



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

SAMYLLA MAIRA COSTA SIQUEIRA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
PEDIÁTRICAS EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA**

SALVADOR-BA

2014

SAMYLLA MAIRA COSTA SIQUEIRA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
PEDIÁTRICAS EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra em Enfermagem. Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Climene Laura de Camargo

SALVADOR-BA

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Departamento de Tratamento da Informação, Biblioteca Universitária de Saúde
Sistema de Bibliotecas da UFBA

S618 Siqueira, Samylla Maira Costa.

Itinerários terapêuticos em urgências e emergências pediátricas em uma comunidade quilombola / Samylla Maira Costa Siqueira. – Salvador, 2014.

236 f. : il.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Climene Laura de Camargo.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2014.

1. Saúde da criança. 2. Enfermagem pediátrica. 3. Acesso aos serviços de saúde. 4. Grupo com ancestrais do Continente Africano. I. Camargo, Climene Laura. II. Universidade Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 61-053.2

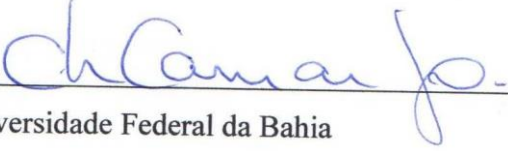
SAMYLLA MAIRA COSTA SIQUEIRA


**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS
PEDIÁTRICAS EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA**

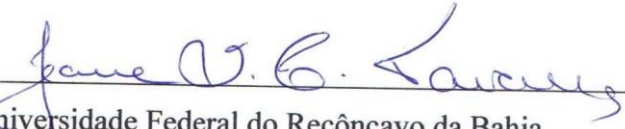
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra em Enfermagem. Área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: O Cuidar no Processo de Desenvolvimento Humano.

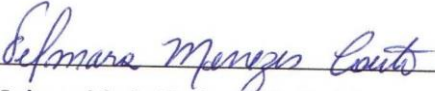
Aprovada em 03 de novembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Climene Laura de Camargo 
Doutora em Saúde Pública. Universidade Federal da Bahia

Cristina Andrade Sampaio 
Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Estadual de Montes Claros

Jeane Saskya Campos Tavares 
Doutora em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Telmara Menezes Couto 
Doutora em Enfermagem. Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho, com todo amor e carinho,

Ao meu marido, amigo e companheiro, **Júlio Carvalho**,
por todo amor, dedicação, apoio e compreensão nos momentos de ausência.

À **comunidade quilombola** de Praia Grande,
pela receptividade e carinho com que participaram desta pesquisa.

Sem vocês este estudo não seria possível. Muito obrigada!

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof.^a Dr.^a Climene Laura de Camargo,
cujo trabalho desenvolvido nas comunidades quilombolas me desperta grande admiração e
respeito por conta do empenho, dedicação e compromisso com a melhoria das condições de
vida e saúde dos remanescentes de quilombos.

Muito obrigada por nesta trajetória ter sido mais que uma orientadora. Agradeço por ter me acolhido calorosamente, por ter compartilhado seus conhecimentos, por toda dedicação concedida à construção deste trabalho e, principalmente, por ter-me empoderado nas decisões relativas a esta dissertação. A Sr.^a é um grande exemplo de mulher, professora, líder e um ser humano incrível e de quem eu sempre lembrarei no meu itinerário pela vida.

Muito obrigada por tudo!

MEUS SINCEROS AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por ter me concedido a força e a coragem necessárias para idealizar e concretizar este projeto. Agradeço também por ter colocado no meu caminho pessoas imprescindíveis para a concretização desta trajetória.

A Júlio, meu marido, por todo amor, companheirismo, paciência, dedicação e apoio incondicional. Saiba que em todas as minhas conquistas há um dedo seu e a sua capacidade de me encorajar em todos os meus projetos me dá força para torná-los reais.

À minha família, em especial, mãe, irmãs e tia, pelo apoio, torcida e presença constante em minha vida, compartilhando as dificuldades e êxitos. Obrigada por sempre acreditarem em mim. Esta conquista é nossa!

Às crianças da minha vida, minhas afilhadas Analice e Helena, que mesmo sem saber me ensinaram o significado do amor puro e verdadeiro.

À família que conquistei “depois de crescida”, especialmente às cunhadas e amigas Cris e Bel e minha amada sogra, Maria. Mesmo longe, vocês estão sempre presentes e sei que acreditam e torcem muito por mim. O apoio de vocês é fundamental.

Aos amigos do mestrado, em especial, Viviane, Marília, Ana Luiza, Mavy e Lucas pelo apoio, sorrisos e por terem compartilhado comigo alegrias, aflições, ansiedades e dificuldades, tornando este caminho menos árduo.

À amiga Viviane, pela amizade que nasceu junto com este mestrado e que espero se estender por toda a vida. Muito obrigada pela parceria nas produções científicas e pela companhia nas

inúmeras idas à Ilha de Maré. Os longos papos e risadas tornaram o processo de coleta de dados menos cansativo. Este trabalho também é seu!

Às amigas Laila, Rhayana, Luita e Quelita pela amizade, torcida e por todas as experiências boas que já passamos juntas. Mesmo longe vocês estão sempre em meus pensamentos e sua presença em minha vida me motiva na concretização dos meus projetos.

A Aisiane Cedraz por todo estímulo, gentileza e disponibilidade.

Às docentes (Telmara Couto, Ridalva Feuzemburgh, Jeane Tavares e Cristina Sampaio) que compuseram as bancas de qualificação e defesa desta dissertação. A visão crítica de vocês contribuiu (e muito) para que este trabalho se tornasse perfeito aos meus olhos.

Ao Grupo de Estudos sobre a Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER) pelo acolhimento e pelas oportunidades que favoreceram o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos alunos de iniciação científica, Iasmin Melo e Victor Menezes, pela dedicação e por terem contribuído para a concretização deste trabalho.

Às professoras Dr.^a Edméia Coelho e Dr.^a Fernanda Mussi, coordenadoras do curso de pós-graduação em Enfermagem da UFBA, e às demais docentes do curso de mestrado pelas instruções e conhecimentos compartilhados.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFBA pelas oportunidades e experiências vividas.

A Samuel e Márcia, funcionários da Pós-graduação em Enfermagem, por todo apoio e colaboração.

À comunidade quilombola de Praia Grande, especialmente às mães que participaram deste estudo, pela receptividade, acolhimento e por terem aberto para mim as portas de suas casas, compartilhando comigo experiências vividas com suas crianças em situações de urgência/emergência.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pelo apoio financeiro para o desenvolvimento deste estudo.

A todos, muito obrigada!

A vida é um processo de conhecimento; assim, se o objetivo é compreendê-la, é necessário entender como os seres vivos conhecem o mundo.

Humberto Mariotti

SIQUEIRA, Samylla Maira Costa.

RESUMO

Itinerários terapêuticos em urgências e emergências pediátricas em uma comunidade quilombola. 2014. 236f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA.

O Itinerário Terapêutico (IT) compreende o conjunto de práticas e estratégias de cuidado adotadas por pessoas e famílias, englobando a motivação que direciona a busca por cuidados, que está associada ao contexto sociocultural e à disponibilidade de recursos. O objetivo foi conhecer os IT em situações de urgência e emergência pediátricas adotados por uma comunidade quilombola. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, que teve como suporte teórico a Teoria Transcultural do Cuidado de Madeleine Leininger. Para contextualizar o objeto de estudo, buscou-se aprofundamento nas temáticas: urgências e emergências pediátricas, condições de vida e saúde da população negra no Brasil e itinerários terapêuticos na busca por cuidados em saúde. O estudo foi desenvolvido na comunidade quilombola de Praia Grande, localizada na Ilha de Maré, em Salvador-BA, com doze mães de crianças para as quais já prestaram alguma assistência em situação de urgência/emergência. Os dados foram coletados de dezembro/2013 a junho/2014 por meio de entrevista semiestruturada, após aprovação da pesquisa pelo comitê de ética da Universidade Federal da Bahia, sob o protocolo nº 420.096. Para tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise temática de Bardin, que deu origem a três artigos: 1) *Percepções de urgência e emergência pediátrica entre quilombolas: uma abordagem à luz de Leininger*; 2) *Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola*; e 3) *Funcionamento de ambulâncias em uma comunidade quilombola ilhéus: percepção da população*. Os resultados demonstram que as percepções acerca das situações de urgência/emergência pediátrica são plurais e abarcam desde fatores biológicos até problemas e necessidades relacionadas ao contexto social e geográfico da comunidade, que também influenciam na construção do IT. As situações caracterizadas como urgência/emergência neste estudo foram crise convulsiva febril, febre alta, desidratação, crise asmática e queimadura. O IT teve início no subsistema popular, a partir dos cuidados prestados pela família e a rede de suporte social inerente a este subsistema, com recursos da vida diária, como chás, remédios caseiros, banhos, automedicação e massagens. A passagem pelo subsistema profissional ocorreu após tentativas de cuidado no subsistema popular e se revelou como uma peregrinação pelas instituições de saúde, caracterizando a dificuldade de acesso dos quilombolas aos serviços do sistema formal. Ficou evidenciado que a atenção primária não funciona como porta de entrada do SUS naquela comunidade no que se refere às situações de urgência/emergência e também que o serviço de ambulâncias não é efetivo, visto que as pessoas não obtêm resposta aos seus chamados, demonstrando desvirtuação do seu propósito e conseqüente descrédito da população. Com este estudo, permitimos que as mães compartilhassem suas experiências e expressassem as dificuldades enfrentadas no acesso aos serviços de saúde do subsistema formal, o que serviu de diagnóstico das fragilidades e insuficiência deste subsistema. Com isso, alertamos para a necessidade de elaboração de políticas públicas que garantam à comunidade quilombola de Praia Grande o acesso integral aos serviços ofertados pelo sistema formal, possibilitando o alcance do cuidado congruente referido por Leininger.

SIQUEIRA, Samylla Maira Costa.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Enfermagem Pediátrica. Acesso aos serviços de saúde. Grupo com Ancestrais do Continente Africano.

ABSTRACT

Therapeutic itineraries in urgencies and pediatric emergencies in a maroon community. 2014. 236f. Thesis (Ms in Nursing) – School of Nursing, Federal University of Bahia, Salvador-BA.

Therapeutic Itinerary (TI) comprises a set of practices and care strategies adopted by individuals and families, encompassing the motivation that drives the search for care, which is associated with socio-cultural context and availability of resources. The objective was to know TI in urgencies and pediatric emergencies adopted by a maroon community. This is a descriptive study with a qualitative approach, which was theoretically supported the Transcultural Care Theory of Madeleine Leininger. To contextualize the study object, we sought to deepen the themes: emergency and pediatric emergencies, living and health conditions of the black population in Brazil and therapeutic itineraries in the search for health care. Study was conducted in maroon community of Praia Grande, located on Maré Island, in Salvador, Bahia, with twelve mothers of children for whom some assistance in emergency situation have already been provided. Data were collected from December 2013 to June 2014 through semi-structured interview, after approval by the research ethics committee of the Federal University of Bahia, under the protocol 420,096. For data collection, it was used thematic analysis of Bardin, which led to three items: *1) Perceptions of emergency and pediatric emergency among Maroons: an approach in light of Leininger; 2) Therapeutic itinerary in emergency and pediatric emergency in a maroon community; and 3) Operating of boat-ambulances in a maroon island community: population perceptions.* Results showed that perceptions about emergency situations/pediatric emergency are plural and include from biological factors to problems and needs related to social and geographical context of the community, which also influence TI building. Situations characterized as urgency/emergency in this study were febrile convulsive crisis, high fever, dehydration, asthma crisis and burn. TI have begun in the popular subsystem, from the care provided by family and social support inherent in this subsystem, with features of daily life, such as teas, home remedies, baths, massages and self-medication. The passage through professional subsystem occurred after attempts of care in popular subsystem and revealed itself as a pilgrimage to health institutions, featuring the difficulty of access of Maroons to formal system. It was demonstrated that primary care does not work as Unified Health System entryway in that community with regard to emergency situations and also that boat-ambulances service is not effective, since people do not get response to their calls, showing distortion its purpose and consequent discrediting by the population. With this study, we allowed mothers to share their experiences and express difficulties faced in accessing health services in formal subsystem, which served as diagnosis of weaknesses and failure of this subsystem. Thus, we refer to the need for development of public policies that guarantee the maroon community of Praia Grande full access to services offered by formal system, enabling scope of congruent care reported by Leininger.

SIQUEIRA, Samylla Maira Costa.

Keywords: Child Health. Pediatric Nursing. Health Services Accessibility. African Continental Ancestry Group.

RESUMEN

Itinerarios terapéuticos en urgencias y emergencias pediátricas en una comunidad quilombola. 2014. 236f. Disertación (Máster en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidad Federal de Bahía, Salvador-BA.

El Itinerario Terapéutico (IT) comprende el conjunto de prácticas y estrategias de cuidado adoptadas por las personas y familias, englobando la motivación que direcciona la búsqueda por cuidados, que está asociada al contexto sociocultural y a la disponibilidad de recursos. El objetivo fue conocer el IT en situaciones de urgencia y emergencia pediátricas adoptado por una comunidad quilombola (descendientes de africanos). Se trata de un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, con soporte teórico en la Teoría Transcultural del Cuidado de Madeleine Leininger. Para contextualizar el objeto de estudio, se buscó la profundización en las temáticas: urgencias y emergencias pediátricas, condiciones de vida y salud de la población negra en Brasil e itinerarios terapéuticos en la búsqueda por cuidados en salud. El estudio fue desarrollado en la comunidad quilombola de Praia Grande, situada en la Ilha de Maré, en Salvador-BA, con doce madres de niños para las que han prestado alguna asistencia en situación de urgencia/emergencia. Los datos fueron colectados de diciembre/2013 a junio/2014 mediante entrevista semiestructurada, después de la aprobación de la pesquisa por el comité de ética de la Universidad Federal de Bahía, con protocolo nº 420.096. Para el tratamiento de los datos se utilizó la técnica de análisis temática de Bardin, que originó tres artículos: *1) Percepciones de urgencia y emergencia pediátrica entre quilombolas: una abordaje a la luz de Leininger; 2) Itinerario terapéutico en situaciones de urgencia y emergencia pediátrica en una comunidad quilombola; y 3) Funcionamiento de las ambulancias en comunidad quilombola isleña: percepción de la población.* Los resultados demuestran que las percepciones acerca de las situaciones de urgencia/emergencia pediátrica son plurales y abarcan desde factores biológicos hasta problemas y necesidades relacionadas con el contexto social y geográfico de la comunidad, que también influyen en la construcción del IT. Las situaciones caracterizadas como urgencia/emergencia en este estudio fueron convulsión febril, fiebre alta, deshidratación, crisis asmática y quemadura. El IT se inició en el subsistema popular, a partir de los cuidados prestados por la familia y la red de soporte social inherente a este subsistema, con recursos de la vida cotidiana, como té, remedios caseros, baños, automedicación y masajes. El pasaje por el subsistema profesional ocurrió después de intentos de cuidado en el subsistema popular y se ha revelado como una peregrinación por las instituciones de salud, caracterizando la dificultad de acceso de los quilombolas a los servicios del sistema formal. Quedó en evidencia que la atención primaria no funciona como puerta de entrada del SUS en aquella comunidad en lo que se refiere a las situaciones de urgencia/emergencia y el servicio de ambulancias (ambulancias acuáticas) no es efectivo en esta comunidad, ya que las personas no obtienen respuesta a sus

SIQUEIRA, Samylla Maira Costa.

llamados, demostrando desnaturalización de su propósito y consecuente descrédito de la población. Con este estudio, permitimos que las madres compartieran sus experiencias y expresasen las dificultades enfrentadas en el acceso a los servicios de salud del subsistema formal, que haya servido de diagnóstico de las debilidades e insuficiencia de este subsistema. Con eso, tenemos que advertir sobre la necesidad de elaborar políticas públicas que garanticen a la comunidad quilombola de Praia Grande el pleno acceso a los servicios ofrecidos por el sistema formal, posibilitando alcanzar el cuidado congruente referido por Leininger.

Palabras clave: Salud del Niño. Enfermería Pediátrica. Accesibilidad a los Servicios de Salud. Grupo de Ascendencia Continental Africana.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo Sunrise proposto por Leininger	65
Figura 2 - Vista parcial de Praia Grande. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014	70
Figura 3 - Entrada do Terminal de São Tomé de Paripe, Salvador-BA. Agosto, 2014	71
Figura 4 - Posto de Saúde de Praia Grande. Rua da Caieira, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014	72
Figura 5 – Escola Municipal Nossa Senhora das Candeias, localizada na Rua da Caieira, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA, 2014.	86
Figura 6 - Marisqueiras realizando a catação. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014	88
Figura 7 - Mariscos coletados por uma marisqueira em Praia Grande, Ilha de Maré Salvador-BA. Agosto, 2014.	90
Figura 8 - Igreja Católica localizada no alto da Rua da Caieira, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014	92
Figura 9 - Dois terreiros de Candomblé de Praia Grande: Terreiro de Cosme e Damião da Bela União, situado na Rua Tancredo Neves (à esquerda) e Terreiro Monakessimbe, situado na Rua do Beco (à direita). Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014	93
Figura 10 - Resíduos sólidos sendo transportados pelos coletores na Rua da	98

Caieira, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014

Figura 11 - Fossa séptica situada na Rua do Beco, Praia Grande, Ilha de Maré, 99
Salvador-BA. Agosto, 2014

Figura 12 - Esgotos a céu aberto na Rua do Beco, Praia Grande, Ilha de Maré, 101
Salvador-BA. Agosto, 2014

Figura 13 – Classificação da queimadura de acordo à extensão. Brasil, agosto, 119
2014.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Trabalhos acadêmicos sobre itinerário terapêutico identificados no 28
Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Salvador-BA, Jun.- Jul, 2013

Quadro 2 – Características das participantes do estudo. Praia Grande, Ilha de 103
Maré, Salvador-BA, dez. 2013 – jun. 2014

Quadro 3 - Características das crianças às quais foi prestada assistência em 104
situação de urgência ou emergência. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA, dez. 2013
– jun. 2014

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características demográficas das participantes do estudo. Praia 81
Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA, dez. 2013 – jun. 2014

Tabela 2 - Renda das participantes do estudo. Praia Grande, Ilha de Maré, 96
Salvador-BA, dez. 2013 – jun. 2014

Tabela 3 - Características de saúde das crianças às quais foi prestada assistência 106

em situação de urgência ou emergência. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA, dez. 2013 – jun. 2014

LISTA DE SIGLAS

ABECIM	Associação Beneficente Educacional e Cultural de Ilha de Maré
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADI	Ajudante de Desenvolvimento Infantil
APA	Área de Proteção Ambiental
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DDA	Doença Diarreica Aguda
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
EMBASA	Empresa Baiana de Águas e Saneamento
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do estado da Bahia
FCP	Fundação Cultural Palmares
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal Renda
IRA	Infecção Respiratória Aguda
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IT	Itinerário Terapêutico
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
NCPP	Projeto Perinatal Colaborativo Nacional
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
PAHO	Pan American Health Organization
PBF	Programa Bolsa Família
PCR	Parada Cardiorrespiratória
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PPGENF	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PROUNI	Programa Universidade para Todos
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
SAE	Secretaria de Assuntos Estratégicos
SBCP	Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica
SCQ	Superfície Corpórea Queimada
SEPPIR	Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas

SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCE	Trauma Cranioencefálico
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	
20	
1.1 JUSTIFICATIVA	
26	
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	
29	

2.1	URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS.....	29
2.2	CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL.....	39
2.3	ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NA BUSCA DE CUIDADOS À SAÚDE.....	47
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	59
3.1	TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL	59
4	METODOLOGIA	69
4.1	Tipo de Estudo	69
4.2	<i>Lócus</i> de Pesquisa.....	69
4.3	Participantes da Pesquisa.....	73
4.4	Coleta de Dados.....	73
4.5	Análise dos Dados.....	75
4.6	Aspectos Éticos.....	78
4.7	Resposta à comunidade de Praia Grande	79
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
5.1	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DAS PARTICIPANTES	81

5.2	CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DAS CRIANÇAS ÀS QUAIS FOI PRESTADA ASSISTÊNCIA EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA	104
5.3	MANUSCRITOS.....	121
5.3.1	MANUSCRITO 1: Produção científica sobre itinerários terapêuticos em programas de pós-graduação stricto sensu por enfermeiros	123
5.3.2	MANUSCRITO 2: Percepções de urgência e emergência pediátrica entre quilombolas: uma abordagem à luz de Leininger	138
5.3.3	MANUSCRITO 3: Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola	156
5.3.3	MANUSCRITO 4: Funcionamento de ambulanchas em uma comunidade quilombola ilhéus: percepção da população.....	182
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	200
	REFERÊNCIAS	205
	APÊNDICES	222
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	223
	APÊNDICE B – Questionário	225
	APÊNDICE C – Questionário Adaptado à População	230
	APÊNDICE D – Roteiro da Entrevista	232

ANEXOS	233
ANEXO A – Recorte do Manual de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco em Assistência Médica Ambulatorial da Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina, São Paulo, 2008	234
ANEXO B – Parecer de Aprovação do CEP/UFBA, Salvador-BA, 2013	235

1 INTRODUÇÃO

O termo itinerário terapêutico (IT) é sinônimo de busca de cuidados terapêuticos e procura descrever e analisar as práticas adotadas a nível individual e sociocultural em termos dos caminhos percorridos pelos indivíduos na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde (GERHARDT, 2006).

Thaines *et al* (2009) acrescentam que, além dos percursos empreendidos na busca por resolver as necessidades de saúde, o IT também refere-se à lógica que direciona essa busca, que é tecida nas múltiplas redes formais e informais, de apoio e de pertença.

A lógica que direciona a busca por cuidados é diretamente relacionada ao contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido, de modo que para resolver os problemas de saúde, as pessoas, nos diversos contextos socioculturais, recorrem a diferentes alternativas que são escolhidas de acordo as suas representações socioculturais em saúde-doença-cuidado construídas em tangência ao universo que estão inseridas (SILVA-JÚNIOR *et al.*, 2013).

Dessa forma, pensar o IT significa ir além da mera descrição da trajetória percorrida, mas considerar também o contexto sociocultural no qual o indivíduo encontra-se inserido como um dos fatores determinantes do percurso realizado, sendo este aspecto importante para o seu entendimento.

Budó *et al* (2008, p. 92) definem cultura como “um processo dinâmico influenciado por diversos fatores históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos”. Para Silva Júnior *et al* (2013) é a cultura que orienta os sentidos e significados atribuídos ao processo saúde/doença/atenção e as ações e reações decorrentes dos eventos que ocorrem em um dado contexto. Merino e Marcon (2007) acrescentam que as experiências individuais e as influências sociais podem influenciar as pessoas nas suas concepções sobre a saúde e suas atitudes na busca pela sua atenção.

IT são desenvolvidos por todas as pessoas, diferenciando-se pelo contexto sociocultural de cada uma delas, o que determina a busca por cuidados no sistema formal, informal ou ambos. Além do contexto sociocultural, aspectos relacionados à subjetividade também intermediam a construção do percurso terapêutico. Desta forma, tradições, crenças mitos familiares e de redes sociais proximais, assim como experiências anteriores empreendidas na busca e promoção de cuidados em saúde interferem significativamente no delineamento do IT.

Vale salientar que, muitas vezes, o contexto de pobreza e vulnerabilidade vivenciado pelos indivíduos de camadas populacionais desfavorecidas os direciona com maior intensidade

às práticas culturais de cuidados sendo esta uma forma de satisfazer as necessidades de saúde quando da existência de desigualdade social e pauperidade no acesso aos serviços de saúde do sistema formal.

A vulnerabilidade é definida por Lopes (2004, p. 55) como o “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”.

Dentre os grupos populacionais que apresentam alto grau de vulnerabilidade e, portanto, condições de vida e saúde caracterizadas pela precariedade e dificuldade de acesso pode-se citar a população remanescente de quilombos. No Decreto 4.887 de 20 de novembro de 2003, que regulamenta os procedimentos relacionados às terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos, a população quilombola é definida como grupos étnico-raciais, com suposta ancestralidade negra, e que se distribuem pelo território brasileiro conforme critérios próprios de auto distribuição (BRASIL, 2012).

De acordo com a SEPPIR (Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial), existem atualmente 1.948 comunidades quilombolas reconhecidas oficialmente pelo Estado Brasileiro, das quais 1.834 são certificadas pela Fundação Cultural Palmares (FCP), sendo 63% localizadas no Nordeste. Há comunidades quilombolas em 24 estados brasileiros, exceto no Acre, Roraima e no Distrito Federal (BRASIL, 2012).

Devido ao fato de descenderem dos africanos, os quilombolas possuem amplo acervo cultural que, em parte, relaciona-se ao Candomblé¹, prática religiosa afro-brasileira. Para estes indivíduos, esta religião também pode funcionar como opção terapêutica na qual eles traçam seus IT (MANDARINO *et al.*, 2012).

Associada aos aspectos culturais desta população está a realidade social caracterizada pela sua exclusão das políticas públicas e uma trajetória histórica onde predominaram a discriminação e a opressão relacionadas à cor da pele, o que denota a existência de um estigma relativo ao período da escravatura e a dificuldade de inserção desse grupo em todos os setores que compõem a sociedade, principalmente nos aspectos relacionados à Saúde e à Educação. Estes

¹ Trata-se de uma religião de culto aos orixás. O Candomblé é organizado segundo mitos ligados à divinização da natureza que tem como princípio o culto aos orixás (denominados inkisis pela nação angola de língua banto) e sua manifestação cultural de matriz africana se dá em espaços sagrados, sendo os terreiros de candomblé sua referência no Brasil (GOMES, 2009).

fatores aumentam a complexidade do IT da população quilombola, pois, por um lado, há a forte marca cultural e, por outro, a dificuldade de acesso ao sistema formal de saúde.

Ao se considerar as peculiaridades dessa população, que possui aparato cultural próprio e diferenciado, a oferta de serviços de saúde deve acontecer de modo peculiar, garantindo o acesso com equidade, conforme preconiza um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como respeitando e preservando a sua cultura de modo a sanar as necessidades apresentadas consoante as suas expectativas no que diz respeito ao modo de vida.

Neste sentido, deve-se prestar uma atenção diferenciada a essa população norteadas por estratégias de saúde compatíveis com as suas necessidades e possibilidades. Assim sendo, dever-se-ia implementar políticas municipais e locais a fim de estruturar serviços de saúde nessas comunidades possibilitando o acesso integral às ações de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde.

É possível observar que não há políticas de saúde específicas que tenham sido desenvolvidas a partir da necessidade de valorização desse povo e dos seus aspectos culturais. Para Arruti (2008), as políticas públicas dirigidas às comunidades quilombolas resultam de uma participação especial, em geral apenas de caráter orçamentário, nas políticas gerais, sendo que a única exceção é a política de regularização fundiária, que tem normatização própria.

Os estudos desenvolvidos no nosso país que têm como foco as populações quilombolas ainda são poucos, necessitando de um enfoque maior acerca das questões relacionadas à acessibilidade desse povo aos serviços de saúde. Contudo, ao observar algumas comunidades quilombolas do Estado da Bahia, nota-se que na maioria delas não há disponibilidade de serviços de saúde e em outras esses serviços ainda são muito precários, o que faz com que o IT dessas pessoas seja caracterizado pela dificuldade de acesso e as práticas culturais de cuidado sejam amplamente utilizadas, por ser este o único recurso possível a esta população, e não por opção genuína.

Ao fazer um paralelo entre acesso aos serviços de saúde e população quilombola, é possível perceber que há grandes disparidades no tratamento oferecido a essa população. Isso não significa dizer que para outros estratos populacionais o acesso ocorra de modo favorável, mas que a população quilombola, por não se concentrar no núcleo das cidades e por não ser considerada politicamente como um grupo prioritário ao poder público, encontra-se em desvantagem.

Nesse contexto, alguns questionamentos nos vêm à mente: como estas pessoas se organizam para atender suas necessidades de saúde e doença? O que fazem os remanescentes das populações quilombolas em situações de urgência e emergência?

De acordo com a Resolução nº 1451/95, do Conselho Federal de Medicina, a urgência é a ocorrência de agravo imprevisto à saúde podendo este oferecer ou não risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata, ao passo que a emergência corresponde às condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo tratamento médico imediato (BRASIL, 1995).

As situações de urgência e emergência podem ocorrer com qualquer indivíduo, contudo salienta-se que as crianças são seres altamente vulneráveis por conta dos acidentes. Dentre as diversas etiologias de situações emergenciais com crianças, pode-se citar a ocorrência de quedas, afogamento, queimaduras, obstrução de via aérea por corpo estranho, intoxicação por substâncias químicas, atropelamento, acidentes automobilísticos com os genitores, dentre outros.

Embora toda e qualquer criança esteja exposta a situações emergenciais, infere-se que esta exposição é maior entre as crianças negras, visto que estas possuem condições de vida mais hostis e menor possibilidade de acesso aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Batista *et al* (2004) corroboram este pensamento ao afirmarem que a etnia em si não é um fator de risco, mas a inserção social adversa de um grupo racial/étnico e as diferenças sociais segundo a raça/cor se constituem em fato de vulnerabilidade para doenças e agravos.

Estudos demográficos e de saúde, como o de Cunha (2008) apontam para a diminuição da mortalidade infantil nas últimas décadas. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014) revelam que entre os anos 2000 e 2014 houve uma redução de 14,40% da taxa de mortalidade infantil. Contudo, conforme relata Guerrero *et al* (2007) essa diminuição não ocorre de forma homogênea, sendo menos acentuada entre os grupos populacionais mais vulneráveis, como é o caso de negros e quilombolas. Ao compararem as taxas de mortalidade infantil em comunidades quilombolas com as estimativas para o conjunto do país e regiões, estes autores verificaram que os remanescentes de quilombos apresentam taxas mais elevadas, evidenciando a situação de vulnerabilidade e risco de morte das crianças que habitam essas comunidades.

Acidentes e situações clínicas caracterizadas como urgência e emergência acontecem em qualquer momento e lugar. A pauperidade de atenção do poder público à população quilombola nos permite apreender que se essas pessoas não dispõem ao menos de serviço

primário de atenção à saúde que possa resolver seus problemas mais simples, não dispõem também de serviços de maior complexidade que possam dar conta da demanda relacionada aos casos de urgência e emergência.

Diante dessa realidade, subentende-se que na existência da necessidade de cuidados caracterizados como emergenciais essas pessoas desenvolvem formas próprias de cuidar, isto é, utilizam-se de outras estratégias, que não as convencionais, para enfrentar seus problemas de saúde, aqui entendidas a partir dos IT.

A motivação para escolha deste tema tem suas raízes no curso de graduação em Enfermagem, quando no quinto período tive o primeiro contato com o componente curricular Urgência e Emergência e, a partir daí, pude perceber a importância do papel da(o) enfermeira(o) no setor emergencial.

Posteriormente, tive a oportunidade de vivenciar o dia-a-dia de profissionais que trabalham com emergências, quando realizei um estágio voluntário num pronto socorro público, em um projeto intitulado “Força Tarefa”, que me permitiu desenvolver habilidades para este serviço e, acima de tudo, constatar que é esta a área na qual eu gostaria de exercer minhas atividades laborais.

Após concluir a graduação, comecei a trabalhar numa Unidade de Pronto Atendimento (UPA) no subúrbio da cidade de Salvador-BA, na qual atendemos pacientes adultos e pediátricos. O exercício profissional naquele lugar me fez perceber o quanto as situações de urgência e emergência são mais corriqueiras do que somos capazes de imaginar e quanto as pessoas das classes menos favorecidas sofrem no seu cotidiano para conseguir o atendimento necessário.

Além de realizar o desejo de trabalhar com emergências, também concretizei o de ingressar no mestrado. A possibilidade de realizar uma pesquisa tendo como tema “urgência e emergência” me induziu a selecionar a temática “itinerário terapêutico em situações de emergência” como meu objeto de estudo. Por fazer parte do Grupo de Pesquisa CRESCER² (grupo de estudos sobre a saúde da criança e do adolescente), associado ao fato de que muitas das suas pesquisas são desenvolvidas em comunidades quilombolas, e por entender que o

² Grupo de estudos da Universidade Federal da Bahia, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Climene Laura de Camargo, que objetiva desenvolver atividades de pesquisa, ensino e extensão, relacionadas aos diversos aspectos que interferem nas condições de saúde da criança e do adolescente. A atenção à saúde da criança e do adolescente dentro de uma perspectiva étnica/racial é a tônica do grupo, possibilitando a seus componentes a produção de um conhecimento onde considera-se o cenário sócio-político e econômico como determinantes na saúde da população infanto-juvenil. Nesse sentido o Grupo Crescer busca contribuir para subsidiar e reafirmar seu compromisso com a promoção da saúde e educação, com vistas as novas perspectivas que se abrem nestas áreas, fortalecendo em, nível de graduação e pós-graduação a formação e qualificação dos profissionais de enfermagem.

público infantil, especialmente nestas comunidades, é mais vulnerável a situações emergenciais, fui levada a selecionar as crianças como foco do estudo.

Quanto ao lócus de pesquisa, a comunidade quilombola de Praia Grande, esta foi eleita por conta de seu contexto de vulnerabilidade social. Ademais, por se tratar de uma comunidade situada numa ilha e, portanto, separada da cidade pelo mar, e que não dispõe de serviço de urgência e emergência, o IT adotado por essas pessoas despertou meu interesse.

Outra motivação para realizar esta pesquisa foi a escassez de estudos sobre IT no Brasil. Dos estudos já realizados, poucos tratam da temática relacionada ao público pediátrico e nenhum, conforme levantamento bibliográfico realizado, fala sobre este em comunidades quilombolas.

Conforme Pinho e Pereira (2012) os estudos sobre IT no Brasil são recentes, havendo uma persistente opção por descrever esses itinerários de maneira a pensá-los como relacionados ao trânsito de sujeitos pelos aparelhos oficiais de saúde, sendo que nessa perspectiva o itinerário é considerado como o perambular de indivíduos pelas instituições de saúde. Sob esse olhar, o itinerário é circunscrito aos serviços de saúde, excluindo-se partes significativas dos caminhos seguidos.

Nesse sentido, é de suma importância a realização de estudos que enfoquem os IT a partir do prisma cultural, considerando não somente a peregrinação dos indivíduos pelo sistema de saúde, mas também os sentidos que são atribuídos culturalmente ao cuidado com o corpo em situações de urgência e emergência.

Partindo desse pressuposto, surge a seguinte indagação, que se configura como a questão norteadora deste estudo: **Quais os itinerários terapêuticos adotados pela comunidade quilombola de Praia Grande em situações de urgência e emergência pediátricas?**

Neste sentido, o objeto de pesquisa é **itinerários terapêuticos em urgências e emergências pediátricas em uma comunidade quilombola.**

Diante do exposto, os objetivos deste estudo são:

Objetivo Geral:

- Conhecer os itinerários terapêuticos em situações de urgência e emergências pediátricas adotado por uma comunidade quilombola.

Objetivos Específicos:

- Apreender o significado de urgência e emergência com crianças na comunidade quilombola em Ilha de Maré;
- Identificar como as crianças da Ilha de Maré são cuidadas em situações de urgência e emergência;
- Descrever o itinerário terapêutico adotado pela população quilombola que reside na Ilha de Maré em situações de urgências e emergências pediátricas;
- Investigar as principais etiologias de agravos caracterizados como urgência ou emergência em crianças quilombolas da Ilha de Maré.

1.1 JUSTIFICATIVA

O trabalho em Enfermagem, independente da área de atuação, exige do enfermeiro um cuidado pautado na ética, na competência técnico-científica e na capacidade de prestar um cuidado baseado na integralidade, a partir de uma perspectiva que contempla dois diferentes e inter-relacionados prismas: o de que este profissional deve atuar prestando cuidados de múltiplas naturezas (prevenção, promoção, recuperação ou reabilitação) e o de que cada indivíduo é um ser bio-psico-social, influenciado pelo meio em que vive.

A necessidade de considerar a importância dos aspectos culturais no cuidado não é algo novo na Enfermagem. Nesse ponto, somos remetidos à renomada teórica e enfermeira norte-americana Madeleine Leininger que desenvolveu a Teoria do Cuidado Transcultural, que concebe o cuidado como uma prática universal, contudo condicionada à cultura de cada população. Isso significa dizer que o modo como o cuidado é exercido é congruente com as crenças e valores que permeiam determinado grupo comunitário.

Considerar os aspectos culturais nas práticas de cuidado à saúde significa ultrapassar um modelo de assistência que por muito tempo tem gravitado em torno de um eixo predominantemente biomédico e que, portanto, privilegia a mecanização das ações em saúde, prestadas quase que exclusivamente em instituições próprias para tal.

Devemos compreender que vivemos em um país marcado pela miscigenação, onde predomina a existência de diversas culturas e onde há uma extensa gama de comunidades, de modo que as práticas de atenção à saúde são exercidas de forma diferenciada e peculiar em cada uma delas, sendo necessária ao enfermeiro a compreensão da existência e do contexto de cuidados à saúde para as diferentes culturas, de forma a prestar uma assistência respeitosa, levando em

consideração a subjetividade do outro no âmbito do cuidar e, portanto, descortinando suas ações rumo a uma Enfermagem mais humanística.

Na área da enfermagem há uma grande quantidade de estudos que contemplam os diversos temas, contudo aqueles que correspondem às práticas culturais e, principalmente, relacionados às populações quilombolas, ainda são escassos.

Neste contexto, foi mapeado o estado da arte³ acerca do tema “itinerário terapêutico” com o objetivo de analisar a produção de enfermeiros em programas de pós-graduação *stricto sensu* sobre IT no Brasil (a síntese dos estudos identificados é apresentada no Quadro I). A busca foi realizada no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e verificou-se que a escrita acerca deste objeto de estudo ainda é muito tímida. Ademais, no que concerne à abordagem, nenhum se tratava do IT em situações de urgência e emergência pediátrica e, do mesmo modo, nenhum foi realizado em uma comunidade quilombola, o que torna este estudo inédito do ponto de vista científico.

A propagação desses estudos é importante porque possibilita ao enfermeiro a educação acerca da existência de práticas diferenciadas em saúde, contudo não menos importantes que aquelas tradicionais, permitindo uma reflexão socioantropológica sobre as condutas adotadas em diferentes culturas para lidar com o processo saúde-doença. Outrossim, o entendimento da relação do contexto cultural com o cuidado permite a este profissional a singularização dos sujeitos no processo do cuidar a partir da visão de que cada indivíduo possui um IT próprio.

Desse modo, este estudo justifica-se pela necessidade de compreensão pelo enfermeiro e também outros profissionais de saúde do modo como a cultura interfere nas práticas de saúde, aqui tratadas como IT, sendo imprescindível conhecer os mecanismos de enfrentamento adotados pelos indivíduos e suas famílias em situações de urgência e emergência. Devido ao fato de a investigação relacionada às práticas culturais se traduzir em algo relevante nos estudos e práticas de Enfermagem, este tema foi selecionado para nortear a construção do presente estudo.

³ A partir deste levantamento, foi elaborado o artigo intitulado “Produção científica sobre itinerários terapêuticos em programas de pós-graduação *stricto sensu* por enfermeiros”, que é apresentado como Manuscrito 1, na seção 5.3.1 deste estudo.

Quadro 1 – Trabalhos acadêmicos sobre IT identificados no Banco de Teses e Dissertações da CAPES. Salvador-BA, Jun.- Jul, 2013.

DISSERTAÇÕES			
AUTOR	TÍTULO	ANO	INSTITUIÇÃO
Isabel Cristina Alves Malinska	O itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/AIDS	2005	UFSC
Fabiana Rodrigues Zequini Nabão	A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico de uma pessoa com complicações cardiovasculares procedente de Marcelândia – MT	2008	UFMT
Denise Albieri Jodas	Mortalidade evitável em menores de cinco anos: evento sentinela na qualidade dos serviços primários em Maringá-Paraná	2010	UEM
Luzia Helena Lopes de Medeiros	O significado da experiência do adoecimento por câncer: um estudo biográfico	2010	UFMT
Marilene Hiller	As repercussões para a família no cuidado à pessoa idosa em condição crônica por sofrimento psíquico	2010	UFMT
Milena Silva Costa	Cartografia do cuidado: um estudo sobre a atenção à saúde da gestante	2010	UNIFOR
Carla Rafaela Teixeira Cunha	A Experiência de adoecimento de uma trabalhadora de enfermagem de uma instituição hospitalar de Cuiabá-MT	2011	UFMT
Leandro Felipe Mufato	Mediação nas redes para o cuidado à saúde na experiência de adoecimento por condição crônica decorrente do câncer colorretal	2011	UFMT
Marly Akemi Shiroma Nepomuceno	Vivência da condição crônica por adrenoleucodistrofia de criança e família: Possibilidades da mediação jurídica na garantia do direito à saúde	2011	UFMT
Alessandra Hoelscher da Silva	Experiência de adoecimento e cuidado de família que vivencia a condição crônica por anemia falciforme de dois adolescentes	2012	UFMT
Carla Gabriela Wunsch	Experiência da condição crônica decorrente do trauma e a busca por cuidado à saúde	2012	UFMT
Eloiza Augusta Gomes	Mulheres e câncer de mama: percepção, itinerário terapêutico e prevenção	2012	UFJF
Geovana Hagata de Lima Souza Thaines	Experiência de adoecimento e cuidado de família e idosa em situação crônica	2012	UFMT
Glauciene Analha Leister	A busca por cuidados de uma mulher que vive com HIV no Município de São Paulo - SP: os nós críticos da integralidade	2012	USP
TESES			
AUTOR	TÍTULO	ANO	INSTITUIÇÃO
Denis da Silva Moreira	Experiências de pais no cuidado ao filho com câncer: um olhar na perspectiva de gênero	2007	USP

Lucileia da Silva Pereira	Tecendo os fios da saúde mental em Belém/PA: visibilidades ou possibilidades da rede de cuidado	2010	UFSC
Mariana Gomes Cardim	Adoecer e Adolescer com HIV/AIDS: experiências de trajetórias terapêuticas	2012	IFF/FIOCRUZ

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração pela autora deste trabalho.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

2.1 URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS

A partir dos conceitos de urgência e emergência expostos na seção introdutória deste estudo, fica claro que embora se tratem de situações que requeiram intervenção rápida, a diferença entre ambos reside no fato de os casos de emergências necessitarem de atendimento imediato com risco iminente de morte, ao passo que nos de urgência o atendimento deve ser rápido, contudo este risco não é iminente.

Em ambos os casos há risco de morte para o paciente, seja ele iminente ou não, o que demonstra a necessidade de um atendimento precoce e eficaz, principalmente nos casos emergenciais, de forma a reestabelecer o quanto antes as condições fisiológicas do indivíduo afastando o risco de óbito (SIQUEIRA, 2011).

De todo modo, é possível constatar grande subjetividade implícita nesses termos, pois quando os analisamos a partir de uma perspectiva social, centrada na visão do cliente, percebemos que são caracterizadas como urgência e emergência todas as situações estressoras que proporcionem ao indivíduo alguma espécie de incômodo, independente de necessitar ou não de atendimento imediato.

Para sistematizar a avaliação dos pacientes e classificá-los de acordo à prioridade do atendimento, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu um protocolo de classificação de risco a ser adotado nos serviços de saúde. De acordo com este, a queixa do usuário é classificada por meio de quatro diferentes cores – vermelho, amarelo, verde e azul – sendo que o amarelo representa os casos de urgência, caracterizados como prioridade 1, o qual determina atendimento o mais rápido possível e vermelho significa prioridade zero, demandando atendimento imediato (BRASIL, 2004a).

As situações caracterizadas como urgência e emergência podem se apresentar pelas suas diferentes naturezas, tais como a clínica, ortopédica, pediátrica, cirúrgica, etc. Embora possam acometer pessoas de diferentes faixas etárias, nas crianças as urgências e emergências adquirem valor amplamente significativo por conta das suas peculiaridades psíquicas e biológicas, além da ausência de mecanismos de enfrentamento dos agravos à saúde que ainda não foram desenvolvidos nessa fase da vida.

O “ser criança” possui representações na família e na sociedade que requerem atenção especial a esse público, dominado pelas dúvidas e curiosidades, fatores que tornam esses

indivíduos vulneráveis e suscetíveis a acidentes, muitas vezes autoprovocados, configurando-se as chamadas causas externas (OMS, 2000) que são a principal causa de agravos com crianças e possuem grande importância devido ao seu potencial de gerar incapacidades, alterações funcionais, consequências psíquicas e serem responsáveis por um alto índice de mortalidade no público infantil.

Tacsi e Vendruscolo (2004) salientam que devido às peculiaridades biológicas e psicológicas, a criança é quase sempre a vítima principal nas situações emergenciais, visto que está sujeita aos agravos decorrentes das doenças prevalentes na infância, como é o caso das doenças infecciosas. Um grupo dessas doenças ainda é o responsável por 20 a 30% da mortalidade em crianças menores de 5 anos em todo o mundo, chegando a 50% em alguns países, sendo as doenças diarreicas e a pneumonia responsáveis pela maioria das mortes por doenças prevalentes na infância (PAHO, 2002).

Para Rudan *et al* (2008), a pneumonia é a principal causa de morte em crianças de até 5 anos de idade, havendo cerca de 156 milhões de novos casos em todo o mundo a cada ano, destes 151 milhões nos países em desenvolvimento.

No Brasil, dados de 2012 revelam que o maior número de internações por pneumonia entre as crianças ocorreu na faixa etária de 1 a 4 anos. Das 681.828 internações ocorridas em todas as idades, 142.177 ocorreram nesta faixa etária, ficando abaixo, apenas, dos indivíduos com 70 anos ou mais (156.161) (DATASUS, 2012a).

Além da pouca idade, outros fatores são associados à ocorrência de pneumonia e internamento por esta doença, dentre os quais se destaca a condição socioeconômica. Estudo realizado por Nascimento-Carvalho *et al* (2002) revelou que, além de maior número (e tempo) de hospitalizações, entre as crianças mais pobres ocorreram os quadros mais graves e o maior número de óbitos por pneumonia.

A pneumonia é considerada uma situação de urgência entre as crianças, especialmente as de menor idade, por conta da sua capacidade de gerar complicações como septicemia e meningite, que têm alto potencial para óbito. Em seu estudo, Tiewsoh *et al* (2009) apontam como fatores associados à mortalidade por pneumonia sinal de desconforto respiratório grave, contagem anormal de leucócitos, cianose, palidez e alteração sensorial.

Além da pneumonia, outras infecções respiratórias agudas (IRA) são responsáveis por alto índice de morbimortalidade em crianças, especialmente em meses frios, constituindo-se em patologias responsáveis por um grande número de atendimentos e internações em unidades de emergência pediátrica. Esta ideia é sustentada por Moura *et al* (2008a), cuja pesquisa

demonstrou que o número de atendimentos pediátricos devido a problemas respiratórios apresentou evidente crescimento nos meses mais frios. Estes resultados coincidem com os de um estudo realizado no Sul do Brasil na década de 1970, o qual demonstrou que dos 7.949 óbitos infantis por doenças respiratórias, a mortalidade foi 1,9 vezes mais alta nos meses de inverno que nos meses de verão (VICTORA *et al.*, 1985).

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), embora a mortalidade infantil por IRA tenha declinado até o final do século 20, milhares de crianças morrem todos os anos por estas doenças e muitas outras sofrem com episódios periódicos (BENIGUI, 2003). Monteiro *et al* (2008) explicam que estes problemas respiratórios atingem crianças especialmente nos cinco primeiros anos de vida devido a suscetibilidade e imaturidade do trato respiratório.

Dados de 2011 do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostraram que dos 60.470 óbitos por IRA no Brasil naquele ano, 2.689 ocorreram em crianças na faixa etária de 0 a 9 anos, correspondendo a 4,44% dos óbitos por esta causa em todas as idades (DATASUS, 2011a). Neste mesmo ano, a maior proporção de óbitos por doenças do aparelho respiratório no período da infância ocorreu entre as crianças com idade entre 1 e 4 anos (17,26%), ficando abaixo, somente, da população de idosos com idade igual ou superior a 80 anos (18,97%) (DATASUS, 2011b).

Em seu estudo, Ricetto *et al* (2007) demonstraram que, das crianças de 0 a 14 anos de idade atendidas em uma Unidade de Emergência em Pediatria, no grupo das crianças que não foram a óbito (84,7%), predominou o diagnóstico de insuficiência respiratória (29%), seguido dos traumas (26,2%) e convulsões (26,2%); das que foram a óbito nas primeiras 24 horas (3,5%), destacou-se o diagnóstico de choque – séptico e cardiogênico - (57,1%) e insuficiência respiratória (28,6%); e das que foram a óbito depois de 24 horas (7,4%) sobressaiu a insuficiência respiratória (46,67%) como diagnóstico inicial.

Os achados deste estudo apontam as doenças respiratórias como causas prioritárias de atendimento emergencial de crianças, tendo este diagnóstico predominado no grupo das que não foram a óbito, no das que foram a óbito com intervalo superior a 24h após o atendimento e ocupado o segundo lugar das causas de óbito nas primeiras 24h após o atendimento.

Outro problema que acomete amplamente as crianças e pode traduzir-se em casos de urgência pediátrica são as doenças diarreicas agudas (DDA) que, conforme Bern *et al* (1992), representam uma das principais causas de morbimortalidade no mundo, especialmente nos países em desenvolvimento.

A DDA é uma síndrome na qual há aumento do número de evacuações, com fezes líquidas ou de pouca consistência, frequentemente acompanhada de vômito, febre e dor abdominal, podendo haver presença de muco e sangue. Varia das formas leves até as graves e tem duração de 2 a 14 dias, sendo autolimitada. Estima-se que, a cada ano, 1,3 bilhões de episódios de diarreia possam acometer crianças com idade inferior a 5 anos, ocasionando 4 milhões de mortes (BRASIL, 2005).

No Brasil, no ano de 2011, o número de óbitos por DDA em menores de cinco anos de idade foi de 756 em todas as regiões. A Região Nordeste foi a que apresentou maior incidência de casos (354), quase 50%, quando comparada às outras regiões (DATASUS, 2011c).

A repetição dos episódios diarreicos pode causar desnutrição crônica, com retardo do desenvolvimento estato-ponderal e da evolução intelectual. As complicações estão relacionadas à desidratação e ao desequilíbrio hidroeletrólítico, podendo causar o óbito, principalmente quando associados à desnutrição (BRASIL, 2005).

Na revisão bibliográfica realizada por Portela *et al* (2011) são citados como fatores predisponentes para o surgimento de doenças diarreicas os seguintes: origem da água, destino dos resíduos sólidos, destino dos dejetos e ausência de rede coletora. A renda familiar, alimentação, amamentação e escolaridade surgiram como fatores colaboradores para o aumento na incidência dessas doenças.

Trata-se de uma doença fortemente associada às condições socioeconômicas com reflexo nas ações de saneamento, tendo maior incidência em países em desenvolvimento e entre as populações mais carentes, ressaltando as desigualdades sociais existentes entre países e dentro de um mesmo país. Isso significa dizer que as crianças mais afetadas são aquelas pertencentes a estratos sociais mais pobres, demandando maior número de atendimento em unidades de emergência e maior incidência de morbimortalidade.

Além das doenças, outros agravos podem acometer as crianças, gerando problemas caracterizados como urgência e emergência e requerendo atendimento rápido ou imediato, de forma a evitar maiores complicações e óbito. Dentre estes agravos, podem-se citar os acidentes e as violências.

Estes acidentes, muitas vezes autoprovocados, ocorrem devido à falta de consciência da criança acerca dos perigos e por conta do hábito de explorar o mundo inadvertidamente, expondo-se a todos os tipos de situações nocivas existentes. Conforme Acker e Cartana (2009) os indicadores de acidentes infantis ainda são elevados porque os acidentes são interpretados como obra do destino ou acaso ou como algo comum nesta faixa etária.

Embora as situações de natureza clínica acometam os infantes, condicionando-os a internamentos e, muitas vezes, levando uma grande quantidade de crianças a óbito, os acidentes e violências, chamados de causas externas, configuram-se como importante problema de morbimortalidade entre crianças, sendo também responsáveis pela busca a serviços de saúde.

Para Gonsaga *et al* (2012) as causas externas são um conjunto de agravos à saúde, intencionais ou não, de início súbito e resultante de violência ou outra causa exógena, incluindo-se aí as lesões provocadas por acidentes de trânsito, homicídio, agressões, quedas, afogamentos, envenenamentos, queimaduras, dentre outras.

Estimativas revelam que, a cada ano, ocorrem cerca de 950 mil mortes em crianças e jovens de até 18 anos, sendo as lesões e violência (causas externas) os responsáveis por este alto índice e, em quase 90% dos casos, as lesões são não intencionais (WHO, 2008). Além das mortes, 10 milhões de crianças requerem cuidados para os ferimentos não fatais, ficando muitos com alguma deficiência ao longo da vida.

Segundo o DATASUS, no Brasil, 3.783 crianças de 0 a 9 anos de idade foram a óbito em 2011 por causas externas. Na faixa etária de 5 a 9 anos estas prevaleceram na proporção de óbitos (34,38%) em comparação às outras causas, sendo a segunda maior causa de óbitos nas crianças entre 1 e 4 anos (23,38%) (DATASUS, 2011d).

Estudo conduzido por Cavalcanti *et al* (2008), com o objetivo de analisar as características epidemiológicas de morbidade por causas externas em crianças e adolescentes demonstrou que em todas as faixas etárias houve predominou de vítimas do sexo masculino, sendo as crianças de 0 a 4 anos as mais acometidas. Quanto à etiologia das lesões, houve destaque para a queimadura, acometendo quase a metade das vítimas, seguida pelas quedas (ambas prevalecendo em crianças de até 8 anos). No que concerne ao tipo de lesão, prevaleceram as queimaduras, seguidas dos ferimentos e fraturas. As queimaduras foram mais frequentes em crianças de até 4 anos (61,8%) e os ferimentos e fraturas acometeram mais amplamente os adolescentes (13 a 17 anos).

Estes resultados se assemelham aos divulgados por Reis *et al* (2011) que analisaram o perfil epidemiológico dos pacientes atendidos na Unidade de Tratamento de Queimados. Os autores verificaram que as crianças, em especial na idade de 0 a 6 anos, foram as mais afetadas.

De acordo com Machado *et al* (2009) as queimaduras são o pior acidente que pode acontecer subitamente a uma pessoa sadia. Elas são responsáveis por significativa morbidade e elevada mortalidade em todo o mundo, sendo que as crianças lideram a maioria dos estudos epidemiológicos da literatura mundial.

A ocorrência de queimaduras é inversamente proporcional à idade, de forma que, quanto menor a criança maior a incidência deste tipo de acidente. As crianças menores estão mais propensas a estas lesões devido à ingenuidade e necessidade de manipular o mundo com as mãos. Reis *et al* (2011) salientam que a infância é um período no qual os indivíduos são ávidos por novas descobertas e exploram o meio ambiente sem ter consciência do perigo ao qual estão expostos.

Machado *et al* (2009) acrescentam que as próprias características da criança a tornam vulnerável às queimaduras: curiosa, inquieta, exploradora, inexperiente, muita ativa e desconhecadora do perigo. De acordo com estes autores, a fisiologia das crianças apresenta algumas peculiaridades que se traduzem em desvantagens significativas quando estas sofrem uma queimadura, sendo a mais importante delas a maior superfície corporal em relação ao peso, o que significa maior perda de água corporal em comparação aos adultos, necessitando de mais líquidos.

Ademais, a ocorrência das queimaduras está em muito associado à negligência dos adultos, que permitem a existência de fontes de risco no domicílio sem que haja supervisão adequada.

Vale (2005) refere que, na maioria dos casos, as queimaduras em crianças acontecem no ambiente doméstico e são causadas por derramamento de líquidos quentes sobre o corpo, a exemplo da água fervente, bebidas quentes e óleo de cozinha.

No estudo realizado por Machado *et al* (2009) o líquido aquecido e a chama foram os principais agentes responsáveis por internação: o líquido aquecido na internação de crianças de 0 a 4 anos e a chama na idade de 5 a 15 anos. Quanto ao óbito, este teve maior incidência na faixa etária de 0 a 4 anos.

No que concerne ao período de ocorrência das queimaduras, o estudo de Reis *et al* (2011), demonstrou que os meses de maio e junho foram os de maior prevalência. Nestes meses ocorre o aumento no número deste tipo de lesão, possivelmente, por se tratar do período de férias escolares, o que permite às crianças maior liberdade de brincar e se expor a perigos. Nos estados da Região Nordeste, este período também é o mais crítico devido à tradição junina, na qual o uso de fogos de artifício e a queima de fogueiras propiciam significativo aumento no número de atendimentos em unidade de emergência pediátrica devido a queimaduras.

Outro tipo de causa externa que vitimiza crianças são as intoxicações exógenas. De acordo com Mintegi *et al* (2006) elas representam uma das emergências médicas mais comuns em crianças de até 12 anos de idade. Werneck e Hasselmann (2009) consideram as intoxicações

exógenas como importantes causas de morbidade em crianças de todo o mundo, com uma alta carga, tanto em termos de morbidade como nos custos de atenção hospitalar.

No Brasil, dados de 2012 revelaram que as intoxicações exógenas foram responsáveis por 11.198 internações em todas as idades, com maior prevalência na faixa etária de 0 a 9 anos (2.488). (DATASUS, 2012b).

Para Zambolim *et al* (2008) praticamente qualquer substância ingerida em grande quantidade pode ser tóxica, sendo as drogas, produtos domésticos, agrícolas, químicos industriais, plantas e substâncias alimentícias as fontes comuns de veneno.

As intoxicações podem ser intencionais ou não. Infere-se, contudo, que a sua incidência na população infantil, especialmente nas crianças menores, ocorre predominantemente de forma não intencional, sendo resultado da associação entre curiosidade, inocência e manipulação de substâncias perigosas.

Vale salientar que se trata de situações de urgência que podem ser prevenidas a partir da adoção de determinadas precauções pelos adultos, a exemplo de evitar o contato de crianças com medicamentos e outras drogas e deixar produtos perigosos fora do alcance destes indivíduos, visto que na grande maioria dos casos observa-se que o agente tóxico é um medicamento, produto de limpeza ou cosmético, que são de fácil acessibilidade pelas crianças.

A pesquisa de Lourenço *et al* (2008) demonstrou que, das crianças atendidas numa unidade de emergência pediátrica em decorrência de intoxicação exógena acidental, 64,5% eram menores de cinco anos de idade e a maioria dos acidentes (80%) ocorreram no interior dos domicílios. A ingestão de medicamentos (anticonvulsivantes e broncodilatadores) esteve envolvida em 50% dos casos.

Para os autores, estes resultados coincidem com o achado de outros estudos: a maior incidência de intoxicação ocorre entre os menores de cinco anos, com predomínio do sexo masculino e a maioria ocorre no próprio domicílio, com os pais presentes no local da ocorrência (LOURENÇO *et al.*, 2008).

O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) registrou, em 2003, 82.716 casos de intoxicação, dos quais cerca de 25% foram com crianças com idade inferior a 5 anos, com predomínio do sexo masculino, e os medicamentos foram as principais substâncias envolvidas (BOCHNER, 2005).

O predomínio do sexo masculino entre as vítimas de causas externas é relatado em significativo número de estudos. Este fato é explicado por Martins e Andrade (2005) quando dizem que a preponderância do sexo masculino é justificada pela diferença de comportamento

entre os sexos e por fatores culturais, que conferem maior liberdade aos meninos e maior vigilância sobre as meninas.

No estudo de Werneck e Hasselmann (2009) com o objetivo de descrever o perfil dos casos de intoxicações exógenas de crianças, estas tinham até 5 anos de idade e o agente tóxico envolvido prioritariamente foram os produtos químicos de uso doméstico (35%), seguidos dos medicamentos (15%), com também predominância do sexo masculino.

As quedas referem-se a outra situação que pode gerar quadros de urgência e emergência em crianças. Elas ocorrem muito comumente e, do mesmo modo que outros agravos, acometem em maior escala as crianças pequenas. A sua magnitude depende de fatores como altura e região corporal afetada, de forma que quanto maior a altura da queda, maior o risco de lesões graves. Do mesmo modo, pancadas em locais como cabeça podem gerar traumas graves como o caso dos traumas cranioencefálicos (TCE).

No estudo realizado por Malta *et al* (2012), com o objetivo de analisar os atendimentos de emergência por causas externas em crianças, as quedas corresponderam à maior porcentagem dos atendimentos, seguidas de outras causas. Sua ocorrência se deu principalmente na faixa etária de 0 e 1 ano, sendo estas crianças vítimas de quedas de berço, cama e móveis e mais expostas ao TCE.

Além das quedas, tiveram considerável destaque neste estudo os acidentes de transporte (terceiro evento mais frequente), cuja incidência foi maior no grupo de 6 a 9 anos (MALTA *et al.*, 2012). Quando se fala em transporte é necessário que se pense não apenas nos acidentes automobilísticos, nos quais as crianças são passageiras, mas também naqueles com ciclistas e pedestres, posto que o atropelamento possui grande incidência no público infantil e o uso de bicicletas como artefato de brincadeiras é amplamente utilizado e oferece grande risco aos condutores.

No estudo de Malta *et al* (2012) as vítimas na condição de passageiro foram as mais comuns, atingindo em maior número as crianças de 0 a 1 ano de idade. Na faixa etária de 2 a 5 anos, as crianças se encontravam na condição de pedestres, sendo vítimas de atropelamento. Entre as crianças de 5 a 9 anos predominou a condição de condutor (de bicicletas e velocípedes).

Ao tratar dos acidentes de trânsito com crianças e adolescentes, a OMS revela que, globalmente, esse tipo de acidente é a primeira causa de mortalidade na faixa etária de 15-19 anos e a segunda principal causa de morte entre crianças na faixa etária de 5 a 14 anos (WHO, 2008). Dados de 2011 do DATASUS revelaram que, naquele ano, o número de óbitos por

acidente de transporte terrestre foi de 1.045 na faixa etária de 0 a 9 anos, com predomínio de vítimas do sexo masculino (642) (DATASUS, 2011e).

No estudo de Gaspar *et al* (2004), realizado com o objetivo de analisar fatores relacionados a injúrias que resultaram em hospitalizações de crianças e adolescentes, foi constatado que os acidentes de trânsito foram o agravo mais frequente, sendo a faixa etária de 15 a 19 anos a mais afetada, exceto nos casos em que a vítima era pedestre, nos quais a maior prevalência foi na idade de 5 a 9 anos, coincidindo estes resultados com os apresentados por Malta *et al* (2012).

Assim como em outros casos, os acidentes de trânsito podem ser prevenidos. O uso do cinto de segurança, capacetes e equipamentos de proteção para ciclistas conferem proteção à criança evitando a ocorrência de agravos de urgência. Ademais, quando na condição de pedestre, é importante que a criança esteja acompanhada por um adulto, pois o infante está mais sujeito aos casos de atropelamento, podendo gerar ferimentos graves e até mesmo óbito.

Embora os acidentes sejam as causas externas mais incidentes em crianças, os casos de violência também são responsáveis por colocar o público infantil em situações de urgência e emergência. De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2003), quase 3.500 crianças com idade inferior a 15 anos morrem diariamente por abuso físico e negligência. No estudo de Malta *et al* (2012) ficou constatado que, dos atendimentos em crianças, 3,2% ocorreram devido a violências.

Convém salientar que existem diversos tipos de violência aos quais as crianças estão expostas, contudo as agressões de natureza física, sexual e as negligências são as maiores responsáveis pelos agravos ao público infantil. Ademais, existe diferença quanto à natureza da violência e o sexo da vítima, de forma que a ocorrência de violência de cunho sexual, por exemplo, é maior entre as meninas.

Em sua pesquisa, Guimarães e Villela (2011) apontaram predomínio de violência contra crianças do sexo feminino, especialmente no que concerne à violência sexual. Do mesmo modo, o estudo de Ribeiro *et al* (2004), realizado com o objetivo de analisar as características relativas à vitimização sexual intrafamiliar, demonstrou que houve predomínio de vítimas do sexo feminino, atestando que a questão de gênero, na qual a mulher aparece como figura mais frágil e, portanto, mais vulnerável, ainda está muito presente na sociedade.

Conforme evidenciaram Malta *et al* (2012) e Romaro e Capitão (2007), em mais da metade dos casos o agressor era um familiar da criança. No estudo de Ribeiro *et al* (2004) os

pais foram responsáveis pelo maior número de vitimizações sexuais, sendo os principais agressores de suas crianças.

Estes achados nos conduzem ao pensamento de que, mesmo sendo os pais considerados como refúgio e símbolo de proteção para seus filhos, nas situações de violência estes são caracterizados como figuras ameaçadoras, devido ao fato de na maioria dos casos serem os próprios agressores ou acobertarem este que, em grande parte das vezes, é um membro da própria família, conforme assevera a pesquisa de Guimarães e Villela (2011), na qual foi demonstrado que tanto nos casos de violência física quanto sexual contra crianças, a casa da vítima foi o local preponderante de ocorrência, revelando que os agressores são pessoas de dentro da família ou com livre acesso ao interior do domicílio.

Destarte, é possível inferir que mesmo sendo alto o número de notificações de violência contra crianças, este se encontra subestimado, de forma que uma grande quantidade de crianças sofre as consequências da violência sem contar com nenhum tipo de apoio, muitas vezes sendo descobertos os casos quando as crianças são conduzidas a serviços de emergência ou quando estas vão a óbito.

O estudo de Malta *et al* (2012) apontou o domicílio como o local mais frequente para a ocorrência de violência na infância. Ribeiro *et al* (2004) acrescentam que há condições que tornam a família proeminente nas situações de violência sexual e certas características da criança fazem dela vítima potencial deste tipo de abuso. A privacidade existente no ambiente doméstico isola a família do domínio público, proporcionando aos agressores um local no qual a violência sexual torna-se um crime perfeito, pois pode ser praticada sem testemunhas e encoberta pelo silêncio do cúmplice.

Conforme Zottis *et al* (2006) a violência familiar é um fenômeno amplo e de difícil detecção por ocorrer em um ambiente privado, sendo as vítimas os membros mais vulneráveis do quadro familiar, dentre as quais estão as crianças.

No Brasil, 12% dos 55,6 milhões de crianças menores de 14 anos são vítimas de alguma forma de violência doméstica. Assim, pode-se dizer que 18 mil crianças são agredidas por dia, 750 por hora e 12 por minuto, afirmam Biscegli *et al* (2008).

Cabe salientar que, além da violência sexual, outros tipos de violência são praticados contra crianças de todas as idades diariamente, havendo destaque para vítimas de raça negra. Ao falarem sobre a violência urbana Souza e Lima (2007) afirmam que esta atinge principalmente a população negra e do sexo masculino. Um estudo do UNICEF mostrou que para cada criança

branca vítima da violência urbana no Brasil, duas crianças negras são mortas (ESTADÃO, 2006).

Os achados de Gomes *et al* (2006) apontaram que a maioria (70,6%) das crianças e adolescentes atendidas no Serviço de Apoio à Mulher onde ocorreu a pesquisa era composta por negras ou pardas, sendo a agressão de natureza sexual a mais prevalente.

Camargo *et al* (2005) acrescentam que 90% das vítimas de violência que atinge as crianças e adolescentes na atualidade são afrodescendentes (negros e pardos). Conforme Oliveira (2003) e Bastos (2001) a população negra está mais sujeita às consequências da violência estrutural, mais presente nas comunidades mais pobres. A violência estrutural, de acordo Minayo (1991), é a origem dos maus tratos contra as crianças e adolescentes brasileiros, sendo esta representada pela desigualdade social, exclusão e privação da cidadania.

É importante salientar que a etnia por si só não determina a existência de violência. Contudo, as crianças negras estão mais vulneráveis a diversos tipos de violência devido ao fato de possuírem uma trajetória social marcada pela discriminação e vulnerabilidade nas relações de poder, nas quais os negros sempre foram inferiorizados, sendo muitas vezes expostos a humilhações e castigos de natureza física e sexual.

Independente de qual seja a etiologia do agravo que gera uma situação de urgência e emergência à criança, esses casos apresentam grande importância, devido ao fato de comprometerem a higidez e qualidade de vida do infante – muitas vezes levando-o a óbito – e por gerar ônus ao sistema de saúde, com elevados índices de internação.

É possível que as urgências de natureza clínica sejam amenizadas a partir de assistência rápida e adequada, resgatando a saúde da criança e evitando a evolução do quadro para níveis mais elevados. Ademais, no que concerne às violências e acidentes, é possível que toda e qualquer situação de urgência sejam evitadas por meio da adoção de cuidados preventivos dentro e fora do domicílio e pelo desenvolvimento de políticas públicas de proteção à infância.

2.2 CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE DA POPULAÇÃO NEGRA NO BRASIL

As comunidades quilombolas são grupos sociais distintos de outros grupos populacionais por conta de sua identidade étnica (BRASIL, 2004b). Essa identidade é definida basicamente pela experiência vivida e pelo compartilhamento de diferentes trajetórias históricas de resistência às influências exteriores, o que possibilita a continuidade do grupo (NERY, 2004).

Dal’vesco (2006) acrescenta que essa obstinada resistência é a marca original da diversidade cultural negra brasileira. Vítimas da antiga escravidão e das desigualdades raciais, as populações negras foram historicamente excluídas de condições de vida dignas para o exercício de sua cidadania. Contudo, ao invés de se resignarem a uma vida marcada pelo preconceito e pela inferioridade, estas pessoas, através da preservação de seus traços culturais africanos, tornaram-se um foco de resistência, sendo a música, a dança, a religião, a estética pessoal, a história e a literatura algumas das formas de manifestação da sua cultura.

Embora a maioria dos habitantes dessas comunidades descendam de etnias africanas – até mesmo pelo fato de os quilombos terem sido formados por ex-escravos como forma de se libertarem do regime escravagista – a identidade étnica destes indivíduos trata-se de um processo de auto identificação, não se reduzindo a elementos materiais ou traços biológicos distintivos, a exemplo da cor da pele (BRASIL, 2004b).

Os remanescentes de quilombos possuem um abastado acervo cultural, assegurado pela Constituição Federal de 1988 em seus artigos 215 e 216, os quais se relacionam à sua preservação, elegendo as terras onde se encontram essas comunidades como Território Cultural Nacional (NERY, 2004).

Convém lembrar que desde a Abolição da Escravatura – acontecida em 1888 – até a década de 1980, a população quilombola se manteve privada de seus direitos de cidadão. A partir desta Constituição, portanto um século após a abolição, esse grupo passou a ser encarado como detentor de direito à cidadania e, por conseguinte, à saúde, à educação, condições dignas de vida e defesa da terra, sendo os direitos territoriais reconhecidos e consolidados no Artigo 68 do documento constitucional (BRASIL, 1988).

Além da afirmação do direito às terras e a garantia do exercício dos direitos culturais, com a promulgação da nova Constituição foi instituído formalmente o SUS, que incorporou os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária, sendo norteado por três princípios doutrinários – universalidade, integralidade e equidade – os quais asseguram a todo cidadão o acesso digno aos serviços de saúde.

A universalidade diz respeito à garantia de acesso à saúde a todos os indivíduos de forma igualitária em todos os níveis de assistência. A integralidade pressupõe que as pessoas sejam visualizadas de forma integral, garantindo ações em todas as modalidades de atenção à saúde: prevenção, promoção, cura e reabilitação. A equidade pressupõe que sejam consideradas as diferenças entre as populações na disponibilidade dos serviços de saúde no sentido de priorizar os grupos populacionais mais vulneráveis, ou seja, os que apresentam maior precariedade nas

condições de vida e saúde, como é o caso de quilombolas, bem como da população negra em geral.

Embora estes princípios tenham sido incorporados ao atual sistema de saúde, na prática, observa-se que ainda não ocorreu, de fato, a sua efetivação. Isto pode ser constatado a partir da análise dos indicadores de saúde entre negros e brancos, o que permite compreender que há disparidades na atenção a determinados grupos populacionais, destacando as iniquidades de acesso que, possivelmente, são produto das desigualdades sociais que refletem a herança negativa do período escravocrata.

De acordo com Cunha (2008), o Brasil possui a segunda maior população negra do mundo, com quase 50% de seu povo auto classificado como afrodescendente (pardos ou pretos) como resultado do processo histórico da escravidão iniciado a partir do século XVI.

A construção social das desigualdades entre brancos e negros interfere na forma de viver destas pessoas e faz-se evidente nas disparidades das condições de existência entre um grupo e outro. Conforme Bastos (2001) as condições socioeconômicas vigentes no Brasil são desfavoráveis à população negra. Lopes (2004) destaca que os negros, além de ocuparem lugares desiguais na sociedade, também possuem experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer.

São múltiplas as vias pelas quais o social, o econômico, o político e o cultural interferem sobre a saúde de uma população. No caso da população negra, o meio que exclui e nega o direito natural de pertencimento também determina condições especiais de vulnerabilidade (LOPES, 2004), especialmente a social e institucional.

Conforme Ayres (2003) *apud* Sousa *et al* (2011) a vulnerabilidade social diz respeito às condições de bem-estar que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e liberdade de pensamento e expressão, de forma que quanto menor a possibilidade de interferência nas instâncias de tomada de decisão, maior o grau de vulnerabilidade. Já a vulnerabilidade institucional relaciona-se a aspectos como: compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema; ações propostas e implantadas por estas autoridades; coalizão interinstitucional e intersetorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho, etc.) para a ação; planejamento e gerenciamento dessas ações, financiamento de programas, etc.

Como resultado destas condições de vulnerabilidade e da resignação do poder público, observa-se que é a população afrodescendente quem ocupa as posições de menor prestígio na sociedade, liderando os mais altos escalões quando se trata de precariedade das condições de vida. Cunha (2008) compartilha deste pensamento ao assegurar que os mapas de pobreza se

superpõem com os da distribuição por etnia, de forma que, no Brasil, são os negros que ocupam as posições menos qualificadas e pior remuneradas, apresentam níveis de instrução mais baixos, residem em áreas de baixa infraestrutura e têm menor acesso aos serviços de saúde que, quando existentes, são de pior qualidade e menor resolutividade.

Embora indicadores acerca da população quilombola sejam importantes para demonstrar as condições nas quais estas pessoas vivem, não são suficientes para que possamos compreender suas formas peculiares de significar a vida e descrever seus comportamentos diante da mesma. Ademais, há carência na literatura de informações a este respeito. Por ausência de dados específicos da população quilombola, serão analisados alguns indicadores da população negra, pois, devido ao fato de os quilombolas serem em grande parte desta raça, estes dados também refletem as condições de vida, saúde e desigualdade experimentada por este grupo social.

A análise do acesso ao sistema de ensino por pessoas de raça negra e branca permite a compreensão de que as desigualdades são refletidas nas taxas de analfabetismo. Dados de 1988, 1998 e 2008 revelaram que, nas três décadas, essa taxa foi maior entre pretos e pardos que entre os brancos em todas as faixas etárias. A taxa de analfabetismo entre homens brancos acima de 15 anos foi de 6,0% e entre as mulheres desta raça foi de 6,4%. Entre os homens pretos e pardos foi de 14,0% e das mulheres pretas e pardas foi de 13,2% (Paixão *et al.*, 2010).

A partir da análise destes indicadores é possível inferir que as questões de gênero e raça ainda interferem (e muito) nas oportunidades de estudo no Brasil. Na população negra, os índices de analfabetismo são maiores que entre os brancos, sendo que, em ambos os casos, o número de homens analfabetos é maior que o das mulheres, o que pode ser explicado pelo fato de os homens, muitas vezes (especialmente entre as populações mais carentes), terem de abandonar os estudos precocemente para contribuir com a renda domiciliar.

Em relação aos anos de estudo, observou-se que os negros encontram-se em desvantagem em relação aos brancos. Em 2009, a população branca tinha 8,4 anos de estudo contra 6,7 da população negra (IPEA, 2011). Isso reflete a influência da questão racial no quesito educação, pois mesmo as políticas sociais favorecendo o acesso às populações vulneráveis, entre estas os indicadores são mais precários quando comparados à população branca.

Quando se direciona a comparação ao público infantil, percebe-se que as desigualdades se mantêm, pois as crianças afrodescendentes encontram-se em maior número fora da escola que as brancas. Verificou-se que em duas décadas seguidas (1998 e 2008) o número de crianças pretas e pardas entre 0 e 3 anos de idade que não frequentava a creche foi maior que entre as

crianças brancas. Ademais, quanto à rede de ensino, ficou constatado que, em 2008, enquanto 71,4% das crianças afrodescendentes frequentavam creches públicas, entre as crianças brancas este número foi de 51,9% (PAIXÃO *et al.*, 2010). No ano de 2009, o percentual de crianças brancas nesta faixa etária que estavam matriculadas em creches foi de 20,2%, ao passo que entre as crianças negras foi de 16,7% (IPEA, 2011).

No que concerne ao acesso ao nível superior as desigualdades ainda se mantêm: a taxa de escolarização líquida no ensino superior – que mede a proporção de pessoas matriculadas no nível de ensino adequado para sua idade – no ano de 2009 foi de 21,3% entre a população branca, contra apenas 8,3% da população negra. A taxa de escolarização de mulheres brancas no ensino superior é de 23,8% enquanto para as mulheres negras este número chega a apenas 9,9%. A diferença entre estes valores se mostra ainda grande, mesmo com as políticas de expansão das universidades, revelando que as desigualdades raciais determinam e limitam as trajetórias de jovens negros (IPEA, 2011).

Como consequência das disparidades de acesso ao sistema de ensino entre negros e brancos, muitos afrodescendentes não conseguem chegar à universidade e concluir o ensino superior, ou seja, conquistar uma profissão. Os resultados se refletem nas taxas de desemprego e nas condições de trabalho e renda, mantendo as desigualdades também no mercado de trabalho, de forma que para maioria das pessoas de raça negra resta a prestação de serviços de mais baixa qualidade e menor remuneração quando comparados aos brancos.

Dados de 1991, 2000 e 2010 divulgados pelo DAIASUS atestaram que nestas três décadas a taxa de desemprego de pessoas de 16 anos ou mais de idade foi maior entre pretos (5,44%, 16,96% e 8,93%, respectivamente) e pardos (5,53%, 16,69% e 8,85%) que entre os brancos (4,37%, 13,07% e 6,00%) (DATASUS, 2010a).

No que se refere à carteira assinada, em 2009, os homens brancos foram os que apresentaram maior índice de formalização (43%) e as mulheres negras as que apresentaram o pior (25%) (IPEA, 2011). Estes dados salientam, mais uma vez, a interferência das questões de raça e gênero no mercado de trabalho demonstrando que o fato de ser mulher, acrescido ao de ser negra, determina maiores dificuldades nas condições de emprego.

A análise da proporção de pessoas com baixa renda, a partir de dados de 2010 do DATASUS, assinalou que a proporção de pretos e pardos com renda inferior a 1/2 do salário mínimo (à época R\$ 510,00) foi maior que entre os brancos: 41,10%, 45,47% e 23,53%, respectivamente (DATASUS, 2010b).

Convém dizer que na década passada, com a criação do Programa Bolsa Família (PBF) em 2003, houve redução da pauperidade e, conseqüentemente, das desigualdades sociais para pessoas em condição de vulnerabilidade, a exemplo das populações negras e pobres, que são as maiores beneficiárias desta política social conforme demonstram Paixão *et al* (2010) cujos dados revelam que, no ano de 2007, dos beneficiários do PBF 34,6% eram de pessoas brancas e 65,4% de pretos e pardos.

De acordo com Siqueira *et al* (2013, p. 37) “esta iniciativa representa a diáspora de muitas famílias da linha da pobreza à acessibilidade”. Observa-se, contudo, que mesmo tendo havido redução da pobreza e das desigualdades, entre os negros a renda ainda é significativamente mais baixa que entre os brancos, demonstrando o peso da questão racial nas condições de vida e, conseqüentemente, de saúde.

Quanto aos indicadores de saúde, sua análise demonstra o predomínio das desproporções também nesta área. Ao confrontar os dados relativos à esperança de vida ao nascer que, conforme Belon e Barros (2011) corresponde ao número médio de anos esperados que um recém-nascido tenha de vida, desde que mantidas as condições de mortalidade no período de tempo considerado, observa-se que desde o nascimento as crianças negras encontram-se em desvantagem em relação às brancas.

Números divulgados pelo Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009/2010 do ano de 2008 relativos à tábua de vida da população atestaram que, enquanto entre a população branca a esperança de vida ao nascer era de 73,13 anos, para a população negra e parda este número era de 67,03 anos (PAIXÃO *et al.*, 2010).

Essa diferença – de 6,1 anos – é significativa e pode ser explicada pelas desigualdades sociais que cerceiam os afrodescendentes em todo o seu ciclo vital, visto ser a expectativa de vida relacionada às condições de existência, que são determinadas pelo acesso da população a bens e serviços com alto potencial de interferir no modo e na qualidade de vida das pessoas, a exemplo do acesso à saúde, educação, lazer, transporte, alimentação e outros que são refletidos nos anos de vida que um indivíduo terá.

Quando se confronta os indicadores relacionados ao acesso ao sistema de saúde, notase que entre as pessoas brancas este é maior que entre os de raça negra. Ademais, para os negros, o acesso ocorre majoritariamente no sistema público, ao contrário da população branca, demonstrando que entre aquelas pessoas a possibilidade de custear serviços particulares é menor que entre estas últimas.

Dados de 2008 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011) asseveram este pensamento ao revelarem que, naquele ano, a proporção da população branca atendida no sistema de saúde no Brasil foi de 97,3% enquanto este número foi de 95,0% para a população negra. No que diz respeito especificamente aos atendimentos ofertados pelo SUS, a população negra representa 67%, e a branca, 47,2% de todos os atendimentos.

Essas desigualdades são mantidas também no que concerne ao acesso a planos de saúde que, entre os brancos, ocorre mais amplamente que entre negros e pardos. Em 2008, enquanto 34,9% da população branca contava com estes planos, para a população negra o número foi de apenas 17,2% (IPEA, 2011). Ademais, no que diz respeito à qualidade dos planos de saúde foi constatado que, naquele ano, dos planos que podiam ser considerados como de boa qualidade, o percentual de cobertura foi maior entre as pessoas brancas que entre os afrodescendentes: 32,1% para aqueles contra 25,5% para estes últimos (PAIXÃO *et al.*, 2010).

A população brasileira em geral enfrenta diversos obstáculos para o atendimento das suas necessidades de saúde, pois mesmo sendo o SUS universal, este sistema ainda encontrase em paulatino progresso. Infere-se, contudo, que devido ao contexto de vulnerabilidade da população negra, para estas pessoas as dificuldades são mais acentuadas, até mesmo porque são elas quem compõe percentual significativo de usuários do sistema público, cujo atendimento é marcado por maior precariedade, dificuldade de acesso e demora para suprir as necessidades da população que nos serviços particulares.

Os planos de saúde tendem a proporcionar maior rapidez no atendimento, o que, em alguns casos, pode ser determinante para a integridade da saúde do indivíduo. Desta forma, o acesso à rede privada não significa necessariamente melhor qualidade de atendimento, mas a oferta de cuidados mais rápidos, que são determinantes na recuperação e na qualidade de vida (IPEA, 2011).

No que concerne ao tipo de atendimento, foi evidenciado pelo Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009-2010 que, em todas as regiões brasileiras, a busca por atendimento preventivo teve percentuais maiores entre as pessoas brancas, ao passo que entre os negros a busca por atendimento curativo foi maior (PAIXÃO *et al.*, 2010).

Esta informação nos permite inferir que a busca entre os negros foi maior para atendimento curativo devido à dificuldade que as pessoas deste grupo populacional encontram em acessar o sistema de saúde, fazendo-o prioritariamente quando algum agravo já se encontra instalado, sendo que a ausência de busca por cuidados preventivos pode determinar a incidência de doenças e outros problemas de saúde.

Números relativos ao cuidado preventivo com as mamas demonstraram que, no Brasil no ano de 2008, foram as mulheres brancas quem mais realizou o exame clínico e a mamografia. Na faixa etária de 40 anos ou mais, no período inferior a um ano, 45,1% das mulheres brancas haviam realizado o exame clínico das mamas e 40,2% a mamografia. Já entre as negras na mesma faixa etária, os percentuais foram de 33,1% e 28,7%, respectivamente (IPEA, 2011).

Quando se observa o indicador relativo às mulheres de 25 anos de idade ou mais que nunca realizaram o exame clínico das mamas, percebe-se que, mais uma vez, as mulheres pretas e pardas encontram-se em desvantagem em relação às brancas: enquanto entre as primeiras o percentual foi de 37,5%, entre estas últimas foi de 22,9% (PAIXÃO *et al.*, 2010).

Em se tratando das crianças, verificou-se que a não obtenção de serviços de saúde teve maiores percentuais entre as negras que as brancas. No que diz respeito ao acesso a tratamento odontológico, dados de 2008 revelaram que enquanto 38,4% das crianças brancas de até 5 anos de idade nunca haviam recebido nenhum atendimento desta natureza, este número entre as crianças pretas e pardas foi de 53,3% (PAIXÃO *et al.*, 2010).

Quanto à segurança alimentar e nutricional, que diz respeito ao acesso do cidadão a alimentos em quantidade suficiente, com qualidade e regularidade (BELIK, 2003), de forma a garantir as condições necessárias à manutenção da saúde e adequado desenvolvimento, especialmente para crianças, dados de 2004 deram conta de que nos domicílios em que residiam crianças e adolescentes pretos e pardos, a situação de insegurança alimentar era superior à dos brancos. Assim, enquanto esta foi de 57,0% entre os pretos e pardos, entre os brancos foi de 32,8% (PAIXÃO *et al.*, 2010).

As diferenças apontadas por estes números, além das dificuldades enfrentadas pelos negros no Brasil, refletem a falta de acesso a políticas de saúde que tenham sido projetadas a partir das peculiaridades destas comunidades consideradas vulneráveis.

Dados que contemplem especificamente as condições de saúde, educação e acesso aos aparelhos estatais pela população quilombola são raros na literatura, necessitando de estudos mais aprofundados a este respeito. Contudo, por se tratar majoritariamente de pessoas de raça negra, os dados supracitados refletem a realidade das pessoas que convivem nestas comunidades.

A partir desta análise comparativa, verifica-se que o panorama de desigualdades instalado no nosso país está fortemente relacionado ao critério raça/cor e, ao mesmo tempo, determina as dificuldades para as pessoas negras acessarem serviços considerados necessários ao alcance da qualidade de vida. Isto significa dizer que o fato de pertencer à raça negra se

relaciona aos obstáculos que o indivíduo encontra desde o nascimento, de forma que, para conquistar a qualidade de vida, o negro tem que fazer mais esforços que o branco.

De acordo com a Constituição Brasileira todos são iguais perante a lei. Na prática, contudo, observa-se que as diferenças existentes entre grupos populacionais e que são relacionadas ao *status* econômico e à raça condicionam as pessoas a padrões de vida divergentes, demonstrando que o local ocupado na sociedade não é o mesmo para todos os indivíduos, pois, conforme Lopes (2004) a pobreza no Brasil tem raça/cor, sexo e etnia.

Vale salientar que o acesso a bens e serviços sociais é que determinam em última instância as condições de vida e, conseqüentemente, de saúde de um indivíduo, pois em uma concepção mais ampla esta é mais que a ausência de doença, sendo considerado um adequado estado de bem estar físico, mental e social que permite às pessoas realizarem suas aspirações e satisfazerem suas necessidades (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Isso significa dizer que o alcance da saúde em sua plenitude está atrelado à existência de condições dignas de vida, como o acesso aos serviços básicos (saneamento, água tratada), ao sistema de saúde, lazer, educação e transporte. Para tanto, convém que haja maior visibilidade das questões raciais e culturais, garantindo a valorização da diversidade e a reformulação das políticas públicas para a promoção da equidade, pois, de acordo com Lopes (2004) um dos primeiros passos para minimizar as vulnerabilidades é identificar os direitos não efetivados e, em seguida, elaborar estratégias de promoção.

2.3 ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS NA BUSCA DE CUIDADOS À SAÚDE

A vivência do adoecimento, a prestação de assistência, o empreendimento de busca por cuidados nos sistemas de saúde e a lógica que direciona essa busca são particulares a cada indivíduo e grupo social e em seu conjunto compreendem o que se chama IT.

De acordo com Alves e Souza (1999) o principal objetivo da literatura socioantropológica sobre IT é a interpretação dos processos que orientam a escolha, avaliação e adesão de indivíduos ou grupos sociais a determinadas formas de tratamento, fundamentando-se na evidência de que as pessoas, especialmente nas sociedades modernas complexas, encontram diferentes maneiras de resolver seus problemas de saúde.

Conforme Alves e Souza (1999), os primeiros trabalhos sobre IT tiveram origem a partir do termo criado por Mechanic e Volkart em 1960, conhecido como *illness behaviour* ou comportamento do enfermo, que pressupõe ser a conduta dos indivíduos orientada

racionalmente para satisfazer as suas necessidades, de forma que as escolhas são avaliadas em termos de custo-benefício e cada um procura obter maiores vantagens possíveis em suas transações, sendo esta concepção considerada voluntarista, racionalista e individualista por estes autores.

Ao considerar que a escolha é feita racionalmente e fundamentada no comportamento de mercado, esta concepção exclui a influência da expressão sociocultural na tomada de decisões, aspecto que induz em grande escala na eleição dos cuidados a serem adotados com a saúde.

Alves e Souza (1999) acrescentam que uma segunda (e talvez mais importante) vertente dos estudos sobre *illness behaviour* procurou investigar a determinação dos valores culturais nas respostas do indivíduo aos problemas de saúde, identificando os fatores culturais e/ou elementos cognitivos que influenciam a utilização dos serviços de saúde e os aspectos cognitivos dos pacientes referentes ao processo de tratamento, tendo se destacado os trabalhos de Zborowski (1952) e Koos (1954).

Mângia e Muramoto (2008) referem ser o conceito de IT polissêmico, pois há diversas explicações e definições para ele. Para estas autoras a compreensão do IT relaciona-se ao entendimento sobre como as pessoas e os grupos sociais realizam escolhas e aderem ou não ao tratamento.

Gerhardt (2006) define IT como sinônimo de busca de cuidados terapêuticos que permite descrever e analisar práticas individuais e socioculturais em termos de caminhos percorridos por indivíduos para solucionarem seus problemas de saúde.

Conforme Alves e Souza (1999) o IT é um conjunto de planos, estratégias e projetos voltados para o tratamento da aflição, sendo resultado de um determinado curso de ações, uma ação realizada ou o estado de coisas provocadas por esta ação e estabelecido por atos distintos que se sucedem e se sobrepõem.

As ações que constituem o IT são fundamentadas em diferentes processos de escolha e decisão. O processo de escolha refere-se a uma gama de possibilidades que estão ao alcance do indivíduo e, para realizá-la, o sujeito transforma seu ambiente social (que lhe impõe diversas alternativas que estão fora do seu controle) em um campo de possibilidades problemáticas, dentro do qual as ações são controladas pelo indivíduo que opta por um determinado caminho em detrimento de outros, sendo estas possibilidades decorrentes de construções do indivíduo (ALVES; SOUZA, 1999).

A partir do exposto, pode-se dizer que IT é o conjunto de práticas e estratégias de cuidado adotadas pelo indivíduo e/ou sua família quando da existência de um agravo à saúde – com o intuito assegurar o tratamento e garantir o restabelecimento da higidez – ou quando se deseja melhorar sua condição, englobando a motivação que direciona estes indivíduos na prática ou na busca por cuidados terapêuticos para satisfação de suas necessidades de saúde, sendo esta diretamente associada ao contexto sociocultural e à disponibilidade de recursos.

Neste estudo, a partir de uma vertente compreensiva, é adotado o conceito de IT introduzido por Gerhardt (2006) e apresentado acima, visto ser este o que melhor se aplica a uma pesquisa que busca compreender práticas e estratégias individuais e coletivas de cuidados, bem como os caminhos empreendidos na procura da almejada atenção à saúde na perspectiva de resolução do agravo, sendo este influenciado diretamente pelo contexto sociocultural no qual o indivíduo encontra-se inserido.

De acordo com Alves e Souza (1999) a análise do IT não deve se limitar à identificação da disponibilidade de serviços, modelos explicativos e utilização que as pessoas fazem das agências de cura, pois tais elementos, embora importantes, são insuficientes para compreender o complexo processo de escolha. É imperativo considerar que a escolha de tratamento é influenciada pelo contexto cultural em que ela ocorre.

Langdon e Wiik (2010, p. 174) concordam com este pensamento ao afirmarem que se devem pensar as questões inerentes à saúde e à doença a partir dos contextos socioculturais específicos nos quais as mesmas ocorrem. Para estes autores, a cultura provê às pessoas uma visão de mundo na qual está contida a questão da saúde e da doença, orientando seus conhecimentos, práticas e atitudes.

De fato, há diversos grupos sociais em todo o mundo, dentre os quais podem ser percebidas diferenças na forma de se comportar e na orientação para a tomada de decisões relacionadas a diferentes aspectos do cotidiano como o matrimônio, criação da prole, alimentação, saúde e doença, sendo estas diferenças inerentes a cada grupo populacional e condizentes com a cultura dos mais diversos lugares, sendo que, muitas vezes, a cultura se difere dentro de uma mesma população, sendo identificadas diversas variações culturais dentro de uma mesma cultura.

Cultura é definida por Geertz (1989) como um padrão de significados que são transmitidos historicamente e herdado em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem conhecimentos e atividades em relação à vida.

Helman (1994) refere que os seres humanos, enquanto membros de uma sociedade, herdaram a cultura, sendo esta um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) que mostram aos indivíduos a forma de ver o mundo, vivenciá-lo emocionalmente, comportar-se dentro dele (em relação a outras pessoas, deuses, forças sobrenaturais e meio ambiente) e transmitir estes princípios à geração seguinte utilizando-se de símbolos, linguagem, ritual e artes. Acrescenta o autor que “a cultura pode ser considerada como uma lente herdada, através da qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo viver dentro dele” (p.23).

Conforme Langdon e Wiik (2010) a cultura é aprendida, compartilhada e padronizada. É aprendida, visto que seu compartilhamento por indivíduos de uma determinada sociedade é que torna as potencialidades de formação e desenvolvimento humano em atividades específicas, diferenciadas e simbolicamente inteligíveis e comunicáveis. É compartilhada, porque consiste numa criação humana, partilhada por grupos sociais específicos; e padronizada porque as interações sociais dos indivíduos é que padronizam os conteúdos e atribuições simbólicas a ela atrelados. Budó *et al* (2008) acrescentam ser a cultura um processo dinâmico que sofre influência de diversos fatores históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos.

Ao mesmo tempo em que sofre influência destes fatores, ela também influencia o modo como são percebidos e encarados os eventos da vida cotidiana, interferindo nas respostas dos sujeitos e na organização da sociedade para enfrentamento dos problemas. Um destes eventos refere-se aos cuidados em saúde, de forma que a percepção acerca da doença e as crenças sobre as melhores práticas cuidativas existentes em determinado contexto sociocultural é que direcionam a tomada de decisões de indivíduos ou grupos existentes na sociedade.

Conforme Leite e Vasconcelos (2006, p. 121) “a cultura fornece os elementos para que os eventos e as práticas do cotidiano, inclusive às relativas à saúde, sejam compreendidas e aceitas ou inteligíveis”. Gutierrez e Minayo (2010) salientam que além de definirem o que é saúde, os padrões culturais definem também o que é cuidado adequado de saúde, formatando os sentidos destes eventos e as condutas a serem adotadas.

A relação entre experiência da enfermidade, cuidados de saúde e contexto cultural é amplamente explorada nos trabalhos do psiquiatra e antropólogo Arthur Kleinman, que segue o caminho da antropologia interpretativa ou hermenêutica que, conforme Eckert (1994) é uma “nova” modalidade de antropologia, proposta por Clifford Geertz, que se opõe à antropologia tradicional e é gerada por um paradigma hermenêutico, caracterizado como compreensivo. Esta vertente da antropologia busca a compreensão a partir da interpretação por parte do pesquisador (com base no seu contexto cultural) dos símbolos e significados partilhados por membros de

uma cultura a partir da compreensão que estes indivíduos têm (encontro intersubjetivo), considerando a subjetividade dos sujeitos, a perspectiva histórica e o contexto cultural.

Para Kleinman (1978) saúde, doença e cuidados de saúde fazem parte de um sistema cultural, chamado de Sistema de Cuidados à Saúde, no qual estes três elementos possuem uma estreita relação, devendo ser compreendidos a partir da conexão que um estabelece com o outro.

No sistema cultural são construídos modelos explanatórios que, a partir da leitura de Kleinman e Sung (1979), são entendidos como noções que levam o indivíduo a perceber e interpretar a doença e, a partir daí, desenvolver mecanismos de cura, sendo que estes modelos se distinguem de acordo com o contexto cultural de cada indivíduo e grupo.

Conforme Kleinman (1978) o conceito de doença apresenta duas perspectivas distintas, sendo representado nos termos da antropologia médica como *disease* e *illness*. *Disease* denota um mau funcionamento nos processos biológicos ou psicológicos, ao passo que *illness* diz respeito à experiência da doença e a reação social a ela. Assim, “*illness* é o modo como o paciente, sua família e sua rede social percebem, rotulam, explicam, avaliam e respondem à *disease* (doença)” (p.88).

A partir destes conceitos, pode-se apreender que *disease* diz respeito a um processo físico que envolve alterações orgânicas resultantes da manifestação da doença, enquanto *illness* relaciona-se a um processo subjetivo relativo à interpretação e significação que o sujeito e as pessoas que o cercam dão à experiência real da doença.

Kleinman (1978) salienta que *disease* e *illness* são modos diferentes de explicar a doença que resultam de diferentes modelos explanatórios e suas construções sociais da realidade. Desta forma, compreende-se que o conceito de *disease* está associado ao modelo explanatório dos profissionais de saúde, ao passo que o conceito de *illness* se aproxima mais do modelo explanatório popular. Assim, conforme Kleinman e Sung (1979) pacientes e cuidadores são guiados por modelos explanatórios diferentes na escolha das terapias para tratar o fenômeno da doença que, em última instância são moldados culturalmente.

Dentro do sistema de cuidados à saúde Kleinman (1978) reconhece a existência de três subsistemas (que ele chama de “arenas”), a saber: o popular, o profissional e o folk. O conhecimento do subsistema popular deriva do senso comum e inclui a compreensão familiar acerca do adoecimento e cuidado, bem como a rede social e comunitária do indivíduo. É neste domínio que são tomadas as decisões sobre quando procurar outros subsistemas. O folk é constituído por especialistas de cura não profissionais, ou seja, aqueles que praticam a medicina

não científica e, por último, o subsistema profissional que consiste da medicina científica profissional.

Helman (1994) salienta que em cada um destes subsistemas há meios próprios de explicar e tratar as doenças, de definir quem é o curador e quem é o paciente e de especificar como deve ser a interação destes em seu encontro terapêutico.

A partir da experiência da doença e definição de saúde e cuidados em saúde padronizada e compartilhada em cada contexto sociocultural, os indivíduos traçam seu IT através da realização de práticas cuidativas e por meio da busca de cuidados no sistema de atenção à saúde, sendo que a construção do IT pode ocorrer no subsistema profissional/formal ou informal (popular e *folk*), individualmente ou concomitantemente. Conforme Conill *et al* (2007) estes três subsistemas são sobrepostos e os IT construídos pelas pessoas e suas famílias não seguem, necessariamente, um mesmo sentido de percurso ou hierarquia.

Amadigi *et al* (2009) referem ser o subsistema profissional formado pelas profissões de cura organizadas e com aprendizado formal, legalmente reconhecidas e representadas nas sociedades ocidentais pelo saber biomédico. Conill *et al* (2007) acrescentam que esse subsistema engloba a rede de serviços de saúde, tanto públicos quanto privados, incluindo os profissionais que são reconhecidos legalmente e que possuem o poder para diagnosticar, prescrever e realizar cuidados.

Neste subsistema, o modelo explanatório ao qual se referia Kleinman se relaciona ao modelo biomédico que, influenciado pelo paradigma cartesiano, é altamente centrado na patologia, possui enfoque mecanicista, simplificado e unidimensional, privilegiando o tratamento do corpo como uma forma de tratar mecanicamente as disfunções existentes nele, sendo uma de suas características mais relevantes a objetificação do sujeito, gerando uma notável cisão entre corpo e mente e, com isso, desprezando a subjetividade do indivíduo que, dentre outros aspectos, é influenciada pelo contexto cultural ao qual este pertence.

Ao falar sobre o paradigma biomédico Amadigi *et al* (2009) reconhecem a existência de benefícios deste modelo como a promoção do alívio do sofrimento, da dor e a cura das doenças. Contudo, os autores apontam a existência de limites, especialmente na esfera da subjetividade humana, como a compreensão particular da doença e a vivência do processo de adoecimento e sofrimento que é bastante complexo e envolve as dimensões psicológica, social, cultural e transcendental.

Os cuidados fornecidos neste subsistema coincidem com o que Collière (1999) chamou de cuidados médicos, que se reconhecem como os únicos científicos. Antes do surgimento da

clínica, os homens eram orientados pela ordem metafísica (que permitia discernir as causas do bem e do mal e interpretar as forças maléficas, portadoras do mal, da doença e da morte) e se relacionavam com o universo, acreditando que isto gerava as boas forças que afastavam o mal e a morte. Xamãs e padres eram os mediadores entre a ordem física e a metafísica e cabia-lhes afastar o mal. Com o nascimento da clínica, surge a figura do médico como mediador dos sinais e sintomas do mal portado pelo doente, sendo o combate a este a sua finalidade.

A partir do surgimento da clínica, dos cuidados médicos e da intensa especialização destes profissionais, o cuidado tornou-se cada vez mais superficial e baseado no modelo científico, dando lugar ao tratamento do corpo físico e exaltando a predominância do modelo biomédico nos cuidados à saúde.

Segundo Collière (1999) os laços tecidos entre homem e universo desapareceram, o campo próprio da pessoa doente foi obliterado, o foco é o espaço tissular ou celular portador do sinal da doença e o objeto dos cuidados é isolado, separando-se as dimensões sociais e coletivas. A partir da exclusão de todas as outras concepções ou perspectivas de correntes muitas vezes milenares elaboradas face ao problema da vida e da morte, cuidar tornou-se tratar a doença.

A concepção de cura da doença a partir da consideração apenas dos aspectos biológicos do sujeito, em detrimento do contexto cultural do doente tornam o tratamento fornecido por este subsistema superficial, tecnológico e insuficiente. Conforme Oliveira (2002) a experiência da doença não está limitada à alteração biológica, embora esta lhe sirva de substrato para uma construção cultural. A doença é um fenômeno que abarca tanto as percepções culturais como a biologia.

De acordo com Kleinman e Sung (1979) dentro do sistema de cuidados à saúde, a cura não é apenas o resultado do esforço do curador, mas também uma condição relacionada à experiência da doença e os cuidados dentro de um contexto cultural, sendo necessário o reconhecimento e tratamento das características psicossociais e culturais da doença.

A perspectiva demasiadamente biologicista da doença e a desconexão entre cuidados prestados e contexto cultural fornecida neste subsistema tornam a assistência reducionista e mecânica e a relação entre cuidador e paciente reduzida a uma relação de mercado, na qual o profissional deste subsistema assume o papel de prestador de serviços e o paciente, o de cliente, o que faz com que os indivíduos e sua rede de apoio, muitas vezes, não recorram à medicina científica.

Scheper-Hughes e Lock (1987) afirmam que como legado do modelo cartesiano e o materialismo e individualismo da prática biomédica há hoje a perda do senso de integridade

corporal, de totalidade, de continuidade e de relacionamento com o mundo ao redor (tanto natural quanto social). O conjunto destes aspectos torna a assistência em saúde ofertada pelo subsistema profissional vazia e insuficiente, o que faz ampliar a busca por cuidados em outros subsistemas, já que o modelo biomédico é apenas uma entre as várias opções terapêuticas existentes.

Para além do subsistema profissional, há outras esferas de prestação de assistência à saúde que se caracterizam pelo provimento de um cuidado não formal, mas de grande significância, visto não ser apenas a atenção em saúde atrelada ao conhecimento científico válida, pois conforme Collière (1999) durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam a um ofício ou a uma profissão, mas correspondiam à ajuda entre as pessoas para garantir a continuidade da vida.

Helman (1994) afirma ser o subsistema informal um campo leigo, não profissional e não especializado da sociedade no qual são incluídas as alternativas terapêuticas adotadas pelas pessoas sem que haja consulta prévia a curandeiros tradicionais ou médicos, ou seja, profissionais da medicina científica. A assistência à saúde é prestada principalmente pela família que, de acordo com o autor, é a sede primeira da assistência à saúde em qualquer sociedade.

Kleinman e Sung (1979) referem ser o cuidado familiar o mais amplamente utilizado, pois na maioria das sociedades é a família quem fornece a maior parte dos cuidados, além de ser o local onde ocorrem as decisões e avaliações sobre estes.

A família também é citada por Kleinman e Geest (2009) que reconhecem ser a prestação de cuidados uma questão primariamente familiar, visto ser esta quem lida com as atividades da vida diária, lida com a dor e com a existência de problemas de saúde mais graves. Nepomuceno *et al* (2012) acrescentam que, além da cuidadora primária, ela é a gerenciadora das condições necessárias à realização do cuidado.

A assistência provida pela família destaca-se pelo seu início quando do nascimento do indivíduo, seja esta em face da doença ou não. De acordo com Collière (1999) os cuidados existem desde que surge a vida, pois são necessários à sua permanência. A autora define cuidar como manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à sua continuidade.

É no seio familiar que, inicialmente, são satisfeitas as necessidades as quais se refere a autora, de forma que a família é caracterizada como a unidade primária cuidadora e sem a qual a vida se extinguiria. É no convívio familiar que são aprendidas habilidades que garantem a

sobrevivência e o desenvolvimento humano, de forma que a prestação de cuidados, antes mesmo de ocorrer no subsistema profissional/formal e popular, passa pelo subsistema informal representada pela figura da família.

Convém dizer que a figura feminina é destacada dentro do contexto familiar como a principal provedora de cuidados, seja em circunstância de doença ou não. Kleinman e Geest (2009) reconhecem a existência de um forte viés de gênero no ato de cuidar, pois são as mulheres a maioria dos cuidadores.

A associação entre figura feminina e cuidado é histórica, visto ter sido criado um perfil estereotipado da mulher como executora de atividades concernentes à sensibilidade, o que torna tendencial a sua atribuição (mesmo que implícita) como a principal cuidadora da família. De acordo com Collière (1999, p. 33) “às mulheres competem todos os cuidados que se realizam a volta de tudo o que cresce e se desenvolve, e isto até a morte”. Neste contexto, a mulher cuida enquanto mãe, esposa e filha, em todo o ciclo vital, desde o nascimento até a morte.

Ao falar sobre a história dos cuidados, Collière (1999) distingue duas orientações para este: fazer recuar a morte e garantir a manutenção e continuidade da vida. Estes últimos englobam as atividades responsáveis por manter as funções vitais e, segundo a autora, durante milhares de anos, a prática de cuidados correntes, isto é, de cuidados cotidianos, liga-se fundamentalmente às atividades da mulher, pois é ela quem dá à luz e quem se encarrega de “tomar conta” de tudo o que mantém a vida cotidiana nos seus mínimos pormenores.

O subsistema informal corresponde ao que Kleinman chamou de subsistema (ou arena) “popular” e, segundo Conill *et al* (2007) além da família, este é composto pela comunidade, rede de amigos, grupos de apoio e autoajuda. Helman (1994) acrescenta que é neste subsistema que as doenças são primeiramente reconhecidas e definidas para posteriormente serem tratadas.

Dentre os recursos utilizados no subsistema informal destacam-se a automedicação, conselho ou tratamento (sugerido por familiares, amigos, vizinhos ou colegas de trabalho), atividades de cura ou assistência no âmbito religioso, participação em grupos de autoajuda e consulta a pessoas leigas que tenham experiência em determinadas modalidades de tratamento (HELMAN, 1994).

Além destes recursos, na construção do IT, os indivíduos e seu grupo social podem recorrer a outras opções terapêuticas que se encontram no chamado subsistema popular, denominado como “*folk*” por Kleinman. Conforme Helman (1994) este subsistema é mais utilizado em sociedades não ocidentais, sendo praticado por especialistas em métodos de cura que podem ser sagrados, seculares ou ambos.

Segundo Kleinman (1978) os especialistas de cura que compõem este subsistema são profissionais não reconhecidos pela medicina científica e, conforme acrescenta Helman (1994, p. 74), eles “não fazem parte do sistema médico oficial, e ocupam uma posição intermediária entre a alternativa informal e a profissional”.

Dentre os profissionais que compõem este subsistema podem-se citar os benzedores, parteiras, extratores de dentes, herboristas, curandeiros espirituais, clarividentes, xamãs, pajés, massoterapeutas, pais de santo, pastores, padres, astrólogos, curandeiros psíquicos, quiromantes, médiuns celtas, tarólogos, ciganos e profetas (HELMAN, 1994; LANGDON; WIIK, 2010; TEIXEIRA, 1995), sendo utilizados diversos recursos terapêuticos a exemplo de massagens, garrafadas, banhos medicinais, manipulação de ervas, preparação de chás, orações, rituais de cura, dentre outros.

Devido ao fato de os recursos terapêuticos empregados pelos curandeiros deste subsistema não serem caracterizados pelo cientificismo e, portanto, não coincidirem com aqueles utilizados no subsistema profissional, os pacientes, muitas vezes, não comunicam aos profissionais de saúde legalmente reconhecidos os recursos dos quais estão fazendo uso, pois, conforme afirmam Maliska e Padilha (2007), os pacientes têm receio de desaprovação ou repreensão, visto que o IT não segue necessariamente a lógica do modelo biomédico.

Sobre esse aspecto Oliveira *et al* (2012) referem que para atender as suas necessidades de saúde os usuários buscam caminhos e serviços que lhe atendam a sua demanda, contudo não há uma vinculação entre médico e família de modo que a confiança não se faz presente, pois o profissional muitas vezes discorda da terapêutica inicialmente proposta e ao, mudá-la, é gerada a ruptura da confiança no profissional.

Embora as práticas culturais de cuidado à saúde continuem a perpetuar-se, até mesmo porque muitas das medidas preventivas e terapêuticas propostas nesta vertente são eficazes, observa-se que o modelo biomédico de cura ainda é fortemente difundido, levando o indivíduo a recorrer ao modelo tradicional que muitas vezes não absorve nem aprova as práticas baseadas no contexto cultural e que foram previamente adotadas.

Conforme Maliska e Padilha (2007) a eficácia das práticas do sistema popular é amplamente reconhecida pelos indivíduos. Esse sistema se constrói a partir da experiência da doença e do cuidado dos doentes. Os conhecimentos são transmitidos de geração a geração, de modo que as pessoas expressam sua experiência, fornecem um conjunto de ideias, modelos cognitivos, expectativas e normas que guiam as respostas à experiência da doença.

Esta forma de assistência à saúde, caracterizada como milenar, é mais antiga que a profissional e em muitos aspectos se funde com as práticas do subsistema informal, especialmente no que concerne à família, visto que muitos destes curadores se tornaram especialistas a partir do aprendizado de práticas realizadas no seio familiar, alastrando esta forma de cuidado à saúde em comunidades inteiras e tornando a medicina não oficial amplamente utilizada, especialmente no mundo não ocidental, onde o poderio da biomedicina não é tão significativo quanto no ocidente.

Ademais, por se tratar de práticas de assistência à saúde que não privilegiam o tecnicismo e a manipulação do corpo humano como uma máquina, as ações realizadas neste subsistema promovem a integralidade do cuidado, buscando o equilíbrio entre corpo e mente e alcançando o holismo.

Helman (1994) compartilha deste pensamento ao afirmar que os curandeiros pertencentes a este subsistema possuem uma abordagem holística, pois seus tratamentos englobam todos os aspectos da vida do paciente, inclusive seus relacionamentos e, além dos sintomas físicos, os emocionais. Segundo o autor, em muitas sociedades não ocidentais estes aspectos estão atrelados à existência de saúde, que é considerada resultado do equilíbrio do indivíduo com os meios social, natural e sobrenatural, de forma que a existência de um distúrbio em qualquer destes meios pode resultar no aparecimento de sintomas físicos ou emocionais, exigindo os serviços de um curandeiro.

Além disso, convém salientar que os praticantes da medicina não oficial, por se tratar de indivíduos que compartilham do mesmo contexto cultural que seus pacientes, compreendem a influência da cultura na busca de cuidados de saúde, o que auxilia no respeito à subjetividade do indivíduo e permite uma relação mais próxima e homogênea com pacientes e familiares que buscam seus serviços.

Segundo Helman (1994, p. 75) “muitos curandeiros populares compartilham os mesmos valores culturais básicos e visões de mundo das comunidades em que vivem, incluindo crenças sobre a origem, significado e tratamento de doenças”.

Ao falar sobre as alternativas oferecidas por este subsistema Teixeira (1995) cita como vantagens a proximidade entre paciente e curandeiro, o tratamento no ambiente do indivíduo, o respeito aos valores culturais da comunidade onde vive e o uso de linguagem coloquial, possibilitando a comunicação entre ambos e a troca de explicações culturalmente familiares e aceitas sobre as causas das doenças.

De acordo com Leite e Vasconcellos (2006) quando opta por um curandeiro popular, o indivíduo está optando por uma explicação que lhe é inteligível acerca da doença por ser condizente à sua percepção do fenômeno, possibilitando a sua compreensão e aceitação.

O compartilhamento de uma mesma linguagem entre curandeiro e paciente torna a relação simétrica e isonômica, empoderando o indivíduo na sua terapêutica e possibilitando a este compreender tudo o que se refere à sua saúde, sendo este um dos contrastes deste subsistema com o profissional, no qual a linguagem é muito técnica e, devido ao fato de os profissionais considerarem a legitimidade do saber científico superior em relação ao popular é gerada uma relação de poder na qual a vontade do profissional prevalece em relação ao paciente, pois conforme Maliska e Padilha (2007) o encontro entre profissional de saúde e indivíduo muitas vezes se estabelece como um encontro entre mundos diferentes, com discursos marcados por significados culturais diferentes e diferentes explicações acerca da mesma doença, o que torna as práticas adotadas sem sentido para o usuário.

“O ‘fazer sentido’ é, pois, a congruência entre a base cultural do sujeito e o processo por ele desenvolvido para uma ação de saúde. Esse processo de escolha individual baseia as teorias cognitivas que procuram explicar os variados itinerários terapêuticos” (LEITE; VASCONCELLOS, 2006, p. 122).

“Assim, torna-se necessário que toda análise sobre o itinerário terapêutico ponha em evidência as experiências, as trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades” (ALVES; SOUZA, 1999, p. 132).

Observar o IT significa prestar atenção no significado que a saúde e a doença têm para determinada população. É levar em consideração as experiências do indivíduo, bem como a influência dos aspectos etnográficos na tomada de decisões para sanar determinado problema, transcendendo o prevalente modelo biomédico de reparação técnica das avarias no corpo humano.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL

O estudo realizado na Comunidade de Praia Grande/Ilha de Maré foi respaldado pela

Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger (também chamada de Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado), visto que esta teórica aborda a influência das bases culturais no comportamento das pessoas em todos os âmbitos da vida, incluindo nos cuidados adotados em situações de saúde, nelas incluídas as de urgência e emergência, o que irá nortear o IT desenvolvido pelos indivíduos.

Madeleine Leininger foi a primeira enfermeira no mundo a obter o título de doutora em Antropologia e desenvolveu sua teoria após observar, enquanto trabalhava em um lar de orientação para crianças, diferenças de comportamentos entre estas, relacionando-as à sua base cultural. A partir daí, ela identificou a ausência de conhecimento das culturas como o elo que faltava à enfermagem para que compreendesse as variações no cuidado aos clientes (GEORGE, 2000).

Para esta teórica os fatores culturais devem ser considerados como parte essencial dos cuidados em saúde, pois possibilitam uma assistência mais apropriada, de forma que sem sua inclusão nos serviços de saúde, os cuidados prestados são parciais ou incompletos (LEININGER, 1991a).

A consideração do contexto sociocultural na construção do IT é imprescindível, pois é este que influencia a concepção do sujeito acerca do que é saúde, doença e cuidado adequado e orienta a tomada de decisões, fazendo com que o cuidado alcançado tenha sentido dentro de contextos culturais e não seja caracterizado como superficial. A prestação de assistência sem a devida consideração da perspectiva cultural do indivíduo, muito difundida no subsistema profissional (conforme discutido outrora), torna os cuidados em saúde mecânicos e incongruentes de acordo com o que esta teoria propõe.

Leininger (2002) considera que o conhecimento do cuidado cultural foi até meados do século passado e ainda é em alguns lugares do mundo a maior lacuna na área da enfermagem. Assim sendo, ela criou o constructo do cuidado cultural por considerar que o cuidado é a essência da Enfermagem e tem seu significado dentro de contextos culturais.

Para Leininger (1988) a enfermagem é um fenômeno que necessita ser explicado e sua preocupação não se relaciona apenas com o indivíduo, mas inclui grupos, coletividades e instituições e está enfocada no cuidado humano para auxiliar a pessoa a manter ou readquirir o bem-estar ou enfrentar a deficiência ou a morte, em formas culturalmente significativas (LEININGER, 1991b).

Conforme Leininger (1991a) as enfermeiras trabalham com pessoas de diferentes culturas e, por isso, no cuidado ao cliente não devem assumir que todas as pessoas são iguais,

mas precisam ser sensíveis às diferenças culturais existentes, evitando consequências desfavoráveis.

Ao desenvolver esta teoria, Leininger estava interessada em compreender a natureza da enfermagem e sua diferença com a medicina, no que diz respeito à prática e conhecimentos. Ela acredita que sua teoria deu às enfermeiras um modo completamente diferente de compreender indivíduos, famílias e culturas (LEININGER, 1988).

A compreensão dos fatores culturais na assistência oferecida pela enfermeira permite a elaboração de um cuidado consoante às expectativas do cliente e seu grupo familiar/social, tornando o cuidado de enfermagem significativo tanto do ponto de vista biológico como cultural, diferenciando esta profissão de outras nas quais o cuidar está atrelado ao tratamento tecnológico da doença e o IT se resume à busca de tratamento da patologia, sem considerar a motivação do indivíduo no seu desenho. Ao oferecer às enfermeiras uma forma inovadora de praticar o cuidado, Leininger descortinou uma nova perspectiva para a profissão, chamada de Enfermagem Transcultural.

A Enfermagem Transcultural é um subcampo da enfermagem com foco no estudo e análise comparativa de culturas, no que diz respeito à enfermagem e às práticas de cuidado à saúde-doença, crenças e valores, de forma a alcançar um cuidado coerente com os valores culturais e o contexto de saúde-doença das pessoas (LEININGER, 1979). Seu propósito é desenvolver um corpo de conhecimento científico e humanizado que viabilize a prática do cuidado universal e que seja culturalmente específico, tornando o conhecimento e a prática profissional culturalmente embasados, conceituados, planejados e operacionalizados (MOURA *et al.*, 2005).

Leininger (1991b) esclarece que a Teoria Transcultural do Cuidado, para a Enfermagem, representa a ideia de que o paciente tem seus significados e entendimentos sobre o modo como deseja que o cuidado seja realizado.

O cuidado é para Leininger (1991b) um fenômeno relativo à prestação de auxílio, apoio ou capacitação para um indivíduo ou grupo com o intuito de melhorar ou aperfeiçoar a condição ou vida humana. “Os enfermeiros estão aprendendo que cuidar é mais que fazer ou realizar tarefas a nível físico. O cuidado tem significados culturais e simbólicos, tais como cuidado como proteção, cuidado como respeito e cuidado como presença” (LEININGER, 2006, p. 12).

Para esta teórica, o cuidado é uma prática universal, realizada por todas as pessoas, nas diferentes partes do mundo. Contudo, em cada região do globo ele é prestado de modo peculiar, sendo orientado pelos padrões culturais, de modo que, mesmo sendo esta uma prática universal,

o seu sentido é particular e, portanto, diversificado. Assim sendo, a maneira como as pessoas experienciam e provêm o cuidado é único a cada cultura.

Neste sentido, o IT desenvolvido pelos indivíduos apresenta variações que são explicadas pelo seu aparato cultural, de forma que na busca por cuidados os indivíduos não traçam, necessariamente, o mesmo trajeto, apresentando diferentes opções por determinadas práticas cuidativas ou subsistemas de saúde, inclusive dentro de um mesmo grupo cultural.

Ao falarem sobre este aspecto, Langdon e Wiik (2010) exemplificam a sociedade brasileira, caracterizada como complexa por estes autores. Para eles, trata-se de uma sociedade estratificada por classes sociais e constituída por inúmeros grupos étnicos, segmentos populacionais das mais diversas confissões religiosas e costumes regionais peculiares, havendo diferenças culturais internas, com variações intergrupais. Apesar de compartilharem da “cultura brasileira”, cada grupo possui uma visão de mundo diferente e percebe a realidade de forma peculiar e é justamente a partir desta visão de mundo que se orientará a busca por cuidados e o delineamento do IT, marcando a diferença de perspectiva de cuidado entre os grupos, que Leininger chamou de diversidade do cuidado.

Conforme Leininger (2002, p. 192) “Os conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais de cuidado variam transculturalmente, com diversidades (diferenças) e algumas universalidades (semelhanças)”. Tornar-se consciente acerca das semelhanças e diferenças culturais é na atualidade um dos maiores desafios para os profissionais de saúde para que os serviços oferecidos sejam, de fato, efetivos (LEININGER, 1991a).

Além dos conceitos citados anteriormente, a teoria desenvolvida por Leininger apresenta grande diversidade de suposições acerca do cuidado relacionado à cultura do indivíduo e também muitos conceitos, cujo conhecimento é essencial à compreensão da teoria proposta por ela.

Dentre os conceitos apresentados por Leininger, é possível destacar: cuidado, cultura, valores culturais, cuidado cultural, diversidade e universalidade cultural do cuidado, visão de mundo, estrutura social, contexto ambiental, sistema popular e profissional de saúde, saúde, preservação cultural de cuidado, acomodação cultural do cuidado, repadronização cultural do cuidado. Para melhor entendimento do referencial teórico-metodológico proposto, alguns destes conceitos serão explanados a seguir por serem considerados significativos.

Para Leininger (1991b) a saúde é um estado de bem-estar que, dentro da cultura, é definido, valorizado e praticado, e capacita o indivíduo ou grupo a efetuar as atividades segundo

os padrões desejados em determinada cultura. Neste contexto, o IT adotado relaciona-se à percepção que o indivíduo tem acerca do que é estar saudável, de forma que a escolha dos processos de resgate e/ou manutenção da saúde será orientada para as práticas que, culturalmente, coincidem com suas crenças ou as englobam.

Cultura é um conjunto de valores, crenças, normas e práticas de vida aprendidas, partilhadas e transmitidas por um determinado grupo e que orientam o modo de pensar, as decisões e as ações. Desta derivam os valores culturais, que identificam maneiras desejáveis de ação e conhecimento. Esses valores são mantidos pela cultura por longos períodos de tempo, servindo para orientar a tomada de decisões dos seus membros (LEININGER, 1991b).

Em relação à visão de mundo, Leininger (1991b) diz que é o modo como os indivíduos ou grupos veem o mundo e lhe atribuem um valor, nele inserindo sua perspectiva sobre sua vida e o próprio mundo. A visão de mundo é influenciada diretamente pela cultura e a partir dela é delineado o IT das pessoas, pois nela estão contidos os sentidos da saúde, doença e cuidado almejado.

Há, ainda, os conceitos de diversidade e universalidade cultural do cuidado. O primeiro diz respeito às variações e diferenças que as culturas apresentam no que concerne aos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidado e o segundo se refere à similaridade destes elementos entre as culturas do mundo (LEININGER, 1991b).

Leininger (1991b) define como cuidado cultural os valores, crenças e modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos, que auxiliam, facilitam, sustentam ou capacitam indivíduos ou o grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida, assim como a lidar com a doença, a deficiência e até mesmo a morte. A partir do cuidado cultural desenvolvido em cada comunidade é que se constrói a noção de cuidado congruente, sendo que esta direciona o IT na busca pela assistência em saúde desejada, que pode ocorrer no subsistema informal, popular ou profissional, dependendo da perspectiva sociocultural do sujeito.

Além do cuidado cultural, Leininger (1991b) reconhece o conceito de preservação cultural do cuidado que consiste em ações e decisões profissionais para auxiliar as pessoas de uma determinada cultura a reter e/ou conservar valores importantes do cuidado, mantendo o seu bem-estar, recuperando-se da enfermidade ou enfrentando as deficiências e a morte.

A preservação do cuidado cultural possibilita o respeito às crenças alheias e confere ao cliente o alcance de um cuidado integral de acordo à sua perspectiva de integralidade. No que concerne à população quilombola, por exemplo, a construção do IT pode ocorrer

concomitantemente no sistema formal e no informal de saúde, sendo que neste último, devido ao fato de o aparato cultural destes indivíduos em larga escala se relacionar com o candomblé, as pessoas destas comunidades podem adotar práticas de saúde condizentes à religião, cabendo aos profissionais do sistema formal proporcionar cuidados que sejam caracterizados como coadjuvantes e não substitutos daqueles que já venham sendo realizados.

Langdon e Wiik (2010), ao falarem sobre costumes presentes em outras culturas, citam os índios Barasana, da selva amazônica colombiana. Estes possuem princípios culturais denominados por eles como *witsioga*, que interfere, sobretudo, na percepção do diagnóstico, origem e etiologia das doenças, sendo as práticas de saúde baseadas nestes princípios. Os autores chamam atenção para a necessidade de entender os costumes de outras culturas para evitar a compreensão etnocêntrica, ou seja, julgar os hábitos culturais de saúde de um grupo, segundo nossos próprios valores. É necessário que as práticas adotadas por determinada comunidade sejam compreendidas e apenas reconhecidas como diferentes, sem que haja julgamentos e interferências.

Desta forma, supõe-se que o IT adotado pelos índios Barasana se difere (e muito) daquele traçado por pessoas que não compartilham desta cultura, visto que a visão de mundo, saúde, doença, cuidado e cura destes índios se baseia em princípios culturais desconhecidos à maioria das pessoas, sendo necessário, portanto, o respeito às suas crenças e a preservação do cuidado exercido por eles e que se baseia na sua cultura.

Leininger propõe o conhecimento da cultura do paciente pelo enfermeiro para evitar o que ela chama de choque cultural, que consiste nas diferenças entre as culturas do cuidador e do ser cuidado, que pode resultar em sentimentos negativos por gerar o que a teórica denomina imposição cultural.

Para Leininger (1991b) a imposição cultural consiste nos esforços de imposição dos valores, crenças e práticas próprias por profissionais de saúde a pessoas de outra cultura por conta da crença da superioridade de suas ideias em detrimento às destes indivíduos. A imposição de crenças e valores por parte dos profissionais de saúde sobre outras culturas gera práticas caracterizadas como inapropriadas e antiéticas, podendo ocasionar conflitos culturais e estresse (LEININGER, 1991a).

A imposição cultural é uma característica muito presente nos cuidados de saúde ofertados no mundo ocidental, visto serem estes fortemente influenciados pelo paradigma biomédico que, por se basear no conhecimento científico para explicar e tratar as doenças, considera suas práticas de saúde superiores a outras adotadas nos demais subsistemas, gerando

uma relação de poder marcada pelo desencontro entre as culturas do profissional e do paciente. Ao tratar deste aspecto, Leininger (1991a) afirma que nas sociedades ocidentais os profissionais fornecem aos clientes alternativas para a melhoria da saúde que, por não serem congruentes à cultura não ocidental, são de difícil aceitação por parte destes últimos, o que torna a passagem pelo sistema profissional no percurso do IT vazia e insatisfatória.

Leininger (1991a) refere ser a imposição cultural um dos mais sérios problemas na área da saúde, sendo que o desafio para os profissionais consiste em identificar os valores culturais dominantes do cliente, trabalhar em cima destes e evitar práticas de imposição cultural. Na tentativa de evitar as consequências da imposição cultural, muitos indivíduos optam por evitar o subsistema profissional no seu IT ou, muitas vezes, não informam aos praticantes deste subsistema os recursos dos quais está fazendo uso, com receio da repreensão.

Além dos diversos conceitos expostos por Leininger na sua teoria, ela ainda cita algumas importantes características: é uma das teorias de Enfermagem mais antigas, sendo a primeira a buscar descobrir as diversidades culturais dos cuidados globais (diferenças) e as universalidades (semelhanças) e a primeira com um método de pesquisa específico (Etnoenfermagem); é a única teoria que tem como foco o cuidado cultural comparativo e a inter-relação entre cultura e cuidado no que diz respeito ao bem-estar, saúde, doença e morte; é a teoria mais holística e multidimensional na descoberta do cuidado cultural, seus significados e práticas; possui três modos de ação para a prestação de cuidados coerentes à cultura; e, por fim, é a teoria pioneira nos cuidados culturais genéricos e profissionais, cujos dados são relacionados à visão de mundo, fatores de estrutura social e etno-história em diferentes contextos ambientais (LEININGER, 2002).

Para representar a sua teoria, Leininger desenvolveu um modelo esquemático conhecido como *Sunrise Model* ou Modelo do Sol Nascente, a partir do qual a enfermeira poderá conhecer as interferências que a cultura possui na vida do indivíduo e, de forma criativa, desenvolver um modo de cuidado individualizado e compatível às suas necessidades e crenças.

De acordo com Leininger (1988) o modelo do sol nascente foi desenvolvido para ilustrar os componentes da teoria. Ele não é a teoria em si, mas uma imagem conceitual que permite a compreensão dos seus componentes e da sua influência nos cuidados e no estado de saúde de indivíduos, famílias, grupos e instituições socioculturais.

Erdtmann e Erdmann (2003) acrescentam que a demonstração de como a teoria acontece na prática, com dados reais, desperta na imaginação o traçado de um sol nascente. O sol foi

utilizado para mostrar simbolicamente uma teoria que estava nascendo com todos os seus elementos estruturais.

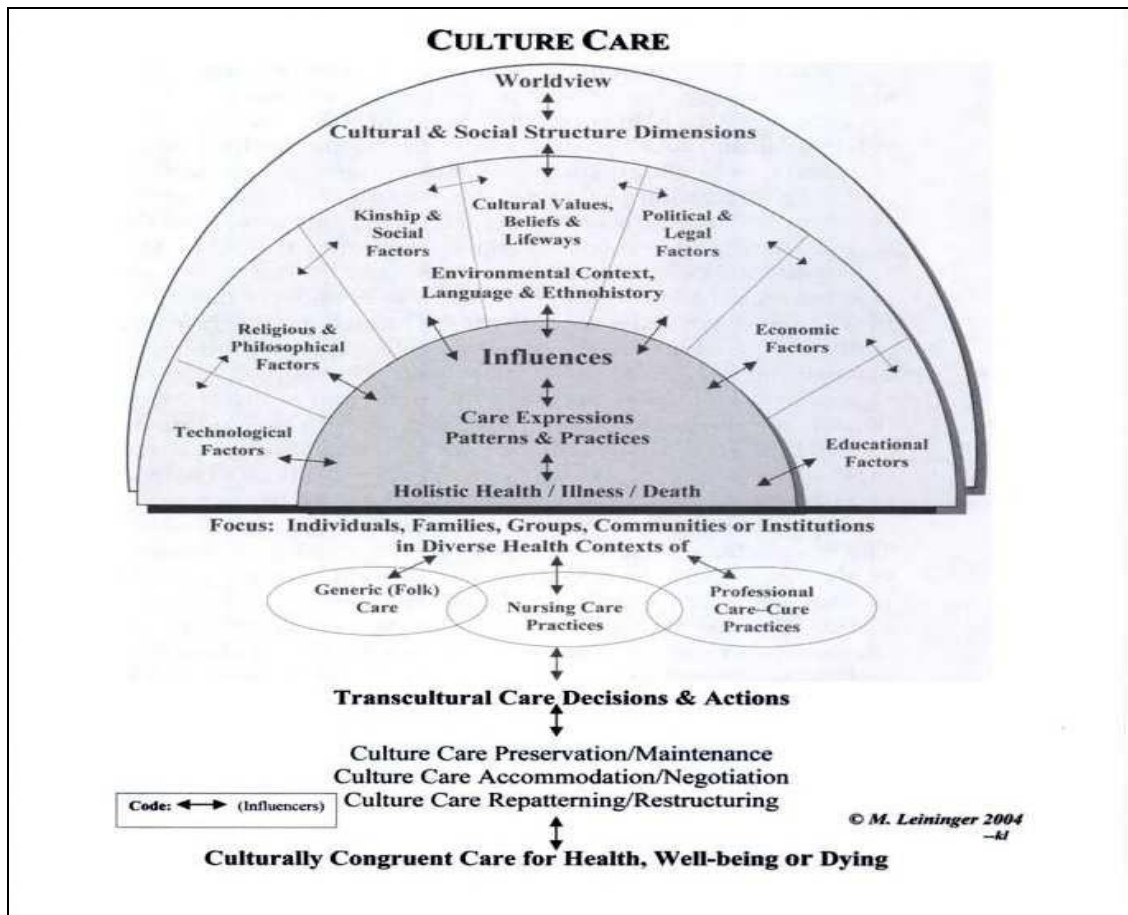


Figura 1: Modelo Sunrise proposto por Leininger.

Fonte: Leininger (2006, p.25)

Braga (1997) explica que neste modelo há quatro níveis de abstração e análise do cuidado. O nível I, que engloba o sistema social e a percepção do mundo, é o de maior abstração, e o nível IV, o de menor. No nível II são estudados o cuidado e a saúde e nele estão incluídos os indivíduos, as famílias e as culturas no contexto de um sistema de saúde, em busca de seus significados e expressões. No nível III são estudados os sistemas de saúde profissional e popular, buscando-se características e aspectos específicos de cada sistema, com a finalidade de se determinar as áreas de semelhança e diferença. O nível IV é utilizado para o desenvolvimento de um cuidado de Enfermagem congruente à cultura do cliente.

Ao explicar o Modelo do Sol Nascente (Braga, 1997, p. 502-3) salienta que:

A porção superior do círculo mostra os componentes interdependentes da estrutura social e dos fatores da visão do mundo que influenciam o cuidado e a saúde por meio da linguagem e do contexto ambiental. Esses fatores influenciam o sistema de saúde,

compostos pelo sistema popular, profissional e o de enfermagem que se encontram na parte inferior do modelo. As porções superiores e inferiores descrevem um sol completo que corresponde ao universo; este precisa ser explorado pelas enfermeiras para que conheçam o cuidado humano e sua relação com a saúde.

No nível I são obtidas informações acerca das estruturas social e cultural do indivíduo e da sua visão de mundo, permitindo a aquisição de informações sobre sua linguagem, contexto ambiental, religião, educação, filosofia, tecnologia, parentesco, economia e sistema legal.

Este nível corresponde às estruturas que, dentro do contexto sociocultural, orientam a visão de mundo de determinado grupo social e direcionam a percepção do indivíduo sobre o que é saúde, doença e padrão de cuidado favorável à saúde. A partir da análise deste nível, a enfermeira poderá compreender quais as influências religiosas, filosóficas, políticas, econômicas e educacionais sofridas pelo sujeito no seu contexto ambiental, permitindo o entendimento acerca do IT adotado e a forma de cuidado almejada e possibilitando o desenvolvimento de uma assistência culturalmente congruente.

O nível II do Modelo do Sol Nascente corresponde à aplicação dos conhecimentos obtidos pelo enfermeiro no nível I, sendo estes aplicados ao cliente que pode ser um indivíduo, uma família, um grupo social ou uma instituição.

No nível III são apresentados pela teórica os sistemas de saúde presentes na sociedade. A visualização do gráfico permite a identificação do sistema informal (folk) e do sistema formal (profissional), neste último incluído o cuidado de enfermagem. Silva (2009) considera que a Enfermagem, no Modelo Sunrise, é a intercessão entre os sistemas popular e profissional de cuidado à saúde, de modo que o enfermeiro ocupa o papel de cuidador direto, aquele que tem o maior contato com o cliente e que realiza a ligação entre ele e outros profissionais de saúde.

A assistência prestada nestes sistemas é influenciada pelos fatores apresentados no nível I do modelo, de forma que, em cada sociedade, as condutas adotadas dentro do Sistema de Cuidados à Saúde têm como base a sua construção cultural (KLEINMAN, 1978). Do mesmo modo, as expectativas do cliente quanto ao cuidado a ser recebido derivam destes fatores. Assim, em determinadas sociedades, o IT ocorre mais amplamente no sistema informal, ao passo que em outras esta busca ocorre mais no sistema formal.

Conforme Leininger (1988) no estudo dos sistemas de saúde é importante interrogar acerca das crenças e práticas para que se chegue à compreensão acerca das práticas de cuidado e práticas de saúde. Para a autora, adotar uma postura exploratória é essencial na descoberta das diferenças e similaridades do cuidado entre culturas e também nos sistemas profissional e popular de saúde.

O quarto e último nível representado no modelo diz respeito às decisões e ações que serão adotadas pela enfermeira na promoção do cuidado após esta ter passado pelos níveis anteriores e ter tido contato com o contexto cultural do cliente e, a partir daí, ter conhecido suas expectativas.

Leininger (1991b) salienta a importância de conhecer a cultura a partir da experiência daqueles que a vivenciam, ou seja, dos seus próprios membros, por uma perspectiva que ela chama de “emic”. Esta, segundo Braga (1997), diz respeito à forma pela qual os próprios membros da cultura percebem o seu mundo, ao passo que o conhecimento “etic” refere-se à interpretação das experiências daquela cultura a partir de fatos pesquisados. Isto significa dizer que a perspectiva êmica é centrada no indivíduo e a ética na pessoa que estuda determinada cultura.

Na última etapa do *Sunrise Model* são apresentados pela teórica três diferentes modos de ação cuja escolha será orientada pela necessidade de saúde do cliente de acordo com os seus padrões culturais e que, conforme Leininger *apud* Silva (2009), são previstos a partir dos fatores *emic* e *etic*. São eles: preservação ou manutenção cultural do cuidado, acomodação ou negociação cultural do cuidado e repadronização ou reestruturação cultural do cuidado.

De acordo Leininger (1991b) a preservação consiste nos cuidados já praticados por um indivíduo, família ou grupo e que são benéficos para a saúde e inclui as ações e decisões dos profissionais que auxiliam indivíduos de determinada cultura a preservar valores considerados relevantes para os cuidados, de forma que a pessoa possa manter seu bem-estar, recuperar-se da doença ou enfrentar as deficiências e a morte.

A acomodação cultural do cuidado consiste em ações e decisões profissionais que auxiliam as pessoas de uma determinada cultura a se adaptar ou negociar com as outras (no caso, os profissionais cuidadores) um resultado de saúde benéfico ou satisfatório (LEININGER, 1991b).

A reestruturação do cuidado cultural consiste em ações e decisões profissionais que auxiliam o cliente a reorganizar, permutar ou modificar sua maneira de vida para um novo padrão de atendimento à saúde considerado benéfico, sendo respeitados os valores e crenças do cliente na promoção de um modo de vida mais benéfico e mais saudável que o anterior (LEININGER, 1991b).

Sob a égide destes três modos de ação a teórica propõe uma assistência de enfermagem pautada nos princípios culturais do indivíduo e, como consequência, o alcance do cuidado congruente. A partir disso, é conferida à pessoa a liberdade de decidir e participar da sua

terapêutica, permitindo maior autonomia na construção do IT que pode englobar a passagem em mais de um subsistema, sendo respeitados os recursos adotados pelo paciente, sem que haja imposição de práticas de saúde consideradas superiores em nenhum dos subsistemas.

Ao falar sobre o modelo *Sunrise*, George (2000) reconhece a existência de analogias entre este e o processo de enfermagem. Para esta autora, ambos representam um processo de solução de problemas tendo o cliente como enfoque. Os três primeiros níveis do modelo são apontados como correspondentes às fases de avaliação e diagnóstico, e o quarto nível, correspondente à fase de planejamento e implementação. Contudo, conforme salienta a autora, o modelo *Sunrise* não inclui uma área correspondente à “avaliação”, ou seja, a última fase do processo de enfermagem.

Esse modelo permite ao profissional de Enfermagem o reconhecimento da existência de uma grande gama de fatores que influenciam no comportamento humano, como também na forma como o indivíduo percebe o ato de cuidar e como deseja ser cuidado pelo enfermeiro, possibilitando a este desenhar um modelo de cuidado de acordo às expectativas do cliente e de sua família.

Conforme acredita Leininger (1991a), se os fatores culturais fizerem parte do modo de pensar e das práticas dos profissionais de saúde, estes serão capazes de dar respostas mais adequadas às necessidades de saúde dos clientes. Contudo, se estes não forem considerados nos serviços de saúde, os cuidados fornecidos serão parciais e incompletos.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo⁴ descritivo, com abordagem qualitativa no qual foram utilizadas informações extraídas de fontes primárias.

⁴ Esta pesquisa foi aprovada em dois editais para financiamento e possui apoio da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB) por meio de concessão de Pesquisa Financiada pelos seguinte editais: 1) Edital nº 020/2013 – Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS – BA, MS/CNPq/FAPESB/SESAB, com o projeto intitulado: Acesso e assistência à saúde infantil em comunidades quilombolas: caminhos para a equidade no SUS. Processo número: 8394/2013; 2) Edital nº 030/2013 - Pesquisa para o SUS: gestão compartilhada em saúde – PPSUS – BA, MS/CNPq/FAPESB/SESAB, com o projeto intitulado: Acolhimento da população quilombola em situações de urgência e emergência nos serviços de saúde:

O estudo descritivo trata-se do estudo e da descrição das características, propriedades ou relações existentes na comunidade, grupo ou realidade pesquisada. Este tipo de estudo favorece as tarefas da formulação do problema e da hipótese como tentativa de solução (CERVO *et al.*, 2007).

A pesquisa descritiva, conforme CerVO *et al* (2007), é aquela que permite ao pesquisador observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los, buscando conhecer as diversas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e demais aspectos do comportamento humano, tanto individual como grupal e de comunidades mais complexas.

A abordagem qualitativa foi adotada por ser a mais conveniente no sentido de alcançar os objetivos outrora expostos. Para Lakatos e Marconi (2011) a preocupação relativa à metodologia qualitativa consiste na análise e interpretação dos aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano e fornecendo análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento, etc.

4.2 LÓCUS DE PESQUISA

O estudo foi desenvolvido em Praia Grande (Figura 2), uma das onze comunidades que compõem a Ilha de Maré, situada na cidade de Salvador, no estado da Bahia. Essa comunidade foi selecionada devido ao fato de sua população ser reconhecida como quilombola, pelo fato de muitos estudos do Grupo Crescer serem realizados nesta comunidade – o que favorece uma maior aproximação com a mesma e por conta da não existência de serviços de atendimento às urgências e emergências naquele lócus. Esta última condição fez surgir a seguinte indagação: Nos casos de urgência e emergência pediátrica, como esta população se comporta para garantir os cuidados em saúde?

avaliação na perspectiva do usuário. Processo número: 4753/2014. Este estudo abrange dois projetos de PIBIC intitulados: “Mapeamento do itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica” e “Caracterização do atendimento prestado à criança em situação de urgência e emergência”.



Figura 2 – Vista parcial de Praia Grande. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014.

Fonte: Acervo pessoal.

A Ilha de Maré está afastada de Salvador por oito milhas náuticas (14,8 km) e é a segunda maior ilha da Baía de Todos os Santos, com cerca de 14 km² de área (RODRIGUES, 2012). Pertence à Área de Proteção Ambiental (APA) e está localizada em frente à entrada da Baía de Aratu, na foz do Rio Cotegipe. Por conta da proximidade com o continente, moradores do Subúrbio Ferroviário de Salvador, assim como navegantes, frequentam muito a ilha que, por não estar presa ao continente nem possuir infraestrutura compatível com Salvador, não parece, mas corresponde à XVIII Região Administrativa deste município (MOURA *et al.*, 2008b; MACHADO; ALMEIDA, 2008).

Sem estradas nem automóveis, o transporte mais comumente utilizado é o cavalo ou a caminhada pelas estreitas trilhas de barro – que não possuem nenhuma pavimentação – e também pela praia com a maré baixa. Mesmo sem ter muita estrutura, a ilha tornou-se um ponto de atração turística ou veraneio (RODRIGUES, 2012).

Nesta ilha, a principal fonte de renda se relaciona a atividades de extrativismo: pesca, mariscagem e agricultura familiar, na qual são cultivadas banana, fruta-pão, manga, sapoti e sapota, assim como a produção de barcos e artesanato (SILVA, 2012).

Possui uma população em torno de 12.000 habitantes, majoritariamente pessoas negromestiças de baixa renda e é composta por onze comunidades: Bananeiras, Botelho, Caquende, Itamoabo, Maracanã, Martelo, Neves, Porto dos Cavalos, Ponta Grossa, Santana e Praia Grande (RODRIGUES, 2012; SILVA, 2012). Destas, cinco foram certificadas pela Fundação Cultural Palmares como comunidades remanescentes de quilombos: Praia Grande (em 25/05/2005), Bananeiras (em 10/12/2004), Porto dos Cavalos, Martelo e Ponta Grossa (em 12/09/2005) (FCP, 2014).

Praia Grande é a maior comunidade da Ilha de Maré e a segunda mais populosa da Ilha, com aproximadamente 2.500 habitantes (MACHADO; ALMEIDA, 2008). Fica na zona oeste da Ilha e é dividida em linhas imaginárias, de acordo com a ocupação territorial a partir do nome da rua, quais são: Cidade Palha, Beco, Major, Caieira, Apicum e Tuíca. A vista panorâmica está voltada para a Ilha de Paramana e Madre de Deus e a única forma de chegar até lá consiste em tomar o barco no Terminal de São Tomé de Paripe (Figura 3) (RODRIGUES, 2012).



Figura 3 – Entrada do Terminal de São Tomé de Paripe, Salvador-BA. Agosto, 2014.

Fonte: Acervo pessoal.

Essa comunidade possui duas escolas municipais de ensino fundamental, duas Organizações Não-Governamentais (ONG) (Sociedade dos Amigos de Praia Grande de Ilha de Maré e Adjacências e a Associação Beneficente Educacional e Cultural de Ilha de Maré- ABECIM) e um posto municipal de saúde (Figura 4). Possui também várias correntes de igrejas evangélicas e a presença localizada dos terreiros de candomblé, religião implantada na ilha por Balbina,

uma espécie de médica popular, parteira, rezadeira e orientadora da comunidade, falecida há mais de 40 anos e cuja religiosidade e medicina popular da ilha se ligam diretamente à sua trajetória (RODRIGUES, 2012).



Figura 4 – Posto de Saúde de Praia Grande. Rua da Caieira, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014.

Fonte: Acervo pessoal.

Em relação ao meio ambiente, em Praia Grande há manguezais com variadas espécies de mangues, como a siriúba ou *Avicena Schaueriana*, mangue bravo, *Laguncularia racemosa*, mangue branco e *Rhizophora mangle*, mangue vermelho (MOURA *et al.*, 2008b). Embora não possua rede de esgoto (em algumas habitações foram construídas fossas sépticas), a comunidade dispõe de água encanada e energia elétrica.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os sujeitos de estudo foram mães, pais ou responsáveis por crianças de 0 a 11 anos, 11 meses e 29 dias, considerando que, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu Art. 2º, é considerada como criança a pessoa de até doze anos de idade incompletos (BRASIL, 1990).

Para a detecção das crianças que vivenciaram alguma situação de urgência ou emergência na comunidade, contamos com a parceria dos agentes comunitários de saúde (ACS), representantes das ONG e também com o apoio da própria população que, por meio da técnica conhecida como *snowball* ou bola de neve, ia nos indicando outras pessoas que atendiam aos critérios de inclusão para composição da amostra da pesquisa (SCARPARO *et al.*, 2012).

Para seleção dos participantes obedecemos aos seguintes critérios de inclusão: ser habitante de Praia Grande no momento da realização da pesquisa, ter idade igual ou superior a 18 anos no momento da coleta de dados, ter prestado algum tipo de cuidado à criança em situação de urgência e emergência, não possuir nenhuma deficiência cognitiva ou verbal e aceitar participar voluntariamente da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Desta forma, o universo de participantes foi composto por 12 pessoas, todas do sexo feminino. Este número não foi delimitado previamente, de forma que as entrevistas foram realizadas até que se observasse repetição das respostas e consequente saturação teórica dos dados, tornando-os redundantes (POLIT; HUNGLER, 1995).

4.4 COLETA DE DADOS

Antes de adentrar o campo para a efetiva coleta dos dados, realizamos um estudo piloto na comunidade quilombola de Praia Grande para testar os instrumentos a serem utilizados. O estudo piloto foi conduzido com duas mães de crianças que haviam passado por alguma situação caracterizada como urgência ou emergência e apontou que os instrumentos elaborados permitiriam o alcance dos objetivos deste estudo, de forma que não foi necessário fazer reajustes para que se procedesse à coleta dos dados.

A coleta ocorreu de dezembro/2013 a junho/2014 pela pesquisadora, tendo sido utilizados dois instrumentos distintos, ambos aplicados no mesmo dia, em ambiente selecionado pelas participantes do estudo. Os instrumentos foram: 1) um questionário contendo perguntas fechadas (APÊNDICE B) construído com base no questionário Vigitel, validado pelo Ministério da Saúde; e 2) um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE D).

O primeiro instrumento de coleta de dados (o questionário) continha duas partes: a primeira foi um conjunto de perguntas que permitiram traçar o perfil sócio demográfico e socioeconômico das entrevistadas (a partir de dados referentes a sexo, idade, estado civil,

número de filhos, religião, escolaridade, raça/cor, renda familiar, número de pessoas no domicílio, recebimento de algum benefício social e condições sanitárias do domicílio) e caracterizar as crianças que receberam assistência em situação de urgência ou emergência (questões sobre idade, sexo, existência de doença de base, plano de saúde, tipo de atendimento e realização de consultas de rotina). Na segunda parte, através de um roteiro (ANEXO C) contendo alternativas de situações caracterizadas como urgência ou emergência com crianças e adaptado à linguagem da população, buscou-se identificar as principais etiologias de situações de urgência e emergência com crianças daquela comunidade. Para tanto, foram elaboradas questões com base na classificação de risco pediátrica estabelecida pelo Manual de Acolhimento com Classificação de Risco em Assistência Médica Ambulatorial⁵ (RODRIGUES *et al.*, 2008) (ANEXO A), no qual as situações de urgência se enquadram nas categorias classificadas pela cor amarela, ao passo que as de emergência estão relacionadas à cor vermelha.

A segunda técnica de coleta de dados, o roteiro de entrevista semiestruturado, foi composto por onze questões que versavam sobre os cuidados prestados e caminhos percorridos pelos subsistemas de saúde quando a criança apresentou o agravo caracterizado como urgência ou emergência, permitindo o delineamento do IT.

Conforme Lakatos e Marconi (2011) a entrevista semiestruturada, também conhecida como assimétrica, antropológica ou livre, dá ao entrevistador a liberdade de desenvolver cada situação na direção considerada melhor, permitindo explorar mais amplamente a questão.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local escolhido pelas participantes, gravadas por um gravador de voz digital (com consentimento prévio das mesmas) e tiveram duração média de dez minutos. Posteriormente, as entrevistas passaram pelo processo de transcrição, sendo esta etapa realizada por dois bolsistas do Grupo Crescer, visto que houve um grande volume de dados. Contudo, todas as transcrições foram rigorosamente revisadas pela pesquisadora. Após transcritas, as entrevistas foram codificadas com a letra E seguida do número relativo à ordem em que foram realizadas: E1 a E12, de forma a manter o anonimato das participantes.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

⁵ Este material foi eleito como parâmetro por ser o único encontrado na literatura que está direcionado especificamente à faixa etária em estudo.

Após a coleta dos dados, procedeu-se à análise dos mesmos tendo sido utilizada a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, proposta por Bardin (2010). De acordo com Minayo (2013), a análise de conteúdo é a expressão mais comumente utilizada no tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa.

Conforme Bardin (2010) a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que se aplicam a discursos extremamente diversificados. Esta técnica oscila entre os dois polos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade, absolvendo e caucionando o investigador por conta da atração pelo escondido, latente, não aparente, não dito, retido por qualquer mensagem.

Quanto à análise temática, Bardin (2010) refere que consiste em descobrir núcleos de sentido existentes na comunicação e cuja aparição pode ter algum significado para o objetivo analítico escolhido, tendo como unidade de registro o tema, que é a unidade de significação que se liberta naturalmente na análise de um texto.

Segundo Bardin (2010), na análise temática pode-se contar um ou vários temas ou itens de significação, sendo a frase utilizada como unidade de significação/codificação. Minayo (2013) acrescenta que a noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto, podendo ser representada através de uma palavra, uma frase ou resumo.

A análise dos dados qualitativos ocorreu em três fases que, conforme Bardin (2010) são: 1) pré-análise; 2) exploração do material; e 3) tratamento dos dados, inferência e interpretação.

1ª) Pré-Análise:

De acordo com Bardin (2010) a pré-análise consiste na fase de organização propriamente dita. Nesta primeira etapa, são escolhidos os documentos a serem analisados e são retomadas as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa (MINAYO, 2013).

Minayo (2013) revela que a pré-análise é composta pelas seguintes tarefas: leitura flutuante, constituição do *corpus* e formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. Na leitura flutuante, o pesquisador tem contato direto e intenso com o material, sendo impregnado pelo seu conteúdo e a leitura progressivamente se torna mais sugestiva ultrapassando a sensação inicial de caos.

A constituição do *corpus*, definido por Bardin (2010) como o conjunto dos documentos a serem submetidos aos procedimentos analíticos, implica nas seguintes regras: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. A *exaustividade* subentende que o material

contemple todos os aspectos levantados no roteiro; a *representatividade* consiste na presença de características essenciais do universo pretendido; a *homogeneidade* diz respeito à obediência a critérios precisos de escolha quanto aos temas tratados e a *pertinência* corresponde à adequação dos documentos analisados, no sentido de responder aos objetivos do trabalho (MINAYO, 2013).

A formulação e reformulação de hipóteses é a tarefa que busca a retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material e as indagações iniciais e valorizando procedimentos exploratórios para que a riqueza do material que se tem em mãos não seja obscurecida pelo tecnicismo (MINAYO, 2013).

2ª) Exploração do Material:

Para Bardin (2010) trata-se de uma fase longa e fastidiosa que consiste em operações de codificação, decomposição ou enumeração.

Nesta fase, ocorre a exploração do material que é uma operação classificatória na qual o pesquisador busca encontrar categorias, que são expressões ou palavras significativas a partir das quais o conteúdo de uma fala será organizado, gerando a categorização, ou seja, a redução do texto às palavras e expressões significativas (MINAYO, 2013).

3ª) Tratamento dos dados obtidos e interpretação

Nesta etapa, os resultados brutos são tratados para que sejam significativos e válidos. As informações fornecidas pela análise são condensadas e postas em relevo a partir de operações estatísticas simples (percentagens) ou complexas (análise fatorial) (BARDIN, 2010).

A partir disto, segundo Minayo (2013), são feitas inferências e interpretações que se inter-relacionam com o quadro teórico inicial ou possibilitam o surgimento de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas a partir da leitura do material.

Tendo como base o supracitado, a análise dos dados ocorreu da seguinte forma: na fase de pré-análise, procedeu-se à transcrição das entrevistas, à leitura flutuante de todo o material e à retomada dos objetivos do estudo, procurando-se responder a estes.

Na segunda etapa da análise, todo o material foi lido novamente de forma exaustiva e emergiram as seguintes categorias temáticas: “Significado de urgência e emergência”, “Itinerário terapêutico no cuidado à criança em situação de urgência e emergência”, “Uso de ambulâncias nas situações de urgência e emergência pediátricas” e “Práticas de cuidado geralmente adotadas quando a criança apresenta algum problema de saúde”.

De posse das categorias, foi realizada nova leitura das entrevistas e procedeu-se à classificação dos dados a partir da determinação de unidades de registro, tendo sido a frase utilizada como unidade de significação. As unidades de registro foram agrupadas em temas a partir da identificação de similaridades nas falas das entrevistadas, o que permitiu a classificação das frases e posterior categorização dos dados, ou seja, a classificação e agrupamento dos mesmos de acordo com suas semelhanças em subcategorias temáticas. Cada uma das subcategorias recebeu uma cor, que permitiu a sua identificação nas entrevistas.

Após organização das falas em subcategorias e a partir de sua releitura procedeu-se à análise e à interpretação do material já categorizado, buscando-se eleger as categorias que respondiam aos objetivos deste estudo, tendo sido selecionadas as três primeiras categorias supracitadas.

A primeira categoria, denominada “Significado de urgência e emergência”, contou com as seguintes subcategorias: (a) Conceituação de urgência e emergência; (b) Situações relacionadas a fatores biológicos; (c) Problemas em que há febre no seu quadro clínico; (d) Situações que não apresentam êxito aos recursos domiciliares; (e) Situações das quais podem emergir complicações; (f) Situações que requerem o deslocamento para o continente; (g) Situações em que a demora em acessar o sistema formal pode culminar em óbito; e (h) Incidência de agravos no período noturno. Estas subcategorias foram agrupadas, discutidas e o seu agrupamento possibilitou a construção do Manuscrito 2, intitulado “**Percepções de urgência e emergência pediátrica entre quilombolas: uma abordagem à luz de Leininger**”, que responde ao primeiro e segundo objetivos específicos deste estudo.

A segunda categoria, intitulada “Itinerário terapêutico no cuidado à criança em situação de urgência e emergência” somou nove subcategorias, as quais: (a) Início dos cuidados no subsistema familiar; (b) A mãe como protagonista dos cuidados no IT; (c) Exploração de recursos da vida diária; (d) Presença da religiosidade no IT; (e) Busca pelo subsistema profissional; (f) A Unidade de Saúde da Família na construção do IT; (g) Transporte ao continente; (h) Fragilidades no serviço de ambulâncias; (i) Peregrinação pelo sistema formal de saúde. O agrupamento destas subcategorias possibilitou a elaboração do Manuscrito 3, intitulado “**Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola**”, que responde ao objetivo geral, ao segundo e terceiro objetivos específicos deste estudo.

Da análise dos dados ainda emergiu uma terceira categoria, denominada “Uso de ambulâncias nas situações de urgência e emergência pediátricas”. Embora não responda

especificamente a nenhum dos objetivos desta pesquisa, esta categoria também foi transformada em manuscrito, pois acreditamos que o seu conteúdo é de grande relevância para compreender as dificuldades enfrentadas pelos quilombolas de Praia Grande quando encontram-se em alguma situação caracterizada como urgência ou emergência, além de auxiliar na compreensão do IT adotado por aquelas pessoas, sendo, portanto, um complemento ao objetivo geral deste estudo e ao segundo objetivo específico. Foram identificadas seis subcategorias: (a) Ciência acerca da existência das ambulanchas; (b) Ciência acerca da forma de acionamento das ambulanchas; (c) Falta de resposta aos chamados da população; (d) Demora da ambulancha em chegar à ilha; (e) Protocolo na solicitação da ambulancha; (f) Realização de trotes para o SAMU; e (g) Descrédito da população no serviço de ambulanchas. No seu conjunto, estas subcategorias deram origem ao Manuscrito 4 **“Funcionamento de ambulanchas em uma comunidade quilombola ilhéus: percepção da população”**.

O quarto objetivo específico é respondido a partir da caracterização das crianças às quais foi prestada alguma assistência em situação de urgência/emergência na comunidade, que se encontra na seção 5.2 deste trabalho.

Quanto aos dados relativos à caracterização sociodemográfica e socioeconômica das participantes e das crianças, para a sua apresentação foi utilizada a estatística descritiva. As variáveis contínuas foram expressas em mediana (Intervalo Interquartis - IQR) e as variáveis categóricas em números (percentuais).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Em todas as etapas desta pesquisa foram considerados os princípios estabelecidos pela Resolução nº. 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013), que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos, de forma a obedecer as diretrizes e normas quanto à autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça, assegurando os direitos das informantes.

Todas as participantes que colaboraram para esta pesquisa foram informadas acerca dos objetivos e relevância desse estudo, podendo aceitar ou não participar do estudo. Foram esclarecidas acerca da sua participação, que ocorreu mediante a leitura e assinatura do TCLE, elaborado em conformidade com a Resolução supracitada. Conforme Polit e Beck (2011), as informações incluídas neste termo contemplam o propósito do estudo, expectativas relacionadas à participação do indivíduo, voluntariedade na participação e possíveis custos e

benefícios. Ademais, elas foram esclarecidas acerca da importância do estudo e a sua relevância para a comunidade onde vivem e o meio científico.

Às pessoas que aceitaram participar desta pesquisa foi assegurado o direito de desistir de sua participação, a qualquer momento, sem nenhum ônus, por meio do contato com qualquer das pesquisadoras por telefone ou e-mail, que foram disponibilizados no TCLE.

Como riscos, este estudo apresentou a possibilidade de oferecer às participantes algum grau de constrangimento relacionado aos dados fornecidos, bem como a possibilidade de vazamento das informações ofertadas, dentre outros. Contudo, todas as medidas possíveis foram adotadas para que estes riscos não venham a se concretizar. Ademais, asseguramos a confiabilidade, o anonimato e a privacidade das informações coletadas, de forma que os dados obtidos não podem ser associados à sua pessoa no momento da leitura do trabalho, visto que foram atribuídos codinomes às envolvidas.

Quanto aos formulários de coleta de dados e os TCLE, estes encontram-se armazenados na sala 413 da Escola de Enfermagem da UFBA (EEUFBA) e serão mantidos ali por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Prof.^a Dr.^a Climene Laura de Camargo. Passado este período, os dados serão armazenados no banco de dados do Grupo Crescer.

O projeto de pesquisa foi anexado à Plataforma Brasil e teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EEUFBA, sob o protocolo de nº 420.096 (APÊNDICE B). Apenas após aprovação e com posse do parecer emitido, a pesquisadora procedeu à coleta de dados.

4.7 RESPOSTA À COMUNIDADE DE PRAIA GRANDE

Como retorno à comunidade que possibilitou o desenvolvimento deste trabalho, e diante das necessidades diagnosticadas neste estudo, foi idealizada uma atividade de extensão com o intuito de nortear estas pessoas quando da ocorrência de situações de urgência/emergência, seja com crianças ou adultos. Esta atividade tomou a forma de uma oficina de primeiros socorros, a qual será aplicada em um espaço comum da comunidade, de forma a englobar tanto crianças como adultos neste aprendizado essencial à vida em grupo.

Ademais, os resultados obtidos a partir deste estudo resultaram na elaboração de um relatório, o qual será encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador-BA, demonstrando o IT adotado pela comunidade de Praia Grande quando em situações de urgência e emergência pediátrica, acentuando os entraves e dificuldades enfrentadas por aquelas pessoas na busca por cuidados à saúde dentro e fora da ilha. A expectativa é que os achados desta

pesquisa possibilitem o engendramento de políticas públicas municipais que resultem em melhoria do acesso dos quilombolas aos serviços de urgência e emergência.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados serão apresentados, inicialmente, por meio da caracterização sociodemográfica e socioeconômica das participantes do estudo e das características de saúde das crianças às quais foi prestada alguma assistência em situação de urgência ou emergência, discutindo-se os pontos caracterizados como relevantes e sua aproximação com a temática IT. Posteriormente, será dada voz aos atores sociais que concederam as entrevistas, demonstrando o IT adotado pelas pessoas daquela comunidade quando em situação de urgência e emergência pediátrica, a partir da apresentação de três manuscritos oriundos das categorias resultantes da análise temática.

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E SOCIOECONÔMICAS DAS PARTICIPANTES

A produção dos dados foi obtida a partir da realização de entrevistas com um universo composto por 12 participantes, todas residentes em Praia Grande/Ilha de Maré, que se encontravam no *lócus* de pesquisa no período da coleta de dados e que atenderam aos critérios de inclusão definidos previamente. Os dados das entrevistadas foram tabulados e sua síntese é exposta no Quadro II (no final deste capítulo). A seguir, são apresentados e discutidos os dados.

Conforme demonstra a Tabela I, todas as participantes do estudo pertencem ao sexo feminino. Convém dizer que, embora indivíduos do sexo masculino tenham sido convidados a participar da pesquisa, estes se recusavam e convocavam suas esposas ou outras mulheres do lar para fazê-lo sob a alegação de que estas eram mais aptas a fornecer a entrevista, pois tinham maior ciência acerca dos fatos e dos cuidados fornecidos à criança.

Tabela 1 – Características demográficas das participantes do estudo. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA, dez. 2013 – jun. 2014.

Variáveis	N
-----------	---

Sexo da Participante	
Feminino	12
Parentesco com a Criança	
Mãe	12
Faixa Etária	
Até 19 anos	1
20-29 anos	4
30-39 anos	7
Situação Conjugal	
Solteira	4
Casada/Relação Estável	7
Divorciada	1
Número de Filhos	
Um	6
Dois	3
Três	1
Quatro	2

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração pela autora deste trabalho.

De fato, a diferença entre relatos de homens e mulheres foi reconhecida por Moreira (2007) que ao realizar uma pesquisa com o objetivo de compreender como os pais (pai e mãe) cuidam de seus filhos com câncer, a partir de uma perspectiva de gênero, observou que as entrevistas cedidas pelas mães eram mais pormenorizadas, detalhadas e completas que aquelas fornecidas pelos pais. O autor associa este fenômeno às questões de gênero ao dizer que as mulheres, além de estarem mais presentes no âmbito doméstico, devido ao processo de socialização, desenvolvem habilidades perceptivas e técnicas intrínsecas ao mundo do cuidado infantil que permitem a elas maior capacidade de descrição dos acontecimentos que aos homens.

Este fato está relacionado ao protagonismo da mulher no fornecimento dos cuidados em saúde e a sua responsabilização pelo cuidado com a família, sendo a figura feminina a principal e, às vezes, a única cuidadora e gerenciadora do cuidado no contexto familiar, conforme é

destacado nos estudos de Cardim (2012), Vilela *et al.* (2006), Brito *et al.* (2010), Fundato *et al.* (2012) e Budó *et al.* (2008), nos quais a mulher emerge como a principal agente de cuidados.

Sena *et al.* (2006) associa isto às construções histórico-sociais resultantes da divisão sexual do trabalho e perpetuadas pelo modo de produção e acumulação da sociedade que posicionam a mulher nas tarefas relativas ao cuidado – seja dos filhos, outros familiares ou da casa -, ao passo que aos homens são atribuídas tarefas associadas à força física, a exemplo da caça e outros trabalhos extradomiciliares.

Budó *et al.* (2008) concordam com esta afirmativa ao acrescentarem que a construção cultural da mulher na sociedade remete a esta a atribuição do cuidado, considerada por todos como uma responsabilidade inata ou natural, sendo a divisão de papéis por gênero fruto de um longo processo de socialização no qual às mulheres estão restritas as tarefas de mãe, esposa e cuidadora da família e do lar e este padrão cultural se mantém hegemônico apesar de todas as conquistas femininas do século XX.

Em se tratando das crianças, as mulheres que promovem o cuidado, geralmente, são as genitoras ou outras encarregadas da função materna, a exemplo das avós. Neste contexto, verificou-se que quanto ao grau de parentesco com a criança para a qual foi prestada assistência em situação de urgência ou emergência todas as entrevistadas eram mães, a maioria na faixa etária de 30 a 39 anos, conforme é possível visualizar na Tabela I.

Assim, como ocorreu com os homens, outras mulheres, como avós e tias, foram convidadas a participar deste estudo, contudo as mesmas convocaram as mães das crianças referindo que estas sabiam de maiores detalhes. Esse resultado destaca o papel da mulher que, enquanto mãe, assume duplamente a condução do IT quando da ocorrência de agravos à saúde da criança, seja na produção ou no gerenciamento dos cuidados. Embora outros familiares possam participar da trajetória terapêutica, a presença materna é quase sempre constante, pois, conforme salientam Leite e Vasconcelos (2006), nas enfermidades infantis, o papel da mãe é primordial sobre os cuidados de saúde, sejam estes instituídos por elas próprias ou advindos da busca por um especialista.

Trata-se de um constructo cultural derivado da responsabilização feminina pelos cuidados à família, o que torna a mulher a mais capacitada para prover os cuidados à prole, visto ser esta quem possui a aptidão inata de dar à luz, cuidar e satisfazer as necessidades básicas da cria, sendo caracterizada como figura imprescindível no IT quando da ocorrência de problemas à saúde do filho.

Este achado se assemelha com aqueles divulgados por outras pesquisas. A de Oliveira *et al* (2012), realizada com o objetivo de identificar o IT na busca de cuidado para a criança, ao traçar o perfil das famílias participantes, apontou ser a mãe a cuidadora da criança na maior parte dos casos. Também no trabalho realizado por Cardim (2012) verificou-se que na trajetória terapêutica do filho com HIV/Aids a grande sobrecarga do tratamento foi de responsabilidade da mãe que, muitas vezes, se configurou como a gerenciadora do tratamento de toda a família. Também em um estudo realizado numa comunidade quilombola, por Marques *et al* (2014), as mães foram apontadas como as principais cuidadoras das crianças na quase totalidade das famílias participantes.

Quanto à situação conjugal, 7 participantes se declararam casadas ou em uma relação estável com predominância de um filho entre as entrevistadas. Este dado reflete o declínio da taxa de fecundidade que, conforme Berquó e Cavenaghi (2006) teve início no país na década de 1960. Dados divulgados pelo IBGE (2012) revelam que a taxa de fecundidade caiu de 2,38 filhos por mulher em 2000 para 1,90 em 2010, ficando este número abaixo do nível de reposição de 2,1 filhos por mulher.

De acordo com Berquó e Cavenaghi (2006), nas últimas duas décadas, esse declínio foi mais acentuado entre as mulheres mais pobres, negras, menos escolarizadas, domiciliadas em zonas rurais e nas Regiões Norte e Nordeste, entre as quais a fecundidade era mais elevada no início da década de 1990. Estas características coincidem com aquelas identificadas entre as informantes deste estudo, no qual a maioria possuía apenas um filho. Mesmo tendo sido o declínio desta taxa mais proeminente entre mulheres com o perfil supracitado, Vieira (2012) afirma que são estas as que têm mais filhos. Varella (2007) concorda com este pensamento ao anunciar que 73% das crianças que nascem no país pertencem aos estratos mais pobres da população.

A queda da fecundidade nos estrato de baixa classe social pode ser explicada pela melhoria do acesso à devida informação, qualidade do programa de planejamento familiar disponível e diversidade de métodos contraceptivos acessível a este público. Varella (2007) trata o acesso das pessoas mais pobres no Brasil aos métodos de controle de natalidade como uma perversidade social, visto que este é dificultado para estes indivíduos. Para ele, o maior número de filhos se encontra entre as mulheres pobres por conta da falta de acesso total aos métodos de anticoncepção e esterilização. Alves (2011) acrescenta que as famílias são menores nos segmentos populacionais que possuem informação e conseguem acessar os serviços de saúde públicos e privados, especialmente aqueles relacionados à saúde reprodutiva.

Outra possível explicação para a prevalência do maior número de filhos em famílias desfavorecidas economicamente seria a baixa perspectiva para o futuro das mulheres mais pobres, menos escolarizadas e domiciliadas em zonas rurais quando em comparação àquelas de alta renda, maior instrução e que habitam os núcleos das cidades, para as quais as oportunidades de ascensão social são maiores e a ampliação da família pode representar alteração da trajetória profissional, induzindo-as mais amplamente a adotar medidas de prevenção que, para elas, estão mais acessíveis.

Embora os resultados aqui expostos apontem para a tendência do filho único, estes se contrastam com os de outros estudos realizados em comunidades quilombolas, a exemplo do de Guerrero *et al* (2007) conduzido em seis comunidades quilombolas situadas no estado do Pará. De acordo com os autores, no conjunto dos quilombos estudados, a taxa de fecundidade total é de 6,8 filhos por mulher. Também no estudo de Marques *et al* (2014), realizado em uma comunidade quilombola do Norte de Minas Gerais, foram identificadas famílias com número de filhos acima da média brasileira.

A queda no número de filhos e a preferência pela gestação única se relacionam a fatores como maior acesso a contracepção e aumento do nível de escolaridade, cuja tendência tem sido observada no país nos últimos anos, conforme demonstram dados do IBGE (2012), segundo os quais do ano 2000 para 2010, na população de 10 anos de idade ou mais, o percentual de pessoas sem instrução ou com o ensino fundamental incompleto sofreu queda de 65,1% para 50,2%. Em contraste, houve aumento de 4,4% em 2000 para 7,9% em 2010 do percentual de pessoas com pelo menos o curso superior completo.

Este aumento no nível de instrução da população pode ser explicado pela ampliação de políticas de governo que promovem a democratização da educação, possibilitando às pessoas negras e de baixa renda o acesso ao ensino, inclusive o superior. Dentre estas iniciativas, Catani *et al* (2006) citam o Programa Universidade para Todos (Prouni), a ampliação das universidades federais e a instituição de cotas para alunos da rede pública de ensino, com subcotas para negros e indígenas.

Ademais, a opção pelo filho único, especialmente em comunidades economicamente desfavoráveis, como é o caso da comunidade onde foi realizado este estudo, representa a redução dos gastos domiciliares, evita o declínio da renda *per capita* familiar e, assim, permite melhores condições de vida aos indivíduos, possibilitando maior acesso a alimentação, lazer, educação e saúde, inclusive a possibilidade de acessar o sistema privado.

Com relação à escolaridade, esta variável atrai a atenção para o fato de que a maioria das entrevistadas (N= 6) possui apenas o ensino fundamental (em curso ou completo), seguido do ensino médio (N= 5) e apenas 1 participante possui o terceiro grau.

Estes números apontam para as dificuldades de acesso desta população à Educação, especialmente à superior, alertando para a necessidade de desenvolvimento de políticas públicas de incentivo à escolarização. Ademais, os baixos valores relacionados ao ensino médio e superior refletem a escassez de serviços considerados como necessários ao crescimento comunitário, a exemplo de instituições de ensino na ilha.

Naquela comunidade, os habitantes dispõem apenas de duas escolas (Figura 5), ambas restritas à educação fundamental. Isto faz com que seus habitantes tenham de se deslocar diariamente pelo mar, enfrentando as condições climáticas, para que tenham acesso à educação de nível médio e superior, acentuando as dificuldades já existentes naquela comunidade e tornando o estudo um fenômeno cansativo, estressante e passível de desistência para aquelas pessoas que, muitas vezes, precisam deixar a família e os afazeres para se dedicar aos estudos no continente.



Figura 5 – Escola Municipal Nossa Senhora das Candeias, localizada na Rua da Caieira, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA, 2014.

Fonte: Acervo pessoal.

Os resultados apresentados por Silva *et al* (2008) corroboram os deste estudo à medida que estes autores referem que as escolas das comunidades estudadas, em sua maioria, oferecem até a 8ª série (hoje, nono ano do ensino fundamental), compelindo os alunos a transitar entre outras localidades para concluir seus estudos.

O baixo nível de instrução de indivíduos adultos remanescentes de quilombos foi destacado também por outros autores, demonstrando a precariedade destas comunidades no que se refere à Educação. Neste contexto, os resultados aqui apresentados se assemelham aos achados de Bezerra *et al* (2014), no qual 72,3% da amostra tinham apenas até quatro anos completos de estudo; os de Silva *et al* (2008), que identificaram alto nível de analfabetismo não funcional entre os quilombolas, correspondente a 31,8%; os de Torales (2013), que demonstraram ser mais da metade da amostra (59,3%) escolarizada até o fundamental completo; e os de Cunha *et al* (2013) que revelou que nas comunidades quilombolas, além de haver um alto índice de analfabetismo entre os chefes de família, nenhum deles possuía o ensino médio.

A baixa escolaridade têm reflexos negativos em todos os âmbitos da vida do indivíduo, aí incluindo-se posição ocupada na sociedade, trabalho, renda e número de filhos. Sobre este aspecto, Berquó e Cavenaghi (2006) afirmam que a escolaridade afeta a fecundidade de forma inversamente proporcional, de forma que as mulheres sem instrução, entre os anos de 1991 e 2004 tiveram mais filhos que aquelas mais escolarizadas, mesmo que entre as primeiras a queda da taxa de fecundidade nestes anos tenha sido mais acentuada.

Quanto às evidências da relação entre escolaridade e situação de trabalho, observou-se no estudo de Bezerra *et al* (2014), realizado em cinco comunidades quilombolas baianas, a predominância de baixa escolaridade e alto índice de desemprego no momento da coleta de dados (51,2%).

Os dados referentes à escolaridade configuram-se como de grande relevância na discussão da temática IT, visto que, conforme destacam Aquino *et al* (2007), além de causar desinformação, a baixa instrução é fator condicionante de menor interesse pelos cuidados com a saúde ou de maior dificuldade para acessar estes serviços, aspecto que, nos casos de urgência e emergência, especialmente em pediatria (por conta da incapacidade das crianças de se expressar com o mesmo potencial de um adulto), têm efeito importante no IT adotado e no prognóstico da criança.

No que se refere à ocupação, foram identificadas atividades laborais em 100% dos casos que não requerem formação em nível superior, as quais são: marisqueira (N= 6), comerciante

(N= 1), faxineira (N= 1), dona de casa (N= 2), artesã (N=1) e ajudante de desenvolvimento infantil (ADI) (N= 1). Este resultado se assemelha a outros, a exemplo do estudo de Silva *et al* (2008) realizado em seis comunidades quilombolas do estado do Pará que demonstrou que as categorias profissionais mais frequentes naquelas comunidades se referem a empregos informais, tendo se destacado a pesca, atividades domésticas e agricultura. Segundo estes autores, o emprego formal, representado pela assinatura da carteira de trabalho, esteve presente em menos de 1% da população acima de 18 anos de idade.

Em linhas gerais, a atividade profissional é diretamente proporcional ao nível de instrução e este à renda. Neste sentido, a predominância de ocupações de baixa qualificação é resultante da baixa escolaridade identificada na comunidade de Praia Grande e tem seus efeitos no faturamento da população, fazendo com que a renda *per capita* seja discreta, com impacto direto na qualidade de vida e saúde da população.

O grande percentual de marisqueiras entre as participantes deste estudo pode estar relacionado ao fato de a totalidade das entrevistadas ser do sexo feminino, acentuando a existência de preconceito de gênero, pois, conforme evidenciam Moura *et al* (2008b), embora esta atividade possa ser desempenhada por indivíduos de ambos os sexos, na Ilha de Maré, mesmo quando mariscam, os homens não admitem ser chamados de marisqueiros, preferindo a designação de pescador, já que a atividade de pesca é considerada mais pesada e exige maior habilidade que a mariscagem.

Figueiredo e Prost (2010) concordam com esta assertiva ao confirmarem a existência de uma divisão social de trabalho por gênero em comunidades pesqueiras, nas quais a mariscagem (Figura 6) é uma atividade predominantemente feminina que possibilita à mulher o exercício da pesca já que não precisa de força física para puxar redes, por exemplo.



Figura 6 – Marisqueiras realizando a catação. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014.

Fonte: Acervo pessoal.

Ademais, esta predominância é justificada por se tratar de uma comunidade litorânea na qual, assim como em outras comunidades com esta localização, os recursos marítimos são, em grande escala, utilizados para o sustento e comercialização das famílias que lá residem, permitindo aos moradores a extração de recursos do ambiente natural de forma sustentável para compor a dieta da família e complementar a renda.

Não apenas na comunidade quilombola de Praia Grande, como também em outras comunidades tradicionais os recursos ambientais são amplamente utilizados pelos moradores para garantia da subsistência familiar a partir do uso comum da terra. Neste contexto, Silva *et al* (2008) em estudo realizado com seis comunidades quilombolas, das quais quatro localizavam-se em área de planalto e duas em área de várzea, demonstraram que as comunidades que viviam em terra firme utilizavam-se, principalmente, de cultivos agrícolas associados à incipiente pecuária para sustento, ao passo que os indivíduos que viviam em terra de várzea utilizavam-se especialmente da pesca.

Do mesmo modo, Silva (2007) demonstrou que em uma comunidade quilombola do estado da Paraíba a atividade produtiva da comunidade relacionou-se à pequena agricultura e apenas pouco mais de 1% dedicava-se ao trabalho da construção civil. E Barroso *et al* (2010)

em estudo realizado em comunidades quilombolas do Vale da Ribeira-SP, verificou que a maioria dos entrevistados utilizava-se da palmeira juçara (abundante na região) explorando o palmito para venda e complemento da renda familiar.

A mariscagem diz respeito à coleta de mariscos (Figura 7) que, de acordo com Moura *et al* (2008b) são um grupo de animais de importância econômica e social para as comunidades tradicionais litorâneas, pois a partir destes muitas famílias obtêm seu sustento, comercializando-os ou utilizando-os para consumo próprio. Para estes autores, a coleta de mariscos pode constituir-se como a principal fonte de renda destas famílias ou ser um complemento à renda obtida a partir do desenvolvimento de atividades assalariadas.



Figura 7 – Mariscos coletados por uma marisqueira em Praia Grande, Ilha de Maré SalvadorBA. Agosto, 2014.

Fonte: Acervo pessoal.

Figueiredo e Prost (2010) caracterizam a mariscagem como uma pesca artesanal, pois possui baixo impacto ambiental e sua realização se dá a partir do uso de instrumentos rudimentares como ferro, facão e balaio para carregar os mariscos, muitas vezes confeccionados pelas próprias marisqueiras.

Convém dizer que as mulheres que praticam a mariscagem não o fazem ininterruptamente durante todo o ano, pois existe o chamado período de defeso, que corresponde a um intervalo de tempo no qual é proibida a extração dos mariscos para que estes possam se reproduzir e os recursos naturais sejam utilizados de forma sustentável. Neste período, as marisqueiras usufruem do chamado salário defeso que, conforme Figueiredo e Prost (2010), beneficia as trabalhadoras no período de reprodução das espécies e permite a conservação dos mariscos e do manguezal.

Quanto à variável raça/cor, a maioria das informantes (N= 9) referiu ser da raça negra, visto que para a demografia, as autodenominações de cor preta e parda situam o indivíduo na raça “negra”, conforme assegura Oliveira (2004). As outras participantes, se autodeclararam como amarela (N=1) e branca (N= 1) e houve 1 que não se reconheceu nas categorias estabelecidas pelo IBGE, tendo se auto definido como morena.

Vale salientar que no formulário de coleta de dados, para o item classificação racial, foram utilizadas as categorias atualmente empregadas pelo IBGE (2013), que distingue as variedades pela característica “cor da pele” (com exceção para a categoria indígena) as quais: branca, preta, amarela, parda e indígena. Ao serem indagadas acerca de sua raça/cor, a maioria das participantes se declarou como da raça negra, aspecto que também sobressaiu no estudo realizado por Silva (2007) numa comunidade quilombola paraibana.

De acordo com Oliveira (2004) a identidade racial/étnica diz respeito ao sentimento de pertencimento a um grupo racial ou étnico, resultante de construção social, cultural e política. Este autor refere ser o Brasil um país biológica e culturalmente mestiço no qual ser negro possui vários significados, resultando da escolha da identidade racial que tem a ancestralidade africana como origem.

Esta prevalência é explicada pelo fato de os remanescentes de quilombos serem descendentes de africanos. Velten *et al* (2013) corroboram com esta ideia ao concluírem em seu estudo, realizado em quatro comunidades quilombolas do estado do Espírito Santo, que a maioria da amostra (assim como neste estudo) é de cor preta e os demais são de cor parda, devido ao fato de as comunidades quilombolas serem formadas por descendentes de escravos negros. Neste contexto, outros trabalhos realizados em comunidades quilombolas apontaram para a predominância de indivíduos de raça negra nestas comunidades, a exemplo dos de Silva (2007), Bezerra *et al* (2014), Barroso *et al* (2014), Silva *et al* (2010) e Andrade *et al* (2011).

Em relação à religião, trata-se de uma variável fundamental na investigação do IT no contexto das comunidades quilombolas devido ao fato de, por serem de descendência africana

e, por isso possuírem uma diversidade cultural, os remanescentes de quilombos têm a capacidade de desenhar sua trajetória na busca por cuidados no sistema informal a partir de práticas de saúde baseadas no candomblé.

Trata-se de uma religião com vasto potencial simbólico, grande complexidade ritual e mítica, ligada ao universo sagrado da música, dança e outras técnicas corporais, que guarda segredos relativos ao uso de plantas e ervas medicinais e cuja tradição oral preserva um conjunto de crenças, símbolos e práticas (MOTA; TRAD, 2011). Com seus mitos, rituais, símbolos e linguagem sagrada, o Candomblé viajou da África para terras brasileiras onde foi recriado e sua tradição é mantida e ressignificada no cotidiano dos terreiros (CAPUTO; PASSOS, 2007).

Apesar da notável associação entre Candomblé e comunidades quilombolas, evidenciada por muitos autores, a exemplo de Campos (2012), Silva e Melo (2011) e Rabinovich (2008), os resultados auferidos neste estudo apontaram a predominância da religião evangélica entre as entrevistadas (N= 5), seguida da católica (N= 4) e 3 informaram não possuir nenhuma religião. Desta forma, nenhuma das informantes referiu ser devota do candomblé.

Este resultado não reflete, necessariamente, o perfil religioso daquela comunidade. Assim sendo, os números aqui expostos não significam que entre as pessoas da ilha o candomblé não tenha força ou que seja uma religião extinta entre os quilombolas que ali residem, mas que apenas entre as participantes esta não é a religião eleita e, se é, isto não foi verbalizado entre as componentes da amostra.

Silva (2012), em estudo realizado em Ilha de Maré, verificou que Praia Grande é uma das comunidades da ilha onde há maior concentração de terreiros de candomblé e Casas de Santo (espaço reservado dentro do ambiente doméstico para a devoção de entidades religiosas do culto africano), sendo também uma das comunidades onde está localizada uma das igrejas católicas (Figura 8) que pertencem à ilha (ao total são três, estando as outras duas situadas em Neves e Santana).



Figura 8 – Igreja Católica localizada no alto da Rua da Caieira, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014.

Fonte: Acervo pessoal.

Dentre os terreiros (Figura 9) lá existentes, Rodrigues (2011) cita o Terreiro de Oxossi, criado em 1949 e localizado na Rua do Beco e o Terreiro de Odé, fundado em 1957 e situado na Rua de Palha. De acordo com este autor, ambos os terreiros têm como raiz a finada Balbina que, conforme Rodrigues (2012) foi quem implantou na ilha esta religião. Trata-se de “uma mulher dotada de saber natural e sobrenatural que atuava como parteira, rezadeira, vidente, curandeira e mãe-de-santo, conhecedora profunda do uso das folhas” (RODRIGUES, 2011, p. 11).



Figura 9 – Dois terreiros de Candomblé de Praia Grande: Terreiro de Cosme e Damião da Bela União, situado na Rua Tancredo Neves (à esquerda) e Terreiro Monakessimbe, situado na Rua do Beco (à direita). Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014.

Fonte: Acervo pessoal.

A existência de grande número de católicos e evangélicos é explicada por Silva e Melo (2011) ao afirmarem que nas comunidades quilombolas, atualmente, predominam três religiões: o catolicismo, o evangelismo e o candomblé. Em algumas comunidades sobressai apenas alguma destas três religiões, contudo é mais comum a predominância de duas ou três diferentes numa mesma comunidade.

Cabe aqui pontuar que mesmo tendo sido realizada a entrevista com uma das participantes dentro de um terreiro de candomblé, a mesma referiu ser devota do catolicismo. Este fato nos leva a deduzir que a resposta pode ter sido mascarada por conta do estigma a esta religião relacionado à perseguição histórica ao candomblé comumente ocultado pelo sincretismo religioso.

Silva e Melo (2011), ao tratarem deste assunto, afirmam que o candomblé foi (e muitas vezes ainda é) mal visto pela sociedade e, especialmente, pela igreja católica, que refere serem as práticas da umbanda pecaminosas e desrespeitosas a Deus. Contudo, a maioria das comunidades quilombolas foi e ainda é adepta desta prática religiosa. Rodrigues (2011)

acrescenta que a adesão a estas práticas, aliada à medicina popular, faz parte da memória coletiva e do cotidiano dos moradores mais antigos de Praia Grande.

Quando interrogadas acerca do recebimento de algum auxílio do governo, a quase totalidade das entrevistadas (N= 11) respondeu de modo afirmativo, referindo ser este benefício advindo do Programa Bolsa Família.

O PBF é um programa brasileiro de transferência condicionada de renda que foi criado pela Lei nº 10.836 e concede benefícios a famílias que se encontram em situação de pobreza e extrema pobreza e que tenham em sua composição gestantes, nutrizes, crianças na faixa etária de 0 a 12 anos ou adolescentes de até 15 anos. O repasse do benefício é feito, preferencialmente, à mulher e tem como condicionalidades a realização de pré-natal, acompanhamento nutricional, acompanhamento de saúde, frequência escolar de 85% em estabelecimento de ensino regular, dentre outras (BRASIL, 2004c).

Trata-se de uma política social que, indubitavelmente, combateu a miséria para milhares de famílias brasileiras, retirando-as da linha da pobreza extrema e, com isso, melhorando a qualidade de vida e conseqüentemente a saúde, caracterizada pelo bem-estar em todos os âmbitos da vida do cidadão, não significando apenas a mera ausência de enfermidades. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS, 2013) o PBF reduziu em 28% a extrema pobreza no Brasil em seus dez anos de vigor.

Nas inúmeras visitas realizadas à Praia Grande durante a realização desta pesquisa, foi possível notar as condições precárias vivenciadas pelos habitantes da ilha e, com isso, perceber a relevância social do recebimento deste benefício por aquelas pessoas, visto que as fontes de renda destas são pequenas, em contraste com as necessidades (inclusive de saúde) que são grandes.

Também em outras pesquisas envolvendo comunidades quilombolas verificou-se que o benefício concedido por este programa complementava a renda da comunidade que mesmo com este auxílio ainda era pequena. Neste sentido pode-se citar o estudo de Silva *et al* (2008) no qual o PBF representava 3,3% das fontes de renda; o de Marques *et al* (2010) no qual os autores referem que grande parte dos moradores recebem benefícios do governo, dentre eles o Bolsa Família, para complemento da renda, visto que o território que a comunidade dispõe para a agricultura é insuficiente para uma venda rentável; e o de Dal'vesco (2006), segundo o qual a renda proveniente do PBF auxilia na sobrevivência das famílias.

Ao tratar do valor ao qual as famílias beneficiadas têm direito, Alves (2011) refere que este é diretamente proporcional ao número de crianças e adolescentes no núcleo familiar.

Conforme este autor, pelos valores praticados em 2011, uma família em situação de extrema pobreza recebe o benefício básico de R\$ 70,00. A este valor são acrescidos R\$ 32,00 para cada criança ou adolescente de até quinze anos na família, correspondendo ao chamado benefício variável, ao qual cada família pode fazer jus até três vezes. Além deste, diz o autor, ainda há o benefício variável vinculado ao adolescente entre 16 e 17 anos e que corresponde ao valor de R\$ 38,00, sendo pagos, no máximo, dois benefícios desta espécie por família. Desta forma, o valor máximo da bolsa corresponde a R\$ 242,00.

Embora se trate de uma quantia relativamente discreta, o auxílio advindo desta bolsa gera polêmicas no sentido de considerar o PBF como uma política de governo com efeito prónatalista. Em outras palavras, há quem considere esta iniciativa governamental como um fomento à fecundidade, fazendo com que sua taxa se eleve entre os mais pobres.

Contrariando esta corrente de pensamento, os números apontam para a queda da fecundidade (conforme demonstrado outrora). Ao tratar deste aspecto, Alves (2013) argumenta que, conforme demonstrado por estudos acadêmicos, o número de filhos das famílias beneficiadas não tem aumentado com o PBF, do contrário, tem diminuído progressivamente, conforme assinala Alves (2011). De acordo com este autor, o segmento social composto pelos 20% mais pobres da população (aquele que faz parte do público alvo do PBF) tinha fecundidade de 5 filhos por mulher em 1992, passando para 3,4 no ano de 2009 (cinco anos após o programa ter entrado em vigor), ou seja, uma queda de 1,6 filhos por mulher.

Em sua análise sobre o PBF, o doutor em demografia Alves (2013) refere que entre as famílias beneficiadas, por conta do contexto sociocultural, há uma tendência de haver maior fecundidade que entre aquelas não beneficiárias. O maior número de crianças nestas famílias reduz a renda *per capita* e, conseqüentemente, aumenta a probabilidade de elegibilidade destas famílias de acordo à política do programa. Assim, a direção de causalidade entre número de filhos e os beneficiários do PBF seria inversa, de forma que não é o fato de receber o benefício que faz com que a mulher tenha mais filhos, mas, do contrário, o fato de ter mais filhos credencia a família a participar do programa, visto que reduz a sua renda *per capita*.

Neste contexto, verificou-se que mesmo a quase totalidade das participantes deste estudo fazendo jus aos benefícios do PBF, também a maioria possui um único filho, conforme apresentado na Tabela I, demonstrando que naquela comunidade a teoria do incentivo à natalidade não é endossada por números.

Em se tratando da renda, a mediana de renda familiar foi de R\$ 890,00, enquanto a renda domiciliar *per capita* encontrada foi de R\$ 212,50, conforme é possível visualizar na Tabela II.

Tabela 2 – Renda das participantes do estudo. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA, dez. 2013 – jun. 2014.

Variáveis	No. (%) ou Mediana (IQR)*
Renda familiar (em reais)	890,00 (605,00; 1100,00)
Renda per capita (em reais)	212,50 (151,65; 286,65)

Fonte: Elaborada pela autora deste trabalho.

* No., número; %, percentual; IQR, Intervalo Interquartis.

A renda domiciliar *per capita* diz respeito ao somatório da renda mensal de todos os moradores de um domicílio (renda bruta familiar) e a sua divisão pelo número de moradores deste mesmo domicílio.

A Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República (SAE) estabeleceu a classificação de grupos de renda a partir da renda *per capita* da população. Estas classificações englobam sete estratos sociais, os quais: extremamente pobre (até R\$ 81); pobre, mas não extremamente pobre (até R\$ 162); vulnerável (até R\$ 291); baixa classe média (até R\$ 441); média classe média (até R\$ 641); alta classe média (até R\$ 1.019); baixa classe alta (até R\$ 2.480); e alta classe alta (acima de R\$ 2.480) (SAE, 2013).

De acordo com os parâmetros supracitados, a comunidade em estudo é englobada na classificação de grupo vulnerável, destacando o baixo nível socioeconômico destes indivíduos e baixo índice de desenvolvimento humano municipal renda (IDHM). Conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2013a) no IDHM renda, o domínio sobre recursos para garantir um padrão de vida com acesso a necessidades básicas (a exemplo de água, alimento e moradia) é medido a partir da renda mensal *per capita*. O IDHM baixo corresponde à renda *per capita* aproximadamente entre R\$180 e R\$333; o médio, entre R\$333 e R\$618; e o alto, entre R\$624 e R\$1157 (PNUD, 2013a), o que situa a comunidade em estudo no IDHM baixo.

Os resultados encontrados entre os remanescentes de quilombos deste estudo não se diferem em muito de outras comunidades quilombolas, o que faz com que estes coincidam com os achados de outros autores, a exemplo de Bezerra *et al* (2014) no qual a renda familiar per capita de mais da metade da população quilombola foi de até ¼ do salário mínimo (à época = R\$ 545,00); e o de Silva *et al* (2010), no qual a mediana de renda declarada correspondeu a R\$ 200,00 (à época, o salário mínimo era de R\$ 380,00).

Convém lembrar que a renda familiar da maioria das participantes é incrementada pelo benefício do PBF (que as participantes têm acesso justamente por conta da baixa renda *per capita*) e que as mesmas possuem, em sua grande maioria, apenas um filho, o que evita a redução da renda *per capita*, já que esta diminui à medida que o número de indivíduos no domicílio aumenta.

Se comparado com dados de 2010 do Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (dados mais recentes), percebe-se que a renda *per capita* da população de Praia Grande está aquém da brasileira (R\$ 793,87), do estado da Bahia (R\$ 496,73) e também do município de Salvador (R\$ 973,00) (PNUD, 2013b), alertando para as dificuldades vivenciadas entre os quilombolas e as desigualdades sociais que afetam esta comunidade.

No que se refere às condições sanitárias da comunidade, as participantes foram questionadas acerca da tipologia construtiva da casa, existência de eletricidade no domicílio, coleta de resíduos sólidos, abastecimento e tratamento da água e destino dos dejetos.

De acordo com as participantes, todos os domicílios (N=12) foram edificadas com alvenaria, dispõem de energia elétrica e contam com coleta diária dos resíduos sólidos, conforme informaram as participantes. Em muitas visitas à ilha encontramos com os coletores de lixo e em uma conversa informal com um deles o mesmo explicou que o lixo é recolhido diariamente por meio de carrinhos de mão (Figura 10), transferido para um barco e transportado para Santana (uma das comunidades da Ilha de Maré), de onde é conduzido a Salvador para encontrar seu destino final.



Figura 10 – Resíduos sólidos sendo transportados pelos coletores na Rua da Caieira, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014.

Fonte: Acervo pessoal.

Embora se trate de uma comunidade economicamente desfavorável e visivelmente excluída pelo poder público, salienta-se que existem comunidades quilombolas que, nestes três aspectos, encontram-se em desvantagem quando comparadas a Praia Grande, visto terem sido apontadas maiores condições de precariedade.

Neste sentido, o estudo de Bezerra *et al* (2014) realizado em comunidades quilombolas de Vitória da Conquista-BA demonstrou que nenhum dos domicílios investigados apresentou a coleta regular como destino do lixo (a maioria queimava ou enterrava) e nem todos os domicílios possuíam energia elétrica. Quanto ao trabalho realizado por Silva *et al* (2008) em seis comunidades quilombolas do Pará, foi verificado que nenhuma das comunidades conta com rede de energia elétrica e a maioria das habitações é de palhoça, madeira ou ambos e apenas em uma predominam as construções de alvenaria. Do mesmo modo, Silva (2007) em estudo realizado num quilombo paraibano, mostrou que muitas das casas são edificadas em taipa e enxertadas com barro e a comunidade não dispõe de serviço de coleta de resíduos sólidos.

No que concerne à água, foi verificado que no domicílio de todas as participantes o fornecimento se dá por meio da rede geral de abastecimento que, de acordo com Gois *et al* (2011) teve início na Ilha de Maré a partir de 1999 com a implantação do serviço de

abastecimento de água pela Empresa Baiana de Águas e Saneamento S/A (EMBASA) cuja água potável distribuída é proveniente da adutora subaquática do município de Candeias, que recebe água da Barragem de Pedra do Cavalo. Neste contexto, o tratamento referido pela totalidade das entrevistadas foi a cloração, contudo algumas ainda informaram que antes do consumo a água passa pelo processo de filtração.

Mesmo com a falta ocasional de água da rede de abastecimento, conforme cita Gois *et al* (2011), estas pessoas dispõem de água encanada e tratada, ao contrario de outras comunidades quilombolas, a exemplo daquelas citadas nos trabalhos de Silva (2007) e Silva *et al* (2008) (das seis comunidades do estudo, apenas uma conta com água encanada).

Quanto ao esgotamento sanitário, todas as participantes referiram que na comunidade não há rede de esgoto e, por conta disso, os dejetos são desprezados em fossas sépticas (Figura 11) que de acordo com Nascimento Filho e Castro (2005) são unidades de sedimentação e digestão anaeróbia de escoamento contínuo para disposição de águas residuárias domésticas para onde são encaminhados despejos provenientes de cozinha, bacias sanitárias, banheiros, dentre outros. Panorama semelhante foi apresentado nos estudos de Riquinho (2009), Marques *et al* (2010) e Torales (2013), nos quais emergiram a existência de fossas sépticas nas comunidades quilombolas como alternativa de tratamento do esgoto.



Figura 11 – Fossa séptica situada na Rua do Beco, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014.

Fonte: Acervo pessoal.

A falta de saneamento básico na comunidade, além das fossas sépticas é responsável pela existência de esgotos a céu aberto (Figura 12), encontrados por toda a extensão de Praia Grande e também pelo despejo dos dejetos no mar, contribuindo para a contaminação ambiental que, de acordo com Gois *et al* (2011), compromete além da água a área de manguezal e a vida animal ali existente, utilizada pela população para alimentação e comércio.

Gois *et al* (2011) alertam que o esgoto existente em vias públicas favorece a contaminação do solo e das águas de fontes subterrâneas, além de criar um mal estar para a população e favorecer o aparecimento de moscas e mosquitos, que são uma fonte potencial de doenças, o que torna o ambiente hostil para os moradores. De acordo com estes autores, a retenção de água no solo favorece o aparecimento das chamadas doenças de veiculação hídrica, como gastroenterites, leptospirose, cólera, hepatite A, amebíase e giardíase, comprometendo a saúde dos habitantes daquela comunidade, especialmente as crianças, com potencial de gerar quadros de urgência.

Dadas as condições precárias de saneamento que afetam não apenas esta como também outras comunidades quilombolas, em alguns estudos, a exemplo do de Marques *et al* (2010), é destacada a ocorrência de doenças parasitárias entre os indivíduos nos quilombos e também doenças diarreicas, principalmente em crianças, conforme refere Dal'vesco (2006).



Figura 12 – Esgotos a céu aberto na Rua do Beco, Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. Agosto, 2014.

Fonte: Acervo pessoal.

De acordo com Gois *et al* (2011) no que se refere ao saneamento ambiental a Ilha de Maré é uma região negligenciada e desassistida pela gestão do município de Salvador, de forma que mesmo sendo território da capital baiana, a ilha não acompanhou o seu desenvolvimento urbano.

A caracterização das participantes demonstra a vulnerabilidade social e precariedade socioeconômica e sanitária da comunidade de Praia Grande, refletindo as dificuldades de acesso

a condições dignas de vida e saúde desta e também de muitas outras comunidades quilombolas espalhadas pelo país, alertando para a invisibilidade destes indivíduos junto ao poder público, para a desigualdade social vivenciada nos quilombos e conseqüentemente para a necessidade de efetuação de políticas públicas e de saúde que proporcionem qualidade de vida e saúde a estas pessoas.

Convém salientar que, num conceito mais amplo, a saúde se traduz como o acesso a diversos recursos considerados imperiosos à vida em sociedade, a exemplo da alimentação, lazer, transporte, educação, emprego e moradia e a disponibilidade de serviços básicos, como o saneamento, é imperativo para a promoção da qualidade de vida e cidadania de uma população, sendo a sua ausência considerada inadmissível tanto do ponto de vista humano como social.

Quadro 2 - Características das participantes do estudo. Salvador-BA, dez. 2013 – jun. 2014.

CARACTERÍSTICAS DAS PARTICIPANTES												
PART.	SEXO	IDADE	FILHOS	PARENTESCO	OCUPAÇÃO	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	RAÇA/COR	RELIGIÃO	BENEFÍCIO SOCIAL	Nº PESSOAS NA CASA	RENDA FAMILIAR
E1	F	31	4	Mãe	Marisqueira	Médio Incompleto	Casada	Negra	Evangélica	Bolsa Família	4	400,00
E2	F	30	1	Mãe	Comerciante	Médio Incompleto	Casada	Amarela	Não Tem	Bolsa Família	3	750,00
E3	F	32	4	Mãe	Faxineira	Fundamental Incompleto	Mora Junto	Branca	Não Tem	Bolsa Família	6	1.000,00
E4	F	19	1	Mãe	Dona de Casa	Fundamental Incompleto	Casada	Preta	Não Tem	Bolsa Família	5	1.400,00
E5	F	22	1	Mãe	Artesã	Médio Completo	Solteira	Negra	Católica	Bolsa Família	5	2.200,00
E6	F	28	2	Mãe	Marisqueira	Fundamental Incompleto	Solteira	Parda	Evangélica	Bolsa Família	4	900,00
E7	F	26	1	Mãe	Marisqueira	Médio Incompleto	Solteira	Parda	Evangélica	Bolsa Família	3	1.200,00
E8	F	34	3	Mãe	Marisqueira	Fundamental Completo	Mora Junto	Negra	Católica	Bolsa Família	5	1.000,00
E9	F	34	2	Mãe	Marisqueira	Fundamental Completo	Mora Junto	Parda	Evangélica	Bolsa Família	4	300,00
E10	F	38	1	Mãe	ADI	Superior Completo	Casada	Negra	Católica	Nenhum	3	750,00
E11	F	35	2	Mãe	Marisqueira	Fundamental Incompleto	Divorciada	Morena	Evangélica	Bolsa Família	3	460,00
E12	F	21	1	Mãe	Dona de casa	Médio Completo	Solteira	Negra	Católica	Bolsa Família	3	880,00

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração pela autora deste trabalho.

5.2 CARACTERÍSTICAS DE SAÚDE DAS CRIANÇAS ÀS QUAIS FOI PRESTADA ASSISTÊNCIA EM SITUAÇÃO DE URGÊNCIA OU EMERGÊNCIA

Os dados apresentados a seguir correspondem à caracterização de saúde das crianças às quais as participantes do estudo prestaram assistência quando aquelas apresentaram algum problema de saúde caracterizado como urgência ou emergência. As informações obtidas foram tabuladas e sua síntese é exposta no Quadro III.

Quadro 3 – Características das crianças às quais foi prestada assistência em situação de urgência ou emergência. Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA, dez. 2013 – jun. 2014.

CARACTERÍSTICAS DAS CRIANÇAS							
PART.	IDADE*	SEXO	PROBLEMA DE SAÚDE	PLANO DE SAÚDE	TIPO DE ATENDIMENTO	CONSULTA DE ROTINA	PROBLEMA APRESENTADO
E1	2 anos	M	Não	Não	Público	Não	Convulsão Febril
E2	11 meses	F	Não	Não	Público	Sim	Convulsão Febril
E3	7 anos	F	Sim (asma)	Não	Público	Sim	Crise Asmática
E4	3 anos	M	Não	Não	Particular	Não	Queimadura
E5	1 ano	F	Não	Sim	Particular	Não	Febre Alta
E6	1 ano	F	Não	Não	Ambos	Sim	Convulsão Febril
E7	1 ano	F	Não	Sim	Particular	Sim	Convulsão Febril
E8	6 anos	M	Sim (asma)	Não	Público	Não	Crise Asmática
E9	10 meses	M	Não	Não	Público	Não	Desidratação por Diarreia e Êmese
E10	3 anos	M	Não	Não	Particular	Sim	Convulsão Febril
E11	7 anos	M	Não	Não	Público	Sim	Febre Alta
E12	1 ano	M	Não	Não	Público	Sim	Febre Alta

* Idade quando apresentou o problema caracterizado como urgência/emergência.

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração pela autora deste trabalho.

No que se refere ao sexo, não houve significativa discrepância entre os números, já que do universo das crianças 5 eram meninas e 7 eram meninos, havendo discreto predomínio do sexo masculino.

A diferença de gênero para a ocorrência de agravos caracterizados como urgência ou emergência já foi apontada na literatura por alguns autores a exemplo de Cavalcanti *et al* (2008), Lourenço *et al* (2008), Bochner (2005) e Werneck e Hasselmann (2009). Contudo, estes agravos se relacionavam às causas externas devido à diferença de comportamento entre meninos e

meninas mencionada por Martins e Andrade (2005), a qual predispõe as crianças do sexo masculino à maior ocorrência de injúrias.

Contraste significativo entre os sexos não foi observado neste estudo, possivelmente, porque quase todos os casos, conforme é possível verificar no Gráfico IX, foram de natureza clínica, sendo apenas um caracterizado como acidente ou causa externa e este, de acordo à Tabela III, acometeu uma criança do sexo masculino. Assim como nesta, em outras análises relacionadas a agravos de cunho clínico, também houve predomínio entre crianças do sexo masculino, contudo a diferença entre os números não foi tão relevante a ponto de os autores associarem a sua ocorrência ao sexo.

Dentre estes, é possível citar o de Saldanha *et al* (2005), realizado com o objetivo de analisar a variação dos períodos climáticos e o uso de serviços de saúde para a asma em crianças menores de cinco anos de idade, no qual a distribuição por sexo foi de 56,5% para o sexo masculino, diferença que, para os autores, foi estatisticamente não significativa; e o de Nascimento *et al* (2012) que, com o objetivo de analisar dados epidemiológicos e neurológicos em pacientes com crise convulsiva febril atendidos no setor de emergência pediátrica verificou que 54,6% das crianças eram do sexo masculino.

Em contraste, no estudo de Magalhães *et al* (2012), desenvolvido numa unidade de urgência e emergência pediátrica, houve destaque para o sexo feminino (53,4%), tendo sido as queixas apresentadas de natureza clínica. Isto permite inferir que, nos casos em que as injúrias não são autoprovocadas, a incidência pode ser maior tanto no sexo feminino quanto no masculino, já que estas independem do comportamento de risco relacionado ao gênero que, conforme já foi abordado, no caso dos meninos pode sujeitá-los mais amplamente à ocorrência de agravos à saúde que às meninas.

Quanto à faixa etária, a ocorrência de agravos foi maior na faixa etária de 1 a 4 anos (N= 7), seguida das crianças entre 5 e 8 anos (N= 3) e daquelas menores de 1 ano (N= 2).

Estes resultados se assemelham a trabalhos que investigam agravos de cunho clínico, nos quais a ocorrência também predominou nesta faixa etária. Dentre estes estudos, pode-se citar o de Façanha e Pinheiro (2005), que trata das doenças diarreicas agudas no qual o comprometimento foi maior nas crianças entre 1 e 4 anos; e o de Façanha e Pinheiro (2004), que trata das doenças respiratórias agudas, cuja incidência também foi mais elevada na faixa etária entre 1 e 4 anos. Também no trabalho realizado por Pinheiro (2008), cujos agravos foram de natureza mista (clínicas e causas externas) a idade de maior predominância foi a apresentada nesta análise.

O maior número de casos entre as crianças nesta faixa etária pode estar relacionado à imaturidade fisiológica que predispõe estes indivíduos à ocorrência de agravos sem que seu sistema orgânico de defesa esteja pronto o suficiente para combater patógenos e impedir a instalação de doenças. Ademais, é nesta faixa etária que a criança começa a adquirir independência e, com isso, a explorar o mundo de todas as formas possíveis, se expondo mais frequentemente (além dos acidentes) a microrganismos com potencial de gerar complicações clínicas, a exemplo das infecções, dentre as quais se destacam as do aparelho respiratório e do trato gastrointestinal, que se sobressaíram no estudo de Caetano *et al* (2002) como os principais grupos de causas de internação de crianças menores de cinco anos de idade e que são importante causa de morbimortalidade entre o público infantil.

Convém dizer que no único caso de acidente (queimadura) que emergiu neste estudo, a criança tinha 3 anos quando da sua ocorrência, correspondendo à faixa etária de 0 a 4 anos. Esta faixa etária também sobressaiu no estudo realizado por Cavalcanti *et al* (2008) que, com o objetivo de analisar as características epidemiológicas de morbidade por causas externas em crianças e adolescentes, demonstrou que a queimadura foi a lesão mais prevalente, com maior frequência em crianças de até 4 anos de idade. Também no trabalho realizado por Machado *et al* (2009), com o objetivo de analisar o perfil epidemiológico das crianças queimadas, a faixa etária na qual ocorreu maior taxa de internação foi a de 0 a 4 anos, destacando a vulnerabilidade das crianças menores.

Quando perguntadas acerca da existência de algum problema de saúde já diagnosticado, conforme exposto na Tabela IV, a maioria das informantes revelou que a criança não possui nenhuma doença de base. Outras duas responderam afirmativamente à pergunta e ambas referiram ser a asma este problema.

Tabela 3 - Características de saúde das crianças às quais foi prestada assistência em situação de urgência ou emergência. Praia Grande/Ilha de Maré/Salvador-BA, dez. 2013 – jun. 2014.

Variáveis	N (%)
Patologia de Base	
Sim	2
Não	10
Tipo de Atendimento	
Público	7
Privado	4

Ambos	1
Plano Particular de Saúde	
Sim	2
Não	10
Consulta de Rotina no Último Ano	
Sim	7
Não	5

Fonte: Dados da pesquisa. Elaboração pela autora deste trabalho.

A indagação acerca da existência de problemas prévios de saúde é importante nesta investigação porque estes podem configurar-se como a causa do agravo caracterizado como urgência ou emergência, o que requer por parte da família o acompanhamento médico da criança e, na existência de patologias, subentende-se que os cuidadores já saibam como lidar com a situação para contornar o problema e restabelecer a integridade fisiológica do menor, tornando o IT, muitas vezes, restrito ao subsistema popular por meio de medidas adotadas dentro do âmbito familiar ou com apoio comunitário.

Quando perguntadas acerca do tipo de serviço ao qual a criança comumente é levada quando necessita de algum atendimento de saúde, a maioria das participantes respondeu que o atendimento ocorre predominantemente no sistema público, inclusive quando o menor apresenta alguma situação considerada como de urgência pela genitora. Dentre os serviços públicos, as informantes referiram a utilização do posto de saúde existente na ilha, único serviço disponível naquela comunidade. Este achado se assemelha com o de Silva *et al* (2010), cujo estudo revelou que entre os quilombolas participantes a maioria também utilizava os serviços públicos no nível da atenção básica.

Isso pode ser explicado pelo fato de o acesso às instituições privadas de saúde ocorrer ou por meio dos convênios médicos ou a partir do pagamento por estes serviços que, no contexto das comunidades quilombolas, configuram-se como algo dispendioso, já que além de terem de custear o atendimento, alterando a renda familiar, ainda há o deslocamento para o continente, visto que na comunidade o único serviço de saúde disponível é público.

No que se refere à existência de plano particular de saúde entre as crianças às quais foi prestada assistência, verificou-se que apenas duas dispunham deste recurso. Usufruir de plano de saúde permite ao indivíduo o acesso com maior facilidade às instituições privadas, de forma que a

pessoa não necessita ficar refém dos serviços ofertados pelo subsistema público que, muitas vezes, caracteriza-se pela demora no atendimento e dificuldade de acesso integral aos serviços necessários ao efetivo cuidado.

O número referente às crianças quilombolas que tiveram acesso a algum plano privado de saúde mostrou-se pequeno, possivelmente, porque se trata de uma comunidade de baixa renda (conforme discutido anteriormente) na qual a maioria das pessoas não pode arcar financeiramente com este tipo de serviço e a utilização de uma parcela das finanças para custear este recurso representaria o desfalque da renda para outras necessidades consideradas básicas, a exemplo da alimentação, o que caracterizaria, para esta população, a saúde suplementar como um serviço supérfluo.

Quanto à realização de consultas de rotina no ano que precedeu a coleta de dados, a partir da visualização da tabela IV é possível perceber que a maioria das crianças realizou pelo menos uma visita ao médico, seja esta no sistema público ou privado de saúde.

A realização de consulta para fins de rotina é fundamental por conta da necessidade de acompanhamento periódico da criança e pela adoção de medidas de promoção da saúde e prevenção das doenças, evitando que a criança seja levada a um especialista apenas nas situações de emergência. Ademais, nos casos em que a patologia já está instalada, a ida frequente ao médico permite o diagnóstico precoce do agravo e a instituição de medidas que evitem a evolução do quadro clínico para algo mais grave e sua posterior conversão em uma situação de urgência ou emergência, tornando o IT mais difícil e sofrido nestes casos.

No que diz respeito ao problema apresentado pela criança, foram citados cinco agravos, a maioria de natureza clínica: convulsão febril (N= 5), febre alta (N= 3), crise asmática (N= 2), desidratação relacionada à diarreia e vômito (N= 1) e queimadura (N=1), com destaque para as convulsões secundárias à febre.

A partir destes dados e tendo como parâmetro o Manual de Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco (Anexo A), apreende-se que a maioria dos casos apresentados (febre alta, desidratação, crise asmática e queimadura) é considerada como urgência em pediatria, sendo um dos agravos (crise convulsiva) classificado como emergência pediátrica. No referido manual não é classificada a crise asmática, contudo a partir do relato da participante, das características clínicas referidas e da experiência profissional, classificamos este agravo como urgência pediátrica.

Convém dizer que, além de ser uma das situações de urgência pediátrica, a febre esteve associada a um dos casos considerados emergência e cuja incidência foi maior entre os agravos

supracitados: a convulsão febril, caracterizada como “crises que ocorrem em crianças de 6 meses a 5 anos, associadas à febre (temperatura > 38°C), na ausência de histórico de crises afebris ou da ausência de uma patologia de base que justifique a crise, como infecção do sistema nervoso central” (LUCENA; VEIGA, 2006).

Conforme Hockenberry (2011) a temperatura em geral excede 38,8°C e é durante a elevação térmica que ocorre a convulsão e não após uma elevação prolongada. Para esta autora, embora sua causa ainda seja incerta, a convulsão febril pode constituir o início dramático de uma enfermidade, com frequência uma infecção do trato respiratório ou gastrointestinal. Dentre as doenças que podem levar à convulsão febril Paulis (2013) cita as infecções virais, a exemplo das gripes e resfriados, e também as bacterianas, como infecção do ouvido, sinusite e pneumonia, visto que são doenças que apresentam a febre em sua evolução.

Lucena e Veiga (2006) classificam as crises febris em simples ou complexas. As simples são únicas e de curta duração, se manifestando em geral por abalos ou rigidez dos membros superiores e inferiores, ou por olhar fixo, muitas vezes se associando à hipotonia global, ou por rotação dos olhos. Já as complexas têm duração superior a 15 minutos, apresentam manifestações focais (versão da cabeça ou dos olhos, clonias localizadas em um hemisfério corporal), ou recorrência nas primeiras 24 horas.

Hockenberry (2011) refere que quando a criança é levada ao serviço de saúde, na maioria dos casos, a convulsão já cessou. Contudo, no caso de a crise continuar, o tratamento consiste no controle da convulsão com diazepam e na redução da temperatura com acetaminofeno, sendo contraindicada a profilaxia anticonvulsivante.

De acordo com Guerreiro (2002) a crise febril é comumente do tipo simples (crise tônico-clônica generalizada), rápida, isolada e tem caráter benigno. Em seu trabalho esta autora cita um estudo realizado pelo Projeto Perinatal Colaborativo Nacional (NCP), o maior já realizado sobre este tema, o qual acompanhou 1.706 crianças que tiveram crises febris concluindo que não houve nenhuma seqüela motora permanente, as crises não se associaram a risco aumentado de prejuízo intelectual nem à ocorrência de óbito entre estas crianças.

Embora as crises convulsivas febris tenham uma natureza benigna, é imprescindível destacar sua relevância para os pais, pois a sua ocorrência, independente do grau de instrução dos genitores, é motivo de angústia e medo, muitas vezes relacionado ao desconhecimento em relação ao caso apresentado pela criança, levando-os a tomar medidas errôneas como tentar conter a criança ou introduzir corpos estranhos em sua cavidade oral na tentativa de conter a possível queda da língua, com potencial de causar problemas secundários.

Neste contexto, faz-se necessário a disponibilidade de um serviço de referência ao qual os genitores possam conduzir a criança ou de um transporte especializado que a encaminhe até a unidade de emergência pediátrica, evitando a recorrência de crises no ambiente intradomiciliar, o manejo inadequado do problema e o surgimento de consequências, a exemplo dos traumas que podem advir do movimento corpóreo da criança durante a crise e o impacto da cabeça com objetos ou superfícies que possam gerar danos cerebrais. Ademais, faz-se necessário que a criança passe por avaliação médica para que seja investigada a etiologia da crise, afastada a possibilidade de infecção do sistema nervoso central e o menor seja observado por uma equipe multiprofissional.

Quanto à febre, que emergiu como uma das principais situações de urgência pediátrica a partir dos relatos das participantes e cuja ocorrência pode culminar nas crises convulsivas (conforme dito anteriormente), Hereda *et al* (2006) afirmam ser a queixa mais comumente observada nos serviços de pronto-atendimento pediátrico, sendo referida por Murahovsch (2003) como a elevação da temperatura corporal acima de uma faixa considerada normal para o indivíduo.

A medição da temperatura corpórea pode ocorrer na axila, reto ou cavidade oral. Contudo, é mais comumente verificada na axila, especialmente em crianças pelos genitores no ambiente intradomiciliar, por conta da facilidade, maior aceitação por parte da criança e por uma questão de higiene em relação aos outros locais de medição.

Ao falar sobre os valores considerados dentro da faixa de normalidade, Murahovsch (2003) refere que a temperatura axilar normal tem variação entre 36,5°C e 37,2°C do período matutino ao vespertino, sendo que, em relação à temperatura axilar, a bucal é cerca de 0,5°C mais elevada que esta, e a retal cerca de 0,8 a 1°C maior que a axilar. Deste modo, segundo Herzog e Coyne *apud* Murahovsch (2003) febre é definida como a temperatura axilar superior a 37,2°C ou retal acima de 38°C, com ressalva de que no terceiro mês de vida, a temperatura retal chega a atingir 38,2°C.

Embora se trate de um sintoma e não de uma doença, a sua ocorrência é responsável por gerar preocupação e pavor muitas vezes excessivo entre os pais, devido ao medo de sua evolução e possíveis consequências como a ocorrência de crises convulsivas, conforme foi possível verificar nos estudos realizados por Pestana (2003) e Feldhaus e Cancelier (2012), nos quais a convulsão febril surgiu como o maior receio entre os genitores. O medo demasiado da febre foi denominado por Barton Schmitt (1980) como fobia da febre e é o que faz com que os pais muitas

vezes adotem posturas exageradas para contenção da temperatura da criança, a exemplo do abuso de antipiréticos.

Isto pode ser observado, especialmente, em locais remotos, como a comunidade quilombola em estudo, onde a assistência médica é ausente ou descontínua no período noturno e, por conta do receio de a criança apresentar consequências provenientes do quadro febril sem que possam recorrer a uma unidade de saúde, os pais podem se utilizar de medidas exageradas para manter a temperatura da criança dentro de valores desejáveis.

Whaley e Wong (1989) consideram praticamente impossível prevenir a febre em crianças, recomendando, neste caso, o controle da temperatura, de forma a prevenir a sua elevação. Dentre os mecanismos utilizados para controlar a febre pode-se citar as medicações antitérmicas, como dipirona e paracetamol, muito utilizados entre os pais por conta da possibilidade de aquisição sem receita médica. Há também os meios não farmacológicos como é o caso do uso de compressas frias, banhos de imersão e aplicação de álcool na pele que, embora Hereda *et al* (2006) considerem não eficazes na redução da temperatura porque não possuem nenhuma ação no centro termorregulador, são utilizados como coadjuvantes dos métodos farmacológicos.

Nos estudos desenvolvidos por Pestana (2003) e Feldhaus e Cancelier (2012) foi demonstrado que para baixar a temperatura das crianças, os pais utilizavam tanto a terapêutica farmacológica, na qual o acetaminofeno emergiu como a principal droga de escolha, como também métodos físicos.

Mesmo sendo motivo de preocupação entre os pais, do ponto de vista fisiológico a febre é uma manifestação benéfica do organismo, alertando para a existência de alguma doença, com papel de defesa. Neste contexto, Bricks (2006) associa a febre a aspectos positivos, como o aumento da migração de neutrófilos e a produção de interferon gama e outras citocinas, que têm papel relevante na reposta imune para eliminar vírus e bactérias. Bricks *et al* (2003) acrescentam ser a febre uma resposta a vários estímulos, sendo um dos sinais mais frequentemente associados às infecções de vias aéreas superiores, podendo ser também o primeiro sinal de infecções graves, a exemplo da pneumonia, bacteriemia e meningite.

Convém dizer que uma das participantes referiu ser a febre apresentada pela criança como uma manifestação de pneumonia, diagnosticada posteriormente após busca por serviço de saúde. Além de infecções de vias aéreas, a febre também pode estar associada a infecções relacionadas a condições ambientais precárias e falta de saneamento básico, como é o caso das doenças parasitárias e aquelas de veiculação hídrica.

Nesta perspectiva, pode-se associar a alta incidência de casos de febre e, conseqüentemente, da convulsão febril aos hábitos sanitários inadequados existentes naquela comunidade, traduzidos pelas precárias condições de saneamento da ilha, como falta de uma rede de esgoto e existência de esgotos a céu aberto que possibilitam a contaminação da água e do solo por microrganismos causadores de doenças, tornando o ambiente insalubre e culminando no aparecimento de enfermidades entre os moradores, em especial as crianças, por conta da maior suscetibilidade.

Dentre estas enfermidades, pode-se citar as parasitoses, que estão fortemente associadas ao saneamento básico precário ou inexistente e que apresentam a febre como um dos sintomas de sua evolução. Estudos realizados em comunidades onde o saneamento era deficitário demonstraram alta prevalência de parasitoses e poliparasitismo entre os moradores. Neste contexto, pode-se citar o trabalho realizado por Cunha *et al* (2013) em três comunidades baianas, das quais duas eram quilombolas, que demonstrou alta prevalência de indivíduos parasitados e poliparasitados, com números mais elevados entre os quilombolas, posto que as condições sanitárias eram mais precárias nestas comunidades; e o de Andrade *et al* (2011), desenvolvido em uma comunidade quilombola mineira com condições sanitárias insatisfatórias, o qual demonstrou que mais da metade dos participantes albergava pelo menos uma espécie parasitária. Além da febre e convulsão febril, também foi citada a crise asmática como um dos agravos que acometeram as crianças neste estudo. A asma é definida por Whaley e Wong (1989) como um processo obstrutivo reversível, no qual as respostas das vias aéreas, especialmente no trato respiratório inferior, são mais intensas. Trata-se de um distúrbio comum na infância, sendo uma das principais causas de doença crônica nesta fase da vida e um importante motivo de internamento.

Conforme dados de 2013 do DATASUS as internações hospitalares naquele ano na faixa etária de 0 a 14 anos por asma somaram 80.692 das quais 39.053 ocorreram no regime público (DATASUS, 2013). Em pesquisa realizada por Ferrer (2009) para sua dissertação de mestrado a autora constatou que a asma foi a segunda causa de internação entre crianças na faixa etária de 0 a 9 anos no município de São Paulo entre 2002 e 2006.

Embora se trate de uma doença respiratória crônica, seus portadores podem apresentar episódios agudos, que se caracterizam como situação de urgência por conta do desconforto para o paciente e pelas conseqüências que pode gerar caso não seja adotada intervenção efetiva, dentre estas o óbito. De acordo com Stein (2006) a asma é responsável por uma em cada 250 mortes em todo o mundo, muitas das quais são evitáveis, pois se relacionam ao cuidado médico

inapropriado, falta de informações adequadas e atraso na obtenção de tratamento para as crises mais graves.

Ao falar sobre as manifestações da asma Whaley e Wong (1989) referem respiração trabalhosa, sibilos bilaterais, expiração prolongada e tosse irritativa resultante da redução no diâmetro da via aérea e seus sintomas variam de tosse discreta até dificuldade respiratória intensa com hipoxemia, retenção de dióxido de carbono e acidose respiratória, podendo resultar em asfixia fatal.

Em se tratando dos desencadeantes de uma crise asmática, Pastorino e Grumach (2003) citam os aeroalérgenos domiciliares, como a poeira doméstica, ácaros e fungos, poluentes, odores fortes, fumaça de cigarro, exercícios e mudanças climáticas.

Além destes, outros fatores funcionam como estímulo da crise na comunidade em estudo. Por conta do contexto socioeconômico daqueles indivíduos, há na ilha uma grande quantidade de domicílios que utilizam o fogo à lenha para preparo dos alimentos, sendo a exposição diária de crianças portadoras de asma um dos estímulos que podem despertar as crises. Ademais, as estradas existentes na comunidade não são calçadas e a poeira pode funcionar como fator precipitante da crise.

Quanto ao agravamento sazonal, relacionado às mudanças climáticas que ocorrem no inverno com o aumento do frio e das chuvas, apontadas na literatura (Moura *et al.*, 2008;) como fator desencadeante da crise asmática e aumento no número de casos, nesta comunidade apresenta duplo efeito negativo, pois além de desencadear a crise, a sua ocorrência dificulta o trânsito ao continente e, conseqüentemente, o acesso ao pronto atendimento pediátrico, podendo contribuir para agravamento do quadro, o que pode acarretar em grande sofrimento para a criança e, a depender da gravidade da crise, conduzi-la a óbito.

Em geral, as pessoas que sofrem deste distúrbio respiratório possuem formas de manejar a doença como o uso da bombinha e nebulizações com medicação. Contudo, a depender da gravidade da crise é necessária a intervenção com medicações intravenosas, como é o caso dos corticoides e uso de oxigênio suplementar, sendo fundamental a busca por um pronto atendimento.

Convém dizer que mesmo sendo aliviados os sintomas no domicílio é necessário o controle da asma na intercrise, pois conforme salientam Saldanha *et al* (2005) crianças com quadro asmático de maior gravidade têm uma tendência de repetição das crises com conseqüente aumento no número de hospitalizações. Neste contexto, o acompanhamento ambulatorial evita

a repetição de atendimentos na unidade de emergência e, conseqüentemente, o maior sofrimento da criança quando no quadro agudo.

Estudo realizado por Sarinho *et al* (2007) demonstrou que a maioria das crianças e adolescentes que foram internados por asma não faziam acompanhamento ambulatorial preventivo, sendo vários problemas associados a isto, dentre os quais a dificuldade de acesso ao ambulatório, sendo destacado pelos autores que o acompanhamento preventivo, embora importante, se encontra longe de ser uma realidade acessível para indivíduos de baixa renda.

Do mesmo modo, na comunidade quilombola onde foi realizado este estudo, a possibilidade de acompanhamento especializado ambulatorial é remota, devido à inexistência de serviços deste tipo na comunidade e a dificuldade de conseguir atendimento no continente que, associada à baixa renda da população pode ser um fator para busca por atendimento apenas em casos agudos, o que para aquela comunidade se configura como algo negativo, visto que a crise pode ser desencadeada a qualquer momento, obrigando a família se lançar ao mar com a criança, inclusive durante o período noturno, para conseguir atendimento de urgência.

Outro agravo que emergiu entre os relatos das informantes foi a diarreia associada à êmese e com sinais de desidratação. Conforme Silva *et al* (2006) a diarreia compreende um grupo de condições clínicas que têm em comum a presença de fezes com diminuição da consistência e aumento do número de dejeções, gerando um desequilíbrio entre os processos de absorção e secreção do intestino. Segundo Bricks *et al* (2003) trata-se de uma das queixas mais frequentes em pediatria e uma das principais causas de morbimortalidade infantil nos países em desenvolvimento.

Em se tratando da etiologia, Bricks *et al* (2003) afirmam que a diarreia pode ser classificada em infecciosa e não-infecciosa. Entre as de origem infecciosa estão incluídas aquelas causadas por vírus, bactérias, fungos, protozoários, vermes e a chamada diarreia parenteral, que se associa a quadros de infecção extra intestinal, como broncopneumonia, otite média aguda e infecção do trato urinário. Já as diarreias não infecciosas podem ter como causas a desnutrição, erro alimentar, deficiências enzimáticas congênitas ou adquiridas, alergia alimentar, doenças inflamatórias intestinais, doença de Hirschsprung, dentre outras.

A diarreia ainda pode ser aguda ou crônica. A primeira diz respeito a uma alteração súbita na frequência e consistência das fezes, sendo causada com maior frequência por um processo inflamatório de origem infecciosa, ao passo que a segunda consiste na presença de fezes amolecidas em maior frequência por um período superior a duas semanas, estando mais comumente associada a fatores não infecciosos (WHALEY; WONG, 1989).

Em locais onde as condições sanitárias são precárias, como é o caso da comunidade onde foi desenvolvido este estudo, a diarreia é uma queixa muito comum, especialmente entre as crianças, por conta da ausência de saneamento básico que concorre para a alta incidência de infecções causadas por agentes transmitidos pela água, favorecendo a ocorrência de episódios diarreicos entre os moradores e expondo-os às suas consequências.

Neste contexto, em sua revisão bibliográfica, realizada com o objetivo de relacionar a falta de saneamento à ocorrência de doenças, em especial as diarreicas, Portela *et al* (2011) demonstraram existir uma forte relação entre as condições precárias de saneamento e a elevada incidência de doenças diarreicas, tendo-se destacado especialmente a origem da água (76,7%), o destino dos dejetos (41,8%) e a ausência de rede coletora (34,8%). No trabalho de Paz *et al* (2012), realizado em uma área periurbana de Guarulhos-SP, com o objetivo de verificar a associação entre a variável prevalência de diarreia e as variáveis características da criança, dentre as quais as condições de saneamento, as autoras verificaram que o risco de ocorrência de diarreia é quase 15 vezes maior para as crianças que não desfrutam de condições adequadas de habitação e saneamento. Do mesmo modo, Marques *et al* (2010) demonstraram que em uma comunidade quilombola onde foi conduzido seu estudo e cujas condições de saneamento são precárias, a diarreia emergiu como uma das doenças de maior prevalência.

Bricks *et al* (2003) relacionam tanto a etiologia como a evolução das doenças diarreicas na infância às condições sociais da criança, de forma que crianças bem nutridas, com boas condições de vida e acesso à assistência médica adequada tendem a apresentar evolução benigna e autolimitada, do contrário, as desnutridas, com precárias condições de vida e difícil acesso à assistência médica são as que apresentam evolução mais desfavorável e maior número de complicações.

As complicações da diarreia ocorrem devido à desidratação e ao desequilíbrio hidroeletrólítico que frequentemente está associado à assistência e tratamento instituídos de forma inadequada, podendo causar óbito, especialmente quando associados à desnutrição (BRASIL, 2005). A desidratação é referida por Whaley e Wong (1989) como a consequência mais grave da diarreia, especialmente em lactentes. Silva *et al* (2006) acrescentam que a chance de desidratação é inversamente proporcional à idade da criança, de forma que quanto menor a criança maior a chance de desidratação, sendo este um dos motivos porque a diarreia é mais grave entre as crianças de menor idade.

A desidratação é definida por Grisi e Escobar (2003) como o déficit de água e eletrólitos corpóreos resultante, principalmente, da perda destes elementos em quantidade superior à

ingestão. Pode ocorrer em consequência de perdas pelo trato gastrointestinal, rins, pulmão ou pelo aumento das perdas insensíveis, sendo mais frequente a perda pelo trato gastrointestinal na faixa etária pediátrica.

Quanto ao tipo, a desidratação pode ser classificada em isotônica, hipotônica e hipertônica. Na isotônica, os déficits de água e eletrólitos são proporcionalmente equivalentes, sendo o choque a maior ameaça à vida e a criança exibe os sintomas característicos de choque hipovolêmico. Na hipotônica, o déficit eletrolítico é maior que o de água, deixando o plasma hipotônico. Devido ao fato de o líquido intracelular ser mais concentrado que o extracelular, a perda de líquido extracelular é aumentada, sendo o choque uma ocorrência frequente e os sinais físicos tendem a ser mais intensos com perdas líquidas menores que na desidratação isotônica ou hipertônica. Na hipertônica, a perda de água é maior que a de eletrólitos, sendo causada por grande perda de água e/ou grande ingestão de eletrólitos. Desta forma, o líquido se desloca do espaço intra para o extracelular, fazendo com que o volume deste último seja maior, havendo maior grau de perda de água para a mesma intensidade de sinais físicos neste tipo de desidratação. Sendo assim, o choque é menos comum, contudo distúrbios neurológicos como as convulsões ocorrem mais facilmente (WHALEY; WONG, 1989).

No que se refere às manifestações clínicas, Grisi e Escobar (2003) revelam que os sinais da desidratação refletem a depleção do volume extracelular e, por consequência, mudanças no volume plasmático, intersticial, e transcelular. Inicialmente, há sede e mudanças de comportamento (irritação ou prostração). Com a progressão do déficit de água e eletrólitos há ressecamento de mucosas, afundamento dos olhos e diminuição do turgor da pele. Com a hipovolemia advém a hipotensão, taquicardia, palidez e frieza de extremidades. Nos casos de desidratação grave, há colapso circulatório com sinais característicos: extremidades frias e cianóticas, pulso fraco e rápido, palidez de pele, letargia ou coma.

Estudo realizado por Caetano *et al* (2002) revelou que as doenças infecciosas e parasitárias, com destaque para a diarreia e desidratação, assumiram a segunda causa de internação entre as crianças menores de 5 anos, com base nos grupos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), demonstrando a relevância deste tipo de doença e sua grande incidência entre as crianças e, com isso, alertando para a necessidade de vigilância e cuidados, no sentido de prevenir complicações.

Nos casos em que a criança apresenta diarreia e êmese, especialmente as de menor idade, é necessário que se observe a evolução do quadro e a encaminhe para serviço especializado para que a mesma seja avaliada pelo médico e o tratamento adequado seja instituído, posto que este

muitas vezes tem que ser realizado dentro do ambiente hospitalar, de forma a evitar que se instale a desidratação, que pode conduzir ao choque e culminar em óbito evitável.

Convém lembrar que o caso de desidratação aparecido neste estudo foi associados à diarreia e à êmese. Conforme Bricks *et al* (2003), nos países em desenvolvimento a maioria dos agentes etiológicos causadores de diarreia é transmitida pela via fecal-oral, estando relacionada à qualidade da água, à falta de saneamento básico e às más condições de manipulação, estoque e refrigeração de alimentos. Devido ao fato de naquela comunidade as condições de saneamento serem insatisfatórias e estas terem o potencial de desencadear enfermidades de cunho infeccioso que podem ter a diarreia e êmese em sua evolução, pode-se sugerir que as condições sanitárias da ilha podem ser responsáveis pelo surgimento destes quadros entre as crianças.

Quanto à queimadura, último agravo surgido nesta análise, esta se refere ao resultado da ação do calor sobre o organismo humano, seja esta ação direta ou indireta (VALE, 2005). Segundo Sapolnik (2006) as queimaduras figuram como a terceira causa mais comum de acidente na infância em grande parte das populações estudadas e, conforme Katz *et al* (2003), a quarta principal causa de morte por lesão traumática em crianças, ficando abaixo apenas dos acidentes automobilísticos, quedas e quase-afogamentos.

Whaley e Wong (1989) reconhecem a existência de quatro agentes causadores das queimaduras: os químicos (ácidos ou substâncias alcalinas), elétricos (fios elétricos, transformadores ou raios), radioativos (raios X ou radiação ultravioleta) e térmicos. Contudo, para estas autoras, estes últimos são os maiores causadores das lesões por queimaduras, principalmente o fogo e a água quente (incluindo vapor).

Em estudo realizado por Martins e Andrade (2007) com o objetivo de analisar a incidência hospitalar e a mortalidade por queimadura em menores de 15 anos atendidos em pronto-socorro, as autoras demonstraram que em 82,4% dos casos o agente envolvido foi a substância quente ou fonte de calor, sendo os líquidos quentes/ferventes os principais responsáveis por este tipo de queimadura (44,0%). Machado *et al* (2009) demonstraram que o líquido aquecido e a chama foram os principais agentes responsáveis por internação entre as crianças estudadas: o líquido aquecido para a faixa etária de 0 a 4 anos e a chama na idade de 5 a 15 anos.

De acordo com Katz *et al* (2003) a grande maioria das crianças que são vítimas das queimaduras tem idade inferior a 3 anos, o que corrobora com os resultados apresentados por Martins e Andrade (2007), que demonstraram maior incidência de queimaduras em crianças menores de 1 ano de idade em todas as categorias analisadas (exposição a substância quente,

fonte de calor, fumaça, fogo, chamas e corrente elétrica) e por Roch *et al* (2007), no qual foi observado que 72,6% dos casos de queimaduras ocorreram em crianças de até 3 anos de idade. Sapolnik (2006) considera os lactentes e escolares especialmente vulneráveis às queimaduras por conta do desconhecimento acerca dos riscos advindos da manipulação de substâncias com temperatura elevada.

No que diz respeito ao agente causador da queimadura, Katz *et al* (2003) afirmam que usualmente elas são causadas por líquidos quentes, contudo nas crianças maiores a etiologia mais comum é o fogo. Esta assertiva é corroborada por autores como Machado *et al* (2009) cujos resultados demonstraram que nas crianças menores (0-4 anos) o líquido quente foi o maior responsável pelas queimaduras, ao passo que nas crianças maiores (5 a 15 anos) a chama foi a principal causa.

Para Katz *et al* (2003) o que determina a gravidade de uma queimadura é a profundidade, extensão e distribuição da lesão. A profundidade se relaciona à duração da exposição, temperatura do agente e espessura da pele, de forma que a criança, devido ao fato de ter a pele mais fina que o adulto, tem predisposição a queimaduras mais profundas que este.

Para Whaley e Wong (1989), na avaliação da profundidade da lesão são utilizados os termos primeiro, segundo e terceiro grau. Katz *et al* (2003) ainda reconhecem a existência do quarto grau. Queimaduras de primeiro grau são superficiais e, apesar da dor e do eritema, cicatrizam rapidamente, sem a formação de cicatriz; nas de segundo grau há formação de flictenas e perda das camadas superficiais da epiderme e a ferida é dolorosa e frágil ao toque. Caso não haja complicações como infecção, a cicatrização acontece de uma a duas semanas, com seqüela mínima, caso contrário, a cicatrização é mais demorada e frequentemente associada a cicatrizes hipertróficas; nas de terceiro e quarto graus, também chamadas de profundas, há necrose tecidual intensa e, devido ao fato de haver destruição de todos os elementos da pele e subcutâneo, essas feridas não cicatrizam e são altamente suscetíveis à infecção (KATZ *et al.*, 2003).

Quanto à extensão da queimadura, Vale (2005) afirma que dependem fundamentalmente desta os riscos nas primeiras horas após o acidente, de forma que quanto maior for a área afetada, maior a repercussão sistêmica, devido à perda das funções da pele. De acordo com este autor, a extensão é calculada em porcentagem da superfície corporal total, considerando-se apenas as áreas queimadas com profundidade de segundo, terceiro e quarto graus.

Conforme Katz *et al* (2003) estima-se a superfície corpórea queimada (SCQ) pela “regra dos nove” em crianças acima de 10 anos de idade, nas quais se assume 9% para cabeça e pescoço, 9% para cada extremidade superior, 18% para cada extremidade inferior, 18% para o tronco anterior, 18% para o tronco posterior e 1% para o períneo e genitália. Nas crianças menores de 10 anos, por conta do tamanho relativamente maior da cabeça e menor das extremidades inferiores a regra é modificada. Assim, de acordo com a Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP, 2008) para as crianças de até 9 anos de idade, quando se tratar de cabeça e pescoço, é subtraída a idade em anos dos 18%, a genitália não entra no cálculo e para cada membro inferior calcula-se $14\% + \frac{1}{2}$ da idade em anos. A ilustração deste cálculo encontra-se na Figura 13.

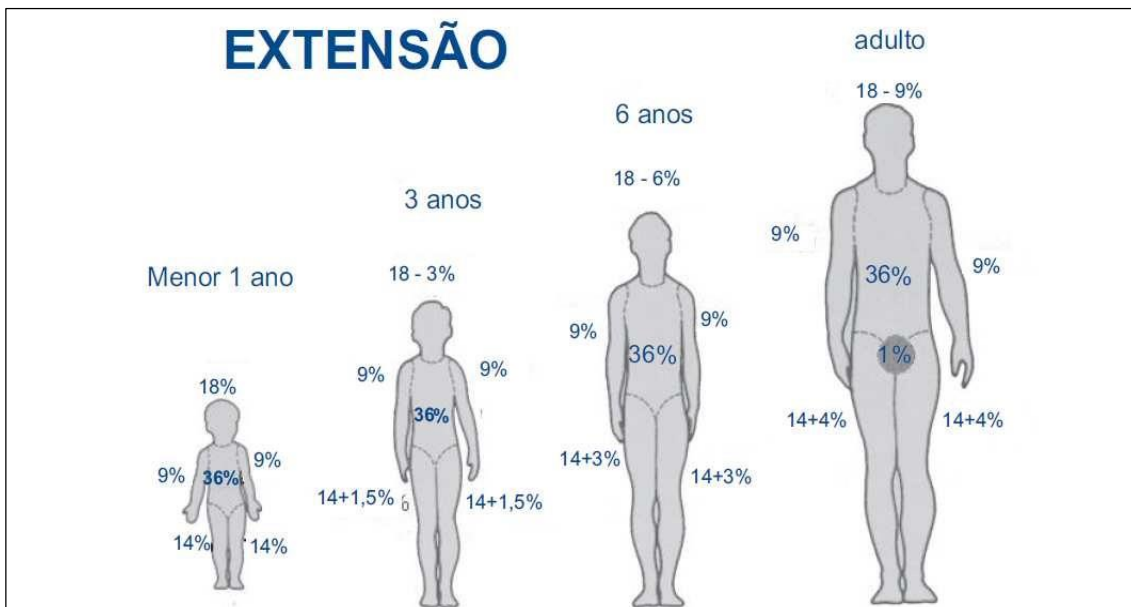


Figura 13 – Classificação da queimadura de acordo à extensão. Brasil, agosto, 2014.

Fonte: Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (2008, p. 5).

Katz *et al* (2003) afirmam que a Sociedade Americana de Queimaduras classifica as queimaduras em menores, moderadas e maiores. Nas crianças, as queimaduras menores correspondem a lesões que têm profundidade parcial e $< 10\%$ da SCQ ou profundas com $< 2\%$ da SCQ e as maiores são lesões de profundidade parcial em mais de 20% da SCQ ou uma lesão profunda em mais de 10% da SCQ.

Além de acarretar grande sofrimento às vítimas, independente da extensão e comprometimento tecidual, as queimaduras ainda podem gerar complicações que, de acordo com Whaley e Wong (1989) se relacionam tanto à ferida como às alterações sistêmicas

decorrentes desta. Dentre elas, as autoras citam asfixia, que constitui ameaça imediata à vida e decorre da irritação e edema dos pulmões e vias aéreas; choque refratário, que é o maior perigo nas primeiras 48 a 72 horas, seguido de possível insuficiência renal e excesso de potássio durante a primeira semana; e no período de cicatrização a infecção, que pode evoluir com septicemia, é a principal complicação.

Algumas destas complicações, por conta da sua gravidade, podem ter como desfecho o óbito, que foi referido nos trabalhos realizados por Machado *et al* (2009), Viana *et al* (2009) e Martins e Andrade (2007), todos realizados com indivíduos menores de 15 anos de idade.

Neste contexto, é necessário que seja instaurado tratamento imediato e efetivo, de forma que a vítima deve ser conduzida logo que possível a serviço especializado para que seja realizada a abordagem inicial e instituída a terapêutica adequada, minimizando as complicações e, com isso, o risco de morte. Ademais, torna-se imperativo a adoção de medidas preventivas, pois esta ainda é a melhor forma de evitar a ocorrência de danos e o incremento das taxas de morbidade e mortalidade por queimaduras em crianças, que já são elevadas.

A partir do panorama sanitário apresentado e pelas doenças que emergiram nesta análise, apreende-se que alguns dos agravos podem estar relacionados às precárias condições sanitárias da ilha, o que pode comprometer a saúde das crianças, condicionando-as a situações de urgência e emergência. Neste contexto, chama-se atenção para a necessidade de saneamento básico adequado naquela comunidade visto que este recurso da vida diária é parâmetro necessário para a promoção da qualidade de vida e prevenção de doenças, pois conforme considera a Organização Pan Americana de Saúde (2011) esta é a intervenção de saúde pública com maior impacto no desenvolvimento de uma nação.

5.3 MANUSCRITOS

Nesta parte do estudo, será dada voz aos cidadãos que residem em Praia Grande e vivenciam situação de precariedade e abandono por parte do poder público, permitindo que sejam verbalizadas as dificuldades e obstáculos enfrentados na construção do IT, demonstrando a sua percepção em relação às situações de urgência e emergência, as práticas desencadeadas na promoção do cuidado às crianças que experimentaram agravos desta natureza e os problemas encontrados no acesso ao sistema formal de saúde.

Após a leitura flutuante e a análise categorial das falas, as unidades de registro foram agrupadas em três categorias, que respondem aos objetivos propostos neste estudo. Cada categoria foi

organizada e é apresentada na forma de manuscrito, em consonância às normas vigentes do PPGENF/UFBA. Este formato para apresentação dos resultados representa um significativo avanço no que diz respeito à conformação dos trabalhos de mestrado e simbolizou um grande desafio a ser superado, visto que se trata de uma nova modalidade de apresentação, adotada recentemente pelo programa, sendo esta uma das dissertações pioneiras no que diz respeito a esta nova modelagem.

Ademais, ao apresentarmos os resultados desta pesquisa no formato de manuscritos, assumimos o compromisso público de divulgar os resultados aqui auferidos à sociedade, permitindo o conhecimento do IT adotado naquela comunidade em situações de urgência e emergência pediátrica. A seguir, serão apresentados os manuscritos:

Manuscrito 1: Produção científica sobre itinerários terapêuticos em programas de pós-graduação stricto sensu por enfermeiros

Elaborado em conformidade com as normas da Revista Eletrônica de Enfermagem, para a qual foi submetido.

URL para instruções aos autores: <http://www.fen.ufg.br/revista/pre-textuais/normas.htm>

Manuscrito 2: Percepções de urgência e emergência pediátrica entre quilombolas: uma abordagem à luz de Leininger

Elaborado em conformidade com as normas da Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação, para a qual foi submetido.

URL para instruções aos autores: <http://www.scielo.br/revistas/icse/pinstruc.htm>

Manuscrito 3: Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola

Elaborado em conformidade com as normas da Revista Ciência e Saúde Coletiva, para a qual foi submetido.

URL para instruções aos autores: <http://www.scielo.br/revistas/csc/pinstruc.htm>

Manuscrito 4: Funcionamento de ambulanchas em uma comunidade quilombola ilhéus: percepção da população

Elaborado em conformidade com as normas da Revista Physis: Revista de Saúde Coletiva, para a qual foi submetido.

URL para instruções aos autores: <http://www.scielo.br/revistas/physis/pinstruc.htm>

Autoria dos manuscritos:
Samylla Maira Costa Siqueira⁶
Viviane Silva de Jesus⁷
Climene Laura de Camargo⁸

5.3.1 MANUSCRITO 1

Produção científica sobre itinerários terapêuticos em programas de pós-graduação stricto sensu por enfermeiros⁹

Samylla Maira Costa Siqueira¹⁰, Viviane Silva de Jesus¹¹, Marília Souza de Oliveira¹²,
Climene Laura de Camargo¹³

⁶ Mestranda e autora desta dissertação. Participou de todas as fases que deram origem a este estudo, desde a idealização do projeto até a coleta e análise dos dados e a discussão dos resultados, assim como da escrita da dissertação.

⁷ Participou de todas as visitas realizadas no campo, assim como da coleta dos dados. Suas sugestões contribuíram para análise dos dados, bem como para a escrita dos artigos.

⁸ Orientadora desta dissertação. Participou na idealização deste estudo, bem como na análise dos dados e na escrita deste trabalho.

⁹ Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado “Itinerários Terapêuticos em Urgências e Emergências Pediátricas em uma Comunidade Quilombola”, apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

¹⁰ Enfermeira. Mestre em enfermagem da pela Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, Brasil. e-mail: smsiqueira@hotmail.com.

¹¹ Enfermeira. Especialista em Saúde Pública. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, Brasil. E-mail: vivi_humaniza@hotmail.com.

¹² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. Salvador-BA, Brasil. e-mail: mari.flor.26@hotmail.com.

¹³ Enfermeira. Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo.
E-mail: climenecamargo@hotmail.com.

RESUMO

O objetivo é analisar a produção de enfermeiros em programas de pós-graduação *stricto sensu* sobre itinerários terapêuticos no Brasil. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada no Banco de Teses e Dissertações da CAPES de 1987 a 2012, sendo selecionadas 13 obras. A busca por cuidados pode acontecer concomitantemente no sistema profissional ou informal, sendo a família o subsistema primário na procura. Como um meio de avaliação dos serviços de saúde, o itinerário terapêutico mostrou que o sistema profissional, público ou privado, é desfavorável à integralidade. Há necessidade de reestruturação do modelo de saúde, que ainda é centrado na dimensão biológica do indivíduo.

Palavras-chave: Assistência à saúde; Acesso aos serviços de saúde; Enfermagem.

INTRODUÇÃO

O itinerário terapêutico (IT) refere-se à busca de cuidados terapêuticos que envolvem práticas individuais e socioculturais de saúde em termos dos caminhos percorridos por indivíduos na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde⁽¹⁾.

Além de revelar os percursos empreendidos pelos indivíduos na busca por cuidados, o IT também funciona como tecnologia avaliativa em saúde, a partir do momento que demonstra quais esferas do Sistema Único de Saúde (SUS) e de outras instituições foram procurados pelos indivíduos na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde, evidenciando se a integralidade e resolutividade foram alcançadas⁽²⁾.

Estudos sobre IT são importantes, pois a partir deles é possível analisar as múltiplas redes tecidas pelo sujeito, permitindo desvendar as lógicas, possibilidades e escolhas mobilizadas⁽³⁾, com potencial de subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão⁽⁴⁾, o que torna a temática relevante do ponto de vista científico e justifica o interesse por este objeto de estudo.

Diante do exposto, este levantamento objetivou analisar a produção de dissertações e teses defendidas por enfermeiros junto a programas de pós-graduação *stricto sensu* brasileiros acerca do tema itinerários terapêuticos, descrevendo os principais achados.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nos meses de junho e julho de 2013 no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no período de 1987 a 2012. Tal banco foi escolhido por ser o mais antigo a disponibilizar os estudos brasileiros. Esse tipo de estudo é importante por permitir a busca, avaliação crítica e síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado e a identificação de lacunas para que futuras pesquisas sejam desenvolvida⁽⁵⁾.

Na construção da metodologia, as seguintes etapas foram seguidas: elaboração de uma questão norteadora, seleção do banco de dados, seleção das palavras-chave, critérios de inclusão e exclusão, seleção e análise. A apresentação do processo metodológico encontra-se na Figura 1.

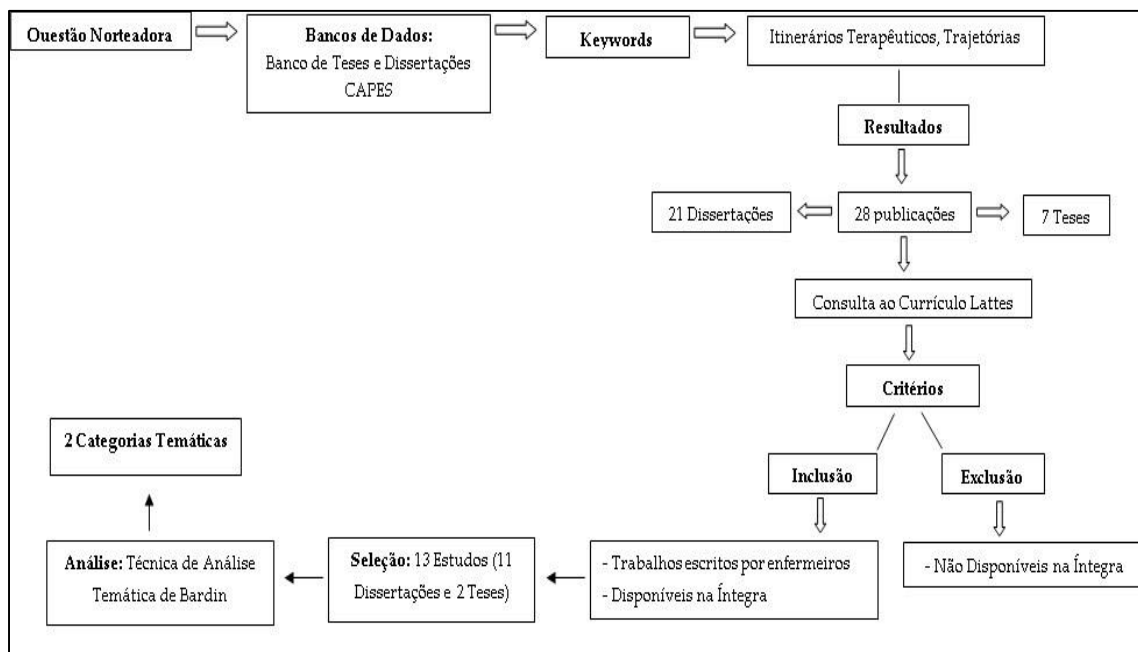
Para nortear a revisão, a seguinte questão norteadora foi feita: o que é produzido pelos enfermeiros acerca do tema "itinerário terapêutico" nos programas de pósgraduação stricto sensu no Brasil?

Por ausência de descritores no Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) que façam referência direta a este tema, no rastreamento foram utilizados os indexadores "itinerários terapêuticos" e "trajetórias terapêuticas". Foram incluídas na pesquisa apenas as dissertações e teses escritas por enfermeiros e que estivessem disponíveis na íntegra. Foram identificados 28 trabalhos, dos quais 21 eram dissertações e 7 eram teses. Em seguida, foi consultado o currículo de cada autor na Plataforma Lattes para exclusão das publicações escritas por profissionais não enfermeiros.

Assim, inicialmente, foram excluídas 7 dissertações e 4 teses, pois os autores não eram graduados em Enfermagem. Posteriormente, foram excluídas 3 dissertações e 1 tese, pois não tinham disponibilidade de texto na íntegra. Assim, foram selecionados 13 estudos para este levantamento, sendo 11 dissertações e 2 teses.

Todos os trabalhos foram lidos na íntegra e os resultados foram apresentados por meio de duas tabelas e dois gráficos. A partir da análise do material pela Técnica de Análise Temática⁽⁶⁾ emergiram duas categorias para a discussão: "Itinerário Terapêutico na Busca por Cuidados" e "Itinerários Terapêuticos como Meio de Avaliação dos Serviços de Saúde".

Figura 1. Fluxograma de seleção dos estudos, Brasil, 2013.



Fonte: Dados dos autores, 2013.

RESULTADOS

Abaixo, segue um quadro (Quadro 1) com os trabalhos selecionados, onde é apresentado o autor, ano de defesa, universidade, nível (tese ou dissertação), tipo de estudo, população, procedimento para coleta dos dados e principais resultados.

Quadro 1. Síntese das publicações selecionadas para a construção da revisão, Brasil, 2014.

Autor, ano, universidade e nível do estudo	Tipo de estudo, população estudada	Procedimento para coleta de dados	Principais resultados
Wunsch CG. 2012, UFMT, dissertação	Estudo de caso de abordagem qualitativa População: uma mulher que sofreu trauma ortopédico por acidente motociclístico e seu filho.	Entrevista em Profundidade Observação de campo Utilizado diário de campo para o registro das observações de campo e das entrevistas	A trajetória de busca por cuidados é empreendida para obter a resolução de necessidades de saúde que, muitas vezes, não são acolhidas pelos profissionais e serviços de saúde. Houve falhas de acessibilidade e baixa resolutividade, o que prolongou o tempo de adoecimento e tornou a trajetória de busca por cuidados uma peregrinação, causando sofrimento à família.
Nabão FRZ. 2008, UFMT, dissertação	Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa (estudo de caso) População: uma mulher portadora de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e com história de infarto agudo do miocárdio.	História de vida focal Entrevista em Profundidade Observação das práticas	Houve (des)integralidade no contexto do itinerário terapêutico em todo o percurso pelos diferentes sistemas de cuidado em saúde, sendo marcantes as práticas profissionais, caracterizadas por ações prescritivas e impositivas, que desconsideraram as reais necessidades da pessoa.
Maliska ICA. 2005, UFSC, dissertação	Estudo exploratório descritivo qualitativo População: treze indivíduos portadores de HIV/AIDS	Entrevista semiestruturada	São utilizados recursos dos subsistemas familiar, profissional e popular, seja para manter um estado satisfatório de saúde, para prevenção de doenças, para a resolução de intercorrências associadas ou não à AIDS e até para se alcançar a cura.
Hiller M. 2010, UFMT, dissertação	Estudo de abordagem qualitativa, na forma de Estudo de Caso População: uma família com uma pessoa idosa em sofrimento psíquico	História de Vida Focal Entrevista em Profundidade Diário de campo	Além de produzir o cuidado, a família precisa buscá-lo junto a profissionais de saúde, principalmente o médico, que são promotores de práticas intervencionistas com finalidade diagnóstica e terapêutico-medicamentosa.

Mufato LF. 2011, UFMT, dissertação	Estudo de abordagem qualitativa, empregando a História de Vida Focal População: uma pessoa e sua família na experiência de adoecimento por condição crônica pelo câncer	Entrevista em Profundidade Observação Diário de Campo	As trajetórias de busca, produção e gerenciamento de cuidado são empreendidas pela pessoa adoecida e sua família, sendo repletas de variados percursos e não somente os institucionalizados pelo SUS.
	família na experiência de adoecimento por condição crônica pelo câncer	Imagens fílmicas	
Nepomuceno MAS. 2011, UFMT, dissertação	Estudo qualitativo, descritivoexploratório (estudo de caso) População: pais de uma criança com adrenoleucodistrofia (ALD)	História de Vida Focal Entrevista em Profundidade Observação Diário de campo Filmagem	As práticas dos profissionais de saúde não são totalmente adequadas às exigências de cuidado da criança, não se articulando à família na produção do cuidado, de modo a ampliar seus potenciais, relegando-a a um cuidar solitário e com pouco apoio. O campo da saúde demonstrou pouca efetividade em suas ações, fazendo com que a família buscasse garantia de cuidados em instâncias do campo jurídico, que também demonstraram pouca efetividade em suas ações.
Cardim MG. 2012, Fiocruz, tese	Estudo exploratório de abordagem qualitativa População: 16 adolescentes que vivem com HIV/Aids e seus responsáveis	História de Vida Focal Entrevista aberta narrativa Genograma Observação de campo Diário de campo Roteiro de coleta de dados no prontuário	O itinerário terapêutico é marcado pelo gerenciamento do segredo de viver com HIV/AIDS na vida pública e privada que, muitas vezes, tem um caráter de proteção da vivência do estigma. A figura feminina aparece como gerenciadora do tratamento e principal cuidadora.
Medeiros LHL. 2010, UFMT, dissertação	Estudo qualitativo na perspectiva biográfica interpretativa População: uma mulher portadora de câncer	Entrevista Narrativa Observação simples Diário de campo Filmagem	O itinerário terapêutico evidenciou o trâmite pelo sistema privado de desembolso direto, conveniado e público, assumindo o significado de um empreendimento realizado para buscar, produzir e gerenciar seus cuidados de saúde.

Moreira DS. 2007, USP, tese	Investigação com abordagem metodológica qualitativa, sustentada pelo método etnográfico e o referencial de gênero População: 18 pais de crianças com câncer	Entrevista semiestruturada Observação participante Diário de campo Análise documental (prontuários)	A experiência de cuidado do filho repercutiu de forma marcante no cotidiano e na vida pessoal dos pais e mães. A figura da mulher apareceu como a primeira a identificar o problema do filho, a partir de quando começa a busca do diagnóstico da doença. À mãe também foi apontado o encargo de buscar a resolução do problema, tendo o pai um papel indireto neste processo.
Leister GA. 2012, USP, dissertação	Estudo de caso, exploratório e qualitativo População: uma mulher portadora de HIV/AIDS	História de Vida Focal Entrevista em Profundidade Itinerário Terapêutico	As fragilidades da integralidade consistiram na predominância da visão biológica do adoecimento na Atenção Básica, na falta de articulação entre os serviços de saúde e na falta de fluxos estruturados para a assistência da cliente.
Gomes EA. 2012, UFJF, dissertação	Pesquisa exploratória e de campo com abordagem qualitativa População: 13 mulheres acima de 60 anos que nunca realizaram mamografia	Grupo Focal	A organização dos serviços de saúde e o acesso potencializaram as dificuldades para realização da mamografia e o itinerário terapêutico permitiu analisar as falácias da rede e diversas redes sociais envolvidas no caminho das mulheres que participaram do estudo.
Costa MS. 2010, UNIFOR, dissertação	Estudo descritivo, com abordagem qualitativa População: 15 gestantes com no mínimo com 37 semanas de gestação	Entrevista semiestruturada Observação livre registradas em diário de campo	Há lacunas no que diz respeito á integralidade do atendimento pelos trabalhadores nos serviços de saúde públicos e privados.
Jodas DA. 2010, UEM, dissertação	Pesquisa avaliativa, descritiva e sistemática População: 41 óbitos, menores de cinco anos, ocorridos em 2008	Registros do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal Busca ativa em declarações de óbitos Entrevista familiar	A análise do percurso da linha do cuidado evidenciou em algumas situações estrangulamentos no nível primário de atenção e também no nível hospitalar.

Fonte: Banco de Teses e Dissertações CAPES, Brasil, 2013.

Os trabalhos selecionados foram distribuídos segundo instituição acadêmica, tipo de produção, ano de publicação, objetivo do estudo, abordagem metodológica e conceito de IT adotado.

A análise da Tabela 1 evidencia que há produções sobre IT escritas por enfermeiros em todas as regiões do país, exceto a Região Norte. Esses estudos foram predominantes no Centro-Oeste (46,1%), seguido do Sudeste (30,8%) e do Sul (15,4%), estando em menor quantidade no Nordeste (7,7%).

Tabela 1. Distribuição dos trabalhos segundo instituição acadêmica, curso *Stricto sensu* e ano de conclusão, Brasil, 2014.

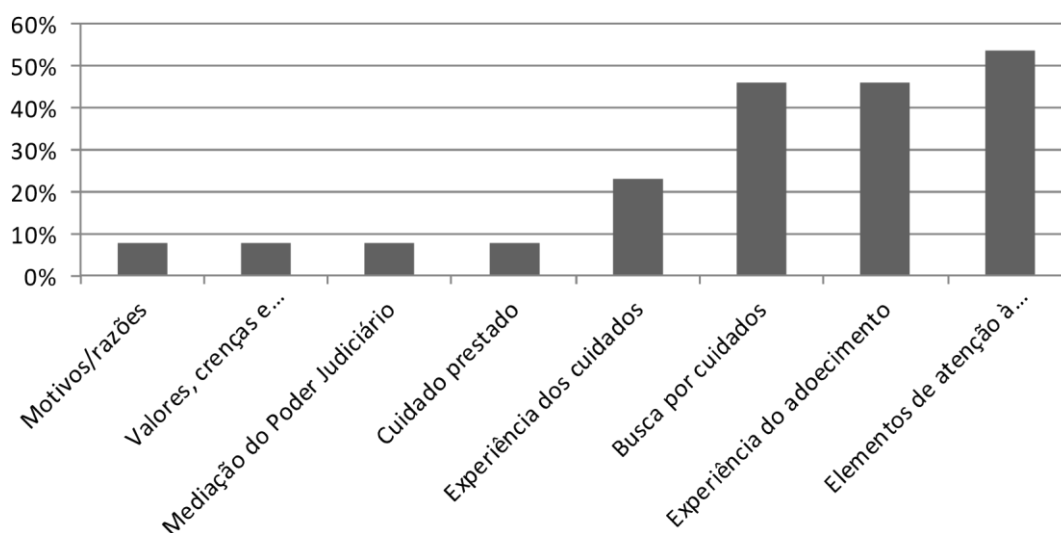
Universidade	Curso						Ano			
	Mestrado		Doutorado		2005/2009		2010/2012			
	N	%	N	%	N	%	n	%		
UFMT	6	46,1	6	46,1	-	-	1	7,7	5	38,4
UFSC	1	7,7	1	7,7	-	-	1	7,7	-	-
USP	2	15,4	1	7,7	1	7,7	1	7,7	1	7,7
UEM	1	7,7	1	7,7	-	-	-	-	1	7,7
UFJF	1	7,7	1	7,7	-	-	-	-	1	7,7
UNIFOR	1	7,7	1	7,7	-	-	-	-	1	7,7
FIOCRUZ	1	7,7	-	-	1	7,7	-	-	1	7,7
Total	13	100	11	84,6	2	15,4	3	23,1	10	76,9

Fonte: Banco de Teses e Dissertações CAPES, Brasil, 2013.

A maioria dos trabalhos foi realizada a partir de 2010, o que sugere que o interesse pelo tema "itinerário terapêutico" por parte dos enfermeiros ainda é recente. Pesquisa⁽⁴⁾ realizada com o objetivo de mapear a produção científica nacional acerca desse tema nos últimos 20 anos, revelou que os estudos sobre IT no Brasil são recentes e pouco explorados.

Das oito categorias identificadas nos objetivos, o núcleo de interesse que predominou relacionava-se aos elementos de atenção à saúde (Gráfico 1).

Gráfico 1: Distribuição dos trabalhos segundo os objetivos, Brasil, 2014.

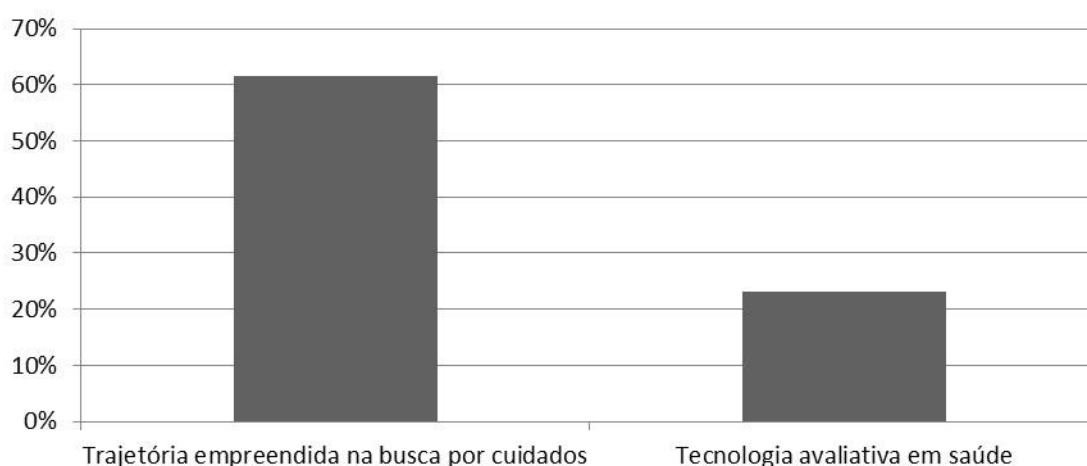


Fonte: Banco de Teses e Dissertações CAPES, Brasil, 2013.

A totalidade dos trabalhos tinha abordagem qualitativa, que é justificável para o estudo de IT por se tratar de um tema relacionado às experiências e subjetividade individual, que influenciam na escolha dos caminhos percorridos pelas pessoas na busca de cuidados terapêuticos⁽⁴⁾.

Quanto ao conceito de IT adotado, foram identificadas duas definições, sendo que em apenas 2 trabalhos (15,4%) esse termo não foi conceituado (Gráfico 2).

Gráfico 2: Conceitos de IT, Brasil, 2014.



Fonte: Banco de Teses e Dissertações CAPES, Brasil, 2013.

DISCUSSÃO

Categoria 1. Itinerário Terapêutico na Busca por Cuidados

Esta análise mostra que o IT é marcado pela passagem nos sistemas informal e profissional de cuidados, transitando entre os subsistemas familiar, popular e profissional⁽⁷⁻¹⁰⁾. O sistema informal está relacionado ao uso de medidas terapêuticas familiares e à

valorização do potencial terapêutico de recursos da vida diária, como a alimentação saudável, uso de chás, garrafadas e busca por benzedadeiras e igrejas evangélicas; e o sistema profissional relaciona-se às intervenções diagnósticomedicamentosas e uso de termos da ciência médica⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Estes três subsistemas foram descritos por Arthur Kleinman⁽¹¹⁾ em 1980, quando este instituiu um modelo conceitual de sistema de cuidados à saúde formado por três unidades inter-relacionadas às quais chamou de profissional, popular e folk. Kleinman salienta, inclusive, que são os aspectos socioculturais que influenciam a saúde, a doença e os processos de cura. Além de influenciar esses processos, a cultura também é reconhecida como uma possível barreira para adesão ao tratamento entre determinados grupos populacionais⁽¹²⁾.

Convém dizer que as pessoas apresentam pensamentos e comportamentos singulares quanto à experiência da doença, saúde e terapêutica que advêm das diferenças socioculturais e não das biológicas, de forma que as questões inerentes à saúde e à doença devem ser pensadas a partir de contextos socioculturais nos quais elas ocorrem⁽¹³⁾.

Geertz⁽¹⁴⁾ define cultura como um padrão de significados transmitido historicamente e herdado em formas simbólicas que permitem aos homens comunicar, perpetuar e desenvolver conhecimentos e atividades em relação à vida. Trata-se de uma construção social que fornece um modo de ver o mundo e vivenciá-lo, influenciando suas atitudes em relação à saúde e a doença⁽¹⁵⁾.

A associação entre cultura e cuidados de saúde foi explorada por Madeleine Leininger em sua Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural na qual a cultura se refere aos valores, crenças, regras e modos de vida percebidos, aceitos e transmitidos por um certo grupo dentro da sociedade e que orienta os pensamentos, decisões, ações e padrões de cuidado⁽¹⁶⁾.

Leininger⁽¹⁷⁾ reconhece o cuidado como uma prática universal, sendo que os conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas de cuidado variam transculturalmente, havendo diversidades e algumas universalidades de uma cultura para outra, ou seja, há similaridades e diferenças nas formas de prestação de cuidados em todo o mundo. Dessa forma, o cuidado é percebido, conhecido e praticado de diferentes maneiras nos diversos contextos culturais, mesmo sendo alguns elementos similares em todas as culturas do mundo⁽¹⁸⁾.

De fato, o IT percorrido é influenciado predominantemente pelo contexto sociocultural do usuário e sua família. Em estudo⁽¹⁵⁾ realizado com o objetivo de identificar a influência da religião para um grupo de pacientes oncológicos, observou-se que esta estava muito presente nas condutas terapêuticas, além de ter influenciado na percepção da doença e ter-se caracterizado como uma importante rede de apoio aos pacientes. Outro autor⁽¹⁹⁾, pesquisando a influência do contexto cultural na questão da amamentação,

demonstrou que a “cultura” do leite fraco, propagada por pessoas mais velhas, foi um dos fatores que desfavoreceu a amamentação ao seio na população estudada.

A busca por cuidados pode acontecer concomitantemente nos três subsistemas ou o indivíduo pode recorrer a um subsistema por vez, de forma que quando não encontra efetividade em um, recorre-se ao outro. A cadeia de cuidados, na maioria das vezes, se inicia no seio familiar, a partir da adoção de práticas de saúde adquiridas por meio do senso comum e transmitidas de geração a geração.

Em alguns dos estudos selecionados para esta revisão^(8,20,21) foi demonstrado que a família, além de ser um subsistema de promoção de cuidados, também é um lócus de busca e gerenciamento do cuidado nos demais subsistemas, corroborando com achados da literatura⁽²²⁾. Esse gerenciamento compreende todos os movimentos, negociações e arranjos recorridos para dar conta das situações geradas pela experiência de adoecimento⁽⁸⁾.

Em pesquisa⁽²³⁾ que aborda o cuidado de mães a crianças de 0 a 6 anos de idade foi constatado que mesmo buscando o cuidado no sistema profissional, as mesmas recorrem ao sistema informal a partir da procura por benzedadeiras, curandeiros, homeopatia e outras práticas, sem que isso diminua a procura por serviços de saúde. Esta busca pode ser explicada pelo fato de as práticas de cuidado do sistema popular terem eficácia amplamente reconhecida pelos indivíduos⁽²⁴⁾, sendo, pois, valorizadas nos cuidados em saúde.

Nesta análise, a figura feminina sobressai⁽²⁵⁾ como a principal e, às vezes, a única cuidadora e gerenciadora do cuidado na família, assim como em outros estudos^(26,29)

que abordam práticas cuidativas, nos quais a mulher também foi apontada como a cuidadora principal no contexto familiar. Em um dos trabalhos selecionados⁽²¹⁾ foi destacada a figura paterna bastante presente como algo singular, visto ser este fato incomum, já que o cuidado, geralmente, é realizado por mulheres.

A figura feminina enquanto cuidadora trata-se de um perfil estereotipado definido por um constructo histórico-social, a partir do qual a mulher assume funções relativas à fragilidade e sensibilidade, ao passo que o homem possui atribuições condizentes com a ideia de força física e racionalidade, havendo assim uma clara divisão de papéis no que concerne ao ato de cuidar, como se cuidado fosse sinônimo de mulher⁽³⁰⁾.

Categoria 2. Itinerários Terapêuticos como Meio de Avaliação dos Serviços de Saúde

A integralidade do cuidado é entendida como a superação da dicotomia entre as abordagens preventiva e curativa, de forma a garantir aos cidadãos a acessibilidade a todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde⁽³¹⁾. No contexto da saúde coletiva, ela compreende uma pluralidade de ação que não se restringe apenas à concepção de acessibilidade, mas contempla uma lógica de atendimento que considera o cuidado nas

mais diversas dimensões do ser humano⁽³²⁾ e o IT funciona como um meio para sua avaliação.

Em vários estudos analisados^(7,9,24,33-38) o IT destacou a existência de elementos que se configuram como entraves à integralidade da assistência no sistema profissional, comprometendo a resolutividade dos serviços e configurando-se como pontos de estrangulamento do sistema, tanto no que diz respeito à Atenção Básica quanto ao nível hospitalar.

Dentre estes elementos, foram destacados os processos burocráticos, os deslocamentos para receber atendimento à saúde, a desarticulação entre os serviços, a demora em realização do atendimento, longas filas, dificuldade de marcação de consultas e exames, a pouca capacidade dos profissionais para atender a demanda e o déficit de ações para grupos específicos, como é o caso das gestantes^(9,33-35). Além destes, destacase a desvalorização da experiência do indivíduo na busca por cuidados, que é citada⁽³⁹⁾ como um dos fatores que tornam fragilizada a relação com os serviços de saúde, interferindo na integralidade da assistência.

Esses aspectos dificultam a busca por cuidados no sistema profissional, tornandoa exaustiva. Apenas em um estudo analisado⁽³⁷⁾ a entrada do indivíduo no subsistema público aconteceu de forma ágil e confortável, contudo isto foi justificado pela rede de contatos com médicos do sistema privado que exerciam suas atividades no serviço público, o que facilitou a inserção do usuário neste sistema.

O IT demonstrou que a busca por cuidados no subsistema profissional promoveu mais sofrimentos que cuidados, contribuindo para que um evento agudo que poderia ser resolvido inicialmente se transformasse numa condição crônica. Ademais, a falta de eficácia e eficiência desse sistema transformou a busca por cuidados numa verdadeira peregrinação pelo sistema de cuidado profissional^(7,21).

A falta de resolutividade dos serviços de saúde é uma realidade existente tanto no subsistema público como no privado. Contudo, na esfera pública esta é mais prevalente por conta da dinâmica dos serviços que contam com inadequado número de profissionais e, em contraste, uma grande demanda por cuidados de saúde, além da escassez de recursos que dificulta o processo de trabalho, com consequências negativas para o paciente.

Em um dos estudos⁽³⁷⁾ foi evidenciado que as ações desenvolvidas no subsistema privado também não foram capazes de assegurar a integralidade, pois mesmo tendo a usuária custeado a terapêutica, suas necessidades não foram garantidas, visto que os resultados do procedimento não conseguiram atender às suas expectativas.

Um dos motivos que desfavoreceu a integralidade foi a predominância de uma assistência impregnada pelo modelo biomédico, que é embasado pela visão médica tradicional, com conseqüente hegemonia da dimensão biológica nas práticas de cuidado^(24,33,34,38,40).

Por se tratar de um modelo reducionista, curativista, especializado e centrado na fisiopatologia, os cuidados prestados relacionam-se predominantemente às necessidades biológicas do ser humano, contemplando partes isoladas do corpo e, ao desconsiderar o indivíduo como uma unidade, fere o princípio da integralidade, um dos princípios que orientam o SUS.

Destaca-se que, mesmo prestigiando a dimensão biológica, a assistência prestada nos serviços profissionais de saúde não foi capaz de atender sequer as necessidades biológicas do indivíduo⁽⁷⁾, alertando para a necessidade de revisão deste modelo em todos os seus aspectos.

Embora a quase totalidade dos estudos tenha apontado elementos caracterizados como nó para o cuidado integral, aspectos positivos à garantia desse princípio no sistema profissional também emergiram em um estudo⁽³³⁾, tendo sido a atenção básica apontada como favorável à integralidade devido à acessibilidade e articulação com outros serviços.

CONCLUSÃO

Embora a busca por cuidados possa acontecer tanto no sistema profissional como no informal, é na família que esta procura se inicia, sendo seus representantes, além de cuidadores, gerenciadores desta procura. A figura feminina se destacou como a principal cuidadora, reforçando a ideia socialmente sedimentada da mulher como a provedora de cuidados à família.

Enquanto meio de avaliar os serviços de saúde, o IT demonstrou que elementos relacionados aos serviços, como longas filas, dificuldade de acesso e desarticulação nos mecanismos de referência e contra referência, bem como relativos à atuação profissional, a exemplo do caráter biomédico da assistência, impedem a integralidade no sistema profissional. Vale salientar que isto não se relacionou apenas ao sistema público, mas também ao privado, que deixou lacunas no atendimento a partir do momento em que foram frustradas as expectativas da usuária.

Identificou-se que a prestação de cuidados no sistema profissional, tanto público como privado, está aquém do que se preconiza para uma assistência capaz de garantir a integralidade proposta pelo SUS, havendo necessidade de reestruturação do modelo de saúde vigente, tanto no que diz respeito à dinâmica dos serviços como no que tange à atuação dos profissionais de saúde, que ainda encontra-se fortemente arraigada pelo modelo biomédico.

REFERÊNCIAS

1. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saude Publica*. 2006;22(11):2449-63.
2. Bellato R, Araujo LFS, Castro P. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. In: Pinheiro R, Silva Júnior AG, Mattos RA, orgs. Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas

- avaliativas em saúde. Rio de Janeiro, RJ: CPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2008. p.167-85.
3. Gerhardt TE, Riquinho DL, Beheregaray LR, Pinto JM, Rodrigues FA. Determinantes sociais e práticas avaliativas de integralidade em saúde: pensando a situação de adoecimento crônico em um contexto rural. In: Pinheiro R, Martins PH, orgs. Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. p. 287-98.
 4. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade EIG, Cherchiglia ML. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Cien Saude Colet. 2011;16(11): 4433-42.
 5. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008;17(4):758-64.
 6. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa/Portugal: Edições 70; 2010.
 7. Wunsch CG. Experiência da condição crônica decorrente do trauma e a busca por cuidado à saúde [dissertação]. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem/UFMT; 2012. 103 p.
 8. Hiller M. As repercussões para a família no cuidado à pessoa idosa em condição crônica por sofrimento psíquico [dissertação]. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem/UFMT; 2010. 117 p.
 9. Nabão FRZ. A experiência da enfermidade e o itinerário terapêutico de uma pessoa com complicações cardiovasculares procedente de Marcelândia – MT [dissertação]. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem/UFMT; 2008. 152 p.
 10. Maliska ICA. O itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/AIDS [dissertação]. Florianópolis: Faculdade de Enfermagem/UFSC; 2005. 157 p.
 11. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
 12. Hsu YH, Mao CL, Wey M. Antihypertensive medication adherence among elderly Chinese Americans. J Transcult Nurs. 2010;21(4):297-305.
 13. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev Lat Am Enfermagem. 2010;18(3): [09 telas]:173-81.
 14. Geertz CA. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
 15. Aquino VV, Zago MMF. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. Rev Lat Am Enfermagem. [Internet]. 2007 [acesso em: 30 mai 2014]; 15(1). Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n1/pt_v15n1a07.pdf.
 16. Ruschel KB, Azzolin K, Rabelo ER. Home visits in cases of heart failure: reflection in the light of Leininger's theory. Online braz j nurs. [Internet]. 2012 [acesso em: 22 set 2013]; 11 (3): 883-92. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3625>.
 17. Leininger M. Culture Care Theory: a major contribution to advance Transcultural Nursing knowledge and practices. Journal of Transcultural Nursing. 2002;13(3): 189-82.
 18. Leininger MM. Transcultural Care Diversity and Universality: theory of nursing. Nurs Health Care. 1985;6(4):209-12.
 19. Teixeira MA, Nitschke RG, Gasperi P, Siedler MJ. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. Texto Contexto Enferm. 2006;15(1):98-106.
 20. Mufato LF. Mediação nas redes para o cuidado à saúde na experiência de adoecimento por condição crônica decorrente do câncer colorretal [dissertação]. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem/UFMT; 2011. 167 p.
 21. Nepomuceno MAS. Vivência da condição crônica por adrenoleucodistrofia de criança e família: possibilidades da mediação jurídica na garantia do direito à saúde [dissertação]. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem/UFMT; 2011. 153 p.

22. Rosa LM, Radünz V. Itinerário terapêutico no câncer de mama: uma contribuição para o cuidado de enfermagem. Rev Enferm UERJ. 2013;21(1):84-9.
23. Boehs AE, Ribeiro EM, Grisotti M, Saccol AP, Rumor PCF. A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados das mães de crianças entre 0 a 6 anos usuárias da Estratégia de Saúde da Família. Physis. 2011;21(3):1005-21.
24. Maliska ICA, Padilha MICS. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2013 [acesso em: 15 set 2013]; 9(3):687-98. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a09.htm>
25. Cardim MG. Adoecer e adoecer com HIV/AIDS: experiências de trajetórias terapêuticas [tese]. Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ; 2012. 145 p.
26. Fundato CT, Petrilli AS, Dias CG, Gutiérrez MGR. Itinerário terapêutico de adolescentes e adultos jovens com osteossarcoma. Rev Bras de Cancerologia. 2012;58(2):197-208.
27. Trad LAB, Tavares JSC, Soares CS, Ripardo RC. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. Cad Saude Publica. 2010;26(4):797-806.
28. Vilela ABA, Meira EC, Souza AS, Souza DM, Cardoso IS, Sena ELS et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. [Internet]. 2006 [acesso em 19 ago 2013];9(1):55-69. Disponível em: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180998232006000100005&lng=pt.
29. Budó MLD, Resta DG, Denardin JM, Ressel LB, Borges ZN. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008;12(1):90-6.
30. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. Cien Saude Colet. 2010;15 Suppl 1:S1497-1508.
31. Teston EF, Costa MAR, Baldissera VDA, Marcon SS. Educational views and practices of medical and nursing professionals: a descriptive study. Online braz j nurs. [Internet]. 2013 [acesso: 17 set 2013];12(4):975-85. Disponível em: http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4133/pdf_42.
32. Pinho LB, Kantorski LP, Saeki T, Duarte MLC, Sousa J. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2007 [acesso 01 set 2014];9(3):835-46. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>
33. Leister GA. A busca por cuidados de uma mulher que vive com o HIV no município de São Paulo-SP: os nós críticos da integralidade [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem/USP; 2012. 145 p.
34. Gomes EA. Mulheres e câncer de mama: percepção, itinerário terapêutico e prevenção [dissertação]. Juiz de Fora: Departamento de Saúde Coletiva/UFJF; 2012. 152 p.
35. Costa MS. Cartografia do cuidado: um estudo sobre a atenção à saúde da gestante [dissertação]. Fortaleza: Departamento de Saúde Coletiva/UNIFOR; 2010. 139 p.
36. Jodas DA. Mortalidade evitável em menores de cinco anos: evento sentinela da qualidade dos cuidados primários em Maringá-PR [dissertação]. Maringá: Departamento de Enfermagem/UEM; 2010. 92 p.
37. Medeiros LHL. O significado da experiência do adoecimento por câncer: um estudo biográfico [dissertação]. Cuiabá: Faculdade de Enfermagem/UFMT; 2010. 119 p.
38. Moreira DS. Experiências de pais no cuidado ao filho com câncer: um olhar na perspectiva de gênero [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem/USP; 2007. 143 p.
39. Sandor ERS, Marcon SS, Ferreira NMLA, Dupas G. Demanda de apoio social pela família da criança com paralisia cerebral. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 [acesso em: 15 set 2014];16(2):417-25. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i2.21112>.
40. Ceolin T, Heck RM, Pereira DB, Martins AR, Coimbra VCC, Silveira DSS. Inserción de terapias complementares en el Sistema Único de Salud atendiendo al cuidado

integral en la asistencia. Enfermería Global [Internet]. 2009 [acesso em: 22 set 2013];8(2):1-10. Disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/66311/63931>.

5.3.2 MANUSCRITO 2

Percepções de urgência e emergência pediátrica entre quilombolas: uma abordagem à luz de Leininger⁽¹⁾

Perceptions of pediatric urgency and emergency between quilombolas: an approach in the light of Leininger

Percepciones de urgencia y emergencia pediátrica entre quilombolas: una abordaje a la luz de Leininger

Samylla Maira Costa Siqueira⁽²⁾

Viviane Silva de Jesus⁽³⁾

Climene Laura de Camargo⁽⁴⁾

RESUMO

Estudo qualitativo, desenvolvido com doze mães, a partir de entrevista semiestruturada em comunidade quilombola na cidade de Salvador-BA. Os objetivos foram analisar a percepção das mães sobre situações de urgência e emergência pediátricas e identificar as dificuldades no enfrentamento destas situações. As percepções, embora plurais, gravitam em torno do contexto social e geográfico da comunidade, sendo as dificuldades relacionadas ao funcionamento da atenção básica, das ambulâncias, à ausência de um serviço de saúde contínuo e de transporte para o continente. Conclui-se que a percepção acerca de urgência/emergência com crianças está diretamente relacionada à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, sendo necessária a elaboração de políticas públicas que possibilitem aos quilombolas o acesso integral e facilitado aos serviços do sistema formal.

⁽¹⁾ Trabalho extraído da Dissertação de Mestrado intitulada "Itinerários Terapêuticos em Urgências e Emergências Pediátricas em uma Comunidade Quilombola", Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, Brasil, 2014.

⁽²⁾ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER). Salvador-BA, Brasil. e-mail: smcsiqueira@hotmail.com

⁽³⁾ Especialista em Saúde Pública. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFBA. Membro do CRESCER. Salvador-BA, Brasil. e-mail: vivi_humaniza@hotmail.com

⁽⁴⁾Doutora em Saúde Pública. Docente da Escola de Enfermagem da EEUFB. Líder do CRESCER. Salvador-BA, Brasil. email: climenecamargo@hotmail.com

Palavras-chave: Grupo com ancestrais do continente africano. Cuidado da criança. Identificação da emergência.

ABSTRACT

A qualitative study, carried out with 12 mothers using semi-structured interview in a quilombola (African ancestry) community situated in an island at Salvador-BA. It aims to analyze the perception of mothers about situations of pediatric urgency and emergency and to identify the difficulties to face these situations. The perceptions are pluralistic, however revolves around the social and geographic community context, being the difficulties related to functioning of the basic attention, of ambulanchas (aquatic ambulance), the absence of a 24-hour health service and the transport to the continent. We conclude that the perception about urgency/emergency with children is directly related to the difficulty of access to the health services, being necessary the elaboration of public policies that allow the integral and facilitated access to the services from formal system to quilombolas.

Keywords: African continental ancestry group. Child care. Emergency identification.

RESUMEN

Estudio cualitativo, desarrollado con doce madres, a partir de entrevista semiestructurada en una comunidad quilombola en la ciudad de Salvador-BA. Los objetivos fueron analizar la percepción de madres sobre situaciones de urgencia y emergencia pediátricas y identificar las dificultades en el enfrentamiento de tales situaciones. Las percepciones fueron plurales y se relacionan con el contexto social y geográfico de la comunidad. Las dificultades están relacionadas al funcionamiento de atención básica, de las ambulanchas (ambulancias acuáticas), a la ausencia de un servicio de salud continuo y de transporte al continente. Se concluye que la percepción acerca de urgencia/emergencia con niños está directamente relacionada a la dificultad de acceso a los servicios de salud, siendo necesario elaborar políticas públicas que posibiliten a los quilombolas el acceso total y facilitado a los servicios del sistema formal.

Palabras clave: Grupo de ascendencia continental africana. Cuidado del niño. Identificación de la emergencia.

INTRODUÇÃO

O significado de urgência/emergência é peculiar a cada indivíduo e sua elaboração advém de experiências subjetivas e da visão de mundo que, de acordo com Leininger¹, se refere ao modo como pessoas ou grupos veem o mundo e lhe atribuem valor, nele inserindo suas perspectivas.

Deste modo, a percepção acerca destas situações assume diferentes conotações a despeito do contexto sociocultural de cada indivíduo. Assim, na ocorrência de determinados agravos, mesmo que a situação não seja clinicamente caracterizada como tal, é a percepção do sujeito acerca do problema que irá modular sua resposta, permitindo a elaboração de mecanismos e ações para recuperação da saúde².

Considerando que nas situações de caráter emergencial o fator tempo é determinante na tomada de decisões e no desfecho do caso², a ocorrência de agravos desta natureza em locais geograficamente isolados, onde o acesso a serviços deste nível de complexidade é inexistente, adquire valor ainda mais subjetivo, especialmente quando acomete crianças, considerando a estreita relação entre mortalidade infantil evitável e acesso oportuno aos serviços de saúde³.

Dentre as comunidades situadas em locais remotos, podem-se citar os quilombos. Caracterizados como espaços secularmente habitados por descendentes de escravos, ex-escravizados e negros livres⁴, os territórios quilombolas foram consolidados em regiões periféricas⁵, onde as condições sanitárias e de saúde são precárias e não há serviços de maior complexidade, sendo o acesso à unidade de urgência e emergência dificultado por fatores como distância dos núcleos urbanos e escassez de transporte para o deslocamento, tornando a percepção destas pessoas diferenciada no que concerne às situações de urgência/emergência.

Faz-se importante compreender a percepção do indivíduo acerca destas condições e as dificuldades enfrentadas quando da sua ocorrência para que, a partir daí, sejam formuladas hipóteses sobre os motivos que influenciam a busca por cuidados no sistema formal e seus entraves, podendo servir de ferramenta na organização dos serviços que atendem esse tipo de agravo, viabilizando a ampliação do acesso e a qualificação dos cuidados², aí incluídos os cuidados de enfermagem que, de acordo com Leininger⁶ devem considerar os fatores culturais do indivíduo para que a assistência prestada seja apropriada e completa.

Diante do supracitado, da existência de uma lacuna no conhecimento quanto aos estudos relacionados à temática urgência e emergência em comunidades quilombolas

e da necessidade de dar visibilidade social às questões de saúde de pessoas que vivem em locais geograficamente isolados, torna-se imperativo compreender a percepção das situações de urgência e emergência para os remanescentes de quilombos, bem como as dificuldades vivenciadas por estes indivíduos quando da ocorrência destes agravos com suas crianças.

Nesta perspectiva, este estudo objetivou analisar a percepção de mães quilombolas que vivem em um local remoto acerca do significado de urgência e emergência pediátrica e identificar as dificuldades enfrentadas quando da ocorrência destas situações.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que teve como referencial teórico-metodológico a Teoria do Cuidado Transcultural de Madeleine Leininger⁷.

O cenário foi a comunidade quilombola de Praia Grande, situada na Ilha de Maré, na cidade de Salvador-BA. Esta comunidade foi selecionada por não dispor de serviços de atendimento às urgências/emergências, sendo que o único serviço de atenção à saúde existente na comunidade trata-se da unidade básica com funcionamento no período diurno.

A coleta de dados ocorreu de dezembro de 2013 a junho de 2014 por meio de entrevista, tendo como instrumento um roteiro com perguntas semiestruturadas, direcionado à caracterização sociodemográfica das participantes, à percepção acerca das situações de urgência/emergência pediátrica e às dificuldades encontradas quando ocorrem agravos desta natureza na ilha.

Os critérios de elegibilidade foram: ser habitante da comunidade no momento da coleta dos dados, ter idade igual ou superior a 18 anos, ser mãe de criança com idade entre 0 a 11 anos, 11 meses e 29 dias¹⁴, aceitar participar voluntariamente da pesquisa e não possuir nenhuma deficiência cognitiva ou verbal. Assim, foram selecionadas doze mães, por meio de busca ativa. Este número não foi delimitado previamente, sendo as entrevistas realizadas até que se observasse repetição das respostas e consequente saturação teórica dos dados⁹.

¹⁴ O Estatuto da Criança e do Adolescente⁸, em seu Art. 2º, considera como criança a pessoa de até doze anos de idade incompletos.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local escolhido pela participante, utilizando-se gravador portátil e tiveram duração média de dez minutos. Posteriormente, foram transcritas na íntegra e codificadas com a letra E seguida do número relativo à ordem em que foram realizadas: E1 a E12.

Para tratamento dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática¹⁰, a partir da qual foram identificadas nove subcategorias, que versavam sobre conceito de urgência e emergência, percepção acerca do que são situações de urgência/emergência e dificuldades no enfrentamento destas situações, que serão discutidas em duas categorias, sendo estas: **“Percepção de mães quilombolas sobre situações de urgência e emergência com seus filhos”** e **“Dificuldades enfrentadas nas situações de urgência e emergência pediátricas”**.

A pesquisa teve como base a Resolução nº 466/2012, do Ministério da Saúde¹¹ e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob o protocolo de nº 420.096. Antes de cada entrevista, a participante foi esclarecida acerca dos objetivos propostos e declarou aceitar participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil das participantes

No momento da entrevista, as mães se encontravam, em sua maior parte (58,3%) na faixa etária de 30-39 anos, eram casadas ou estavam em uma relação estável (58,3%), com predomínio de 1 filho (50%). No que diz respeito à variável raça/cor, 75% se autorreferiu como da raça negra (preta e parda) e ainda 1 participante se identificou como morena. No quesito religião, sobressaiu a evangélica (41,7%).

Em relação à escolaridade, metade das informantes possuía apenas o ensino fundamental (completo ou em curso) e a ocupação majoritária foi a mariscagem (50%), tendo se destacado outras que assim como esta não necessitavam de formação em nível superior (dona de casa, faxineira, artesã, auxiliar de desenvolvimento infantil e comerciante). A quase totalidade (91,7%) referiu estar sendo beneficiada pelo Programa Bolsa Família, tendo como mediana de renda familiar R\$ 890,00 e renda domiciliar *per capita* de R\$ 212,50, o que permite classificá-las como grupo vulnerável e com baixo índice de desenvolvimento humano municipal renda (IDHM)^{12,13}.

No que concerne às condições sanitárias dos domicílios, 100% das depoentes informaram que habitam em casas de alvenaria, com acesso à eletricidade, coleta

diária de resíduos sólidos, abastecimento de água pela rede geral e ausência de rede de esgoto, sendo os dejetos destinados à fossa séptica em todos os domicílios.

Percepção de mães quilombolas sobre situações de urgência e emergência com seus filhos

O Conselho Federal de Medicina, por meio da Resolução nº 1451/95¹⁴, define urgência como a ocorrência de agravo imprevisto à saúde, cujo portador necessita de assistência médica imediata, podendo este oferecer ou não risco potencial de vida, ao passo que emergência corresponde às condições que implicam em risco iminente de morte ou sofrimento intenso.

Assim como verificado em outro estudo¹⁵, algumas participantes demonstraram dificuldades na conceituação destes termos ao alegarem que não têm conhecimento acerca do assunto ou que urgência e emergência tem o mesmo significado. Eis alguns depoimentos:

Ah, eu não sei explicar não... Eu não tenho esse conhecimento... (E10)

Eu acho que são a mesma coisa. (E5)

Essa dificuldade pode ser explicada pelo fato de se tratar de conceitos técnicos que, com efeito, não possuem clara distinção para leigos¹⁵. Outras apresentaram concepções que em muito se aproximam do conceito real, tendo como possível explicação a apropriação do discurso técnico científico ressignificado por suas vivências¹⁵:

Urgência é quando é urgência mesmo, coisa urgente mesmo de chegar e chamar até o SAMU né? Emergência eu acho que é quando está já está em estado grave mesmo pra morrer. (E4)

Mesmo sendo semanticamente distintos, estes dois termos mantêm uma estreita associação que se relaciona ao valor da variável tempo na prestação do socorro, sob o risco de conduzir o indivíduo a óbito quando da demora na prestação de assistência, aspecto que foi referido pelas participantes na conceituação de urgência/emergência:

Com um problema de asma se você demorar de levar a criança na urgência a criança pode morrer. [...] se eu não tivesse lá em Salvador ele teria morrido, se eu tivesse aqui. Se demorasse 5 minutos ele morreria. (E1)

O relato acima demonstra que além de associar a situação de urgência à possibilidade de ocorrência do óbito, a mãe reconhece a demora em oferecer cuidados profissionais como fator agravante. Percepção esta que, considerando a importância da oferta de um atendimento rápido e qualificado na redução da morbimortalidade infantil¹⁶, caracteriza-se como positiva, pois é a partir dela que será empreendida a busca por cuidados, sendo que quanto mais tardia for, pior será o prognóstico da criança, especialmente em locais remotos, onde não há serviços especializados e a mobilização de recursos para prestação de cuidados é mais difícil.

No que se refere às percepções acerca do que são situações de urgência/emergência, emergiram múltiplos relatos, sendo alguns de cunho biológico, visto que as depoentes compreendem como situações desta natureza a existência de determinados agravos como asma, pneumonia, mal estar alimentar, diarreia e lesões cortantes, além de sintomas como dores de forte intensidade e febre.

A caracterização destes problemas como situações de urgência/emergência não é singular a estas mães, visto terem sido os agravos supracitados identificados em estudos realizados no Brasil^{15,17,18}, Portugal¹⁹ e Estados Unidos²⁰⁻²² como motivos de busca ao serviço de urgência/emergência pediátrica.

Além de ter-se destacado como uma situação de urgência/emergência, a febre também foi amplamente citada, devido ao potencial de gerar complicações, como as crises convulsivas:

A febre é uma grande urgência porque causa outros tipos de doença. (E2)

É a febre, porque tem a convulsão. (E1)

Embora este sintoma não se caracterize geralmente como um problema que requer cuidados de maior complexidade, o risco de ocasionar convulsão faz com que muitas mães a considerem como uma situação de urgência, muitas vezes desencadeando repostas exageradas para combatê-la, resultante do temor excessivo descrito pela primeira vez na década de 1980 por Barton Schmitt²³ como *fever phobia* ou “fobia da febre”.

Leininger refere ser o significado de saúde, doença e cuidado em saúde uma elaboração relacionada ao contexto cultural. Desta forma, na cultura ocidental a febre é interpretada de modo dicotômico, como uma resposta a uma enfermidade e como uma enfermidade em si mesma²⁴, sendo apontada na literatura²⁵ como uma das causas mais comuns da procura por atendimento pediátrico, abarcando 25 a 40% das consultas.

Neste contexto, tanto em estudos brasileiros^{15,17,18} como naqueles realizados em outros países^{19,20} a febre foi destacada como o principal motivo de busca por atendimento em unidades de emergência pediátrica, sendo a convulsão febril apontada^{26,27} como o principal receio entre os genitores quando da ocorrência de febre com seus filhos.

Na existência de febre ou outros agravos à saúde, emergenciais ou não, no meio familiar são mobilizadas as primeiras medidas para contenção do problema, sendo estas relacionadas ao que Leininger¹ chamou de cuidado cultural, ou seja, comportamentos baseados na cultura que auxiliam o indivíduo quando da ocorrência de problemas para restabelecimento da saúde e bem estar.

Além de a família ser o ponto de partida dos cuidados, também é nela que estes são avaliados²⁸, podendo-se chegar à conclusão de que os recursos domésticos se esgotaram e é chegada a hora de adentrar o sistema formal de saúde, pois as mães já “não sabem mais o que fazer”, conforme evidenciado na literatura¹⁵ e na fala abaixo:

Quando você tem um filho que tá passando mal você fica ali sem saber o que fazer, né? (E3)

Neste aspecto, os resultados desta pesquisa corroboram os de Rati et al¹⁵ no qual foi revelado que as mães possuem um limite de recursos para cuidar de seus filhos e a busca por serviços de urgência e emergência se inicia quando elas entendem que este foi atingido, sendo necessário recorrer aos profissionais do sistema formal para ajudá-las nos cuidados. Este limite é traduzido em “sinais de alerta” que podem se relacionar à persistência do problema, à reincidência do agravo ou à ausência de resposta positiva à intervenção materna, conforme evidenciado na fala abaixo:

Quando está num caso já bem avançado. Passa mais assim de um dia... Vamos supor dores muito fortes, quando ataca dor muito forte e a dor só está se

repetindo ao longo do dia todo. Aí no próximo dia, quando eu vejo que o remédio também não faz efeito, aí eu já encaminho ela pro hospital no dia seguinte. (E5)

Quando referida pelas participantes a necessidade de recorrer ao sistema formal de cuidados, a percepção de urgência/emergência ganhou novo sentido, deixando os aspectos biológicos para adquirir conotação social, traduzida nos problemas enfrentados por elas quando seus filhos apresentam algum agravo.

A escolha do serviço de saúde ao qual será conduzida a criança depende de fatores como resolutividade, qualidade, especificidade em pediatria, facilidade de acesso e localização geográfica¹⁵. Este último, além de ser parâmetro para a seleção do serviço, foi revelado como um dos principais fatores que interferem na percepção das mães sobre o problema, visto que a necessidade de deslocamento para o continente reflete a natureza de urgência/emergência do caso:

Quando tá passando mal e aqui não tem como acudir. Tem que pegar uma canoa e descer... Que se você não tiver uma canoa pra pagar, dinheiro você não vai, morre. Que não dá tempo... (E6)

O acesso geográfico se relaciona ao nível de distância a ser percorrida, os obstáculos a serem transpostos, o tempo de locomoção e os meios de transporte a serem utilizados no itinerário até o serviço de saúde²⁹. A necessidade de atravessar o mar demanda tempo a ser consumido e, quando o agravo incide no período noturno, o socorro é mais difícil pela indisponibilidade de transportes aquáticos, configurando a ocorrência de agravos noturnos como situação de urgência/emergência:

[...] Na convulsão que ela teve que ela passou mal mesmo e aqui não tem emergência. E foi de noite isso, de madrugada. Aqui não é nem bom passar mal de noite, porque não tem socorro. Até a lancha pra levar a gente fica difícil, você não acha. (E7)

A necessidade de travessia até o continente e a ocorrência de agravos no período noturno tiveram destaque porque para o usuário as situações de urgência/emergência são configurações ameaçadoras que se caracterizam não

somente pelo problema de saúde, como também se associam a outros fatores que potencializam os riscos existentes¹⁵, dentre estes questões sociais e geográficas.

Desta forma, suas percepções apontam não somente suas necessidades como também os transtornos e sofrimentos vivenciados¹⁵, o que torna importante do ponto de vista social o conhecimento sobre a percepção de urgência/emergência pela perspectiva do usuário, bem como os problemas enfrentados por estes quando da necessidade de adentrar os serviços de saúde. Compreender os problemas a partir da ótica de quem os vivencia constitui parâmetro necessário para a tomada de decisões e para a oferta de respostas que possam solucionar as demandas apresentadas.

Dificuldades enfrentadas nas situações de urgência e emergência pediátricas

Para representar a sua teoria, Leininger desenvolveu um modelo esquemático conhecido como *Sunrise Model*⁶⁰ ou Modelo do Sol Nascente que conta com quatro níveis de abstração. No primeiro nível deste esquema estão os componentes da estrutura social e cultural que interferem e orientam a percepção do sujeito sobre saúde, doença e cuidado congruente, além dos problemas e dificuldades enfrentados na busca pelo cuidado ideal.

Neste nível também está incluído o sistema de saúde, cujo funcionamento além de interferir na percepção do usuário acerca do que é uma situação de urgência/emergência, pode-se configurar como uma das dificuldades enfrentadas nestas situações, tendo-se destacado como um dos problemas da comunidade no alcance do cuidado favorável à saúde.

Pode-se inferir neste estudo que as dificuldades das mães quilombolas estão relacionadas, principalmente, à ausência de serviços de saúde 24h, visto que na comunidade há apenas uma unidade básica de saúde que, na ocorrência de agravos, não se mostra efetiva para prestação de assistência, conforme é possível verificar no seguinte relato:

[...] Eu vou no posto aí e mesmo assim não é atendido, só é atendido quando eu faço um espetáculo, pois eles dizem que aí não é UPA, que aí pra atender tem que marcar. Mas se não atender aí eu tenho que pegar o barco pra poder levar ele pra lá pra Salvador, porque aqui só atende se for marcado. (E8)

No modelo de atenção à saúde vigente no Sistema Único de Saúde (SUS) a atenção primária é caracterizada como ordenadora da rede de atenção, coordenadora do cuidado integral³¹ e a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde a partir das Unidades Básicas com a Estratégia Saúde da Família (ESF)^{32,33}, surgida no Brasil em 1994 como Programa Saúde da Família³⁴, na tentativa de contribuir para a consolidação do SUS.

Como porta de entrada do SUS, a unidade de atenção básica funciona como superfície de contato da população com o setor saúde, sendo uma de suas responsabilidades ofertar o primeiro atendimento a pacientes portadores de quadros agudos e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado, já que compõe a rede assistencial dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência³⁵.

A Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é uma estrutura de complexidade intermediária situada entre a atenção básica e a hospitalar. Neste sentido, a UPA compõe uma rede organizada de atenção às urgências, sendo uma de suas competências a articulação com a atenção básica por meio de fluxos de referência e contra referência, cuja ordenação se dá pelas Centrais de Regulação Médica de Urgências e complexos reguladores instalados na região³⁶. Isto significa dizer que um serviço não substitui o outro, mas se completam na atenção a pacientes em situação de urgência/emergência.

Neste contexto, o discurso apresentado por E8 de que a unidade básica não é Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e que o acesso deve ocorrer com horário marcado, além de descumprir atribuições estabelecidas legalmente^{37,35}, fere os princípios do SUS e da própria Atenção Básica de universalidade, integralidade, acessibilidade, vínculo, responsabilização e humanização^{38,37}, demonstrando equívocos na conduta dos profissionais de saúde no que se refere ao modo de pensar e tratar as urgências¹⁵.

Estudos^{33,15,39,40} demonstram falência da atenção básica enquanto porta de entrada do sistema de saúde, com reflexos diretos no aumento da procura por serviços de maior densidade tecnológica, inclusive para resolução de demandas simples e, portanto, destinadas à unidade básica de saúde. Estes problemas estão relacionados à escassez de recursos materiais e humanos (especialmente a falta de médicos), horário de funcionamento, demora para atendimento, falta de resolutividade e dificuldade de acolhimento à demanda espontânea, levando a população ao descrédito.

Também em trabalhos^{4,5,41} realizados em quilombos do Pará, Minas Gerais e Paraíba foi destacada a precariedade de funcionamento dos serviços básicos de saúde. De acordo com estudo⁵ realizado no Pará, no único quilombo onde há posto de saúde o atendimento não é adequado, de modo que na ocorrência de urgências médicas os doentes são transportados por duas ou mais pessoas utilizando-se de uma rede por mais de 40 km até chegar à cidade e obter socorro.

Devido ao fato de o serviço de atenção básica da comunidade em estudo não abarcar as situações de urgência/emergência, os habitantes precisam se deslocar até o continente tendo de providenciar o transporte para transferência da criança, visto que o posto não oferta o transporte até um serviço de saúde hierarquizado que ofereça o cuidado adequado, conforme verificado na seguinte fala:

Se for caso emergencial, urgência eles prescrevem, dão um relatório e mandam pra o médico, pra lá pra outro hospital e a gente que tem que providenciar o transporte da gente, se a gente não tiver vai ter que ficar aqui parada. (E1)

Nesta perspectiva, a questão do transporte até o continente emergiu como uma das dificuldades a serem enfrentadas nas situações de urgência/emergência. Convém dizer que em algumas comunidades isoladas por mar ou rio é disponibilizada a ambulância, embarcação equipada para a prestação de cuidados pré-hospitalares em casos de urgência. Mesmo dispondo deste recurso, o transporte constituiu-se como um dos problemas apontados entre as informantes, pois de acordo com elas “a ambulância não vem”, “é um protocolo” para solicitar este recurso ou “demora demais”, sendo melhor pegar um barco na comunidade e atravessar o mar, conforme evidenciado na seguinte fala:

[...] demora muito, faz muitas perguntas e às vezes a pessoa não tá nem com cabeça pra responder tanto. Eu acho que deveria ser mais assim... O acesso deveria ser mais fácil, eles dão muita dificuldade, colocam muito empecilho pra chegar. Até que resolva tudo isso, geralmente o que acontece? A gente consegue um barco pro outro lado, e aí em São Tomé (terminal localizado em Salvador) fica mais fácil, aí é bem mais fácil. Porque aconteceu isso com o pai do meu marido, que ele chamou, mas não veio e aí achou melhor chamar a ambulância (do SAMU. Para pegar o paciente no Terminal). Não foi nem ambulância porque a ambulância não chegou. (E12)

A partir da fala de E12 verifica-se o descrédito da população no funcionamento da ambulância, visto que além de ser imposta “muita dificuldade” no acionamento, acaba por não chegar até o solicitante. A mediação entre o paciente e o serviço de ambulâncias é um dos aspectos que podem ser utilizados pelo posto da ilha, visto que o transporte do paciente é uma das atribuições da atenção básica³⁵. Isto foi evidenciado também em uma das falas:

Depois do posto (inaugurado) que foi mais fácil que eles vêm, porque os médicos daí do posto ligam, aí eles vêm. Mas assim... é raro vim. (E1)

Além de não funcionar devidamente durante o dia, o serviço do posto se encerra no período vespertino, deixando a população desassistida no período noturno, quando a questão do transporte toma maiores proporções, seja por conta das condições climáticas para realização da travessia, seja pelo horário que, por não ser comercial, torna o valor da viagem aumentado, sendo que nem sempre há recursos financeiros para tal. Foi observado ainda, falta de colaboração entre os próprios moradores da ilha.

[...] às vezes não tem transporte toda hora. Hoje até que melhora pelo fato das canoas e quando tem... E na verdade assim, que às vezes depende da maré, às vezes tem canoa que tá no seco e aí pra encontrar uma canoa nadando fica difícil e também às vezes também pega de surpresa, porque às vezes a doença ela pega de surpresa e a gente tá sem dinheiro e tem que se providenciar dinheiro da onde não tem. (E1)

A questão da locomoção até o serviço de saúde também foi destacada em estudo⁴² realizado em onze comunidades quilombolas distribuídas pelo Brasil, no qual os fatores de dificuldade de acesso aos serviços de saúde foram relacionados à disponibilidade de veículos, acesso de ambulâncias aos quilombos e dificuldade/impossibilidade de transportar os pacientes, corroborando com os achados deste estudo.

CONCLUSÃO

As percepções foram plurais, abarcando desde fatores biológicos até problemas e necessidades relacionadas ao contexto social e geográfico da comunidade, que enfrenta dificuldades no acesso aos serviços de saúde, especialmente quando os agravos acontecem no período noturno.

Ao dar voz a estas mães, possibilitamos que elas expressassem tanto o significado de urgência/emergência como as dificuldades vivenciadas quando destas situações, revelando que ao contrário do estabelecido legalmente, a atenção primária não funciona como porta de entrada dos serviços de saúde quando se trata de situações desta natureza no quilombo estudado, assim como o serviço de ambulâncias não é efetivo nesta comunidade, visto que as pessoas não obtêm resposta aos seus chamados, evidenciando desvirtuação do seu propósito e consequente descrédito da população.

Estes resultados funcionam como um grito de alerta por parte tanto destas pessoas como também daquelas que habitam outros locais remotos do país, para as quais o acesso aos serviços de saúde, especialmente os de maior complexidade como os de urgência e emergência, caracteriza-se como uma realidade cruel, engendrando sentimentos de angústia, frustração e desespero.

A partir do exposto, evidenciamos que os quilombolas da comunidade de Praia Grande não desfrutam de atenção integral à saúde, necessitando de respostas efetivas aos seus problemas e ações por parte do poder público para garantir o acesso integral de forma digna e humana aos serviços ofertados pelo sistema formal, possibilitando o alcance do cuidado congruente referido por Leininger.

Infelizmente, não há na literatura trabalhos que tratem das situações de urgência/emergência pediátrica especificamente em comunidades quilombolas, o que torna este trabalho inédito do ponto de vista científico, contudo não há como confrontar os resultados aqui apresentados com os de outros autores, sendo esta a limitação. Neste contexto, sugerimos que em estudos posteriores a temática acerca do acesso à saúde por quilombolas em situação de urgência/emergência possa ser mais explorada, revelando, inclusive, o itinerário terapêutico destas pessoas.

REFERÊNCIAS

1. Leininger MM. Cultural care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League for Nursing; 1991.

2. Abreu KP, Pelegrini AHW, Marques GQ, Lima MADS. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev Gaúcha Enferm.* 2012; 33(2): 146-52.
3. Vanderlei LCM, Navarrete MLV. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2013; 47(2): 379-89.
4. Silva JAN. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba. *Saúde Soc. São Paulo.* 2007; 16(2): 111-24.
5. Silva DO, Guerrero AFH, Guerrero CH, Toledo LM. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. *Rev. Nutr.* 2008; 21(Suplemento): 83s-97s.
6. Leininger M. Becoming aware of types of health practitioners and cultural imposition. *Journal of Transcultural Nursing.* 1991; 2(2): 32-9.
7. Leininger MM. Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. *Nurs Sci Q.* 1988; 1(4): 152-60.
8. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 13 Jul 1990.
9. Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem.* Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
10. Bardin L. *Análise de conteúdo.* 5ª ed. Lisboa/Portugal: Edições 70; 2010.
11. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 13 Jun 2013.
12. Secretaria de Assuntos Estratégicos – SAE. *Veja diferenças entre conceitos que definem classes sociais no Brasil.* 2013. [acesso em 05 Set 2014]. Disponível em: <http://www.sae.gov.br/site/?p=17821>
13. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. *Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios*, 2013. [acesso em 05 Set 2014]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/IDH/Default.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasMunicipios
14. Resolução nº 1451, de 17 de março de 1995. Define critério do plantão médico de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*, 17 Mar 1995.

15. Rati RMS, Goulart LMHF, Alvim CG, Mota JAC. "Criança não pode esperar": a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18(12): 3663-72.
16. Hetti LBE, Bernardes A, Gabriel CS, Fortuna CM, Maziero VG. Educação permanente/continuada como estratégias de gestão no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*, 2013 [acesso em 01 Set 2014]; 15(4): 973-82. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.24405>.
17. Batistela S, Guerreiro NP, Rossetto EG. Os motivos de procura pelo pronto socorro pediátrico de um hospital universitário referidos pelos pais ou responsáveis. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*. 2008; 29(2): 121-30.
18. Salgado RMP, Agüero FCM. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. *Pediatria (São Paulo)*. 2010; 32(2): 90-7.
19. Caldeira T, Santos G, Pontes E, Dourado R, Rodrigues L. O dia-a-dia de uma urgência pediátrica. *Acta Pediatr Port*. 2006; 1(37): 1-4.
20. Adekoya N. Reasons for Visits to Emergency Departments for Medicaid and State Children's Health Insurance Program Patients: United States, 2004. *NC Med J*. 2010; 71(2): 123-30.
21. Merrill CT, Owens PL, Stocks C. Pediatric Emergency Department Visits in Community Hospitals from Selected States, 2005. *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) [Internet]*, 2008 May [acesso 10 Set 2014]. Disponível em: <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb52.jsp>
22. Wier LM, Yu H, Owens PL, Washington R. Overview of Children in the Emergency Department, 2010. *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) [Internet]*, 2013 Jun. [acesso 10 Set 2014]. Disponível em: <http://www.hcupus.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb157.pdf>
23. Schmitt BD. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. *Am J Dis Child*. 1980; 134(2): 176-81.
24. Moraga FM, Horwitz BZ, Romero CS. Fiebre fobia: conocimiento y actitud de los padres respecto de la fiebre. *Rev Chil Ped*. 2007; 78(2): 160-4.
25. Pereira GL, Dagostini JM, Dal Pizzol Tda S. Alternating antipyretics in the treatment of fever in children: a systematic review of randomized clinical trials. *J Pediatr (Rio J)*. 2012; 88(4): 289-96.
26. Pestana AP. Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre dos filhos. *Rev Port Clin Geral*. 2003; 19: 333-43.

27. Feldhaus T, Cancelier ACL. Conhecimentos dos pais sobre febre em crianças. *Arq. Catarin. Med.* 2012; 41(1): 16-21.
28. Kleinman A, Sung LH. Why do indigenous practitioners Successfully heal? *Social Science & Medicine.* 1979; 13(1): 7–26.
29. Vargas AMD, Ferreira EF, Mattos FF, Vasconcelos M, Drumond MM, Lucas SD. O Acesso aos Serviços Públicos de Saúde em Área Limítrofe Entre Municípios. *Saúde Soc. São Paulo.* 2011; 20(3): 821-28.
30. Leininger MM. Culture Care Diversity and Universality Theory and evolution of the Ethnonursing Method. In: Leininger MM, McFarland MR. *Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory.* 2ª ed. Massachusetts (USA): Jones and Bartlett; 2006. 1-42.
31. Silva TL, Dias EC, Pessoa VM, Fernandes LMM, Gomes EM. Saúde do trabalhador na atenção primária: percepções e práticas de equipes de saúde da família. *Interface (Botucatu).* 2014; 18(49).
32. Pereira GL, Tavares NU, Mengue SS, Sal Pizzol TS. Therapeutic procedures and use of alternating antipyretic drugs for fever management in children. *J Pediatr (Rio J).* 2013; 89: 25-32.
33. Lima LMB, Almeida NMGS. Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação. *Saúde em Debate • Rio de Janeiro.* 2013; 37(96): 51-61.
34. Uchimura KY, Bosi MLM. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu).* 2012; 16(40): 149-60.
35. Portaria n.º 2048/GM de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União,* 12 Nov 2002.
36. Portaria n.º 342, de 4 de março de 2013. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências, e dispõe sobre incentivo financeiro de investimento para novas UPA 24h (UPA Nova) e UPA 24h ampliadas (UPA Ampliada) e respectivo incentivo financeiro de custeio mensal. *Diário Oficial da União,* 4 Mar 2013.
37. Portaria n.º 2.488 de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial da União,* 21 Out 2011.

38. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, 19 Set 1990.
39. Giovanella L, Escorel S, Mendonça MHM. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. *Saúde em Debate*. 2003; 27(65): 278-89.
40. Rocha AFS. Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de Pronto Atendimento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte [dissertação]. Belo Horizonte (MG): Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
41. Andrade EC, Leite ICG, Vieira MT, Abramo C, Tibiriçá SHC, Silva PL. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2011; 20(3): 337-44.
42. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo*. 2010; 19 (supl.2): 109-20.

5.3.3 MANUSCRITO 3

ITINERÁRIO TERAPÊUTICO EM SITUAÇÕES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA¹⁵

THERAPEUTIC ITINERARY IN SITUATIONS OF PEDIATRIC URGENCY AND EMERGENCY IN A QUILOMBOLA COMMUNITY

Samylla Maira Costa Siqueira¹⁶, Viviane Silva de Jesus¹⁷, Climene Laura de Camargo¹⁸

¹⁵ Artigo extraído da Dissertação de Mestrado “Itinerários Terapêuticos em Urgências e Emergências Pediátricas em uma Comunidade Quilombola”, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, Brasil, 2014.

¹⁶ Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EEUFBA). Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente (CRESCER). Salvador-BA, Brasil. e-mail: smcsiqueira@hotmail.com

¹⁷ Especialista em Saúde Pública. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFBA. Membro do CRESCER. Salvador-BA, Brasil. e-mail: vivi_humaniza@hotmail.com

¹⁸ Doutora em Saúde Pública. Docente da Escola de Enfermagem da EEUFBA. Líder do CRESCER. Salvador-BA, Brasil. e-mail: climenecamargo@hotmail.com

RESUMO

O objetivo foi conhecer o itinerário terapêutico de crianças quilombolas em situação de urgência/emergência. Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa com suporte teórico no modelo de Sistema de Cuidados à Saúde de Arthur Kleinman. As participantes foram 12 mães de crianças que já vivenciaram alguma situação de urgência ou emergência. A coleta dos dados ocorreu de dezembro/2013 a junho/2014 por meio de entrevista semiestruturada, com análise temática dos dados. Os cuidados prestados à criança se iniciam no subsistema informal e o acesso ao subsistema formal foi caracterizado como uma peregrinação pelos serviços de saúde. É necessário o desenvolvimento de estratégias que garantam o acesso integral e facilitado aos serviços do subsistema profissional pelos quilombolas.

Palavras-chave: Cuidado da Criança; Serviços Médicos de Emergência; Demanda aos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

The purpose was to know the therapeutic itinerary of quilombolas children in situation of urgency/emergency. This is a descriptive with approach qualitative study with theoretical support on Arthur Kleinman's Health Care System model. The participants were 12 mothers of children who already experienced any situation of urgency or emergency. Data were collected from December/2013 to June/2014 through semi-structured interview, which was analyzed through thematic analysis. The care provided to child begins in the informal subsystem and the access to formal subsystem was characterized as a pilgrimage through the health services. It's necessary the development of strategies that ensure the integral and facilitated access to the services of professional subsystem by quilombolas.

Keywords: Child Care; Emergency Medical Services; Demands on the Health Services.

INTRODUÇÃO

O termo Itinerário Terapêutico (IT) refere-se à busca de cuidados terapêuticos e procura descrever e analisar práticas individuais e socioculturais em termos dos caminhos percorridos pelos indivíduos na tentativa de solucionarem seus problemas de saúde¹, incluindo a lógica que direciona essa busca, que é tecida em múltiplas redes formais e informais, de apoio e de pertença².

Os primeiros trabalhos sobre IT tiveram origem a partir do termo *illness behaviour* – traduzido como comportamento do enfermo – e pressupunham ser a conduta dos indivíduos na busca por cuidados orientada racionalmente, considerando-se a questão de custo-benefício. Esta concepção foi considerada voluntarista, racionalista e individualista. Posteriormente, este conceito foi ampliado, sendo introduzido os valores culturais nas repostas dos indivíduos³.

Definida por Geertz⁴ como um padrão de significados transmitidos historicamente e herdados em formas simbólicas, a cultura influencia o modo como os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem conhecimentos e atividades em relação à vida, dentre estas as atividades cuidativas.

Desde os anos 1980, a influência da cultura na percepção sobre saúde, doença e cuidados em saúde é abordada por antropólogos como Arthur Kleinman, que reconhece a existência de um sistema cultural, chamado de Sistema de Cuidados à Saúde no qual estão incluídos três subsistemas inter-relacionados, denominados de popular, *folk* e profissional⁵. Neste sistema, constroem-se modelos explanatórios que são noções que levam a pessoa a perceber e interpretar a doença e, a partir daí, desenvolver mecanismos de cura, sendo que estes modelos se distinguem de acordo com o contexto cultural de cada indivíduo e grupo⁶.

Os modelos explanatórios se relacionam a distintas perspectivas sobre doença, representadas nos termos da antropologia médica como *disease* e *illness*. A primeira denota um mau funcionamento nos processos biológicos ou psicológicos, ao passo que a segunda diz respeito à experiência da doença e a reação social a ela. Assim, “*illness* é o modo como o

paciente, sua família e sua rede social percebem, rotulam, explicam, avaliam e respondem à *disease*”⁵. Com base nos modelos explanatórios os indivíduos são guiados a partir de uma perspectiva cultural na busca por cuidados em saúde, delineando seu IT nos subsistemas supracitados.

Além de refletir os fatores culturais, o trânsito dos indivíduos pelos aparelhos sociais na busca por cuidados demonstra a influência do nível socioeconômico no alcance da assistência à saúde, visto que o IT revela práticas e estratégias de populações no enfrentamento de seus problemas de saúde¹, especialmente as populações de baixa renda, dentre as quais se destacam as quilombolas.

Definidos como grupos étnico-raciais, com auto referida ancestralidade negra e distribuição pelo território brasileiro a partir de critérios próprios⁷, os quilombolas tiveram seus territórios consolidados em regiões periféricas⁸ estando, com isso, sujeitos às consequências do isolamento geográfico, sendo uma delas a precariedade de acesso aos serviços de saúde, especialmente os de maior complexidade, como os de urgência/emergência.

As situações caracterizadas como urgência/emergência são condições nas quais há agravo imprevisto à saúde com necessidade de atendimento médico imediato por conta do potencial risco de vida, seja ele iminente ou não⁹.

Embora acometam pessoas de todas as faixas etárias, nas crianças as urgências/emergências adquirem caráter significativo por conta das peculiaridades psíquicas e biológicas, habilidades físicas e cognitivas, níveis de dependência, atividades e comportamentos de risco¹⁰, além da ausência de mecanismos de enfrentamento dos agravos à saúde que ainda não foram desenvolvidos nessa fase da vida, o que caracteriza estes indivíduos como seres vulneráveis.

As situações de urgência/emergência na infância, especialmente aquelas relacionadas às causas externas, persistem como o maior problema de saúde pública que requer atenção de urgência, sendo a principal causa de morte de crianças em todo o mundo, especialmente em

países de baixa e média renda, onde ocorrem mais de 95% dos casos. Dentro destes países, as crianças são afetadas de modo desproporcional, sendo mais vulneráveis aquelas que vivem em situação de pobreza e em áreas rurais e remotas¹⁰, como as quilombolas.

Diante deste contexto, do reconhecido valor da variável tempo no impacto sobre o prognóstico do indivíduo e da indisponibilidade de serviços que abarquem agravos desta natureza nestas comunidades, surgem questionamentos acerca do modo como os quilombolas ofertam cuidados às crianças acometidas por condições de urgência/emergência, seja no sistema formal ou no informal de saúde, aqui analisados a partir dos itinerários terapêuticos.

Considerando que os estudos sobre IT no Brasil ainda são recentes¹¹ e que não há nenhum com enfoque nas urgências e emergências pediátricas em comunidades quilombolas, faz-se relevante a realização de pesquisas que desvelem as práticas de cuidado e as dificuldades enfrentadas na busca pelos serviços de saúde nestas comunidades, de forma a subsidiar o desenvolvimento e implementação de políticas públicas que possibilitem o acesso integral destes indivíduos.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo conhecer o itinerário terapêutico adotado por quilombolas em situações de urgência/emergência pediátrica, demonstrando as práticas de cuidado do subsistema informal e os percursos realizados no sistema formal, com enfoque no acesso dos usuários.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa que teve como suporte teórico o modelo de Sistema de Cuidados à Saúde de Arthur Kleinman⁵.

O *locus* do estudo foi a comunidade quilombola de Praia Grande, localizada na Ilha de Maré, na cidade de Salvador-BA. Esta foi eleita pela ausência de serviço de urgência/emergência e por se tratar de um estrato populacional com amplo acervo cultural, referente à herança africana.

Os critérios de elegibilidade dos participantes foram: ser habitante de Praia Grande com idade igual ou superior a 18 anos no momento da realização da pesquisa; ser pai, mãe ou responsável por alguma criança de 0 a 11 anos, 11 meses e 29 dias (o Estatuto da Criança e do Adolescente¹², considera como criança a pessoa de até doze anos de idade incompletos) para quem já tenha prestado algum tipo de cuidado em situação de urgência/emergência; aceitar participar voluntariamente da pesquisa e não possuir nenhuma deficiência cognitiva ou verbal. O número de participantes não foi previamente delimitado. Assim, as entrevistas realizadas até que se observasse repetição das respostas e consequente saturação teórica dos dados¹³.

Para a detecção das crianças que vivenciaram alguma situação de urgência ou emergência na comunidade, contamos com a parceria de agentes comunitários de saúde (ACS), representantes das ONGs e com o apoio da própria população que, por meio da técnica conhecida como *snowball* ou bola de neve, ia nos indicando outras pessoas que atendiam aos critérios de inclusão para composição da amostra da pesquisa¹⁴. Foi utilizado como parâmetro para classificar as urgências/emergências o sistema de classificação de risco direcionado à pediatria recortado do manual de acolhimento de uma unidade de saúde de São Paulo¹⁵, eleito por ser o único direcionado especificamente à faixa etária estudada.

Os dados foram coletados de dezembro/2013 a junho/2014, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, sob o protocolo nº 420.096, tendo sido respeitados os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 466/12, do Ministério da Saúde¹⁶.

A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada que teve como instrumento um roteiro composto por perguntas fechadas e abertas. A partir das questões fechadas, construídas com base no questionário Vigitel, do Ministério da Saúde, foi realizada a caracterização sociodemográfica das participantes e das crianças para as quais foi prestada assistência, e as abertas, que versavam sobre os cuidados fornecidos a estas crianças, bem como seu trajeto pelos aparelhos sociais, permitiram traçar o itinerário terapêutico.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local escolhido pelas participantes, gravadas e tiveram duração média de dez minutos. Posteriormente, foram transcritas na íntegra

e codificadas com a letra E seguida do número relativo à ordem em que foram realizadas: E1 a E12.

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de Análise de Conteúdo Temática¹⁷. Definiu-se como Unidade de Registro (UR) a frase, tendo emergido um quantitativo de 105 unidades de análise temática agrupadas em 26 temas, que serão discutidos em duas categorias: “**Subsistema popular: porta de entrada dos cuidados**” e “**Subsistema formal: peregrinação na busca por cuidados**”.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O *corpus* do estudo foi constituído de 12 entrevistas. Inicialmente, será exposta a caracterização sociodemográfica das participantes (Tabela 1) e das crianças (Tabela 2). Posteriormente, será dada voz às entrevistadas, demonstrando o IT adotado no cuidado à criança em situação de urgência/emergência, a partir das categorias que emergiram da análise.

Tabela 1. Caracterização das participantes (N=12). Salvador-BA, dez. 2013 – jun. 2014.

	N	%		N	%
Sexo			Parentesco		
Feminino	12	100	Mãe	12	100
Faixa Etária			Religião		
Até 19 anos	1	8,3	Evangélica	5	41,7
20-29 anos	4	33,3	Católica	4	33,3
30-39 anos	7	58,3	Não tem	3	25,0
Escolaridade			Situação Conjugal		
Ensino Fundamental	6	50,0	Solteira	4	33,3
Ensino Médio	5	41,7	Casada/Relação Estável	7	58,3
Nível Superior	1	8,3	Divorciada	1	8,3
Número de Filhos			Raça/Cor		
Um	6	50,0	Negra (preta/parda)	9	75,0

Dois	3	25,0	Amarela	1	8,3
Três	1	8,3	Branca	1	8,3
Quatro	2	16,7	Outra	1	8,3
Ocupação			Benefício Social		
Marisqueira	6	50,0	Bolsa Família	11	91,7
Outros	6	50,0	Nenhum	1	8,3
Renda			No. (%) ou Mediana (IQR)*		
Familiar (em reais)			890,00 (605,00; 1100,00)		
<i>Per Capita</i> (em reais)			212,50 (151,65; 286,65)		

* No., número; %, percentual; IQR, Intervalo Interquartis.

Tabela 2. Caracterização das crianças. Salvador-BA, dez. 2013 – jun. 2014.

PART.	IDADE*	SEXO	PROBLEMA DE SAÚDE	PLANO DE SAÚDE	TIPO DE ATENDIMENTO	CONSULTA DE ROTINA	PROBLEMA APRESENTADO
E1	2 anos	M	Não	Não	Público	Não	Convulsão Febril
E2	11 meses	F	Não	Não	Público	Sim	Convulsão Febril
E3	7 anos	F	Sim (asma)	Não	Público	Sim	Crise Asmática
E4	3 anos	M	Não	Não	Particular	Não	Queimadura
E5	1 ano	F	Não	Sim	Particular	Não	Febre Alta
E6	1 ano	F	Não	Não	Ambos	Sim	Convulsão Febril
E7	1 ano	F	Não	Sim	Particular	Sim	Convulsão Febril
E8	6 anos	M	Sim (asma)	Não	Público	Não	Crise Asmática
E9	10 meses	M	Não	Não	Público	Não	Desidratação por Diarreia e Êmese
E10	3 anos	M	Não	Não	Particular	Sim	Convulsão Febril
E11	7 anos	M	Não	Não	Público	Sim	Febre Alta
E12	1 ano	M	Não	Não	Público	Sim	Febre Alta

* Idade quando apresentou o problema caracterizado como urgência/emergência.

Os cuidados fornecidos no subsistema popular são de ordem informal e seu conhecimento é derivado do senso comum, incluindo a compreensão da família acerca do adoecimento e cuidado, bem como a rede social e comunitária do indivíduo⁵.

O IT da comunidade em estudo teve como ponto de partida os cuidados fornecidos neste subsistema, traduzidos na assistência fornecida pela família, visto ser a prestação de cuidados uma questão primariamente familiar, pois é esta quem luta com as atividades da vida diária, lida com a dor e com a existência de problemas de saúde mais graves¹⁸, conforme observado neste estudo e corroborado por outros autores^{19,20}.

Kleinman e Geest¹⁸ reconhecem a existência de um forte viés de gênero no ato de cuidar, de modo que na rede familiar predomina o cuidado exercido por mulheres. Neste direcionamento, chama-se atenção para a composição totalmente feminina do universo de participantes deste estudo. Indivíduos do sexo masculino também foram convidados a participar da pesquisa, contudo estes se recusaram e convocaram suas esposas ou outras mulheres do lar para fazê-lo sob a alegação de que estas eram mais aptas a fornecer a entrevista, pois tinham maior ciência acerca dos fatos e dos cuidados fornecidos à criança.

Tal fenômeno se relaciona à construção histórica e cultural da mulher, que remete à figura feminina a atribuição de cuidar dos seus, sendo uma função ou responsabilidade considerada por todos como inata e natural, como se cuidado fosse sinônimo de mulher^{20,21}. Desta forma, a mulher se torna protagonista no fornecimento dos cuidados em saúde e responsável pela assistência à família, sendo a principal e, às vezes, a única cuidadora e gerenciadora do cuidado no contexto familiar, conforme é demonstrado em estudos²¹⁻²³ sobre IT.

No IT de crianças, a mulher-mãe geralmente se destaca como a principal cuidadora. Assim, conforme demonstra a Tabela 1, todas as participantes deste estudo são mães das crianças para as quais prestaram alguma assistência, concordando com Leite e Vasconcelos²⁴ de que nos agravos infantis a mãe é a protagonista dos cuidados, sendo presença quase sempre

constante. Este achado se assemelha com os resultados apresentados por outros autores^{25,26}.

Quanto às práticas cuidativas, emergiram recursos correspondentes ao modelo explanatório do subsistema popular, com destaque para o uso de ervas e frutas no preparo de remédios caseiros, banhos e chás, conforme é possível verificar nas seguintes falas:

Dei só o remédio caseiro. Dei xarope, um bocado de folha aí. É o abacaxi, é o xarope do abacaxi também que minha mãe faz, o manguço da banana, o xarope que ela faz e é o xarope da... de folha é... O capim santo, maria preta, é o quioiô, isso aí que faz pra poder combater.
(E8)

Os vizinhos acudiram ela, deram banho de folha [quioiô] e o remédio [dipirona] até ela voltar em si. (E6)

Os termos “*os vizinhos acudiram*”, “*o povo me ensinava*” revelam, assim como ocorreu no estudo de Budó et al²¹ o fortalecimento do cuidado familiar pela rede de suporte social, formada por parentes, amigos e vizinhos, característica marcante do subsistema informal. Essa rede é considerada por Gutierrez e Minayo²⁰ como um valioso recurso e a principal fonte de ajuda, principalmente entre as famílias pobres.

Além do uso de recursos naturais que, na sua origem, inter-relaciona o subsistema familiar e o popular²⁷ emergiu também a automedicação e práticas concernentes ao subsistema profissional, como a utilização de medicações prescritas, de modo que houve conciliação entre os recursos do sistema formal e informal de cuidados, assim como evidenciado no estudo de Maliska e Padilha²⁸. Dentre as medicações utilizadas, emergiram os broncodilatadores, antibióticos, analgésicos e anti-inflamatórios, com destaque para estes últimos, o que assemelha estes resultados com os de Souza²⁹:

Eu usei uma bombinha que o médico mesmo ensinou. Além desse aparelho que usa quando ela tá com esse problema, aí eu faço chá... (E3)

Dei medicamento, no caso dipirona, nos horários certos de 6 em 6 horas e fiz assim, chás caseiros. Chá de Capim, santo, erva cidreira, erva doce, que podia ser gases né? Porque gases se manifesta de várias maneiras... Aí as dores que ela sentia poderiam ser gases. (E5)

Assim como em outros estudos^{23,27,29} foi evidenciado a influência cultural relacionada ao uso de chás e a utilização de medicamentos industrializados sem controle médico^{21,23,27,29}, em especial a dipirona, também destacada por Pereira et al³⁰ como uma das drogas de escolha para controle da febre, uma vez que esta se encontra disponível com facilidade para a maioria da população, sendo comercializada livremente em países da América Latina, Europa, África e Ásia³⁰. O uso da automedicação pode decorrer, inclusive, da dificuldade de obter assistência no subsistema profissional³¹.

Além dos recursos naturais e dos medicamentos industrializados, também sobressaíram as medidas físicas para diminuição da temperatura, como o banho com álcool e a imersão em água fria:

Quando foi no outro dia, deu convulsão à noite. Aí como eu já tinha experiência da menina que deu o banho com álcool, aí já comprei o álcool e deixei em casa. [...] aí a mesma coisa eu fiz. (E1)

A gente colocou ela na água, botou a água fria. A gente botou dentro do tonel na verdade, botou ela assim e tirou, depois ficou jogando água fria e colocando um pano úmido pra ver se ela reagia até chegar Salvador, depois de muito que por ela mesmo que veio reagindo. (E2)

Tais meios são apontados³² como ineficazes, pois não alteram o *set point* hipotalâmico e, conseqüentemente, não atuam no mecanismo fisiopatológico da febre. Contudo, conforme explicam Arcanjo et al³¹ o comportamento na enfermidade relaciona-se aos valores culturais e a escolha do tratamento demonstra a expressão da população, sendo o uso dos meios físicos caracterizado, segundo definição de Gutierrez e Minayo²⁰, como um elemento culturalmente cristalizado, ou seja, uma prática inerente ao subsistema popular e, por isso, utilizada tanto em comunidades quilombolas como também por outros indivíduos.

Além destas estratégias de cuidados, ainda foi citada realização de massagens, também referida por Neves e Nunes³³ como terapêutica complementar nos cuidados em saúde do subsistema informal:

Na verdade eu fiquei nervosa, chorando, chamei minha mãe, aí minha mãe pegou ela, estava toda se batendo, aí minha mãe começou a fazer massagem nela no peito, mas só que ela não estava reagindo não, ela estava passando mal ainda. Aí a casa começou a encher, encher aí o povo começou a passar perfume nela disse que é bom pra ela ir cheirando, aí continuou a fazer massagem e aí que ela começou a voltar ao normal, reagindo, que ela não falava, ela não fazia movimento nenhum. (E7)

A religiosidade apareceu como pano de fundo, de forma que as mães buscavam a Deus quando da ocorrência do agravo com suas crianças, almejando tanto a resolução do problema como uma orientação divina acerca do modo como deveriam proceder, conforme é possível constatar nesta fala:

E eu orando, mesmo assim orando e pedindo uma orientação a Deus, uma luz... (E1)

Segundo Arcanjo et al³¹ pesquisas recentes evidenciam a ligação entre saúde, crenças e práticas espirituais, incluindo a prece, a busca por serviços religiosos e a fé em Deus. Neste

sentido, a recorrência ao âmbito religioso é uma estratégia comum no subsistema informal, não sendo particular às mães deste estudo, visto ter sido identificada por outros autores^{21,23,27,31}.

Além de ser o local de produção dos cuidados, é na família que este é gerenciado e avaliado²⁷ e, conforme salienta Kleinman⁵, neste domínio são tomadas as decisões sobre quando procurar outros subsistemas.

Assim como Rati et al³⁴, evidenciamos que as mães deste estudo possuem um limite de recursos para cuidar de seus filhos, e a busca por serviços institucionalizados do sistema formal, ocorreu, especialmente, quando as respostas aos recursos do subsistema informal não foram positivas, assim como exposto em outros estudos^{21,23,29}:

[...] Eu cuidei em casa, quando persistia que não deu resultado nenhum nem com medicamento, que eu levei [...]. (E5)

Neste contexto, duas das participantes revelaram que os cuidados foram fornecidos somente no subsistema informal, três recorreram concomitantemente aos subsistemas formal e informal, em um caso (de queimadura) a criança adentrou diretamente o subsistema profissional e nos outros seis os IT foram completados no subsistema formal quando as respostas às alternativas do informal não foram suficientes.

Subsistema formal: peregrinação na busca por cuidados

O subsistema profissional consiste da medicina científica⁵ e é constituído pelas profissões de cura organizadas e com aprendizado formal, legalmente reconhecidas e representadas nas sociedades ocidentais pelo saber biomédico³⁵.

Para Rati et al³⁴ a instituição deste subsistema a ser requisitada depende de fatores como resolutividade, qualidade, especificidade em pediatria, facilidade de acesso, localização

geográfica, experiências positivas no passado e acolhimento prestado. Contudo, Marques et al²⁶ destacam que nos estratos mais pobres, como é o caso da comunidade em estudo, os serviços de atenção primária como fonte regular de assistência à saúde são utilizados com maior frequência.

Assim como em pesquisa²⁶ realizada em um quilombo de Minas Gerais, observou-se neste estudo que a instituição do sistema formal mais próxima dos quilombolas consiste no serviço de atenção básica, tornando-o como potencial referência para o cuidado das crianças quando da ocorrência de agravos, inclusive nos casos de urgência/emergência.

Constatou-se que em metade dos casos em que o IT teve passagem pelo subsistema profissional, a Unidade de Saúde da Família (USF) ainda não existia na comunidade, de forma que o atendimento neste subsistema esteve condicionado à ida ao continente, conforme verificado no seguinte relato:

Naquela época aqui não tinha posto ainda. [...] Levamos ele pra Salvador. (E11)

Após a inauguração da USF, foi possível que o início do IT no subsistema profissional ocorresse na própria ilha, contudo seu funcionamento tem restrição de horários, sendo limitado ao período diurno. Desta forma, na incidência de agravos à noite, os quilombolas deste estudo são impossibilitados de se dirigir a este serviço, tendo de recorrer ao continente para buscar por cuidados profissionais, conforme verbalizado por uma das participantes: (Chegou a levar seu filho no posto?) *Não, porque foi de madrugada, tava fechado aqui. (E7)*

Outras três mães revelaram que o início do IT neste subsistema se deu pela atenção básica. Em um dos casos, a participante referiu que o posto forneceu assistência e houve resolutividade. Nos outros dois, as depoentes informaram que não receberam nenhum tipo de assistência quando procuraram a USF, tendo sido orientadas a se dirigir para o continente:

Levei no posto, mas na mesma hora mandou ela pra Salvador. (E3)

A assistência pela Atenção Básica em casos de urgência e emergência é legalmente estabelecida³⁶, de forma que este nível de atenção é caracterizado como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS) e, como componente da rede assistencial dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, deve ofertar o primeiro atendimento a pacientes portadores de quadros agudos e/ou transporte adequado a um serviço de saúde hierarquizado.

Nos casos em que as mães foram orientadas a se reportar a outro serviço, adensamos o exposto por Marques et al²⁶ em seu estudo num quilombo, de que se consideradas as dificuldades socioeconômicas e vulnerabilidade destas pessoas a postura da atenção primária assume maior dimensão, retratando a perversa iniquidade a que estão submetidos os quilombolas.

O reflexo deste ato incide no rompimento do vínculo que o usuário deveria estabelecer com este nível de atenção, que pode ser percebido na seguinte fala:

Não fui no posto, não. Fui logo levar para Salvador. Eu prefiro levar pra salvador. Você chega no posto quase nem... Nem todo dia a gente encontra médico né? Agora esses tempos, graças a Deus eu não preciso, mas eu vejo as vizinha dizer que todo o dia o médico tá vindo, mas eu não sei que eu num preciso e ainda num fui. (E4)

A quebra do vínculo traz a reboque o descrédito da população neste serviço, retratado na pesquisa de Lago et al³⁷ que, com o objetivo de descrever o IT de usuários que buscam assistência em um serviço de urgência (SU) e os motivos para tal, demonstrou que 82,6% dos participantes não se dirigiram à rede básica por já terem vivido situações nas quais não receberam cuidados próprios para sua situação neste nível de atenção. Aspecto semelhante foi

verbalizado por uma das mães deste estudo, cujo descrédito a fez considerar o posto de saúde como um local apenas para realização de “consultas básicas”:

O que for ali tem que descer, não tem nada, ali só é uma consulta básica, é marcar para pegar uma requisição, porque nada não tem, atendimento nenhum pra socorro não tem. Se for pelo posto a gente morre aqui. Eu mesma não levo no posto. Se for um caso disso eu não levo. Já vou direto adiantar meu lado, porque quando chega lá eles mandam descer, mandam ir pra fora do mesmo jeito. (E2)

Nesta perspectiva, o local procurado para o atendimento dos agravos foi a unidade de urgência/emergência, apontada em outros estudos^{34,37} como a primeira opção do paciente por conta da falta de resolutividade da atenção básica. Cabe salientar que o acesso dessa população aos serviços de urgência e emergência, exige que os usuários percorram grandes distâncias, visto que estes se localizam distante da comunidade.

Na busca pelo SU as informantes revelaram que tiveram de providenciar por meios próprios o transporte até o continente, já que não houve intermediação da atenção básica nos casos em estudo:

Não, a gente que tem que providenciar o transporte da gente, se a gente não tiver vai ter que ficar aqui parada. (E1)

Em alguns relatos, evidenciam-se as dificuldades encontradas para o transporte dos filhos enfermos:

Quando foi na quarta-feira ele volta novamente, a febre, gemendo, aí eu disse “eu não vou esperar ele dá convulsão”. Meu cunhado foi me levar lá em Botelho, fui andando, enfrentando lama e tudo, pra pegar o barco para ir pro hospital. (E1)

Esta fala confirma a proposição de Guerin et al³⁸ de que para acessar o serviço de saúde e solucionar seu problema o usuário percorre inúmeros caminhos, sendo criado o IT mais apropriado. Contudo, conforme percebido neste relato, no delineamento do IT mais apropriado, muitas vezes, estas pessoas são expostas a condições desumanas para conseguir acessar as instituições do subsistema formal e garantir os cuidados necessários.

Convém dizer que o transporte de ilhéus não deveria ser tão dificultoso, pois em algumas comunidades isoladas por rio ou mar, como é o caso da comunidade onde foi desenvolvido este estudo, os transportes de socorro consistem nas ambulanchas, que são veículos aquáticos equipados para a prestação de cuidados pré-hospitalares. Seu acionamento ocorre pelo número 192, do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU), e pode ser feito tanto pelos quilombolas como pelos profissionais do posto de saúde. Neste estudo, foi percebido que nem um nem outro acionaram a ambulancha, de modo que em todos os casos as participantes utilizaram barcos particulares dos moradores da comunidade:

[...] Paguei pra ir. O barco e o carro. (E6)

A fala acima demonstra que a mãe custeou tanto a travessia como o transporte terrestre até o SU quando chegou ao continente, não tendo sido requisitado o SAMU em nenhum momento do itinerário. Foram citadas múltiplas razões para a ambulancha não ter sido solicitada, com destaque para a falta de resposta aos chamados:

Por que eu não lembrei viu? O que eu achei na hora... Tinha um barco disponível eu achei melhor optar por ele. Porque é um protocolo [chamar a ambulancha], viu? (E12)

Se for esperar a ambulância aqui morre. (E2)

Estas falas demonstram a dificuldade vivenciada no IT destas pessoas no que concerne ao acesso a transportes de urgência. Esta situação não se restringe à comunidade quilombola deste estudo, visto ter sido citada também por outros autores^{8,39}.

A chegada ao continente não foi, necessariamente, sinônimo de resolutividade, de modo que, em alguns casos, o sofrimento vivenciado por estas mães não cessou e a busca por cuidados se revelou como uma peregrinação pelo subsistema formal:

[...] passei no HGE pensando que estava atendendo, não estava. Depois, aí eu conversando e ela [uma passageira do ônibus] vendo ele gemendo, aí ela fez assim:[...] Olhe, passe no posto (UPA) de Itapuã que no posto de Itapuã atende e atende bem e faz todos os exames dele. Eu digo, é? já estou aqui mesmo, vou saltar. Agradei a ela e descii. Fui lá pro posto de Itapuã. Cheguei já à noite. Foi aí que ele ficou internado. (E1)

A peregrinação na busca por atendimento é caracterizada por Deslandes⁴⁰ como uma das formas de exposição do usuário à violência institucional. Neste sentido, vislumbramos que esta violência se traduz, além dos percursos árduos empreendidos pelos quilombolas para acessar o subsistema formal, no tratamento dispensado pelos profissionais deste subsistema, traduzido na seguinte fala:

A mulher nem olhar pra minha cara olhou. Só passou dipirona novamente pra ele. Nem tocar nele tocou, ainda disse: ó doutora ele tá com a barriga doendo, ele tá gemendo, quando a gente toca na barriga ele sente dor. Nem escutar ele ela escutou. Eu disse pra lá eu não volto mais. (E1)

Diante deste relato, fica claro o descaso de profissionais no atendimento a pessoas de baixo nível socioeconômico, o que caracteriza a iniquidade em saúde. Com resultados semelhantes, Sisson et al⁴¹ demonstraram em seu estudo que, dentre outros aspectos, a

insatisfação se relacionou à qualidade do atendimento prestado tanto por profissionais como por recepcionistas, ao atendimento não individualizado e sem atenção especial à paciente.

O atendimento considerado bom é aquele que responde às demandas do usuário, sendo determinante da satisfação com o serviço. Para alcançá-lo, muitas vezes, os usuários têm de recorrer a outras instituições como pode ser percebido seguinte fala:

Aí o médico também me atendeu super bem, sabe o que é super bem? fez exame nele, tirou Raio X que foi aí que viu que ele estava com infecção respiratória. (E1)

Diante do exposto, notamos que para atingir o cuidado almejado neste subsistema, as mães tiveram de percorrer múltiplos caminhos, que se caracterizaram como uma verdadeira peregrinação pelos serviços de saúde, cujo início ocorreu na ilha e só foi concluído após tentativas no continente.

Conforme Ceccim et al⁴² a criação do SUS representou a ampliação do “acesso da população às ações e aos serviços de que necessita em saúde”. Concordamos em parte com esta assertiva, pois ao mesmo tempo em que é ampliado o acesso também são impostas dificuldades, seja pela operacionalização destes serviços, seja pela conduta dos profissionais deste subsistema, que às vezes tornam os caminhos para o alcance destes cuidados tortuosos e, por consequência, cruéis.

Assim como Guerin et al³⁸ acreditamos que ao trazer a peregrinação das mães em busca por resolver as demandas de seus filhos, colocamos em evidência as implicações do sistema de saúde em seus itinerários, demonstrando tanto a resolutividade como aquilo que “escapa” a estes serviços e, desta forma, apontando para os aspectos que requerem mudança rumo ao alcance do cuidado integral e resolutivo em saúde.

Os achados deste estudo reafirmam a situação de vulnerabilidade da população negra, em especial a população quilombola, na questão do acesso e da utilização dos serviços de saúde apontada por Silva et al³⁹. A análise sobre o IT desta comunidade em situações de

urgência/emergência evidencia as experiências, trajetórias e projetos individuais formulados e elaborados dentro de um campo de possibilidades³, caracterizando-se como um estudo com potencial de engendrar medidas por parte do poder público, contribuindo para a superação da invisibilidade demográfica e epidemiológica deste estrato populacional⁴³.

CONCLUSÃO

Este estudo evidenciou que nas situações de urgência/emergências com crianças que vivem na comunidade de Praia Grande, a construção do itinerário terapêutico ocorre tanto no subsistema informal quanto no formal de cuidados.

Os cuidados se iniciaram no subsistema popular junto a familiares e a rede de suporte social característica deste subsistema, sendo explorados recursos da vida diária, com evidência para o uso de chás, remédios caseiros, massagens e automedicação, o que demonstrou a forte marca cultural desta comunidade.

A busca pelo subsistema profissional ocorreu após tentativas de cuidado no subsistema popular e se revelou como uma verdadeira peregrinação pelas instituições de saúde, caracterizando a dificuldade de acesso dos quilombolas aos serviços do sistema formal. A peregrinação se iniciou na própria comunidade a partir da busca pelo serviço de atenção básica, que se mostrou ineficaz na prestação de assistência nestes casos e teve continuidade em Salvador, onde o acesso das mães foi revelado como difícil e evidenciou as iniquidades em saúde vivenciadas pelos quilombolas quando necessitam de assistência profissional.

Ao demonstrar o itinerário terapêutico desta população, revelamos mais que a trajetória na busca por cuidados, pois permitimos que as mães compartilhassem suas experiências e expressassem as dificuldades enfrentadas quando necessitam acessar os serviços de saúde, o que desvelou a falta de resolutividade e acolhimento do subsistema profissional, seja na própria ilha ou no continente.

Estes resultados demonstram que a população quilombola de Praia Grande não usufrui de atenção integral à saúde e podem servir de subsídio para a formulação de políticas públicas

que garantam a estas pessoas o acesso integral e facilitado aos serviços de saúde, aí se incluindo a efetuação da atenção básica como porta de entrada e o adequado funcionamento das ambulâncias, de forma a assegurar a resolutividade e integralidade do SUS.

REFERÊNCIAS

1. Gerhardt TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. *Cad Saude Publica* 2006; 22(11):2449-2463.
2. Thaines GHLS, Bellato R, Faria APS, Araújo LFS. A busca por cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus - um convite à reflexão sobre a integralidade em saúde. *Texto Contexto Enferm* 2009; 18(1):57-66.
3. Alves PCB, Souza IMA. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: Rabelo MCM, Alves PCB, Souza IMA. *Experiência de doença e narrativa*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-138.
4. Geertz CA. *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC; 1989.
5. Kleinman A. Concepts and a Model for the Comparison of Medical Systems as Cultural Systems. *Social Science and Medicine* 1978; 12:85-93.
6. Kleinman A, Sung LH. Why do indigenous practitioners Successfully heal? *Social Science & Medicine* 1979;13(1):7-26.
7. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPPIR). *Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas*; 2012.
8. Silva DO, Guerrero AFH, Guerrero CH, Toledo LM. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. *Rev. Nutr.* 2008; 21(Supl.0):83-97.
9. Brasil. Resolução nº 1451 de 17 de março de 1995. Define critério do plantão médico de urgência e emergência. *Diário Oficial da União* 1995; 17 mar.
10. World Health Organization (WHO). *World report on child injury prevention*. Geneva: World Health Organization; 2008.

11. Pinho PA, Pereira PPG. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. *Interface Comun Saúde Educ* 2012; 16(41):435-447.
12. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 13 jul.
13. Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
14. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. *Rev Rene*. 2012; 13(1):242-251.
15. Atenção Primária à Saúde Santa Marcelina. *Manual de acolhimento com classificação de risco em assistência médica ambulatorial*; 2008. [acessado 2013 mar 10].

Disponível em:
http://www.aps.santamarcelina.org/aps/Pdf/normas/Manual_Acolhimento.pdf
16. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União* 2013; 13 jun.
17. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa/Portugal: Edições 70; 2010.
18. Kleinman A, Geest SVD. 'Care' in health care: remaking the moral world of medicine. *Medische Antropologie* 2009; 21(1):159-168.
19. Budó MLD. A família rural e os cuidados em saúde. In: Elsen I, Marcon SS, Silva MRS. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá (PR): EdUEM; 2004.
20. Gutierrez DMD, Minayo MCS. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1497-1508.
21. Budó MLD, Resta DG, Denardin JM, Ressel LB, Borges ZN. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. *Esc Anna Nery* 2008; 12(1):90-96.
22. Fundato CT, Petrilli AS, Dias CG, Gutiérrez MGR. Itinerário terapêutico de adolescentes e adultos jovens com osteossarcoma. *Rev Bras de Cancerologia* 2012;

- 58(2):197-208.
23. Trad LAB, Tavares JSC, Soares CS, Ripardo RC. Itinerários terapêuticos face à hipertensão arterial em famílias de classe popular. *Cad Saude Publica* 2010; 26(4):797-806.
24. Leite SN, Vasconcellos MPC. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos* 2006; 13(1):113-128.
25. Oliveira BRG, Collet N, Mello DF, Lima RAG. The therapeutic journey of families of children with respiratory diseases in the public health service. *Rev Latino-Am Enferm* [serial on the Internet]. 2012 May-Jun [cited 2014 Ago 15]; 20(3): [about 8 p.].
Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n3/a05v20n3.pdf>
26. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):365-371.
27. Rosa LM, Radünz V. Itinerário terapêutico no câncer de mama: uma contribuição para o cuidado de enfermagem. *Rev Enferm UERJ* 2013; 21(1):84-89.
28. Maliska ICA, Padilha MICS. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. *Rev Eletrônica Enferm* [periódico na Internet]. 2007 Set-Dez [acessado 2014 Ago 10]; 9(3): [cerca de 12 p.]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a09.htm>
29. Souza AC. *Como manda o figurino: a medicalização das práticas de terapêuticas entre idosos de Porto Alegre* [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
30. Pereira GL, Dagostini JM, Dal Pizzol Tda S. Alternating antipyretics in the treatment of fever in children: a systematic review of randomized clinical trials. *J Pediatr* 2012; 88(4):289-296.
31. Arcanjo GN, Silva RM, Nations MK. Saber popular sobre dores nas costas em mulheres nordestinas. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2):389-397.

32. Murahovschi J. Fever in pediatric office practice. *J Pediatr* 2003; 79(Supl.1):55-64.
33. Neves RF, Nunes MO. Da legitimação a (res)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. *Cien Saude Colet* 2010; 15(1):211-220.
34. Rati RMS, Goulart LMHF, Alvim CG, Mota JAC. “Criança não pode esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. *Cien Saude Colet* 2013; 18(12): 3663-3672.
35. Amadigi FR, Gonçalves ER, Fertoni HP, Bertoni JH, Santos SMA. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. *Rev Min Enferm* 2009; 13(1):131-138.
36. Portaria n.º 2048/GM de 5 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União* 2002; 12 nov.
37. Lago LM, Martins JJ, Schneider DG, Barra DCC, Nascimento ERP, Albuquerque GL, Erdmann AL. Itinerario terapêutico de los usuarios de una urgencia hospitalar. *Cien Saude Colet* 2010; 15(Supl. 1):1283-1291.
38. Guerin GD, Rossoni E, Bueno D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. *Cien Saude Colet* 2012; 17(11):3003-3010.
39. Silva MJG, Lima FSS, Hamann EM. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para DST/HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. *Saúde Soc. São Paulo* 2010; 19(Supl.2):109-120.
40. Deslandes SF. Frágeis deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
41. Sisson MC, Oliveira MC, Conill EM, Pires D, Boing AF, Fertoni HP. Satisfação dos usuários na utilização de serviços públicos e privados de saúde em itinerários terapêuticos no sul do Brasil. *Interface Comun Saude Educ* 2011; 15(36):123-136.

42. Ceccim RB, Armani TB, Oliveira DLLC, Bilibio LF, Moraes M, Santos ND. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. *Cien Saude Colet* 2008; 13(5):1567-1578.
43. Guerrero AFH, Silva DO, Toledo LM, Guerrero JCH, Teixeira P. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do município de Santarém - Pará, Brasil. *Saúde Soc. São Paulo* 2007; 16(2):103-110.

5.3.4 MANUSCRITO 4

FUNCIONAMENTO DE AMBULANCHAS EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA ILHÉUS: PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO¹⁹

FUNCTIONING OF AMBULANCHAS IN QUILOMBO ISLAND COMMUNITY: PERCEPTION OF POPULATION

Samylla Maira Costa Siqueira²⁰, Viviane Silva de Jesus²¹, Climene Laura de Camargo²²

RESUMO

O objetivo foi conhecer a percepção dos usuários de uma comunidade quilombola sobre o funcionamento das ambulanchas. Estudo descritivo-exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido em Ilha de Maré, localizada na cidade de Salvador-BA, com 12 moradores. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada no período de dezembro de 2013 a junho de 2014. Foi utilizada análise temática para tratamento das informações. Há desconhecimento acerca do mecanismo de acionamento das ambulanchas ou da sua existência, além de aspectos que interferem no seu funcionamento. Conclui-se pela necessidade de resposta aos chamados, maior agilidade em iniciar o atendimento e informar a população sobre o serviço, de forma a garantir o acesso e a equidade.

Palavras-chave: serviços médicos de emergência; ambulâncias; grupo com ancestrais do continente africano; assistência pré-hospitalar.

INTRODUÇÃO

A área de urgência e emergência constitui um importante componente da assistência à saúde e é estabelecida pela Política Nacional de Atenção às Urgências, sob as Portarias GM nº. 1.600/2011, GM nº. 2.026/2011 e GM nº. 2.049/2011 (VIEIRA; MUSSI, 2008; LANCINI *et al.*, 2013).

O Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU) é o principal componente desta política e foi o primeiro a ser implementado no Brasil, em 2003. Trata-se de um serviço de socorro pré-hospitalar móvel, através do qual o usuário solicita atendimento a partir do acesso telefônico gratuito pelo 192 e conta com dois componentes: um regulador, que é a Central de Regulação, e outro assistencial, que é a equipe das ambulâncias (O'DWYER; MATTOS, 2013).

¹⁹ Artigo extraído da Dissertação de Mestrado “Itinerários Terapêuticos em Urgências e Emergências Pediátricas em uma Comunidade Quilombola”, Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA, Brasil, 2014.

²⁰ Mestre em enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. e-mail: smcsiqueira@hotmail.com

²¹ Mestranda em enfermagem pela Universidade Federal da Bahia. e-mail: vivi_humaniza@hotmail.com

²² Doutora em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo. Professora titular da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. E-mail: climenecamargo@hotmail.com

O Atendimento Pré-Hospitalar (APH) corresponde à assistência prestada ao paciente num primeiro nível de atenção quando os agravos ocorrem fora do ambiente hospitalar e podem causar sequela ou morte. Para a prestação do APH móvel o SAMU dispõe de ambulâncias, que são veículos do tipo terrestre, aéreo ou aquaviário (BRASIL, 2002).

Dentre os veículos aquaviários, destaca-se a ambulancha, embarcação equipada para a prestação de assistência em localidades isoladas por mar ou rio, configurando-se como um recurso de valor inestimável, visto que em muitas destas comunidades não há serviços de urgência/emergência. Como exemplo, podem-se citar as comunidades remanescentes de quilombos.

Definidas como espaços habitados secularmente por descendentes de pessoas escravizadas, ex-escravizados e negros livres (SILVA, 2007), as comunidades quilombolas tiveram seus territórios consolidados em regiões periféricas (SILVA *et al.*, 2008), estando isoladas geograficamente de serviços de maior complexidade, como é o caso dos serviços de urgência e emergência.

A garantia do serviço de ambulanchas nestas comunidades, caracterizadas pela vulnerabilidade social e alijadas de bens e serviços públicos, como os serviços de saúde, especialmente os de nível mais elevado, muitas vezes é a única possibilidade de acesso à saúde e, conseqüentemente, de concretização dos princípios de universalidade e equidade propostos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), entendendo-se a universalidade como o pleno acesso aos serviços públicos de saúde e o incentivo à equidade como meta presente no relatório do Ministério da Saúde (FREITAS *et al.*, 2011).

Considerando que as condições de acesso aos serviços de urgência e emergência em comunidades quilombolas ainda é pouco explorada e que não há na literatura nenhuma pesquisa com foco nas ambulanchas, este estudo se justifica pela necessidade de demonstrar a percepção dos usuários acerca do funcionamento deste serviço em comunidades remotas, podendo servir de subsídio para sua qualificação e conseqüente melhoria do acesso por parte da população, o que torna esta temática relevante do ponto de vista científico e social.

Diante do exposto, este estudo tem como objetivo conhecer a percepção dos usuários de uma comunidade quilombola acerca do funcionamento das ambulanchas na ilha, demonstrando os aspectos que interferem na qualidade deste serviço.

METODOLOGIA

Estudo descritivo-exploratório, de abordagem qualitativa, realizado na comunidade quilombola de Praia Grande, localizada na Ilha de Maré, na cidade de Salvador-BA.

A Ilha de Maré é a segunda maior ilha da capital baiana, com território aproximado de

14 km² e pertence à Área de Proteção Ambiental (APA). Está localizada na parte central da Baía de Todos os Santos, próxima ao Porto de Aratu, na foz do Rio Cotegipe (MOURA *et al.*, 2008), distando de Salvador por oito milhas náuticas (14,8 km) (RODRIGUES, 2012). Possui população em torno de 11.000 habitantes, majoritariamente pessoas negro-mestiças de baixa renda e é composta por onze comunidades, cinco das quais são tituladas pela Fundação Cultural Palmares como comunidades quilombolas (SILVA, 2012).

Uma destas comunidades, o lócus desta pesquisa, é comunidade de Praia Grande, a segunda mais populosa da ilha, com aproximadamente 2.500 habitantes. Ela dispõe de duas escolas municipais de ensino fundamental, duas Organizações Não-Governamentais (ONGs) e um posto municipal de saúde, além de igrejas evangélicas e terreiros de candomblé e a única forma de chegar até lá consiste em tomar o barco no terminal de São Tomé de Paripe (RODRIGUES, 2012).

Esta comunidade foi selecionada como lócus deste estudo devido ao fato de estar localizada em um local remoto e não possuir serviços de atendimento fixo às urgências e emergências.

Participaram da pesquisa 12 moradoras da ilha, elencadas por conveniência. Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 18 anos no momento da coleta de dados, não apresentar problemas cognitivos e aceitar participar livremente da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O número de participantes não foi delimitado previamente, tendo sido as entrevistas realizadas até que houvesse repetição das respostas e conseqüente saturação dos dados (POLIT; HUNGLER, 1995).

A coleta de dados ocorreu de dezembro/2013 a junho/2014, após aprovação do projeto pelo comitê de ética da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sob o protocolo nº 420.096 e foram considerados os princípios estabelecidos pela Resolução nº. 466/2012 (BRASIL, 2012), que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos, em todas as etapas do estudo.

Utilizou-se a técnica de entrevista semiestruturada, que permite a interação entre pesquisador e entrevistado, possibilitando a captação de informações indispensáveis e a realização de perguntas de forma mais livre por parte do pesquisador (BARDIN, 2010). O instrumento foi um roteiro que constava de questões relacionadas ao conhecimento acerca da existência, funcionamento e à forma de acionamento da ambulância, bem como sobre percepção do serviço, tendo sido formulados outros questionamentos no desenrolar das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas individualmente, em local escolhido pela participante, gravadas, e tiveram duração média de 10 minutos. Posteriormente, foram transcritas na íntegra. Para manter o anonimato das participantes, estas foram identificadas pelos códigos E1 a E12.

Para tratamento dos dados utilizou-se a Técnica de Análise Temática (BARDIN, 2010), que permitiu a definição de categorias temáticas a partir da identificação de similaridade dos discursos, tendo emergido duas categorias analíticas: “Ciência da população sobre existência e acionamento das ambulanchas” e “Aspectos que interferem na qualidade dos serviços de ambulanchas”.

O *corpus* do estudo foi constituído de 12 entrevistas, tendo sido definida como Unidade de Registro (UR) a frase. O quantitativo de UR foi distribuído nas duas categorias temáticas supracitadas e desdobrado em subcategorias.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o resultado da análise de conteúdo temática, da qual emergiram duas categorias e oito subcategorias, gerando um quantitativo de trinta e três unidades de análise temática (N=33).

Tabela 1. Distribuição das categorias temáticas, subcategorias e frequências sobre o serviço de ambulanchas em comunidades quilombolas, Salvador-BA, out/dez. 2013.

CATEGORIAS	f(%)	SUBCATEGORIAS	f(%)
1. Ciência da população sobre a existência e o acionamento das ambulanchas	12 (36,3)	1.1 Ciência da existência e da forma de acionamento	3 (9,1)
		1.2 Ciência da existência, mas não da forma de acionamento	8 (24,2)
		1.3 Não tem ciência da existência	1 (3,0)
2. Aspectos que interferem na qualidade dos serviços de ambulanchas	21 (63,7)	2.1 Falta de resposta aos chamados	6 (18,3)
		2.2 Demora para chegar à ilha	3 (9,1)
		2.3 Protocolo na solicitação	3 (9,1)
		2.4 Trotes para o SAMU	1 (3,0)
		2.5 Descrédito no serviço	8 (24,2)

Fonte: Dados dos autores

Categoria 1: Ciência da população sobre existência e acionamento das ambulanchas

Nesta categoria foram apreendidas 12 UR e aborda o conhecimento da população acerca da existência do serviço de ambulanchas e da forma de acionamento.

Ciência da existência e da forma de acionamento

Quando questionadas sobre a existência do serviço e a forma de solicitação das ambulanchas, algumas depoentes demonstraram ter ciência da existência e do modo de acioná-las ao citarem o número 192, conforme se verificou em 3 UR.

Sei o que é. [...]É 192. (E8)

Ciência da existência, mas não da forma de acionamento

Houve também quem soubesse da existência do serviço, mas não da forma como proceder para acionar uma ambulancha, tendo se destacado o número da Polícia Militar, conforme é possível verificar na seguinte fala:

Uma ambulancha é um... é uma ambulância, porém como lancha que tem um atendimento de vários socorros. [...]190. Acho que é... 190. (E1)

Não tem ciência da existência

Uma das participantes sequer sabia da existência das ambulanchas e, como consequência, não sabia que poderia recorrer a este recurso em caso de urgência e emergência.

Ambulância? [...] Não, não sei. (E11)

Categoria 2: Aspectos que interferem na qualidade do serviço de ambulanchas

Esta categoria representa 63,7% das UR e é composta por 5 subcategorias que revelam quais os aspectos que interferem na qualidade do serviço de ambulanchas na comunidade em estudo, a partir do ponto de vista das entrevistadas.

Falta de resposta aos chamados da população

Para que o serviço tenha eficácia, é necessário que a população obtenha resposta favorável quando aciona a ambulancha. Sobre esse aspecto, 6 UR evidenciaram a fragilidade do serviço, revelando a falta de resposta aos chamados feitos pelos residentes da ilha:

A gente liga às vezes... Não vem não. (E3)

[...] geralmente aqui chamam, mas não vem... (E12)

Foi demonstrado que quando necessitam de atendimento de urgência e emergência os ilhéus precisam se deslocar para o Terminal de São Tomé de Paripe (distante da comunidade aproximadamente 14 km), para que lá seja providenciado um transporte terrestre que direcione o paciente a uma unidade de emergência:

Quando ligava [para a ambulancha] não vinha. Muitos casos já aconteceram aqui quando ligava o SAMU não vinha. Aí o que... A melhora da gente era chegar lá em São Tomé, fretar o barco aqui chegar em São Tomé, pagar um carro pra levar pro hospital.(E8)

Demora para chegar à ilha

O fator tempo também foi destacado em 3 UR à medida que as depoentes referiram que quando há resposta ao chamado, a ambulancha demora em chegar à ilha, sendo mais conveniente pegar um barco na própria comunidade e se dirigir ao continente, conforme evidenciado na fala abaixo:

[...] a gente não sabe quanto tempo vai levar pra chegar e aí como eu já sei que já tem um barco certo, um horário certo de levar eu já prefiro pegar a embarcação [na comunidade]. (E5)

Uma das participantes revelou já ter chamado a ambulancha e associou a demora em chegar à ocorrência de óbito do ente querido:

[...] meu pai mesmo, ele passou mal mesmo aí... Demorou tanto que ele acabou morrendo, falecendo. (E3)

Protocolo na solicitação

Além da ausência de respostas e da demora, os relatos caracterizaram o processo de solicitação da ambulancha como “um protocolo”, evidenciando a dificuldade no acionamento deste recurso:

[...] é um protocolo... (E1)

[...] demora muito, faz muitas perguntas e às vezes a pessoa não tá nem com cabeça pra responder tanto. Eu acho que deveria ser mais assim... O acesso deveria ser mais fácil, eles dão muita dificuldade, colocam muito empecilho pra chegar. (E12)

Trotes para o SAMU

Dentre os aspectos que interferem na qualidade do serviço, emergiu a existência de trotes feitos pelos próprios moradores da comunidade em estudo ao SAMU, interferindo na dinâmica de funcionamento das ambulâncias que, segundo a percepção da própria população, é uma das razões que interferem na qualidade deste serviço:

[...] Tinha uma época que tava tendo SAMU, mas só que ficaram passando trote aí ficou passando trote e aí não vem mais. (E9)

Descrédito da população no funcionamento do serviço

Como reflexo da fragilidade do serviço evidenciada nos relatos, foi demonstrado que as pessoas não acreditam no funcionamento das ambulâncias e acham que esta não está acessível à comunidade:

Se for esperar a ambulância aqui morre (E2)

DISCUSSÃO

A utilização dos serviços de saúde compreende todo contato direto ou indireto do usuário com o sistema e representa o centro de funcionamento desse sistema (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Para que os recursos que se encontram à disposição da sociedade sejam utilizados, é necessário que a população tenha ciência da sua existência e das formas empregadas para obtenção do acesso.

Nesse contexto, verificou-se desconhecimento por parte das participantes deste estudo, seja da disponibilidade deste serviço na ilha ou da forma de acionamento das ambulâncias, demonstrando que estas pessoas não se encontram a par do seu mecanismo de utilização.

O número para solicitação de uma ambulância é o mesmo discado para acionamento das ambulâncias de suporte básico e avançado. As centrais são acionadas pelo número de telefone 192 e, a partir do relato do solicitante, o médico regulador designa os recursos apropriados para cada atendimento (MACHADO *et al.*, 2011).

Por se tratar de uma população que vive numa localidade remota e que não dispõe de serviço fixo de urgência e emergência, convém que estas pessoas saibam quais ferramentas encontram-se disponíveis, haja vista que situações que requerem atendimento emergencial

podem acontecer em qualquer momento e lugar, sendo necessária intervenção rápida, a fim de evitar o agravamento do quadro e consequente óbito.

Foi destacado nos relatos das participantes deste estudo o número 190, da Polícia Militar, como o número a ser discado para acionamento das ambulâncias. Embora este seja um número de socorro que possibilitará ao indivíduo o acesso ao número correto, infere-se que a prestação de assistência é mais rápida quanto mais precoce for realizado o contato com o serviço, visto que o SAMU necessita acionar seus recursos para o socorro. Nas situações de urgência, o fator tempo é determinante da tomada de decisão, modulando o tipo de demanda e o serviço a ser consumido (ABREU *et al.*, 2012).

Isso alerta para a necessidade de democratização do conhecimento e acesso às informações, de forma que seja divulgada a existência do serviço, tornando-a conhecida e permitindo o acesso da comunidade, quando necessário. A informação e o conhecimento são bens públicos essenciais e a falta de acesso a estes determina as iniquidades em saúde (PELLEGRINI, 2004), o que demonstra que as informações necessárias ao atendimento das pessoas devem alcançar a comunidade, de forma a garantir a satisfação das demandas em saúde apresentadas.

No que concerne aos aspectos relativos ao funcionamento das ambulâncias na comunidade, emergiram múltiplos fatores que, de acordo à percepção das depoentes, interferem na qualidade do serviço, sendo necessário o seu conhecimento, pois conforme apontado na literatura (SCHWARTZ *et al.*, 2010; DUBEUX *et al.*, 2013) é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento para repensar as práticas ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando ao seu aperfeiçoamento, visto que a perspectiva do usuário é imprescindível para o aprimoramento das políticas de saúde.

A falta de resposta aos chamados da comunidade, destacada nos relatos, tem como consequência a impossibilidade de utilização do serviço e, portanto, a resolução das demandas apresentadas, o que caracterizou o serviço como precário, aproximando os resultados deste estudo com os de Pontes *et al* (2009).

A não obtenção de resposta pela população da ilha quando da solicitação da ambulância fere os princípios do SUS, destacando-se a universalidade e equidade. O princípio da universalidade pressupõe a responsabilidade do Estado em garantir que todos tenham acesso à assistência e além de constituir um desafio institucional, financeiro, político e social, expressa também a decisão da sociedade de implementar direitos universais (FORTES, 2009; NASCIMENTO; ZIONI, 2010). O princípio da equidade apresenta forte ligação com o da universalidade e objetiva diminuir as desigualdades (PONTES *et al.*, 2009) considerando-se que as pessoas apresentam prioridades epidemiológicas distintas, sendo estas caracterizadas como

parâmetro na disponibilidade dos serviços de saúde. Em ambos os princípios está implícita a ideia de acessibilidade que, parafraseando Donabedian (1988), se relaciona ao processo de busca e obtenção da assistência.

Na perspectiva do modelo sanitarista-politicista o acesso se configura como um direito individual e coletivo constitucionalmente garantido, e que pressupõe um ajustamento entre as necessidades dos usuários e os serviços e recursos utilizados, sendo um elemento essencial para a satisfação das necessidades daqueles que procuram os serviços de saúde (JESUS; ASSIS, 2010; DONABEDIAN, 1973; SOUZA *et al.*, 2009).

De acordo com as falas, pode-se inferir que o acesso aos serviços de urgência e emergência a partir das ambulâncias nesta comunidade encontra-se prejudicado devido à falta de resposta ao usuário. A dificuldade de utilização de serviços de socorro, seja por questões geográficas ou estruturais, não é particular à comunidade de Praia Grande, tendo sido destacada também no estudo de Dubeux *et al* (2013) o que alerta para a necessidade de melhoria e ampliação do acesso a estes serviços tanto em comunidades remotas como naquelas situadas nos núcleos das cidades.

Além da falta de resposta, sobressai nos relatos das participantes a demora da ambulância em chegar à ilha, que se destacou como um dos fatores negativos do serviço e motivo de insatisfação dos usuários, corroborando com outros estudos (DUBEUX *et al.*, 2013; PONTES *et al.*, 2009; ANDRADE *et al.*, 2009; NÚNEZ-ROCHA *et al.*, 2004) sobre a percepção do usuário de serviços de emergência.

Takeda (2002) estipula que, em casos de acidente, o tempo médio de chegada dos serviços de emergência terrestre até o local do ocorrido deve ser de 6 a 8 minutos. Devido ao fato de a ilha ser geograficamente isolada, este tempo certamente é mais elevado, contudo, nos casos de trauma, a demora de mais de uma hora ultrapassa a chamada *golden hour* (TAKEDA, 2002), que é a primeira hora após a ocorrência do agravo, na qual a precocidade do atendimento determina as chances de sobrevivência do paciente.

Nesta perspectiva, o tempo decorrido entre a realização da chamada e a chegada da ambulância precisa ser breve, pois a demora caracteriza-se como fator agravante do quadro, podendo, inclusive, ser o tempo necessário para a ocorrência do óbito, conforme se pode notar em um dos relatos.

No estudo de Pontes *et al* (2009) a morte também sobressai, sendo destacada como consequência final das dificuldades encontradas para concretizar o atendimento pretendido. Desta forma, é imprescindível a garantia de assistência imediata e efetiva a fim de evitar as consequências do atendimento demorado ou da falta deste, posto que quanto mais rápida a intervenção maior a possibilidade de sobrevivência de indivíduos em risco de morte.

Por conta da demora, foi expresso pelas participantes deste estudo que a conduta adotada é o transporte por meios próprios até o continente, onde os pacientes são conduzidos para um serviço fixo para conseguir assistência. Os aspectos geográficos que dificultam o acesso de usuários fazendo-os locomover-se para serem atendidos são apontados por Pontes *et al* (2009) e adensados em nosso estudo como uma das dificuldades encontradas e motivo de insatisfação no acesso aos serviços de emergência, visto que os quilombolas precisam se dirigir até o terminal, em vez do socorro aquático chegar até eles.

Com este achado, esta pesquisa se aproxima dos resultados de Dubeux *et al* (2013) sobre itinerário e obstáculos ao acesso a serviços de urgência e emergência, a qual apontou que o deslocamento dos usuários foi predominantemente custeado pelo indivíduo. Em estudo (PONTES *et al.*, 2009) desenvolvido no Rio de Janeiro, identificou-se que os usuários necessitam buscar atendimentos longe de sua residência, pois na localidade onde vivem o serviço não é oferecido, acarretando em peregrinação, desconforto, deslocamentos e gastos.

Neste sentido, o presente estudo chama a atenção para a necessidade de disponibilização de serviços de qualidade e cujo funcionamento seja efetivo no atendimento às necessidades desta e também de outras comunidades quilombolas localizadas em locais remotos, de forma a garantir o acesso à saúde a estas pessoas e a igualdade no que concerne à assistência àqueles que vivem no continente, visto que a Constituição Brasileira (BRASIL, 1988) assegura a saúde como direito de todos.

Dentre os aspectos que interferem na qualidade dos serviços de ambulâncias, foi citada a ocorrência de trotes, que se configura como uma dificuldade para a operacionalização eficaz do subsistema pré-hospitalar, aspecto que também emergiu no estudo de Minayo e Deslandes (2008), no qual foi referido que em Brasília os trotes corresponde a mais da metade das ligações realizadas ao SAMU.

Paiva (2010) associa o elevado número de trotes à falta de conhecimento da população sobre este serviço. Foi identificado que, a cada dia, o SAMU da cidade de Salvador recebe cerca de três mil ligações, das quais 40% são trotes (AGECOM, 2013).

A realização de falsas chamadas a um serviço onde a presteza, eficiência e qualidade das ações são os maiores diferenciais é responsável por danos à própria comunidade (SOARES; MAGALHÃES, 2012), gerando prejuízos para toda a população, pois as linhas telefônicas ficam ocupadas, são despendidos recursos e quando ambulâncias e ambulâncias são deslocadas as pessoas que, de fato, necessitam de atendimento são prejudicadas.

A existência dos trotes, inclusive, explica o fato de o acionamento de uma ambulância ser caracterizado pela população deste estudo como um “protocolo”, já que o atendente necessita detectar a veracidade do chamado, driblando a ocorrência de ligações enganosas. Tais

fatos demonstram a necessidade de conscientização e mudança de atitude por parte da população, visto que estes entendem ser o trote um fator causal dos problemas existentes.

Como consequência do modo de operacionalização do serviço de ambulâncias na comunidade quilombola em estudo, foi identificado descrédito da população acerca do funcionamento do serviço, resultante da ausência de resposta e da demora do socorro em chegar à ilha. Esses dados nos permitem pensar, a exemplo de outros estudos (SCHWARTZ *et al.*, 2010; NÚÑEZ-ROCHA *et al.*, 2004), que o tempo de espera para receber atendimento é determinante para maior satisfação do usuário e a demora contribui para a diminuição da credibilidade. Em outra pesquisa (SOUZA *et al.*, 2009) foi destacado que a falta de atendimento é um dos parâmetros para avaliação negativa do serviço e ter o atendimento negado gera desconfiança e descrédito.

Concordando com Oliveira *et al* (2009) verificamos que a imagem que o usuário faz dos serviços de saúde se relaciona com a acessibilidade, a confiabilidade e a resolubilidade do serviço buscado.

O'Dwyer e Mattos (2012) vislumbram no SAMU uma nova oportunidade de expressão do descompasso entre as necessidades da população e a disponibilidade de ações de saúde. Concordamos com esta assertiva, contudo entendemos que apesar dos inegáveis benefícios do SAMU, ainda persistem muitos desafios no que se refere à excelência deste serviço, especialmente no que concerne ao funcionamento das ambulâncias em comunidades como Praia Grande.

Sob a égide da universalidade e equidade do acesso é necessário que sejam realizados investimentos neste serviço, ampliando o número de ambulâncias e garantindo o funcionamento daquelas já existentes, de forma que estas sejam capazes de atender as demandas empreendidas pela comunidade.

Ademais, faz-se necessário que respostas sejam fornecidas ao usuário quando este busca o serviço e que o tempo de espera para receber o atendimento seja diminuído, fazendo com que a satisfação do paciente, caracterizada por Donabedian (1988) como uma medida da qualidade do cuidado, seja alcançada.

CONCLUSÃO

Identificou-se um déficit no conhecimento acerca do serviço de ambulâncias, seja no que diz respeito à sua existência ou à sua forma de solicitação. A percepção do serviço pelo usuário destacou aspectos que interferem na qualidade da assistência prestada, tendo emergido a falta de resposta aos chamados, a demora em chegar até os ilhéus, o processo de solicitação das ambulâncias – que foi caracterizado como um protocolo entre as participantes desta

pesquisa – e a ocorrência de trotes. No seu conjunto, estes fatores levaram a população ao descrédito no serviço, evidenciada a partir dos relatos.

Os achados desta investigação demonstram que há dificuldades por parte da comunidade quilombola de Praia Grande em acessar o serviço de ambulâncias, o que denota ausência de efetividade quanto à sua proposta, ferindo os princípios de universalidade e equidade do SUS.

Ao revelar a percepção dos usuários acerca do funcionamento das ambulâncias, este estudo funciona como um diagnóstico das fragilidades deste serviço, demonstrando as insuficiências e chamando a atenção para a necessidade de revisão desta política e reestruturação do serviço, de forma a atender as demandas apresentadas pelos usuários.

A principal limitação desta pesquisa consiste na ausência de estudos que versem sobre o funcionamento de ambulâncias em comunidades remotas, permitindo uma comparação direta com os nossos achados. Pesquisas sobre esta temática são necessárias, o que nos faz sugerir a realização de estudos que explorem a acessibilidade aos serviços de ambulâncias em comunidades ilhéus e ribeirinhas.

Constatou-se a necessidade de divulgação sobre a existência das ambulâncias, bem como sua forma de acionamento para que a população possa saber a quem se reportar quando em situação de urgência e emergência. Ademais, faz-se necessário que os ilhéus obtenham respostas aos seus chamados e que o tempo despendido pelas ambulâncias até à ilha seja diminuído, de forma a aperfeiçoar o serviço e, conseqüentemente, promover a credibilidade dos usuários.

REFERÊNCIAS

ABREU, K.P.de; PELEGRINI, A.H.W.; MARQUES, G.Q.; LIMA, M.A.D.S. Percepções de urgência para usuários e motivos de utilização do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v.33, n.2, p.146-152, jun. 2012.

ANDRADE, L.M.de; MARTINS, E.C.; CAETANO, J.A.; SOARES, E.; BESERRA, E.P. Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2009;11(1): [cerca de 8 p.]. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/v11n1a19.htm>>. Acesso em: 14 set. 2014.

Assessoria Geral de Comunicação (AGECOM). *Trotes para SAMU e Codesal prejudicam atendimento à população*. Documento da internet. Publicado em: 17 set. 2013. Disponível em:

<http://www.comunicacao.salvador.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=42457%3Atrotes-para-samu-e-codesal-prejudicam-atendimento-apopulacao&catid=56&Itemid=170>. Acesso em 03 out. 2014.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010. 281p.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, Out. 1988, Seção 2, Art. 196.

BRASIL. Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002. Regulamenta os Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência. *Diário Oficial da União*, 2002.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 2013.

DONABEDIAN, A. *Aspects of medical care administration*. Boston: Harvard University Press, 1973.

DONABEDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA [serial on the Internet] 1988;260: [about 6 p.]. Available from: <http://post.queensu.ca/~hh11/assets/applets/The_Quality_of_Care__How_Can_it_Be_Asses sed_-_Donabedian.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2014.

DUBEUX, L.S.; FREESE, E.; FELISBERTO, E. Acesso a hospitais regionais de urgência e emergência: abordagem aos usuários para avaliação do itinerário e dos obstáculos aos serviços de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 345-369, 2013.

FORTES, P.A.C. Bioeticistas brasileiros e os princípios da universalidade e da integralidade no SUS. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.43, n.6, p. 1054-1058, 2009.

JESUS, W.L.A.de; ASSIS, M.M.A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.1, p. 161-170, 2010.

LANCINI, A.B.; PREVÉ, A.D.; BERNARDINI, I.S. O processo de trabalho das equipes do

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). *Coleção Gestão da Saúde Pública* [periódico na Internet]. 2013;4: [cerca de 18 p.]. Disponível em: <<http://gsp.cursoscad.ufsc.br/wp/wp-content/uploads/2013/03/Anais-GSP-Volume-4-Artigo-1.pdf>>. Acesso em: 26 set 2014.

FREITAS, D.A.; CABALLERO, A.D.; MARQUES, A.S.; HERNÁNDEZ, C.I.V.; ANTUNES, S.L.N.O. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v.13, n.5, p. 937-943, 2011.

MACHADO, C.V.; SALVADOR, F.G.F.; O'DWYER, G. Serviço de atendimento móvel de urgência: análise da política brasileira. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v.45, n.3, p. 519-528, 2011.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. Análise da implantação do sistema de atendimento pré-hospitalar móvel em cinco capitais brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.24, n.8, p. 1877-1886, 2008.

MOURA, D.F.G.de; SANTOS NETO, A.O.dos.; ALMEIDA, R.O.de. A etnologia das marisqueiras da Comunidade de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. *Candombá – Revista Virtual* [periódico na Internet]. 2008;4(2): [cerca de 20 p.]. Disponível em: <<http://revistas.unijorge.edu.br/candomba/2008-v4n2/pdfs/DiogoeAristotelino2008v4n2.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

NASCIMENTO, P.R.; ZIONI, F. The Brazilian unified national health system as an observatory for universal rights: a reflection based on the social sciences. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. [periódico na Internet]. 2010; 5: [about 7 p.]. Available from: <http://socialsciences.scielo.org/pdf/s_icse/v5nse/scs_a05.pdf>. Acesso em 25 ago. 2014.

NÚÑEZ-ROCHA, G.M.; GUERRERO-FLORES, F.J.; SALINAS-MARTINEZ, A.M.; VILLARRELA-RIOS, E.; GARZA-ELIZONDO, M.E. Tiempos de espera? El triage. Una alternativa en el departamento de emergências. *Rev Invest Clín*, México, v.56, n.3, p. 314-320, 2004.

O'DWYER, G.; MATTOS, RA. Integral care and attention to emergency: the mobile emergency care service in the state of Rio de Janeiro. *Saude Soc.*, São Paulo, v.22, n.1, p. 199-210, 2013.

O'DWYER, G.; MATTOS, R.A. O SAMU, a regulação no Estado do Rio de Janeiro e a integralidade segundo gestores dos três níveis de governo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, p. 141-160, 2012.

PAIVA, R.B.de. *Percepção do ambiente externo e dos perigos do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) a partir do enfoque dos sistemas sociotécnicos*. 2010. 113 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

PELLEGRINI, A.F. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 339-350, 2004.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PONTES, A.P.M.de; CESSO, R.G.D.; OLIVEIRA, D.C.de; GOMES, A.M.T. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Esc Anna Nery Rev Enferm*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 500-507, 2009.

RODRIGUES, M. Breves considerações sobre candomblé na Ilha de Maré- Salvador: entre fios de memória. *C@lea – Cadernos de Aula do LEA*, Salvador, v.1, n.1, p. 61-72, 2012.

SCHWARTZ, T.D.; FERREIRA, J.T.B.; MACIEL, E.L.N.; LIMA, R.C.D. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.15, n.4, p. 2145-2154, 2010.

SILVA, D.O.e; GUERRERO, A.F.H.; GUERRERO, C.H.; TOLEDO, L.M.de. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR-163, Pará, Brasil. *Rev. Nutr.*, Campinas, v.21, suppl.0, p.83-97, 2008.

SILVA, J.A.N.da. Condições sanitárias e de saúde em Caiana dos Crioulos, uma comunidade quilombola do estado da Paraíba. *Saúde Soc.*, São Paulo, v.16, n.2, p. 111-124, 2007.

SILVA, J.M.O. *Significado da gravidez para a adolescente quilombola: um olhar etnográfico da Enfermagem*. 2012. 184 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.

SOARES, M.C.; MAGALHÃES, C.M. Promoção da saúde nas escolas: Estudo de contribuição do SAMU com as ações propostas pelas escolas promotoras da saúde. *Sinapse Múltipla*, Minas Gerais, n.1, v.2, p. 81-93, 2012.

SOUZA, A.C.C.de; MOREIRA, T.M.M.; SILVA, M.R.F.da; ALMEIDA, P.C.de. Acesso ao serviço de emergência pelos usuários com crise hipertensiva em um hospital de Fortaleza, CE, Brasil. *Rev Bras Enferm*, Brasília, v.62, n.4, p. 535-539, 2009.

TAKEDA, E. *Riscos ocupacionais, acidentes do trabalho, e morbidade entre motoristas de uma central de ambulâncias do estado de São Paulo*. 2002. 177 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, suppl.2, p. 190-198, 2004.

VIEIRA, C.M.S.; MUSSI, F.C. A implantação do projeto de atendimento móvel de urgência em Salvador/BA: panorama e desafios. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v.42, n.4, p. 793-797, 2008.

ABSTRACT

The study aimed to know the perception of users from a quilombola community about the functioning of ambulanchas. Descriptive-exploratory study, with qualitative approach, developed on Ilha de Maré, localized at Salvador-BA, with 12 residents. Data were collected through semi-structured interviews in period from December 2013 to June 2014. Thematic analysis was used to analyze the information. There's a lack of knowledge about the mechanism to call the ambulancha or about its existence, as well as aspects that interfere in its operation. It has concluded that there is a need to answer the calls, major agility for starting the healthcare and inform the population about the service, in order to ensure the access and equity.

Keywords: emergency medical services; ambulances; african continental ancestry group; prehospital care.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Findado este estudo, ao retomar seu escopo precípua, que consistiu em conhecer o IT em situações de urgência e emergência pediátricas adotado pela comunidade quilombola de Praia Grande, é possível concluir que os inúmeros caminhos percorridos nos conduziram até o alcance dos resultados almejados, pois desvelamos as práticas cuidativas oferecidas às crianças da comunidade nas situações de urgência/emergência, bem como os caminhos delineados na busca por cuidados e a influência sociocultural neste percurso.

Ao compartilhar com as participantes deste estudo suas experiências na construção do IT de seus filhos quando estes experimentaram situações caracterizadas como urgência/emergência, buscou-se mergulhar na realidade destas pessoas para que fosse possível a compreensão de todo o processo desencadeado na busca por cuidados a partir da ótica de quem os vivenciou, o que me permitiu apreender as dificuldades enfrentadas e, principalmente, compartilhar sentimentos de angústia, tristeza e aflição, resultantes da sensação de impotência destas mães quando da ocorrência de agravos com seus filhos, resultantes da percepção de abandono percebida nas falas.

Mais que a busca de informações para a construção dos resultados, o processo de coleta de dados em uma comunidade desassistida pelo poder público, me permitiu entrar em contato com uma realidade diferente, evidenciando os bloqueios e necessidades vividas por aquelas pessoas não somente nas situações de cunho emergencial, mas no seu cotidiano, demonstrando que a saúde, em sua mais ampla definição, traduzida na acessibilidade a bens e serviços necessários à vida em sociedade, ainda está distante dos moradores de Praia Grande.

Chama atenção o fato de que, apesar das condições de vida e saúde caracterizadas pela precariedade, fui recebida com largos sorrisos no rosto e, mesmo revivendo alguns de seus momentos mais delicados ao verbalizar o IT das suas crianças, as entrevistadas o fizeram sorrindo.

A precariedade supracitada é percebida logo na chegada à comunidade – quando se nota que, mesmo fazendo parte de um território desenvolvido, como é a capital baiana, a Ilha de

Maré não apresenta sinais de desenvolvimento – e se revela na escrita dos resultados deste estudo.

Ao caracterizar as participantes e suas crianças, são demonstradas (seja por palavras ou imagens) as dificuldades enfrentadas pelos quilombolas de Praia Grande, que se revela na baixa escolarização, renda e nas condições sócio sanitárias, que assujeitam aquelas pessoas a uma vida desconfortável, expondo-as problemas que podem afetar sua saúde, ocasionando, inclusive, agravos que podem se configurar como emergenciais no contexto de saúde de suas crianças.

A partir dos resultados apresentados, nota-se que nas situações que emergiram como agravos de urgência ou emergência pediátrica houve casos de cunho acidental ou clínico, com destaque para aqueles decorrentes da febre alta, que sobressaiu como um problema para estas mães. Independente de qual fosse o agravo, observou-se que a percepção de urgência/emergência para as participantes, mais que constructos do modelo explanatório do subsistema popular, reflete seu contexto de vida e entraves no acesso aos serviços de saúde do sistema formal.

Identificou-se que as participantes compreendem o significado de situações de urgência e emergência, atribuindo a elas o devido valor ao verbalizarem a necessidade de atendimento rápido por conta do potencial de morte relacionado à demora na prestação da assistência. Contudo, suas percepções não revelaram apenas o comprometimento fisiológico das crianças, mas descortinaram dificuldades no cotidiano desta população, traduzidas na ocorrência de agravos no período noturno e naqueles que requerem deslocamento para o continente, visto que estas pessoas não dispõem de serviços de urgência/emergência na comunidade e por questões geográficas o acesso a estes serviços é complicado. Neste contexto, as percepções acerca das situações de urgência e emergência pediátricas gravitaram entre fatores biológicos e relacionados ao contexto geográfico da ilha, com destaque para estes últimos.

No que se refere ao IT adotado no cuidado às crianças quando estas apresentaram os agravos abordados neste estudo, estes se revelaram plurais, visto que foram múltiplas as vias percorridas na busca por cuidados, de forma que a construção do IT foi marcada por passagens tanto no sistema informal como no formal de saúde. Contudo, todas estas vias convergiram para uma mesma conclusão: a de que o acesso às ações e serviços de saúde por parte da comunidade quilombola de Praia Grande é dificultado, seja por questões geográficas ou técnico-estruturais do sistema de saúde. Neste ponto, o IT referido pelas participantes se tornou singular à medida que os mesmos problemas foram revelados em todas as falas.

Os IT apresentados mostraram que a prestação dos cuidados se iniciou no subsistema popular, traduzida na assistência fornecida à criança no contexto familiar, em alguns casos, com

o apoio comunitário. Assim como verificado em outros estudos e consolidado na literatura sobre a temática IT, foi evidenciado nesta pesquisa que os cuidados prestados pela família têm na figura da mulher-mãe sua protagonista, pois é esta quem vivencia toda a experiência do adoecimento e cuidado junto à criança, lançando mão dos recursos possíveis para promoção da assistência em saúde.

A partir dos resultados, adensamos que no subsistema popular foram utilizados recursos terapêuticos do cotidiano, como o preparo de chás, remédios caseiros e banhos com ervas cultivadas no quintal de casa, automedicação ou uso de remédios prescritos por profissionais do subsistema formal e também a realização de massagens. Mesmo compreendendo que se trata de práticas inerentes ao este subsistema e, por isso, muito difundidas entre diferentes grupos populacionais, o significativo número de mães deste estudo que revelaram iniciar os cuidados a suas crianças a partir destas práticas permite a conclusão de que este fato pode estar associado à complexidade de acessar o subsistema profissional por estas pessoas.

Embora a comunidade onde foi desenvolvido este estudo tenha forte marca cultural, em parte relacionada ao Candomblé, que possui vasto potencial de rituais, inclusive terapêuticos, não foram identificadas em nenhum dos IT revelados pelas mães práticas relacionadas a esta religião. Nesta altura, admito a existência de certa frustração, pois ao adentrar numa comunidade quilombola como campo de pesquisa, a expectativa era de que as práticas de cuidado, em parte, refletissem a influência desta religião na comunidade.

Quanto à busca pelo subsistema profissional, foi demonstrado que esta ocorreu, principalmente, quando as respostas aos recursos do subsistema popular não foram satisfatórios aos olhos destas mães e foi neste ponto que o IT revelado por elas asseverou as dificuldades vivenciadas por estas pessoas no que concerne ao acesso aos serviços de saúde na ilha.

O empreendimento de cuidados neste subsistema se iniciou na própria comunidade, a partir da busca pela unidade de atenção básica da ilha, única instituição do sistema formal disponível neste território quilombola. Os relatos permitiram concluir que este serviço apresenta fragilidades no que concerne ao acolhimento dos usuários e resolubilidade das demandas apresentadas e que, ao contrário do preconizado legalmente, a atenção básica, nesta comunidade, não funciona como porta de entrada do SUS.

A partir das falas, evidenciou-se que foi instalada uma barreira entre o serviço e os usuários, representando a cisão entre a equipe de saúde e os moradores da ilha, caracterizada como a quebra do vínculo entre estes e aqueles outros. Neste contexto, pode-se dizer que o funcionamento do posto de saúde, a partir dos relatos das entrevistadas, está claramente rompendo com os princípios de equidade, universalidade e integralidade que guiam o SUS. Como resultado, é visível o descrédito da população neste serviço.

Na falta de respostas pela atenção básica, a entrada no subsistema profissional está condicionada à busca por instituições de saúde localizadas em Salvador. Quando a continuidade do IT se restringe à travessia do mar, outros problemas são descortinados, revelando as dificuldades enfrentadas por estas pessoas para conseguir a almejada assistência em saúde.

Foi identificado que na transferência do filho enfermo da ilha ao continente as mães optaram por fretar o barco de algum dos moradores da comunidade, pois se recusaram a solicitar a ambulância. As justificativas para tal revelaram que este fato não se tratou de escolha, mas da falta desta, pois conforme demonstrou este estudo, as razões para não solicitar este serviço, foram a falta de resposta aos chamados, a existência de protocolos na solicitação e a demora em chegar até o solicitante, quando chegam. A soma destes fatores evidenciou, mais uma vez, um nó para o alcance do cuidado desejado no subsistema profissional. Como resultado, foi percebido nas falas o descrédito da população também no funcionamento deste serviço, restando à comunidade se deslocar por meios próprios, de dia ou de noite.

O estudo atestou que, embora a chegada ao continente tenha possibilitado a resolução das demandas, entraves no acesso também emergiram, tendo-se destacado a falta de acolhimento por parte dos trabalhadores deste subsistema e a dificuldade de acessar as instituições de saúde. No seu conjunto, todos estes aspectos revelaram o IT desta população como uma intensa peregrinação pelos serviços do subsistema formal.

Ao dar voz a estas mães, permitimos que elas expressassem não somente o IT na busca por cuidados a suas crianças, mas também as dificuldades na concretização do acesso à saúde, reveladas no árduo trajeto pelos aparelhos sociais.

A partir do exposto, pode-se concluir que os remanescentes de quilombos são negligenciados quanto às suas necessidades, tratando-se de um estrato populacional que ainda não se configura como alvo das ações de políticas públicas. Embora seja a saúde, em seu mais amplo conceito, um direito de todos e dever do Estado garantido constitucionalmente, as histórias contadas por estas mães na construção do IT de seus filhos em situação de urgência/emergência denotam que estas pessoas são invisíveis ao poder público e alijadas de condições humanas de vida.

Ao demonstrar o IT desta população, revelamos mais que a trajetória na busca por cuidados, pois permitimos que as mães compartilhassem suas experiências e expressassem as dificuldades enfrentadas quando necessitam acessar os serviços de saúde, o que desvelou a falta de resolutividade e acolhimento do subsistema profissional, seja na própria ilha ou no continente.

Estes resultados funcionam como um grito de socorro por parte tanto destas pessoas como também de outras comunidades quilombolas espalhadas pelo país e indivíduos que

habitam localidades remotas, para os quais o acesso às instituições de saúde, especialmente em situações de urgência/emergência, revelam uma realidade cruel caracterizada pela perversidade do poder público, o que faz engendrar sentimentos de angústia, frustração e desespero.

A expectativa é de que os resultados aqui auferidos sirvam de diagnóstico da situação de saúde de quilombolas, evidenciando as fragilidades e insuficiências do sistema formal, bem como a ausência de integralidade no cuidado a estas pessoas e a necessidade de ofertar respostas efetivas aos seus problemas a partir do desenvolvimento de políticas públicas que garantam o acesso integral de forma digna e humana às instituições de saúde, possibilitando o alcance do cuidado congruente referido por Leininger.

REFERÊNCIAS

ACKER, J.I.B.V.; CARTANA, M.H.F. Construção da participação comunitária para a prevenção de acidentes domésticos infantis. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.1, p. 64-70, 2009.

ALVES, J.E.D. O Programa Bolsa Família e a transição da fecundidade no Brasil. **International Policy Centre for Inclusive Growth**, n.227, 2013. Disponível em: <<http://www.ipc-undp.org/pub/port/IPCOnePager227.pdf>>. Acesso em 19 ago. 2014.

ALVES, J.E.Diniz. **O Programa Bolsa Família incentiva a fecundidade no Brasil?** Disponível em: <<http://www.brasil-economia-governo.org.br/wpcontent/uploads/2011/11/oprograma-bolsa-familia-incentiva-a-fecundidade-nobrasil.pdf>>. Acesso em 16 ago. 2014.

ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.M.; ALVES, P.C.B.; SOUZA, I.M.A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. P.125-138.

AMADIGI, F.R.; GONÇALVES, E.R.; FERTONANI, H.P.; BERTONCINI, J.H.; SANTOS, S.M.A.dos. A antropologia como ferramenta para compreender as práticas de saúde nos diferentes contextos da vida humana. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.13, n.1, p. 131-138, 2009.

ANDRADE, E.C.de; LEITE, I.C.G; VIEIRA, M.T.; ABRAMO, C.; TIBIRIÇÁ, S.H.C.; SILVA, P.L. Prevalência de parasitoses intestinais em comunidade quilombola no Município de Bias Fortes, Estado de Minas Gerais, Brasil, 2008. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.20, n.3, p. 337-344, 2011.

AQUINO, T.A.; GUIMARÃES, M.J.B.; SARINHO, S.W.; FERREIRA, L.O.Cardoso. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.12, p. 2853-2861, 2007.

ARRUTI, J.M. **Políticas públicas para quilombos: um ensaio de conjuntura a partir do exemplo da saúde.** 2008. Disponível em:

<http://www.koinonia.org.br/tpdigital/detalhes.asp?cod_artigo=208&cod_boletim=12&tipo=Artigos>. Acesso em: 15 mar. 2013.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa/Portugal: Edições 70, 2010. 281 p.

BARROSO, R.M.; REIS, A.; HANAZAKI, N. Etnoecologia e etnobotânica da palmeira juçara (*Euterpe edulis Martius*) em comunidades quilombolas do Vale do Ribeira, São Paulo. **Acta Botanica Brasílica**, v.24, n.2, p. 518-528, 2010.

BARROSO, S.M.; MELO, A.P.S.; GUIMARÃES, M.D.C. Depressão em comunidades quilombolas no Brasil: triagem e fatores associados. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v.35, n.4, p. 256-263, 2014.

BASTOS, F.I. A Feminização da epidemia da Aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. **Saúde Sexual e Reprodutiva**, n.3, 2001. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/608/2/BASTOS_Feminizacao%20da%20Epidemia%20de%20AIDS_2001.pdf>. Acesso em 25 jun. 2014.

BATISTA, L.E.; ESCUDER, M.M.L.; PEREIRA, J.C.R. A cor da morte: causas de óbito segundo características de raça no Estado de São Paulo, 1999 a 2001. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.5, p. 630-636, 2004.

BELON, A.P.; BARROS, M.B.A. Esperança de vida ao nascer: impacto das variações na mortalidade por idade e causas de morte no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.5, p. 877-887, 2011.

BELIK, W. Perspectivas para segurança alimentar e nutricional no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.12, n.1, p.12-20, 2003.

BENGUIGUI, Y. Acute respiratory infections control in the context of the IMCI strategy in the Americas. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.3, n.1, p. 25-36, 2003.

BERQUÓ, E.; CAVENAGHI, S. Fecundidade em declínio: breve nota sobre a redução no número médio de filhos por mulher no Brasil. **Novos Estudos**, v.74, p. 11-15, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/nec/n74/29636.pdf>>. Acesso em 18 jul. 2014.

BERN, C.; MARTINES, J.; ZOYSA, I.de; GLASS, R.I. The magnitude of the global problem of diarrhoeal disease: a ten-year update. **Bull World Health Organization**, v.70, n.6, p.705714, 1992.

BEZERRA, V.M.; MEDEIROS, D.S.de; GOMES, K.O.; SOUZAS, R.; GIATTI, L.; STEFFENS, A.P. et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.6, p.1835-1847, 2014.

BISCEGLI, T.S.; ARROYO, H.H.; HALLEY, N.S.; DOTOLI, G.Martinelli. Violência doméstica contra crianças: nível de conhecimento dos pais de crianças em escolas pública e privada. **Revista Paulista de Pediatria**, v.26, n.4, p.365-371, 2008.

BOCHNER, R. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas – SINITOX.**

Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/sinitox/2003/apresent2003.htm>>. Acesso em 17 jun. 2014.

BRAGA, CG. Enfermagem transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.31, n.3, p.498-516, 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 10 nov. 2012.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei n.º 8.069, de 13 de julho de 1990. Acesso em abril de 2013. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>

BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. 2004c. <http://www.mds.gov.br/acesso-ainformacao/legislacao/bolsafamilia/leis/2004/Lei%2010836.pdf/download>

BRASIL, Ministério da saúde. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**. Brasília-DF, 2004a, 49 páginas. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento.pdf>>. Acesso em 10 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe Técnico Doença Diarreica por Rotavírus: Vigilância Epidemiológica e Prevenção pela Vacina Oral de Rotavírus Humano - VORH**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/informe_rotavirus2_1254747927.pdf>. Acesso em 25 mai. 2014.

BRASIL. Resolução Conselho Federal de Medicina nº 1451, de 10 de março de 1995. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 17 de março de 1995.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 13 de junho de 2013.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. **Programa Brasil Quilombola: diagnóstico de ações realizadas**. 2012. Disponível em: <<http://www.seppir.gov.br/destaques/diagnostico-pbq-agosto>>. Acesso em 15 abr. 2013.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial – SEPPIR. **Programa Brasil Quilombola**, 2004b. disponível em: <http://www.odonto.ufg.br/up/133/o/Programa_Brasil_Quilombola_2004.pdf>. Acesso em: 10 out. 2014.

BRICKS, L.F. Tratamento da febre em crianças. **Pediatria**, v.28, n.3, p. 155-158, 2006.

BRICKS, L.F.; BOURROULL, M.L.M.; SUCUPIRA, A.C.S.L. Diarreia. In: MARCONDES, E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, J.L.A.; OKAY, Y. **Pediatria básica – pediatria geral e neonatal**. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p. 192-197.

BRITO, M.E.M.de; DAMASCENO, A.K.C.; PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, L.J.E.S. A cultura no cuidado familiar à criança vítima de queimaduras. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.12, n.2, p. 321-325, 2010.

BUDÓ, M.L.D.; RESTA, D.G.; DENARDIN, J.M.; RESSEL, L.B.; BORGES, Z.N. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.12, n.1, p. 90-96, 2008.

CAETANO, J.R.M.; BORDIN, I.A.S.; PUCCINI, R.F.; PERES, C.A. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.3, p. 285-291, 2002.

CAMARGO, C.L.de; ALVES, E.S.; QUIRINO, M.Dias. Violência contra crianças e adolescentes negros: uma abordagem histórica. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.14, n.4, p. 608-615, 2005.

CAMPOS, J.M.S. **Religião no Quilombo**: Relações entre candomblecistas e evangélicos em Mangueiras (MG). 2012. Disponível em: <www.abant.org.br/file?id=664>. Acesso em: 17 nov. 2013.

CAPUTO, S.G.; PASSOS, M. Cultura e conhecimento em terreiros de candomblé – lendo e conversando com Mãe Beata de Yemonjá. **Currículo sem Fronteiras**, v.7, n.2, p. 93-111, 2007.

CARDIM, M.G. **Adoecer e adolecer com HIV/Aids**: experiências de trajetórias terapêuticas. 2012. 145f. Tese (Doutorado) - Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Fundação Oswaldo Cruz: Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2012.

Carta de Ottawa. **Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde**. 1986. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em 15 jan. 2014.

CATANI, A.M.; HEY, A.P.; GILIOLI, R.S.Porto. PROUNI: democratização do acesso às Instituições de Ensino Superior? **Educar, Curitiba**, n. 28, p. 125-140, 2006.

CAVALCANTI, A.L.; MARTINS, V.M.; LUCENA, R.N.de; GARCIA, A.F.G.; MENEZES, V.A.de. Morbidade por causas externas em crianças e adolescentes em Campina Grande, Paraíba. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.37, n.3, p. 27-33, 2008.

CERVO, A.L.; BERVIAN, P.A.; SILVA, R.da. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007. 162 p.

COLLIÈRE, M.F. **Promover a vida**: da prática de mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel – Sindicato de Enfermeiros Portugueses, 1999. 385 p.

CONILL, E; PIRES, D. **Itinerários terapêuticos**: relação público-privado e arranjos tecnoassistenciais na utilização de serviços de saúde na Região Sul do Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Agosto de 2007. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/portal/upload/biblioteca/UFRGS_Itinerariosul.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2014.

CUNHA, G.M.; MORAES, L.R.S.; LIMA, A.G.D.; MATTOS, P.S.M.S.; FREDIANI, D.A. Prevalência da infecção por enteroparasitas e sua relação com as condições socioeconômicas e ambientais em comunidades extrativistas do município de Cairu – Bahia. **Revista Eletrônica de Engenharia Civil**, v.7, n.2, p. 27-36, 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufg.br/index.php/reec/article/view/27445>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

CUNHA, E.M.G.P.da. O recorte racial no estudo das desigualdades em saúde. **São Paulo em Perspectiva**, v. 22, n. 1, p. 79-91, 2008.

DAL'VESCO, M.F. **População quilombola: ensaios para inclusão dos (in)visíveis**. 2006.

Disponível em:

<http://www.pim.saude.rs.gov.br/a_PIM/noticias/285/PopulacaoQuilombolaEnsaioParaInclusaoDosInvisiveis.pdf>. Acesso em: 22 out. 2013.

DATASUS. Informações de saúde. Assistência à saúde. **Internação por intoxicações por ano segundo faixa etária**. 2012b. Disponível em

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#morb>>. Acesso em 17 jun. 2014.

DATASUS. Informações de saúde. Assistência à saúde. **Internação por pneumonia por faixa etária segundo ano**. 2012a. Disponível em

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#morb>>. Acesso em 14 jun. 2014.

DATASUS. Informações de saúde. Demográficas e socioeconômicas. **Porcentagem da população com renda < ½ do salário mínimo por cor/raça segundo ano**. 2010b.

Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#morb>>. Acesso em 13 jun. 2014.

DATASUS. Informações de saúde. Demográficas e socioeconômicas. **Taxa de desemprego 16 anos e mais por cor/raça segundo ano**. 2010a. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm#morb>>. Acesso em 10 jun. 2014.

DATASUS. Informações de saúde. Epidemiológicas e morbidade. **Morbidade Hospitalar do SUS**. 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>>.

Acesso em 05 jun. 2014.

DATASUS. Informações de saúde. Estatísticas vitais. **Número de óbitos por doenças diarreicas por região segundo ano**, 2011c. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>>. Acesso em 08 jun. 2014.

DATASUS. Informações de saúde. Estatísticas vitais. **Óbitos por acidentes de transporte terrestre por faixa etária segundo ano**, 2011e. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>>. Acesso em 03 jun. 2014.

DATASUS. Informações de saúde. Estatísticas vitais. **Óbitos por causas externas por faixa etária segundo ano**, 2011d. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>>. Acesso em 06 jun. 2014.

DATASUS. Informações de saúde. Estatísticas vitais. **Óbitos por infecção respiratória aguda por etária segundo ano**, 2011a. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>>. Acesso em 28 mai. 2014.

DATASUS. Informações de saúde. Estatísticas vitais. **Proporção de óbitos por grupo de causas segundo faixa etária**, 2011b. Disponível em:

<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>>. Acesso em 01 jun. 2014.

ECKERT, C. A antropologia na atualidade. **Revista Anos 90**, v.10, n.2, p.7-35, 1994.

ERDTMANN, B.K.; ERDMANN, A.L. O modelo do sol nascente e razão sensível na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.56, n.5, p. 523-527, 2003.

Estadão. **Morte entre crianças negras é o dobro das brancas no país**. 2006. Disponível em: <<http://www.estadao.com.br/arquivo/cidades/2006/not20061120p31775.htm>>. Acesso em: 14 jun. 2013.

FAÇANHA, M.C.; PINHEIRO, A.C. Comportamento das doenças diarreicas agudas em serviços de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil, entre 1996 e 2001. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.1, p.49-54, 2005.

FAÇANHA, M.C.; PINHEIRO, A.C. Doenças respiratórias agudas em serviços de saúde entre 1996 e 2001, Fortaleza, CE. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.3, p. 346-350, 2004.

FELDHAUS, T.; CANCELIER, A.C.L. Conhecimentos dos pais sobre febre em crianças. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.41, n.1, p. 16-21, 2012.

FERRER, A.P. **Estudo das causas de internação hospitalar das crianças de 0 a 9 anos de idade no município de São Paulo**. 2009. 144f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

FIGUEIREDO, M.M.; PROST, C. **A mariscagem e as mulheres na Baía do Iguape – BA**. 2010. Disponível em: <http://www.costeiros.ufba.br/Semin%C3%A1rio/Eixo%201/FIGUEIREDO,M.M_%20A%20Mariscagem%20e%20as%20mulheres%20na%20Ba%C3%ADa%20do%20Iguape-Ba.pdf>. Acesso em: 15 mai. 2013.

Fundação Cultural Palmares (FCP). **Comunidades quilombolas**, 2014. Disponível em: <http://www.palmares.gov.br/?page_id=88&estado=BA>. Acesso em: 22 jul. 2014.

FUNDATO, C.T.; PETRILLI, A.S.; DIAS, C.G.; GUTIÉRREZ, M.G.R.de. Itinerário Terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.58, n.2, p. 197-208, 2012.

GASPAR, V.L.V.; LAMOUNIER, J.A.; CUNHA, F.M.; GASPAR, J.C. Fatores relacionados a hospitalizações por injúrias em crianças e adolescentes. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.6, p. 447-452, 2004.

GEERTZ, C.A. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 375p.

GERHARDT, T.E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v.22, n.11, p. 2449-2463, 2006.

GOIS, L.H.B.; MACHADO, M.S.M.; COSTA, R.S.C. Saneamento ambiental: as condições na Ilha de Maré. In: ALMEIDA, R.O.de; NEVES, E.L.das (Org.). **Caderno Ambiental Ilha de Maré**. Salvador: Centro Universitário Jorge Amado (UNIJORGE), Núcleo de Publicações, 2011. p.45-66.

GOMES, A.M.S. **Rotas e diálogos de saberes da etnobotânica transatlântica negroafricana: terreiros, quilombos, quintais da Grande BH**. 2009. 220f. Tese (Doutorado) – Departamento de Geografia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

GOMES, M.L.M.; FALBO NETO, G.H.; VIANA, C.H.; SILVA, M.A.da. Perfil clínicoepidemiológico de crianças e adolescentes do sexo feminino vítimas de violência atendidas em um Serviço de Apoio à Mulher, Recife, Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.6, suppl.1, p. 27-34, 2006.

GONSAGA, R.A.T.; RIMOLI, C.F.; PIRES, E.A.; ZOGHEIB, F.S.; FUJINO, M.V.T.; CUNHA, M.B. Avaliação da mortalidade por causas externas. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias**, v.39, n.4, p. 263-267, 2012.

GRISI, S.; ESCOBAR, A.M.U. Desidratação. In: MARCONDES, E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, J.L.A.; OKAY, Y. (Org.). **Pediatria básica – pediatria clínica geral**. São Paulo: Sarvier, 2003. p. 417-419.

GUERREIRO, M.M. Tratamento das crises febris. **Jornal de Pediatria**, v.78, Suppl.1, p. 913, 2002.

GUERRERO, A.F.H.; SILVA, D.O.; TOLEDO, L.M.de.; GUERRERO, J.C.H.; TEIXEIRA, P. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.2, p.103-110, 2007.

GUIMARÃES, J.A.T.L.; VILLELA, W.V. Características da violência física e sexual contra crianças e adolescentes atendidos no IML de Maceió, Alagoas, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.27, n.8, p.1647-1653, 2011.

GUTIERREZ, D.M.D.; MINAYO, M.C.S. Produção de conhecimento sobre cuidados da saúde no âmbito da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, Suppl.1, p. 1497-1508, 2010.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994. 333p.

HEREDA, I.S.; BULHÕES, E.F.; CARVALHO, C.M.C.N.de. In: SILVA, L.R.; MENDONÇA, D.R.; MOREIRA, D.E.Q. (Org.). **Pronto atendimento em pediatria**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 490-495.

HOCKENBERRY, M.J. A criança com disfunção cerebral. In: HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D.W. **Wong fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Características étnico-raciais da população: classificações e identidades**. PETRUCCELLI, J.L.; SABOIA, A.L. (Org.). Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/caracteristicas_raciais/pcerp_classificacoes_e_identidades.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010: escolaridade e rendimento aumentam e cai mortalidade infantil**. 2012. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=1&idnoticia=2125&view=noticia>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Taxas de mortalidade infantil**. Disponível em: < <http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-mortalidade-infantil>>. Acesso em: 16 dez. 2014.
- Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Retrato das desigualdades de gênero e raça**. 4ed. Brasília: Ipea, 2011. 39 p.
- KATZ, D.V.; SANTOS, E.; PERONDI, M.B.M.; BARBOSA, S.M.M. Acidentes na infância. In: MARCONDES, E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, J.L.A.; OKAY, Y. **Pediatria básica – pediatria clínica geral**. 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p. 529-540.
- KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicine**, v.12, p. 85-93, 1978.
- KLEINMAN, A.; GEEST, S.V.D. ‘Care’ in health care: remaking the moral world of medicine. **Medische Antropologie**, v.21, n.1, p.159-168, 2009.
- KLEINMAN, A.; SUNG, L.H. Why do indigenous practitioners Successfully heal? **Social Science & Medicine**, v.13, n.1, p. 7–26, 1979.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia Científica**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2011. 314 p.
- LANGDON, E.J.; WIJK, F.B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.18, n.3, p.173-181, 2010.
- LEININGER, M. Becoming aware of types of health practioners and cultural imposition. **Journal of Transcultural Nursing**, vo.2, n.2, p. 32-39, 1991a.
- LEININGER, M.M. **Cultural care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing, 1991b.
- LEININGER, M.M. Culture Care Diversity and Universality Theory and evolution of the Ethnonursing Method. In: LEININGER, M.M.; MCFARLAND, M.R. **Culture care diversity and universality: a worldwide nursing theory**. 2 ed. Massachusetts (USA): Jones and Bartlett, 2006. p. 1-42.
- LEININGER, M. Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. **Journal of Transcultural Nursing**, vol.13, n.3, p. 189-192, 2002.
- LEININGER, M.M. Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. **Nursing Science Quarterly**. V.1, n.4, p. 152-160, 1988.
- LEININGER, M.M. **Transcultural Nursing**. New York: Masson Publishing, 1979.
- LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.13, n.1, p. 113-128, 2006.

LOPES, F. Experiências desiguais ao nascer, viver, adoecer e morrer: tópicos em saúde da população negra no Brasil. **I Seminário Saúde da População Negra**. 2004. Disponível em: <http://www.posafro.ufba.br/_PROF/11/Experiencias%20desiguais%20ao%20nascer%20viver%20adoecer%20e%20morrer%20%20fernanda%20lopes.pdf>. Acesso em 15 ago. 2013.

LOURENÇO, J.L.; FURTADO, B.M.A.; BONFIM, C. Intoxicações exógenas em crianças atendidas em uma unidade de emergência pediátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.21, n.2, p. 282-286, 2008.

LUCENA, R.C.S.; VEIGA, M.F. Crises epiléticas. In: SILVA, L.R.; MENDONÇA, D.R.; MOREIRA, D.E.Q. **Pronto atendimento em pediatria**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 296-314.

MACHADO, M.S.M.; ALMEIDA, R.O.de. Fontes e poços de água da Ilha de Maré, Salvador-BA: aspectos históricos, geográficos, socioculturais e físico-químicos. **Revista Candombá – Revista Virtual**, v. 4, n. 2, p. 111-145, jul – dez 2008. Disponível em: <<http://revistas.unijorge.edu.br/candomba/2008-v4n2/pdfs/Michele2008v4n2.pdf>>. Acesso em: 23 nov. 2013.

MACHADO, T.H.S.; LOBO, J.A.; PIMENTEL, P.C.M.; SERRA, M.C.V.F. Estudo epidemiológico das crianças queimadas de 0-15 anos atendidas no Hospital Geral do Andaraí, durante o período de 1997 a 2007. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v.8, n.1, p. 3-8, 2009.

MAGALHÃES, F.J.; MENDONÇA, L.B.A.; LIMA, F.E.T.; BRAGA, V.A.B.; MATOS, D.P.M. Sentimentos vivenciados por mães durante atendimento em emergência pediátrica. **Anais do 15º CBCENF**. 2012. Disponível em: <<http://189.59.9.179/cbcenf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I41614.E10.T7889.D6 AP.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2014.

MALISKA, I.C.A.; PADILHA, M.I.C.S. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.09, n.03, p.687-698, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a09.htm>>. Acesso em: 10 abr. 2013.

MALTA, D.C.; MASCARENHAS, M.D.M.; BERNAL, R.T.I.; VIEGAS, A.P.B.; SÁ, N.N.B.de; SILVA JUNIOR, J.B.da. Acidentes e violência na infância: evidências do inquérito sobre atendimentos de emergência por causas externas – Brasil, 2009. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.17, n.9, p. 2247-2258, 2012.

MANDARINO, A.C.S.; JESUS, A.N.de; PASSY, S.R.; GOMBERG, E. Percursos e significados terapêuticos na religião afro-brasileira Candomblé. **Forum Sociológico**, n.22, p. 43-51, 2012. Disponível em: <<http://sociologico.revues.org/562>>. Acesso em: 10 out. 2013.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, v.19, n.3, p. 176-182, 2008.

MARQUES, A.S.; CALDEIRA, A.P.; SOUZA, L.R.; ZUCCHI, P.; CARDOSO, W.D.A. População quilombola no Norte de Minas Gerais: invisibilidade, desigualdades e negação de acesso ao sistema público de saúde. **BIS - Boletim do Instituto de Saúde**, v.12, n.2, p. 154161, 2010.

MARQUES, A.S.; FREITAS, D.A.; LEÃO, C.D.A.; OLIVEIRA, S.K.M.; PEREIRA, M.M.; CALDEIRA, A.Prates. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.19, n.2, p. 365-371, 2014.

MARTINS, C.B.G.; ANDRADE, S.M.de. Epidemiologia dos acidentes e violências entre menores de 15 anos em município da região sul do Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.13, n.4, p. 530-537, 2005.

MARTINS, C.B.G.; ANDRADE, S.M.de. Queimaduras em crianças e adolescentes: análise da morbidade hospitalar e mortalidade. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n.4, p. 464-469, 2007.

MERINO, M.F.G.L.; MARCON, S.S. Concepções de saúde e itinerário terapêutico adotado por adultos de um município de pequeno porte. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.6, p. 651-658, 2007.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. São Paulo: Hucitec, 2013. 407 p.

MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde no Rio de Janeiro: algumas considerações**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). **Bolsa Família tem maior impacto na redução da pobreza, com menor custo do mundo**. 2013. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/noticias/2013/outubro/bolsa-familia-temmaiorimpacto-na-reducao-da-pobreza-com-menor-custo-do-mundo>>. Acesso em: 18 ago. 2014.

MINTEGI, S.; FERNÁNDEZ, A.; ALUSTIZA, J.; CANDUELA, V.; MONGIO, I.; CAUBET, I.; et al. Emergency visits for childhood poisoning: a 2-year prospective multicenter survey in Spain. **Pediatr Emerg Care**, v.22, n.5, p. 334-338, 2006.

MONTEIRO, F.P.M.; SILVA, V.M.; LOPES, M.V.O.; ARAÚJO, T.L. Desobstrução ineficaz das vias aéreas: mapeamento das atividades de enfermagem para crianças com infecção respiratória. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.10, n.3, p. 563-572, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/v10n3a02.htm>>. Acesso em: 7 jun. 2014.

MOREIRA, D.S. **Experiências de pais no cuidado ao filho com câncer: um olhar na perspectiva de gênero**. 2007. 143f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

MOTA, C.S.; TRAD, L.A.B. A Gente Vive pra Cuidar da População: estratégias de cuidado e sentidos para a saúde, doença e cura em terreiros de candomblé. **Saúde e Sociedade**, v.20, n.2, p. 325-337, 2011.

MOURA, D.F.G.de; SANTOS NETO, A.O.dos; ALMEIDA, R.O.de. A etnologia das marisqueiras da Comunidade de Praia Grande, Ilha de Maré, Salvador-BA. **Candombá Revista Virtual**, v.4, n.2, p. 91-110, 2008b. Disponível em: <<http://revistas.unijorge.edu.br/candomba/2008-v4n2/pdfs/DiogoeAristotelino2008v4n2.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2013.

MOURA, M.A.V.; CHAMILCO, R.A.S.I.; SILVA, L.R.da. A Teoria Transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.9, n.3, p. 434-440, 2005.

MOURA, M.; JUNGER, W.L.; MENDONÇA, G.A.S.; LEON, A.P.de. Qualidade do ar e transtornos respiratórios agudos em crianças. **Revista de Saúde Pública**, v.42, n.3, p. 503-511, 2008a.

MURAHOVSKY, J. A criança com febre no consultório. **Jornal de Pediatria**, v.79, Suppl.1, p. 55-64, 2003.

NASCIMENTO-CARVALHO, C.M.; ROCHA, H.; BENGUIGUI, Y. Effects of socioeconomic status on presentation with acute lower respiratory tract disease in children in Salvador, Northeast Brazil. **Pediatr Pulmonol**, v.33, n.4, p. 244-248, 2002.

NASCIMENTO FILHO, D.G.; CASTRO, D.A.de. **Influência das fossas sépticas na contaminação do manancial subterrâneo por nitratos e os riscos para os que optam pelo auto abastecimento como alternativa dos sistemas públicos de distribuição de água**. 23º Congresso Brasileiro de Engenharia Sanitária e Ambiental, 2005. Disponível em: <www.bvsde.paho.org/bvsacd/abes23/II-376.pdf>. Acesso em 17 ago. 2014.

NASCIMENTO, L.F.do; LIBERALESSO, P.B.N.; JURKIEWICZ, A.L.; ZEIGELBOIM, B.S.; LÖHR JÚNIOR, A. Crises convulsivas febris na sala de emergência. Análise de 66 casos pediátricos. **Pediatria Moderna**, v.48, n.9, 2012. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5147>. Acesso em 3 ago. 2014.

NEPOMUCENO, M.A.S.; BELLATO, R.; ARAÚJO, L.F.S.de; MUFATO, L.Felipe. Modos de tecitura de redes para o cuidado pela família que vivencia a condição crônica por adrenoleucodistrofia. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.11, n.1, p. 156-165, 2012.

NERY, T.C.S. Saneamento: ação de inclusão social. **Estudos Avançados**, v.18, n.50, p. 313-321, 2004.

OLIVEIRA, B.R.G.de; COLLET, N.; MELLO, D.F.de; LIMA, R.A.G.de. The therapeutic journey of families of children with respiratory diseases in the public health service. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.20, n.3, p. 453-461, 2012.

OLIVEIRA, F. **Saúde da população negra: Brasil ano 2001**. Brasília: Organização PanAmericana da Saúde, 2003. 342P.

OLIVEIRA, F. Ser negro no Brasil: alcances e limites. **Estudos Avançados**, v.18, n.50, p. 5760, 2004.

OLIVEIRA, F.A. Anthropology in healthcare services: integrality, culture and communication. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.6, n.10, p.63-74, 2002.

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. Décima Revisão (CID-10). Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 8.ed. 10ª revisão. São Paulo, Editora da Universidade de São Paulo, 2000.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Agua y Saneamiento. Evidencias para políticas públicas com enfoque em derechos humanos y resultados em salud pública.** 2011. Disponível em:

<http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15993&Itemid=>. Acesso em 10 jun. 2014.

Pan American Health Organization (PAHO), World Health Organization. **Integrated Management of Childhood Illness (IMCI).** In: Final report of the 26th Pan American Sanitary Conference. 2002. Disponível em: <<http://www1.paho.org/english/gov/csp/csp2611-e.pdf?ua=1>>. Acesso em 12 jul. 2014.

PAIXÃO, M.; ROSSETTO, I.; MONTOVANELE, F.; CARVANO, L.M. (Orgs.). **Relatório Anual das Desigualdades Raciais no Brasil 2009-2010.** 2010. 292p.

PASTORINO, A.C.; GRUMACH, A.S. Asma. In: MARCONDES, E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, J.L.A.; OKAY, Y. **Pediatria básica – pediatria clínica geral.** 9 ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p. 853-63.

PAULIS, M.de. **Convulsão febril em crianças.** 2013. Disponível em: <<http://www.einstein.br/einstein-saude/em-diacom-a-saude/Paginas/convulsao-febril-emcriancas.aspx>>. Acesso em 14 ago. 2014.

PAZ, M.G.A.da; ALMEIDA, M.F.de; GÜNTHER, W.M.R. Prevalência de diarreia em crianças e condições de saneamento e moradia em áreas periurbanas de Guarulhos, SP. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n.1, p. 188-197, 2012.

PESTANA, A.P. Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre dos filhos. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v.19, p. 333-343, 2003.

PINHEIRO, A.P. Referenciação à Urgência Pediátrica do Hospital S. Teotónio – Viseu. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v.24, p. 671-678, 2008.

PINHO, P.A.; PEREIRA, P.P.G. Itinerários terapêuticos: trajetórias entrecruzadas na busca por cuidados. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.16, n.41, p.435-447, 2012.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da Enfermagem.** 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

POLIT, D.F.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PORTELA, R.A.; SOUTO, W.M.S.; LEITE, V.D.; TORQUATO, S.C. A incidência das doenças diarreicas e a sua relação com a ausência de saneamento: uma revisão bibliográfica. **Hygeia**, v.7, n.13, p. 150-156, 2011.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano dos Municípios**, 2013a. Disponível em:

<http://www.pnud.org.br/IDH/Default.aspx?indiceAccordion=1&li=li_AtlasMunicipios>. Acesso em 1 set. 2014.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD). **Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil**, 2013b. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/>>. Acesso em 5 ago. 2014.

RABINOVICH, E.P. O comum em uma comunidade quilombola baia na no século X XI e o Terreiro de Candomblé. **Memorandum**, n.14, p. 86-102, 2008. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a14/rabinovich01.pdf>>. Acesso em 22 set. 2013.

REIS, I.F.; MOREIRA, C.A.; COSTA, A.C.S.M. Estudo epidemiológico de pacientes internados na unidade de tratamento de queimados do hospital de urgência de Sergipe. **Revista Brasileira de Queimaduras**, v.10, n.4, p.114-118, 2011.

RIBEIRO, M.A.; FERRIANI, M.G.C.; REIS, J.N.dos. Violência sexual contra crianças e adolescentes: características relativas à vitimização nas relações familiares. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.2, p. 456-464, 2004.

RICETTO, A.G.L.; ZAMBON, M.P.; MARMO, D.B.; BRANDÃO, M.B.; QUEIROZ, R.A.de; REIS, M.C.dos; et al. Sala de emergência em pediatria: casuística de um hospital universitário. **Revista Paulista de Pediatria**, v.25, n.2, p. 156-160, 2007.

RIQUINHO, D.L. **A outra face dos determinantes sociais de saúde**: subjetividades na construção do cotidiano individual e coletivo em uma comunidade rural. 2009. 211f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

ROCH, H.J.S.; LIRA, S.V.G.; ABREU, R.N.D.C.de; XAVIER, E.P.; VIEIRA, L.J.E.S. Perfil dos acidentes por líquidos aquecidos em crianças atendidas em centro de referência de Fortaleza. **Revista Brasileira de Promoção da Saúde**, v,20, n.2, p.86-91, 2007.

RODRIGUES, M. Breves considerações sobre candomblé na Ilha de Maré- Salvador: entre fios de memória. **C@lea – Cadernos de Aula do LEA**, v.1, n1, p. 61-72, 2012.

RODRIGUES, M. Notas de uma experiência de campo no candomblé de Praia Grande, Ilha de Maré, em Salvador (BA). **XI Congresso Luso Afro Brasileiro de Ciências Sociais. Diversidades e (Des) Igualdades**. 2011. Disponível em: <http://www.xiconlab.eventos.dype.com.br/resources/anais/3/1306985712_ARQUIVO_NocandombledaIlhademareartigocampo2.pdf>. Acesso em 29 nov. 2013.

RODRIGUES, P.C.; PEDROSO, L.C.S.; OLIVEIRA, V.H.de. **Manual de acolhimento com classificação de risco em assistência médica ambulatorial**. 2008. Disponível em: <http://www.aps.santamarcelina.org/aps/Pdf/normas/Manual_Acolhimento.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

ROMARO, R.A.; CAPITÃO, C.G. A violência doméstica contra crianças e adolescentes. **Psicologia para América Latina**, n.9, 2007. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2007000100002>. Acesso em: 15 jun. 2014.

RUDAN, I.; BOSCHI-PINTO, C.; BILOGLAV, Z.; MULHOLLAND, K.; CAMPBELL, H. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. **Bull World Health Organization**, v.86, n.5, p. 408–416, 2008.

- SALDANHA, C.T.; SILVA, A.M.C.da; BOTELHO, C. Variações climáticas e uso de serviços de saúde em crianças asmáticas menores de cinco anos de idade: um estudo ecológico. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.31, n.6, p. 492-498, 2005.
- SAPOLNIK, R. Acidentes. In: SILVA, L.R.; MENDONÇA, D.R.; MOREIRA, D.E.Q. **Pronto atendimento em pediatria**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 17-32.
- SARINHO, E.; QUEIROZ, G.R.S.de; DIAS, M.L.C.M.; SILVA, A.J.Q. A hospitalização por asma e a carência de acompanhamento ambulatorial. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.33, n.4, p. 365-371, 2007.
- SCARPARO, A.F.; LAUS, A.M.; AZEVEDO, A.L.C.S.; FREITAS, M.R.I.; GABRIEL, C.S.; CHAVES, L.D.P. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.12, n.1, p. 242-251, 2012.
- SCHEPER-HUGUES, N.; LOCK, M. The Mindful Body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. **Medical Anthropology Quarterly**, v.1, n.1, p. 6-41, 1987.
- SCHMITT, B.D. Fever phobia: misconceptions of parents about fevers. **Am J Dis Child**, v.134, n.2, p. 176-181, 1980.
- Secretaria de Assuntos Estratégicos (SAE). **Veja diferenças entre conceitos que definem classes sociais no Brasil**. 2013. Disponível em: <<http://www.sae.gov.br/site/?p=17821>>. Acesso em: 27 jul. 2014.
- SENA, R.R.de; SILVA, K.L.; RATES, H.F.; VIVAS, K.L.; QUEIROZ, C.M.; BARRETO, F.O. O cotidiano da cuidadora no domicílio: desafios de um fazer solitário. **Cogitare Enfermagem**, v.11, n.2, p. 124-132, 2006.
- SILVA, D.O.; GUERRERO, A.F.H.; GUERRERO, C.H.; TOLEDO, L.M.de. A rede de causalidade da insegurança alimentar e nutricional de comunidades quilombolas com a construção da rodovia BR- 163, Pará, Brasil. **Revista de Nutrição**, v.21, suppl.0, p. 83-97, 2008.
- SILVA, G.; MELO, S.F.B.de. Análise religiosa e cultural das comunidades quilombolas na atualidade. **V Colóquio de História: Perspectivas históricas – historiografia, pesquisa e patrimônio**. 2011. Disponível em: <<http://www.unicap.br/coloquiodehistoria/wpcontent/uploads/2013/11/5Col-p.1371-1384.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2014.
- SILVA, J.M.O. **Significado da gravidez para a adolescente quilombola: um olhar etnográfico da Enfermagem**. 2012. 184f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2012.
- SILVA, J.A.N.da. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. **Saúde e Sociedade**, v.16, n.2, p. 111-124, 2007.
- SILVA-JÚNIOR, N.D.; GONÇALVES, G.; DEMÉTRIO, F. Escolha do itinerário terapêutico diante dos problemas de saúde: considerações socioantropológicas. **Revista Eletrônica Discente História.Com**, n.1, 2013. Disponível em: <http://ufrb.edu.br/historia.com/images/ESCOLHA_DO_ITINER%C3%81RIO_TERAP

%C3%8AUTICO_DIANTE_DOS_PROBLEMAS_DE_SA%C3%9ADE_CONSIDER
A%C3%87%C3%95ES_SOCIOANTROPOL%C3%93GICAS.pdf>. Acesso em: 10 jul.
2014.

SILVA, L.R.; BARRETO, J.R.; CAVALCANTE, S.S. Diarreia aguda e desidratação. In:
SILVA, L.R.; MENDONÇA, D.R.; MOREIRA, D.E.Q. **Pronto atendimento em pediatria**. 2
ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 315-32.

SILVA, M.J.G.da; LIMA, F.S.S.; HAMANN, E.M. Uso dos Serviços Públicos de Saúde para
DST/HIV/aids por Comunidades Remanescentes de Quilombos no Brasil. **Saúde e
Sociedade**, v.19, suppl.2, p.109-120, 2010.

SILVA, R.F.da. **Valores culturais que envolvem o cuidado materno ribeirinho**: subsídios
para a enfermagem. 2009. 98f. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SIQUEIRA, S.M.C. **A prevalência da cor azul nos atendimentos de acordo à classificação
de risco no pronto socorro de um hospital no município de Itabuna-BA**: deficiência na
atenção primária? 2011. 71f. Monografia (Graduação em Enfermagem). Faculdade de
Tecnologia e Ciências, Itabuna, 2011.

SIQUEIRA, S.M.C.; OLIVEIRA, M.S.de; JESUS, V.S.de; MORAES, A.C.; MARTINS, L.A.
Políticas públicas de atenção à saúde da criança no Brasil. In: CAMARGO, C.L.de; SILVA,
J.C.da; MARTINS, L.A. **A saúde da criança e seu contexto histórico**. Salvador: Atualiza
Editora, 2013. p. 25-44.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica (SBCP). **Queimaduras**: diagnóstico e tratamento
inicial. 2008. Disponível em:
<http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/083.pdf>. Acesso em 14 jul. 2014.

SOUSA, P.K.R.; MIRANDA, K.C.L.; FRANCO, A.C. Vulnerabilidade: análise do conceito
na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Revista Brasileira de
Enfermagem**, v.64, n.2, p. 381-384, 2011.

SOUZA, E.R.de; LIMA, M.L.C.de. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais.
Ciência e Saúde Coletiva, v.11, Suppl.0, p. 1211-1222, 2007.

STEIN, R.T. Asma pediátrica - O impacto das internações hospitalares. **Jornal Brasileiro de
Pneumologia**, v.32, n.5, p.25-26, 2006.

TACSI, Y.R.C.; VENDRUSCOLO, D.M.S. A assistência de Enfermagem no serviço de
emergência pediátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.3, p. 477-484,
2004.

TEIXEIRA, E. Tratamento e cura: as alternativas de assistência à saúde. **Revista
LatinoAmericana de Enfermagem**, v.3, n. 2, p. 193-197, 1995.

THAINES, G.H.L.S.; BELLATO, R.; FARIA, A.P.S.de; ARAÚJO, L.F.S.de. A busca por
cuidado empreendida por usuário com diabetes mellitus - um convite à reflexão sobre a
integralidade em saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.18, n.1, p. 57-66, 2009.

TIEWSOH, K.; LODHA, R.; PANDEY, R.M.; BROOR, S.; KALAIVANI, M.; KABRA,

S.K. Factors determining the outcome of children hospitalized with severe pneumonia. **BMC Pediatrics**, v.9, n.15, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/14712431/9/15>>. Acesso em 5 jun. 2014.

TORALES, A.P.B. **Qualidade de vida e autoestima de comunidades quilombolas no estado de Sergipe**. 2013. 121f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Universidade Tiradentes, Aracaju, 1993.

United Nations Children's Fund (UNICEF). A league table of child maltreatment deaths in rich nations. **Innocent Report Card**, n.5, 2003, 35p. Disponível em: <<http://www.unicef.org/publications/pdf/repcard5e.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2014.

VALE, E.C.S.do. Primeiro atendimento em queimaduras: a abordagem do dermatologista. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.80, n.1, p. 9-19, 2005.

VARELLA, D. **Falta de acesso ao planejamento familiar é uma violência**. 2007. Disponível em: <<http://www.consulex.com.br/news.asp?id=8145>> Acesso em 18 ago. 2014.

VELTEN, A.P.C.; MORAES, A.N.; OLIVEIRA, E.R.A.de; MELCHORS, A.C.; SECCHIN, C.M.C.; LIMA, E.F.A. Qualidade de vida e hipertensão em comunidades quilombolas do norte do Espírito Santo, Brasil. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, v.15, n.1, p. 9-16, 2013.

VIANA, F.P.; RESENDE, S.M.; TOLÊDO, M.C.; SILVA, R.C. Aspectos epidemiológicos das crianças com queimaduras internadas no Pronto Socorro para Queimaduras de Goiânia – Goiás. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 11, n.4, p. 779-784, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a02.htm>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

VICTORA, C.G.; VAUGHAN, J.P.; BARROS, F.C. The seasonality of infant deaths due to diarrheal and respiratory diseases in southern Brazil, 1974-1978. **Bull Pan American Health Organization**, v.19, n.1, p. 29-39, 1985.

VIEIRA, I. **IBGE: com taxa de fecundidade baixa, Brasil tende a ser tornar país de idosos**. 2012. Disponível em: <<http://memoria.ebc.com.br/agenciabrasil/noticia/2012-10-17/ibgecom-taxa-de-fecundidade-baixa-brasil-tende-ser-tornar-pais-de-idosos>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

VILELA, A.B.A.; MEIRA, E.C.; SOUZA, A.S.; SOUZA, D.M.de; CARDOSO, I.S.; SENA, E.L.S.; et al. Perfil do familiar cuidador de idoso doente e/ou fragilizado do contexto sociocultural de Jequié-BA. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.9, n.1, p. 5569, 2006.

WERNECK, G.L.; HASSELMANN, M.H. Intoxicações exógenas em crianças menores de seis anos atendidas em hospitais da região metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55, n.3, p. 302-307, 2009.

WHALEY, L.F.; WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

World Health Organization (WHO). **World report on child injury prevention**. Edited by: PEDEN, M.; OYEBITE, K.; OZANNE-SMITH, J.; HYDER, A.A.; BRANCHE, C.; RAHMAN, A.K.M.F.; et al. Geneva: WHO; 2008. 211p.

ZAMBOLIM, C.M.; OLIVEIRA, T.P.de; HOFFMANN, A.N.; VILELA, C.E.B.; NEVES, D.; ANJOS, F.R.dos; et al. Perfil das intoxicações exógenas em um hospital universitário. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.18, n.1, p. 5-10, 2008.

ZOTTIS, G.A.H.; ALGERI, S.; PORTELLA, V.C.C. Violência intrafamiliar contra a criança e as atribuições do profissional de enfermagem. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, v.8, n.2, p. 146-153, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, pesquisadoras, Samylla Maira Costa Siqueira e Climene Laura de Camargo, viemos por meio deste termo convidá-lo (a) a participar da pesquisa intitulada “Itinerários Terapêuticos em Urgências e Emergências Pediátricas em Uma Comunidade Quilombola”. Os objetivos deste estudo são: 1. Descrever o itinerário terapêutico adotado pela população quilombola que reside na Ilha de Maré em situações de urgência e emergência pediátrica. 2. Identificar como as crianças da Ilha de Maré são atendidas em situações de urgência e emergência. 3. Investigar as principais etiologias de agravos caracterizados como urgência e emergência em crianças quilombolas da Ilha de Maré. A relevância dessa pesquisa constitui-se no fato de que o conhecimento das práticas adotadas por esta população em situações de urgências e emergências pediátricas, chamadas de itinerário terapêutico permitirão aos profissionais de Enfermagem compreender a importância dos aspectos culturais nos cuidados à saúde, além de alertar para a necessidade de desenvolvimento de ações estratégicas de saúde para essa população. Assim sendo, solicitamos ao senhor (a) que responda algumas perguntas relacionadas a esse tema, as quais, caso haja permissão, serão gravadas e, posteriormente, transcritas. Caso o andamento do estudo não seja do seu agrado, poderá desistir de continuar a entrevista sem que haja nenhum tipo de penalidade. Ademais, poderá desistir de participar deste estudo em qualquer uma das fases, podendo entrar em contato com as pesquisadoras por e-mail ou telefone que serão disponibilizados no final deste documento. Asseguramos que sua identidade será mantida em mais absoluto sigilo. Os riscos advindos deste estudo tratam-se de alguns constrangimentos que o senhor(a) pode passar durante as entrevistas. Ademais, informamos que a participação neste estudo não lhe trará expensas nem nenhum tipo de incentivo pecuniário, apenas a certeza de colaboração para o meio científico. Queremos esclarecer que sua participação se dará após a assinatura desse termo, que também será assinado por nós pesquisadoras, em duas vias. Havendo dúvidas relativas ao estudo, em qualquer momento poderá nos procurar em algum dos contatos abaixo.

E-mail e telefone das pesquisadoras:

Samylla Siqueira: e-mail (smcsiqueira@hotmail.com); telefone (71) 8780-1647

Climene Camargo: e-mail (climenecamargo@hotmail.com); telefone (71)8102-8578

Salvador _____ de _____ de _____

 Samylla Maira Costa Siqueira
 (Pesquisadora Responsável)

 Climene Laura de Camargo
 (Pesquisadora Participante)

 Assinatura do Entrevistado

Polegar Direito

APÊNDICE B- QUESTIONÁRIO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA
 DE ENFERMAGEM**

QUESTIONÁRIO VIGITEL (ADAPTAÇÃO)

PARTE I: caracterização do entrevistado

Dados da mãe e/ou responsável

Nome: _____

Profissão/ocupação _____

Número de Filhos _____

Grau de parentesco com a criança para a qual prestou assistência _____

Data de nascimento: __ _ Dia __ _ Mês __ _ __ _ Ano
Idade: __ _ _ anos

Sexo: 01 - Masculino 02 – Feminino	_ _
---	-----

Escolaridade:	
00 – Analfabeto	
01 – 1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário)	
02 – 1ª a 4ª série completa do EF (antigo primário)	
03 – 5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau)	
04 – Ensino Fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau)	
05 – Ensino Médio incompleta (antigo colegial ou 2º grau) 06 – Ensino Médio completa (antigo colegial ou 2º grau)	
07 – Educação Superior incompleta	
08 – Educação Superior completa	
09 – Ignorada	
10 – Não se aplica	

Estado Civil:	
01 – Solteiro(a)	
02 – Casado(a)	
03 – Viúvo(a)	
04 – Divorciado(a)/Separado(a)/Desquitado(a)	
Raça/Cor:	
01 – Branco(a)	
02 – Preto (a) 03 – Amarelo (a)	
04 – Pardo (a)	
05 – Indígena	

Religião:	
01 – Católica 02 – Protestante	
03 – Espírita	
04 – Religiões de Matrizes Africanas	
05 – Outras. Qual: _____	

Qual a renda mensal da família aproximadamente?

R\$ _____

Quantas pessoas no total mora na sua casa? _____

A família está recebendo algum benefício social atualmente (bolsa família, leite, cesta básica, etc.)?

01– Sim. Qual? _____

02– Não

03– Não sabe informar

|_|_|

Qual o material que utilizado para construir sua casa?

() Tijolo/bloco (

) Madeira

() Outro. Qual? _____

Sua casa tem energia elétrica?

() Sim

() Não

Qual o destino do lixo da sua casa?

() Coletado diariamente pelos garis

() Queimado

() Abandonado em terrenos baldios

() Outro. Qual? _____

De onde vem a água que vocês utilizam em casa?

() A água é encanada

() Barragem ()

Poço/nascente

() Cisterna

() Outro. Qual? _____

Como é tratada a água que vocês utilizam em casa?

- () Cloração
 () Filtração
 () Fervura
 () Outro. Qual? _____

Para onde são descartados os dejetos de sua casa?

- () Rede de esgoto
 () Fossa séptica
 () Fossa seca
 () Outro. Qual? _____

Dados da criança

Qual era a idade da criança quando teve uma situação de urgência ou emergência?

_____ anos

Data de nascimento (___/___/___)

Sexo: 01 - Masculino 02 - Feminino

|||

A criança tem alguma doença?

|||

01 - Não ou aparentemente não

02 - Sim. Qual? _____

03 - Não sabe informar

A criança possui plano de saúde ou convênio médico?

|||

01 - Sim

02 - Não

03 - Não sabe

04 - Não respondeu

Quando precisa de atendimento médico a criança vai ao serviço público ou particular?

Nos últimos 12 meses a criança fez alguma consulta de rotina?

- 01** – Sim.
- 02** – Não
- 03** – Não sabe
- 04** – Não respondeu

PARTE II: situação de urgência/emergência para a qual já prestou algum suporte

Problema que a criança apresentou:

1. () Temperatura axilar igual ou superior a 37,8°C;
2. () Diarreia e vômito com sinais de desidratação (pele muito seca, inconsciência, sede excessiva, olhos fundos, mucosas secas, etc.);
3. () Engoliu algum objeto;
4. () Corpo estranho nariz e/ou ouvido;
5. () Catapora;
6. () Traumas moderados (queda, TCE, mordeduras, etc.);
7. () Queimaduras moderadas;
8. () Dificuldade de respiração ou respiração muito rápida e com uso dos músculos do abdômen;

9. () Broncoaspiração;
10. () Glicemia capilar maior que 200 mg/dL ou menor que 60mg/dL;
11. () Sinais vitais instáveis;
12. () Ferida com corte ou contusão sem sangramento intenso;
13. () Desmaiou nas últimas 6 horas do seu socorro;
14. () Agressão física/ violência doméstica;
15. () Parada cardíaca e/ou parada respiratória;
16. () Traumas graves (fratura exposta, TCE, atropelamentos, etc.);
17. () Queimaduras extensas e profundas;
18. () Inconsciência/desmaios;
19. () Lesão por frio intenso (hipotermia);
20. () Sinais vitais ausentes ou instáveis;
21. () Insuficiência respiratória (incapacidade de falar, extremidades roxas, confusão);
22. () Hemorragia intensa e ativa;
23. () Crise convulsiva;
24. () Intoxicação exógena (ingestão de produtos químicos, drogas, etc.);
25. () Ferimentos com hemorragia ativa e intensa (FCC, mordeduras, etc.).

APÊNDICE C- QUESTIONÁRIO ADAPTADO À POPULAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA RESPONDER À PARTE II DO QUESTIONÁRIO

(ANEXO B)

Problema que a criança apresentou:

1. A criança estava com febre e, quando você ou outra pessoa verificou a temperatura, você viu que estava igual ou maior que 37,8° C.
2. A criança estava indo ao banheiro muitas vezes, fazendo fezes moles e vomitando muito e estava com algum desses problemas: a pele muito seca, sem responder aos seus chamados, sem abrir os olhos direito, bebendo água toda hora, com os olhos muito fundos, chorando sem ter lágrimas ou com a boca muito seca.
3. A criança engoliu alguma coisa que não era comida: brinquedo, bocal de caneta, moeda e outras coisas.
4. A criança colocou algum objeto ou alimento dentro nariz ou do ouvido.

5. A criança estava com catapora, ou seja, com bolhas pelo corpo que coçavam muito.
6. A criança levou uma queda, bateu a cabeça no chão ou em algum outro lugar.
7. A criança se queimou e apareceram bolhas no corpo ou inalou ar quente e sentiu queimar o caminho do nariz ao pulmão.
8. A criança não conseguia respirar ou estava respirando muito rápido, tão rápido que a barriga não parava de se movimentar para dentro e para fora.
9. A criança vomitou e engoliu pelo nariz o que estava no estômago ou ingeriu alguma comida ou objeto que foi para o pulmão.
10. A criança teve o dedinho furado para fazer o exame do açúcar no sangue teve um resultado maior que 200 ou menor que 60.
11. A criança estava com temperatura maior que 37,8°C ou menor que 35°C; com dificuldade de respiração ou respiração acelerada; com a pressão arterial muito baixa ou muito alta; com o pulso muito forte ou muito fraco.
12. A criança teve alguma parte do corpo cortada e não estava sangrando muito ou levou alguma pancada muito forte e o local ficou bem roxo.
13. A criança tinha desmaiado, ou seja, perdido rapidamente a consciência e não conseguia ficar de pé até 6 horas antes de você socorrê-la.
14. A criança foi agredida fisicamente por amigos ou familiares. Alguém bateu muito nela deixando marcas ou feridas.
15. Que quando você socorreu estava com o coração parado ou sem respirar e você teve que fazer alguma coisa, como apertar seu peito ou fazer respiração boca-a-boca.
16. A criança foi atropelada ou teve algum acidente que fez algum osso ou órgão ficasse para o lado de fora.
17. A criança se queimou em uma grande quantidade do corpo e as bolhas não apareceram, mas você conseguia ver algum músculo, víscera ou osso e a criança sentia ou não dor.
18. A criança estava com os olhos abertos, mas parecia que não lhe via nem respondia as coisas que você perguntava ou estava desmaiada.
19. A criança tinha alguma lesão na pele que foi causada pelo frio.
20. Que você não conseguia identificar a respiração, pulso, pressão arterial ou temperatura.
21. A criança não conseguia respirar nem falar e estava com as mãos e pés roxos e falando coisas sem sentido.
22. A criança estava sangrando sem parar.
23. A criança estava se batendo, com o corpo todo endurecido, virando os olhos e com a mente alterada.

24. A criança engoliu produtos químicos (detergente, desinfetante, sabão, Q'boa), comeu plantas venenosas, chumbinho, tomou muitos remédios de uma vez só, etc.
25. A criança tinha feridas resultantes de corte ou mordida de algum animal e estava sangrando muito.

APÊNDICE D- ROTEIRO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ROTEIRO DA ENTREVISTA

- 1. O que você acha que é uma situação de urgência e emergência com uma criança?
Quando uma criança tem um problema de saúde que é urgência ou emergência?**
2. Urgência e emergência são a mesma coisa?
- 3. Qual foi o problema que seu filho apresentou?**
4. Você cuidou dele de alguma forma em casa? Fez alguma coisa com ele em casa quando ele teve esse problema?
- 5. Quando seu filho apresentou este problema, o que você fez com ele? Para onde você levou ele?**
6. Você chegou a levar ele ao posto de saúde aqui da ilha?
 - 6.1 Se sim: no posto de saúde resolveu o problema?
 - 6.2 Se não: Por que não levou ele ao posto de saúde da ilha?
- 7. Você levou ele para Salvador?**
 - 7.1 Se sim: Com qual barco vocês foram para Salvador?**
 - 7.2 Vocês pagaram o transporte para ir para Salvador?**
 - 7.3 Vocês chegaram a chamar uma ambulância?**
 - 7.3.1 Se sim: a ambulância veio rápido? O que a ambulância fez com ele?
Precisou levar para Salvador?**
 - 7.3.2 Se não: Por que não chamou a ambulância?**
8. Quais são as dificuldades que vocês encontram aqui na ilha quando tem alguma urgência ou emergência?
- 9. Quando tem algum problema de saúde vocês geralmente prestam algum cuidado em casa ou levam direto ao serviço de saúde?**
10. Já ouviu falar em ambulâncias? Sabe como fazer para chamar uma ambulância? Qual número tem que ligar?
- 11. Já chamou uma ambulância alguma vez?**

ANEXOS

ANEXO A- RECORTE DO MANUAL DE ACOLHIMENTO COM AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM ASSISTÊNCIA MÉDICA AMBULATORIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SANTA MARCELINA, SÃO PAULO, 2008

SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DIRECIONADO À PEDIATRIA

NÍVEL AMARELO (URGÊNCIA)	NÍVEL VERMELHO (EMERGÊNCIA)
Temperatura axilar igual ou superior a 37,8°C;	Parada cardíaca e/ou parada respiratória;
Diarreia e vômito associado com desidratação;	Traumas graves (fratura exposta, TCE, atropelamentos, etc.);
Ingestão de corpo estranho;	Queimaduras extensas e profundas;
Corpo estranho nariz e/ou ouvido;	Inconsciência/desmaios;
Varicela;	Lesão por frio intenso (hipotermia);
Traumas moderados (queda, TCE, mordeduras, etc.);	Sinais vitais ausentes ou instáveis;
Queimaduras moderadas;	Insuficiência respiratória (incapacidade de falar, cianose, confusão);
Dispneia/taquipneia, com uso de musculatura acessória;	Hemorragia intensa e ativa;
Broncoaspiração;	Crise convulsiva;
Glicemia capilar maior que 200 mg/dL ou menor que 60mg/dL;	Intoxicação exógena (ingestão de produtos químicos, drogas, etc.);
Sinais vitais instáveis;	Ferimentos com hemorragia ativa e intensa (FCC, mordeduras, etc.).
FCC sem hemorragia intensa;	
Episódio de desmaio nas últimas 6 horas;	

Agressão física/ violência doméstica;	
Crianças com até 6 meses de idade.	

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO DO CEP/UFBA, SALVADOR-BA, 2013.

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS EM URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS EM UMA COMUNIDADE QUILOMBOLA

Pesquisador: Samylla Maira Costa Siqueira **Área**

Temática:

Versão: 2

CAAE: 18740313.9.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia **Patrocinador**

Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 420.096

Data da Relatoria: 02/10/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se da versão 2 de um projeto de dissertação de mestrado, que se caracteriza como estudo descritivo de abordagem qualitativa, com análise de dados à luz de Bardin. Pretende conhecer os mecanismos de enfrentamento adotados em uma comunidade quilombola em situações de urgência e emergência pediátrica, em Ilha de Maré.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer os mecanismos de enfrentamento adotados em uma comunidade quilombola em situações de urgência e emergência pediátrica; Descrever o itinerário terapêutico adotado pela população quilombola que reside na Ilha de Maré em situações de urgências e emergências pediátricas; Identificar como as crianças da Ilha de Maré são atendidas em situações de urgência e emergência; Investigar as

principais etiologias de agravos caracterizados como urgência ou emergência em crianças quilombolas da Ilha de Maré.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora traz como riscos a possibilidade de oferecer aos participantes algum grau de constrangimento relacionado aos dados fornecidos, bem como a possibilidade de vazamento das informações ofertadas. Contudo, afirma que todas as medidas possíveis serão adotadas para que estes riscos não venham a se concretizar.

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br

Página 1 de 02

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 420.096

Os benefícios evidenciados por ela são: a compreensão de profissionais de Enfermagem, acerca da importância dos aspectos culturais nos cuidados à saúde, além de alertar para a necessidade de desenvolvimento de ações estratégicas de saúde para essa população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto em questão apresenta viabilidade de execução, relevância social e atende aos princípios da Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Estão presentes todos os termos necessários ao estudo.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A versão 2 deste projeto atendeu a todas as recomendações apresentadas no parecer anterior.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

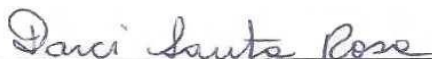
Considerações Finais a critério do CEP:

A Plenária aprova o PARECER de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

Endereço: Rua
Augusto Viana S/N
3º Andar
Bairro: Canela

CEP: 41.110-060
UF: BA **Município:**
SALVADOR
Telefone: (71)3283-
7615 **Fax:**
(71)3283-7615 **E-**
mail:
cepee.ufba@ufba.br

SALVADOR, 09 de Outubro de 2013



Assinado por:
DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)