfermería que tuvo por objetivo general identificar el itinerario terapéutico seguido por las familias con niños menores de cinco años con diarrea. El referencial teórico adoptado fue el modelo de Arthur Kleinman y conceptos de la teoría de Madeleine Leininger. Los participantes del estudio fueron ocho familias con niños menores de cinco años que buscaron la emergencia de un hospital de pediatría del municipio de Florianópolis cuando sus niños presentaron diarrea. La colecta de los datos se dio, inicialmente, con la observación participante para elegir los participantes, en la emergencia y en el domicilio fueron realizadas entrevistas con las madres, abuelos y padres siguiendo un guía escrito. Mediante permiso, todas las entrevistas fueron grabadas y transcritas, un diario de campo auxilió a complementar los registros. El análisis ocurrió concomitante a la colecta de los datos buscándose los dominios culturales. La discusión de los datos ocurrió a la luz del referencial teórico y la aproximación con otros estudios. La discusión de los datos se produjo en la luz del marco teórico y el enfoque a otros estudios, como resultados surgieron los dominios. Los informantes percibieron el problema, caracterizándolo, desarrollaron una acción y luego evaluaron sus resultados. Cuestiones de orden económico y factores socioculturales estuvieron presentes en todos los momentos en conjunto con las redes de apoyo social. Las razones para la elección de la emergencia se justificaron por distintos motivos, sea por el marketing del hospital, falta de profesionales en las Unidades Locales de Salud, capacidad de los hospitales en realizar exámenes o la propia calidad de la atención ofrecida por los profesionales del Sector Profesional. Estas razones apuntan para la diferencia de modelos explicativos sobre la gravedad del cuadro de diarrea entre los sectores familiar y profesional de cuidado, haciéndose necesarios más estudios.

Palabras claves: Itinerario Terapéutico. Diarrea Infantil. Enfermería Transcultural. Asistencia a la Salud

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde
MDDA	Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPR	Observação Participação Reflexão
PSF	Programa de Saúde da Família
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRO	Terapia de Reidratação Oral
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
ULS	Unidade Local de Saúde

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

FIGURA 1 - Modelo do Sol Nascente de Leininger (<i>Sunrise Model</i>)	36
FIGURA 2 - Representação esquemática da região metropolitana de Florianópolis	49
QUADRO 1 - Descrição e organização do diário de campo	43
QUADRO 2 - Descrição e organização dos dados de identificação da criança e seus pais ...	44
QUADRO 3- Relação da rede de apoio social dos participantes	45
QUADRO 4 - Relação das perguntas norteadoras do roteiro-guia	45
QUADRO 5 - Identificação dos domínios	47
QUADRO 6 - Descrição das famílias segundo a idade e escolaridade	59
QUADRO 7 - Descrição das famílias segundo ocupação, número de filhos e renda	59
QUADRO 8 - Descrição das famílias segundo estado civil, número de pessoas	59
TABELA 1 - Algumas das relações semânticas universais de Spradley	46
TABELA 2 - Exemplo da organização dos domínios conforme o roteiro-guia.....	47

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INICIANDO A TEMÁTICA.....	14
1.1 OBJETIVOS	20
1.1.2 Objetivo geral	20
1.1.3 Objetivos específicos	20
1.2 JUSTIFICATIVA	20
CAPÍTULO 2 - LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO ENVOLVENDO ASPECTOS DA DIARREIA INFANTIL NO BRASIL SOB O PONTO DE VISTA CULTURAL ...	21
2.1 O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NO CENÁRIO CULTURAL	22
2.2 ASPECTOS SOCIOCULTURAIS ENVOLVENDO A DIARREIA	27
CAPÍTULO 3 - O REFERENCIAL TEÓRICO.....	32
3.1 O SISTEMA DE CUIDADO À SAÚDE E O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO.....	32
3.2 A ENFERMAGEM CULTURAL DE LEININGER E OS SISTEMAS DE CUIDADO À SAÚDE.....	34
CAPÍTULO 4 - O CAMINHO METODOLÓGICO.....	38
4.1 DESENHO DO ESTUDO	38
4.2 LOCAL DA PESQUISA	39
4.3 OS PARTICIPANTES E OS ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO	41
4.4 O CAMINHO PARA A CONSECUÇÃO DOS RESULTADOS	42
4.4.1 Coleta dos dados.....	42
4.4.2 Análise dos dados	46
CAPÍTULO 5 - DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS	49
5.1 DESCRIÇÃO DAS FAMÍLIAS.....	50
5.2 O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	59
5.2.1 As características da diarreia na percepção das famílias.....	60
5.2.2 Diarreia: e agora o que fazer?.....	67
5.2.3 Razões para buscar a emergência do hospital e não levar ao posto de saúde..	79
CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	88
6.1 O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO	88
6.2 AS RAZÕES DA BUSCA PELA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL PEDIÁTRICO E AS RAZÕES PARA NÃO UTILIZAR O POSTO DE SAÚDE LOCAL	99
CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS	108
APÊNDICES	113
ANEXOS	116

Diferentes olhares

Havia um homem no qual fazia um mês que havia morrido um amigo, colega seu de trabalho, e achou conveniente visitar seu túmulo no cemitério da cidade.

Comprou um ramo de flores e colocou-o sobre a sepultura. Ficou lá, de pé, pensando e recordando os bons momentos que tinham vivido juntos. Quase não percebeu a chegada silenciosa de um japonês que se aproximou do túmulo vizinho ao de seu amigo.

O japonês desfez o embrulho que trazia e colocou sobre a lousa da sepultura, uma tigela cheia de arroz, segundo o costume tradicional de seu país, e lá ficou, de pé, olhando fixamente para o túmulo. O jornalista olhou o arroz e sorriu.

Depois de algum tempo, o jornalista dirigiu-se ao silencioso japonês e perguntou:

- A que horas virá o seu morto comer o arroz?

O japonês virou-se lentamente e respondeu:

- À mesma hora em que o seu vier cheirar suas flores.

Autor desconhecido

CAPÍTULO 1 - INICIANDO A TEMÁTICA

Oferecer assistência à saúde, dentro da perspectiva profissional oficial, voltada exclusivamente para a manifestação biológica das doenças, pode colaborar para que questões sociais e culturais do indivíduo ou da família fiquem relegadas a um segundo plano ou nem sejam consideradas. Promover saúde apenas sob esse prisma pode engessar a assistência e gerar um caráter tendencioso de justificar os problemas do indivíduo exclusivamente pelo seu comportamento aparente. Apresenta perspectiva, já que o Brasil apresenta uma grande diversidade social e cultural, outros modelos de assistência que levem em conta esses aspectos devem ser considerados.

Fundamentado em princípios e diretrizes que se aproximam de uma percepção mais integral dos indivíduos, o Sistema Único de Saúde (SUS) está organizado em um modelo que oferece assistência à saúde em três níveis de atenção: primário ou atenção básica, secundário e terciário. O acesso da população aos serviços de saúde dá-se inicialmente pela atenção primária, sendo, segundo Mendes (2002), compreendido como a porta de entrada para o atendimento e para os outros níveis de atenção.

Quando a atenção básica não apresentar condições de resolução, o indivíduo deverá ser referenciado para o próximo nível de complexidade. Os níveis de complexidade dos serviços de saúde devem estar dispostos de forma que o fluxo de referência funcione de maneira adequada, assegurando o acesso universal e oportuno no nível de atenção em que o indivíduo é atendido.

A implantação do SUS e a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, pelo Ministério da Saúde (MS), à luz da reorganização da prática de atenção à saúde em substituição ao modelo assistencial tradicional curativista e hospitalocêntrico, tiveram como objetivo levar saúde às famílias e assegurar esse acesso à população (BRASIL, 2001). Como estratégia para tal fim, o PSF, atualmente denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), buscou priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. A proposta do ESF está direcionada a um modelo de ação para a família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, para que as equipes de

saúde percebam o amplo processo de saúde-doença e a necessidade de intervenções, que vão além de práticas curativas.

Dentro do contexto familiar, as crianças parecem ser mais vulneráveis aos problemas de saúde do que os adultos. As necessidades para o seu desenvolvimento saudável podem ir desde o carinho e atenção individualizada, até a assistência especializada de saúde na atenção primária. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) publicou, em julho de 2004, a agenda de compromissos para a saúde integral da criança e a redução da mortalidade infantil. Assim, a criança deverá ser atendida por uma equipe interdisciplinar que compreenda suas necessidades e direitos como indivíduo. Entre os eixos de ações a serem desenvolvidos estão: o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; o incentivo ao aleitamento materno e alimentação saudável; o combate à desnutrição e anemias carenciais; a imunização; a prevenção de acidentes, maus tratos, violência e trabalho infantil; a atenção às doenças prevalentes; a atenção à saúde bucal e mental; e a atenção aos portadores de deficiência.

Embora a atenção básica se apresente com uma estrutura pretensamente montada para atender as famílias, o setor terciário, como as emergências dos hospitais, por exemplo, ainda se constituem como os locais onde se buscam recursos para auxílios no atendimento da criança. Marques e Lima (2007) apontam que as emergências dos hospitais dispõem de um recurso maior de profissionais, medicação, consultas, procedimentos de enfermagem e exames laboratoriais, ao passo que as Unidades Locais de Saúde (ULS) da atenção básica, predominantemente, oferecem consultas médicas. As autoras identificaram que a porta aberta para o atendimento das demandas desse setor atende a uma situação diversificada de encaminhamento por outros profissionais, complementaridade do atendimento por parte dos usuários do serviço, agilidade para a obtenção da consulta e, conseqüentemente, resolução da queixa (MARQUES, LIMA, 2007).

Entre esses tantos atendimentos e agravos prevalentes à saúde da criança, principalmente no setor de emergência, frequentemente estão os casos de diarreia. Esta, do ponto de vista biomédico, caracteriza-se como um aumento do número de evacuações e perda da consistência das fezes, tornando-se mais líquidas. Pode ter causa infecciosa ou não de acordo com a origem, podendo ainda ser aguda, que dura em média até quatro dias. Após esse período, pode ser classificada como diarreia crônica.

Para o MS e para a Organização Mundial da Saúde (OMS), as doenças diarréicas, desnutrição, infecções respiratórias e afecções perinatais constituem-se como as principais causas de mortalidade e morbidade infantis em países em desenvolvimento como o Brasil, além de contribuírem para as situações de má nutrição. Conforme informações da Fundação

Nacional de Saúde são monitoradas uma média anual de 1,5 milhões de episódios de diarreia aguda, que podem atingir crianças menores de cinco anos de idade. A área mais acometida por essa condição é a região Nordeste do país, num total de 995.055 casos em 2006, e a região Sul, com o menor índice, com 212.328 casos (FUNASA, 2008).

Por estarem associados com as condições econômicas, sociais, culturais e de ambiente, os problemas de saúde relacionados aos frequentes casos de diarreia produzem uma parcela significativa de morbidade e mortalidade no nosso país. No Brasil, a estimativa é de que 50.000 crianças morrem por efeito da condição dessa morbidade que, segundo o MS, representou em 2001, um total de 10 % dos gastos hospitalares com crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2002).

No que diz respeito ao acompanhamento desse agravo à saúde, o Ministério da Saúde, através da Vigilância Epidemiológica, instituiu a Monitorização das Doenças Diarréicas Agudas (MDDA), com o propósito de ampliar a ação resolutiva da atenção primária (BRASIL, 2006). A distribuição dos casos de diarreia no Brasil aponta valores desproporcionais nas diferentes regiões brasileiras, apresentando certo contrastante entre a região Nordeste e Sul, com 995.055 e 212.328 casos respectivamente, em um total de 2.395.485 episódios no ano de 2004, sendo que em 51 % desses casos estiveram envolvidas crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2006).

Embora os números exibidos pelo DATASUS (2009) mostrem Santa Catarina com a menor taxa de internação por diarreia da Região Sul e um equilíbrio variável das internações e óbitos por diarreia, é frequente ainda o número de casos dos agravos à saúde em algumas regiões como o município de Florianópolis, que possui um hospital de referência no atendimento pediátrico.

A diarreia consiste em uma doença na qual, segundo o Controle de Vigilância Epidemiológica de São Paulo (2007), apenas 40 % da população procuraram os serviços de saúde quando apresentaram esse problema. Os outros 60 % restantes são manejados no domicílio, geralmente, pelos cuidados da família e vizinhos.

Dentro desta perspectiva de cuidado na família, me reporto à minha própria experiência como estudante de graduação, em um projeto na área rural, no qual pude constatar que as famílias utilizavam diferentes formas de cuidar da saúde e recursos terapêuticos no seu cotidiano. Fui testemunha das adversidades que dificultavam o acesso aos serviços de saúde, tais como barreiras sociais, econômicas e geográficas. As famílias ficavam praticamente isoladas por não possuírem estradas transitáveis e serviço de saúde especializado

próximo a suas residências, deixando de receber assistência periódica dos serviços públicos de saúde e educação.

Naquele contexto eram evidentes algumas condições problemáticas enfrentadas pelas famílias, como as verminoses e a diarreia e a busca por uma assistência à saúde influenciada por fatores culturais, sociais e econômicos. A constatação de práticas diversificadas para enfrentar esses problemas corroborou para voltar a minha atenção a esse cenário e buscar compreender a perspectiva das famílias.

Nesta mesma direção, após a conclusão do curso de graduação, exercendo atividades de docência com o ensino técnico de enfermagem, supervisionei estágio na emergência infantil do Hospital Infantil Joana de Gusmão, onde acompanhei as mães aflitas com seus filhos febris e preocupadas com outras condições de saúde como a diarreia. A preocupação e as discussões sobre os atendimentos com os estudantes eram sempre feitas a partir da conversa com as mães, perguntando para elas o porquê de procurarem o setor de emergência.

Assim, como se tratava de uma pergunta aberta, as mães faziam o relato da história acerca de um contexto que costumeiramente não aparecia nas fichas de preenchimento do guichê de atendimento ou nos prontuários dos profissionais. Muitos desses relatos mostravam as formas distintas de identificar e interpretar os problemas e as tomadas de decisão para resolvê-los. Em muitos desses casos, as mães buscavam diferentes setores para que seus filhos recebessem assistência. A dificuldade era colocada em relação à não resolução do problema por parte das Unidades Locais de Saúde (ULS), sobretudo referente à demora do atendimento e da falta de profissionais para atender.

Mais tarde, a experiência de professor substituto com alunos da graduação de enfermagem nas primeiras fases do curso, também proporcionou a visão de um saber prático que as famílias utilizam nas situações de saúde e doença das crianças. Inseridos na comunidade, os grupos de alunos visitaram e entrevistaram pessoas que faziam cuidados populares à saúde, acompanhando de perto as benzedadeiras, os conhecedores de plantas medicinais, entre outros que também refletiam uma perspectiva de saúde e doença diferente em relação ao modelo biomédico.

Portanto, de acordo com esta exposição, utilizo-me da perspectiva de Kleinman (1980), que defende que o sistema de saúde é um sistema cultural, bem como outros, tais como a religião, a linguagem ou a política. Kleinman, dentro da linha da antropologia interpretativa, entende o sistema de saúde como um sistema simbólico que é composto pelos seguintes setores: profissional, que compreende os profissionais de saúde; familiar, que abrange os níveis individual e familiar principalmente; e o popular, representado

especialmente pelos não-profissionais da saúde, como os curandeiros, raizeiros ou benzedeiros¹.

As pessoas se movem entre estes setores para praticar o cuidado, no entanto, a decisão sobre qual o melhor tipo a ser oferecido durante a manifestação de determinados problemas de saúde é definido, em um primeiro momento, dentro da esfera familiar (popular) em aproximadamente 70 a 90 % dos casos (KLEINMAN, 1980).

Dentro de cada setor há um modelo explicativo para as causas das doenças e seus tratamentos. Segundo Kleinman (1980), os modelos explanatórios contêm elucidações de alguns ou de todos os cinco aspectos a seguir:

- etiologia da doença ou da condição que expressa o porquê do aparecimento de determinado fenômeno;
- duração e características do início dos sinais e sintomas;
- processo fisiopatológico envolvido no qual aparece o contexto da doença e sua designação. Envolve questões como o que o indivíduo apresenta, significado da doença, seus sinais e sintomas, suas causas, classificações e maneiras de identificá-la ou diagnosticá-la;
- desenvolvimento da doença, ou história natural, e sua gravidade ou tipo: este aspecto representa como o problema evoluiu e como se apresenta no momento, ou seja, como ele se comportou desde o início e qual o seu nível de gravidade;
- cuidados e tratamentos tomados para corrigir a condição: ação a ser tomada diante do problema visando à sua resolutividade. Apresenta etapas do cuidado para o tratamento e encaminhamento para algum setor.

Haja vista que a saúde pode ser entendida como um sistema cultural, a própria concepção acerca do que é doença, diferentes tipos de classificações e suas características também podem ser colocados sob esse enfoque.

Langdon (2003), ainda dentro da linha da antropologia interpretativa, ao abordar o conceito de doença como processo, defende que a mesma pode ser vista como um episódio de um drama social e seu significado depende de estratégias de percepção e ação, isto é, a resolução envolve um sistema de ideias elaboradas e que põe uma ação em curso. A autora observa que a doença não é constituída de um momento único, mas avança na sequência de

¹ Kleinman usa os termos *popular* e *folk*, ou *traditional*, no entanto, procurei adotar as definições de Langdon (1994), familiar e popular respectivamente, da mesma forma que alguns autores tais como Mattosinho e Silva (2007), Monticelli (2003), Boehs (2002) os utilizaram sem perder a perspectiva daquele autor. Assim como Monticelli (2003), acredito que o uso desses termos, a partir de definições realizadas por Langdon (1994), possui uma proximidade maior com o contexto social e cultural de meu estudo.

eventos que têm por objetivo o de entender o sofrimento para organizar a experiência vivida e o de aliviar o sofrimento se possível. Emergindo dessa percepção e ação, a doença caracteriza-se então como um processo a partir dos seguintes passos: 1- o reconhecimento dos sintomas do distúrbio como doença; 2- o diagnóstico e a escolha do tratamento; e 3- a avaliação dos resultados (LANGDON, 2003).

A concepção de mundo, dentro da qual o indivíduo percebe o problema e age sobre o mesmo, está ligada à ideia de cultura de Geertz (1989), em que o autor, na linha da antropologia simbólica, diz que a cultura oferece um modelo *da* e um modelo *para* a realidade. Nesse sentido, a busca pela melhor opção do cuidado em relação à diarreia pode envolver não só a forma como o indivíduo olha e percebe o problema, mas também quais os setores que ele percorre para resolvê-lo. A complexidade dessas etapas e as escolhas por um ou mais dos setores é compreendido como sendo o Itinerário Terapêutico.

O Ministério da Saúde preconiza que a atenção primária deve ter um índice de resolutividade de 80 %, sendo os casos que não podem ser resolvidos encaminhados para os outros níveis de assistência (BRASIL, 2001). Desse modo, a atenção básica inserida e representada pelo setor profissional deve oferecer resposta às crianças que apresentam diarreia. No entanto, mesmo diante da oferta desses serviços, as emergências dos hospitais continuam sendo um recurso importante, ainda que para as situações que envolvam esse problema infantil.

Dentro desse cenário, tenho a seguinte pressuposição: de que muitas vezes a escolha e a decisão sobre qual setor deve ser consultado pelas mães são feitas, não apenas porque esgotaram seus recursos terapêuticos, mas porque envolvem uma elaboração de ideias sobre o problema, relacionadas com o contexto social e cultural.

Com base nessa discussão, saliento aqui o meu interesse em investigar o problema da diarreia infantil no contexto do itinerário terapêutico sob a seguinte questão: qual é o itinerário terapêutico das famílias com crianças menores de cinco anos nos casos de diarreia?

1.1 OBJETIVOS

1.1.2 Objetivo geral

Compreender o itinerário terapêutico das famílias com crianças menores de cinco anos acometidos de diarreia.

1.1.3 Objetivos específicos

- 1- Investigar como a diarreia infantil é entendida pelas mães e outros familiares;
- 2- Caracterizar quais as práticas de cuidados desenvolvidas pelas famílias dentro e fora do domicílio assim que foi constatada a diarreia
- 3- Identificar as razões da escolha pela emergência do hospital pediátrico.

1.2 JUSTIFICATIVA

De acordo com a proposta do SUS, o problema da diarreia possui condições de ser resolvido na atenção básica, mas grande parte dos sujeitos que já fizeram ou buscaram outras maneiras de cuidar da saúde procuram resolver seus problemas neste setor considerando-o como referência tecnológica e resoluto.

Ao compreender e analisar as razões pelas quais as famílias buscam a emergência de um hospital do nível terciário para tratar a criança com diarreia, pode-se contribuir para que sejam reforçadas as políticas de atenção à saúde dessas famílias, seja na atenção básica ou hospitalar.

As famílias também costumam levar seus filhos para a emergência por acreditar que a Unidade Local de Saúde não pode resolver seu problema ou referenciadas pelos próprios profissionais ou ainda por este setor encontrar-se de portas abertas à noite e nos finais de semana.

Considerando também que existem diferentes formas de cuidado à saúde e que elas são influenciadas principalmente por aspectos culturais, tanto das famílias, quanto dos profissionais, este estudo poderá contribuir assim, com o debate acerca dos modelos de cuidado no âmbito acadêmico e assistencial. O tema é igualmente relevante para a enfermagem, visto que a mesma mantém um contato estreito e quase sempre prolongado com os sujeitos da assistência. Dessa maneira, pelo processo de buscar conhecer as diferentes formas de cuidado, o profissional da saúde também pode desenvolver diferentes formas de cuidar, focalizado nos significados que as famílias possuem acerca de seus problemas.

CAPÍTULO 2 - LEVANTAMENTO BIBLIOGRÁFICO ENVOLVENDO ASPECTOS DA DIARREIA INFANTIL NO BRASIL SOB O PONTO DE VISTA CULTURAL

As palavras-chave utilizadas para a busca da literatura foram: Itinerário Terapêutico, Diarreia Infantil, Enfermagem Transcultural e Assistência à Saúde. Inicialmente, foi realizada busca pelas palavras “itinerário terapêutico” no título de trabalhos do acervo da biblioteca da Universidade Federal de Santa Catarina, procurando conhecer os estudos nacionais feitos a respeito do tema. Foram contabilizadas três dissertações de mestrado desenvolvidas pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem e uma monografia de medicina desenvolvida pelo Departamento de Saúde Pública que trata sobre o tema.

Num segundo momento, ainda pesquisando sobre itinerário terapêutico, a busca aconteceu através de pesquisa no Banco de Teses da CAPES e base de dados da Bireme. Foram contabilizados dezesseis trabalhos, treze em nível de mestrado, dois em doutorado e um artigo. Três dissertações foram desenvolvidas em Enfermagem e outras três dissertações em Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, uma pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, no município de Ribeirão Preto, e duas pela Universidade da Bahia em Saúde Comunitária e Coletiva. Cinco delas foram desenvolvidas em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade de São Paulo, em Ribeirão Preto, e Universidade Federal de Mato Grosso, duas na Antropologia Social da Universidade Federal de Santa Catarina, duas pela Universidade da Bahia em Saúde Comunitária e Coletiva, duas em Sociologia pelas Universidades Federais do Paraná e do Rio Grande do Sul e uma em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí. Os trabalhos de doutorado foram em número de dois, sendo ambos na área de Saúde Pública desenvolvidos na Fundação Oswaldo Cruz.

Na discussão abaixo, sobre alguns aspectos do itinerário terapêutico, a discussão inicia abordando os aspectos do processo saúde-doença na perspectiva cultural, o aparecimento de um problema de saúde, a consulta a diferentes setores dentro do sistema de saúde e os fatores sociais e econômicos que se entrelaçam nesse processo. Quanto ao tema da “diarreia”, foi realizado pesquisa na base de dados da Bireme, JPED e literatura bibliográfica na Revista

Latino-americana e Texto e Contexto. A leitura e a busca pelos textos foram efetuadas em todo o período de 2008 sendo encontrados trabalhos catalogados até o ano de 2006.

A literatura sobre diarreia é bastante ampla, mas poucos são os estudos envolvendo aspectos culturais do cuidado. Em sua maioria, os estudos abordam o tema envolvendo aspectos da alimentação, infectologia e, menos frequente, questões sociais. A revisão que segue a respeito do tema inicia com a abordagem etnofisiológica, que pode ser utilizada para descrever as características do problema, seguida da percepção das mães referente ao mesmo e alguns fatores de ordem educacional, ambiental e baixo poder aquisitivo envolvidos.

2.1 O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO NO CENÁRIO CULTURAL

Do ponto de vista cultural, o sistema de saúde de alguns grupos segue uma lógica própria de pensar e agir frente aos problemas de saúde. Em seu trabalho intitulado “Representações de Doenças Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana”, Langdon (1994) discorre sobre a relação saúde-doença e o itinerário terapêutico dentro do sistema xamânico. A pesquisa trata das concepções simbólicas acerca da relação de saúde e doença do grupo indígena Siona da Colômbia, que possui um sistema médico tradicional estruturado no xamanismo. Os Siona falam do mundo em “dois lados”, da realidade visível e das forças invisíveis e seus domínios, que não percebidos em condições normais. Tradicionalmente, um mestre xamã desempenha um papel de liderança religiosa e política e a cura de doenças era parte de suas funções. Hoje, entretanto, o papel do xamã limita-se apenas à cura de doenças e outros infortúnios. Apesar de tais relações e as práticas de cura estarem apoiadas nesse sistema tradicional, os Siona se utilizam também do sistema biomédico disponível. O artigo descreve um relato de caso no qual a procura de xamãs, bem como a realização de práticas caseiras de saúde, predominam sobre a biomedicina, mesmo essa sendo bem aceita e procurada pelos referidos índios. Neste sentido, o relato exemplifica os critérios de escolha do itinerário terapêutico e as avaliações dos tratamentos vividos por Júlia e seu marido, entre os Siona, onde, através de diferentes níveis de causalidade, ou seja, “A causa última”, “A causa eficaz” e “A causa instrumental”, buscaram uma forma de tratar o problema apresentado segundo o que lhes é mais apropriado. Na visão desses índios, cabe à biomedicina o tratamento de doenças mais leves (alívio de sintomas) e aos xamãs, a cura de doenças mais graves (pois só eles teriam poder para isso). Conforme a autora, para buscar compreender as razões que guiam a procura por determinada terapia na medicina oficial deve-

se partir do princípio que os processos vinculados à relação “saúde-doença” não possuem uma natureza diferente dos que operam em nossa sociedade, mesmo havendo diferenças etiológicas, tecnológicas e de procedimentos terapêuticos (LANGDON, 1994).

As diferentes concepções sobre saúde também podem ser usadas de maneira paralela, tornando as práticas médica e popular complementares e não excludentes uma da outra por parte dos usuários. No trabalho de dissertação de Visenti (2008), a autora discute o itinerário terapêutico de idosos diante do diagnóstico médico de câncer. O objetivo do estudo foi conhecer e descrever esse itinerário durante o atendimento ambulatorial em Casa de Apoio na cidade de Curitiba, no Paraná. Usando história oral temática, a pesquisadora analisou cinco categorias: “Manifestação da enfermidade”, “Convivendo com a doença”, “Subsistema Profissional, Folclórico e Popular no tratamento do câncer”. Das categorias, foi montado um tema geral que trata da esperança do idoso e do entrelaçamento dos subsistemas no tratamento do câncer. Diante de dificuldades encontradas no atendimento e assistência do subsistema profissional, em que o idoso busca assistência assim que percebe a doença, ele conta com a ajuda e o apoio da família na qual a mesma é instituída como a primeira instância econômica e de cuidados a sua saúde. Percorrendo por todos os sistemas, o idoso e sua família enfrentam dificuldades em se deslocar por cidades ou áreas rurais na busca da assistência pela saúde, colocando um marco de incerteza e sofrimento amenizados pela esperança na família e em Deus (VISENTIN, 2008).

A literatura tem mostrado que percorrer diferentes itinerários na busca do cuidado leva os indivíduos a criarem diversas estratégias para a resolução do problema. As doenças crônicas, por exemplo, tais como Aids, Diabete Mellitus ou problemas respiratórios, podem produzir mudanças nas rotinas familiares. É o que mostra o trabalho de Maliska e Padilha (2007), que buscaram caracterizar as práticas de cuidado realizadas no itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/Aids integrantes de um serviço ambulatorial na Grande Florianópolis. Este estudo envolveu treze pessoas usuárias de serviço ambulatorial que durante o percurso terapêutico utilizam o conhecimento disponível no meio familiar, nas relações sociais, além de consulta a materiais bibliográficos e educativos, incorporando, assim, algumas dessas informações e práticas no seu dia-a-dia, a fim de melhorar as condições gerais de saúde. Como resultado, as autoras verificaram que são utilizados recursos terapêuticos nos diferentes setores do sistema de saúde que objetivam manter a saúde, prevenir, tratar e resolver os problemas de saúde. Concluem que, à medida que o diagnóstico do problema é revelado, a rede de apoio aumenta, do contrário, quanto mais o mesmo é silenciado, mais restrita a rede se mantém. Apontam para a existência de uma multiplicidade

de saberes e maneiras diversificadas de lidar com a enfermidade, devendo ser reconhecidas pelos profissionais para que se possa ofertar um cuidado aproximado da realidade sociocultural em questão.

O trabalho de Silva *et al* (2006) também aborda que, nos problemas crônicos de saúde, as pessoas perfazem diferentes escolhas para resolvê-los, e que elas não se restringem a um único sistema de cuidado. O indivíduo com Diabete Mellitus, por exemplo, pode vir a realizar algumas modalidades terapêuticas até optar pela que lhe é mais adequada, tanto do ponto de vista de bem-estar quanto em relação à integração dessas modalidades em seu cotidiano.

Quanto aos indivíduos que apresentaram problemas respiratórios, eles buscaram cuidados no sistema profissional, mas não se limitaram apenas a este setor, perfazendo outros itinerários (MATTOSINHO, SILVA, 2007; SILVA, SOUZA, MEIRELES, 2004).

Dentro do sistema cultural de saúde, os profissionais de cura organizados por instituições reconhecidas podem ser visitados pelas pessoas quando elas já tiverem consultado outros setores. Quando não puderem ter suas necessidades atendidas devido à ineficiência dos serviços de saúde, público e privado, essas pessoas podem encontrar-se, então, frente a uma pluralidade de práticas de cuidado à saúde, que objetivam combater os males do corpo e do espírito. É o que mostram os estudos de Corrêa e Simionatto (2003), Araújo (2002) e Loyola (1984).

Quanto a saúde infantil, a experiência individual ou compartilhada coletivamente molda o processo cultural dentro dos grupos familiares e fomenta o processo de escolha pelas famílias em relação ao melhor tratamento ou cuidado para ser oferecido a suas crianças.

O cuidado, como algo universal e presente em todas as culturas do mundo, como afirma Leininger (1991), pode apresentar-se de maneira diversificada, inclusive entre os grupos que o oferecem e o praticam como os profissionais da saúde. Isso pode ser visto na atenção primária, em que, de um lado, encontram-se os profissionais inseridos no setor profissional e, de outro, as famílias, inseridas no setor popular de saúde. Em alguns casos, a relação entre esses dois grupos, no olhar antropológico, pode implicar um choque cultural entre os diferentes saberes. Nesse sentido, o estudo de Alacrón-Munoz e Vidal-Herrera (2005) teve como objetivo mostrar as questões culturais envolvidas no processo de atenção primária às crianças entre as mães de uma região da Araucania no ano de 2003 no Chile. Através de entrevistas com 94 mães de diferentes condições socioculturais, foram construídas três dimensões socioculturais no processo de análise da atenção primária infantil: - modelos etiológicos e explicativos dos problemas de saúde infantil, que sugeriram três tipos de explicações envolvidas: ambientais, político-econômicas e culturais; - complementaridade do

itinerário terapêutico com os saberes médicos, relacionada à família, etiologia do problema e recursos econômicos; e - competência cultural do sistema de atenção primária infantil que abordou os aspectos de diálogo, relação entre as mães e os profissionais e conhecimento da cultura sanitária da família. O estudo evidenciou que as brechas culturais entre os usuários do serviço e os profissionais ainda são existentes principalmente pelos fatores socioculturais, tornando-se necessário criar um processo de superação por parte dos profissionais (ALARCÓN-MUÑOZ, VIDAL-HERRERA, 2005).

Entretanto, em outras ocasiões, os saberes existentes dentro dos diferentes sistemas de cuidado podem se agregar ou formar complemento entre si. Os recursos populares ou demais informações estão à disposição e presentes na vida de algumas famílias que buscam resolver ou amenizar algum problema relacionado à saúde de seus filhos. É o que exhibe o trabalho de Souza et al (2006), no qual os autores discutem os diferentes itinerários terapêuticos realizados por um grupo de família do município de Firminópolis em Goiás, na região Centro-Oeste do Brasil. O estudo objetivou identificar os principais recursos populares que pais/mães ou responsáveis utilizaram nos cuidados à saúde de seus respectivos filhos ou tutelados, assim como investigar também a credibilidade desses recursos diante dos que são oferecidos pelo sistema biomédico. De natureza descritivo-analítica, o estudo com abordagem qualitativa envolveu 20 pais e responsáveis por crianças de 0 a 1 ano de idade. A coleta dos dados ocorreu por meio de entrevistas e roteiro semi-estruturado e posteriormente analisados com a técnica de análise de conteúdo. Os recursos utilizados pelos pais foram as rezas, os chás, os banhos e as raizadas. A vivência e a experimentação dessas pessoas alimentaram as perspectivas dos tratamentos escolhidos. Todas as pessoas do estudo se valeram de alguns desses recursos de cuidado, destacando-se a utilização das plantas e as rezas, em razão de perceberem que essas opções satisfazem algumas expectativas e suprem as necessidades desse grupo. Apesar disso, alguns relatos do estudo demonstraram a hegemonia do saber biomédico e a preocupação por parte desses profissionais de algumas práticas populares atuarem de maneira negativa no cuidado da criança. A utilização dos diferentes tipos de cuidado realizados pelos sujeitos do estudo também foi constatada, ou seja, havia um grupo que valorizava os cuidados populares e outro que utilizava recursos alopáticos ou os dois juntos.

Tais experiências vividas contribuem para o processo constante de transformação cultural, assim como discute Langdon (2003) que aponta para os indivíduos como seres conscientes frente a uma realidade heterogênea, percebendo e agindo sobre a mesma. Não considerar tais aspectos pode dificultar ou arrastar pesadamente as ações elaboradas e aplicadas pelos profissionais. Estes devem evitar limitar-se a avaliações de diagnósticos

clínicos e buscar conhecer o contexto no qual as pessoas estão imersas no seu cotidiano, na tentativa de compreender a concepção que estas mesmas pessoas fazem sobre o seu corpo e sua saúde. Isso pode vir a contribuir com forma e conteúdo para a assistência profissional.

O cuidado à saúde ligado a elementos sociais, econômicos e culturais pode guiar a maneira e o caminho pelos quais as famílias oferecem assistência às suas crianças. Em algumas situações que apresentam certa complexidade relacionada ao problema de saúde, tecnologia de instrumentos e conhecimentos anátomo-fisiológicos de caráter mais científico, as mães podem querer se aproximar do setor profissional para efetuar o cuidado.

Em um estudo que buscou analisar as representações sociais das necessidades de crianças portadoras de bexiga neurogênica, Furlan, Ferriani e Gomes (2003) apresentaram diversos fatores que influenciaram a maneira de pensar e agir tanto das mães como das crianças frente ao seu problema de saúde. Mediante pesquisa qualitativa e realizando visitas domiciliares, os autores selecionaram um total de sete crianças portadoras de bexiga neurogênica em idade escolar e suas respectivas mães. Com entrevista semi-estruturada gravada e busca documental (prontuário), eles realizaram a análise do estudo pelo método hermenêutico-dialético. A primeira categoria destaca o nascimento - “um problema”, trata do nascimento da criança com bexiga neurogênica que é legitimado pelo saber biomédico e que culturalmente está carregado de culpa atribuída às mães, ou seja, a doença pode ter vindo de um medicamento que a mãe tomou ou talvez herança genética. As mães apresentam certa dificuldade, visto que a ação de cuidar das crianças é representada na categoria do estudo identificada como o cuidar - “tudo eu”, sendo elas que providenciam o cuidado, assumem as tarefas domésticas e a educação dos filhos e se aproximam mais do sistema profissional. A outra categoria, o viver - “num é justo”, envolve a percepção das crianças em relação aos seus problemas e implica as relações sociais perante a sua condição, enfrentando as diferenças entre os pares, isto é, as crianças começam a perceber que possuem diferenças físicas e desvio da normalidade em relação às outras crianças não achando justo estar em um contexto sociocultural tão diferente. Tanto as mães quanto as crianças, vivem um processo de lidar com o seu problema e de buscar soluções num processo de viver em que sua história, os fatores culturais e sociais constituem um problema a partir do nascimento da criança. Possuem comportamento dinâmico, transformando o contexto familiar, e este, por sua vez, influencia o econômico, político, religioso, simbólico e o imaginário. Em suma, é apresentado um quadro de enfermidade que vai além dos aspectos anatômicos e fisiológicos.

Em sua trajetória acadêmica, os profissionais possuem, como campo de formação predominante, a biomedicina, podendo sofrer variações no modo que irão utilizar esse

conhecimento para enxergar ou não os aspectos culturais dos indivíduos. É importante enfatizar que essa mesma forma de visualizar ou interpretar é, em si, um aspecto cultural marcado no sistema profissional. Um estudo qualitativo, em Fortaleza, que objetivou conhecer a visão das enfermeiras integrantes de uma rede do PSF sobre a influência das práticas populares no cuidado à criança revelou que as práticas populares influenciam negativamente na assistência. As mencionadas práticas foram tomadas pela maioria das entrevistadas como prejudiciais à saúde dos assistidos, sendo que apenas uma profissional referiu que essas práticas podem ser associadas à assistência profissional e trabalhar em parceria com esse sistema (OLIVEIRA *et al*, 2006). Esta visão sobre o usuário parece estar ligada ao conceito de cultura do início do século XX, em que o outro não possuía conhecimento ou a cultura determinava de maneira fixa o seu comportamento.

Sendo assim, em determinadas ocasiões, o fato de as pessoas buscarem diferentes alternativas de cuidado à saúde pode ser visto, na concepção dos profissionais, como um entrave ao seu objetivo de prestar assistência.

2.2 ASPECTOS SOCIOCULTURAIS ENVOLVENDO A DIARREIA

Usando a abordagem antropológica interpretativa e o referencial de Kleinman em sua tese, Haverroth (2004) aborda as opções terapêuticas para tratamento dos casos de diarreia de duas tribos indígenas Wari no município de Guajará-Mirim, no estado de Rondônia. O autor ressalta a existência de intersetorialidade entre o profissional, o folk e o informal que formam uma rede complexa de assistência à saúde para tratar a diarreia. A busca que se inicia no domicílio e o uso de Terapia de Reidratação Oral dependente dos agentes de saúde mostrarem certa deficiência e limitação pelo setor profissional na resolução do problema com a diarreia. Por observação participante e usando roteiro guia com perguntas abertas, o autor realizou visitas domiciliares para coletar os dados com as mães que tiveram filhos menores de cinco anos com diarreia. Esses grupos possuem terminologias e definições próprias para definir sinais e sintomas, sendo que, em alguns, casos outras terminologias foram incorporadas a sua linguagem pelos profissionais de saúde. A etnofisiologia dos Wari explica a diarreia e outras categorias patológicas como um efeito colateral da lentidão de circulação do sangue. As práticas mais comuns para o tratamento incluem o uso de terapias baseadas em plantas medicinais, méis, vapores, terapia aromática, entre outros, sendo que o setor informal (ou familiar) é o primeiro, e muitas vezes a única opção terapêutica. A busca pelo tipo de

tratamento está vinculada às características do problema como presença de sangue e muco nas fezes, sua característica líquida e a presença de outros sinais tais como vômito e febre (HAVERROTH, 2004).

Além de aspectos etnofisiológicos, questões de ordem social e econômica também estão presentes no modelo explanatórios. Os trabalhos sobre diarreia com a perspectiva cultural têm contribuído para observar melhor esse processo, além de mostrar que, quando o profissional de saúde trabalha sob uma perspectiva etnocêntrica, pode dificultar o diálogo entre os saberes, limitando a assistência.

Feliciano e Kovacs (2001) efetuaram estudo em 14 instituições de saúde em Pernambuco onde buscaram estudar a concepção materna acerca da diarreia infantil e sua prevenção. Foram entrevistadas 770 mães, entre 20 e 34 anos, no próprio domicílio no interior e em região metropolitana do Estado. Utilizando um questionário de questões abertas e semi-abertas, os pesquisadores realizaram um inquérito populacional que, depois de organizadas as informações, foi analisada a relação entre os conhecimentos das mães e as outras variáveis tais como: utilização dos serviços de saúde, idade da criança, número de filhos, escolaridade e a fonte de informação sobre o problema. O estudo mostra uma relação estreita dos casos de diarreia com a escolaridade das mães, rede social, experiências de cuidado e os modelos explanatórios. Algumas explicações das mães referente à origem da diarreia foram: água contaminada, dentição, susto, mal-olhado, comidas gordurosas ou mal cozidas e outros fatores de higiene e limpeza. O acesso dos pais às informações sobre a diarreia é proveniente de vários setores da rede social, tais como os parentes, a mídia e profissionais da saúde. No que diz respeito ao apoio e cuidado com a diarreia, ficou evidente uma maior aproximação entre vizinhos e famílias do interior do que nas áreas metropolitanas, embora o cuidado apareça em ambos os grupos (FELICIANO, KOVACS, 2001).

Diferentes setores da realidade do indivíduo participam do processo de saúde e doença onde o cuidado está presente, não predominando apenas os de ordem cultural. Assim, não é desconhecido do meio acadêmico ou da sociedade em geral que as condições econômicas possuem relação direta com o tipo de cuidado a ser aplicado nos casos de diarreia, por exemplo.

Tal como a cultura, fatores de ordem educacional, baixo poder aquisitivo e condições gerais do ambiente como o saneamento básico, por exemplo, possuem relação com as medidas de prevenção e tratamento da diarreia, conforme alguns estudos.

Em trabalho realizado por Vanderlei, Silva e Braga (2003), os autores discutem acerca das condições socioeconômicas que determinaram a complicação e consequente

hospitalização de crianças em um hospital de referência na região Nordeste. Foi feita uma análise das internações hospitalares segundo a percepção da mãe sobre a presença da doença em seu filho. A partir de um estudo piloto no que tange a proporção de crianças expostas aos fatores de risco sociais, econômicos e demográficos, foi elaborado um formulário com questões pré-codificadas. Após estudar 370 crianças, os pesquisadores expuseram algumas variáveis que influenciaram os casos de diarreia, como se segue: - ambientais, onde há um risco progressivo conforme a inadequação da obtenção de água e acondicionamento do lixo; - domiciliares, que envolve o tipo de piso, o número de cômodos reduzidos e o número elevado de pessoas morando na residência; e - idade, ou seja, quanto menor a idade, maior o risco para internação. Os autores concluem que os determinantes biológicos parecem ter sofrido uma influência dos determinantes sociais, econômicos e demográficos. Porém, o estudo não aprofundou a questão das redes de apoio e a sua relação com as internações por diarreia, à exceção do cuidado das crianças pelos adolescentes da família quando a mãe se encontrava ausente.

Outros autores também têm mostrado que alguns determinantes de saúde e condições socioeconômicas envolvidas estão ligados diretamente a algumas opções de cuidado (GERHARDT, 2006; CESAR *et al*, 2006; BUSTAMANTE, TRAD, 2007; VANDERLEI, SILVA, 2004; LOYOLA 1984).

Apresento aqui o de Loyola (1984), em que a autora, através de uma pesquisa antropológica urbana, fez uma análise das práticas relacionadas à saúde, no município de Nova Iguaçu, no Rio de Janeiro. Construindo o tecido das relações sociais e culturais, a autora inicia sua fala com a descrição dos diferentes terapeutas, os religiosos, responsáveis pelo cuidado ao espírito e os profissionais, responsáveis pelo corpo. Esses terapeutas médicos, farmacêuticos, especialistas em ervas, benzedeiros, entre outros, estão inseridos no que a autora descreveu como Itinerário Terapêutico. Dentro de um contexto cultural, a busca por esses profissionais variava conforme o tipo de doença e com a origem e status socioeconômico, a maioria da população do estudo, principalmente os que não dispunham de mais recursos financeiros, utilizou os recursos das medicinas não oficiais como forma de cuidar da saúde.

Sem dúvida, o contexto socioeconômico, influencia profundamente os indivíduos na elaboração de estratégias para resolver problemas de saúde. O estudo de Bustamante e Trad (2007) tratou dos fatores sociais e culturais no modo de como as famílias cuidam de suas crianças menores de seis anos. O estudo foi desenvolvido no município de Salvador na Bahia com seis famílias da região da Prainha, e trata de um estudo exploratório que usa a abordagem etnográfica por observação participante, onde as autoras se aproximaram das famílias e de

suas crianças procurando compreender como acontecem os diferentes modos de cuidar dos filhos dentro do contexto sociocultural envolvido. As mesmas descrevem que, o papel da mãe, é prover o cuidado desenvolvido em três eixos, a saber: a preservação da integridade, a capacidade de brincar e, por fim, a educação. Lembram ainda que, de acordo com o gênero da criança, o cuidado pode ser pensando de diferentes maneiras de acordo com o papel do masculino e do feminino. Em um cenário de poucos recursos financeiros e de pouca infraestrutura no bairro, o discurso ou saber biomédico ocupou um lugar importante, mas não dominante. Essa teia multifatorial revela que o processo de escolha do itinerário envolve também a experiência dos indivíduos e a intercambialidade entre os atores sociais.

Quanto à carência de recursos materiais e econômicos, Gerhardt (2006) apresentou em seu trabalho como os indivíduos desenvolvem estratégias para enfrentar os problemas de saúde do cotidiano. A autora utilizou o termo Itinerário Terapêutico definindo-o como um sinônimo por busca de cuidados terapêuticos, buscando discutir como as famílias que possuem baixa renda procuram e criam soluções para resolver seus problemas de saúde e como esse processo se relaciona com as práticas individuais e socioculturais de saúde. Utilizando diferentes ciências, tais como a geografia, antropologia, epidemiologia e economia, o estudo foi explorado em diferentes níveis de análise, ampliando para uma perspectiva mais global. O campo da pesquisa escolhido pela autora foi o município de Paranaguá, nas regiões de Ilha de Valadares e Franja. Em um primeiro momento, o estudo envolveu cerca de 75 famílias, as quais foram selecionadas de acordo com sua capacidade de mobilização de recursos, estrutura familiar residencial, redes de apoio social, tempo de residência no município e participação do chefe de família ou cônjuge nas atividades religiosas. Em outro momento, apenas 20 famílias foram acompanhadas ao longo de seis meses por meio da observação-participante, sendo analisadas as estratégias utilizadas para enfrentar os problemas do cotidiano ligados à saúde. Nesse sentido, três níveis de estrato social que estavam presentes nessa zona do município, tal como em qualquer outra parte do mesmo, foram identificados pela autora. São eles: estrato social superior, médio e inferior, sendo então, a partir daí, realizada uma correlação com a capacidade das famílias em mobilizarem recursos. As famílias com maior número de agrupamento, principalmente as que apresentavam laços entre seus membros, dispunham de maior capacidade para mobilizar recursos intrafamiliares, diferente daquelas que não possuíam laços familiares próximos ao local de moradia. A busca por recursos terapêuticos envolveu também a procura por diferentes setores, tais como o informal (onde apareceram os conselhos de parentes, amigos ou vizinhos e a automedicação), a popular (com consultas as benzedeiras e curandeiros) e a

profissional (os profissionais da saúde como os médicos, por exemplo). A autora conclui que há uma pluralidade de fatores que intervêm na escolha dos indivíduos, atores das suas próprias vidas, que podem ir além das condições materiais, participando de um processo de construção histórica e social expresso pelas diferentes capacidades individuais.

Nesta perspectiva sociocultural, o ser humano é dotado da capacidade de escolher o caminho mais adequado na busca por esse cuidado. Embora alguns profissionais compreendam aspectos desse contexto nas práticas de saúde, os de ordem cultural ainda são vistos, muitas vezes, como inconvenientes, prejudiciais à saúde ou ao tratamento. Como afirmam Monticelli e Elsen (2006), essas práticas culturais podem ser consideradas como um obstáculo ou de pouca importância para os profissionais.

CAPÍTULO 3 - O REFERENCIAL TEÓRICO

Identificar o itinerário terapêutico não foi uma ação tomada como simples, pois entendo o quanto é necessário o esforço ao se deparar com uma pesquisa que envolve conhecer o outro com base em meus conhecimentos.

Para atender aos objetivos propostos neste estudo, ao modo *emic* de perceber o problema e iluminar a trajetória desta pesquisa, foi preciso utilizar um referencial teórico que oferecesse o mínimo de ferramentas para esta tarefa, pois é necessário um óculos cultural para se investigar outra cultura. Ao estudar o contexto social e cultural de um grupo, não é possível analisar todas as faces ou utilizar teorias sociais que possam predizer a conduta humana, haja vista a complexidade que as envolve.

3.1 O SISTEMA DE CUIDADO À SAÚDE E O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Conforme aponta Rabelo, Alves e Souza (1999), no âmbito das sociedades complexas modernas, há um aumento das possibilidades de escolhas na resolução de seus problemas de saúde associado a uma maior oferta de serviços terapêuticos. Este universo distinto de pluralismo médico apresenta seus próprios métodos de padronizar, interpretar e tratar as enfermidades.

Rabelo, Alves e Souza (1999) fazem uma revisão da literatura quanto aos itinerários terapêuticos e revelam que inúmeros autores apresentaram discussões e elaboraram interpretações acerca deste tema em trabalhos realizados no início dos anos 1950 a 1980. Tais trabalhos foram elaborados no campo de conhecimento da conduta ou comportamento do enfermo conhecido como *illness behavior*, termo criado por Mechanic e Volkart em 1960. Nesse âmbito, os estudos tradicionais sobre *illness behavior* apontavam para os fatores extrabiológicos das doenças investigando fatores culturais, grupos socioeconômicos, estrutura familiar, gênero e idade nas respostas aos problemas de saúde.

Os pesquisadores que mais contribuíram para essa área, de acordo com Rabelo e Souza (1999), foram Zborowski em 1952 e Koos em 1954. Para os autores, anterior a esse período predominava um modelo caracterizado por ser voluntarista, utilitarista e racionalista,

no qual a conduta dos indivíduos era fundamentada no comportamento de mercado, as escolhas para a resolução de seus problemas eram avaliadas em termos de custo e benefício. Apesar das críticas de vários teóricos como Parsons (1964; 1979), com relação à excessiva simplificação deste modelo, ele permaneceu por muito tempo como referência central no estudo do itinerário sob novas colorações teóricas.

O médico e antropólogo Kleinman (1980), autor que segue a linha da antropologia interpretativa, não aborda especificamente o termo Itinerário Terapêutico, aborda a saúde como um sistema cultural onde cada grupo constrói seus modelos explanatórios para explicar as doenças. Dentro desse sistema cultural, Kleinman (1980) aponta para 3 setores de cuidado à saúde. Trata-se dos setores: profissional, formado pela medicina científica; o setor *folk*, ou popular, composto pelos especialistas “não oficiais” da cura, como os curandeiros e benzedoras; e o familiar, que compreende o setor não especializado da sociedade e de onde parte a maioria das decisões acerca dos problemas ligados à doença.

Todos estes 3 setores possuem conceitos próprios de doença representados nos termos da antropologia médica como *illness*, *disease* e *sickness*. Kleinman os utiliza afirmando que a *illness* é a percepção, experiência e comunicação dos sintomas referidos pelo paciente, enquanto a *disease* é o que o clínico identifica ou reformula como o que pode ser real em relação ao problema de saúde ou o que está escondido pela *illness* (KLEINMAN, 1980). Apoiado nos estudos de Kleinman, Helman (2003) coloca que a *disease* pode ser ainda o aspecto mais mensurável de um problema de saúde, fundamentada nas mudanças físicas estruturais e funcionais, podendo ser objetivamente mensurável (HELMAN, 2003). Enquanto isso, o termo *sickness*, proposto por Young (1982), contempla os aspectos da doença no contexto social e contribui para a compreensão dos aspectos subjetivos e objetivos da mesma.

Na perspectiva cultural, as classificações dos sinais e sintomas quanto aos problemas de saúde podem ser feitas tanto no domicílio pelas famílias quanto no setor popular ou profissional como as instituições de saúde (hospitais, clínicas ou centros de tratamento especializados). Para Kleinman (1980), o sistema de saúde que uma determinada sociedade apresenta é social e culturalmente construído e encontra-se em diferentes posições estruturais destes dois setores. Na opinião do autor, da mesma forma que falamos sobre religião, linguagem e relações familiares como sistemas culturais, o sistema profissional, ou a medicina, pode ser visto como um sistema de significados simbólicos envolvidos com um arranjo particular de organização social e padrões de interações interpessoais (KLEINMAN, 1980). A divisão proposta por este autor é útil quando se pretende analisar diferentes culturas. Algumas estratégias podem ser utilizadas pelos indivíduos diante de um problema de saúde tal

como a identificação ou caracterização do problema e a necessidade, escolha e decisão do tipo de cuidado. Tal dinâmica diversificada é permeada pela visão heterogênea desses grupos acerca da interpretação da realidade e da ação e interação dos participantes para buscar entender os eventos e construir soluções para os problemas.

Assim, considerando o sistema de cuidado à saúde composto pelos setores, conforme o proposto por Kleinmann (1980), busco o que Langdon (2003) diz ao afirmar que os indivíduos percebem a realidade e agem dentro de uma perspectiva sociocultural e de sua experiência subjetiva, sendo que a doença pode ser considerada não apenas como um processo biológico, mas também o resultado do contexto cultural e dessas experiências.

Neste ponto é que a avaliação da necessidade de cuidado é complexa e se comporta na mesma lógica que a biomedicina no que diz respeito à identificação e classificação sobre o diagnóstico do problema. Um processo que envolve diferentes atores, ou, tal como observa a autora anteriormente citada, envolve indivíduos e grupos que se mobilizam na direção da resolução do problema e dá uma variedade de qualificação e significado à doença (LANGDON, 2003).

3.2 A ENFERMAGEM CULTURAL DE LEININGER E OS SISTEMAS DE CUIDADO À SAÚDE

Na enfermagem, a enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger desenvolveu, na década de 1970 do século passado, a teoria da Universalidade e Diversidade do Cuidado Cultural, dentro de uma linha da antropologia. Nesta teoria, a autora aborda o cuidado como a essência da enfermagem, embora não seja algo exclusivo deste grupo de profissionais, visto que outras profissões também o exercem.

Para esta autora, existe a **universalidade** do cuidado, isto é, há cuidados que são necessários para todos os seres humanos. Por outro lado, há a **diversidade** do cuidado cultural, que trata da variabilidade local do significado das percepções, crenças e experiências dos grupos em relação ao cuidado. Assim, em uma pesquisa, o pesquisador vai descobrir o que Leininger (2002) e Leininger e Mcfarland (2006) denominam como *emic*, um termo que se refere ao conhecimento local, nativo ou cultural e a visão específica de determinado fenômeno. Enquanto o termo *etic* refere-se à visão estrangeira daquela cultura ou grupo estudado e frequentemente a visão universal dos profissionais de saúde da biomedicina.

Segundo Leininger (1991, 2002), o Cuidado Humano é Universal, sendo necessário em todos os grupos culturais para possibilitar a vida. Dessa forma, acredito que o cuidado

possa ser considerado um conjunto de fenômenos culturais que alberga as atividades de assistência dentro de um sistema de saúde, visando à proteção, preservação e promoção da mesma de maneira que seja facilitado o acesso às necessidades evidentes do indivíduo ou do grupo. Na direção oposta, os fatores que vierem a impossibilitar a ação do cuidado irão dificultar o processo da busca pela saúde, aparecendo então o que eu considero como doença.

A saúde pode ser vista como um estado subjetivo ou objetivo da percepção do corpo e sua interação com a realidade apreendida, que capacita os indivíduos ou os grupos a definirem e alcançarem suas metas. Leininger (1991) define saúde como sendo esse estado de percepção ou de conhecimento acerca do bem-estar que capacita os indivíduos ou os grupos e que permite o alcance de padrões de vida desejado e seus objetivos. Sua concepção é influenciada pela experiência dos cuidados com a saúde e com as doenças.

De acordo com a teoria da autora, o cuidado à saúde é exercido por dois sistemas, o Popular e o Profissional (LEININGER, 1991, 2002).

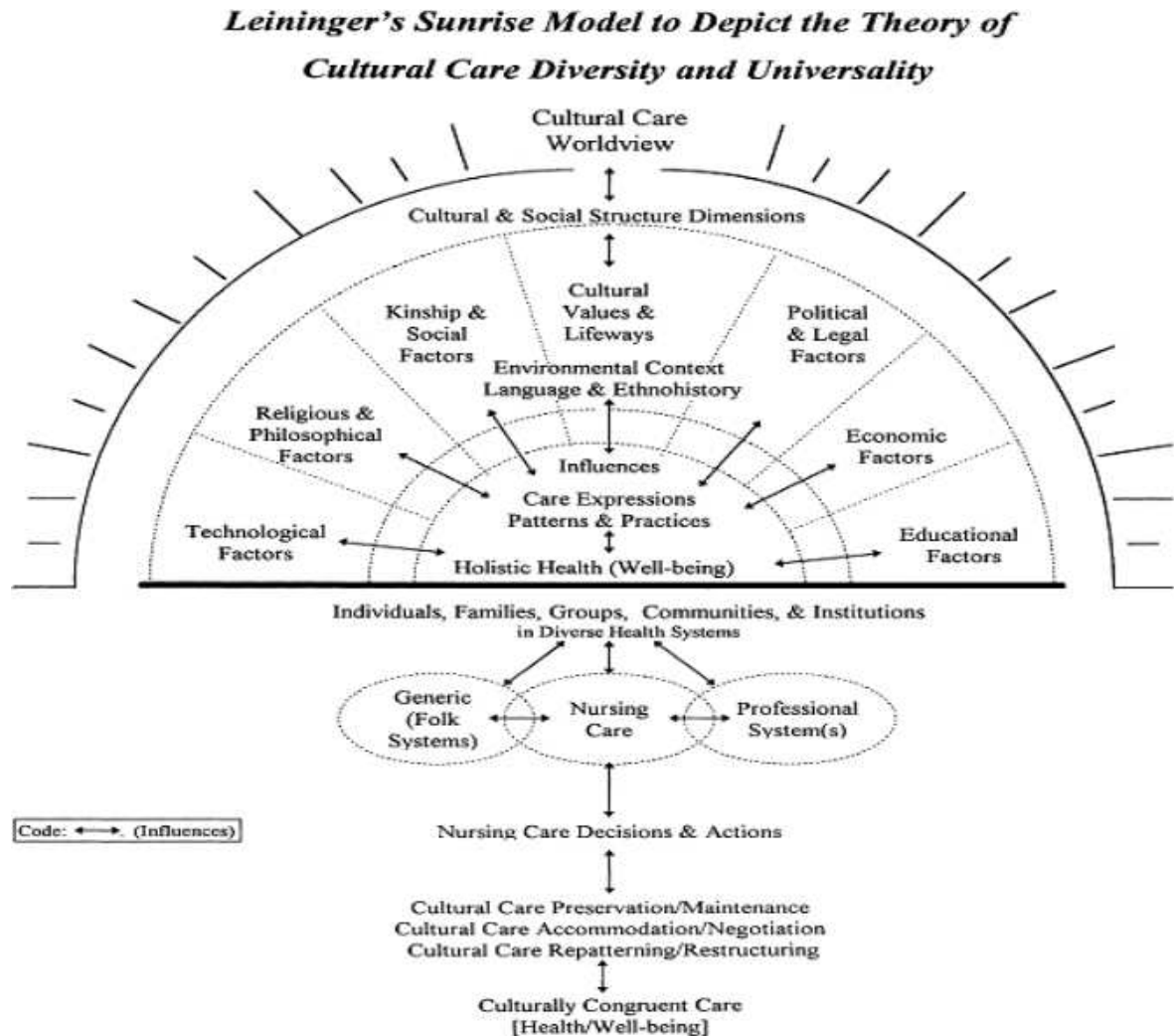
O Setor Popular de cuidado engloba um corpo de pensamentos, comportamentos e práticas organizadas de cuidado à saúde, mantidas por tradição e utilizadas no ambiente familiar ou comunitário por seus representantes e especialistas que compõem esse contexto. Dentro do Sistema Profissional de cura e cuidado, encontram-se os serviços realizados por profissionais formados em instituições especializadas (LEININGER, 1991, 2002; LEININGER, MCFARLAND, 2006).

Na proposta deste trabalho, o Setor Profissional discutido aqui se refere aos serviços prestados na rede assistencial à saúde de Florianópolis, que se constituem por profissionais de cura organizados, formados em instituições especializadas. O Popular, representado pelos especialistas de cura, diz respeito às práticas de cuidado oferecidas por pessoas que não são formadas em instituições de ensino reconhecidas legalmente, incluindo seus atores envolvidos.

A autora enfatiza ainda que o cuidado prestado pelos profissionais pode ocorrer em três esferas de ação junto ao indivíduo ou grupo: 1) preservação ou manutenção do cuidado; 2) acomodação ou negociação do cuidado; e 3) repadronização ou reestruturação do cuidado.

Apesar de alguns componentes da teoria de Leininger, tais como seus conceitos e pressupostos, não terem destaque no modelo do Sol Nascente, este diagrama pode servir como orientação para proporcionar uma visão global e aplicação da teoria, tal como mostra a Figura 1.

FIGURA 1: Modelo do Sol Nascente de Leininger (*Sunrise Model*): operacionalização da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural



Fonte: Leininger, 1991, p. 43.

Este modelo possibilita olhar para a visão de mundo sob uma ampla perspectiva onde valores, crenças e práticas de cuidado encontram-se envolvidos na dinâmica social, economia, linguagem, religião e política de cada cultura. Os componentes que representam a relação entre esses elementos e as dimensões da estrutura cultural e social estão presentes no primeiro nível do diagrama enquanto os indivíduos, famílias, grupos e instituições aparecem no nível posterior seguido pelo último nível que se relaciona com setores onde o cuidado e a assistência de enfermagem são colocados em destaque.

O foco da teoria de Leininger é que a assistência de enfermagem tenha uma base

cultural para compreender e oferecer o melhor tipo de cuidado para pessoas que queiram recebê-lo e que este seja congruente com a sua cultura. Dessa forma, buscar conhecer fatores que não sejam puramente os biológicos envolvidos no processo de saúde e doença torna-se uma necessidade para que o cuidado seja congruente com a cultura de quem recebe a assistência.

O sistema cultural apontado por Leininger (1991, 2002) pode ser entendido como sendo formado pela relação entre os significados, percepções, experiências, saberes e crenças advindos da concepção do ser humano. A escolha de se utilizar “*bacon*” ou esparadrapo para eliminar a miíase, por exemplo, pode ter como pano de fundo o foco de diferentes sistemas de cuidado tingidos por um contexto cultural e social. A rede de opções que se apresenta neste cenário é tecida pelas diferentes estratégias abordadas na identificação do problema, da necessidade, escolha e decisão do tipo de cuidado.

Nesta pesquisa, o modelo apresentado acima foi seguido apenas o que se refere à visão dos familiares relacionada a alguns aspectos da estrutura social sobre a diarreia infantil e seus cuidados.

CAPÍTULO 4 - O CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo descrevo o delineamento da pesquisa pelo referencial de Leininger, a metodologia, apontando o tipo de estudo, o local e os sujeitos da pesquisa, como ocorreu a coleta e análise dos dados e os aspectos éticos envolvidos.

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Este estudo caracteriza-se como etnográfico com suas bases na etnoenfermagem de Madeleine Leininger. A abordagem qualitativa é muito útil para ser usada quando se pretende observar os indivíduos em seu contexto cultural e social, pois, de acordo com Minayo (2004), a pesquisa qualitativa possibilita maior aproximação do cotidiano e das experiências vividas pelos sujeitos em estudo, em um nível de realidade que não pode ser quantificado ou medido, devido às subjetividades envolvidas.

A proposta deste estudo está fundamentada nas bases teóricas da linha antropológica, com a pretensão de realizar tal investigação sob uma perspectiva etnográfica que, conforme descreve Monticelli (2003):

“(...) refere-se à descrição de um sistema de significados culturais de um determinado grupo, objetivando entender o modo de vida, a partir do ponto de vista dos informantes. Refere-se ao processo sistemático de observar, detalhar, descrever densamente, documentar e analisar os estilos de vida ou padrões particulares de uma cultura a fim de compreender os estilos de vida ou a organização das pessoas” (MONTICELLI, 2003, p. 71)

Vale lembrar também os argumentos destacados por Monticelli (2003), apoiada em outros autores da antropologia, quando a mesma coloca que ao se buscar desvelar o desconhecido, esse nunca será desvelado na sua totalidade, mas nos ajuda a compreender “*alguma coisa*”. De maneira geral, a etnografia pode ser considerada como a descrição de um sistema de significados culturais de um grupo onde o pesquisador procura entender os fenômenos culturais envolvidos a partir do ponto de vista dos informantes (MONTICELLI, 2003).

Através de orientações do referencial teórico utilizado, buscamos usar a etnoenfermagem para investigar o fenômeno cultural envolvido. Derivada da etnociência, a etnoenfermagem antropológica procura investigar de modo qualitativo as ideias, perspectivas e conhecimento dos informantes sobre o cuidado e a cultura no campo da enfermagem (LEININGER 1991, 2002).

Neste sentido, buscamos identificar como os informantes cuidam dos seus filhos quando estes apresentam um quadro de diarreia. Para isso, abordamos o problema sob a perspectiva *emic*, que na linha da etnoenfermagem e na proposta deste projeto refere-se a observar o contexto sob a perspectiva dos sujeitos pesquisados.

Leininger estabeleceu alguns guias habilitadores para o pesquisador e sua prática na etnoenfermagem. Entre eles, a autora cita o OPR, no qual a mesma afirma ser derivado da observação-participante, utilizado na antropologia, mas que ao longo das últimas cinco décadas foi modificado e acrescentado a Reflexão para se encaixar na filosofia, propósitos e objetivos da etnoenfermagem. Há também o habilitador de “aculturação”, este foi desenvolvido para avaliar a medida que os indivíduos ou grupos de uma determinada cultura são mais tradicionalmente ou não-tradicionalmente orientados, a fim de identificar as características da variabilidade ou não-variabilidade cultural (LEININGER; MACFARLAND, 2006).

Outros guias referidos por Leininger ainda são o de “estranho a amigo confiável”, que auxilia o pesquisador a passar de estranho a um amigo confiável. A autora relata que a partir de vários de seus estudos, quando o investigador torna-se um amigo confiável, a credibilidade e a exatidão dos dados aumentam consideravelmente. Por último ela apresenta o habilitador do “*domínio do inquérito do pesquisador*” que é específico para o interesse do pesquisador e que trata de uma declaração sob medida, centrada diretamente no fenômeno do cuidado e saúde cultural (LEININGER, 1991, 2002).

Levando em consideração os limites deste trabalho, não é intenção aqui utilizar todas as etapas de um estudo etnográfico nem do método OPR, mas pretendo utilizar algumas bases antropológicas para o seu desenvolvimento.

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O local da investigação sobre o itinerário terapêutico das famílias foi na observação pediátrica e triagem da unidade de emergência de um hospital infantil da grande Florianópolis

e posteriormente no domicílio dos participantes, de acordo com a disponibilidade dos mesmos, sendo que os dados foram coletados no período de fevereiro a outubro de 2008.

Este hospital está situado na capital do Estado de Santa Catarina e vinculado à Secretaria Estadual da Saúde. É referência no Estado para os atendimentos hospitalares de baixa, média e alta complexidade, apresentando um público bem diversificado, proveniente de várias regiões.

Nesse sentido, os profissionais da instituição atendem pessoas com características culturais, sociais e econômicas muito distintas. Possui um atendimento em média de quase 70% de pacientes da região metropolitana do município e 30% advindo de outras cidades do Estado de Santa Catarina, produzindo em 2004, mais de 7.000 internações e 94.000 atendimentos de emergência. Até o período de junho de 2005 (última atualização do sítio eletrônico), os números de internações, consultas ambulatoriais e atendimentos emergenciais oscilavam em 4.066, 32.762 e 48.874 respectivamente (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2007).

No que diz respeito ao grupo de profissionais que atua em um turno de trabalho na unidade da emergência deste hospital, o mesmo é constituído por uma equipe de enfermagem com uma enfermeira responsável pelo setor e três técnicos, equipe médica e odontológica, recepcionistas, equipe de limpeza e de segurança.

Quanto a estrutura física, a unidade dispõe de um *hall* de entrada onde se localiza a recepção e a espera junto a triagem. Ao adentrar o setor, se tem acesso ao corredor principal, sala de reanimação, pequenas cirurgias e de medicação, quatro consultórios médicos, isolamento e sala de observação. Existe ainda a copa, onde os profissionais se encontram para fugir da rotina, conversar e alimentar o corpo com os lanches e cafés da tarde. Escolhi este local para as conversas informais com os profissionais, já que este é o local onde os mesmos “*dão um tempo da correria*” e “*forram o estômago*”, como foi colocado por alguns, proporcionando um momento a sós com este pesquisador e longe das atividades do setor.

Quanto aos domicílios das famílias, a apresentação dos mesmos está descrita no capítulo da descrição dos resultados. A opção pela coleta de dados no domicílio está relacionada à possibilidade de uma investigação mais detalhada do tema e à disponibilidade das mães em receber este pesquisador. Como posto anteriormente, é no setor familiar onde as condutas iniciais ganham forma e apresentam-se como um ambiente rico de informações.

4.3 OS PARTICIPANTES E OS ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com membros de famílias da grande Florianópolis considerados como informantes-chave nos períodos de outubro a dezembro de 2007 no hospital pediátrico e, posteriormente, de fevereiro a outubro de 2008 no hospital e visitas nos domicílios. De acordo com Leininger (1991, 2002) e Leininger e Macfarland (2006) os informantes-chaves são os sujeitos que possuem maior conhecimento acerca da cultura e do tema em foco, neste caso, foram as famílias formadas pelos pais e avós das crianças que procuraram a instituição.

Este estudo respeitou as questões e os princípios éticos de beneficência, não maleficência, justiça e autonomia da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e os princípios do Código de Ética Profissional, concordando com Monticelli (2003) a qual descreve que elas devem estar permeadas por todo o estudo e não em um único momento, pois:

“(...) as ideias e os princípios éticos não estão ‘no papel’ e sim na vigência das inter-relações e nos processos comunicativos que são estabelecidos em comum acordo entre pesquisadora e ‘pesquisados’. É no calor dos encontros que o respeito ao ser humano, às suas ideias, à sua liberdade; à sua segurança, aos seus desejos de contribuir ou não com a pesquisa devem ser considerados”. (MONTICELLI, 2003, p. 82)

A coleta dos dados aconteceu após apresentação da proposta e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da instituição do hospital pediátrico sob o Protocolo nº 064 /2007 (ANEXO 6).

Foram mantidos tais aspectos durante toda a construção deste trabalho, realizando uma abordagem clara e respeitando as observações pelo comitê de ética da referida instituição hospitalar. Também foram oferecidas condições para que o direito ao anonimato fosse garantido utilizando nomes fictícios e assegurado a desistência da pesquisa por parte dos participantes e também de seus filhos a qualquer momento. Ficou a disposição dos mesmos, meios de comunicação para contatar este pesquisador tais como contato telefônico e eletrônico.

Os sujeitos do estudo foram oito informantes, selecionados de acordo com os seguintes critérios:

-que procuraram a emergência do hospital pediátrico com criança menor de cinco anos apresentando quadro de diarreia;

- que moram na região da grande Florianópolis; e
- que aceitaram participar deste estudo após assinar um termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os informantes foram abordados na emergência do hospital pediátrico e receberam esclarecimentos sobre o projeto, seus objetivos, coleta e registro dos dados. Ao aceitarem participar do estudo, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada um, sendo realizada somente depois de os mesmos assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

Outros informantes presentes predominantemente na emergência do hospital, foram os informantes gerais, sendo consideradas como indivíduos indispensáveis para este estudo. Os informantes gerais possuem uma ideia geral, mas não tão aprofundada do foco do estudo, ou seja, possuem algum conhecimento do tema a ser investigado e podem ser capazes de oferecer algumas reflexões que sejam mais claras sobre os aspectos culturais (LEININGER; MACFARLAND, 2006). Neste caso, foram considerados como informantes gerais os trabalhadores da instituição e outros membros da família que participaram do processo de cuidar.

Atuando como sujeitos ativos, eles forneceram ajuda e informações para a coleta das informações deste trabalho, tanto da perspectiva *emic* quanto *etic*.

4.4 O CAMINHO PARA A CONSECUÇÃO DOS RESULTADOS

4.4.1 Coleta dos dados

As informações foram levantadas e registradas em diário de campo em três ambientes distintos: a emergência do hospital; o ambiente familiar; e local de trabalho de uma informante. Foram gravadas com aparelho de MP4 sendo armazenadas no computador e transcritas na sequência. Devido a problemas técnicos do aparelho, apenas a conversa com a primeira informante não foi gravada, sendo então, apenas registrada no diário de campo.

Para o início da coleta e da documentação dos dados brutos, foi necessário registrar no diário algumas observações, entrevistas, experiências e pequenas interpretações prévias. Procurando ficar atento aos objetivos propostos, de maneira sutil e atenta já dei início ao processo de análise neste primeiro momento e organizei o material coletado em notas de campo. Busquei seguir algumas orientações de Nitschke (1999) registrando e organizando as informações conforme ilustra o Quadro 1.

QUADRO 1: Descrição e organização do diário de campo

DIÁRIO DE CAMPO		
Nome da criança:		
Data:	Horário:	Local:
OBSERVAÇÕES DAS NOTAS DE CAMPO		
Notas Metodológicas	Notas de Conteúdo	Notas Reflexivas e Teóricas
Registro referente às técnicas de coleta dos dados, características do local, eventos e outros aspectos da metodologia, além das fortalezas e fragilidades encontradas em relação à atividade.	Registro da entrevistas incluindo as perguntas norteadoras e os termos <i>emic</i> onde se reconstruiu o diálogo entre o entrevistador e os participantes.	Registro das reflexões sobre aspectos teóricos, práticos, procurando a relação entre a realidade, o vivido, os autores das referencias e o referencial teórico.

No ambiente hospitalar, foi confeccionado um calendário de visita e fixado no mural da cozinha do setor de emergência além de apresentar a proposta deste estudo para os funcionários do setor considerados como informantes gerais. Isso possibilitou que os mesmos soubessem da presença e da rotina deste pesquisador facilitando as atividades de coleta dos dados.

A primeira etapa da coleta aconteceu durante a entrada dos informantes-chave, as mães, no ambiente hospitalar, as mesmas eram abordadas antes ou após o atendimento médico onde era apresentada a proposta do projeto, marcado data para a entrevista no domicílio e anotado o contato telefônico. Os informantes eram então contatados mais uma vez para confirmar a data e horário.

A segunda etapa da coleta, dentro do domicílio, apresentou alguns problemas e exigiu uma maior tenacidade devido a dificuldade de conseguir visitar as famílias, já que estas frequentemente adiavam ou em sua maioria desistiam de participar quando eram contatadas. Houve também a expectativa de não conseguir informantes que pudessem atender aos critérios, pois não eram todos os dias que apareciam os casos de diarreia, principalmente porque a maioria desses casos se relacionava com a sazonalidade da doença.

Para o domicílio, foi necessário o contato prévio com as famílias para que as mesmas pudessem se preparar para receber este pesquisador em seu lar. Em vários momentos, durante

as visitas domiciliares, a preocupação com a segurança foi constante, seja relacionada ao local considerado como risco ou em situações onde o pai estava presente e a presença de um homem estranho no lar poderia ser um motivo para um desentendimento com a parceira ou com o próprio pesquisador.

O processo de coleta das informações teve como recurso um roteiro-guia constituído de três partes e com perguntas abertas aos informantes tais como “*O que seu filho teve quando foi para a emergência?*” ou “*Por que você prefere levar seu filho para a emergência do hospital?*” e apresentado no Apêndice A deste trabalho.

Minayo (2004) descreve essa articulação caracterizando-a como sendo entrevista semi-estruturada, onde o entrevistador pode seguir um conjunto de questões previamente definidas com a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, mas em um contexto de uma conversa informal. O roteiro-guia foi construído e experimentado durante as primeiras visitas ao setor. Neste instrumento, procurei ter como referencia alguns itens do Modelo Sol Nascente, no seu primeiro nível. Os dados incluíram a idade, escolaridade, estado civil, religião, local de nascimento, atividades de lazer e outras informações acerca da família sendo posteriormente organizados em etapas.

A primeira parte trata do primeiro nível do *Sunrise Model*, ou seja, obteve-se informações sobre a identificação dos sujeitos participantes, conforme mostra o Quadro 2.

QUADRO 2: Descrição e organização dos dados de identificação da criança e seus pais

PRIMEIRA PARTE DO ROTEIRO-GUIA			
Identificação da criança			
Nome da criança:	Idade:	Local de nasc:	
Identificação dos pais			
Nome da mãe:	Idade:	Escolaridade:	Ocupação:
Nome do pai:	Idade:	Escolaridade:	Ocupação:
Estado civil:	Número de filhos:		
Dados gerais			
Endereço:	Renda familiar:	Religião:	
Qtde de pessoas que vivem na residência	Grau de parentesco:		

Na segunda parte do roteiro-guia (QUADRO 3), foi feita a descrição das redes de apoio sociais, onde apareceram os contatos que os participantes fizeram ou fazem quando

precisam de ajuda para enfrentar algum problema. Isso incluiu as relações dos mesmos com a família, os vizinhos, trabalho e algumas instituições.

QUADRO 3: Relação da rede de apoio social dos participantes

SEGUNDA PARTE DO ROTEIRO-GUIA				
Rede de apoio social				
Identificação da entrevista	Pessoas a quem pedem ajuda por seqüência	Instituição a quem costumam pedir ajuda	Percepções sobre as razões da ajuda	Tipo de ajuda
Registro da entrevista	A quem se pede alguma ajuda quando precisa	Onde se pede alguma ajuda quando precisa	Como, por que	Qual ajuda é oferecida

Na terceira e ultima parte do roteiro estão presentes as perguntas norteadoras feitas aos participantes (QUADRO 4).

QUADRO 4: Relação das perguntas norteadoras do roteiro-guia

TERCEIRA PARTE DO ROTEIRO-GUIA
Perguntas norteadoras do roteiro-guia
<ol style="list-style-type: none"> 1. O que teve em casa quando levou ao hospital? 2. Sabe o que é ou porque teve esse problema? 3. O que você fez diante do problema da diarreia? 4. O que foi feito depois dentro do hospital ou do posto? 5. O que aconteceu depois de voltar pra casa? 6. Por que você escolheu buscar o hospital?

Para a coleta e registro dos dados na emergência do hospital utilizei o modelo de Observação, Participação e Reflexão (OPR) de Leininger (1991, 2002). A autora divide tal método em quatro etapas, as quais eu utilizei para registrar algumas informações do estudo em diário de campo. Tomei como referencia o trabalho de Monticelli (2003), que utilizou o referencial de Leininger e as quatro fases do método.

4.4.2 Análise dos dados

Concomitante a pesquisa de campo, veio a próxima etapa, a análise e mais uma vez, a reflexão sobre a percepção do tema estudado.

Diante de tantos dados de natureza diversificada, deu-se início a um exaustivo processo de leitura e refinamento, delineando e selecionando o material das entrevistas, disponível nas anotações do diário de campo, nas gravações e nas notas. Aqui houve a identificação e categorização dos descritores e componentes, principalmente as expressões-chave da perspectiva *emic*. Os dados continuaram a ser analisados intensamente e o processo de filtragem das informações mais relevantes intensificou-se começando a aparecer os primeiros domínios².

Nesta etapa de identificação e seleção dos domínios utilizei o primeiro nível de análise de Spradley (1979), a elaboração dos domínios, e segui algumas de suas sugestões para a elaboração inicial dos mesmos. Para isso, o autor propõe três elementos básicos: os termos cobertos, as relações semânticas e os termos inclusos. Os termos inclusos representam os códigos identificados na linguagem dos informantes: as situações, eventos, processos e ações que possuam alguma afinidade. O agrupamento de dados, ou também categorias menores, são os termos cobertos, de onde vem o nome do domínio e o termo incluso pode se arrolar com um termo coberto através de uma relação semântica.

O autor propôs agrupar nove relações semânticas universais que estão presentes em todas as culturas humanas. No entanto, utilizei apenas como referência alguma dessas relações para o agrupamento das unidades de significados, como mostra a Tabela 1.

TABELA 1: algumas das relações semânticas universais de Spradley (1979)

RELAÇÕES SEMÂNTICAS UNIVERSAIS	
1. Atribuição	X é um atributo ou característica de Y
6. Causa efeito	X é uma causa de Y
7. Racional	X é a razão para fazer Y

² Para Spradley (1979), domínio pode ser qualquer categoria simbólica que é formada por outras subcategorias. Sendo assim, o domínio é considerado como uma categoria simbólica do significado cultural onde se encontram as categorias menores. Já, as categorias menores ou subcategorias, são uma classificação de objetos diferentes e tratados como equivalentes.

Desta vez, para organizar a análise, colocou-se em evidência as entrevistas transcritas, identificadas como notas de conteúdo do diário de campo (ver Quadro 1), sendo agrupadas em um novo quadro e organizadas de acordo com os objetivos dando-se início ao processo de identificação dos primeiros domínios (QUADRO 5). Os objetivos foram destacados na primeira linha e as entrevistas, logo abaixo, foram agrupadas na primeira coluna da esquerda, para melhor visualização e identificação dos domínios. Um exemplo pode ser visto no Apêndice B.

QUADRO 5: Identificação dos domínios a partir das *Notas de Conteúdo* do diário de campo

Objetivo 1, 2 e 3: objetivos propostos da pesquisa			
Pergunta do roteiro guia: pergunta aberta			
Entrevista	Unidades de significados menores	Agrupamento das unidades	Domínios
Nome da criança e respostas relacionadas à pergunta	Seleção dos temas onde aparecem os termos incluídos	Agrupamento em unidades através da relação semântica	Categoria simbólica de significado

Das respostas que surgiram após as perguntas foram extraídos os domínios conforme exemplo abaixo:

TABELA 2: exemplo da organização dos domínios conforme as perguntas

Pergunta: como identificou que era diarreia?

1- A FAMÍLIA PERCEBE ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO PROBLEMA

1.1 a diarreia têm cor e cheiro diferentes, a consistência das fezes é mole e acontece em maior frequência;

1.2 a criança desidratada fica diferente, não é mais a mesma;

Pergunta: por que teve diarreia?

2- PERCEPÇÕES SOBRE A CAUSA DO PROBLEMA

2.1 está relacionada a algum agente transmissor;

2.2 o problema pode ter alguma relação com doença;

2.4 a diarreia pode ter outras causas;

2.3 na família, a percepção sobre a causa do problema pode ser discordante;

Para a execução da análise foram conferidas e reconfirmadas as falas dos sujeitos. Dessa maneira, percebi que a estratégia metodológica adotada de Spradley (1979) me ajudaria a estabelecer subcategorias para chegar aos domínios, chegando então, à partir daí, ao itinerário terapêutico das famílias.

CAPÍTULO 5 - DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo, participaram oito famílias, dentre as quais oito mães, três pais e uma das avós das crianças estiveram presentes e tiveram participação ativa.

A ordem da descrição das famílias segue a sequência da observação e coleta dos dados, começando com a primeira e terminando com a última. Apresento informações tais como o nome da criança, sua idade, sexo e posição na família, escolaridade, número de filhos, religião, lazer, idade e ocupação dos membros da família. Coloco ainda algumas observações acerca do ambiente onde a família vive e as redes de apoio da família.

Para manter o que foi posto sobre preservar a identificação dos informantes foram utilizados nomes fictícios que fazem parte do folclore brasileiro para cada uma das crianças.

FIGURA 2: Representação esquemática da região metropolitana de Florianópolis onde foi realizado este trabalho. Os pontos em vermelho indicam as cidades onde se encontram as famílias, sujeitos deste estudo.



5.1 DESCRIÇÃO DAS FAMÍLIAS

Todas as mães foram informantes neste estudo e residem nos municípios de Biguaçu, Palhoça, São José e em sua maioria em Florianópolis. A idade média das mesmas foi de trinta e cinco anos, cinco delas se classificaram como sendo “*do lar*” e três trabalham dentro e fora de casa.

Apenas duas das informantes não tinham e não moravam com algum companheiro, mas moravam com suas respectivas mães, onde se percebia a influência das avós sobre o cuidado com as crianças. A maioria das mães viviam com seus companheiros em relações conjugais de união estável e apenas uma em situação de nupcialidade legal, sendo que metade delas tinham dois filhos e as outras restantes tinham apenas um filho. De acordo com os registros do IBGE (2007), a taxa de nupcialidade legal sofre uma curva decrescente nessa faixa etária, estando de acordo com a situação conjugal apresentada pela maioria dos informantes neste estudo.

Em relação à escolaridade, foi constatado que três mães concluíram o ensino fundamental entre a sexta e a oitava série e uma parcela de cinco delas concluíram o ensino médio, com o segundo grau completo, sendo que uma está terminando o curso técnico.

A idade geral das crianças que participaram do estudo ficou entre um mês e quatro anos sendo a idade média de três anos, com metade do sexo masculino e a outra metade do sexo feminino.

Podemos observar que o número máximo de pessoas que moravam nas casas não passou de oito, mas manteve uma média de quatro pessoas por residência.

Em relação à questão econômica mensal, três famílias possuíam uma renda de R\$ 1.500,00 a 2.000,00, quatro famílias com renda de R\$ 1.000 a 1.500 e uma família tinha renda inferior a R\$ 1.000,00 ficando no rendimento médio de R\$ 1.258,20 dos trabalhadores, segundo informações do IBGE referente ao ano 2007 (IBGE, 2007).

Os pais tinham idade entre 30 a 38. Apenas três deles participaram ativamente do estudo junto com as mães e a ocupação profissional deles foi das mais diversas: vigilante, vendedor, motorista, saladeiro ou educador físico. Os detalhes podem ser vistos na relação dos quadros abaixo ao final da descrição das famílias.

A construção da descrição da rede social de apoio permitiu observar o processo de cuidar das crianças por parte de suas avós tais como dando conselhos, ajudando com roupa e dinheiro ou esclarecendo dúvidas sobre como cuidar das crianças. Apesar das avós se

envolverem em muitos momentos no cuidado, apenas uma delas participou ativamente da entrevista.

A família da criança *Cuca*

O contato com esta mãe aconteceu na emergência do hospital, entretanto, por se tratar de uma área considerada como risco de segurança e após encontrar dificuldades em ser recepcionado por uma família anterior que apresentava muita desconfiança em receber este pesquisador, achei melhor fazer contato com a Unidade Local de Saúde (ULS) da área onde essa mãe morava e pedir auxílio aos profissionais. Juntamente com a enfermeira da ULS, após algumas tentativas de contato via telefone, o encontro com a mãe foi marcado.

Por não me encontrar no ambiente de residência, não pude colher maiores detalhes além dos que a informante pode me passar.

Sua família reside a aproximadamente 5 Km do *Sítio do Pica-pau-amarelo*, a casa dispõe de água tratada e animais de estimação como cães e gatos. Segundo a informante, a residência mista possui uma estrutura pequena, onde moram sua mãe e filha.

Ao aguardar a chegada da Agente Comunitária de Saúde (ACS) na ULS, liguei para a mãe para me informar se a mesma estava em casa. A mãe não estava em casa e foi perguntado a ela acerca da possibilidade de conversar sobre o problema da filha, ela concordou e optou por realizar a entrevista na ULS mesmo e não na sua casa.

O encontro foi envolvido por muita expectativa por parte deste entrevistador, haja vista que a situação era inesperada devido a não poder ir até sua casa e ainda ter problemas técnicos com o gravador, não sendo possível gravar a entrevista e usar apenas as anotações de punho.

A família da *Cuca* é composta pela sua mãe e filha que residem no mesmo domicílio. *Cuca* possui dois anos e seis meses vive em Florianópolis e é a única filha. Sua mãe com vinte e um anos é solteira, possui o segundo grau incompleto e trabalha como vendedora em uma empresa da capital. A família da *Cuca* é católica e sua renda mensal aproximada é de R\$ 1.000,00.

A mãe da *Cuca* é a mãe mais nova das informantes e usa frequentemente o setor profissional para cuidar da sua filha. Tem como apoio a avó materna que reside junto e oferece ajuda financeira, orientações e outros cuidados quando as duas precisam.

A família da criança *Caipora*

O encontro com os pais de *Caipora* também aconteceu na emergência do hospital, onde foi apresentada a proposta da pesquisa e marcado previamente a entrevista no domicílio. Também optei por realizar contato com a ULS da área onde mora a família.

A rua onde a família mora tinha um aspecto limpo e de bem cuidada, apesar de não ser asfaltada. A residência se localiza em um bairro próximo ao aeroporto da capital e é área de comércio distante a aproximadamente 16 Km do centro da capital. Ao procurar por informações próximo ao endereço onde a família morava todos os informantes foram prestativos e me atenderam bem.

Pude perceber também que o ambiente domiciliar era simples, organizado e limpo. A casa era de madeira com dois quartos, uma sala, uma cozinha e um quintal amplo com dois cachorros.

Durante a entrevista, percebi certo grau de desconfiança por parte do pai. Talvez estivesse relacionado com o fato de a casa deles ter sido assaltada quase um mês atrás. Ou talvez por eu ser um estranho que de repente começa a fazer perguntas sobre o cotidiano deles e como eles se comportam quando tem que resolver algum problema de saúde. De qualquer forma, passado alguns minutos, já era possível se sentir mais a vontade com a família, a medida que transcorria a entrevista.

A família do *Caipora* é formada pela mãe, pai e um irmão, residindo todos no mesmo domicílio. *Caipora* é o filho mais novo com um ano e nove meses e vive com a família na capital. A mãe tem vinte e oito anos, é do lar, possui o segundo ano do segundo grau e vive com o pai que tem trinta e dois que tem o primeiro ano do segundo grau e trabalha como agente de locação de carros. A família é de religião católica e possuem uma renda entre R\$ 1.000 e 1.100.

Os pais parecem bem informados sobre a condição da diarreia, pelo menos no que diz respeito aos aspectos clínicos e alguns termos médicos. Recorrem frequentemente ao setor profissional e a sua família. Quando os pais precisam sair ou levar o filho ao médico pedem ajuda aos avós e tia paternos que moram próximos a casa da criança.

A família da criança *Boitatá*

Depois de conseguir o contato telefônico do pai na emergência, foram realizadas quatro tentativas posteriormente para a entrevista, sendo que nenhum encontro foi marcado com sucesso devido as ocupações cotidianas da família, não podendo a mesma estar presente

na residência para receber o pesquisador. Após o quinto contato via telefone foi marcado então a entrevista com o pai de *Boitató*.

A região onde se localiza o bairro da família possui uma intensa movimentação do tráfego e do uso de drogas. Ao caminhar pela rua procurando o endereço é possível observar vielas estreitas e uma constante insegurança que nos toma conta. A área possui pouco comércio e é tomada por barracos e casas muito simples. O quintal, quase inexistente, com muita lama e algumas galinhas criadas soltas ao lado de uma vala que desce o morro, é dividido com outro barraco ao lado. A casa é de madeira e dividida em apenas três peças, um quarto, banheiro e cozinha. Todo o cenário do local revelava uma situação de necessidades econômicas e sanitárias.

Os pais foram receptivos e já haviam preparado o ambiente com cadeiras e a mesa para a conversa. Quem deu mais detalhes sobre a situação da criança foi o pai da mesma. A mãe teve um papel secundário, sua participação foi mais como ouvinte. Frequentemente, o pai interrompia a mãe quando ela começava a falar alguma coisa sobre a criança.

O pai trabalha fora de casa e quando a criança não está na creche é a mãe quem fica a maior parte do tempo com a mesma.

Boitató tem um ano e três meses e é o único filho do casal. O pai tem trinta e oito anos, possui o primeiro ano do segundo grau e trabalha como saladeiro em uma empresa próximo a sua casa. A mãe tem idade de vinte e dois anos, cursou até o segundo ano do segundo grau e é *do lar*. A família é católica e tem uma renda média de R\$ 650,00.

Nessa família, o cuidado realizado dentro do setor familiar não teve sucesso sendo necessário buscar o setor profissional. Em alguns momentos ficava clara a necessidade de se tentar cuidar em casa por não ter dinheiro, em uma relação de alternativas de cuidado com os problemas financeiros da família. A criança, na análise do pai, piorou porque a quantidade e a frequência da diarreia começou a aumentar, juntamente com o vômito, partindo então para o sistema profissional, nesse caso, o hospital.

O conhecimento do pai sobre cuidados com a alimentação, infecção gastrointestinal e higiene parece estar relacionado com o seu trabalho, haja vista que ele trabalha preparando saladas em um restaurante e frequentemente recebe instruções sobre condições gerais de higiene e cuidados com a comida.

Quando a família enfrenta dificuldades financeiras, o pai costuma pedir mais ajuda ao avô paterno e às vezes à avó materna. Casualmente recebe ajuda de uma instituição social do município quando precisa de produtos para a família, tal como fraldas.

A família da criança *Vitória Régia*

Após visitar a emergência do hospital, conversei com os residentes que atendem nos consultórios pedindo para que assim que possível me encaminhasse alguma mãe que tivesse com algum filho com diarreia. Enquanto esperava, encontrei essa mãe com a sua filha apresentando um quadro de diarreia aguardando a consulta. Comecei a conversar com ela e expliquei sobre o objetivo da pesquisa e perguntei se ela tinha interesse em ajudar. Ao que ela respondeu que sim, eu marquei então a visita em sua casa. A mãe foi muito atenciosa e se importou com este pesquisador. Me passou seu contato telefônico e endereço. Entretanto, não foi possível visitá-la de imediato. Sua filha teve que retornar ao hospital para fazer uma nova consulta. Após ligar novamente, marcamos então na sua casa a entrevista.

De aspecto simples e com poucos prédios, o bairro localiza-se no município de Palhoça e está a 20 km aproximadamente do centro da capital. Desta vez o ambiente parecia mais acolhedor. A rua e o bairro eram limpos, assim como o quintal e a casa que tinham um aspecto de organização. A casa é grande, de alvenaria, e possui um grande quintal. Não foi possível conhecer o interior da residência, pois a entrevista aconteceu na área externa da casa.

Como em entrevistas anteriores, procuro tomar sempre o cuidado de me apresentar e utilizar o crachá de identificação da universidade. Apenas ela e seu filho mais velho estavam presentes na residência. A *Vitória Régia* estava visitando a avó, na ocasião da entrevista.

Durante a conversa comentei da dificuldade e da desconfiança das pessoas em receber estranhos em casa. Ela mencionou que sua mãe perguntou se ela não tinha medo de me receber. Ela disse que não. Então eu fiquei contente e agradei pelo voto de confiança.

A família de *Vitória Régia* é composta pela sua mãe, pai e irmão, todos residentes no mesmo domicílio. *Vitória Régia*, com três anos e dois meses, vive em Palhoça e é a filha mais nova de dois irmãos. Sua mãe, com trinta e três anos, é doméstica e estudou até a oitava série e é casada com o pai da *vitória Régia* com idade de trinta e quatro. Ele é vendedor e possui o segundo grau completo. A renda mensal aproximada da família fica em torno de R\$ 1.700,00. Os pais são casados e católicos.

A mãe da *Vitória Régia* é a mãe mais velha das informantes e possui uma ligação com o setor familiar pela avó de *Vitória Régia* que frequentemente dá conselhos sobre como cuidar da criança e com o setor popular pela benzedeira que tem o hábito de levar seus filhos desde pequenos. Além, é claro, da ajuda do seu vizinho que é bombeiro e que ajuda a mesma, dando orientações e esclarecendo dúvidas. Ao que parece, ela resolveu levar a sua filha para a emergência pelo medo do desmaio que a mesma sofreu, provavelmente achando que se tratava de uma condição mais grave do que apenas uma diarreia.

A família da criança *Anhangá*

Na emergência, conversando com as mães, encontrei uma delas que havia sido indicada por uma das residentes. Esta mãe foi muito atenciosa quando me aproximei dela, no entanto, parecia preocupada com a criança, então tratei de ser breve e me apresentar a mesma. Falei qual era a minha intenção sobre a pesquisa e perguntei se ela tinha interesse em participar. Disse à mãe que eu precisava que fosse em um lugar fora do hospital e que não pretendia atrapalhar a sua rotina. Ela aceitou, me passou seu telefone e marcamos o encontro na casa de sua mãe.

O bairro localiza-se no município de São José, próximo à BR 101 e localiza-se a 15 km do centro da capital, aproximadamente. A rua onde está localizada a casa parecia ser limpa e organizada, assim como a própria casa da mãe da informante que cheirava bem. A casa era da avó de *Anhangá*. Era uma casa de alvenaria, dois pisos com cômodos espaçosos e muitos móveis.

Conversei com a mãe e expliquei a ela sobre a pesquisa. Ao entregar o termo de consentimento, ela leu cuidadosamente antes de assinar. Enquanto isso eu fazia observações discretas na casa tais como a organização, o tamanho, objetos e pessoas.

No dia da entrevista havia muitos familiares na residência, entretanto, ficamos eu, a mãe e a tia da *Anhangá* a sós na sala para realizar a entrevista. Pessoas simpáticas e que ofereceram privacidade na sala para conversarmos. À exceção das crianças que corriam de um lado a outro no quintal e às vezes por dentro da casa.

A família de *Anhangá* é composta pela sua mãe, pai e seus dois irmãos que moram todos juntos. *Anhangá* tem três anos, é residente em São José e é a filha mais nova de dois irmãos, sua mãe com vinte e oito anos é doméstica e possui o segundo grau completo. O pai, com trinta e sete, é motorista e também possui o segundo grau completo. A renda da família fica em torno de R\$ 1.500,00 a 1.600,00. Os pais são amasiados, espíritas e possuem dois filhos.

Nas redes familiares de apoio, a mãe de *Anhangá* recorre a sua avó e tia materna para pedir conselhos, pois elas têm uma aproximação maior entre si. O pai possui mais contato com a irmã e a mãe costuma se aproximar do centro espírita para cuidar do seu lado espiritual.

A família da criança *Curupira*

Esta mãe foi encontrada na sala de observação cuidando de seu filho depois de dar entrada na emergência do hospital. Estava acompanhada do marido e ao lado do leito do *Curupira*. Conversei com ela sobre a pesquisa e expliquei sobre os objetivos da mesma. Ela

me passou seu contato telefônico e marcamos então uma data para o encontro. Mostrou-se disposta a participar e pediu para que ligasse para o trabalho dela onde passava a maior parte do dia.

Como a entrevista não aconteceu no domicílio, não é possível descrever com maiores detalhes o local. Entretanto, a mãe passou algumas informações sobre o mesmo, tais como a residência ser de alvenaria, ter água tratada em casa, a rua ser asfaltada e morar em um bairro que oferece boa infra-estrutura.

Por opção desta mãe, o encontro não aconteceu no domicílio, mas sim no seu local de trabalho. Ela trabalha em uma clínica médica e conversamos durante seu horário de almoço. A conversa foi rápida e reservada no pátio da clínica e ela continuou mostrando interesse e cooperação pela pesquisa, respondendo às questões e atenta às perguntas.

Residentes em um bairro do município de São José, a família do *Curupira* é formada pela sua mãe com idade de vinte e seis anos, que possui o curso técnico em enfermagem e trabalha como recepcionista em uma clínica médica da capital. Seu pai tem trinta e dois anos e ainda está cursando o curso de graduação em educação física. *Curupira* tem quatro anos e sua família é católica e possuem uma renda financeira mensal de aproximadamente R\$ 2.000,00.

Por ter um contato maior com profissionais da saúde, seja na família com sua irmã médica ou seja no trabalho com outros médicos, esta mãe recorre mais ao setor profissional para cuidar dos problemas de saúde. Mesmo assim, não deixa de recorrer à família para pedir ajuda financeira ao avô paterno.

A família da criança *Iara*

Em conversa com as residentes do hospital sobre a minha pesquisa, elas me encaminharam para esta mãe que havia procurado a emergência por causa da diarreia. Era uma mãe relativamente jovem, estava sozinha na emergência e mostrava certo grau de ansiedade com a criança.

Apresentei a proposta da pesquisa para ela que, sem receio, aceitou realizar a entrevista em sua casa e me passou seu contato telefônico.

A residência de *Iara* localiza-se em um bairro afastado do centro da capital e possui características rurais. Com o quintal relativamente grande, a família divide o mesmo com outra residência. A casa é mista e com cômodos simples e modestos e dispõe de seis peças, mais uma área nos fundos da casa, onde a família costuma se reunir.

Inicialmente foi feito contato com a mãe da *Iara* que foi quem recepcionou este pesquisador. Ao iniciar a entrevista, a avó da *Iara* apareceu e sentou-se próximo a sua mãe.

Gradativamente, a avó começou a participar da entrevista e se envolver na conversa tomando a fala e as respostas. A entrevista transcorreu bem, sendo que foi a avó quem contribuiu em grande parte com o relato.

A família de *Iara* é constituída pela sua mãe, com idade de vinte anos, e que estudou até a sétima série. A criança vive com a irmã, a avó, avô, uma tia materna e um tio mais um sobrinho na casa. Separado da mãe, o pai com idade de trinta anos e que faz o segundo ano do segundo grau vem visitar a filha regularmente. A família é evangélica e possui uma renda aproximada de R\$ 1.200,00 mensais.

A mãe de *Iara* recorre mais à avó e à tia materna para ajudar a dar mamadeira, banho e ajuda financeira. Casualmente o pai ajuda com algum dinheiro ou transporte para algum lugar como o hospital.

A família da criança *Saci Pererê*

O contato com essa mãe também foi feito através dos médicos residentes da emergência. Após um deles atender essa criança, me chamaram para conversar com a mãe. A rotina de minhas atividades na emergência já se tornara conhecida e os profissionais ajudavam sempre que possível encaminhando alguns pais que tivessem buscado o hospital com alguma criança com diarreia.

Apos uma tentativa sem sucesso de realizar a entrevista, marcamos outra data para a entrevista diretamente na residência.

O bairro localiza-se no município de Biguaçu a aproximadamente 21 Km do centro da capital. A residência fica próxima a um Pronto Atendimento (PA) 24 horas do município e localiza-se em uma região de bastante movimento relacionado ao comércio e ao fluxo de carros, pois a BR 101 fica ao lado. A casa mista possui quatro peças com móveis simples, uma garagem cheia de materiais de construção com um quintal pequeno e todo murado.

O encontro com os pais aconteceu após um segundo contato via telefone. Como a mãe trabalha de costureira e o pai de vigilante não é sempre que os mesmos estão em casa.

A recepção ficou por conta da mãe que preparou as cadeiras e a mesa da cozinha para receber este pesquisador juntamente com o pai do *Saci Pererê*. Atenciosos, os pais responderam uma a uma as perguntas sem interromper um ao outro. O filho mais velho acompanhou a entrevista demonstrando muita curiosidade.

Residentes no município de Biguaçu, a família do *Saci Pererê* que tem três anos de idade, é formada pelo seu irmão mais velho, pela mãe com idade de trinta anos que estudou até a quinta série e trabalha como costureira e pelo pai com trinta e um anos, segundo grau

completo e que trabalha como vigilante em uma empresa próxima ao bairro. Os pais são católicos amasiados e com renda mensal aproximada de R\$ 1.000,00.

A família tem certa dificuldade financeira sendo que a mesma utiliza o PA próximo a sua casa porque outra unidade fora do município implicaria em gasto com transporte. Apenas em caso de emergência ou quando podem pedir ajuda ao tio paterno do *Saci Pererê*. Quando precisam de conselhos sobre a criança consultam a avó materna que mora próximo e que tem mais experiência por ter tido sete filhos, de acordo com os informantes.

Nos quadros abaixo é apresentado um panorama geral das características das famílias.

QUADRO 6: Descrição das famílias segundo a idade e escolaridade

Identificação da família	Idade da criança	Idade da mãe	Escolaridade da mãe	Idade do pai	Escolaridade do pai
Família da Cuca	2 anos e 6 meses	21	2º grau incompleto	-	-
Família do Caipora	1 ano 9 meses	28	2º ano 2º grau	32	1º ano 2º grau
Família do Boi Tatá	1 ano 3 meses	22	2º ano 2º grau	38	1º ano 2º grau
Família da Vitória Régia	3 anos 2 meses	33	8ª série	34	2º grau completo
Família da Anhangá	3 anos	28	2º grau completo	37	2º grau completo
Família do Curupira	4 anos	26	Técnico	32	Superior incompleto
Família da Iara	1 mês 15 dias	20	7ª série	30	2º grau incompleto
Família do Saci Pererê	3 anos	30	6ª série	31	2º grau completo

QUADRO 7: Descrição das famílias segundo ocupação, número de filhos e renda mensal

Identificação da família	Ocupação da mãe	Ocupação do pai	Número de filhos	renda familiar mensal em reais
Família da Cuca	Vendedora	-	1	1.000
Família do Caipora	Do lar	Agente de locação carros	1	1.100 – 1.200
Família do Boi Tatá	Do lar	Saladeiro	1	650
Família da Vitória Régia	Do lar	Vendedor	2	1.700
Família da Anhangá	Do lar	Motorista	2	1.500 – 1.600
Família do Curupira	Recepcionista	Educador físico	1	2.000
Família da Iara	Do lar	-	2	1.200
Família do Saci Pererê	Vigilante	Vigilante	2	1.000

QUADRO 8: Descrição das famílias segundo estado civil, número de pessoas que vivem no domicílio e município onde moram.

Identificação da família	Estado civil dos pais	Número de pessoas que vivem no domicílio	Cidade
Família da Cuca	Separados	3	Florianópolis
Família do Caipora	União estável	3	Florianópolis
Família do Boi Tatá	União estável	3	Florianópolis
Família da Vitória Régia	Casados	4	Palhoça
Família da Anhangá	União estável	4	São José
Família do Curupira	União estável	3	São José
Família da Iara	Separados	8	Florianópolis
Família do Saci Pererê	União estável	4	Biguaçu

5.2 O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Os resultados relacionados ao itinerário terapêutico são primeiramente apresentados, fazendo-se um resumo esquemático dos domínios e suas sub categorias, para em seguida apresentar uma descrição detalhada.

5.2.1 As características da diarreia na percepção das famílias	- A diarreia tem cor e cheiro diferentes, a consistência das fezes é mole e acontece em maior frequência	
	- A criança desidratada fica diferente, “ela não é mais a mesma”	
	- Percepções sobre a causa do problema	a) <u>está relacionada a algum agente transmissor</u> b) <u>o problema pode ter alguma relação com doença</u> c) <u>a diarreia pode ter outras causas</u> d) <u>na família, a percepção sobre a causa do problema pode ser discordante</u>
	- O problema se manifesta de diferentes formas em casa	a) <u>de forma rápida</u> b) <u>de maneira lenta</u>

5.2.2 Diarreia: e agora o que fazer?	- Maneiras de decidir sobre o que fazer ainda em casa quando percebe o problema	a) <u>esperaram e ministraram alguns cuidados antes de levar ao médico ou ao hospital</u> b) <u>vai direto para o hospital por indicações de familiares, vizinhos ou profissionais da saúde</u> c) <u>diante do medo dos sintomas levou ao médico logo por decisão dos pais</u>
	- A criança dentro do hospital	a) <u>a primeira vez</u> b) <u>foi diferente na segunda vez</u>
	- Cuidam da criança depois de voltar pra casa	a) <u>de acordo com orientações feitas dentro do hospital</u> b) <u>por conta própria</u>
	- Avaliam a criança depois que ela volta do hospital	a) <u>em relação à alimentação;</u> b) <u>em relação à diarreia, vômito e a desidratação;</u> c) <u>em relação ao comportamento; e</u> d) <u>o problema continua e volta ao hospital.</u>
5.2.3 Razões para buscar a emergência do hospital e não levar ao posto de saúde	- Prefere levar para o hospital	a) <u>o hospital é mais completo, tem uma estrutura melhor e pode fazer exames;</u> b) <u>se preocupa com a saúde do filho;</u> c) <u>confia nos profissionais do hospital;</u> d) <u>para alguns, o serviço de saúde é próximo à sua casa; e</u> e) <u>têm direito de ser atendido.</u>
	- Razões para não buscar o posto de saúde perto de casa	a) <u>o posto não atende emergência só agendamentos</u> b) <u>o posto tem um horário restrito</u> c) <u>porque o posto não tem recursos materiais e tecnológicos</u> d) <u>o posto não tem pediatra</u> e) <u>porque o posto não atende bem</u>

5.2.1 As características da diarreia na percepção das famílias

Este domínio discute as características do problema percebido pelos núcleos familiares, ou seja, o que é e como se manifesta a diarreia.

- A diarreia tem cor e cheiro diferentes, a consistência das fezes é mole e acontece em maior frequência

Os integrantes das famílias das crianças descreveram as características principais da diarreia tais como tipos, cores, cheiro e a frequência das evacuações.

A diarreia possui consistência diferente das fezes que as mães estão habituadas a observar. Quando o quadro se manifesta, as fezes são mais atípicas, adquirindo uma característica mais pastosa, mole ou líquida, frequentemente relatado pelos informantes através de expressões como:

“Era diarreia porque tava toda líquida. Ela entupiu a cama. E tava bem líquida mesmo. Dai que eu vi”. (mãe da Anhangá)

“Levava ela no vaso e via que só tava em água mesmo né e não tinha mais condições (ia muito no banheiro). Tanto que eu tive que comprar até fralda”. (mãe da Vitória Régia)

Geralmente aumentada, a frequência alterada das idas ao banheiro ou das trocas de fralda também foram percebidas pelos informantes como incomum e característico da diarreia:

“Três a quatro vezes num dia não é normal né (...) aquilo não era de sujar, era de ensopar mesmo a fralda. Ai foi onde a menina viu que era diarreia”. (mãe da Iara)

A cor das fezes foi outra mudança no que antes era habitual e que foi caracterizada como um sinal típico da diarreia, ou ainda, de diferentes tipos de diarreia:

“As fezes estavam escuras, quando está com diarreia ela fica mais esverdeada, mais amarela”. (mãe da Iara)

Uma das informantes colocou a relação da cor das fezes com o tipo de alimento ingerido pela criança e que poderia também influenciar na consistência das mesmas:

“Eu percebi que as fezes ficaram meio acinzentadas (...) até agora tava bem. As fezes dela era bem amarelinha, parecia uma geminha de ovo e de uma hora pra outra detonou. Ficou aquela coisa meio cinzenta (...) ai, no outro dia já tava com as fezinhos mole mole. Ai aquilo já foi enralecendo”. (mãe da Iara)

A cor das fezes também serviu para uma das informantes elaborar sua própria análise e definição acerca da origem do problema associando o quadro a uma virose ou simplesmente descrevendo qual deve ser a cor da diarreia:

“Ela tava escura. Eu posso estar errada, mas quando a criança esta com dor de barriga, a diarreia fica mais esverdeada, mais amarela, alguma coisa assim. E o dela eu notei que estava bem escura, estava liquida mas estava escura. Da outra vez que ela teve também estava assim. Então eu digo ‘ah, então pode ser virose’”. (mãe da Anhangá)

Uma mãe e um pai perceberam a presença de cheiro forte e horrível na boca e nas fezes quando a criança estava com diarreia:

“Um líquido muito mal cheiroso”. (pai do Boitatá)

“Meu deus do céu, parece que ela tava podre (...) dessa vez eu observei foi o cheiro na boca, um cheiro horrível na boca muito forte”. (mãe da Vitória Régia)

- A criança desidratada fica diferente, não é mais a mesma

A principal complicação da diarreia, a desidratação nos seus diferentes níveis comprometendo o estado geral da criança, foi evidenciada através do uso de termos tais como “fula”, “mole”, “fraca” ou “caída”, onde os pais buscavam descrever o estado geral da criança desidratada:

“Ela fica fula. Minha mãe quem falava isso. Uma vez eu perguntei pra ela ‘mãe o que é fula?’, ‘olha pros olhos dela minha filha. Os olhos estão lá pra dentro. Isso é fraqueza’. Fica branca. Aquela cor bonita já sai. Fica uma cor assim bem feia. Emagrece o rosto”. (avó da Iara)

“Ela ficava caída, sentia que ela tava mole, dava alguma coisa pra comer e ela não comia”. (mãe da Vitória Régia)

Ainda, outros informantes utilizavam o termo desidratação e os seus sinais revelando assim que já dominavam as nomenclaturas do sistema profissional de cuidado:

“A médica disse pra nós que tava todo desidratado”. (pai do Boitatá)

“Quando está desidratada ela fica magrinha. Fica com os olhos fundos. Até que chega um ponto e dá uma fraqueza né!?”. (mãe da Iara)

Para os informantes, o quadro da diarreia pode ter repercussão no estado geral da criança de diferentes formas tais como: no comportamento, nas atividades do dia a dia e no próprio corpo delas. Assim, a principal complicação da diarreia é percebida pelos mesmos como sinais e sintomas que mudaram o comportamento e as atividades diárias das crianças:

“Ela nunca foi assim, ela é bem espoleta fica descendo e subindo para tudo quanto é lado e só queria ficar deitada”.
(mãe da **Vitória Régia**)

Para uma das informantes, a desidratação acontece quando a criança está fraca, não se alimenta, não brinca, não conversa com os pais:

“É a criança estar fraca, não quer se alimentar direito, não quer brincar. Não queria mais conversar, ele não queria falar, ele brinca, ele é uma criança ativa pula, ele corre e ele não tinha vontade de fazer nada. Ele não queria falar com ninguém. Então alguma coisa de errada estava acontecendo com ele”. (mãe do **Curupira**)

As alterações físicas manifestadas pelos sinais característicos da desidratação tais como boca seca, pele sem turgor e choro sem lágrimas foram constatadas pelos informantes :

“A boquinha fica seca, olho assim né, não tem mais lágrima e a pelezinha dele fica assim parece que murchinha”.
(pai de **Caipora**).

A identificação desses sinais foi ensinada a alguns pais pelos médicos durante o atendimento no hospital e pela observação dos pais quando o médico examina a criança:

“A médica falou pra mim que a criança fica desidratada quando a boca fica seca. Ele tava branco. Eu sei que os médicos tem um jeito e num instantinho eles fazem. Eu sei pela boca. Quando a boca fica seca e meio esbranquiçada. Eu olho quando o médico esta examinando e eles explicam”.
(mãe do **Saci Pererê**)

“A médica... não é que ela me explicou, eu vi ela fazendo assim, aqui, quando isso aqui fica sem cor, isso... eu esqueci o nome (apontando para a parte inferior do olho). Que quando está meio esbranquiçada está desidratada... e pálida também né!? A boca não muito vermelinha também. Boca seca sabe!? Não saliva. O que eu consigo ver é isso. Posso estar errada. Não sei se estou certa. Mas é o que eu vi. A aparência, a boquinha pálida, a olheira”. (mãe da **Anhangá**)

“O médico explicou assim, fazer pressão na barriga, contar três segundos pra ver se volta né (...) eu sempre beliscava a

barriga dela e meu deus do céu. Tanto é que ela emagreceu um quilo e duzentos em uma semana”. (mãe da Vitória Régia)

“Na desidratação a criança fica com os lábios ressecados. Ver a mucosa se não tem saliva. Porque a médica disse pra nós que tava todo desidratado. Tava com a boca esbranquiçada em volta do lábio. Os olhinhos bem fundo assim, bem seco. Quando deu a diarreia a gente ficou apavorado, porque o guri tava super-bem e quando eu vou trabalhar e volto o guri fica internado no hospital”. (pai do Boitatá)

O processo de aprendizagem dos pais parece acontecer quando os mesmos observam atentamente como seus filhos são cuidados pelos profissionais identificando e classificando o quadro de diarreia. Os profissionais também parecem se preocupar em demonstrar aos pais, como podem ser identificados os sinais de desidratação na criança.

- Percepções sobre qual a causa do problema

Todos os pais tinham alguma percepção e explicação para a causa do problema, seja a diarreia, a desidratação ou o vômito.

a) está relacionada a algum agente transmissor

As explicações tinham relações com o contato com outras pessoas, com bactérias, vírus, coisas do ambiente, vetores ou objetos pessoais que podiam provocar a diarreia.

Os agentes transmissores ou objetos e outros elementos presentes no ambiente que deram início ao problema foram os mais diversos sendo algo que se coloca na boca “*ela costuma colocar tudo na boca. Tudo o que ela vê no chão ela coloca na boca*” (mãe da Cuca) ou então quando os objetos das crianças se misturam “*os dois quando brincam um pega o bico do outro e vai botando na boca. Troca o bico, troca a roupa*” (pai do Caipora).

Os vetores como mosquitos, animais e o ambiente onde se vive, também foram citados por um dos informantes:

“Aquela vala aberta é cheia de borrachudo não sei se trazem algum tipo de doença ou não trás. Ele enche a bundinha dele cheia de sangue, derrepente ele vai la e morde a outra pessoa. Então... hoje em dia tudo é permitido. Tem cachorro, tem galinha aqui do lado... então assim... o ambiente em si já é cheio de coisa”. (pai do Boitatá)

Os microorganismos também aparecem nas explicações como causas da diarreia. As bactérias estão mais associadas quando vão ao banheiro e não lavam as mãos:

“Pegou uma bactéria quando foi ao banheiro e não lavou a mão muito bem”. (mãe do Curupira)

“Segundo o que a gente sabe por ai é mais de usar o vaso sanitário. Tipo, vai no banheiro e não lava a mão. Aquela coisa toda”. (pai do Caipora)

O vírus pode ser algo vago que precisa sair do corpo *“enquanto o vírus não sair sempre vai ter a diarreia e o vômito” (mãe da Vitória Régia)* ou então que está no ambiente e pode ser uma virose *“eu acredito que a virose, no mesmo ambiente que ta o vírus, ele pega né, pelo ar” (mãe da Anhangá)*, ou ainda, pode ter um nome específico identificado durante o tratamento no hospital *“lá foi constatado e dito que era o rota-vírus e tal (...) ai foi que nós ficamos sabemos o que que era o rota-vírus” (pai do Caipora)*.

b) o problema pode ter alguma relação com doença

A relação com alguma outra doença como a meningite ou a dengue também foi uma das explicações ou associações sobre a etiologia do problema, principalmente pelo momento epidemiológico que o país se encontrava no caso da dengue:

“A gente pensou que podia ser dengue, os sintomas são os mesmos. Tava aquele surto de dengue”. (pai do Boitatá)

As características de sinais parecidos com outras patologias como a meningite também foram associadas:

“Eu fiquei super assustada. Imagina. Sua filha tendo um monte de sintomas. Vomitando, diarreia, fraquinha, aparentemente desidratada. Então eu pensei que era meningite. Perguntei se ela tava com dor de cabeça. Dai ela ‘ah, eu to com um pouquinho de dor de cabeça’, mas criança também é assim, pode ser que ela esteja com dor de cabeça pode ser que não. Pode ser uma mainha (manha, lábia) eu achei que fosse meningite, uma coisa assim (...) criança pra mim com diarreia algum problema tem”. (mãe da Anhangá)

c) a diarreia pode ter outras causas

Alguns informantes observaram que o problema não tem necessariamente origem em alguma doença podendo estar relacionado a causas gerais como *os dentes, manha* da dor de cabeça ou vontade de comer alguma coisa que *não comeu*:

“- é os dentes, é os dentes’, o pessoal fala”. (pai do Boitatá)

“(a benzedeira) disse que a Alice teve vontade de comer alguma coisa que não deram pra ela. Dai eu assim, meu deus, o que será que ela teve vontade de comer e que não deram? Mas como ta cheio de criança assim, então teve um monte de criança com vontade de comer as coisas né”. (mãe da Vitória Régia)

“Perguntei se ela tava com dor de cabeça. Dai ela ‘ah, eu to com um pouquinho de dor de cabeça’, mas criança também é assim pode ser que ela esteja com dor de cabeça pode ser que não. Pode ser uma mainha (manha, lábia)”. (mãe da Anhangá)

Ou ainda, causado por alguma coisa que ingeriu como a água ou comida da creche:

“Pode ate ter sido uma comida na creche. No caso essas coisas de refrigerante”. (mãe do Saci Pererê)

“Meu filho as vezes toma leite e faz diarreia. Isso não quer dizer que ta doente. Não quer dizer que por isso não está bem. Quer dizer, o leite não caiu bem. Então quer dizer, às vezes não é doença né”. (mãe da Anhangá)

A creche também é vista como causa pois é o local percebido com maior contato com os agentes transmissores da diarreia. Isso pode ter acontecido segundo os pais, porque a criança ainda não tem seus anticorpos formados e teve contato com outras crianças na creche:

“Quando a gente levou pra creche ele já voltou caidinho. Lógico, não é a má higiene da creche, mas o contato em si com as outras crianças. Criança tu sabe como é, ta formando os anticorpos aquela coisa toda”. (pai do Boitatá)

“Pode ate ter sido uma comida na creche”. (pai do Saci Pererê)

“Lógico, não é a má higiene (da creche), mas o contato em si com as outras crianças”. (pai do Boitatá)

Mesmo quando a criança não está na creche, a transmissão a alcança através de outras crianças da família:

“A gente suspeita que foi a nossa sobrinha quem passou pra gente. Porque ela frequenta a creche e passou um fim de semana aqui e daí que tudo começou a desandar”. (pai do Caipora)

d) na família a percepção sobre a causa do problema pode ser discordante

Dentro do núcleo familiar, a percepção sobre o problema da criança e sua relação com a causa podem ser discordantes. Tanto o pai quanto a mãe podem produzir ideias diferentes sobre o quadro de diarreia. Uma das informantes pensou que fosse uma virose que sua filha tinha:

“Eu cheguei a pensar assim, que antes de pensar na virose, como ela já teve antes, foi a primeira coisa que veio, a virose” (mãe da Anhangá).

Enquanto seu marido achava que o problema tinha relação com alguma coisa que a criança comeu:

“Meu marido começou a achar que era o salgadinho, alguma coisa que ela comeu que fez mal, mas eu achava que era virose” (mãe da Anhangá).

A mãe parecia muito mais inquietante em relação ao problema e associou uma causa mais preocupante, enquanto o pai pensa em uma relação mais amena:

“Esses dias ela vomitou a noite, era meia noite (...) ai ele disse que foi alguma coisa que ela comeu, dai ela ficou assim (...) eu acredito que a virose, no mesmo ambiente que tá o vírus, ele pega né, pelo ar” (mãe da Anhangá).

5.2.2 Diarreia: e agora o que fazer?

Neste domínio encontram-se presentes algumas das diferentes avaliações e ações desenvolvidas e empreendidas pelos familiares.

- O problema se manifesta de diferentes formas em casa

a) de forma rápida

O quadro de diarreia se manifesta de forma que o vômito e a febre associados, à diarreia, são os sintomas que pressupõe a urgência:

“Teve o vômito, depois a diarreia, daí começou com a febre”. (mãe do Curupira)

“Vômito e a própria diarreia. A primeira coisa que ela teve no caso foi o vômito”. (mãe da Anhangá)

“Antes de a gente levar ele, ele começou com febre, ai depois começou episodio de vômito e diarreia”. (pai do Caipora)

Na visão de alguns informantes, o aparecimento dos sinais do quadro de forma rápida, primeiramente o vômito para depois vir a diarreia, também foram características de um quadro que causou preocupação:

“Foi muito rápido. Vomitou muito mesmo e quando foi umas duas horas da tarde ela tava com vômito, diarreia e febre alta”. (mãe da Vitória Régia)

A fraqueza da criança ou o amolecimento e a perda de peso também se constitui um sinal de um problema agudo que precisa solução imediata:

“Eu, quando fui dar banho nela, ela meio que se amoleceu toda assim. Eu acho que foi um desmaio (...) eu achei assim que foi muito rápido”. (mãe da Vitória Régia)

Outro sinal característico do quadro de diarreia é a perda rápida de peso da criança visto como um sinal de preocupação:

“Tanto é que ela emagreceu um quilo e duzentos em uma semana. Foi muito forte. E dizer assim, saber, saber mesmo não sei”. (mãe da Vitória Régia)

b) de maneira lenta

Em alguns casos, o problema podia ser acompanhado levando mais do que um dia para esperar antes de levar ao hospital, indicando que inicialmente, o quadro não era considerado muito grave:

“Ele teve vômito, diarreia e febre, daí o vômito dele começou a vir uma gosma verde (...) um dia ele tava ruim pra comer daí ele comia e já vomitava. Depois veio a diarreia (...) foram três dias que ele ficou ruim pra levar no hospital”. (mãe do Saci Pererê)

Alguns esperavam até uma semana, mesmo assim, da mesma forma que no quadro agudo, a sequência dos sinais do quadro obedecia a uma ordem de ocorrência, geralmente aparecendo o vômito e depois a diarreia ou febre:

“Foi diarreia e vômito que ela teve. Deu vômito, febre, diarreia. Começou com vômito e depois as fezes começaram a ficarem escuras (...) pra fazer o coco ela fazia força e era bem feitinho e durinho e depois de uma semana ou duas estourou ai, aquela aguinha que sujava a fralda toda”. (mãe da Iara)

- Maneiras de decidir sobre o que fazer ainda em casa quando percebe o problema

Esta etapa constituiu-se como sendo a de maior importância para os informantes, pois é nela que a conduta sobre o que deve ser feito ao constatar o problema é tomada. Isto implicou em maior encargo para os mesmos, já que eles sentiam-se responsáveis pelas crianças e em sua maioria eram envolvidos pelo temor diante da piora do quadro geral da diarreia.

a) esperaram e ministraram alguns cuidados antes de levar ao médico ou ao hospital

Os informantes prestaram alguns cuidados em casa antes de levar ao hospital. Os cuidados iam desde oferecer medicação, chá, soro caseiro para diarreia, suco e água pra hidratar e até não deixar a filha ir pra creche pra não contaminar as outras crianças.

“Meu marido pensou em hidratar, por causa do rotavirus, dar Gatorade, coisas mais leve né!? A gente pensou em dar soro ou medicamento. Mas meu marido ofereceu água, suco”. (mãe do Curupira)

“A gente começou a oferecer água pra ele, suquinho, mas remédio não”. (mãe do Caipora)

“A gente cuidou pra ela mamar e tomar mais líquidos”. (mãe da Iara)

“Primeiro deixei de levar na creche, porque a professora falou para não deixar a criança por lá se estivesse doente, para não contaminar as outras crianças”. (mãe da Cuca)

Importante observar que o denominado *Gatorade*, que se constitui em um líquido hidratante e popular, se constitui em uma substância bastante valorizada pelos informantes.

Outros líquidos oferecidos foram alguns chás:

“De remédio para a diarreia a gente não deu nada. Ela é novinha né!? Então o único chazinho que a gente dá pra ela é chá de erva-doce pra barriga”. (mãe da Iara)

“Ele (o marido) foi lá e deu pra ela um chá de carqueja pra ela, que é bom pro estomago”. (mãe da Anhangá)

“Fiz chá de hortelã, erva-doce e cana limão pra diarreia que uma senhora me ensinou”. (mãe da Vitória Régia)

“Vomitou terça-feira a noite. Dai demos um chazinho de funcho pra ele”. (pai do Boitatá)

Além dos cuidados com a alimentação e de tratamentos caseiros como chás, *Gatorade* e outros líquidos, outros cuidados como uso de medicação disponível em casa ou orientados pela vizinha, profissionais do hospital e o soro caseiro também foram usados. Quando não dava certa a primeira opção, iam ao hospital:

“ Fizemos o soro caseiro. Só que ele não toma. Quando ele começou a piorar a gente levou ele no posto”. (mãe do Saci Pererê)

“A única coisa que a gente fez foi pra febre. Demos Paracetamol”. (mãe da Iara)

“Eu intercalei a Dipirona e o Tylenol que eles deram lá no hospital”. (mãe da Vitória Régia)

“Tentamos dar plasil. A vizinha disse assim ‘-Ah! Compre plasil. Compre plasil que é bom pra vômito, não sei o que’. Comprei plasil, mas na hora que o plasil entrava ele vomitava. O plasil é pra segurar né!? Tomava plasil, vomitava, tomava aguinha, vomitava. Então corre pro hospital... porque a primeira opção que a gente teve não deu certo, então corre pro hospital”. (pai do Boitatá)

Apesar de usar a medicação para tratar, um dos informantes optou por não medicar por achar que a diarreia da criança não deveria ser cortada:

“Em casa a gente começou a oferecer água pra ele, suquinho, mas remédio não (...) dar medição pra cortar a gente não deu”. (pai do Saci Pererê)

b) vai direto para o hospital por indicações de familiares, vizinhos ou profissionais da saúde

Nas famílias, as avós maternas e paternas foram fundamentais neste momento de decisão:

“Minha sogra quem falou pra levar pro hospital. Meu marido primeiro falou com a minha sogra e depois ele me ligou”. (mãe do Curupira)

“Eu fiquei com medo e liguei pra minha mãe. Daí a minha mãe disse, vamos levar pro hospital né!?”. (mãe da Vitória Régia).

Um dos informantes indicou o hospital para levar a criança, mas tomou a decisão junto com sua esposa:

“Quando vê que o bicho pega daí a gente vai direto pro hospital. Levamos para o hospital né Fernanda!?” (pai do Caipora)

Além de uma participação mais ativa as mães também foram mais insistentes e pressionaram os pais para que levassem a criança ao hospital:

“A gente levou porque eu fiquei incomodando ele: ‘vamos levar, vamos levar’. Tanto incomodei que levamos”. (mãe da Anhangá)

Neste caso, o pai cedeu a pressão desta mãe que sentia medo e era mais estressada, e acabou levando a criança para ela ver que não era nada grave:

“então vamos levar pra tu ver que não é nada grave, vamos pra você tirar a duvida’ (marido)”. (mãe da Anhangá)

De acordo com sua profissão, os vizinhos também tiveram sua participação no esclarecimento de dúvidas e de orientação para levar a criança para o hospital, haja vista que, assim como as avós, podem ser considerados pessoas com mais experiência ou que possam confortar os pais nessas situações:

“Levei pro vizinho que é bombeiro porque eu fiquei com medo e achava que precisava levar ela as pressas pro hospital que ela tava toda roxa. Ele disse ‘calma guria, ela ta fraquinha’. Ele logo já viu e começou a esquentar, a massagear a mãozinha dela. Ele mesmo disse pra mim levar ela no hospital para ver o que que era isso”. (mãe da Vitória Régia)

Os familiares também podem ser profissionais da saúde ou os pais trabalharem com outros profissionais da saúde como os médicos, onde os mesmos podem ser consultados frequentemente:

“Ligo mais pra minha cunhada que ela é médica. Então a gente recorre a ela. Como eu trabalho em clinica mesmo, geralmente são os médicos quem me ajudam. Ah! Tem alguma coisa na mão ou coisa assim. A gente trabalha no meio então já vai ajudando”. (mãe do Curupira)

Uma das informantes fez contato com o médico que acompanha seus filhos desde pequenos no hospital para ver o que poderia ser feito:

“eu liguei pra ele (o médico) e ele tava de plantão na emergência. Daí ele consultou ela, não tem!?”. (mãe da Vitória Régia)

c) diante do medo dos sintomas levou ao médico logo por decisão dos pais.

O medo de que o quadro geral da criança possa estar associado a uma doença infecto-contagiosa que estava em evidência na mídia, como a virose, foi uma das razões justificadas para se levar a criança à emergência: *“Andava um surto muito grande de virose, várias crianças com virose. Aí foi onde a gente levou assim”* (mãe da Anhangá).

Por achar que era meningite, algo mais grave, levou a criança ao médico:

“Eu fiquei super assustada. Imagina. Sua filha tendo um monte de sintomas. Vomitando, diarreia, fraquinha, aparentemente desidratada. Então eu pensei que era meningite”. (mãe da Anhangá)

Presença de sangue no vômito também foi motivo para se temer a condição da criança e levar ela ao hospital:

“Essa aí (a mãe) ligou apavorada dizendo que ele tava vomitando sangue. Daí eu falei: ‘Ah! Leva ele pro hospital’”. (pai do Boitatá)

“(levo pro hospital para não perder tempo) pra não perder tempo. Se ela está com diarreia já levo pra ver. Se é mesmo virose, pra ter certeza. (mãe da Anhangá)

- A criança dentro do hospital

Dentro do hospital, os informantes continuam a observar e analisar a continuidade do cuidado, só que dessa vez ele é executado pelos profissionais. Alguns profissionais prestam orientações, enquanto outros são apenas observados durante a assistência.

a) a primeira vez

Na percepção dos informantes, os profissionais avaliam o estado geral da criança, realizam alguns procedimentos como hidratação e medicação e depois liberam as mesmas para continuar o cuidado e observação no domicílio:

“Depois de ir ao hospital hidrataram e mandaram de volta pra casa”. (mãe e pai do Caipora)

“Deram soro no hospital. Eles acharam que era problema com a lactose”. (mãe da Cuca)

O processo de cuidar da criança no hospital se estende da intervenção até a orientação realizada pelos profissionais aos pais de como devem cuidar das crianças no domicílio:

*“A gente foi pro **Sítio do Pica-pau-amarelo** e eles disseram que era só uma virose e pra oferecer bastante líquido, que ia acabar passando e que podia voltar pra casa”. (pai do Saci Pererê)*

“Veio a pediatra dele e disse ‘não mãe, é virose, ela vai ficar um pouquinho desidratada se ela não quiser comer um pouquinho, daí você insiste’”. (mãe da Anhangá)

Mesmo no hospital, os informantes continuam o processo avaliação do estado da criança e do cuidado realizado nesse ambiente

“Colocaram ele no soro e não adiantava. Ele continuava com a diarreia. Ele não tava comendo”. (mãe do Curupira)

“Chegou no hospital a médica avaliou ele, chegou umas onze e meia da noite ela liberou. Ela disse: “-Ah! Vou liberar ele’. E ele completamente desmaiado nos meus braços. ‘- Doutora, a senhora vai liberar essa criança assim?’, ‘- Não. Ele ta bem! Ta sonolentozinho assim por causa do medicamento’. Ah. Se a médica ta falando. Fiquei assim na dúvida”. (pai do Boitatá)

“Ela melhorou quando deram uma injeção de plasil pro vômito né!? Daí ela melhorou”. (mãe da Anhangá)

“Já tinha tomado soro na veia daí tinha animado um pouquinho (...) no hospital mesmo ela pediu pra ir no banheiro e já vi que não era mais água”. (mãe da Vitória Régia)

b) foi diferente na segunda vez

Na segunda ida dos informantes ao hospital, depois de sair da emergência e voltar para casa e constatar que o problema não foi resolvido, o atendimento pode ser mais demorado:

“Eu levei ela na segunda e quando foi duas horas eles mandaram a gente embora. Daí trouxe, só que continuava vomitando e daí eles me deixaram até quinze pra uma da manhã com ela no soro”. (mãe da Vitória Régia)

Alguns perceberam que depois de receber medicação a diarreia passou e suas características mudaram:

“Já vi que a diarreia tava começando a engrossar. Já estava mais consistente. Daí ele disse (o médico) que daquele dia a tendência era melhorar”. (mãe da Vitória Régia)

Ou então, administrar medição via oral ao invés de parenteral como fizeram antes, o problema vai levar mais tempo para ser resolvido:

“Só que dessa vez eles não fizeram a injeção, eles tentaram com o comprimidinho. Então ela demorou mais. Foi mais lento pra parar o vômito”. (mãe da Anhangá)

Mais uma vez, no retorno ao hospital, os cuidados prestados pelos profissionais incluíram também as orientações após a alta hospitalar. Aqui se observa que os informantes prestam esses cuidados quando chegam ao domicílio:

“No Sítio do Pica-pau-amarelo, depois, a médica passou a medicação que tinha no posto daí no dia ele tomou e já deu uma melhorada e no outro dia ele já tava brincando (..) já tava legal”. (mãe do Caipora)

“Veio a pediatra dele e disse ‘não mãe, é virose, ela vai ficar um pouquinho desidrata, se ela não quiser comer um pouquinho, daí você insiste’”. (mãe da Anhangá)

As orientações feitas pelos profissionais foram relacionadas ao controle da frequência das evacuações, alimentação e principalmente ao cuidado com a desidratação:

“Eles falaram pra gente pegar um papelzinho e cada vez que ele ia evacuando, a gente ia anotando”. (pai do Caipora)

“Passaram uma dieta pra mim”. (mãe da Vitória Régia)

“Eles falaram pra eu usar o soro caseiro e ir hidratando a criança ate passar né (...) que toda vez que ela fosse no banheiro que eu desse uma colher de soro pra ir hidratando”. (mãe da Vitória Régia)

“A médica falou pra dar o soro pra ela. Pegar no posto. Ferver bem a água”. (pai do Boitatá)

“O médico mandou dar o soro pra ela”. (mãe da Cuca)

“Eles disseram que era só uma virose e pra oferecer bastante líquido, que ia acabar passando e que podia voltar pra casa”. (pai do Caipora)

Outros informantes tiveram problemas e entraram em conflito com os profissionais do hospital e negociaram mais energicamente para conseguir permanecer no hospital e serem atendidos:

“Se a gente não tivesse batido o pé pra eles botarem ele no soro, eles iam mandar a gente embora de novo”. (pai do Caipora)

“A médica queria levar ele pro outro hospital, daí eu falei ‘- Não. Já que está aqui fica aqui. E se ele tá com um processo infeccioso?’. Dai deu um bate-boca lá. Mas daí a medica deixou ele internado lá”. (pai do Boitatá)

- Cuidam da criança depois de voltar pra casa

a) de acordo com orientações feitas dentro do hospital

Ao retornarem do hospital, os cuidados com alguns alimentos e as orientações dos profissionais foram mantidos e os informantes procuraram trocar uma dieta pobre em nutrientes e rica em açúcar por uma alimentação mais nutritiva como frutas e utilizar hidratante como *Gatorade*:

“Geralmente a gente começou a cuidar da alimentação dele quando ele começou a vomitar. Frutas, verduras, coisas que são nutrientes (...) ele precisa de vitamina e ele precisa agora comer coisas mais naturais”. (mãe do Curupira)

“Eu sempre estava oferecendo a comida, a dieta que passaram pra mim. Eu oferecia e ela não queria, eu oferecia água Gatorade e eu estava sempre com ela”. (mãe da Vitória Régia)

Algumas orientações também são feitas pelos profissionais sobre a desidratação e cuidados que devem ser feitos após a criança ser liberada:

*“A gente foi pro *Sítio do Pica-pau-amarelo* e eles disseram que era só uma virose e pra oferecer bastante líquido, que ia acabar passando e que podia voltar pra casa”. (pai do Caipora)*

“A médica me explicou (como identificar a desidratação). Eu vi ela fazendo assim, aqui, quando isso aqui fica sem cor, isso

(apontando para a parte inferior da conjuntiva do olho) que quando está meio esbranquiçada está desidratada e pálida também né!? A boca não muito vermelhinha também. Boca seca sabe!? Não saliva". (mãe da Anhangá)

"A gente cuidou pra ela mamar e tomar mais líquidos que falaram no hospital". (mãe da Iara)

Os profissionais repassam as informações sobre alguns cuidados tais como pegar soro no posto e oferecer com água fervida:

"Eles falaram pra eu usar o soro caseiro e ir hidratando a criança ate passar né (...) que toda vez que ela fosse no banheiro que eu desse uma colher de soro pra ir hidratando". (mãe da Vitória Régia)

"A médica falou pra dar o soro pra ele. Pegar no posto. Ferver bem a água". (pai do Boitatá)

Depois de usar a medição prescrita, os informantes observaram que além de "cortar" a diarreia, a criança melhora e volta às suas atividades diárias:

"A médica passou a medicação que tinha no posto daí no dia ele tomou e já deu uma melhorada e no outro dia ele já tava brincando (...) já tava legal. Já tinha cortado a diarreia. O medicamento que a médica do hospital passou pra ele cortou no mesmo dia". (pai do Saci Pererê)

b) por conta própria.

Os cuidados realizados com a criança não partiam necessariamente das orientações dos profissionais, em alguns casos, algumas das informantes já sabiam o que deve ser feito no domicílio:

"Agora to procurando fazer com que ela coma mais. Coisas que contenha mais vitaminas, proteínas, tudo (...) já to cortando salgadinho que ela gostava, cortando bala. E antes eu deixava à vontade. Agora to escondendo e não estou comprando mais. To cortando para os dois filhos (...) eu ofereço maçazinha que ela gosta, tangerina que ela gosta. Então eu procuro entreter ela. Eu procuro dar outras coisas que ela gosta no lugar dos doces". (mãe da Anhangá)

"Eu fiz (a dieta) também porque era o que eu já fazia sem precisar ir lá não tem!? Que é mais ou menos o que já se sabe. Tu tem que tirar o doce, o refrigerante o leite". (Vitória Régia)

Mais uma vez, o *Gatorade* aparece como um hidratante valorizado e capaz de gerar suspeita na resolução do problema: “Com ela dessa vez eu comprei aquele *Gatorade*. Dei pra ela. Ela tomou (...) agora não sei te dizer porque melhorou. Não sei te dizer se é o *Gatorade* que ela tomou” (mãe da Anhangá).

Levar para benzer também foi uma das alternativas encontradas por uma das informantes, tanto por acreditar quanto confiar na própria pessoa que emprega a benzedura:

“Quarta-feira eu saí daqui antes de ir no hospital e levei ela para benzer (...) vou dizer pra você que eu acredito muito nesse hábito de benzer (...) cheguei lá e ela disse assim ‘calma guria, não fique assim porque ta cheio de criança aqui assim. Vai dar tudo certo’. Eu confio muito nela não tem (...) eu acredito nesse negócio de benzedeira”. (mãe da Vitória Régia)

- Avaliam a criança depois que ela volta do hospital

a) em relação à alimentação

A perda ou o retorno do apetite também foi outra forma encontrada para avaliar o estado geral da criança:

“No dia que ela voltou e melhorou ela voltou assim, com um apetite. Nossa. Toda hora ela ta comendo. É iogurte, alguma coisa assim. É uma criança bem difícil pra comer comida. É uma criança bem difícil pra comer comida. E agora depois da virose eu vi que ela começou a comer”. (mãe da Anhangá)

“Eu percebo que ele ta ruim pra comer. Ontem eu coloquei a comida dele e ele não comeu nada. Se ele comeu duas colheradas foi muito. Até o café que ele gosta ele não tomou (...) antes ele comia bem e agora ele não come bem”. (mãe do Saci Pererê)

A falta do apetite da criança pode estar relacionada com a “virose” e assim que passa, a criança volta a se alimentar:

“Agora, depois da virose, eu vi que ela começou a comer. Ela não gosta de feijão e hoje eu coloquei pra ver e ela comeu feijão, comeu frango que ela gosta. Comeu arroz. Comeu quase tudo, mas comeu melhor do que antes”. (mãe da Anhangá)

b) em relação à diarreia, vômito e a desidratação

Para os informantes, a avaliação do comportamento em relação à diminuição da diarreia também se manifestou nas crianças:

“Assim, da diarreia ele melhorou. Ta até duro demais. O remédio cortou mesmo. Mas assim dele em si eu não acho melhora porque eu acho que ele ainda ta caidinho. Antes ele comia bem e agora ele não come bem”. (mãe do Saci Pererê)

“Ele reidratou rapidão. Diminuiu a diarreia. O soro ajudou”. (pai do Boitatá)

Ainda que a diarreia diminua, a manifestação do estado de desidratação da criança ainda está presente, mesmo depois de retornar do hospital, sendo classificada pelos informantes como “caída”, “fraqueza”, “caidinho”:

“O que eu consigo ver (sobre desidratação) é isso. Posso estar errada. Não sei se estou certa. Mas é o que eu vi. A aparência, a boquinha pálida, a olheira (...) ela ficou caída”. (mãe da Anhangá)

“Agora ele ta com esse problema (de ficar caidinho) e eu to pensando em retornar pra fazer esses exames né”. (mãe do Saci Pererê)

“Eu sempre beliscava a barriga dela (pra ver se estava desidratada) (...) quando chegou cinco e quinze, ela veio dar o mesmo problema... de novo não tem!? Fraqueza, desmaiou e daí no meu ver e no da mãe ela tava pior (...) bebia muita água. Só queria água”. (mãe da Vitória Régia)

O termo “lavou a cama” deixa bem clara a ideia da quantidade de vômito que a criança produziu e que provocou preocupação em um dos informantes:

“Quando chegamos em casa quase perdemos ele. A quantidade que ele vomitou. Não tinha nem mais força pra vomitar. Quando ele retornou do hospital ele lavou... lavou com diarreia e vômito”. (pai do Boitatá)

c) em relação ao comportamento

Ao sair do hospital, os informantes cuidaram e avaliaram as crianças no domicílio, observando seu estado geral e percebendo algumas mudanças no comportamento:

“Eu sei que ele ta melhorando. Porque quando a criança está assim, indisposta, ela não faz essas coisas”. (mãe do Curupira)

“Percebi que melhorou depois que voltou pra casa”. (mãe da Cuca)

Na avaliação de uma das informantes, a qual percebeu que seu filho não melhorou, ela pensou em retornar ao hospital para o tratamento, caso a criança não fique melhor da desidratação:

“Agora ele ta com esse problema (de ficar caidinho) e eu to pensando em retornar pra fazer esses exames né”. (mãe do Saci Pererê)

d) o problema continua e volta ao hospital

Quando o problema da diarreia e do vômito persiste, aumentando em frequência e intensidade, os informantes foram obrigados a retornarem ao hospital com a criança:

“A gente foi duas vezes num dia. De manha eu fui e depois fui com meu cunhado. Na primeira me mandaram embora, daí não melhorou a noite inteira ele evacuando e vomitando. No outro dia de manha a gente levou de novo. Ia aumentando a frequência”. (mãe do Caipora)

“Naquele mesmo dia eu retornei pra casa era umas quatro e meia da manhã e ele lavou a cama assim. Vômito e diarreia na sexta-feira santa. Ai a gente levou ele de volta lá pro hospital”. (pai do Boitatá)

5.2.3 Razões para buscar a emergência do hospital e não levar ao posto de saúde

- Prefere levar para o hospital

Todos os informantes tiveram preferência em levar ao hospital quando perceberam a gravidade do quadro de diarreia. Alguns avaliavam, cuidavam e esperavam, outros apenas avaliavam e iam direto para a emergência. De qualquer forma, todos eles tinham a percepção de que o hospital oferece um recurso maior de profissionais, de tecnologia e acolhimento melhor que as ULS's.

a) o hospital é mais completo, tem uma estrutura melhor e pode fazer exames

A fala do informante pai do Saci Pererê de que o *Sítio do Pica-pau-amarelo* “(...) é um hospital renomado e possui uma estrutura melhor (...)” e do pai do Boitatá “(...) ali tem todos os recursos (...) no quadro que ele tava, tava precisando de ir pro hospital, o hospital tem um

recurso melhor” leva a inferir sobre a importância da imagem ou da propaganda de uma instituição em uma comunidade e que se constitui como um fator de escolha para os mesmos na busca do serviço de emergência nos casos de diarreia.

Para eles, quando se trata de recursos tecnológicos, o hospital oferece melhores condições de atender as crianças. Então, a possibilidade de fazer exames se constitui como um símbolo de competência do profissional ao pedir estes exames, bem como um símbolo de competência da instituição, colocando-os a disposição dos seus usuários de forma rápida:

“Então eu já fui lá pra caso precisasse de um exame alguma coisa mais a fundo pra já poder ter”. (mãe do **Saci Pererê**)

“Para poder ver se era uma virose ou uma bactéria e pra indicar um tratamento que fosse”. (mãe do **Curupira**)

“Porque quando a gente leva já na emergência é uma coisa mais grave daí lá já pedem exame e tal”. (pai do **Caipora**)

Outros equipamentos denominados de “aparelhagem”, necessários para qualquer piora da criança dentro do hospital, também apareceu como relevante:

“Se acontecer qualquer coisa, tem aparelhagem e já tem tudo lá pra socorrer. Qualquer coisa assim de mais sério. Então eu já pensei em ir lá por isso”. (mãe da **Vitória Régia**)

Além dos equipamentos, os recursos humanos, incluindo a enfermagem, são mais qualificados, constituindo-se na razão de preferirem a emergência do hospital:

“Pelos profissionais que estão ali dentro né?! Ali tem todos os recursos. Enfermeiro... outros profissionais”. (pai do **Boitatá**)

A qualificação dos recursos humanos se dá também porque a instituição e os profissionais trabalham exclusivamente no cuidado a criança, de forma que os informantes deste estudo absorveram o valor da especialização como sinal de competência para o cuidado.

*“(...) eu já prefiro o **Sítio do Pica-pau-amarelo**. Uma que já é o **Sítio do Pica-pau-amarelo**, então é direto com criança. Já fico mais segura assim. Vai num lugar que eu sei que dá mais atenção. Então eu prefiro lá. Eu me sinto mais segura”.* (mãe da **Anhangá**)

“Por lá ser especial para as crianças não tem?! Por eles trabalharem diretamente com as crianças”. (mãe da **Vitória Régia**)

De acordo com uma das informantes, a instituição e os profissionais exerceram seu trabalho com carinho pelas crianças e eficiência e rigor no diagnóstico da doença, o que dá credibilidade ao atendimento. Mesmo demorando em obter o resultado dos exames, ela não se importa em esperar, o que pode ser traduzido na seguinte fala:

*“Eu levei quase uma hora pra ser atendida com a **Vitória Régia** com diarreia e vômito, mas quando tu entra lá dentro eles tem um carinho enorme pelas crianças, pelas mães, fora de sério. Enquanto eles não sabem o que a criança tem eles não te mandam embora”. (mãe da **Vitória Régia**)*

Assim, o nome do hospital, sua estrutura que tem impacto na comunidade, seus recursos tecnológicos e profissionais especializados, o rigor e eficiência, geram maior confiança para buscar a emergência: *“Eu podia ter levado aqui no posto, mas preferi levar lá no **Sítio do Pica-pau-amarelo** porque eu me sinto melhor. Sinto confiança” (mãe da **Cuca**)*. Com a imagem de ser “mais completo”, o hospital pode ser procurado para realizar até mesmo atividades que são da atenção básica: *“O **Sítio do Pica-pau-amarelo** é mais completo. Se precisar ficar por lá já está lá. No hospital eles pesam a criança, fazem vacina e levo todo mês para o exame de rotina”. (mãe da **Cuca**)*

b) se preocupa com a saúde do filho

Os informantes acharam melhor levar à emergência com medo de que o quadro de diarreia oferecesse algum risco à saúde de seus filhos. A manifestação dos sinais e sintomas percebidos pelos mesmos foi decisiva para influenciar o medo e avaliar o grau de risco a vida das crianças: *“Voltei ao hospital por medo devido ao jeito que ela estava (...) eu não me importo de esperar pra ser atendida e quero a certeza de que eles não estejam com alguma coisa grave” (mãe da **Vitória Régia**)*.

O medo de que o quadro geral da criança pudesse estar associado a uma doença infecto-contagiosa que estava em evidência na mídia, como a dengue, foi uma das razões justificadas para levar a criança à emergência: *“Andava um surto muito grande de virose, várias crianças com virose. Aí foi onde a gente levou assim” (mãe da **Anhangá**)*.

O hospital oferece recursos que podem tirar a aflição quando as crianças precisam ser tratadas dos efeitos da desidratação:

“O certo mesmo foi a gente levar ele direto pro hospital pra ele estar tratando a desidratação com o soro e ele não tava tão hidratado como ele tava no hospital. Se ele tivesse ficado

em casa, ele ia ficar muito desidratado. Ele não ia tomar vitamina”. (mãe do Curupira)

“(...) ela foi levada ao hospital devido ela ter desmaiado. O que mais me preocupou dessa vez foi o desmaio e a diarreia que estava muito forte”. (mãe da Vitória Régia)

Além dos sinais característicos do quadro de diarreia, pode aparecer também o sangue tanto nas fezes quanto no vômito, o que foi motivo de preocupação maior e contundente na tomada de decisão para levar a criança ao hospital. A piora do quadro geral pode ser decorrente da evolução do quadro ou associada a um caso mais grave como uma “úlcera arrebetada”:

“(...) jato de água que já não tinha mais o que colocar. Daí começou a vir resíduo de sangue. Daí eu disse, nossa, tudo indica que ta piorando mesmo (...) daí eu vi que tava piorando. Daí eu levei ele lá no Sítio do Pica-pau-amarelo”. (mãe do Saci Pererê)

“(...) essa aí (a mãe) ligou apavorada dizendo que ele tava vomitando sangue. Daí eu falei. Ah! Leva ele pro hospital. Porque a partir do momento que ta vomitando sangue, já pensa que é uma úlcera, já pensa que arrebetou o estomago da criança todo por dentro. De repente comeu um bicho envenenado na rua, não sei, eu não estava em casa”. (pai do Boitatá)

c) confia nos profissionais do hospital

Alguns dos informantes criaram um vínculo com os profissionais, relacionado à confiança nas ações desenvolvidas dentro do hospital. Esta confiança esteve relacionada à precisão dos exames: “*Porque quando se trata de uma criança, tem que ter logo o laudo. Saber o que uma criança tem. Nessa parte, o Sítio do Pica-pau-amarelo, eu confio muito*” (mãe do Saci Pererê) e ao serviço oferecido pelos profissionais da instituição: “*Eu gosto muito do atendimento deles. Tanto dos enfermeiros e dos médicos. Tenho muito respeito por eles*” (mãe da Vitória Régia).

A enfermagem desempenhou um papel importante nessa relação, sendo lembrada pelos informantes como profissionais humanos e recurso-humano qualificado:

“Mas eu me sinto muito bem lá, os médicos os residentes. Os enfermeiros também são muito queridos, muito humanos com as crianças. Porque eu acho que tem que ser. Tem que ter o carinho para lidar especialmente com criança”. (mãe da Iara)

“Pelos profissionais que estão ali dentro né!? Ali tem todos os recursos. Enfermeiro... outros profissionais (...) no quadro que ele tava, tava precisando de ir pro hospital, o hospital tem um recurso melhor”. (pai do Boitatá)

Os médicos também se destacaram e mereceram confiança, sendo que um deles foi destacado como um “santo” por uma das informantes. A mesma também colocou sobre a preferência do serviço:

“Eu podia ter levado aqui (no posto), mas preferi levar lá no Sítio do Pica-pau-amarelo porque eu me sinto melhor. Sinto confiança. Por lá ser especial para as crianças não tem. Por eles trabalharem diretamente com as crianças. Eu digo que o pediatra das crianças é o Santo-Fulano, porque quando eles estão ruins eu levo pra ele e ele me tranquiliza totalmente dizendo que não precisa eu me preocupar. Ele tira todas as minhas preocupações e eu gosto de lá. Apesar da demora no atendimento”. (mãe da Vitória Régia)

d) para alguns, o serviço de saúde profissional é próximo a sua casa

Os níveis de atenção do SUS preconizam que a porta de entrada no Sistema de Saúde seja na unidade de atenção básica situada mais próxima da residência das famílias. No entanto, o fato dos informantes residirem próximos a estas unidades não faz supor que os mesmos vão buscar atendimento, principalmente pelo horário de funcionamento ou pelo tipo de caso a ser atendido:

“(...) devido ao horário né!? Era quase cinco horas da tarde. O posto de saúde fecha as seis horas, então chega lá em uns trinta minutos, chega lá umas cinco e meia e a médica vai me mandar pro hospital, o tempo que eu ia gastar eu ia levar pra chegar no hospital”. (pai do Boitatá)

Em outros momentos, a residência pode ser próxima a ULS e a razão para se buscar o serviço do hospital que fica a uma média de 25 km de distancia está ligada ao fato de a atenção básica não resolver o problema.

“Primeiro a gente vai no posto. Se passa a medicação e não resolve na primeira a gente vai no Sítio do Pica-pau-amarelo. Também pra gente ir na primeira e já ter que voltar pra lá a gente tem que pedir pro meu cunhado. É longe o hospital e em matéria de financeiro é um pouco caro. Então a gente procura o posto na primeira orientação. No caso se não resolver a gente leva direto lá”. (pai do Saci Pererê)

Morar próximo ao hospital pode ser mais cômodo para os informantes, que em determinados momentos, podem exigir seu direito de ter a preferência do atendimento em relação a quem mora distante, como em outras cidades.

*“(...) a médica antes queria mandar a gente pro HU (...) pela comodidade era melhor pra ficar lá no **Sítio do Pica-pau-amarelo**. Pô. Tem pessoas que moram lá no oeste e ficam ali no **Sítio do Pica-pau-amarelo**. Eu que moro perto do **Sítio do Pica-pau-amarelo** tinha que ir ate o HU?!” (pai do Boitatá)*

e) têm direito de ser atendido

Um dos informantes mostrou ter consciência sobre a garantia do seu acesso ao serviço do SUS. Além da consciência também demonstrou poder de evocar e negociar seu direito junto à profissional de saúde de acordo com um dos princípios do SUS, o da universalidade:

“(...) ‘-meu filho vai ficar aqui porque é um direito que eu tenho. O primeiro atendimento que eu tive foi aqui. É perto da minha casa. A senhora é médica, é responsável pela saúde dele. Mas quem manda nele sou eu. Então não vou sair daqui. Vai ficar aqui, vai ficar aqui’. Daí ela subiu no outro dia lá pra ver como que ele tava”. (pai do Boitatá)

- Razões para não buscar o posto de saúde perto de casa

Este domínio fortalece a justificativa de não utilizar a ULS próxima à casa da família e reforça o domínio anterior, que trata sobre as razões de buscar a emergência hospitalar.

a) o posto não atende emergência, só agendamentos

Quando o caso foi classificado como grave, foi optado por não levar a ULS, por entender que a unidade não tem condições de resolver seu problema. Parecem entender bem esse fluxo, tal como mostra abaixo um dos relatos:

“Pra que levar ele pro posto? Tem que marcar horário. Não tem um médico de plantão. Porque eles só atendem com horário marcado. Não adianta levar no posto que eles não vão resolver”. (mãe do Curupira)

A necessidade de agendar as consultas e a falta de recursos humanos como médicos, por exemplo, também apareceram como uma das razões para que não se buscassem as ULS:

“O Posto de Saúde nem sempre está pronto para te atender. Porque assim ó. Se eu vou levar ela, aí tu vai ali, tu tem que agendar, eu preciso de uma emergência”. (mãe da Anhangá)

Percebe-se nas falas, a atenção ao cuidado centrado no profissional médico, ou seja, se não tem médico na unidade não há razão para se levar a ULS:

“Quando precisa de médico tu tem que ligar pra ver se tem médico e não tem. É raro tu conseguir alguma coisa”. (mãe da Vitória Régia)

b) o posto tem um horário restrito

Junto com os agendamentos, apareceu outra situação considerada como ponto negativo que é o horário de atendimento da unidade. O horário de funcionamento da ULS é incompatível com o de alguns informantes, haja vista que alguns trabalham em horários parecidos e quando chegam do trabalho não dá tempo de pegar a unidade aberta:

“A médica ia mandar ele pro hospital. Porque das seis horas ali o pessoal do posto vai embora. Então chega ali em cima do horário“- A médica não ta mais. A médica não ta atendendo” (pai colocando as falas dos profissionais da unidade). *Então eles passam o pepino pra frente”.* (pai do Boitatá)

c) porque o posto não tem recursos materiais e tecnológicos

A ULS não é uma preferência, pois as unidades não tem tecnologia e equipamentos como exames, UTI e máquinas de Raios-X:

“Porque lá não tem nada. Vai ali sempre falta tudo”. (mãe da Vitória Régia)

“Não tem recurso nenhum. Não tem um exame laboratorial, não tem um Raio-X”. (pai do Caipora)

“Um quadro desses leva pra uma emergência médica porque um posto de saúde não vai ter recurso pro que ele ta precisando. No caso uma UTI, uma unidade de terapia intensiva”. (pai do Boitatá)

Em alguns casos, a falta dessa estrutura, da não-resolução do problema por parte da ULS e de encaminhamento à emergência, faz com que se perca a confiança no serviço da unidade:

“Pai: Lá não vai poder fazer nada né. Mãe: é o que eu te disse, a gente vai lá e eles mandam a gente pra emergência. Pai: é. A gente perde a confiança no posto (...) Mãe: por exemplo, se tem problema com bronquite eu vou lá e eles mandam direto pro hospital”. (pais do Caipora)

d) o posto não tem pediatra

Mais uma vez, a necessidade do atendimento médico, principalmente especializado, se faz presente em algumas das falas:

*“Ah, não tem pediatra, tem que marcar, a moça vai lá na sua casa e tem que agendar. Então eu não vou pro posto porque não tem emergência ou não tem pediatra ali. Tem que ser com consulta. Dai eu já prefiro o *Sítio do Pica-pau-amarelo*”. (mãe da Anhangá)*

“Mãe: porque o posto não tem pediatra. Pai: o posto não tem pediatra, só clínico, já ta há um bom tempo no posto sem pediatra. Mãe: há mais de anos”. (pais do Caipora)

Nessas falas, aparece a não-preferência pela ULS quando não há um médico pediátrico na unidade, um especialista. É possível perceber o contraste com a instituição hospitalar e sua preferência por esta ser um lugar especial para crianças:

*“Eu podia ter levado aqui (no posto), mas preferi levar lá no *Sítio do Pica-pau-amarelo* porque eu me sinto melhor. Sinto confiança. Por lá ser especial para as crianças não tem?!”. (mãe da Vitória Régia)*

e) porque o posto não atende bem

Quanto à demora no atendimento, houve contraste entre o atendimento na ULS e na emergência entre algumas informantes. Em uma, apareceu a falta de paciência para resolver seu problema na ULS associada ao mal-atendimento: *“No Posto eu não tenho paciência pra esperar”* (mãe da Anhangá) enquanto a outra, não se importa de esperar porque ela é atendida com carinho pelos profissionais da emergência:

“(...) apesar da demora no atendimento. Eu levei quase uma hora pra ser atendida (...) mas quando tu entra lá dentro eles tem um carinho enorme pelas crianças, pelas mães, fora de sério”. (mãe da Vitória Régia)

Relatam também, a falta de um atendimento melhor como motivo para não utilizar a ULS, sendo que por essa razão, a criança seria encaminhada à emergência pela própria unidade:

“É porque provavelmente se eu levasse ao posto, não ia ter um atendimento melhor e iam encaminhar ele pra emergência. Então pra que levar ele pro posto?”. (mãe do Curupira)

Mais uma vez, a não-resolução do problema por parte da ULS, ou talvez um possível ruído na comunicação entre profissionais e informantes, fez com que aparecesse mais razões pela não-preferência do atendimento nessas:

“Eu acho assim, não uso o posto por não ter... tipo, você vai ali com a criança com diarreia e daí ‘isso se trata em casa’. Por não ser bem atendido. Um dos pontos que eu não levo ali é por isso”. (mãe da Vitória Régia)

CAPÍTULO 6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A discussão que se segue é o resultado da análise dos dados com base nos objetivos propostos e no referencial teórico, buscando analisar o itinerário terapêutico dos informantes quando suas crianças apresentam diarreia.

Os dados desta pesquisa mostram que, inicialmente, o itinerário terapêutico começa com a constatação de um problema de saúde, em que é identificado o quadro de diarreia pelos informantes que o classificam de acordo com seus atributos e partem então para uma tomada de decisão e posteriormente para a avaliação desse resultado. Percebe-se aí o aspecto cultural do problema, sendo classificados os sinais e sintomas da doença como signos, caracterizando-a como uma manifestação sócio-cultural tal como discute Langdon (2003). A autora menciona que a doença, ou problema de saúde, é vista sob o enfoque cultural, realidades simbólicas construídas através de uma interação social e não uma realidade universal, inclusive a biomedicina (LANGDON, 2003).

Em virtude do que foi considerado acima, a doença, ou o problema de saúde discutido aqui, foram percebidos como um processo para os informantes. Conforme Langdon (2003), o fato de ser considerado um processo decorre da percepção que o indivíduo tem de um evento, um drama social e que depois é resolvido por meio de um plano de decisão e ação. O que aparece adiante no texto é a análise desse drama, percebido pelos informantes como manifestação rápida ou lenta de um quadro de diarreia e permeando os diferentes setores classificados por Kleinman, o familiar, o popular e o profissional,.

6.1 O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Os dados da presente pesquisa apontam que, antes de levar para a emergência pediátrica, as famílias buscam definir e distinguir algumas características do problema a fim de, sequencialmente, identificar e avaliar o quadro para então tomar uma decisão e avaliar o resultado, seguindo o itinerário terapêutico.

As características do problema

É no lar, onde o processo de caracterização e identificação que algo não está bem, ou que foge do cotidiano comum da criança, tem início. Nem sempre o aparecimento do

problema é indicativo para a busca imediata da emergência. O quadro pode permanecer por um período maior de tempo em algumas famílias do que em outras, não necessitando ir imediatamente para a emergência, podendo ainda consultar os familiares antes de tomar alguma atitude.

Para alguns informantes, a manifestação do problema surgiu de forma rápida e para outros de forma lenta, acompanhada de outros sinais e sintomas caracterizados subjetiva ou objetivamente por eles. A forma rápida do quadro ficou representada por situações onde o problema aparecia repentinamente e era a razão para se preocupar com a criança e efetuar uma ação imediata. No entanto, quando o quadro se manifestava de maneira lenta, os informantes esperavam mais para levar ao hospital por considerar que a situação não era grave.

Tanto a maneira rápida quanto a lenta foram percebidas como um processo, uma sequência de acontecimentos, que incidiram dentro de uma realidade ou sob a perspectiva de uma visão de mundo própria, singular. Dessa percepção decorria uma ação, uma tomada de decisão por parte dos informantes que culminava em um resultado, o qual posteriormente era avaliado, dando início a uma nova ação. Quando a resolutividade não se manifestava, um novo itinerário era percorrido.

Diante da constatação do problema, todos os indivíduos perceberam as alterações do estado da criança tanto na perspectiva *disease* como *illness*.

Na perspectiva *disease*, como manifestação orgânica, na qual Kleinman (1980) associa a uma patologia concebida pela biomedicina, sendo tratada então como anormalidades físicas do corpo e de suas funções, os informantes assimilaram termos biomédicos como *virose*, *vírus*, *rota vírus*: “*Lá no Sítio do Pica-pau-amarelo foi constatado e dito que era o rota-vírus e tal (...) aí foi que nós ficamos sabendo o que que era o rota-vírus*” (pai do Caipora).

Muitos trabalhos da biomedicina têm apresentado resultados de pesquisa de crianças menores de cinco anos com diarreia envolvendo doenças parasitárias intestinais, sendo mais comuns as classificadas como viroses, mais especificamente os rotavírus (COSTA, CARDOSO, GRISI, 2005; INSTITUTO ADOLFO LUTZ E CENTRO DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA, 2004; SCHNACK *et al*, 2003; SOUZA *et al*, 2002; SENA, MARANHÃO, MORAIS, 2001, FRANÇA *et al*, 2001). Isso demonstra o quanto a ideia de doença, na perspectiva de *disease*, está disseminada entre a população.

Na perspectiva da *illness*, ou seja, de uma perspectiva subjetiva dos informantes, envolvendo dimensões sociais e psicológicas podemos citar vários exemplos entre estes:

“(...) essa aí (a mãe) ligou apavorada dizendo que ele tava vomitando sangue. Dai eu falei. Ah! Leva ele pro hospital. Porque a partir do momento que ta vomitando sangue, já pensa que é uma úlcera, já pensa que arrebentou o estomago da criança todo por dentro”. (pai do Boitatá)

A ordem das manifestações percebidas pelos informantes nem sempre obedecia a uma sequência lógica mas, para cada caso, mantinha um caráter singular no aparecimento dos sinais, desvelando uma lógica intrínseca. Tal observação está de acordo com Leininger (1991) quando ela salienta que cada cultura tem sua própria forma de ver e interpretar a realidade.

Na perspectiva *illness*, os resultados deste estudo contemplam as explicações para a causa, sendo estas as mais diversas, podendo estar relacionadas com o aparecimento dos dentes, com a “manha”, alguma coisa que a criança queria comer e não comeu ou então com dor de cabeça.

“- é os dentes, é os dentes’, o pessoal fala”. (pai do Boitatá)

Durante conversas com os profissionais do setor da emergência, muitas vezes verificou-se que esse discurso subjetivo sobre a definição e causa do problema não aparecia nos relatos de quem levava as crianças ao setor. Frequentemente acontecia como algo velado pelos usuários do hospital, percebido raras vezes pelos profissionais apenas como o “*não dito*” em frases como “*eles dizem que é por causa dos dentes*”, permanecendo mais a percepção biomédica dos profissionais como “*muitas vezes é de água contaminada mesmo ou de intoxicação alimentar*”.

Mesmo como *illness* ou percepção subjetiva e própria dos informantes, é importante lembrar que ela não é uma percepção estática, da mesma forma que a cultura sofre um processo dinâmico de mudança, a percepção sobre as características e causas do problema mantém sua versatilidade à medida que os indivíduos entram em contato com os saberes profissionais.

O que essa informante destaca acima está ligado ao processo dinâmico da transformação da cultura e a troca de saberes, tal como descreve Freire (2001) quando ele enfatiza que a cultura pode ser considerada como “tudo o que é criado e re-criado pelo homem. Consiste em re-criar e não repetir (...) é o processo de transformação do mundo pelo trabalho (...)” (FREIRE, 2001, p.15). Guiado pelas palavras de Freire, percebo e concordo aqui com o fato de que os informantes entraram em contato com novas informações que lhes

despertavam interesse, apreendendo-a e transformando o seu saber em algo diferente, co-substanciado em um novo mundo.

No período em que eu empreendia ação à pesquisa, o país vivia um momento epidemiológico muito importante no qual a mídia lançava intensamente informações à população sobre a dengue. Foi interessante notar como *o saber* pode ser apreendido em diferentes setores e de diferentes formas, sendo muitas vezes os sinais e sintomas associados a uma doença específica como a dengue: “*A gente pensou que podia ser dengue, os sintomas são os mesmos. Tava aquele surto de dengue*” (pai do Boitatá), ou então meningite: “*Eu fiquei super assustada. Imagina. Sua filha tendo um monte de sintomas. Vomitando, diarreia, fraquinha, aparentemente desidratada. Então eu pensei que era meningite*” (mãe da Anhangá).

Aprender observando os profissionais ou o contato com a mídia, produziu transformação de saberes nos informantes. Isso demonstra o que Briceño-León (1996) fala sobre ação educativa quando ele comenta que a educação não é só o que acontece em programas educacionais, mas também em uma ação sanitária.

Foi pela subjetividade dos sentidos dos informantes que o problema da diarreia tomou forma, sendo identificado muitas vezes pelo cheiro *sui generis* das alterações ou manifestações orgânicas e traçando uma linha sutil entre o termo *disease* e *illness* sendo percebido como “*um líquido muito mal cheiroso*” (pai do Boitatá) e “*(...) dessa vez eu observei foi o cheiro na boca, um cheiro horrível na boca muito forte*” (mãe da Vitória Régia).

Em alguns casos, o desempenho das atividades da criança no dia-a-dia foi alterado e a condição dela foi desvelada e qualificada. A desidratação foi uma das manifestações que, embora não aparecesse como algo físico, presente no mundo material sob alguma forma, apareceu como uma alteração do comportamento, fazendo uma intersecção entre o que pode ser interpretado aqui como *illness*.

Há ainda uma terceira perspectiva do problema, a situação na qual ele se apresentou como *sickness*, envolvendo outros aspectos intrínsecos de níveis sociais, econômicos ou institucionais.

No que se refere ao convívio social, o estigma de “crianças da creche” se fez presente durante o convívio com outras crianças nesse ambiente. Destaco aqui que não se trata apenas da presença de outros indivíduos e o contato com eles, mas existe uma coerência cronológica, espacial e social dos sujeitos diante de como o problema de saúde é representado. Essa

percepção reflete o que Langdon (2003) discute sobre os indivíduos, em que a autora aponta que os mesmos são seres conscientes da sua realidade, que percebem e agem sobre ela.

A creche foi um desses locais onde alguns dos informantes perceberam a relação de causa e efeito e apontaram “as crianças da creche” como o foco original de onde surgiu o problema e que se estendeu ao lar, ao convívio e contato familiar: “*Lógico, não é a má higiene (da creche), mas o contato em si com as outras crianças*” (pai do Boitatá).

Os dados da pesquisa revelam que os informantes concebem as causas da diarreia sob o aspecto da multicausalidade. Da perspectiva de alguns, o ambiente e o círculo social que os envolvem tiveram participação ativa na condição geral de saúde das crianças. O ambiente físico foi visto como um agregado de condições adversas ou de elementos que apresentam algum risco para a saúde.

Nesse ambiente, vetores como mosquitos ou objetos, alimentos e mãos contendo bactérias ou vírus que não são lavadas, foram destacados pelos informantes: “*Pegou uma bactéria quando foi ao banheiro e não lavou a mão muito bem*” (mãe do Curupira).

Posta a discussão acima à luz da percepção individual, vale notar e relembrar que se trata de uma interpretação singular da realidade, logo, ela pode apresentar discordância mesmo entre os membros das famílias. Como disposto anteriormente, a percepção sobre o contexto do problema e a interpretação da realidade podem sofrer frequentemente transformações à medida que se tem contato com diferentes saberes. Assim, frente aos sinais e sintomas, os membros podem associar o problema a causas diversas como a alimentação e outros relacionados ao ambiente ou doenças como as viroses.

O setor familiar

O setor familiar foi relativamente amplo neste trabalho em comparação com os outros setores. Kleinman (1980) mostra em seu trabalho que, em grande parte, os indivíduos definem o cuidado primeiramente dentro do setor familiar, na esfera familiar, o que não foi diferente no resultado deste trabalho, em que predominantemente, os informantes procuraram fazer algo antes de buscar a emergência hospitalar.

As mulheres, mães e avós, desempenharam um papel significativo neste processo que se traduziu na forma do cuidado direto pelas mães e orientações e auxílio por parte das avós. Em sua dissertação de mestrado, o trabalho de Gerondo (2007) mostrou tal aspecto, o das avós cuidadoras, participam do cuidado dos netos utilizando-se de seu senso de responsabilidade, auxiliando as mães e educando e protegendo os netos.

Os homens também tiveram um papel relevante, avaliando os sintomas, decidindo o que fazer, acalmando as parceiras. Além disso, um vizinho atuou como conselheiro, já que sua profissão de bombeiro inspirava confiança. Aqui é importante buscar o estudo de Dejo (2004), que teve por objetivo conhecer a participação paterna no cuidado de crianças menores de seis anos em famílias de camadas populares. O estudo mostrou que, de acordo com o contexto sócio cultural, se espera que o pai seja o provedor e a mãe a cuidadora. Mas existe um contraste com a prática, na medida em que os homens também cuidam cotidianamente dos filhos.

A avaliação dos sinais e sintomas e a tomada de decisão para se manter no domicílio ou buscar recursos externos tornaram-se um cuidado importante. Juntamente com os cuidados com a hidratação e a medicação, chás ou medicamentos alopáticos, se constituiu a autoprodução de saúde das famílias, como refere Mandu e Silva (2000). Esta autora realizou uma pesquisa com onze mulheres usuárias de uma ULS e concluiu que as informantes não são apenas consumidoras dos serviços de saúde, mas, sobretudo, produtoras de saúde na medida em que avaliam o estado de saúde dos familiares e ministram cuidados para manter ou recuperar a saúde no seu domicílio.

Quanto à alimentação, os cuidados ficaram mais restritos a oferecer algo mais próximo do natural possível, que dispusesse de mais vitaminas, evitando oferecer alimentos como doces ou salgadinhos: *“Isso não faz bem pro organismo dele. Ao invés de tomar um suco de laranja ele queria comer um chiclete. Ele precisa de vitamina e ele precisa agora comer coisas mais naturais”* (mãe do Curupira). Além de atenção para esse tipo de alimento, houve também atenção especial para outros membros, como os irmãos, por exemplo, alterando a rotina alimentar da família: *“Já tô cortando salgadinho que ela gostava, cortando bala. E antes eu deixava à vontade. Agora tô escondendo e não estou comprando mais. Tô cortando para os dois (filhos)”* (mãe da Anhangá).

Ainda no que se tange à alimentação, além de cuidar, era necessário avaliar se o cuidado tinha algum efeito ou o estado geral da criança estava a caminho de alguma mudança. O retorno do apetite foi usado como parâmetro para esta avaliação, como refere uma das informantes: *“No dia que ela voltou e melhorou ela voltou assim, com um apetite. Nossa. Toda hora ela tá comendo”* (mãe da Anhangá), bem como a perda do mesmo: *“Eu percebo que ele tá ruim pra comer. Ontem eu coloquei a comida dele e ele não comeu nada. Se ele comeu duas colheradas foi muito. Até o café que ele gosta ele não tomou (...) antes ele comia bem e agora ele não come bem”* (mãe do Saci Pererê).

Embora não apareça na primeira etapa da entrevista, e os informantes tenham verbalizado que esse cuidado foi reforçado pelos profissionais, eles o executavam e reforçaram que já faziam no domicílio: *“Eu fiz (a dieta) também porque era o que eu já fazia sem precisar ir lá não tem!? Que é mais ou menos o que já se sabe. Tu tem que tirar o doce, o refrigerante, o leite”* (mãe da Vitória Régia).

Outro cuidado, a hidratação, foi percebida pelos informantes como algo essencial para recuperar a saúde da criança. Sendo oferecidos líquidos como sucos, chás e um hidrotônico, o *Gatorade*, considerado um hidratante muito apreciado pelos informantes, o marketing desse produto parece ter um valor superestimado, e na perspectiva dos informantes, pode ser usado para resolver o problema, como mostram os relatos das informantes: *“Meu marido pensou em hidratar, por causa do rota-vírus, dar Gatorade, coisas mais leves né!?”* (mãe do Curupira). Mais uma vez, os profissionais participam como orientadores do cuidado e reforçam o que *“já se sabe”* dentro do contexto familiar para cuidar do quadro de diarreia. Essa observação demonstra que os informantes foram bem assistidos na emergência, pelo menos no que se refere às orientações, e que o processo de comunicação aconteceu, como a mãe da Iara: *“A gente cuidou pra ela mamar e tomar mais líquidos, que falaram no hospital”*. Da mesma forma, o modo de proceder dos profissionais foi observado e apreendido, ainda que eles não explicassem ou orientassem sobre a ação. O que lembra mais uma vez Briceño-León (1996) quando o autor aponta que toda ação sanitária é uma ação educativa, na qual o indivíduo apreende a realidade e age sobre a mesma.

Observa-se aqui a fluidez dos informantes ao percorrerem os setores familiar e profissional, indo e vindo, buscando a alternativa mais adequada até que a saúde da criança se restabeleça. Esse trâmite entre os setores parece ter uma ligação com os eventos cotidianos que ocorrem dentro de uma estrutura abstrata envolvida pelas relações sociais e culturais. Nesse sentido, Gehardt (2006) associa o enfrentamento dos problemas de saúde à influência dos fatores econômicos, sociais e culturais no contexto vivido, contexto no qual transforma, ou influencia, suas ações, seu corpo, seus pensamentos. A ideia desse contexto parece ter ligação com a busca e fluidez entre tais setores, procurando pelo que lhes parece ser o mais apropriado possível.

Quanto à avaliação do quadro de desidratação, os informantes observaram e avaliaram a partir do estado físico, do comportamento da criança e depois que ela voltou para casa.

É interessante notar o uso do termo *“ficar caída”*, que representa um estado de desidratação da criança, no qual a mesma se apresenta fraca e muda o comportamento em relação as suas atividades rotineiras como brincar, sendo uma razão para se voltar ao hospital:

“Agora ele tá com esse problema (de ficar caidinho) e eu tô pensando em retornar pra fazer esses exames né” (mãe do Saci Pererê). Ou até mesmo o vômito, que pode provocar a fraqueza na criança, complicando o seu quadro geral, sendo outro forte motivo de preocupação para os pais: “Quando chegamos em casa, quase perdemos ele. A quantidade que ele vomitou. Não tinha nem mais força pra vomitar” (pai do Boitatá). Em pesquisas da década de noventa envolvendo a diarreia, fatores educacionais e econômicos, Galvão *et al* (1994) e Leal, Silva e Gama (1990) realizaram um estudo em que os autores levantaram a situação educacional e econômica das mães, terapia de reidratação oral (TRO) e sua percepção acerca dos sinais da desidratação. O que os pesquisadores descobriram foi que as mães, com nível de escolaridade baixo, no máximo o básico (até a 4^a série), subestimaram os sinais de desidratação e os trataram como características não alteradas, diferente das mães com maior nível escolar. No mesmo sentido, as mães com renda familiar baixa foram as que menos utilizaram a TRO. Da mesma maneira, os informantes deste estudo apresentaram um perfil semelhante quanto à identificação dos sinais da desidratação, apesar de duas informantes não concluírem o primeiro grau, porém, seus companheiros possuem o 2^o grau completo.

Não foi encontrada relação quanto à habilidade de identificação desses sinais e situação econômica dos informantes. Esta habilidade parece estar mais relacionada ao fato de eles perceberem e apreenderem a identificar observando o que os profissionais fazem ou explicam.

Não é intenção deste trabalho provar ou trazer uma grande discussão sobre a relação do nível de escolaridade com o conhecimento ou percepção das mães sobre o quadro geral da diarreia, mas é de grande importância levar em consideração esse aspecto, haja vista que ele possui ligação com fatores de ordem educacional, social, econômica e cultural. O modelo *Sunrise* de Leininger (1991, 2002), em seu primeiro nível, exhibe a relação desses fatores com os problemas de saúde, podendo ser usado como forma de levantar as informações para que o cuidado possa ser planejado.

A medicação utilizada, referida pelos informantes, foi tanto por conta própria quanto por orientação dos profissionais ou até mesmo dos vizinhos. As medicações foram empregadas com diferentes objetivos. O *plasil* foi utilizado para tratar o vômito, a *dipirona* e o *tylenol* (ou *paracetamol*) para reduzir a febre.

À medida que era aplicada a conduta terapêutica com a medição em casa, a análise do resultado continuava. Nesse caso, o resultado da análise da terapia resultou da observação da reversão dos sinais que o quadro apresentava, como o remédio que *cortou* a diarreia e o soro

que reidratou *rapidão*: “*Da diarreia ele melhorou. Tá até duro demais. O remédio cortou mesmo*” (mãe do **Saci Pererê**) e “*ele reidratou rapidão. Diminuiu a diarreia. O soro ajudou*” (pai do **Boitatá**).

Carências de ordem econômica e social influenciaram definitivamente o processo de cuidar dentro do setor familiar, tal como apontam alguns estudos que discutiram a relação entre acesso à saúde, fatores econômicos e sociais (GERHARDT, 2006; MERINO, MARCON, 2007; CORRÊA, SIMIONATTO, 2003; ARAUJO, 2002; FRANÇA *et al*, 2001, LOYOLA, 1984). Nesse sentido, alguns dos informantes deste trabalho apresentaram relativa dependência da ULS para conseguir a medicação, e caso a mesma não tenha disponível o medicamento, iniciavam uma nova ação para mobilizar recursos junto às redes sociais:

“Quando a gente vai pro posto de saúde se tem remédio tem, se não tem e não tiver dinheiro pra comprar a gente fica sem medicamento. A gente não tem o remédio, vai lá no posto de saúde. Ah! Não tem! Vai na farmácia e a gente faz um “corre” pra pegar o dinheiro e não tem... fica sem o remédio porque... vai tomar o que? Dai não faz o tratamento”. (pai do **Boitatá**)

O setor profissional

O setor profissional, segundo Kleinman (1980) e Leininger (1991) descrevem, corresponde aos profissionais de cura organizados e formados em instituições especializadas, os quais são aqui representados pelos profissionais do setor de emergência do hospital.

Os dados desta pesquisa demonstraram que os informantes buscaram frequentemente o setor profissional. Dentro deste setor, a instituição hospitalar em questão foi praticamente o único local a ser buscado para resolver o problema de saúde dos informantes, à exceção de um deles, que optou por levar à ULS da sua região antes de ir ao hospital, embora tenha procurado esta instituição depois de avaliar a conduta terapêutica administrada e orientada pelos profissionais da ULS. Cabe ressaltar que a unidade em questão funciona como um Pronto Atendimento 24 horas, o que, de forma geral, é parecida com uma unidade de emergência hospitalar em sua infraestrutura.

A busca por este setor envolveu diferentes motivos que exploro mais adiante ao discutir sobre as razões da procura pela emergência pediátrica. Todavia, exponho aqui as experiências vividas pelos informantes neste setor.

No hospital, o cuidado com as crianças ficou mais restrito aos profissionais do que aos pais, sobrando para estes, em alguns momentos, um papel quase que exclusivo de expectador e cuidador secundário. É possível que tal situação esteja ligada ao que Boehs (2002) descreve

a respeito das relações de negociação durante a assistência e que acontecem dentro do ambiente hospitalar, onde o profissional e a instituição dispõem de mais poder que o usuário, cabendo poucos recursos de negociação a ele. Interpreto assim que, como consequência disto, houve poucos momentos nos quais os informantes puderam participar ativamente ou ser mais do que *o acompanhante*.

Além do mais, é possível traçar um paralelo com o que Leininger (1991) destaca sobre a questão da diferença entre os valores culturais, em que a autora marca como um de seus pressupostos que, quanto maior forem as diferenças entre os referidos valores e os cuidados populares, ou *folk*, e os dos profissionais, maior será o conflito ou estresse entre esses pares. Sendo assim, lembrando Kleinman e Benson (2006), é importante considerar a relação entre o profissional que presta a assistência e a quem ela é prestada, sendo necessário se compreender os diferentes níveis culturais existentes.

As orientações sobre a continuidade da assistência também foram reforçadas pelos profissionais da emergência. Além de lembrar do cuidado que deve ser feito no domicílio, alguns informantes foram lembrados de buscar assistência na ULS: “*A médica falou pra dar o soro pra ela. Pegar no posto. Ferver bem a água*” (**pai do Boitató**), e “*depois a médica passou a medicação que tinha no posto, daí no dia ele tomou e já deu uma melhorada e no outro dia ele já tava brincando (...) já tava legal*” (**mãe do Caipora**). Cabe ressaltar aqui a importância sobre a orientação dos profissionais para o retorno ao bairro de origem e busca pela ULS da sua área, já que a regionalização e a hierarquização da rede não podem garantir por si só a redução dessa busca espontânea pela emergência, como discutem Santos *et al* (2003).

Na volta ao domicílio, quando os informantes percebiam que o problema não era resolvido, eles voltavam mais uma vez ao hospital e procuravam ajuda nesse setor até conseguir uma solução, mesmo que demorassem a ser atendidos. Esse retorno exibiu um contexto diferente do que a primeira vez, porque o problema apresentava ou não um fim, ou então porque a forma de tratar era diferente, ou seja, na primeira vez, usaram medicação via parenteral e agora usaram a via oral, mostrando o poder e o *marketing* deste tipo de procedimento: “*Só que dessa vez eles não fizeram a injeção, eles tentaram com o comprimidinho. Então ela demorou mais. Foi mais lento pra parar o vômito*” (**mãe da Anhangá**).

O setor popular

Cabe ressaltar a definição de Kleinman (1980) concernente ao setor popular, ou *folk*, em que o autor enfatiza que esse sistema está representado pelos especialistas de cura não-

profissionais e não reconhecidos legalmente. Acrescento ainda a definição de Leininger (1991), descrevendo tal setor como uma representação das práticas de cuidado à saúde, mantidas por tradição e utilizadas no ambiente familiar ou comunitário por seus representantes.

O setor popular apareceu representado aqui apenas pelas benzedoras que, além das rezas, também trabalhavam orientando o uso dos chás.

O uso da benzedura e do cuidado espiritual apareceu para duas informantes. Para uma delas, a benzedura é uma forma de resolver o problema que a criança apresenta: *“Quarta-feira eu sai daqui antes de ir no hospital e levei ela para benzer (...) vou dizer pra você que eu acredito muito nesse hábito de benzer”*. Levou a criança para a benzedora porque acredita no trabalho dela e sente confiança, já que levava os seus filhos desde pequenos e ela passava orientações e palavras de conforto: *“(...) cheguei lá e ela disse assim: ‘calma, guria, não fique assim, porque tá cheio de criança aqui assim. Vai dar tudo certo’. Eu confio muito nela não tem (...) eu acredito nesse negócio de benzedora”* (mãe da Vitória Régia).

A outra informante não levou a criança para ser benzida por causa do problema, mas tem o hábito de cuidar do lado espiritual e benzê-la também, pois acredita que lá pode conseguir alguma ajuda espiritual:

“Às vezes eu levo ela pra assistir a doutrina. Cada dia lá é uma coisa. Por exemplo, na quarta-feira é a corrente espírita, aí na terça-feira é a consulta. Dá tu tem que fazer uma sessão. Não é assim, tu ir num dia já tem espaço. Tem várias pessoas que querem. Então tu fica numa fila de espera. Quando aparecer aí tu vai lá e consulta. Aí se naquela consulta aparecer tu vai tratar por um período que eles vão determinar. Aí tu trata, logo depois, se aparecer alguma coisa, tu marca que vai ser atendido”. (mãe da Anhangá)

Mesmo levando para benzer, as informantes ainda preferiram usar o setor profissional, buscando possivelmente ampliar sua rede terapêutica, conforme aponta Helman (2003), que diz que as pessoas procuram utilizar diferentes tipos de curandeiros ao mesmo tempo, tendo como base que dois é sempre melhor que um.

6.2 AS RAZÕES DA BUSCA PELA EMERGÊNCIA DO HOSPITAL PEDIÁTRICO E AS RAZÕES PARA NÃO UTILIZAR O POSTO DE SAÚDE LOCAL

Em muitos momentos, os informantes reforçavam a primazia pela emergência e optavam por não usar a ULS. A confiança nos profissionais e a preocupação com a saúde dos filhos, a tecnologia de equipamentos e exames, a proximidade do lar com o hospital e o direito ao atendimento, foram as principais razões que os informantes encontraram para buscar a emergência pediátrica.

O marketing do hospital

Os dados da pesquisa indicam que uma das grandes razões que levaram os informantes a buscarem a emergência talvez tenha sido o fato de esta instituição apresentar uma imagem de profissionais especializados e aparelhagens mais sofisticadas, associado ainda ao fato de que a criança se encontra em uma situação de risco à saúde e é neste local que há a possibilidade de se conseguir exames mais elaborados e de forma rápida para identificar o problema de saúde.

Esta imagem da instituição apareceu nas falas dos informantes de maneira sutil ou mais explícita, porém todos referiram essa qualidade. Eis algumas que melhor representam: “(...) o *Sítio do Pica-pau-amarelo* é um hospital renomado e possui uma estrutura melhor (...) porque quando se trata de uma criança, tem que ter logo o laudo. Saber o que uma criança tem. Nessa parte, o *Sítio do Pica-pau-amarelo*, eu confio muito” (pai e mãe do *Saci Pererê*), “(...) ali tem todos os recursos (...) no quadro que ele tava, tava precisando de ir pro hospital, o hospital tem um recurso melhor” (pai do *Boitatá*), se constituindo assim como um dos motivos da escolha.

No hospital, a primeira conduta apresentada pelos profissionais, na perspectiva dos informantes, foi a da medicação. Neste ambiente, os profissionais utilizaram o *soro* e o *plasil*, o primeiro com a finalidade de hidratação e o segundo para reduzir o vômito. Percebe-se aqui que o fato de administrar medicamentos via parenteral ao invés de outra via como a oral, por exemplo, parece ser mais significativo, de acordo com alguns dos informantes: “Ela melhorou quando deram uma injeção de *plasil* pro vômito né!? Daí ela melhorou” (mãe da *Anhangá*), e “já tinha tomado *soro* na veia, daí tinha animado um pouquinho (...) no hospital mesmo ela pediu pra ir no banheiro e já vi que não era mais água” (mãe da *Vitória Régia*). Isto faz sentido quando se percebe a imagem de intervenção imediata da emergência na visão dos informantes. O estudo de Santos *et al* (2003) mostra que algumas dessas concepções, tanto

dos usuários quanto dos profissionais desse setor, podem determinar as superlotações e as demandas desnecessárias nas emergências.

Ainda pertinente à razão do “*porquê da emergência*”, considero as falas que apontaram o fato de este ambiente apresentar as tecnologias duras como os aparelhos hospitalares e a possibilidade de se pedir exames laboratoriais, oferecendo maior segurança aos pais e dando respaldo à instituição em relação a sua resolutividade: “*Se acontecer qualquer coisa, tem aparelhagem e já tem tudo lá pra socorrer. Qualquer coisa assim de mais sério. Então eu já pensei em ir lá por isso*” (mãe da **Vitória Régia**).

A qualificação da instituição, dos profissionais e o atendimento que eles oferecem ao dar atenção e confiança aos informantes também contribuíram para construir a boa imagem do hospital.

Por se tratar de um hospital com referência em pediatria, então os informantes consideraram que este seria o lugar ideal para oferecer a assistência à criança: “*Por lá ser especial para as crianças, não tem?! Por eles trabalharem diretamente com as crianças (...) eu gosto muito do atendimento deles. Tanto dos enfermeiros e dos médicos. Tenho muito respeito por eles*” (mãe da **Vitória Régia**).

Associada a essa ideia, está também a percepção dos informantes na atenção que os profissionais dão às crianças: “*(...) eu já prefiro o **Sítio do Pica-pau-amarelo**. uma que (...) é direto com criança, já fico mais segura assim. Vai num lugar que eu sei que dá mais atenção. Então eu prefiro lá. Eu me sinto mais segura*” (mãe da **Anhangá**). Na visão dos informantes, a enfermagem foi representada por profissionais humanos com serviço qualificado e um dos médicos designado como “*santo*”. Sendo que, mesmo que demore o atendimento, os informantes não se importaram em esperar, pois acreditam que os profissionais vão fazer de tudo para cuidar da criança: “*Eu levei quase uma hora pra ser atendida com a **Vitória Régia** com diarreia e vômito, mas quando tu entra lá dentro, eles têm um carinho enorme pelas crianças e pelas mães fora de sério. Enquanto eles não sabem o que a criança tem, eles não te mandam embora*” (mãe da **Vitória Régia**).

O medo de que algo pior aconteça à criança também fez com que os informantes procurassem a emergência. Os mesmos classificaram como quadro grave quando o problema inicial sofria alterações bruscas, aparecia mais um problema associado com a diarreia como desmaio ou então aumentasse na sua intensidade. Isso incluiu o aumento da frequência, mudança das características e o aparecimento de sangue nas fezes e no vômito, desmaio e associação com outra doença: “*(...) jato de água que já não tinha mais o que colocar. Daí começou a vir resíduo de sangue. Daí eu disse, nossa, tudo indica que tá piorando mesmo (...)*

*daí eu vi que tava piorando. Daí eu levei ele lá no **Sítio do Pica-pau-amarelo**” (mãe do **Saci Pererê**).*

De maneira geral, a criança foi vista pela família como um ser frágil, que precisa ser cuidada frequentemente pelos adultos, buscando ser protegida a todo o momento de riscos sociais e econômicos. Os pais mostraram-se preocupados em muitos momentos com a situação do quadro de diarreia, refletindo a exigência da responsabilidade de se cuidar bem dos filhos. Em um estudo etnográfico, Bustamante e Trad (2006) pesquisaram os modos de cuidar de crianças por famílias que vivem na periferia de Salvador e observaram que os cuidados com as crianças, diferenciadas a partir do gênero e da faixa etária, foram pensados a partir da manutenção da integridade, capacidade de brincar e a educação das mesmas. Isso vislumbra bem os diferentes valores culturais, tal como afirma Leininger (1991) sobre a visão de mundo de cada grupo cultural, que se apresenta em diferentes contextos.

O posto não faz o que o hospital pode fazer

A distância pode não ter sido o maior empecilho para buscar o serviço de saúde do hospital, mas as condições econômicas sim. Os informantes puderam pedir ajuda a familiares ou, quando se morava próximo ao hospital, se foi a pé quando precisou. A mobilização por ajuda através das redes sociais foi requisitada em determinados momentos, principalmente para os familiares, que ajudaram no transporte ao hospital. A opção por usar uma ULS próxima à casa ficou relacionada, ao fato de que o hospital localiza-se muito distante da residência, tornando-se um gasto oneroso de transporte para esses pais.

Um dos informantes residia próximo a ULS da sua área e também da instituição hospitalar, contudo isso não fez com que o mesmo procurasse a unidade, optando por usar o hospital para ganhar tempo, porque a ULS não estava com as portas abertas em decorrência do horário de funcionamento: *“(...) devido ao horário né!? Era quase cinco horas da tarde. O posto de saúde fecha às seis horas, então chega lá em uns trinta minutos, chega lá umas cinco e meia e a médica vai me mandar pro hospital, o tempo que eu ia gastar, eu ia levar pra chegar no hospital”* (pai do **Boitatá**).

Neste contexto no qual o setor de emergência é utilizado de maneira inapropriada, atendendo a casos ambulatoriais e da atenção básica, acaba por acumular serviços e tarefas aos profissionais deste setor e à instituição. Alguns trabalhos que tratam dessa questão têm apontado para tal problema das emergências, que estão sobrecarregadas de atendimentos e refletem uma distorção do fluxo de assistência que deveria ter como porta de entrada a

atenção básica (MARQUES, LIMA, 2008, 2007; SANTOS *et al*, 2003; OLIVEIRA, SCOCHI, 2002).

Mesmo que de acordo com Vidal *et al* (2003) e Santos *et al* (2003) que relatam que a atenção básica tenha estratégias que possibilitem o acesso aos serviços, alguns dos informantes descritos aqui preferiram usar a emergência por entenderem que a ULS não tinha condições de resolver seu problema. As explicações foram as mais diversas, tais como a necessidade de agendar as consultas para um problema urgente, a falta de profissionais médicos e especialistas, os horários de atendimento são restritos, não poder realizar exames e porque não atendem bem.

O atendimento médico das ULS's funciona com agendamentos, caso seja uma situação de urgência ou emergência, os usuários devem ser encaminhados para outros serviços especializados como as Policlínicas e as Emergências dos hospitais. Entretanto, os informantes não observaram isso com bons olhos, e ir à ULS acabou por tornar-se um caminho árduo. Eles consideram que na unidade básica precisa haver especialistas e se depararam com a falta de possibilidades de exames, o que contrasta com o que foi discutido anteriormente sobre a sofisticação tecnológica da emergência de um hospital especializado do nível terciário da assistência: *“Ah. Não tem pediatra, tem que marcar, a moça vai lá na sua casa e tem que agendar. Então eu não vou pro posto porque não tem emergência ou não tem pediatra ali”* (mãe da Anhangá).

Essa percepção negativa pode ser um reflexo do que Mendes (2002) sinaliza sobre possíveis interpretações acerca da atenção primária como seletiva, onde é entendida como um programa destinado a pessoas de baixa renda e a regiões desassistidas de atenção à saúde, apoiada em uma tecnologia simples e de baixo custo, com pessoal de pouca qualificação profissional e referência fragmentada, com escasso recurso tecnológico, ou então, como adotado pela perspectiva do autor, sendo entendida como restrita a sua resolutividade no atendimento, que trata de questões atreladas apenas à demanda da população no primeiro nível (MENDES, 2002).

Soma-se ao fato de o hospital de nível terciário ainda desenvolver procedimentos que são da atenção básica, tais como: *“O Sítio do Pica-pau-amarelo é mais completo. Se precisar ficar por lá, já está lá. No hospital, eles pesam a criança, fazem vacina e levo todo mês para o exame de rotina”*. (mãe da Cuca), ou então a perda da confiança dos usuários das ULS's, já que alguns serviços são referenciados para o hospital: *“Mãe: é o que eu te disse, a gente vai lá e eles mandam a gente pra emergência. Pai: é. A gente perde a confiança no posto (...)*

Mãe: por exemplo, se tem problema com bronquite, eu vou lá e eles mandam direto pro hospital” (pais do Caipora).

A “porta aberta” do serviço, tal como trata Marques e Lima (2008, 2007), relacionou-se ao fato de os informantes não entenderem como resoluto para seu problema o serviço da atenção básica. Mesmo que orientados pelos profissionais sobre os cuidados em casa ou posterior acompanhamento pelas ULS’s, quando o problema se mantinha ou agravava, os informantes retornavam ao hospital, haja vista o contexto do ambiente hospitalar e sua tecnologia, entendida como superior por muitos deles ou porque o primeiro atendimento tinha acontecido neste local.

CAPÍTULO 7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qual é o itinerário terapêutico realizado pelas famílias com crianças menores de cinco anos nos casos de diarreia? Essa foi a indagação inicial que me levou a investigar o tema e a traçar os seguintes objetivos específicos: 1- investigar como a diarreia infantil é entendida pelas mães e outros familiares; 2- levantar quais os cuidados realizados dentro do domicílio ao constatar a diarreia, durante o atendimento no hospital e no posterior retorno ao domicílio; 3- buscar identificar as razões da escolha pela emergência do hospital pediátrico

Em relação ao problema de saúde posto em foco, a diarreia, esta se mostrou para as famílias como um quadro no qual sempre esteve acompanhada de outros problemas como o vômito, a desidratação e a febre. Ao mesmo tempo em que a situação do problema era considerada como grave, ela exigia uma ação rápida, tal como levar direto para o hospital, do contrário, era possível desenvolver algum tipo de cuidado domiciliar para tentar resolver o problema, qual seja: hidratar, medicar, oferecer alimentos ou então pedir ajuda para familiares ou pessoas que possuíam algum grau de afinidade e vínculo com as famílias, vizinhos e benzedeadas, por exemplo.

O itinerário terapêutico acontecia quando se reconhecia o problema com seus sinais e sintomas, estabelecia o diagnóstico com a causa, escolhia o tratamento e a conduta era avaliada. Quando as crianças manifestavam algum problema, os informantes conseguiam perceber que elas mudavam dramaticamente seu comportamento social, emotivo e orgânico. Elas não brincavam mais, ficavam queixosas e as características das evacuações sofriam mudanças, além de aparecer outras manifestações orgânicas como o vômito, a desidratação e a febre. Assim como o diagnóstico de diarreia, vômito e desidratação, definido pelas famílias, essas mudanças foram percebidas pelos informantes na forma de um processo, no qual o seu desenvolvimento sofria influências dos fatores sociais, econômicos e culturais. À medida que os informantes precisavam mobilizar recursos para sanar o problema, seja ajuda para tomar conta das crianças, informações e orientações, finanças ou transporte, frequentemente recorriam aos familiares mais próximos e, em alguns casos, aos vizinhos. Os informantes transitavam pelos setores e buscavam pessoas experientes no cuidado. As avós foram as mais requisitadas, seguidas dos profissionais e, em alguns casos, dos vizinhos, todos eles representantes da sabedoria popular ou profissional.

As informações percebidas e apreendidas pelos informantes contribuíram para a troca dos saberes e, assim, ajudou no processo dinâmico da cultura. Ficou demonstrado que, mesmo uma ação como uma simples orientação do profissional em relação aos cuidados com a alimentação, por exemplo, pode surtir efeito na conduta tida em outros momentos e em outros locais como no domicílio.

No entanto, é necessário observar dois pontos importantes: a ação do cuidado que é oferecido e a qualidade da assistência profissional. O primeiro porque se relaciona à conduta mais congruente que o profissional deve tomar em relação à cultura de quem recebe a assistência, negociando, preservando ou acomodando o cuidado, haja vista a relação entre cultura e saúde. Quanto ao segundo, muitos informantes sentiram-se bem acolhidos na emergência, sem ao menos se importar em esperar, uma vez que, de acordo com suas convicções, sabiam que seriam bem atendidos e que a instituição teria recursos humanos e condições tecnológicas para corresponder as suas expectativas.

Com respeito ao terceiro objetivo proposto, é importante considerar que, mesmo o MS preconizando que 80% dos atendimentos das Unidades Locais de Saúde devem ter algum grau de resolutividade, os informantes colocaram as limitações da atenção básica, encarando a diarreia como uma situação que possui certa condição de risco, razão porque escolhiam a emergência de um hospital do nível de atenção terciária. Os dados revelam descrença no que toca ao atendimento da atenção básica, talvez não seja por falta de programas voltados para este tipo de problema, a diarreia, mas pelo fato de haver uma super-especialização dos serviços e ênfase em uma assistência curativista, em que a saúde é vista dentro de frascos de comprimidos e o soro na veia e os exames se apresentem como a forma concreta do que é real ou não. Assim, existe um descompasso entre o modelo explicativo das famílias e o dos profissionais de saúde e seus programas. Fica aqui também bem salientada a falta de uma atenção secundária competente para atender esta visão da família.

Acredito que este meu olhar sobre o tema seja uma visão ainda limitada da questão, pois compreendo que as razões que compõem o motivo para buscar a emergência são mais abrangentes. Como profissional e relativamente influenciado pela linha da biomedicina em minha formação, não havia sido tomado pela magnitude da complexidade que envolve observar o outro com estranhamento. Dessa forma, ressalto as fragilidades que contribuíram para as limitações deste estudo e deixo as indagações que podem, potencialmente, colaborar para desvelar o universo do tema posto em foco.

Como limitação deste estudo principalmente pela exiguidade do tempo para a conclusão da presente dissertação, não foi possível realizar a reconfirmação dos dados

coletados junto a todos os informantes, o que concorre para a escassez de mais informações, sobretudo no domicílio, que entendo ser um local repleto de dados e que pode oferecer mais subsídios para pesquisas que não de vir. Soma-se aos dados que não puderam ser coletados o pouco tempo que me restou para a conclusão desta pesquisa e muitos informantes que não quiseram participar. Deparei-me muito com a desistência quando chegava o momento para ir visitar o domicílio. É bem provável que não queriam receber este pesquisador em função de ser um estranho, ainda mais por ser do sexo masculino, que iria visitar famílias nas quais se encontram apenas as mães e os filhos em casa, aparecendo em momentos em que estavam muito ocupadas resolvendo seus próprios problemas. Respeitei-as em todos os momentos, conforme o que foi posto em relação à questão ética, principalmente da desistência dos informantes em participar da pesquisa, mas confesso que essa decisão por parte deles tomou muito tempo em campo com a coleta dos dados.

Acredito que um estudo mais pormenorizado sobre a questão da diarreia e como é oferecido o atendimento, ou coletada as informações, tanto na atenção básica como nas emergências, poderiam contribuir para responder a algumas indagações, tais como:

- Qual a percepção dos profissionais frente ao problema de diarreia?
- Como as informações sobre os casos são levantadas e tratadas?
- Da perspectiva cultural, qual a conduta dos profissionais frente ao problema?
- Como identificar e associar à assistência profissional as estratégias adotadas pelas famílias para resolver seus problemas de saúde?

Fica claro aqui que, quando as pessoas se encontram frente a um drama social ou a situação que põe em risco a sua saúde, elas desenvolvem estratégias elaborando ideias que irão ajudá-las a enfrentar o problema. Os indivíduos, como seres conscientes de sua realidade, são capazes de percebê-la e de agir, o que demonstra a capacidade dinâmica dos seres humanos em transformar o seu mundo e mudar a sua percepção na medida em que vivem suas experiências. Nesse sentido, dentro das práticas de saúde, acredito que buscar conhecer e contar com o ser humano torna-se necessário para que a assistência profissional adquira valores que levem em conta a vivência das pessoas e seu contexto sociocultural.

Mesmo que alguns limites tenham sido apontados por mim neste trabalho, ressalto aqui a sua importância e o quanto esse problema ainda merece atenção quando se trata de políticas públicas de saúde. É possível que os informantes, assim como os profissionais, ainda não compreendam a proposta da atenção básica relacionada à promoção, proteção da saúde e níveis de assistência no SUS. Desse modo, pensar em modelos de atenção à saúde que levem em conta os fatores de ordem cultural e socioeconômica torna-se de fundamental relevância

para a assistência profissional. Nesse contexto, de maneira mais ampla, estão presentes a academia e os gestores de saúde, o primeiro como responsável pela formação técnica e científica dos profissionais e o segundo envolvido com o planejamento, elaboração de políticas e ações públicas que consideram mais do que os aspectos biológicos dos indivíduos.

Oferecer uma assistência congruente de acordo com a cultura dos indivíduos não é tarefa fácil para os profissionais, afinal, sua orientação teórica encontra-se mais nas bases das ciências exatas do que nos referenciais da antropologia. No entanto, a relativização da assistência sem a ênfase no etnocentrismo pode vir a se tornar uma conduta mais adequada, contribuindo na relação de troca de saberes entre quem oferece e quem recebe a assistência.

REFERÊNCIAS

ALARCÓN-MUÑOZ, Ana María; VIDAL-HERRERA, Aldo Conrado. **Dimensiones culturales en el proceso de atención primaria infantil: perspectivas de las madres.** Salud pública de México, 2005. 6 (47): 440-446.

ARAÚJO, Melvina A. M. **Das ervas Mediciniais à Fitoterapia.** Cotia: Editora Ateliê, 2002.

BOEHS, Astrid Eggert. **Análise dos conceitos de negociação/acomodação da teoria de M. Leininger.** Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto SP, 2002; 10 (1): 90-6.

_____. **A Família e a Equipe de Enfermagem no Hospital Pediátrico: Movimentos de Aproximação e Distanciamento.** Série Teses em Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis: UFSC, 2002. 35.

BRASIL. Departamento de Informática do SUS - DATASUS. **Informações de Saúde.** Disponível em: <<http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>>. Acesso em: 18 de março de 2009.

_____. Departamento de Atenção Básica – DAB. **Atenção Básica e a Saúde da Família.** Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php>>. Acesso em: 18 de março de 2008.

_____. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** 6.^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.** 1.^a ed 2^a reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação.** Introdução: módulo 1. 2.^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 7-9.

BRICEÑO-LEÓN, R. **Siete Tesis sobre la Educación Sanitaria para la Participación Comunitaria.** Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.12, n. 1, p. 7-30, jan./mar. 1996.

BUSTAMANTE, V.; TRAD, L. A. B. **Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares.** Ciências Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007. 5 (12). Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500014&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 de março de 2008.

CARVALHO, B. G. et al. Bases da Saúde Coletiva: Capítulo 2. **A Organização do Sistema de Saúde no Brasil.** Londrina: UEL, 2001.

CORRÊA, Dilson L.; SIMIONATTO, César P. **O uso da planta de goiaba (SPIDIUM GUAJAVA) no tratamento da diarreia na comunidade do Rio**

Tavares/Florianópolis/SC. Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, Departamento de Saúde Pública, Florianópolis, 2003.

COSTA, P. S. S. Da; CARDOSO, D. D. P.; GRISI, S. J. F. E. Rotavirus A. *Revista de Patologia Tropical*. V. 34 n 1. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/2132/2076>>. Acesso em: 22 de novembro de 2008.

Da MATTA, Roberto. **Você tem cultura?** In: *Ensaio*, 1986.

DEJO, V.N. Bustamante. **Família, paternidade e saúde:** um estudo etnográfico sobre a participação paterna no cuidado da saúde de crianças pequenas em um bairro. Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia, 2004.

FELICIANO, Katia V. de O.; KOVACS, Maria Helena. **Concepções maternas sobre a diarreia infantil.** *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, 2001.

FRANÇA *et al.* **Associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil:** um estudo caso-controle. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2001.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido.** 35ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

_____. **Pedagogia da autonomia:** Saberes necessários à prática Educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1998.

FURLAN, MARIA F. F. M.; FERRIANI, MARIA G. C.; GOMES, R. **El cuidar niños portadores de vejiga neurogenica:** representaciones sociales de las necesidades de esos niños y sus madres. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 2003. 11(6) Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S0104-11692003000600010&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 18 de março de 2008.

GEERTZ, C. **A Religião como Sistema Cultural.** In: *A Interpretação das Culturas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A. 1989.

GERHARDT, Tatiana Engel. **Itinerários terapêuticos em situações de pobreza:** diversidade e pluralidade. *Cad. Saúde Pública.*, Rio de Janeiro, 2006. 22 (11).

GERONDO, V. L. DOS SANTOS. **As avós idosas cuidadoras dos netos hospitalizados.** Dissertação de mestrado, Curitiba, Universidade Federal do Paraná, 2007.

HAVERROTH, M. O Contexto Cultural das Doenças Diarréicas entre os Wari' no Estado de Rondônia, Brasil. **Interfaces entre antropologia e saúde pública.** Tese. Pós Graduação da Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

HELMAN, C.G. . **Cultura, saúde e doença.** 4ª ed. Artmed, Porto Alegre, 2003.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: 2007. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/>>. Acesso em: 20 de novembro de 2008.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**. Berkeley: University of California Press, Ltd.. London, England, 1980.

KLEINMAN, A.; BENSON, P.. **Anthropology in the Clinic: The Problem of Cultural Competency and How to Fix It**. e294 doi:10.1371 /journal.pmed.0030294, 2006.

LANGDON, E J. **Cultura e processo de saúde e doença**. In: Anais do 1º Seminário sobre Cultura, Saúde e Doença. Londrina, 2003. 91-107.

_____. **Representações de Doenças Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana**. In: Saúde e Povos Indígenas (Santos, Ricardo V. & Carlos E. A. Coimbra, Jr., org.) Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. 115-142.

LEININGER, M. M. **Culture Care Diversity & Universality: a theory of nursing**. New York (NY), 1991.

_____. **Special Research Report: dominant culture care (emic) meanings and practice findings from Leininger's Theory**. Journal of Transcultural Nursing, Michigan, 1998. 44-48.

LEININGER, M. M., MCFARLAND, M. R. **Culture Care Diversity and Universality: a Worldwide Nursing Theory**. New York (NY): McGraw-Hill, 2006.

_____. **Transcultural nursing: concepts, theories, research & practice**. New York (NY): McGraw-Hill, 2002.

LOYOLA, M. A. **Médicos e curandeiros: conflito social e saúde**. São Paulo: Difel, 1984.

MALISKA I.C.A.; PADILHA, M.I.C.S.. **AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico**. Revista Eletrônica de Enfermagem, 2007. 688-699. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a09.htm>>. Acesso em: 05 de fevereiro de 2008.

MANDU, E. N. T.; SILVA, G.. **Recursos e estratégias em saúde**. Revista Latino-americana de Enfermagem, Ribeirão preto, 2000.

MARQUES, GISELDA Q.; LIMA, MARIA A. D. da S.. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, 2008.

_____. **Demandas de usuários a um serviço de pronto atendimento e seu acolhimento ao sistema de saúde**. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.15, n. 1, 2007.

MATTOSINHO, MARIZA M. S.; SILVA, DENISE M. G. V. da. **Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares**. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, 2007. 15 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000600009&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 de março de 2008.

MENDES, Eugênio Vilaça Mendes. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo; Hucitec, 2004. 269 p.

MONTICELLI, M. **Aproximações culturais entre trabalhadoras de enfermagem e famílias no contexto do nascimento hospitalar: uma etnografia de alojamento conjunto**. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: UFSC, 2003.

MONTICELLI, M.; ELSEN, I. **A Cultura como Obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto**. Revista Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, UFSC, 2006. 26-34.

NITSCHKE, R. G.. **Mundo imaginal de ser família saudável: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos**. Florianópolis, UFSC, 1999.

OLIVEIRA, A. T. Soares et al. **Credices e Práticas Populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa saúde da família**. Revista brasileira em promoção da saúde, Ribeirão Preto, 2006. 11-18.

RABELO, M.C.; ALVES, P.C; SOUZA, I. M. A.. **Tecendo Self e Emoção nas Narrativas de Nervoso**. In: Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

_____. **Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico**. In: Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

SES. SANTA CATARINA. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br>>. Acesso em: 9 de maio de 2007.

_____. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/hijg>>. Acesso em: 12 de maio de 2007.

SES. SÃO PAULO. Disponível em: <<http://www.cve.saude.sp.gov.br>>. Acesso em: 17 de maio de 2007.

SCHNACK F. J. et al. Enteropatógenos associados com diarreia infantil (<5 anos de idade) em amostra da população da área metropolitana de Criciúma, Santa Catarina, Brasil. Cad Saúde Pública, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n4/16869.pdf>>. Acesso em: 22 de novembro de 2008.

SILVA, KARINA C. da; CARVALHO, Aroldo P. de. **Febre a esclarecer em crianças internadas no Hospital Infantil Joana de Gusmão**. Trabalho de Conclusão de Curso de Medicina da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis: UFSC, 2004.

SILVA, D. M. G. V. da et al. **Pessoas com diabetes mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos** Revista Brasileira de Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2006. 620-629.

SILVA, D. M. G. V. da; SOUZA, S.S.; MEIRELES, B.S. **O Itinerário Terapêutico de Pessoas com problemas respiratórios crônicos**. Revista Texto & Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2004. 13 (1).

SOUZA, M. A. de; MELO, M. B. de; SILVEIRA JUNIOR, R. S. et al. **Práticas populares adotadas nos cuidados em saúde da criança**. Revista Brasileira de Enfermagem. UERJ, Rio de Janeiro, 2006. 14 (4): 512-517.

SPRADLEY, J. P. **The ethnographic interview**. New York: Holt, Rinehart and Wiston, 1979.

OLIVEIRA, A. T. S. A. de et al. **Credíces e Práticas Populares**: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa saúde da família. Revista Brasileira em Promoção da Saúde. Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2006. 19 (1): 11-18.

UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. **Antropologia Médica**: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1994. 10 (4): 497-504.

VANDERLEI, L. C. M. ; SILVA, Gisélia Alves Pontes da ; BRAGA, J. U. **Fatores de risco para internamento por diarreia aguda em menores de dois anos**: estudo de caso-controle. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, 2003, v. 19, p. 455-463.

VISENTIN, A. **O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2008.

YOUNG, A. **The Anthropologies of Illness and Sickness**. Annual Review of Anthropology, 1982, 11:257-85

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Call of action to the attention integrated to the prevalent diseases of the children**. 2001. Disponível em:<<http://www.who.int/chd/imci-sd/callacts.htm>>. Acesso em: 18 de março de 2008.

APÊNDICES



APÊNDICE A - Roteiro Guia

1. Dados de identificação

Nome da criança: _____ Idade: _____

Nome da mãe: _____ Idade: _____ Escolaridade _____

Nome do pai: _____ Idade: _____ Escolaridade _____

Estado Civil: _____ Religião: _____ Número de filhos _____

Profissão: _____ Número de filhos: _____ Renda familiar mensal: _____

Local de nascimento: _____ UF: _____

Endereço atual: _____

Qtde de pessoas que convivem na residência: _____ Grau de parentesco: _____

Ocupação atual: _____

Para quem você costuma pedir ajuda quando precisa?

De que tipo?

2. Guia de perguntas:

1. O que teve em casa quando levou ao hospital?
2. como identificou que era diarreia?
3. Sabe o que é ou porque teve esse problema?
4. O que você fez em casa antes?
5. O que foi feito depois dentro do hospital ou do posto?
6. O que aconteceu depois de voltar pra casa?
7. Voltou para o hospital? O que fizeram?
8. Por que você levou pro hospital?
9. por que você preferiu usar o hospital ao invés do posto?

APÊNDICE B - Consentimento livre e esclarecido de participante da pesquisa

Título do Trabalho: O Itinerário Terapêutico das famílias de crianças com diarreia

Senhores Pais:

Por Favor, leiam atentamente as instruções abaixo antes de decidir com seu (sua) filho (a) se ele (a) deseja participar do estudo e se o Senhor (a) concorda com que ele (a) participe do presente estudo. Se possível, discuta esse assunto com seu (sua) filho (a) para que seja uma decisão em conjunto.

Eu, _____
confirmando que o pesquisador Adalbi C. Souza discutiu comigo este estudo e compreendi que:

1. O presente estudo é parte do trabalho de dissertação do curso de mestrado do pesquisador Adalbi C. Souza.
2. O objetivo deste estudo é conhecer os diferentes tipos de cuidado realizados por mim nos casos de diarreia do(a) meu(minha) filho(a).
3. Minha participação e do(a) meu(minha) filho(a) enquanto colaboradores deste trabalho é muito importante porque permitirá entender quais os locais mais comuns que as pessoas costumam ir para cuidar da saúde e como fazem para manter a mesma. A participação do(a) meu(minha) filho(a) na pesquisa implica em eu responder a algumas perguntas sobre a diarreia e o pesquisador irá examinar e anotar os dados que interessam para a pesquisa além de utilizar dados do prontuário. O pesquisador somente utilizará as informações obtidas para os propósitos desta pesquisa. Compreendo que minha participação nesta pesquisa ocorrerá durante o tempo que eu e meu(minha) filho(a) estivermos na emergência pediátrica deste hospital e em minha residência, sem qualquer prejuízo físico, moral ou financeiro a nós. Estou também plenamente informado(a) de que o pesquisador poderá entrar em contato comigo para mais informações futuramente, se assim eu julgar conveniente.
4. O Hospital Infantil Joana de Gusmão também está interessado no presente estudo e já deu a permissão por escrito para que esta pesquisa seja realizada. Porém minha participação e do(a) meu(minha) filho(a), ou não, no estudo não implicará em nenhum benefício ou restrição de qualquer ordem para meu filho(a) ou para mim.
5. Eu também sou livre para não participar desta pesquisa se não quiser. Isto não implicará em quaisquer prejuízos pessoais ou no atendimento do(a) meu(minha) filho(a). Além disto, estou ciente de que em qualquer momento, ou por qualquer motivo, eu ou minha família podemos desistir de participar da pesquisa.
6. Estou ciente de que o meu nome e do(a) meu(minha) filho(a) não serão divulgados e que somente as pessoas diretamente relacionadas à pesquisa terão acesso aos dados e que todas as informações serão mantidas em segredo e somente serão utilizados para este estudo.
7. Se eu tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa, eu posso entrar em contato com o pesquisador Adalbi C. Souza pelo correio eletrônico adalbi@pop.com.br e pelo nº de telefone (48) 9148 4266. No caso de maiores esclarecimentos ou dúvidas relacionadas aos aspectos éticos da pesquisa, posso fazer contato com o Comitê de Ética do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) pelo nº de telefone (048) 3234 1094.
8. Eu concordo em participar deste estudo.

Nome e assinatura do responsável legal pela criança

Entrevistador

Local e Data: _____, _____/_____/2008

Em caso de dúvidas relacionadas aos procedimentos éticos da pesquisa, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (C E P), do Hospital Infantil Joana de Gusmão, pelo telefone (48) 32519092.

ANEXOS

**ANEXO 1 - Carta de encaminhamento da documentação ao Comitê de
Ética em Pesquisa - CEP**

Florianópolis,

**AO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DO HOSPITAL
INFANTIL JOANA DE GUSMÃO**

Prezados senhores!

Encaminho o projeto de pesquisa intitulado: *O Itinerário Terapêutico das famílias de crianças com diarreia*, para que seja analisado nesse Comitê.

Certo de sua atenção coloco-me à disposição para esclarecer qualquer dúvida.

Atenciosamente

Dra. Astrid Eggert Boehs
Orientadora

Md. Adalbi C. Souza
Pesquisador

ANEXO 2 - Compromisso ético e de obediência às normas do HIFG

Termo de Compromisso

Eu, Astrid Eggert Boehs, carteira de identidade nº _____, emitida em _____, comprometo-me a atuar dentro dos preceitos éticos ditados pelo Código de Ética dos profissionais de Enfermagem na Resolução COFEN n. 311/2007, pela Resolução CNS/MS 196/96 e suas complementares, e a respeitar e obedecer as normas do Hospital Infantil Joana de Gusmão, durante a realização da pesquisa intitulada: ***O Itinerário Terapêutico das famílias de crianças com diarreia***, orientada por mim e conduzida pelo mestrando Adalbi C. Souza.

Florianópolis,

Dra. Astrid Eggert Boehs
Orientadora

**ANEXO 3 - DOCUMENTO DE CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO ONDE
A PESQUISA SERÁ REALIZADA**

Florianópolis,

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que concordo com a realização da Pesquisa intitulada: ***O Itinerário Terapêutico das famílias de crianças com diarreia***, no Serviço de Emergência Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão.

Chefia do Serviço

**ANEXO 4 - Declaração assinada pela direção do HIJG, autorizando a
realizar a pesquisa**

Florianópolis,

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente da intenção dos pesquisadores Dra. Astrid Eggert Boehs e Md. Adalbi C. Souza, de realizar a pesquisa intitulada: *O Itinerário Terapêutico das famílias de crianças com diarreia*. A Direção do Hospital Infantil Joana de Gusmão é favorável à sua realização.

Maurício Laerte Silva

Diretor do Hospital Infantil Joana de Gusmão

**ANEXO 5 - Declaração para publicação em revista científica e
compromisso de entrega de cópia dos resultados da pesquisa e relatório
final**

Florianópolis,

Declaro para os devidos fins que, quando os resultados do Projeto de Pesquisa: *O Itinerário Terapêutico das famílias de crianças com diarreia*, forem divulgados ou publicados em revista científica, o nome da instituição: “Hospital Infantil Joana de Gusmão” será citado.

Comprometo-me a entregar cópia dos resultados da pesquisa, juntamente com o relatório final de sua realização ao Comitê de Ética em Pesquisa deste Hospital, quando do encerramento da mesma.

Dra. Astrid Eggert Boehs
Orientadora

Md. Adalbi C. Souza
Pesquisador

ANEXO 6 - Parecer do Comitê de Ética



Hospital Infantil Joana de Gusmão
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER 008/2008

NOME DO PROJETO: O Itinerário Terapêutico das famílias com crianças menores de cinco anos com episódios de diarreia	
PESQUISADOR: Adalbi C. Souza	
ORIENTADORA: Dra. Astrid Eggert Boehs	
INSTITUIÇÃO RESPONSÁVEL: HIJG	
DATA DO PARECER: 02/10/2007	REGISTRO NO CEP: 064/2007
GRUPO E ÁREA TEMÁTICA: Grupo III – 4.04	
DOCUMENTOS SOLICITADOS	SITUAÇÃO
1.FOLHA DE ROSTO	OK
2.PROJETO DE PESQUISA	OK
3.CURRÍCULO DO PESQUISADOR	OK
4.CARTA DE ENCAMINHAMENTO AO CEP	OK
5.TERMO DE COMPROMISSO ÉTICO	OK
6.CONCORDÂNCIA DO SERVIÇO	OK
7.DECLARAÇÃO ASSINADA PELA DIREÇÃO DO HIJG	OK
9. FÓRMULÁRIO DE AVALIAÇÃO ECONÔMICO FINANCEIRA	ISENTO
10. DECLARAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO E RELATÓRIO FINAL	OK

PARECER FINAL

Aprovado com recomendações

- Informamos que o presente parecer foi analisado e aprovado em reunião deste comitê, na data de 02/10/2007.
- Conforme Resolução 196/92, capítulo III.2.h, o pesquisador deve apresentar ao CEP relatórios periódicos sobre o andamento da pesquisa e relatório final. No *site*: www.saude.sc.gov.br/hijg/CEP.htm, está disponibilizado modelo. Seu primeiro relatório está previsto para março de 2008.


JUCÉLIA MARIA GUEDERT
Coordenadora do CEP-HIJG

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisas - HIJG.

CEP- HIJG - Rua Rui Barbosa, 152
Bairro Agrônômica, Florianópolis, Santa Catarina
Fone: (48) 32519092

Registro aprovado no CONEP, conforme Carta Circular nº 168 CONEP/CNS/MS de 07 de março de 2005.
e-mail: cephijg@saude.sc.gov.br