



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP

UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF

JOYCE DE SOUZA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS PACIENTES DE UM HOSPITAL
PEDIÁTRICO**

CAJAZEIRAS – PB

2018

JOYCE DE SOUZA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS PACIENTES DE UM HOSPITAL
PEDIÁTRICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unidade Acadêmica de Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a M^a Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Coorientadora: Profa. Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento.

CAJAZEIRAS - PB

2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S729i Souza, Joyce de.
Itinerários terapêuticos dos pacientes de um hospital pediátrico / Joyce de Souza. – Cajazeiras, 2018.
74f.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Gerlane Cristinne Bertino Vêras.
Coorientadora: Profa. Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2018.

1. Pediatria. 2. Itinerário terapêutico. 3. Pacientes Pediátrico. 4. Hospital pediátrico. I. Vêras, Gerlane Cristinne Bertino. II. Nascimento, Aissa Romina Silva do. III. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU – 616-053.2

JOYCE DE SOUZA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DOS PACIENTES DE UM HOSPITAL
PEDIÁTRICO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a
Unidade Acadêmica de Enfermagem, do Centro de
Formação de Professores, da Universidade Federal
de Campina Grande, como requisito parcial para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a M^a Gerlane Cristinne Bertino
Véras

Coorientadora: Prof.^a Dra. Aissa Romina Silva do
Nascimento

Aprovado em: 17 / 12 / 18

BANCA EXAMINADORA

Gerlane Cristinne Bertino Véras

Prof.^a M^a Gerlane Cristinne Bertino Veras – Orientadora
(ETSC/CFP/UFCG)

Aissa Romina Silva do Nascimento

Prof.^a Dra. Aissa Romina Silva do Nascimento – Coorientadora
(UAENF/CFP/UFCG)

Maria Raquel Antunes Casimiro

Prof.^a Esp. Maria Raquel Antunes Casimiro – Membro Examinador
(UAENF/CFP/UFCG)

Aqueles que são a razão de minha existência e que dedicaram suas vidas em prol da minha, que batalham todos os dias fazendo que seja possível a realização do meu sonho, a meus pais Maria Luzia e Jackson José, dedico este trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço ao divino criador e mestre de minha vida, o Senhor meu Deus, pelas graças a mim concedidas e pelo dom da vida.

Aos meus pais Luzia e Jackson e ao meu Irmão Jadson, que são a minha base e que foram essenciais durante minha jornada em busca desse sonho, que mesmo longe sempre me apoiaram e estimularam a continuar nessa luta compreendendo minha ausência.

Aos meus avós maternos Maria e Francisco, que apesar da pouca convivência, faz-se presentes no amor e dedicação passados a minha mãe e aos meus avós paternos José e Maria de Nazaré, mulher forte e guerreira que batalhou durante toda sua vida na busca do melhor para seus filhos e netos, exemplo de amor e doação.

Ao meu namorado Francisco Gadelha, o melhor dos encontros que a universidade me proporcionou, obrigado pelo carinho, compreensão, apoio, dedicação e zelo, você tornou minha caminhada mais leve e bonita.

Aos amigos/parceiros/irmãos de curso e de vida Bruna, Gabrielle, José Augusto, Joyce e Rosemary, pelas angústias compartilhadas (principalmente nas provas), pelas monitorias, pelas muitas horas de estudos na biblioteca (que quase sempre acabávamos sendo praticamente expulsos por conta do horário), pelas brigas (que não foram poucas, mas afinal quais os irmãos que não brigam?) pelo apoio nos momentos difíceis e por compartilharem as alegrias vividas.

Aos amigos que a residência proporcionou Aderlandia, Alía, Branca, Bruno (eterno monitor e companheiro de residência), Elisângela, Fabricía (conterrânea e amiga que a UFCG me deu), Graziela, Heloisa, Jéssica e Marleide (amiga/irmã de quarto) por todos os momentos alegrias, sofrimentos (faltas de água) e aprendizados compartilhados.

Aos metes que compartilharam seus conhecimentos e contribuíram com minha formação Aissa Romina (que escutou meus lamentos e insegurança quanto aos desenvolvimento de minha pesquisa) Eder Freire, Antônio Humberto , Sofia Dionizio (que me proporcionou vivências lindas durante o desenvolvimento do nosso projeto de extensão), Rafaela Rolin e Renata Diniz (que mesmo afastada das atividades acadêmicas deu total assistência durante o desenvolvimento do estágio em Campina Grande).

A minha professora, orientadora e amiga Gerlane, por todo carinho, atenção, cuidado e dedicação. Obrigada pela paciência e sabedoria, por acreditar sempre no meu potencial, mesmo quando eu não acreditava. De você levo boas raízes e dessas raízes quero poder florescer tão bela como você. Estas palavras são poucas comparadas a admiração e respeito

que construí pela maravilhosa e surpreendente “Malvada Favorita”. Obrigada minha querida, por tudo!

Ao Hospital Universitário Júlio Bandeira de Melo (HUJB), especial ao Gerente de Pesquisa e Extensão da Instituição, o professor José Ferreira Lima Júnior, ao Chefe do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação David Oliveira Lopes e toda a equipe de enfermagem pelo apoio e ajuda no desenvolvimento da pesquisa.

A vida é um processo de conhecimento; assim, se o objetivo é compreendê-la, é necessário entender como os seres vivos conhecem o mundo.
(A árvore do conhecimento – Humberto R. Maturana e Francisco J. Varela)

RESUMO

Os Itinerários Terapêuticos apresentam-se de forma multidimensional e representam diversos significados por meio de reflexões socioantropológicas, sendo definidos como conjunto de planos, ações e projetos que objetivam o tratamento de um problema de saúde. Objetivou-se analisar o Itinerário Terapêutico escolhido pelos pais e/ou responsáveis legais dos pacientes pediátricos até o internamento na instituição. Trata-se de um estudo de campo, transversal, exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa realizado com 17 acompanhantes de pacientes pediátrico do Hospital Universitário Júlio Bandeira, localizado no município de Cajazeiras-PB, por meio de entrevista gravada com base em um formulário semiestruturado. O critério de inclusão foi ser pai e/ou responsável legal do menor, e como critério de exclusão, os acompanhantes que apresentassem idade inferior a 18 anos. Ressalta-se que um participante era menor de dezoito, contudo era emancipado. A coleta dos dados ocorreu entre os dias 28 de setembro a 10 de outubro de 2018. A análise dos dados objetivos foi realizada por meio de estatística descritiva e dos dados subjetivos foram organizados com auxílio do *software* IRAMUTEQ e posteriormente foram sistematizados em categoria conforme Análise de Conteúdo proposta por Bardin. O estudo respeitou os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Evidencia-se que o estudo em tela foi um recorte da pesquisa “Perfil Clínico-Epidemiológico e de Qualidade da Cobertura Assistencial em um Hospital Universitário”, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores sob parecer nº 2.672.468. Verifica-se prevalência de participantes com parentesco mãe do menor, com média de idade de 33,8 anos, da cor/raça (autodeclarada) parda, em união estável, da religião católica, com menos de nove anos de estudo formal, donas de casa, com renda familiar de até três salários mínimos. Por meio da análise lexical, foram extraídas 5 Classes que compuseram as três categorias delineadas, a saber, Categoria 1 – Percepção dos pais sobre o processo saúde-doença-cuidado do menor; Categoria 2 – Itinerário Terapêutico adotado, e Categoria 3 – Adversidades vivenciadas durante o Itinerário Terapêutico. Evidenciou-se que os Itinerários Terapêuticos das crianças e adolescentes são construídos de forma que transpassam pelos subsistemas profissional, popular e informal, com valorização dos aspectos socioculturais, o que demonstra as singularidades dos sujeitos envolvidos nesse processo, apesar de escolhas semelhantes. Ressalta-se a relevância de estudo com a temática em tela no intuito de verificar os caminhos escolhidos pelos usuários até o serviço hospitalar, o que favorece a detecção de fragilidades na assistência à saúde, seja pela ausência de educação em saúde que os orientem o fluxo recomendado a seguir ou pela falta de resolutividade dos serviços. Sugere-se a realização de mais estudos sobre a temática e o uso dos resultados da pesquisa pelos gestores e profissionais na busca de (re)organização da dinâmica dos serviços de forma a atingir a integralidade do cuidado e a inclusão de disciplinas como a antropologia, filosofia, sociologia e a psicologia na formação dos profissionais de saúde, com exploração teórico-prática para (re)construir uma assistência resolutiva.

Palavras-chave: Itinerário Terapêutico. Criança. Adolescentes.

ABSTRACT

The Therapeutic Itineraries are multidimensional and represent several meanings through socio-anthropological reflections, being defined as a set of plans, actions and projects that aim at the treatment of a health problem. The purpose of this study was to analyze the Therapeutic Itinerary chosen by the parents and / or those responsible for the pediatric patients until their hospitalization. This is a cross-sectional, exploratory, descriptive and qualitative study conducted with 17 pediatric patients from the Hospital Universitário Júlio Bandeira, located in the city of Cajazeiras-PB, through an interview recorded on the basis of a semi-structured form . The criterion of inclusion was to be the father and / or legal guardian of the minor, and as an exclusion criterion, the accompanying persons who were under the age of 18 years. It should be noted that one participant was under eighteen, but he was emancipated. The data were collected between September 28 and October 10, 2018. The objective data were analyzed by means of descriptive statistics and the subjective data were organized with the help of the IRAMUTEQ software and later systematized according to the Analysis of Content proposed by Bardin. The study complied with the ethical precepts set out in Resolution 466/2012 of the National Health Council. It is evident that the study on screen was a cut of the research "Clinical-Epidemiological Profile and Quality of Care Coverage in a University Hospital", being approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Campina Grande / Teachers Training Center under opinion n° 2672468. The prevalence of participants with the mother's relationship to the minor, with a mean age of 33.8 years, of color / race (self-declared), in a stable union of the Catholic religion, with less than nine years of formal study, housewives, with a family income of up to three minimum wages. By means of the lexical analysis, 5 Classes were extracted that comprised the three categories delineated, namely, Category 1 - Perception of the parents on the health-disease-care process of the minor; Category 2 - Therapeutic Itinerary adopted, and Category 3 - Adversities experienced during the Therapeutic Itinerary. It was evidenced that the Therapeutic Itineraries of children and adolescents are constructed in such a way that they pass through the professional, popular and informal subsystems, with appreciation of the sociocultural aspects, which demonstrates the singularities of the subjects involved in this process, despite similar choices. It is important to highlight the relevance of a study with the theme on the screen in order to verify the paths chosen by the users to the hospital service, which favors the detection of fragilities in health care, either by the absence of health education that guides the flow recommended to follow or for the lack of serviceability. It is suggested to carry out further studies on the thematic and the use of research results by managers and professionals in the search for (re) organization of services dynamics in order to achieve integral care and inclusion of disciplines such as anthropology, philosophy, sociology and psychology in the training of health professionals, with theoretical-practical exploration to (re) construct a resolute assistance.

Keywords: Therapeutic Itinerary. Kid. Adolescents.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Modelo do Sol Nascente.....	22
Figura 2 – Nuvem de Palavras.....	35
Figura 3 – Análise de Similitude.....	36
Figura 4 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente.....	38

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as variáveis parentesco com o menor, idade, raça/cor (autodeclarada) e estado civil. Cajazeiras – PB, 2018.....	31
Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as variáveis religião, escolaridade, ocupação e renda familiar. Cajazeiras – PB, 2018.....	33
Tabela 3 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as variáveis município/estado, zona de moradia, acesso a saneamento básico total e a informação estado civil. Cajazeiras – PB, 2018.....	34

LISTA DE SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo de Laurence Bardin
APS	Atenção Primária à Saúde
CHD	Classificação Hierárquica Descendente
COREQ	<i>Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research</i>
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HUJB	Hospital Universitário Júlio Bandeira
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IRAMUTEQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
IT	Itinerário Terapêutico
MS	Ministério da Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
ST	Segmento de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDUCC	Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural
UCI	Unidade de contexto Inicial
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVOS	16
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	17
3.1 CONTEXTO SOCIOCULTURAL DO ADOECIMENTO HUMANO	17
3.2 OS SISTEMAS DE CUIDADOS À SAÚDE E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS ..	19
3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM BASEADA NA TRANSCULTURALIDADE.....	21
4 PERCURSO METODOLÓGICO	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO	25
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	25
4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	26
4.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	26
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	27
4.7 ASPECTOS ÉTICOS	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA.....	31
5.2 ANÁLISE LEXICAL PELO IRAMUTEQ E DELINEAMENTO DAS CATEGORIAS.35	
CATEGORIA 1 - PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA- CUIDADO DO MENOR	39
CATEGORIA 2 – ITINERÁRIO TERAPÊUTICO ADOTADO	41
CATEGORIA 3 - ADVERSIDADES VIVENCIADAS DURANTE O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO.....	45
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICE (s).....	59
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE.....	60
APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ROTEIRO COM DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E QUESTÕES SUBJETIVAS	62
APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	64
APÊNDICE D - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	65
APÊNDICE F – SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA	67
ANEXO(s)	68

ANEXO A – LISTA DE VERIFICAÇÃO DA <i>CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH</i> (COREQ)	69
ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA.....	70
ANEXO C- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	71

1 INTRODUÇÃO

De acordo com Carneiro *et al.* (2017) o caminho percorrido pelos indivíduos na busca de solucionar os problemas de saúde é sinônimo de Itinerários Terapêuticos (IT), sendo apresentado de forma multidimensional e com diversos significados. Alves e Sousa (1999) referem que os IT levam em conta as reflexões socioantropológicas e são definidos como um conjunto de planos, ações e projetos que objetivam o tratamento de uma aflição e/ou problema de saúde. Ressalta-se com isto, que os IT retratam o contexto sociocultural de uma população, o que influencia a escolha de determinado serviço ou plano terapêutico (CARNEIRO; AQUINO; JUCÁ, 2014).

No processo de adoecimento, observa-se uma complexidade de eventos que vai além do fator biológico, extremamente exaltado no modelo biomédico, onde as ações e serviços de cuidado apresentam-se como a reconstituição do funcionamento normal do organismo, por meio da reprodução de atos mecanicista, o que gera um tratamento simplificado, tecnológico e insuficiente (SIQUEIRA, 2014), conseqüentemente, é de extrema relevância que se contemplem todas as dimensões do adoecer, inclusive suas implicações decorrentes do meio sociocultural em que os atores sociais estão inseridos.

É importante frisar que a precocidade no diagnóstico e início do tratamento das doenças, são fatores de extrema relevância para recuperação da saúde das pessoas, em especial de crianças e adolescentes, com isto, é fundamental que o caminho a ser trilhado para a efetivação do processo de saúde-doença-cuidado seja o mais eficaz, contudo, o desconhecimento dos familiares em relação aos sinais e sintomas das doenças, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e a falta de informação sobre quais serviços procurar, estabelecem obstáculos que precisam ser superados, caso contrário, pode acarretar em tempo mais prolongando para o diagnóstico e recuperação, por vezes necessitando de internação hospitalar (OLIVEIRA *et al.*, 2014) e/ou culminando no óbito dos menores.

Frente a esta problemática, o Ministério da Saúde (MS) publicou em dezembro de 2010 a portaria de número 4.279 que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), que são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde hierarquizados de acordo com a complexidade, na busca pela integralidade do cuidado, com vista a desfazer a fragmentação do Sistema Único de Saúde (SUS), a concorrência dos serviços e sua ineficiência por meio da orientação dos usuários (BRASIL, 2014). Contudo, se

a comunidade não detém de conhecimento suficiente sobre o IT mais eficaz a seguir, não há resultado positivo.

Ademais, Kleinman (1988) afirma que a partir da análise de qualquer sociedade complexa é possível identificar três subsistemas de cuidados à saúde que podem ser escolhidos pelos indivíduos, a saber, o informal, o familiar e o profissional, esses subsistemas são comumente utilizados pelos indivíduos de forma sobrepostas, de uma maneira em que um não exclui o outro, levando a interação entre estes à medida que os indivíduos transitam sob eles. São esses subsistemas que servem como guia para interpretação de sua condição de saúde e doença e a partir daí buscar ações de cuidado e cura.

Perante o contexto supracitado, é dever dos profissionais de saúde considerar que os pacientes apresentam comportamentos e pensamentos singulares que são influenciados pelo meio em que vivem, da mesma forma que tem concepções particulares sobre saúde e terapêuticas, sendo explicadas pelas diferenças socioculturais (LANGDON; WIIK, 2010), o que torna fundamental a compreensão desse fenômeno para a prestação de cuidados de qualidade, em especial quando retrata-se aos cuidados de enfermagem.

Diante deste cenário, a enfermeira e antropóloga norte-americana Madeleine Leininger ganha destaque na busca pelo cuidado que considere o aspecto cultural do ator social cuidado, ao elaborar a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (TDUCC), onde apresenta que a visão de mundo dos atores sociais e as estruturas socioculturais relacionam-se com o seu estado de saúde, bem-estar ou doença. Então é com base nestes fatores que o profissional de enfermagem deve orientar suas ações e decisões na busca por um cuidado congruente (LEININGER, 2002).

Frente ao contexto referido, surgiu o interesse na temática o que gerou a seguinte questão norteadora da pesquisa “Qual o IT percorrido pelos pacientes do Hospital Universitário Júlio Bandeira?”. Evidencia-se a importância de se compreender o caminho escolhido para a busca por cuidado à saúde, no intuito de identificar possíveis fragilidades no conhecimento da população sobre a RAS e sobre a educação em saúde como fonte de informação e empoderamento dos atores sociais, o que comprova a relevância social e acadêmica do estudo em tela.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o Itinerário Terapêutico escolhido pelos pais e/ou responsáveis legais dos pacientes pediátricos até o internamento na instituição.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Averiguar como se procedeu a escolha do Itinerário Terapêutico.
- Identificar as adversidades encontradas pelos pais e/ou responsáveis legais durante o Itinerário Terapêutico.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTO SOCIOCULTURAL DO ADOECIMENTO HUMANO

No Brasil a assistência em saúde é majoritariamente baseada no modelo médico hegemônico ou biomédico, que é caracterizado por uma abordagem clínica individualizada e centrada na figura do médico. Esse modelo de assistência é reflexo da formação dos profissionais que na maioria das vezes é baseado no raciocínio clínico embasado em disciplinas como anatomia, fisiologia, patologia, entre outras que tem como foco a redução do paciente ao caráter biológico (AMADIGI *et al.*, 2009).

Collière (1999) afirma que foi com o surgimento da clínica que o médico assume o papel de mediador dos sinais e sintomas do doente, sendo o combate a esses o foco de suas ações. Com a intensificação da especialização desses profissionais cada vez mais o cuidado passa a ser superficial e com ênfase em um modelo científico, onde o tratamento do corpo físico é exaltado.

As ações mecanicistas, unidimensionais, simplificadas e com foco na patologia são marcas evidentes da influência do paradigma cartesiano nesse modelo científico, que leva a objetificação do sujeito, uma vez que fragmenta o corpo da mente e ao priorizar um em detrimento do outro, vários aspectos do indivíduo são suprimidos, inclusive o contexto sociocultural em que encontra-se inserido (SILVEIRA, 2014).

Inegavelmente a assistência baseada no modelo biomédico traz o alívio do sofrimento, dor e a cura de doenças e conseqüentemente contribui para uma melhor qualidade de vida. Entretanto ao se analisar a esfera da subjetividade humana, compreende-se que o processo de sofrimento e adoecimento é bastante complexo e envolve a multidimensionalidade do ser social, como as dimensões psicológicas, religiosas, culturais, entre outras, o que ressalta as fragilidades no modelo biomédico por não contemplar a integralidade do ser humano (AMADIGI *et al.*, 2009).

Dessa forma Kleinman e Sung (1979) destacam que a vivência da cura não é resultado unicamente das ações do curador, pelo contrário, é resultado de uma complexa interação entre a experiência da doença e dos cuidados pensados, onde para que seja de fato efetiva ao indivíduo, o tratamento deve considerar as características psicossociais e culturais da doença.

Nessa perspectiva a cultura deve ser entendida como um sistema complexo, subjetivo, dinâmico e que passa por constantes mudanças, o que a torna heterogênea e singular. Considera-se ainda a existência de um sistema de significados, que é produto das experiências resultantes da interação dos indivíduos na busca pela compreensão dos eventos e da procura de soluções (AMADIGI *et al.*, 2009).

Compreende-se, enfim, a doença como resultado de um processo sociocultural e de experiência vivida, onde o indivíduo vivencia uma sequência de acontecimentos que vão ganhando significado e levam a buscar alívio do sofrimento. Esse processo segue alguns passos como por exemplo o reconhecimento dos sintomas que levam a percepção da doença, o diagnóstico, a escolha e adesão ao tratamento. Dessa forma, entende-se que a cultura tem influência sobre as experiências corporais, sendo impossível separar do significado que esse processo ganha para o indivíduo (AMADIGI *et al.*, 2009; HELMAN, 2009).

Diante disso, para que se possa intervir no processo de adoecimento de um indivíduo, torna-se necessário interpretar e agir sobre o meio sociocultural em que ele está inserido, essa intervenção significa uma negociação de significados na busca pela cura, que ocorre por meio do diálogo e de intercâmbios entre culturas e sistemas de cuidados diversos que envolvem os pacientes, familiares e profissionais (LANGDON, 1995).

Com o intuito de compreender as relações entre a experiência de enfermidade, cuidados de saúde e o contexto cultural, o psiquiatra e antropólogo Arthur Kleinman desenvolve seus estudos com base na antropologia interpretativa, que de acordo com Eckert (1994) é uma nova modalidade da antropologia, que se opõe a antropologia tradicional e é gerada por um paradigma hermenêutico. Neste ramo da antropologia, o pesquisador busca compreender, por meio da interpretação dos símbolos e significados que são compartilhados por indivíduos. Para essa compreensão o pesquisador leva em consideração os fatores de subjetividade dos sujeitos, perspectiva histórica e contexto cultural.

Segundo Kleinman (1978) a saúde, a doença e os cuidados de saúde compõe um sistema cultural o qual ele nomeou de Sistema de Cuidados a Saúde, onde existe uma estreita relação entres os três fatores anteriormente citados, tornando-se necessário a compreensão da interrelação estabelecidas entre eles.

3.2 OS SISTEMAS DE CUIDADOS À SAÚDE E OS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

Para Kleinman (1988), uma sociedade complexa apresenta três subsistemas de cuidados à saúde: o *folk* ou informal, o popular ou familiar e o profissional, que são utilizados pelos indivíduos de forma sobrepostas, onde a utilização de um não exclui necessariamente o outro, fazendo com que interajam à medida que os indivíduos os utilizam.

No subsistema popular, expressa-se o conhecimento popular, o senso comum, é o conhecimento não profissional. As manifestações das doenças são identificadas e vivenciadas primeiramente nesse subsistema. A doença é vista como algo que desfaz a ordem da vida cotidiana, o que leva a necessidade de buscar um significado. Estão incluídos nesse subsistema o indivíduo, a família, a rede social e a comunidade em que ele está inserido. Os cuidados prestados incluem os remédios caseiros, o repouso, o apoio emocional, a religiosidade, a mudança alimentar, entre outras, e os responsáveis por esses cuidados são os próprios indivíduos ou os familiares. Já o subsistema profissional, é composto pelas profissões voltadas à saúde, detentoras do conhecimento formal e científico, onde o cuidado é prestado pelos profissionais de saúde (KLEINMAN, 1988).

No Brasil, as ações e os serviços de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e unificadas que seguem as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade, por meio do SUS, organizando-se em uma RAS, que é formada por organizações poliárquicas de conjuntos de serviços conectados e que compartilham objetivos e desenvolvem ações cooperativas e interdependentes, com o intuito de ofertar uma atenção contínua e integral à população, com a responsabilidade de ser prestada no tempo, local, custo e qualidade certo e de forma humanizada, com responsabilidades sanitárias e econômicas (MENDES, 2011).

De modo geral, os serviços do SUS são estruturados em três grandes conjuntos. O primeiro é representado pela Atenção Primária à Saúde (APS), constituída pelo programa de agentes comunitários de saúde, a estratégia de saúde da família, as unidades básicas de saúde e os ambulatórios hospitalares. O segundo é formado pelos serviços de média complexidade como unidades ambulatoriais e hospitalares especializados, públicos e privados, além dos serviços de alta complexidade de referência nacional em várias especialidades (OUVERNEY; NORONHA, 2013).

No que se refere ao subsistema *folk* ou informal, é composto por especialistas de cura não formais e que não são reconhecidos legalmente, como por exemplo, curandeiros, benzedeiros entre outras figuras que são amplamente aceitos pela a sociedade e geralmente são fortemente ligados ao subsistema familiar, desse modo, a escolha terapêutica dos indivíduos leva em conta a acessibilidade ao processo terapêutico, o entendimento dos indivíduos de determinada sociedade sobre as doenças, cura e tratamento que funcionam e que tem resolutividade (KLEINMAN, 1988).

Helman (2009) salienta ainda que dentro de cada subsistema existe diferentes formas de explicar e tratar as doenças e de definição de quem é o curador e quem é o paciente e especificar como ocorreu a interação destes no encontro terapêutico. Dessa maneira é com base nas experiências da doença, na definição do que é saúde e cuidados de saúde que são padronizados e compartilhados no meio sociocultural em que vive, é que os sujeitos traçam seu IT, levando em conta um ou mais subsistemas de cuidado (SILVEIRA, 2014).

Ao se fazer um resgate histórico dos estudos sobre os IT, verifica-se que por volta da década de 1960 surgiram trabalhos denominados *illness behavior* ou comportamento do enfermo, que objetivavam identificar as condutas dos indivíduos ou grupos sociais no uso dos serviços de saúde, principalmente aos pertencentes ao setor profissional. Nestes estudos tomava-se como premissa que as ações dos indivíduos eram executadas com a finalidade de satisfazer suas necessidades, no caso a doença, em outras palavras, pode-se dizer que a busca por tratamento seria guiada pela lógica do custo-benefício, onde o indivíduo refletia sobre qual o caminho seria mais vantajoso a seguir (ALVES; SOUZA, 1999).

Todavia, os estudos sobre o comportamento dos enfermos eram vagos, visto que consideravam a busca por cuidado, por uma perspectiva puramente racional, excluindo-se totalmente a influência sociocultural na escolha (SIQUEIRA, 2014), o que foi alterado por volta da década de 1980, onde os estudos passaram a levar em conta a existência de várias concepções médicas sobre doença e tratamento, ampliando o leque temático dos estudos sobre IT, na tentativa de identificar as percepções e representações das doenças, da busca por determinados tratamentos, a adesão e avaliação do tratamento, a conduta do doente e dos familiares em relação ao tratamento, a relação do paciente e terapeuta e a disponibilidade e acessibilidade aos recursos assistenciais, profissionais ou não (ALVES; SOUZA, 1999).

Sendo assim, Siqueira (2014) define IT como um conjunto de práticas e estratégias que são desenvolvidas por um ator social e/ou sua família, diante de um agravo de saúde, com

a finalidade de proporcionar o tratamento e garantir a recuperação da saúde, ou ainda com o intuito de melhorar sua condição, levando em consideração a motivação do direcionamento dos indivíduos à prática ou busca pelos cuidados para a satisfação das necessidades de saúde, sendo que o contexto sociocultural e à disponibilidade dos recursos são fundamentais nessa escolha.

3.3 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM BASEADA NA TRANSCULTURALIDADE

Por muito tempo a assistência em saúde voltava-se apenas para o caráter biológico, o conhecimento científico e especializado era considerado absoluto e qualquer outro conhecimento era desconsiderado, porém com a ampliação dos campos de discussão sobre a assistência à saúde e as diversas dimensões da humanidade em que ela está implicada, criou-se um espaço para a discussão do cuidado que vai além da tecnologia necessária para o desenvolvimento de novos medicamentos ou equipamentos hospitalares e diagnósticos precisos, despertou-se para a necessidade de se pensar o cuidado, considerando o ser humano como um indivíduo complexo e integrante de uma sociedade (SANTOS *et al.*, 2012; PIRES, 2009).

Diante disso o cuidado em saúde deve ser pensado de modo a considerar os aspectos socioculturais do indivíduo, ponto relevante para um cuidado humanístico, compreendendo o processo de saúde-doença como algo subjetivo e que a cultura possui influência na forma em que a pessoa vivencia esse processo (MELO; CABRAL; SANTOS JÚNIOR, 2009).

Sendo a enfermagem a ciência do cuidar, assume um papel importante na vida dos indivíduos, uma vez que é inegável que o cuidado é uma necessidade intrínseca ao ser humano desde os primórdios de sua existência, o que torna fundamental para sobrevivência do indivíduo com saúde e bem estar físico, mental e social, além de fundamental para a obtenção da cura durante períodos de adoecimento (PIRES, 2009).

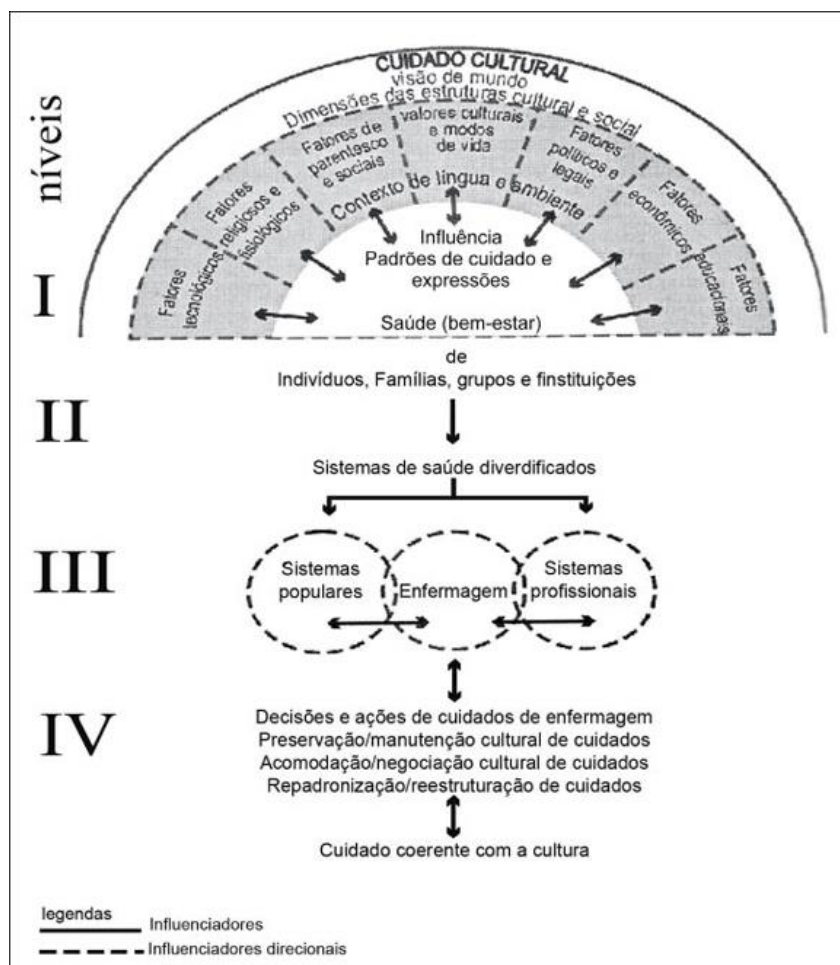
A enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger observou a existência de uma lacuna no desenvolvimento dos cuidados da enfermagem para seus clientes, sendo os conhecimentos sobre as culturas a ponte que possibilitava a enfermagem compreender as variações do cuidado necessárias aos clientes, ganhando notoriedade científica ao elaborar a TDUCC, onde

apresenta que a visão de mundo dos atores sociais e as estruturas socioculturais relacionam-se com o seu estado de saúde, bem-estar ou doença (LEININGER, 2002).

Leininger (1991a) define alguns conceitos importantes para a compreensão de sua teoria, como a visão de mundo, que seria a forma que o ator social ou os grupos enxergam o mundo e atribui um valor de acordo com sua concepção sobre a sua vida; e os conceitos de diversidade e universalidade cultural do cuidado, que significam, as variações e diferenças nos significados, valores de vida ou símbolos do cuidado e as semelhanças destes elementos expressos em outras culturas.

Para facilitar a compreensão de sua teoria, Leininger elaborou um modelo explicativo, que foi batizado de Modelo do Sol Nascente, onde de acordo com Siema *et al.* (2011) estão representadas as fases do processo de enfermagem, sendo que o histórico de enfermagem é representado pelo reconhecimento do contexto sociocultural e as ações de cuidado na enfermagem, como pode-se verificar na figura abaixo.

Figura 1 – Modelo do Sol Nascente



Siqueira (2014) explica que na primeira fase, o profissional enfermeiro terá conhecimento do contexto ambiental, da religião, economia, parentesco entre outros aspectos do ator social cuidado, e que a partir dessas informações possa compreender a escolha do IT. No segundo nível o profissional enfermeiro aplica os conhecimentos obtidos no nível anterior, onde os cuidados podem ser prestados tanto a um ator social, uma família ou grupo social. No terceiro nível são apresentados os sistemas de saúde presentes na sociedade, observando-se a presença do sistema *folk* ou popular e o sistema profissional ou formal.

Silva (2009) afirma que no modelo do Sol Nascente que o enfermeiro aparece como o ponto de intersecção entre o sistema folk e o sistema profissional, sendo este profissional o que desenvolve de forma mais direta do cuidado, visto que esse apresenta maior aproximação do ator social durante a execução do cuidado, servindo dessa forma como uma ponte aos outros profissionais.

O quarto nível é onde diante dos conhecimentos adquiridos durante os outros níveis o profissional enfermeiro executará suas ações de promoção do cuidado, de forma a contemplar as expectativas do ator social, produzindo assim um cuidado efetivo (SIQUEIRA, 2014).

Leininger (1985) afirma que existe uma diversidade no cuidado humano, e que pode-se identificar as características que justificam a necessidade da utilização do cuidado transcultural na enfermagem. Desse modo torna-se necessário que o profissional enfermeiro busque agregar a sua prática cotidiana do cuidado, os valores, as crenças e modos de cultura dos pacientes produzindo assim um cuidado mais efetivo e eficaz para os indivíduos (SILVA, 2012).

Em suma, a referida teoria trata de uma ferramenta de compreensão dos atores sociais, suas famílias e culturas para a produção de um cuidado que contemple o aspecto biológico e cultural do indivíduo. Dessa forma, também contribui para a compreensão dos IT escolhidos pelos atores sociais (SIQUEIRA, 2014; LEININGER, 1988). Ademais, evidencia-se que a enfermagem não se relaciona apenas com o indivíduo, mas também com a coletividade, com o foco no cuidado humano buscando auxiliar o indivíduo a manter ou readquirir o seu bem-estar, de maneira culturalmente significativa. O profissional de enfermagem deve sempre estar atento para o fato de que os indivíduos possuem diferenças culturais, devendo então sempre pensar o cuidado de forma a se adaptar as particularidades culturais dos indivíduos (LEININGER, 1988; LEINEINGER, 1991b).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo, transversal, exploratório, descritivo e de abordagem qualitativa. O estudo de campo é utilizado quando objetiva-se obter conhecimentos ou informações sobre determinado problema ou hipótese, para os quais procuram-se respostas ou comprovação, respectivamente. Este tipo de estudo é utilizado ainda quando deseja-se descobrir novos fenômenos e suas relações, consistindo na observação de fatos e fenômenos da maneira como ocorrem naturalmente, na coleta dos dados a eles referentes e no registro de variáveis consideradas significativas para análise (MARCONI; LAKATOS, 2010).

No contexto da área da saúde, o estudo transversal permite examinar a relação exposição-doença em uma certa população considerando um recorte temporal. Analogicamente esse tipo de pesquisa fornece uma fotografia das variáveis estudadas em um determinado período de tempo (PEREIRA, 2008).

A pesquisa exploratória objetiva oferecer mais informações da temática permitindo a afinidade com o assunto abordado. Através do conhecimento acerca do tema, pode-se então, elaborar hipóteses, delimitar o tema e definir objetivos. Visa à adaptação do instrumento de pesquisa a realidade proposta, além de descrever os tipos de variáveis que se busca, envolvendo também o levantamento bibliográfico e estudo de caso (KÖCHE, 2011).

Já o caráter descritivo refere-se àquele que descreve uma determinada realidade, sendo de grande valia para profissionais assistencialistas e gestores da saúde, pois permite conhecer dados acerca da demografia de uma população (ARAGÃO, 2011).

No que concerne à abordagem qualitativa, esta faz interface com a subjetividade, cujos objetos de pesquisa não podem ser explanados por meio de números, visto que ela utiliza a linguagem em suas diversas formas de expressão como material (BOSI, 2012).

Para a descrição da investigação, utilizou-se a diretriz denominada COREQ (*Consolidated criteria for reporting qualitative research*) (ANEXO A), que foi desenvolvida para permitir a produção de relatórios compreensíveis e abrangentes de estudos qualitativos, consistindo em uma lista de verificação com itens específicos que abrangem os componentes necessários do projeto do estudo que devem ser relatados e possibilitam ao pesquisador

descrever aspectos importantes da equipe de pesquisa, métodos e contexto do estudo, achados, análises e interpretações, facilitando a leitura crítica por parte de editores, revisores e leitores em geral (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Júlio Bandeira – HUJB, instituição oficialmente criada no ano de 2012. Todavia sua história inicia-se na década de 1970, com a criação do Hospital Infantil de Cajazeiras a partir da colaboração entre sociedade, órgão municipal, estadual e federal. Ao longo do tempo a referida instituição passou por alterações estruturais e gerenciais. Um importante marco em sua história ocorreu no ano de 2011, onde por meio de uma lei municipal o poder legislativo transferiu a posse à Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, no ano de 2015 o mesmo foi vinculado a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH que até o momento o gerencia (BATISTA *et al.*, 2016).

Cajazeiras, município sede do HUJB localiza-se na mesorregião do sertão paraibano, distante a aproximadamente 468 quilômetros da capital estadual João Pessoa. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2018), apresenta uma população estimada de 62.187 habitantes, caracterizando-o como o município mais populoso entre os 15 municípios que compõem a 9ª Regional de Saúde da Paraíba, sediada no referido município.

O HUJB é campo de estágio da pesquisadora e foi durante a realização dessas atividades que surgiu o interesse em buscar conhecer melhor os usuários do hospital, assim como os fatores que levam os mesmos a buscarem o serviço oferecido.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Bergamaschi, Souza e Hinnig (2010) afirmam que a população é composta pelo conjunto de elementos que estão sendo estudados, vale ressaltar que são necessários pontos em comum entre os elementos para que se torne parte de uma população. A população deste

estudo foi composta pelos 20 acompanhantes de pacientes pediátricos que se encontravam internados na instituição entre os dias 28 de setembro a 10 de outubro de 2018.

Segundo Prodanov e Freitas (2013) amostra é um determinado grupo de elementos que compõe a população na qual suas características exclusivas, os diferem dos outros elementos do universo. A amostra obedeceu ao critério não probabilístico por conveniência e foi composta por 17 acompanhantes de pacientes pediátricos (pai/mãe) que se adequaram aos critérios de seleção estabelecidos. A saber, foi excluído um acompanhante por não ser pai e/ou responsável legal do menor e dois por terem se recusado por referirem timidez, devido a entrevista ser gravada. Ademais, foi incluída na amostra uma pessoa com 17 anos por ser emancipada.

4.4 CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Como critério de inclusão, estabeleceu-se os acompanhantes de pacientes pediátricos que fossem os pais e/ou responsável legal do menor que se encontrava na instituição durante o período da coleta dos dados; quanto ao de exclusão, os acompanhantes que apresentassem idade inferior a 18 anos.

4.5 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Previamente houve um contato com a direção do HUIB solicitando a anuência para a realização da pesquisa na instituição, posteriormente, foi feito contato com a coordenação de pesquisa e extensão do HUIB e com a equipe de enfermagem para discutir sobre o desenvolvimento do estudo e averiguar o melhor horário para a realização da coleta de dados.

Os formulários foram aplicados pela discente-pesquisadora, após orientação de como proceder as entrevistas pela docente-orientadora do estudo em tela. Não houve contato prévio com os entrevistados, sendo a aplicação do formulário o único contato estabelecido com os entrevistados. Não houve a utilização de teste piloto, da mesma forma que não ocorreu a repetição de entrevistas com os mesmos participantes.

O público alvo foi abordado nas enfermarias, onde receberam informações sobre os objetivos, riscos e benefícios da pesquisa, sendo esclarecido que o participante era livre para se retirar da pesquisa a qualquer momento, além de se dirimir eventuais dúvidas. Aos que aceitaram participar, foi solicitada a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). As entrevistas foram realizadas nas próprias enfermarias, haja vista não existir nenhuma situação que interferisse negativamente na obtenção das informações necessárias ou mesmo que inibisse a verbalização dos participantes, pois os mesmos encontravam-se como únicos acompanhantes no local.

Como guia das entrevistas, foi utilizado um formulário semiestruturado, contendo questões objetivas relacionadas a aspectos sociodemográfico dos indivíduos entrevistados e questionamentos norteadores do objeto de estudo (APÊNDICE B). A gravação das entrevistas foi realizada por meio de um gravador de mp3.

O tempo médio de duração de cada entrevista foi de cerca de oito minutos. O critério de saturação teórica não foi utilizado. Quanto aos pais participantes do presente estudo, apresentavam-se inicialmente apreensivos e tímidos, devido ao fato da entrevista ser gravada, entretanto esse sentimento foi minimizado após a explicação acerca do anonimato dos conteúdos das respostas e objetivos do estudo em tela.

Ressalta-se que foi adotado o diário de campo para registros eventuais pertinentes à pesquisa.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados sociodemográficos obtidos das questões objetivas foram organizados e tabulados no *Microsoft excel Office 365*® e analisados por meio de estatística descritiva (frequência absoluta e relativa, média, mínima, máxima e desvio padrão), sendo posteriormente apresentados em tabelas.

Quanto aos dados subjetivos obtidos por meio de entrevistas gravadas foram transcritos na íntegra, sendo organizados em forma de um banco de dados específico para o processamento no *Software IRAMUTEQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)*, que é um *software* gratuito e desenvolvido sob a lógica da *open source*, que ancora-se no ambiente estatístico do *software*

R e na linguagem python (www.python.org), apresentando-se como *Corpus* Textual único, onde todas as falas dos sujeitos foram dispostas e codificadas conforme os manuais de funcionamento do *software*.

Com o *Corpus* Textual pronto, os dados foram indexados no IRAMUTEQ e realizados os processamentos. A princípio foi produzido as Estatísticas Textuais, relatório que apresenta informações sobre o *Corpus* analisado, como por exemplo as Unidade de Contexto Inicial (UCI), que representa a quantidade de textos selecionados, o número de segmentos de textos de texto (ST), que são os recortes do texto, o número de ocorrências que é o número total de palavras contidas no *Corpus*, o número de formas, que é o número de palavras presentes no *Corpus*, o Harpax que são as formas que aparecem apenas uma vez no *Corpus* e a média de ocorrência que é o número de ocorrências dividido pelo número de textos (SALVIALTI, 2017).

A princípio foi utilizado o recurso Nuvem de Palavras, que realiza uma análise lexical mais simples, porém torna-se uma ferramenta interessante para ser utilizada pois a imagem gerada permite a rápida identificação das palavras-chave de um *Corpus*. Na imagem as palavras são dispostas de maneira aleatória, já o tamanho das palavras depende da frequência que ela aparece no *Corpus* Textual de forma que quanto maior for a palavra, maior é a sua importância.

O IRAMUTEQ dispõe também da análise de similitude, recurso que tem como base a teoria dos grafos, onde um grafo é considerado um modelo matemático ideal, tornando possível identificar a estrutura de construção do texto e temas de relativa importância. A imagem gerada pelo *software* nos dá informações importantes para a análise como por exemplo o tamanho das palavras e a espessura dos traços que as unem tem significado, trazendo indicações da conexão entre as palavras e auxiliando na identificação da estrutura do *Corpus* Textual.

Foi utilizado também a Classificação Hierárquica Descendente (CHD), ferramenta que submete o vocabulário do *Corpus* Textual a cálculos estatísticos, desse processamento são formadas classes de ST, onde os vocabulários semelhantes são agrupados, de modo que cada classe seja composta por ST diferentes. Dessa forma as classes são compostas por um conjunto de palavras que aparecem próximas umas das outras, formando segmentos específicos, de onde é possível destacar os pontos centrais do texto e a partir daí é possível compreender como os termos estão associados uns aos outros. Como resultado do CHD o

IRAMUTEQ gera um Dendograma onde é representado a quantidade e a composição lexical das classes a partir do agrupamento dos termos, do qual se obtém a frequência absoluta de cada um deles e o valor de qui-quadrado agregado (SANTOS, 2017).

É importante destacar que a utilização do IRAMUTEQ não se constitui como método de análise, na verdade é uma ferramenta que possibilita o processamento dos dados obtidos por meio das entrevistas, sendo a interpretação dos resultados passo crucial para análise e de responsabilidade do pesquisador, que deve tomar como base as informações produzidas pelo *software* juntamente com todo o material obtido durante a pesquisa para compreender os discursos e assim proceder a análise do conteúdo (LAHLOU, 2012; SMALLMAN, 2016).

O uso de recursos de análise de dados textuais ou análise lexical, conforme Lahlou (1994) propõe que se supere a dicotomia clássica entre quantitativo e qualitativo na análise de dados, na medida em que possibilita que se quantifique e empregue cálculos estatísticos sobre variáveis essencialmente qualitativas – os textos.

Para auxiliar a compressão e a discussão dos dados foram elaboradas categorias seguindo a Análise de Conteúdo (AC) de Laurence Bardin. A AC é definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que objetiva obter indicadores (quantitativos ou não) que possibilitam a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção das mensagens, mediante uso de métodos sistemáticos e objetivos de descrição do seu conteúdo (BARDIN, 2011).

Em sequência, todas as informações foram discutidas conforme literatura pertinente.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Evidencia-se que foram obedecidos todos os itens dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que regulamenta a pesquisa com seres humanos, respeitando-se a dignidade e autonomia dos participantes e lhes foram assegurado o seu desejo de contribuir e permanecer, ou não, no estudo, mediante sua manifestação expressa, livre e esclarecida (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que o presente estudo é um recorte de uma pesquisa intitulada “Perfil Clínico-Epidemiológico e de Qualidade da Cobertura Assistencial em um Hospital Universitário”, que teve a anuência da instituição (ANEXO B) onde a pesquisa foi

desenvolvida e posteriormente o projeto foi submetido e apreciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande, localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo s/n, bairro Casas Populares; CEP: 58900-000, Cajazeiras-PB, Telefone: (83) 3532-2075, E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br, sendo aprovado sob parecer de número 2.672.468 (ANEXO C).

Os participantes da pesquisa foram orientados quanto aos objetivos e finalidades do estudo e a respeito da garantia do direito de se retirarem da investigação a qualquer momento, sem que isso lhes acarretasse qualquer tipo de prejuízo. A participação ficou condicionada à autorização prévia, formalizada pela assinatura, em duas vias, do TCLE, permanecendo uma destas com os pesquisadores e outra com o participante.

Como forma da garantia do anonimato e respaldo do sigilo das informações declaradas foram utilizados pseudônimos ao usar as falas na apresentação. Substituindo-se a identificação dos participantes por nomes dos personagens do filme O Mágico de Oz. O enredo do mesmo narra os desafios enfrentados por Dorothy e seus amigos durante sua caminhada em busca do poderoso Mágico de Oz, que é a única pessoa capaz de auxiliá-la a voltar para casa, o que faz uma analogia ao caminho percorrido pelas crianças/adolescentes e seus pais em busca da recuperação da saúde. Vale ressaltar que a atribuição dos nomes não levou em consideração características pessoais dos entrevistados.

Devido envolver coleta de dados através de formulário e entrevista gravada, este estudo apresentou risco mínimo de os participantes apresentarem timidez ou constrangimento em responder alguma das perguntas. Caso isto ocorresse, o pesquisador poderia suspender a entrevista ou orientar ao participante que considerasse responder as questões subsequentes e sempre deixando livre quanto a participação na pesquisa, permanecendo atento durante a entrevista para minimizar possíveis ansiedades.

Espera-se que a pesquisa em tela traga benefícios para os usuários do serviço de saúde, a sociedade em geral e a comunidade acadêmica, uma vez que esta possibilita o conhecimento do IT dos pacientes que são atendidos na instituição, possibilitando o reconhecimento das necessidades da população, com suas demandas sociais, subsidiando o planejamento de ações efetivas e eficazes para melhorar a qualidade de acesso e atendimento à saúde da sociedade.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados obtidos mediante o presente estudo foram sistematizados e seus resultados e discussão foram expostos em dois momentos: a princípio os dados sociodemográficos dos sujeitos participantes da pesquisa e em seguida, a análise lexical realizada pelo *software* IRAMUTEQ e categorização pelo método proposto por Laurence Bardin, no intuito de explicitar o IT em saúde percorrido pelos participantes até o ingresso na instituição.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Foram entrevistados 17 acompanhantes de pacientes pediátricos que foram distribuídos pelas variáveis parentesco com o menor, idade, raça/cor (autodeclarada), e estado civil, como pode-se verificar na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as variáveis parentesco com o menor, idade, raça/cor (autodeclarada) e estado civil. Cajazeiras – PB, 2018.

Variáveis	f	%
Parentesco com o menor		
Mãe	16	94,1
Pai	1	5,9
Idade		
Até 19	2	11,8
20 a 29	4	23,5
30 a 39	6	35,3
40 a 49	5	29,4
Mínima – máxima		17-49
Média (\pm desvio padrão)		33,8 (\pm 9,34)
Raça/Cor		
Parda	14	82,4
Branca	3	17,6
Estado Civil		
União Estável	7	41,3
Casado	6	35,2
Solteiro	4	23,5
Total	17	100

Fonte: Dados da pesquisa

Quanto ao parentesco, evidenciou-se quase a totalidade de mães dos internados. Vale ressaltar que apesar da presença de alguns pais no momento da realização das entrevistas, apenas um estava de fato como acompanhante, os outros estavam visitando o descendente. Esse fato pode ter relação com a construção social de que as atividades que envolvem o

cuidado geralmente estão atreladas a figura feminina, estabelecendo-se a divisão sexual do trabalho, onde a mulher é designada a execução de serviços domésticos e que demandam menor esforço físico, o que afirma as diferenciações de gênero que ainda marcam as relações familiares, sendo estas heranças da ordem patriarcal (SILVA; TAVARES, 2015).

A faixa etária dos pais que participaram do presente estudo corrobora com os achados do trabalho realizado por Siqueira, Jesus e Camargo (2014) na cidade de Salvador – Ba, verificando-se distribuição das idades na faixa correspondente a adultos jovens, o que pode ser justificado por serem pais de crianças e adolescentes.

Quanto à raça/cor, a maioria autodeclarava-se pardo, esse fato pode estar relacionado com a composição da população brasileira, que segundo dados do último censo, cerca de 40% da população brasileira autodeclara-se parda (IBGE, 2010). Segundo Araújo *et al.* (2009) a utilização da variável raça/cor na saúde pública não apresenta relevância como identificação da origem geográfica das pessoas ou como marcador genético, mas pode ser considerada como um possível indicador do risco de discriminação ou exposição social. Ademais, o Brasil constitui-se em um país de grande miscigenação das raças.

Em relação ao estado civil, nota-se prevalência de casados e/ou união estável, o que encontra-se de acordo com que se espera dos relacionamentos ao se verificar a faixa etária dos participantes.

Na Tabela 2, encontram-se a distribuição dos participantes de acordo com as variáveis religião, escolaridade, ocupação, e renda familiar.

Tabela 2 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as variáveis religião, escolaridade, ocupação, e renda familiar. Cajazeiras – PB, 2018.

Variáveis	f	%
Religião		
Católica	13	76,4
Evangélica	2	11,8
Não tem religião	2	11,8
Escolaridade		
Não alfabetizado	2	11,8
Ensino fundamental I incompleto	1	5,9
Ensino fundamental I completo	1	5,9
Ensino fundamental II incompleto	3	17,6
Ensino médio incompleto	2	11,8
Ensino médio completo	6	35,2
Superior incompleto	1	5,9
Superior completo	1	5,9
Ocupação		
Dona de casa	8	47,0
Agricultora	2	11,8
Outras*	7	41,2
Renda familiar (referência do salário mínimo: R\$ 954,00)		
Não tem renda própria	3	17,6
< 1	6	35,3
1 – 3a	6	35,3
4 – 6	2	11,8
Total	17	100

Fonte: Dados da pesquisa.

*Outras: corresponde a uma ocorrência para cada profissão (manicure, gari, desempregada, instalações elétricas, dona de casa, cabeleireira, técnico em saúde bucal).

Evidencia-se que a maioria dos participantes declarou-se católicos o que é condizente com a população brasileira, que fica em torno de 65%, de acordo com os dados disponibilizados pelo IBGE (2010).

Quanto a variável escolaridade, percebe-se que a maioria dos participantes possui até nove anos de estudo formal, considerado baixo, e representando uma variável que pode estar relacionada ao adoecimento das crianças e adolescentes, haja vista a falta de informações necessárias às condutas de prevenção e promoção da saúde. Assemelhando-se também a ocupação e renda mensal de maior prevalência no estudo em tela, o que interfere diretamente nas condições de saúde da população, visto que, quanto maior for o poder aquisitivo, maior será a possibilidade de acesso a outros serviços e bens de saúde e vice versa (SANTOS; JACINTO; TEJADO, 2012).

Na Tabela 3, observa-se a distribuição dos participantes de acordo com as variáveis município/estado e zona de moradia, tipo de residência, acesso a saneamento básico total e a informação.

Tabela 3 – Distribuição dos participantes do estudo de acordo com as variáveis município/estado, zona de moradia, acesso a saneamento básico total e a informação. Cajazeiras – PB, 2018.

Variáveis	f	%
Município/Estado		
Cajazeiras/PB	11	64,6
São José de Piranhas/PB	2	11,8
Cachoeira dos Índios/PB	1	5,9
Monte Horebe/PB	1	5,9
Triunfo/PB	1	5,9
Baixio/CE	1	5,9
Zona de moradia		
Zona urbana	11	64,7
Zona rural	6	35,3
Acesso a saneamento básico total		
Não	17	100,0
Acesso à informação		
Internet	10	58,8
Televisão	7	41,2
Total	17	100

Fonte: Dados da pesquisa

Verifica-se o maior quantitativo de internados residentes no município de Cajazeiras, haja vista ser sede do cenário do estudo em tela, caracterizando-se como o local de referência para o atendimento ambulatorial e internações hospitalares em pediatria (Batista *et al.*, 2016).

No tocante à zona de moradia, os indivíduos majoritariamente residiam na zona urbana, o que sugere maior facilidade de acesso aos serviços de saúde, em comparação com os indivíduos residentes na zona rural, visto que esses por questões geográficas encontram maiores dificuldades de deslocamento até os serviços (SANTOS; JACINTO; TEJADA, 2012), além da prevalência de residentes no município na zona urbana em um contexto geral (IBGE, 2010).

Ressalta-se que todos os entrevistados referiram não ter acesso total ao saneamento básico. Por vezes referiam ter acesso à água encanada, mas não ao esgoto sanitário, além de muitas vezes não terem o lixo coletado da forma correta em seu local de residência. Santos *et al.* (2018) afirmam que no Brasil o maior déficit de acesso a esses serviços concentra-se nas populações residentes em favelas, periferias das cidades e na zona rural, acarretando em maiores gastos em decorrência do tratamento dos agravos gerados devido à falta desses serviços.

Em relação ao acesso à informação, destacou-se a internet como principal meio de informação, o que condiz com a realidade atual, onde os meios digitais encontram-se em ascensão em matéria de informação generalizada. Pereira Neto *et al.* (2015) afirmam também que a saúde é umas das áreas que possuem maior quantidade de informações disponíveis e de

maior interesse por busca de informações pelos meios digitais. Contudo vale ressaltar que nem todas as informações são verídicas, o que precisa de uma leitura acurada para discernir entre o que é aceitável ou não.

5.2 ANÁLISE LEXICAL PELO IRAMUTEQ E DELINEAMENTO DAS CATEGORIAS

O Corpus geral foi constituído por 102 textos, separados em 227 STs, com um aproveitamento de 196 STs (86,34%). Emergiram 4.294 ocorrências, sendo 851 palavras distintas e 432 com uma única ocorrência, e a formação de 5 Classes, a saber, Classe 1 com 48 STs (24,49%); Classe 2 com 32 STs (16,33%); Classe 3 com 39 STs (19,9%); Classe 4 com 40 STs (20,41%) e Classe 5 com 37 STs (18,88%).

Na Figura 2, tem-se a Nuvem de Palavras, que é uma análise visualmente simples onde as palavras de maior frequência encontram-se dispostas com uma grafia maior.

Figura 2 – Nuvem de Palavras.



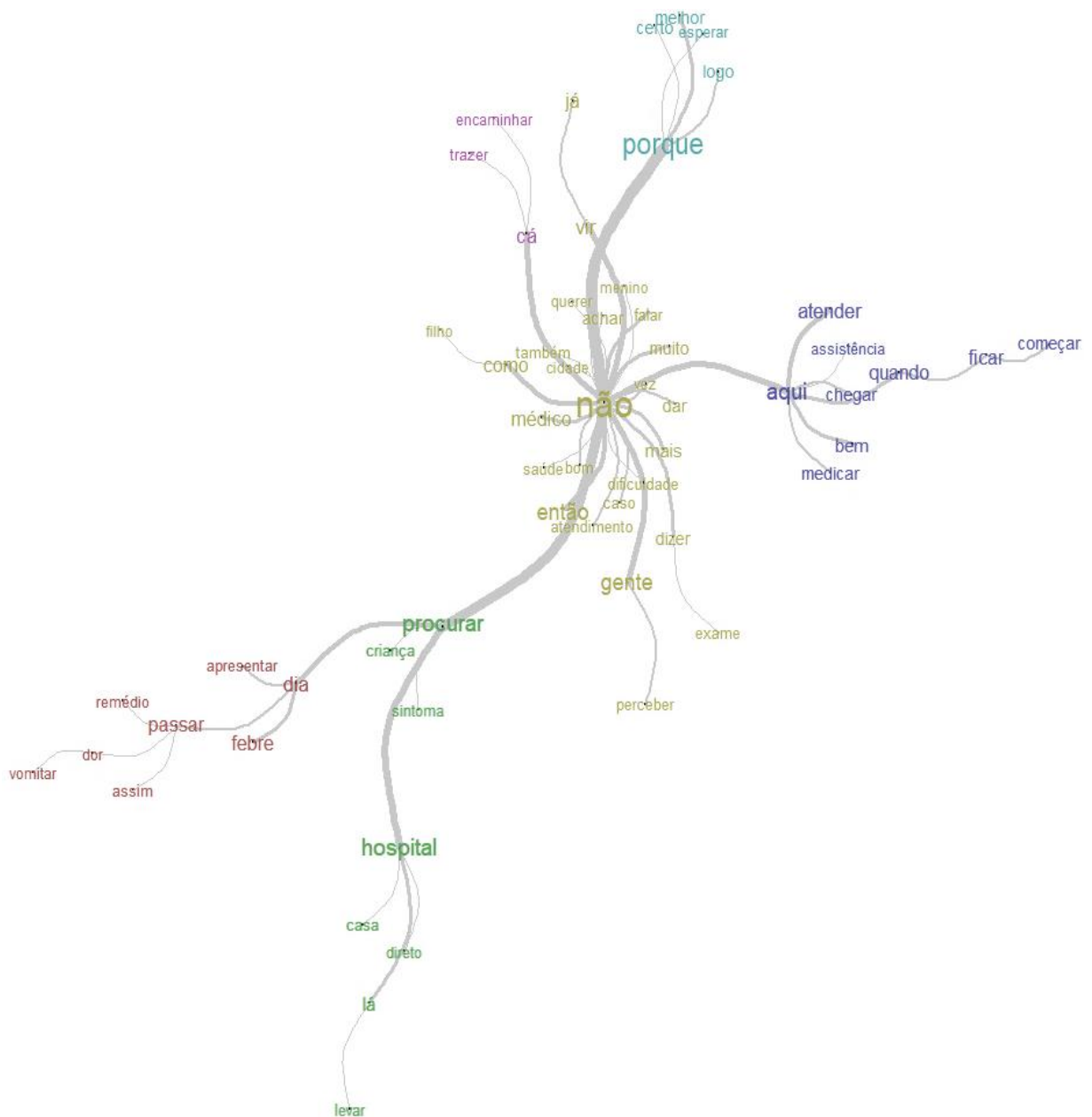
Fonte: Dados resultantes da análise do *Software* IRAMUTEQ.

Verifica-se que as palavras que apresentaram maior frequência nos STs foram o NÃO, que dentro dos discursos aparecia relacionado a procura de outros serviços de saúde e sobre as dificuldades encontradas durante o IT; HOSPITAL e PROCURAR que apareciam juntas no discurso dos participantes quando questionados por quais serviços haviam buscado; AQUI, utilizada para se referir ao hospital e frequentemente era acompanhada por ATENDER,

aparecendo nos discursos que justificavam a procura pelo serviço; CÁ, utilizada para se referir ao hospital; e FEBRE, apontada pelos pais como o principal motivo da busca pelos serviços de saúde.

Na Figura 3, verifica-se a Análise de Similitude, que possibilita a estruturação do corpus textual em um núcleo central e em sistemas periféricos. Nesse tipo de análise permite a visualização da relação entre as palavras e a conectividade dentro de cada classe e a ligação delas dentro das variadas classes.

Figura 3 – Análise de Similitude.



Fonte: Dados resultantes da análise do *Software IRAMUTEQ*

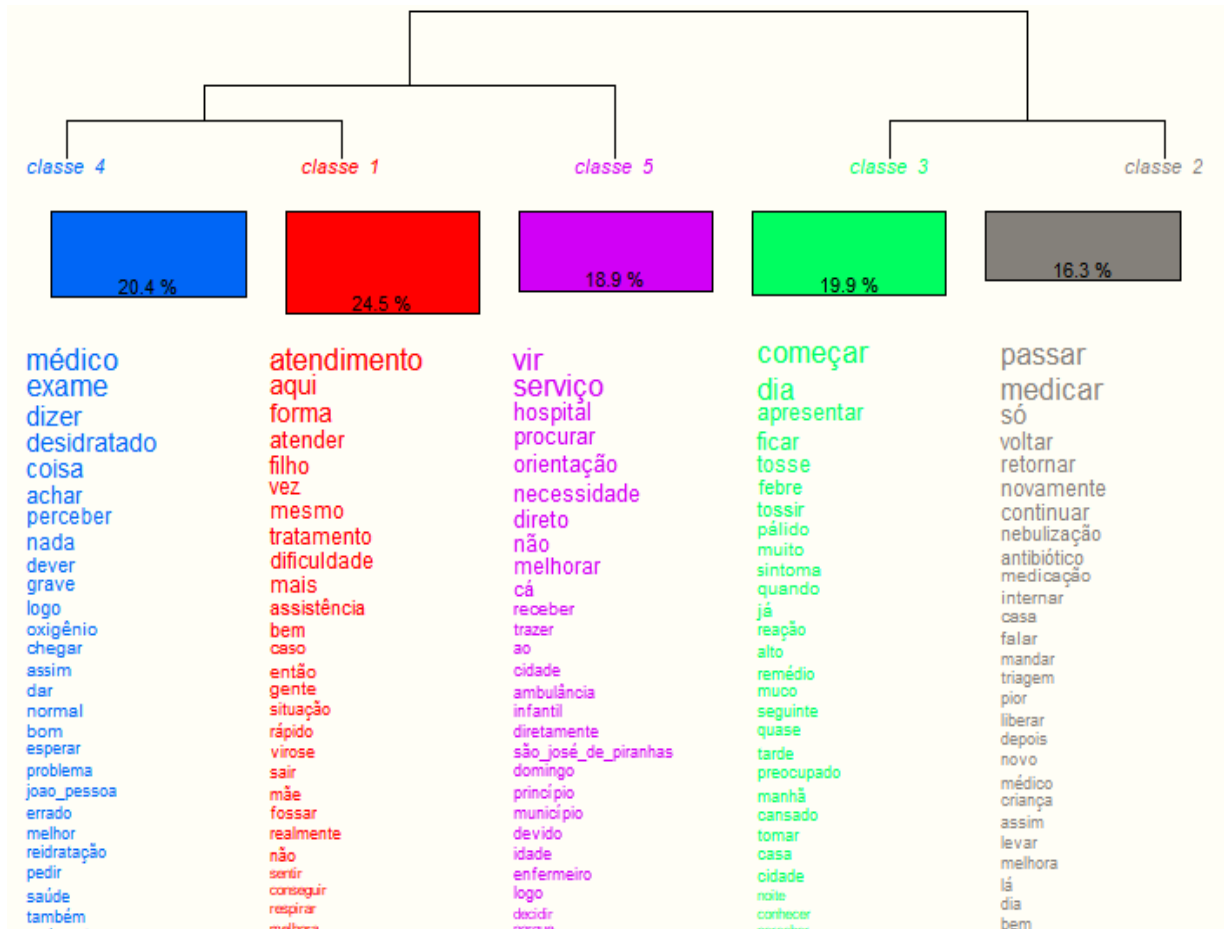
Evidencia-se que a palavra que se apresentou como núcleo central foi NÃO de onde ramificaram-se palavras como PROCURAR, AQUI e PORQUE. Na ramificação superior, observa-se a forte relação entre NÃO, PORQUE e MELHOR, que é demonstrado graficamente pela espessura do traço que conecta as palavras, onde esse é diretamente proporcional a frequência de associação das mesmas, nesta ramificação a interação ocorreu quando os pais justificavam o direcionamento ao hospital como o primeiro serviço procurado.

A ramificação inferior mostra a ligação entre as palavras NÃO, PROCURAR e HOSPITAL, que apareciam interligadas nos discursos dos sujeitos quando eram questionados quanto a procura por outros serviços de saúde antes do hospital, sendo constatado maior parcela dos entrevistados o hospital ter sido o único serviço a ser procurado.

A ramificação que fica mais a direita na figura, mostra a interligação das palavras PROCURAR, DIA e PASSAR, que ocorria nos discursos quando se reportavam ao momento e a motivação pela procura dos serviços de saúde. E a ramificação que se apresenta mais à esquerda, ganha destaque a associação de AQUI, ATENDER e BEM nas falas dos pais quando questionados se encontraram dificuldades na assistência no próprio hospital.

A Figura 4 representa as classes gerados a partir da Classificação Hierárquica Descendente, que realiza a classificação das palavras relacionando-as de acordo com a sua frequência e a relação que elas apresentam dentro dos STs.

Figura 4 – Dendograma da Classificação Hierárquica Descendente.



Fonte: Dados resultantes da análise do *Software* IRAMUTEQ

Com a leitura do dendrograma observa-se que em um primeiro momento o *Corpus* foi dividido em dois subcorpus. Posteriormente um subcorpus foi fracionado em dois, obtendo-se assim a classe 5, e finalmente as novas partições nos subcorpus gerou as classes 4, 1, 3 e 2.

Abaixo de cada classe estão apresentadas as palavras que apresentaram maior destaque dentro dos STs (maior valor de qui-quadrado) das respectivas classes, a posição e o tamanho estão relacionadas a frequência de ocorrência. Classe 1: composta por 48 STs, contempla o maior percentual no contexto temático. Sendo os elementos a apresentarem maior valor de qui-quadrado: ATENDIMENTO (27,8); AQUI (22,4) e FORMA (19,1). Classe 2: esta classe concentra 32 STs, correspondendo ao menor percentual no contexto temático. As palavras que apresentaram maior valor de qui-quadrado foram: PASSAR (43,9); MEDICAR (42,8) e SÓ (29,1). Classe 3: concentra 39 STs. Os elementos que apresentaram maior valor de qui-quadrado desta classe foram: COMEÇAR (51,5); DIA (45,8) e APRESENTAR (28,2). Classe 4: concentra 40 STs. Os elementos desta classe que apresentaram maior qui-quadrado foram:

MÉDICO (28,5); EXAME (27,2) e DIZER (24,2). Classe 5: concentra 37 STs. Os elementos que apresentaram maior valor de qui-quadrado foram: VIR (31,6); SERVIÇO (31,2) e PROCURAR (17,7).

Conforme a Classificação Hierárquica Descendente, os dados obtidos foram distribuídos em três categorias: A categoria 1 – Percepção dos Pais sobre o Processo de Saúde-Doença-Cuidado do Menor, que foi elaborada com base nos STs que compõe as classes 1 e 3; A categoria 2 – Itinerário Terapêutico Adotado, que foi construída considerando os STs das classes 2 e 4; e a Categoria 3 – Adversidades Vivenciadas durante o Itinerário Terapêutico, que utilizou os STs da classe 5 para a sua construção.

CATEGORIA 1 - PERCEPÇÃO DOS PAIS SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-CUIDADO DO MENOR

Essa categoria tem por finalidade evidenciar a percepção dos pais quanto o adoecimento de seus filhos e a necessidade de buscar por assistência para os mesmos.

É possível observar que a procura por assistência à saúde das crianças e adolescentes foi decorrente do aparecimento e persistência de sinais e sintomas como febre, tosse e dor, como pode ser observado nas falas abaixo.

[...] ela começou a sentir muita dor na barriga e ter febre [...] (Bruxa Boa do Norte).

[...] começou a ter febre e tossindo e cansado [...] (Bruxa Malvada do Leste).

Passos *et al.* (2018) evidenciaram em seu estudo que 34,1% dos pais justificavam a busca por assistência médica em decorrência da febre, 15,8% devido a tosse e 14,3% a algum tipo de dor, o que corrobora com o estudo em tela.

A febre é um sinal de alerta, caracterizada como uma resposta do sistema de defesa do organismo no combate a algum processo patológico, sendo um dos sinais mais associados às infecções de vias aéreas superiores, assim como o primeiro sinal de infecções graves como pneumonia (BRICKS , 2006; FELDHAUS; CANCELAR, 2012).

Quando ocorre a febre em crianças, pode gerar nos pais os sentimentos de preocupação e angústia, pois como Feldhaus e Canceliar (2012) demonstram em seu trabalho, os pais temem que a febre possa levar ao agravamento do quadro da criança.

[...] porque a febre alta a gente tem medo. Então quando percebi a febre alta eu procurei ajuda médica, eu vim pra cá (Tia Emma).

O relato acima assemelha-se com o que Rocha *et al.* (2009) encontraram em estudo realizado na cidade de Ribeirão Preto, onde o temor ou fobia da febre era manifestada nos discursos dos pais participantes da pesquisa.

Vale destacar que das dezessete crianças que se encontravam internadas no período de realização da pesquisa, seis (35,3%) receberam o diagnóstico de pneumonia, o que condiz com os estudos anteriormente citados e demonstra que a procura dos pais pelos serviços oferecidos pelo o hospital de fato era necessário a criança.

Outro ponto que merece destaque é o fato das mães que os filhos possuíam alguma doença crônica, demonstravam que conseguiam reconhecer com maior facilidade o estado de saúde-doença do filho, sendo capaz de agir de forma rápida na procura por assistência, além de saber por qual serviço deveria procurar.

[...] ele tem bronquite asmática desde quando ele nasceu e quando dá as crises nele eu já conheço, [...] aí eu já trago pra cá, pro hospital (Bruxa Malvada do Oeste).

[...] o problema dele (fibrose cística), quando fica mais grave, a gente consegue perceber por conta que ele fica cansado, cianótico, uma tosse persistente [...], então a gente já consegue detectar que não tá legal, então vim direto para o hospital (Bruxa Boa do Sul).

Os relatos destacados anteriormente confirmam o que o estudo de Moreira, Gomes e Sá (2014) aponta, demonstrando que a vivência dos pais com a doença dos filhos, faz com que os mesmos adquiram conhecimento relacionado aos processos patológicos dos menores, desenvolvendo assim a capacidade de agir criticamente na busca pela a assistência para um tratamento precoce.

Dessa forma evidencia-se a importância do subsistema familiar (popular), que assume a responsabilidade na procura pelos serviços de saúde. O que revela que assim como no

estudo de Silva, Souza e Couto (2017) que as escolhas são influenciadas pelas experiências acumuladas pelos familiares no decorrer de suas vidas.

Helman (2009) destaca o papel da família nos cuidados de saúde, visto que o adoecimento primeiramente é vivenciado nesse núcleo social, cabendo aos pais a prestação ou a busca por meios de cuidados que proporcionem o restabelecimento da saúde de seus filhos.

Ressalta-se então, que é o aparecimento de sinais e sintomas, como a febre, a tosse e a dor, despertaram nos pais a necessidade de busca por assistência para seus filhos, por inferirem desordem no processo saúde-doença das crianças e adolescentes e pelo sentimento de angústia e medo gerados frente a experiência do adoecimento, o que reforçou a necessidade de busca por assistência nos serviços de saúde, em especial no hospital, com a finalidade de reconstituição do bem-estar da criança/adolescente.

CATEGORIA 2 – ITINERÁRIO TERAPÊUTICO ADOTADO

Essa categoria foi elaborada com o intuito de evidenciar como se procedeu o IT e quais os fatores envolvidos na escolha do mesmo.

A partir das falas dos sujeitos da pesquisa constata-se que onze pais procuraram diretamente o hospital em busca de assistência.

Eu vim direto para o hospital, porque como eu já conheço [...] (Bruxa Malvada do Oeste).

Geralmente eu tenho muito medo quando ele tem febre alta, aí eu não vou nem pro posto não, eu venho logo pra cá [...] (Tia Emma).

Esse fato pode estar relacionado a falta de acesso a outros serviços de saúde que tenham boas referências ou ainda pode ser reflexo da idealização de que o hospital é o único local onde é possível resolver qualquer problema de saúde (BELLUCCI JÚNIOR; MATSUDA; MARCON, 2015). O que pode ser confirmado pelas falas expostas a seguir.

Porque aqui é o lugar onde tem mais atendimento, em um posto de saúde não tem um atendimento que tem aqui, aqui a gente faz um exame, eles passam antibiótico e faz o tratamento, se precisar tomar soro, se precisar mais alguma coisa aqui tem toda assistência (Tia Emma).

Pelo fato daqui ser um hospital e os recursos são maiores, as possibilidades de detectar alguma bactéria, algum vírus é maior que na Unidade Básica de Saúde, que não faz raio X, não faz exames, o médico apenas solicita, uma medicação e faz um encaminhamento [...] então aqui a gente se sente mais segura, embora eu venha duas vezes e na terceira deu tudo certo, mas hoje eu tô satisfeita (Mágico de Oz).

Porque aqui tem assistência melhor pra ele (Bruxa Malvada do Leste).

Diante das falas é evidenciado a falta de credibilidade nos serviços ofertados pela atenção básica, fato também observado por Lago *et al.* (2010) em seu estudo realizado no município de Florianópolis. Visto que algumas vezes os serviços da atenção básica não apresentam resolubilidade ou até mesmo pela falta de profissionais nessas instituições, como é salientado nas falas a seguir.

Primeiro fui no posto de saúde, mas não tinha nenhum médico lá e de lá vim pra cá pro hospital (Dorothy Gale).

Eu procurei o postinho de saúde, passei duas semanas levando ele quase todo dia e lá passaram antibiótico, mas nada dele melhorar então eu decidi procurar o hospital, porque aqui a assistência é melhor (Bruxa Malvada do Leste).

Esses relatos corroboram com os achados de Silva *et al.* (2014) onde os participantes apontam que o principal motivo de não procurar a atenção básica é justamente a ausência de profissionais médicos no serviços e muitas vezes a ineficácia dos cuidados providos por esses profissionais, fato que revela as fragilidades na RAS, que reforça o direcionamento dos pacientes aos serviços oferecidos pela atenção secundária.

Vale salientar que alguns pais levaram em consideração a indicação de outras pessoas, além da confiança e credibilidade que tinham na instituição e em alguns profissionais para levarem seus filhos diretamente ao hospital.

Por que aqui tem uma médica, que como ele faz tratamento no Recife, e essa médica era residente lá justamente no dia que ela estava aqui, então eu me senti mais segura, por ela já conhece o caso dele [...] (Bruxa Boa do Sul).

Porque eu sei que o atendimento aqui é bom, aí eu trago ele diretamente pra cá, porque eu sei que ele vai ser bem atendido (Bruxa Malvada do Oeste).

Frente ao exposto observa-se que na busca por assistência, assim como no estudo de Rati *et al.* (2013) fatores como qualidade do serviço e experiências positivas no passado apresentaram papel crucial na escolha pelos serviços.

Infere-se ainda que dois indivíduos procuraram o serviço hospitalar por terem sido encaminhados pelas unidades básicas de saúde, como pode-se observar nas falas expressas abaixo.

Ela começou a ficar pálida e aí a gente levou para o postinho de saúde e do postinho de saúde eles encaminharam pra cá (Leão Covarde).

Primeiro eu fui no posto de saúde, aí chegando lá a médica viu que ele tava desidratado aí, encaminhou aqui para o hospital, aí eu já vim direto pra cá [...] (Espantalho).

A organização dos serviços em RAS contribui para o fortalecimento e organização do fluxo dos pacientes pelos serviços, por meio da utilização da referência e contra-referência, o que faz com que os indivíduos tenham acesso a outros serviços da rede em decorrência da integralidade dos cuidados (ERDMANN *et al.*, 2013).

Destacando-se assim a atuação do setor profissional, composto pelos profissionais de saúde que detém o conhecimento científico acerca dos cuidados de saúde, configurando-se como o subsistema de maior utilização na construção dos IT dos pacientes, visto que culturalmente na sociedade ocidental é o subsistema reconhecido como o formal (Helmam, 2009).

Destaca-se também que alguns participantes do estudo antes de procurar pelo hospital, exerce a prática da automedicação ou procuraram ajuda de entes próximos e/ou pessoas de maior experiência para indicar onde encontrar assistência, como pode-se verificar nas falas a seguir.

Primeiro eu fui na farmácia, aí a dona da farmácia passou um remédio, mas não adiantou, aí eu chamei o SAMU que me levou pro hospital de São João do Rio do Peixe, lá o médico medicou várias vezes e a dor não passava, parou de vomitar, mas a dor não passava aí o médico encaminhou pra cá (Tio Henry).

Eu primeiramente quis a opinião das mais experientes comecei por minhas irmãs, liguei pra quem tinha filho e perguntei se era normal ter essa reação porque eu tenho uma filha de 15 anos e como faz um tempo eu já tinha esquecido como era essa parte, aí comecei a investigar e percebi que não era comum essa reação então foi aí

que eu fiquei mais preocupada e teve a necessidade urgência de procurar ajuda imediatamente e quis vir logo para o hospital devido à idade dele. (Totó)

No primeiro relato destaca-se a utilização do subsistema informal, por meio da automedicação, entretanto frente a persistência dos sintomas, procura-se o subsistema formal na busca de recuperação da saúde, fato semelhante Burille e Gerhardt (2014), que apontam em seu estudo, onde os participantes ao classificarem a doença como simples, buscavam primeiramente o subsistema informal, e em caso de insucesso dos cuidados oferecidos nesse subsistema, recorriam então ao subsistema profissional como segunda escolha.

Já o segundo relato demonstra que a busca pelos cuidados em saúde primariamente no subsistema popular, onde são iniciados os cuidados. segundo Helman (2009) frente ao adoecimento os indivíduos seguem uma hierarquia de recursos, variando entre a automedicação e a consulta a outras pessoas.

Diante do exposto fica claro que a construção do IT é um processo complexo e singular que envolve o contexto sociocultural do indivíduo e/ou família, onde os mesmos transitam entre os subsistemas informal, popular e profissional do cuidado, não existindo hierarquia a ser seguida, sendo o sentido do fluxo pelos subsistemas influenciado por fatores como as experiências vivenciadas nos serviços de saúde, a confiança no serviço, a indicação de pessoas que conhecem o funcionamento, entre outros fatores. Apesar da escolha do IT ser algo singular ao indivíduo, foi possível destacar pontos em que os IT dos participantes do presente estudo se assemelham-se.

Vale ressaltar que houve ausência de descrição dos participantes do subsistema popular ou informal voltado à religiosidade como um dos fatores de influência no IT dos pacientes, apesar da maioria seguir uma religião com base no cristianismo e ser residente de municípios do interior do nordeste, que historicamente tem ligação com os métodos informais de cura de doenças, como a utilização de ervas medicinais, busca por atendimento ao curandeiro ou benzedeira, crença em mitos e tabus, o que pode-se inferir, quiçá, a omissão desses dados por receio de desaprovação quanto aos cuidados adotados, antes da internação da criança.

Pode-se reafirmar que a utilização dos subsistemas popular, informal e profissional na execução do IT pode ocorrer de forma sobreposta, sem que um exclua o outro, de modo que as experiências vivenciadas previamente, a confiabilidade nos serviços de saúde, a indicação

de familiares entre outros aspectos socioculturais fundamentam o fluxo dos pacientes pelos serviços de saúde.

CATEGORIA 3 - ADVERSIDADES VIVENCIADAS DURANTE O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO

Essa categoria tem como objetivo apresentar as adversidades vivenciadas pelos pais das menores durante o IT.

Quando perguntados sobre as dificuldades encontradas durante o IT, quinze participantes relataram não ter encontrado dificuldades na busca por assistência, como revelado nas falas a seguir.

Não, nenhuma dificuldade (Bruxa Malvada do Leste).

Não de forma alguma (Bruxa Boa do Sul).

Verificou-se que a negativa em relação à alguma dificuldade vivenciada refletia dois fatos, o primeiro, que a população de um modo geral não tem conhecimento quanto a organização e hierarquização dos serviços de saúde, de modo que quando necessitam de cuidados buscam o hospital como única fonte de cuidado e cura, ainda entrelaçados ao modelo biomédico de saúde que na sociedade brasileira ainda é culturalmente o mais aceito; e o segundo ponto e de maior destaque no discurso dos sujeitos, é o desconhecimento dos seus direitos à saúde, e em decorrência acabam não percebendo as falhas dos serviços e principalmente as consequências geradas na assistência que ele recebe, não existindo a efetivação dos princípios norteadores do SUS, o que acarreta em danos diretos na qualidade da assistência oferecida à população.

Verifica-se que uma entrevistada referiu como dificuldade a falta de comunicação com os profissionais quanto a situação de saúde-doença da criança. Como observa-se abaixo.

Pelo fato dele ter sido atendido nem tanto, mas é pelo o que elas não exigiram, porque quando a gente procura uma unidade, vai atrás da cura, de segurança, então se a médica manda retornar a gente acha que tudo bem, embora que os sintomas continuaram, a segunda médica disse que só retornasse se ele tivesse sangue nas

fezes ou vomitando sangue, quer dizer, o quadro seria pior, eu assim acho que foi descaso dos três profissionais médicos (Magico de Oz).

Esse relato assemelha-se com o que foi apontado por Schraiber e colaboradores (2010) em estudo realizado em quatro estados brasileiros, onde os participantes apontavam como principal dificuldade a falta de comunicação e diálogo com os profissionais médicos durante as consultas, que geralmente reduziam-se as queixas apresentadas e a conduta estava mais relacionada a indicação de medicamentos, sendo pouco explorado os contextos de vida dos pacientes e nem a formação de vínculo e acolhimento ao paciente.

Nota-se que alguns pais referiram como dificuldade ter que procurar o serviço hospitalar por várias vezes em busca por assistência para seu filho.

Quando começou a aparecer os primeiros sintomas, eu já vim logo pra cá [...] Como já estava com 5 dias que ela apresentava os sintomas eu procurei o hospital, aí o médico me disse que não era nada grave, que quase toda criança tem muco e normalmente esse muco [...], só que nove dias depois a consistência desse muco engrossou e eu procurei novamente o hospital e ela precisou ficar internada. (Homem de Lata)

Ele adoeceu no sábado, eu procurei o hospital na terça feira, [...] aí ele foi atendido aqui, [...] só que a médica falou que poderia ser uma virose e que controlasse [...] em casa, só que a febre continuou, persistiu, 39, chegou até a 40, aí na quarta feira eu levei pra unidade básica de saúde de lá, aí o médico passou o antialérgico e nebulização e assim e eu fiz, e a febre continuou, então quando foi no sábado eu retornei aqui, ele foi atendido, [...] então eu voltei pra casa, mas a febre continuou, aí no domingo pela manhã ele apresentou o cansaço, aí como ele tava cansado na segunda eu trouxe ele. (Mágico de Oz)

[...] Na segunda com 2 dias do aparecimento dos sintomas aí fui encaminhada para cá (hospital), mas quando cheguei aqui a médica disse que ele não estava desidratado, pediu os exames e tava tudo normal, aí ela liberou para casa, aí na quarta eu voltei novamente para o hospital, o médico avaliou ele, [...] aí o médico fez os exames que deu uma alteraçãozinha, mas nada considerável [...], aí como a gente ia viajar na quarta para João Pessoa para fazer um exame ele liberou de noite e a gente viajou, mas na quinta feira ele não fez o exame porque ainda tava doente, e lá em João Pessoa ele foi pro hospital de novo, aí lá teve que tomar soro, aí chegamos de João Pessoa na terça e na terça de noite já veio pra cá. (Espantalho)

Frente aos relatos expostos, evidencia-se que os pais, com o aparecimento dos sintomas, buscam por assistência, porém nesses casos o percurso foi prolongado devido à falta de assistência por parte do profissional médico, que não considera os sintomas apresentados pelas crianças, o que acarreta na persistência e agravamento do quadro das crianças e conseqüentemente no prolongamento do início do tratamento adequado, fato semelhante ao encontrado por Delfini, Bastos e Reis (2017) em estudo realizado em São Paulo.

Diante do exposto destaca-se a fragmentação do indivíduo e a redução da prestação dos cuidados aos sintomas, desconsiderando toda a complexidade envolvida no adoecimento humano e principalmente a execução de cuidados que não consideram os aspectos socioculturais dos indivíduos, ressaltando-se assim que a partir do momento que o profissional amplia seus horizontes ao promover um cuidado transcultural chega-se assim a um cuidado significativo ao ator social, sendo pois o profissional de enfermagem a figura de maior destaque na execução desse cuidado, uma vez que apresenta-se como o principal executor dos cuidados ao paciente (LEINEINGER, 2002).

Infere-se que a exploração inter e multidisciplinar na formação do profissional de saúde, em especial do enfermeiro, favorece o reconhecimento da subjetividade do sujeito coletivo para a satisfação de suas reais necessidades. Notabilizando-se a importância de disciplinas que buscam a compreensão da subjetividade humana a exemplo a antropologia, filosofia e psicologia, tornando-se necessário também compreender comportamento dos indivíduos enquanto membros de uma sociedade e como as implicações das relações desenvolvidas nesta afetam diretamente o processo de saúde-doença do indivíduo, destacando-se também a relevância da sociologia na formação do profissionais de excelência de atendimento ao indivíduo.

O deslocamento até o hospital também foi uma dificuldade destacada por uma das entrevistadas do estudo, como pode-se verificar na fala abaixo.

Só transporte para chegar aqui no domingo que foi um pouco difícil, mas eu consegui e deu tudo certo, graças a Deus (Bruxa Boa do Norte).

No estudo realizado por Burille e Gerhardt (2014) a dificuldade de deslocamento até os serviços de saúde foi um ponto destacado pelos participantes, que muitas vezes prolongavam a procura aos serviços devidos as dificuldades geográficas.

[...] mas se lá tivesse uma ambulância, que tivesse dado assistência desde lá a ela, era melhor né? Porque a gente veio de carro, correndo risco, porque são 45 minutos de viagem, [...] tivesse sido em uma ambulância recebendo total assistência, já no oxigênio desde de lá, teria evitado que Deus me livre, tivesse acontecido alguma coisa (Leão Covarde).

A falta de ambulância apontado pela participante ressalta a falha das redes assistenciais, visto que a mesma procurou a atenção básica em uma situação de urgência,

devendo esta assumir a responsabilidade do encaminhamento e a regulação para transferência da criança. Notabilizando-se então a desarticulação entre os serviços, e a exposição da criança a situações de risco de morte.

Destaca-se desse modo que as adversidades encontradas pelos pais foram a dificuldade de comunicação com os profissionais quanto a situação de saúde-doença de seus filhos, assim como a necessidade de buscar mais de uma vez os serviços para que fossem atendidos as necessidades das crianças/adolescentes e a dificuldade de deslocamento até o hospital, demonstrando-se que existe falhas na execução e articulação dos serviços .

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Averiguou-se que os fatores que influenciam a constituição do IT das crianças e adolescentes atendidas no hospital envolvem o contexto sociocultural dos participantes, refletindo no percorrer pelos subsistemas profissional, popular e informal.

Quanto as adversidades encontradas pelos pais durante a execução dos IT, observou-se a dificuldade de comunicação com os profissionais, a necessidade de direcionar-se mais de uma vez aos serviços em busca de satisfazer as necessidades das crianças/adolescentes e dificuldades no deslocamento até os serviços, demonstrando-se de modo geral a falha na execução e articulação entre os serviços de saúde impossibilitando o atendimento integral às necessidades dos atores sociais.

Ressalta-se a relevância do estudo em tela para o reconhecimento do fluxo desenvolvido pelos indivíduos em busca pelo cuidado, elucidando-se as fragilidades dos serviços, assim como o desconhecimento da população quanto a organização da RAS, servindo, pois, subsídio para os gestores e profissionais repensarem e reorganizaram a disposição dos serviços e as ações de saúde voltadas a população.

Faz-se necessário portanto o empoderamento da população de um modo geral, quanto a organização e hierarquização dos serviços de saúde, possibilitando que os indivíduos sejam capazes de discernir qual os serviços apropriados a sua necessidade, além de identificar as falhas no desenvolvimento dos mesmos, reivindicando seus direitos por meio do princípio organizativo do SUS de participação social com a finalidade de encontrar o IT mais efetivo e eficaz.

Destaca-se ainda a importância da construção de projetos terapêuticos que considerem os aspectos socioculturais dos indivíduos, sendo esses considerados durante a execução das ações de cuidado, cabendo aos profissionais a responsabilidade da execução dos cuidados, sem a interferência de seus próprios valores.

Sugere-se a inclusão de disciplinas como a antropologia, filosofia, sociologia e a psicologia na formação dos profissionais de saúde, com exploração teórico-prática para (re)construir uma assistência resolutiva, que compreenda a subjetividade do sujeito coletivo. Além da realização de novos estudos com essa temática afim de reconhecer o funcionamento dos serviços de saúde, suas fragilidades e as necessidades da população atendida, com vistas

ao fortalecimento dos SUS e como forma de garantia da efetivação dos direitos de saúde da população brasileira.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. B.; SOUSA, I. M. A. Escolha e avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. In: RABELO, M.C.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. P. 125-138.

AMADAGI, F. R. et al. 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. 139-146, jan-mar., 2009. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/173>>. Acesso em: 27 abr 2018.

ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista Praxis**. v. 3, n. 6, p.59-62, ago., 2011. Disponível em: <<http://webserver.foa.org.br/praxis/numeros/06/59.pdf>> acesso em: 15 abr. 2018.

ARAÚJO, E. M. et al. A utilização da raça/cor em Saúde Pública: possibilidades e limites. **Interface – comunicação saúde educação**. v.13, n.31, p.383-394, 2009. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 19 nov 2018.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTA, A. V. et al. Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS: Plano Diretor Estratégico/ Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2016.

BELLUCCI JÚNIOR, J. A.; MATSUDA, L. M.; MARCON, S. S. Análise do fluxo de atendimento de serviços hospitalar de emergência: estudo de caso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. v.17, n.1, p.108-116, jan-mar, 2015. Disponível em:< <https://www.fen.ufg.br/revista/v17/n1/pdf/v17n1a13.pdf> >. Acesso em: 28 out 2018.

BERGAMASCHI, D. P.; SOUZA, J. M. P.; HINNING, P. F. **População, amostra, variável, coleta de dados, apuração de dados e apresentação tabular**. Bioestatística aplicada à Nutrição. FSP/ USP, 2011. Disponível em < http://www.fsp.usp.br/hep103/Apostila_2011.pdf>. Acesso em.15 abr 2018.

BOSI, M.L.M. Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 17, n. 3, p. 575-586, mar, 2012. Disponível em < www.scielo.br/pdf/csc/v17n3/v17n3a02>. Acesso em 15 abr 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS466/12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 12p. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 15 abr. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras Estratégias das SAS. Brasília, 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf>. Acesso em: 26 abr 2018.

BRICKS, L. F. Tratamento de febre em crianças. **Pediatria**. v.28, n.3, p.155-158, 2006. Disponível em< <https://pt.scribd.com/document/206735385/Tratamento-da-febre-em-criancas> >. Acesso em: 15 set 2018.

BURILLE, A.; GERHDT, T.E. Doenças Crônicas, problemas crônicos: encontros e desencontros com os serviços de saúde em itinerários terapêuticos de homens rurais. **Saúde Soc.** v.23, n.2, p.664-676, 2014. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n2/0104-1290-sausoc-23-2-0664.pdf> >. Acesso em: 15 nov 2018.

CARNEIRO, D. F. et al. Itinerários terapêuticos em busca do diagnóstico e tratamento da hanseníase. **Revista Baiana de Enfermagem**. v.31, n.2, p.1-9, jul., 2017. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17541>>. Acesso em 26 abr 2018.

CARNEIRO, U. S. S.; AQUINO, G. C; JUCÁ, V, J, S. Desafio da integralidade na assistência: o itinerário terapêutico de mães em sofrimento psíquico grave. **Revista de Psicologia**. v.5, n.1, p. 43-57, jan./ jun., 2014. Disponível em : <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/01/877336/1003-1678-1-sm.pdf>> . Acesso em: 25 abr 2018.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática de mulheres de virtudes aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lindel – Sindicato de Enfermeiros Portugueses, 1999.

DELFINI, P. S.S.; BASTOS, I. T.; REIS, A. O. A. Percepção familiar: a busca por cuidado em saúde mental infantil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.33, n.12, p.1-13, 2017. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00145816.pdf> >. Acesso em : 15 nov 2018.

ECKERT, C. A antropologia na atualidade. **Revista Anos 90**. V.2, n.2, maio, 1994. Disponível em:< <https://seer.ufrgs.br/anos90/article/view/6122/3626>>. Acesso em: 20 set 2018.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-America de Emfermagem**. v.21, n.1, p.1-8, 2013. Disponível em< http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_17.pdf >. Acesso em: 19 nov 2018.

FELDHAUS, T.; CANCELIER, A. C. L. Conhecimento dos pais sobre a febre em crianças. **Arquivos Catarinenses de Medicina**. v.41, n.1, p.16-21. Disponível em< <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3215/1/CarlaMariaAlvesSilva%20DM.pdf> >. Acesso em: 18 nov 2018.

HELMAN, C. G. Cuidado e cura: setores de atenção à saúde. In: _____.Cultura, saúde e doença. 5ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2009. Cap.4.

HELMAN, C. G. Introdução: a abrangência da antropologia médica. In: _____.Cultura, saúde e doença. 5ª ed. Porto Alegre: ARTMED, 2009. Cap.1.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:< <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=3&idnoticia=2170&t=censo-2010-numero-catolicos-cai-aumenta-evangelicos-espiritas-sem-religiao&view=noticia>>. Acesso em: 15 nov 2018.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/cajazeiras/panorama>>. Acesso em: 15 jul 2018.

KLEINMAN, A. Concepts a model for the comparision medical systems as cultural systems. **Social Science and Medicina**. v.12, p.85-93, 1978. Disponível em< <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0160798778900145> >. Acesso em: 15 jun 2018.

KLEINMAN, A. Rethinking Psychiatry. From Cultural category to Personal Experience. New York: The Free Press, 1988.

KÖCHE, J.C. **Fundamentos de metodologia científica:** teoria da ciência e iniciação à pesquisa. 29. ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

LAGO, L. M. et al. Itinerario terapêutico de los usuarios de uma urgência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.15, n.1, p.1283-1291, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/037.pdf> >. Acesso em:15 nov 2018.

LAHLOU, S. L'analyse lexicale. *Variances*. v.3, p.13-24, 1994. Disponível em < [http://eprints.lse.ac.uk/32941/1/L'analyse_lexicale_\(lsero\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/32941/1/L'analyse_lexicale_(lsero).pdf) >. Acesso em: 20 jun 2018.

LAHLOU, s. Text mening methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representations**. v.20, n.38, p. 1-7, 2012. Disponível em < <http://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/view/453/397> >. Acesso em: 15 set 2018.

LANGDON, E. J. A doença como experiência: A construção da doença e seu desafio para a prática médica. UFSC. Palestra oferecida na conferência 30 anos Xingu, Escola Paulista de Medicina, São Paulo, 1995. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles/62592/1/A-morte-social-em-pacientes-do-sexo-masculino-com-cancer-de-cabeca-e-pescoco-um-estudo-de-caso/pagina1.html#ixzz1KBhhBvSz>>. Acesso em: 27 abr 2018.

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, maio-jun, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_23 >. Acesso em: 20 set 2018.

LEININGER, M. M. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: **Anais do 1º Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem**, 2000, maio, Florianópolis, Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina, 1985.

LEININGER, M.M. Becoming aware of types of health practioners and cultural imposition. **Journal of Transcultural Narsing**. v.2, n.2, p. 32-39, 1991b. Disponível em < <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/104365969100200205?journalCode=tcna> >. Acesso em: 20 jun 2018.

LEININGER, M.M. **Cultural care diversity and universality**. A theory of nursing. New York. National League for Nursing, 1991a.

LEININGER, M.M. Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality. **Nursing Science Quarterly**. v.1, n.4, p.152-160, 1998. Disponível em < <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/089431848800100408> >. Acesso em: 20 jun 2018.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo; Atlas, 2010.

MELO, L.P.; CABRAL, E.R.M.; SANTOS JÚNIOR, J. A. O processo saúde-doença: uma reflexão à luz da antropologia da saúde. **Revista de Enfermagem UFPE on-line**. v.3, n.4,

p.1102-1108, 2009. Disponível em<
http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000200003 >.
 Acesso em: 19 nov 2018.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde: Revisão bibliográfica, fundamentos, conceitos e elementos constitutivos. In: _____. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Cap. 2.

MOREIRA, M. C. N.; GOMES, R.; Sá, M. R. C. Doenças crônicas em crianças e adolescentes: uma revisão bibliográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.19, n.7, p. 2083-2094, 2014. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000702083&lng=en&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 19 nov 2018.

OLIVEIRA, K. et al. Itinerário percorrido pelas famílias de crianças internadas em um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.67, n.1, p.36-42, jan-fev., 2014. Disponível em:< <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267030130005.pdf>>. Acesso em 26 abr 2018.

OUVERNEY, A. M.; NORONHA, J. C. Modelos de organização e gestão da atenção à saúde: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. v. 3. p. 143-182, 2013. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/98kpw/pdf/noronha-9788581100173-06.pdf>>. Acesso em: 29 abr 2018.

PASSOS, S. D et al. Doenças respiratórias agudas em crianças em crianças brasileiras: os cuidadores são capazes de detectar os primeiros sinais de alerta?. **Revista Paulista de Pediatria**. v.36, n.1, p. 3-9, 2018. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v36n1/0103-0582-rpp-2018-36-1-00008.pdf> >. Acesso em: 16 nov 2018.

PEREIRA NETO, A. et al. O paciente informado e os saberes médicos: um estudo de etnografia virtual em comunidades de docentes no Facebook. **História, Ciência, Saúde**. v.22, n.1, p.1653-1674, 2015. Disponível em< <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22s0/0104-5970-hcsm-22-s1-1653.pdf> >. Acesso em: 18 nov 2018.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.62, n.5, p.739-744, set-out, 2009. Disponível em:<

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000500015 >.
Acesso em: 15 set 2018.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico**. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 19, n. 6, p. 349–357, set., 2007. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17872937>>. Acesso em 20 abr 2018.

RATI, R.M.S. et al. “Criança não pode esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.12, p.3663-3672, 2013. Disponível em<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001200022 >.
Acesso em:19 nov 2018.

ROCHA, C. T. et al. Febre na infância: conhecimento, percepção e atitude materna. **Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo**. v.21, n.3, p.244-251, 2009. Disponível em<
<http://publicacoes.unid.edu.br/index.php/revistadaodontologia/article/view/463/357> >.
Acesso em: 15 nov 2018.

SALVIALTI, M. E. **Manual do Aplicativo Iramuteq**. Planaltina. Mar. 2017.

SANTOS, A. C. B. et al. Antropologia da saúde e da doença: contribuições para a construção de novas práticas em saúde. **Revista do NUFEN**. v.4, n.2, p.11-20, jun-dez, 2012. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v4n2/a03.pdf> >. Acesso em: 20 set 2018.

SANTOS, A. M. A.; JACINTO, P. A.; TEJADA, C. A. O. Causalidade entre renda e saúde: uma análise através da abordagem de dados em Painel com os Estados do Brasil. **Estudos Econômicos**. v.42, n.2, p.229-261, 2012. Disponível em<
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612012000200001 >.
Acesso em: 19 nov 2018.

SANTOS, F.F.S. et al. O desenvolvimento de saneamento básico no Brasil e as consequências para a saúde pública. **Revista Brasileira de Meio Ambiente**. v.4, n.1, p.241-251, 2018. Disponível em<
<https://revistabrasileirademeioambiente.com/index.php/RVBMA/article/view/127/113> >.
Acesso em: 19 nov 2018.

SANTOS, V. et al. IRAMUTEQ nas pesquisas qualitativas brasileiras da área da saúde: scoping review. **Investigação Qualitativa em saúde**. v.2, n.1, p.392-401, 2017. Disponível

em< <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1230/1191> >. Acesso em: 15 set 2018.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Caderno de Saúde Pública**. V.26, n.5, p.961-970, maio, 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n5/18.pdf> >. Acesso em: 1 nov 2018.

SEIMA, M. D. et al. A produção científica da enfermagem e a utilização da teoria de Madeline Leininger: revisão integrativa 1985 – 2011. **Revista Escola Anna Nery**. v.15, n.4, p. 851-857, out-dez., 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a27v15n4.pdf> >. Acesso em: 1 ago 2018.

SILVA, L. M.; TAVARES, M. S. Desconstruindo armadilhas de gênero: reflexões sobre família e cuidado na política de assistência social. **Revista Feminismos**. v.3, n.2, p. 78-90, maio-dez,2015.Disponível em:< <http://www.feminismos.neim.ufba.br/index.php/revista/article/view/310> >. Acesso em: 27 nov 2018.

SILVA, T. M.; SOUZA, S. R.; COUTO, L. L. Itinerário terapêutico de adolescentes com osteossarcoma: para o diagnóstico precoce. **Revista Mineira de Enfermagem**. v.21, n.1, p. 1-6, 2017. Disponível em:< <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1164> >. Acesso em: 16 nov 2018.

SIQUEIRA, S. M. C. Itinerários terapêuticos em urgências e emergências pediátricas em uma comunidade quilombola. 2014. 236f. Dissertação (mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em enfermagem, Salvador, 2014.

SIQUEIRA, S.M.C.; JESUS, U.S.; CAMARGO, C. L. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.1, p.179, 2016. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100179&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov 2018.

SIQUEIRA, S.M.C.; JESUS, U.S.; CAMARGO, C. L. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.1, p.179, 2016. Disponível em< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100179&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt >. Acesso em: 20 nov 2018.

SMALLMAN, N. Public understanding of science in turbulent times III: Deficit to dialogue, champions to critics. **Public Understanding of Science**. v.25, n.2, p.186-197, 2016. Disponível em:< <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0963662514549141> >. Acesso em: 15 set 2018.

TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**. v. 19, n. 6, p. 349 –357, set., 2007. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17872937>>. acesso em: 20 jul 2018.

APÊNDICE (s)

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES

ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar como voluntário(a) no estudo Itinerário Terapêutico dos Pacientes Atendidos em um Hospital Pediátrico, coordenado pela professora Gerlane Cristinne Bertino Vêras e vinculado a Universidade Federal de Campina Grande - Centro de Formação de Professores – Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras.

Sua participação é voluntária e você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade. Este estudo tem por objetivo analisar o perfil o Itinerário Terapêutico dos pacientes atendidos no Hospital Universitário Júlio Bandeira – HUIJB, sendo de importância ímpar para avaliar o perfil dos atendimentos e subsidiar planos eficazes e efetivos para qualifica-los.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: será utilizada a entrevista gravada utilizando-se de um formulário semiestruturado que contará com questões objetivas relacionadas ao perfil sociodemográfico da amostra e subjetivas relacionadas ao tema proposto.

Devido envolver coleta de dados através de formulário e entrevista gravada, este estudo apresenta risco mínimo de os participantes apresentarem timidez ou constrangimento em responder alguma das perguntas. Caso isto ocorra, os pesquisadores poderão suspender a entrevista ou orientarão ao participante que considerem responder as questões subsequentes e se sinta à vontade parar decidir sobre sua participação no estudo, permanecendo atento durante a entrevista para minimizar possíveis ansiedades.

Os benefícios da pesquisa serão para os usuários do serviço de saúde, a sociedade em geral e a comunidade acadêmica, uma vez que está possibilita o conhecimento acerca do Itinerário Terapêutico dos pacientes que são atendidos na instituição, subsidiando o planejamento de ações efetivas e eficazes para melhorar a qualidade de acesso e atendimento da sociedade.

Todas as informações obtidas serão sigilosas e seu nome não será identificado em nenhum momento. Os dados serão guardados em local seguro e a divulgação dos resultados será feita em meio científico/acadêmico e para o HUJB de maneira que não permita a identificação de nenhum voluntário de forma individualizada, por meio de pseudônimos. Todo material proveniente da pesquisa ficará arquivado pela coordenadora da pesquisa em local reservado e seguro.

Se você tiver algum gasto decorrente de sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você será indenizado.

Você ficará com uma via rubricada e assinada deste termo e qualquer dúvida a respeito desta pesquisa, poderá ser requisitada a prof^a Mestra **GERLANE CRISTINNE BERTINO VÉRAS**, ou ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos - CEP/CFP/UFCG cujos dados para contato estão especificados abaixo. A outra cópia rubrica e assinada deste termo ficará em posse dos pesquisadores.

Dados para contato com o responsável pela pesquisa Nome:	
Gerlane Cristinne Bertino Vêras	
Instituição: Universidade Federal de Campina Grande UFCG/CFP	
CEP: 58.900-000. Telefone: (83) 99399-6634	Email: gerlaneveras2@gmail.com
Dados do CEP	
Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande- CEP/CFP/UFCG, situado a Rua Sérgio Moreira de Figueiredo,	
Email: cep@cfp.ufcg.edu.br	Tel: (83) 3532-2075

Declaro que estou ciente dos objetivos e da importância desta pesquisa, bem como a forma como esta será conduzida, incluindo os riscos e benefícios relacionados com a minha participação, e concordo em participar voluntariamente deste estudo.

, de de

Assinatura ou impressão datiloscópica do
peloestudo

Nome e assinatura do responsável
voluntário ou responsável legal

APÊNDICE B - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS: ROTEIRO COM DADOS
SOCIODEMOGRÁFICOS E QUESTÕES SUBJETIVAS

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Identificação: _____ Data: ____/____/____

Idade: _____ Idade do menor: _____ Sexo: () F () M

Município de residência: _____

Bairro: _____

Diagnostico do menor: _____

- Tipo e localização da moradia:

() Casa própria () Casa alugada () Casa cedida () Outros

() Zona Urbana () Zona Rural

- Cor/Raça (autodeclarada):

() Branco () Pardo () Negro () Indio () N.R. (Não respondeu)

() Outros _____

- Estado civil:

() Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () União estável

() N.R. (Não respondeu) () Outros

- Nível de escolaridade:

() Não alfabetizado () Ensino Fundamental I Incompleto () Ensino Fundamental I Completo () Ensino Fundamental II Incompleto () Ensino Fundamental II Completo

() Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Graduação () Pós - Graduação

- Qual a renda familiar mensal (valor de referência R\$ 954,00):

() Não tem renda própria () Menor que 1 salário mínimo () 1 salário mínimo () Entre 1 e 2 salários mínimos () Entre 2 e 4 salários mínimos () Entre 4 e 6 salários mínimos () 6 salários mínimos ou mais () N.R. (Não respondeu)

- Parentesco com o menor? _____

Questões que podem ser utilizadas

1. Em qual momento do estado de saúde-doença do menor você percebeu a necessidade de buscar assistência?
2. Qual foi o caminho (quais locais) que você percorreu até chegar ao hospital? (Parentes, amigos, curandeiros, postos de saúde, etc)
3. Justifique o caminho percorrido até o internamento hospitalar. (o porquê das escolhas, indicação de alguém?...)
4. Nos serviços de saúde que procurou foi ofertada orientações sobre a necessidade de outros serviços? Explique.
5. Houve dificuldades na busca pela assistência durante o IT? (inclusive no próprio hospital).
6. Qual a sua percepção sobre o caminho percorrido?

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS

TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, **ORIENTADORA E PESQUISADORES PARTICIPANTES** da pesquisa intitulada **“Perfil Clínico-Epidemiológico e de Qualidade da Cobertura Assistencial em um Hospital Universitário**, assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cajazeiras, 02 de 05 de 2018.

Gerlane C. B. Vêras
Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Amanda Beatriz Araújo de Oliveira
Amanda Beatriz Araújo de Oliveira

Jessica Keylly da Silva Vieira
Jessica Keylly da Silva Vieira

Joyce de Souza
Joyce de Souza

Kaysa Fernandes Morais
Kaysa Fernandes Morais

Luiz Henrique da Silva
Luiz Henrique Da Silva

Wagner Maciel Sarmento
Wagner Maciel Sarmento

APÊNDICE D - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO
PESQUISADOR RESPONSÁVEL



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL

Eu, **Gerlane Cristinne Bertino Vêras**, docente da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação dos discentes, **Amanda Beatriz Araújo de Oliveira, Jessica Keylly da Silva Vieira, Joyce de Souza, Kaysa Fernandes Moraes, Luiz Henrique Da Silva, e Wagner Maciel Sarmento**, cujo projeto de pesquisa intitula-se **“PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”**.


Comprometo-me em assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com a pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas aos pesquisadores participantes e, junto com eles, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Reafirmo a minha responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo arquivados todos os dados pertinentes à pesquisa, zelando pelo sigilo e confidencialidade das informações referidas pelos sujeitos participantes. Caso seja necessário, apresentarei, sempre que solicitado pelo Comitê de ou pelos órgãos envolvidos neste estudo, o relatório de qualquer eventual modificação neste projeto, bem como sobre seu andamento e sua conclusão. Estou ciente das penalidades que posso sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução.

Por ser verdade, assino o presente compromisso.

Cajazeiras – PB, 02 de maio de 2018.


Profª Mestra Gerlane Cristinne Bertino Vêras
Coordenadora/orientadora da pesquisa

APÊNDICE E - TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS

TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE

Nós, Amanda Beatriz Araújo de Oliveira, Jessica Keylly da Silva Vieira, Joyce de Souza, Kaysa Fernandes Moraes, Luiz Henrique Da Silva, e Wagner Maciel Sarmiento, discentes do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizamo-nos, junto com nossa orientadora, a docente Gerlane Cristinne Bertino Vêras, a desenvolver a pesquisa intitulada “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO”.

Declaramos estar cientes e comprometemo-nos em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizamo-nos também pelo zelo com a pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela envolvidos, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética (CEP) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem, como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e/ou do Termos de assentimento Livre e Esclarecido assinados por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 02 de 05 de 2018.

Amanda Beatriz Araújo de Oliveira Amanda Beatriz A. de Oliveira
 Jessica Keylly da Silva Vieira Jessica Keylly da Silva Vieira
 Joyce de Souza Joyce de Souza
 Kaysa Fernandes Moraes Kaysa Fernandes Moraes
 Luiz Henrique Da Silva Luiz Henrique da Silva
 Wagner Maciel Sarmiento Wagner Maciel Sarmiento

APÊNDICE F – SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS

Para: Coordenação de Pesquisa e Extensão do HUIB


Da: Profª Mestra Gerlane Cristinne Bertino Vêras


Solicito de V.Sa., um termo de anuência para que o projeto de pesquisa intitulado “PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO” a ser desenvolvido pelos discente de graduação em enfermagem Amanda Beatriz Araújo de Oliveira, Jessica Keylly da Silva Vieira, Joyce de Souza, Kaysa Fernandes Morais, Luiz Henrique Da Silva, e Wagner Maciel Sarmento, sob minha seja realizado no Hospital universitário Júlio Bandeira – HUIB.

Antecipadamente, agradeço.

Cajazeiras, 02 de maio de 2018.

Atenciosamente,


Profª Mestra Gerlane Cristinne Bertino Vêras


Maria Mônica P. do Nascimento
Superintendente
HUIB/EBSERH

Recebido,
03/05/18

ANEXO(s)

ANEXO A – LISTA DE VERIFICAÇÃO DA CONSOLIDATED CRITERIA FOR REPORTING QUALITATIVE RESEARCH (COREQ)

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

Fonte: TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007

ANEXO B - TERMO DE ANUÊNCIA




HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MARIA BANDEIRA DE MELLO - UFCG

TERMO DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO

A Superintendência do Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello – HUJB/UFCG está de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, coordenado pelo (a) pesquisador (a) Gerlane Cristinne Bertino Vêras, docente da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras da Universidade Federal de Campina Grande.

Cajazeiras, 03 de maio de 2018.



Maria Mônica Paulino do Nascimento
Superintendente- HUJB/UFCG

Av. José Rodrigues Alves, SN - Edmilson Cavalcante
CEP 58900-000 - Cajazeiras - Paraíba
Tel (83) 3532.4750/4753
E-mail: maria.paulino@ebserh.gov.br

Continuação

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89302018.1.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.672.468

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 89302018.1.0000.5575 e sob responsabilidade de Gerlane Cristinne Bertino Vêras trata de um estudo transversal, exploratório, descritivo e analítico de abordagem quanti-qualitativa, de base documental e de campo, a ser realizado no Hospital Universitário Júlio Bandeira, em Cajazeiras – PB para fins de traçar o perfil clínico-epidemiológico e de qualidade da cobertura assistencial dessa instituição de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO tem por objetivo principal traçar o perfil clínico-epidemiológico e de qualidade da cobertura assistencial dessa instituição de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO é importante por contribuir para descrição da qualidade de cobertura assistencial do hospital pesquisado no Município de Cajazeiras, e os

Endereço: Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n

Bairro: Casas Populares

UF: PB

Município: CAJAZEIRAS

CEP: 58.900-000

Telefone: (83)3532-2075

E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br

métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Gerlane Cristinne Bertino Vêras redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto PERFIL CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL

UNIVERSITÁRIO, número 89302018.1.0000.5575 e sob responsabilidade de Gerlane Cristinne Bertino Vêras.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1132093.pdf	09/05/2018 20:16:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_submetido.pdf	09/05/2018 20:12:53	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Outros	Termo_anuencia.pdf	09/05/2018 20:02:57	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Outros	Pequisador_responsavel.pdf	09/05/2018 20:01:22	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Outros	Divulgacao_resultados.pdf	09/05/2018 20:00:42	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	09/05/2018 19:59:54	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	09/05/2018 19:59:37	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	19:59:08	Bertino Véras	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisador_participante.pdf	09/05/20 18 19:58:47	Gerlane Cristinne Bertino Véras	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/05/20 18 19:58:23	Gerlane Cristinne Bertino Véras	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/05/20 18 19:51:16	Gerlane Cristinne Bertino Véras	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 24 de Maio de 2018

Assinado por:
ERLANE AGUIAR FEITOSA DE FREITAS
(Coordenador)