

Utilização do cuidado popular por egressos de unidade de terapia intensiva neonatal

Use of popular care by discharged patients of a neonatal intensive care unit
Utilización del cuidado popular en niños salidos de unidades de cuidados intensivos neonatales

Lia Cardoso de Aguiar  <https://orcid.org/0000-0002-8730-7245>

Fernando Lamy Filho  <https://orcid.org/0000-0002-7858-4195>

Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz  <https://orcid.org/0000-0003-4156-4067>

Milady Cutrim Vieira Cavalcante  <https://orcid.org/0000-0001-6972-6246>

Hortênsia Coutinho da Rocha  <https://orcid.org/0000-0001-8222-5411>

Natany Sampaio Santos Dias  <https://orcid.org/0000-0002-2143-5287>

Zeni Carvalho Lamy  <https://orcid.org/0000-0002-9332-0542>

Como citar:

Aguiar LC, Lamy Filho F, Thomaz EB, Cavalcante MC, Rocha HC, Dias NS, Lamy ZC. Utilização do cuidado popular por egressos de unidade de terapia intensiva neonatal. Acta Paul Enferm. 2022;35:eAPE02187.

DOI

<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022A002187>



Descritores

Assistência à saúde culturalmente competente; Competência cultural; Condições sociais; Cura pela fé; Saúde da criança; Unidades de terapia intensiva neonatal

Keywords

Culturally competent Care; Cultural competency; Social conditions; Faith healing; Child health; Intensive care units, neonatal

Descriptores

Asistencia sanitaria culturalmente competente; Condiciones sociales; Curación por la fe; Salud del niño; Unidades de cuidado intensivo neonatal

Submetido

3 de Agosto de 2021

Aceito

25 de Abril de 2022

Autor correspondente

Lia Cardoso de Aguiar
E-mail: lia_cardoso@hotmail.com

Editora Associada

Ariane Ferreira Machado Avelar
(<https://orcid.org/0000-0001-7479-8121>)
Escola Paulista de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, SP, Brasil

Resumo

Objetivo: Avaliar a relação entre a busca por cuidados populares e condições socioeconômicas e de saúde relacionadas às crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal.

Métodos: Coorte retrospectiva com 165 crianças menores de 48 meses, egressas de unidade de terapia intensiva neonatal de duas das maiores maternidades públicas de uma capital do nordeste brasileiro, nos anos de 2014 e 2015. Dados perinatais foram obtidos de prontuários e sobre cuidados de saúde por meio de questionários. Criou-se um modelo teórico, estabelecendo relações entre condições socioeconômicas, presença de morbidade na alta e o impacto direto ou indireto no uso do setor popular. Para análise, utilizou-se Modelagem de Equações Estruturais ($\alpha=5\%$).

Resultados: A utilização do setor popular foi a menos prevalente entre os três setores de cuidado. A presença de morbidade na alta registrou efeito total significativo (coeficiente padronizado de 0,302; valor de $p=0,030$), porém, sem efeito direto para a busca por esse setor. Dentre as práticas do setor popular, a procura por benzedeira/curandeiro (55,3%) foi a mais prevalente.

Conclusão: Apresentar morbidade na alta da unidade de terapia intensiva neonatal, associada a outras variáveis não identificadas, é fator que pode influenciar na busca por cuidados de saúde no setor popular, sem excluir a busca por cuidados com profissionais da saúde.

Abstract

Objective: To evaluate the relationship between the search for popular care and socioeconomic and health conditions related to children discharged from a neonatal intensive care unit.

Methods: Retrospective cohort with a total of 165 children under 48 months old, discharged from the neonatal intensive care unit of two of the largest public maternity hospitals in a capital city in northeastern Brazil, in 2014 and 2015. Perinatal data were obtained from medical records and on health care through questionnaires. A theoretical model was created, establishing relationships between socioeconomic conditions, the presence of morbidity at discharge and the direct or indirect impact on the use of the popular sector. For analysis, Structural Equation Modeling was used ($\alpha=5\%$).

Results: The use of the popular sector was the least prevalent among the three care sectors. The presence of morbidity at discharge had a significant total effect (standardized coefficient of 0.302; p -value = 0.030), however, with no direct effect on the search for this sector. Among the practices of the popular sector, the search for a healer (55.3%) was the most prevalent.

Conclusion: Having morbidity at discharge from the neonatal intensive care unit, associated with other unidentified variables, is a factor that can influence the search for health care in the popular sector, without excluding the search for care with health professionals.

¹Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, MA, Brasil.
Conflitos de interesse: nada a declarar.

Resumen

Objetivo: Evaluar la relación entre la búsqueda de cuidados populares y las condiciones socioeconómicas y de salud relacionadas con niños salidos de unidades de cuidados intensivos neonatales.

Métodos: Cohorte retrospectiva con 165 niños menores de 48 meses, salidos de unidades de cuidados intensivos neonatales de dos de las mayores maternidades públicas de una capital del nordeste brasileño, durante los años 2014 y 2015. Los datos perinatales se obtuvieron de las historias clínicas y los datos sobre cuidados de salud por medio de cuestionarios. Se creó un modelo teórico, que estableció relaciones entre condiciones socioeconómicas, presencia de morbilidad en el alta e impacto directo o indirecto en el uso del sector popular. Para el análisis, se utilizó el Modelo de Ecuaciones Estructurales ($\alpha=5\%$).

Resultados: La utilización del sector popular fue la menos prevalente entre los tres sectores de cuidado. La presencia de morbilidad en el alta registró un efecto total significativo (coeficiente estandarizado de 0,302; valor de $p=0,030$), pero sin efecto directo en la búsqueda de ese sector. Entre las prácticas del sector popular, la búsqueda de acceder a un curandero (55,3%) fue la más prevalente.

Conclusión: Presentar morbilidad en el alta de la unidad de cuidados intensivos neonatales, junto con otras variables no identificadas, es un factor que puede influenciar en la búsqueda de cuidados de salud en el sector popular, sin excluir la búsqueda de cuidados con profesionales de salud.

Introdução

Os avanços na assistência neonatal têm aumentado a sobrevivência de recém-nascidos pré-termos com idade gestacional de nascimento cada vez menor.⁽¹⁾ Nesse contexto, apesar da histórica hegemonia do modelo biomédico de atenção à saúde ao longo dos anos, a medicina tradicional tem sido insuficiente diante da complexidade dos problemas de saúde da população brasileira, que possui características peculiares em cada região do país,⁽²⁾ como é o caso de crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal.⁽³⁾

O sistema de cuidado à saúde é social, culturalmente construído e fornece às pessoas caminhos para a interpretação de sua condição e ações possíveis na busca do tratamento para sua doença.⁽⁴⁾ Esse sistema constitui-se internamente pela interação de três tipos de cuidados diferentes que formam setores: o informal, que envolve cuidados informais relacionados ao autotratamento e medicalização e à obtenção de conselhos com amigos ou parentes; o profissional, que contempla os cuidados formais de saúde oferecidos pelos diversos serviços de saúde, e o popular, que abrange os cuidados populares ou tradicionais expressos em práticas de curadores religiosos.

No cuidado popular em saúde, as práticas são baseadas em indivíduos que se especializam em formas de cura que são sagradas ou seculares ou, ainda, uma mistura das duas, chamados de curandeiros, ocupando uma posição intermediária entre os setores informal e profissional.⁽⁴⁾

No Brasil, especialmente na Região Nordeste, as práticas populares são utilizadas comumente na busca de solução para problemas de saúde, com o objetivo de prevenir ou curar doenças.⁽⁵⁾ Baixa escolaridade materna^(6,7) e renda familiar mensal baixa⁽⁸⁾ ou complementada com benefícios de programas do governo⁽⁹⁾ são apontadas como condições socioeconômicas e demográficas desfavoráveis, que levam à busca pelo setor popular de cuidados.

Porém, há poucos estudos nacionais atuais sobre o tema.⁽¹⁰⁻¹²⁾ Esses estudos se limitam a descrever situações e características do uso de cuidados alternativos de saúde, principalmente do setor popular, eximindo-se de testar hipóteses explicativas para a procura desse tipo de cuidado.^(3,13-15) Ainda, praticamente não há estatísticas que expliquem o mercado, o consumo e os costumes de uso dos cuidados populares e de outras práticas alternativas no Brasil.⁽¹³⁾

Nesse sentido, constituiu objetivo deste estudo avaliar a relação entre a busca por cuidados populares e condições socioeconômicas e de saúde relacionadas às crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal.

Métodos

Coorte retrospectiva com crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal de duas das maiores maternidades públicas de uma capital do nordeste brasileiro, nos anos de 2014 e 2015.

Constituíram critérios de inclusão ser criança com idade menor de 48 meses, egressas dessas

unidades de terapia intensiva neonatal e residentes na cidade de estudo. Não foram incluídas crianças que permaneceram na cidade apenas para consultas, exames ou outros seguimentos.

No levantamento inicial com a utilização de prontuários, identificaram-se 293 crianças elegíveis. Destas, 39 crianças residiam em outra cidade no período de aplicação dos questionários, 86 não foram localizadas e três se recusaram a participar deste estudo. Foram avaliadas 165 crianças, e uma evoluiu a óbito 5 meses após a alta da unidade de terapia intensiva neonatal. Para as 165 crianças, foi realizado cálculo de poder amostral, considerando a variável de exposição “presença de morbidade na alta”, mantendo-se intervalo de confiança de 95%; risco relativo significativo de 2,0 e risco de desfecho positivo entre expostos/não expostos de 40/19. Obteve-se poder amostral de 80%.

A coleta de dados ocorreu em 2016, quando as crianças participantes estavam com aproximadamente 2 anos. Nessa ocasião, por meio de prontuários, foram coletados dados cadastrais, de internação na unidade de terapia intensiva neonatal e perinatais da criança: idade gestacional ao nascer (pré-termo, a termo); baixo peso ao nascer (sim, não); Apgar no primeiro minuto (<7, >7); Apgar no quinto minuto (<7, >7) e morbidades na alta da unidade de terapia intensiva neonatal. Foram obtidas também informações sobre consultas de pré-natal da mãe, categorizadas em “nenhuma”, “menos que seis consultas” e “seis ou mais consultas”.

Para a idade gestacional, foram consideradas pré-termo crianças nascidas com <37 semanas e a termo aquelas com ≥37 semanas.⁽¹⁶⁾ Peso ao nascer <2.500g foi considerado baixo peso e aqueles com ≥2.500g sem baixo peso.⁽¹⁷⁾ O mapeamento das principais morbidades apresentadas entre os recém-nascidos, cardiopatias em sua maioria, gerou a variável “morbidades na alta”, que foi considerada uma das preditoras neste estudo e categorizada em presença ou ausência de morbidades.

Em seguida, agendou-se a aplicação dos questionários com cada mãe, por meio de contato telefônico. Após três tentativas de contatos telefônicos sem êxito, realizava-se busca ativa no endereço constante no prontuário. Durante a visita ao domicílio, apli-

cou-se um questionário semiestruturado, contendo questões relacionadas às crianças, às mães e ao uso do setor popular.

As variáveis maternas obtidas foram: idade em anos (15 a 19; 20 a 35 ou 36 a 45); cor de pele autorreferida (branca ou não branca); escolaridade (ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, ensino superior incompleto e ensino superior completo); religião (sim ou não); situação conjugal (com ou sem companheiro); renda familiar mensal em salários mínimos considerando os valores de R\$880,00 no ano de 2016, R\$937,00 em 2017 e R\$954,00 em 2018 (menor que um, um a três, quatro a sete e oito a dez) e número de gestações (uma, duas, três, quatro a cinco e seis ou mais).

A categorização da idade materna foi baseada no maior risco perinatal para as gestantes antes dos 20 anos e após os 35 anos de idade.^(18,19) Benefícios governamentais constituíram a variável “benefício de programas do governo”, não sendo somados aos valores declarados da renda.

As variáveis da criança foram: sexo (masculino ou feminino); cor de pele referida pela mãe (branca ou não branca); idade em meses (até 11, 12 a 23, 24 a 35 ou 36 a 47); adoecimento pós-alta (nenhum, doença com prognóstico bom ou doença com prognóstico ruim) e reinternações (zero, uma, duas, três, quatro vezes ou mais).

A variável adoecimento pós-alta foi obtida a partir da questão “Quais doenças clínicas ou condição de saúde que a criança apresentou até o momento?” e categorizada em nenhuma, doença de prognóstico bom e doença de prognóstico ruim. Para classificação do tipo de prognóstico, foi considerada a definição de Clarck,⁽²⁰⁾ “predição do curso de uma doença após a sua instalação”.

Utilização do setor popular (sim ou não) constituiu a variável desfecho. Foi elaborado um modelo teórico explicativo com variáveis relacionadas a características da mãe (escolaridade materna, renda familiar, benefício de programa do governo e religião) e da criança (ordem de nascimento e morbidades na alta da unidade de terapia intensiva neonatal; e relacionadas ao seguimento pós-alta, como encaminhamento, acompanhamento por Equipe Saúde da

Família, adoecimentos pós-alta, reinternações e dificuldade para conseguir cuidados).

A variável “dificuldade para conseguir cuidados” foi obtida da seguinte questão: “Você encontra dificuldades para obter cuidado de saúde? (sim ou não). A dificuldade de acesso aos serviços de saúde permeia não apenas as condições socioeconômicas, mas também o entendimento de que as práticas populares estão ligadas à tradições e culturas do saber local.”^(5,21)

Também foram criadas, por meio de análise fatorial, duas variáveis latentes para análise do modelo teórico: condição socioeconômica, com carga fatorial de 1,00, e história obstétrica, com carga fatorial de 0,79. Para a variável latente condição socioeconômica, utilizaram-se as variáveis escolaridade materna, renda familiar e benefício de programas do governo. A escolha dessas variáveis para composição da variável condição socioeconômica baseou-se em estudos de tratamentos alternativos em indivíduos com menor escolaridade^(6,7) e com a renda mensal familiar.⁽⁸⁾ A inclusão da variável benefício de programas do governo na composição dessa variável latente se deu pelo fato da adesão a esses programas contribuir na complementação da renda familiar.

A variável latente história obstétrica foi criada com as variáveis ordem de nascimento e número de gestações. Parece haver uma predileção para o uso de práticas de cuidados populares entre os primogênitos de mães primíparas, justificada por maior influência de pessoas mais velhas da família, principalmente de avós, sobre uma mãe ainda inexperiente.⁽²¹⁾ Também há indícios de que o cuidado domiciliar com o recém-nascido, mesmo entre as mães múltíparas, é influenciado pelas condições socioculturais e crenças populares.⁽²²⁾

A escolha dessas variáveis baseou-se em estudos em que características socioeconômicas e demográficas⁽²³⁻²⁵⁾ e a presença de morbidades na alta^(26,27) são frequentemente apontadas concomitantes ao uso do setor popular. O modelo teórico estabelecido levou em consideração as relações entre condição socioeconômica, presença de morbidade na alta e seu impacto direto ou indireto na busca pelo setor popular (desfecho).

Na análise descritiva, utilizou-se a versão 14.0 do *software* Stata (StataCorp LP, College Station,

Estados Unidos). Para análise dos fatores associados à utilização do setor popular, utilizou-se a Modelagem de Equações Estruturais, utilizando o *software* MPlus[®], versão 7.4 (Muthen & Muthen, Carolina do Norte, Estados Unidos).

A Modelagem de Equações Estruturais testa empiricamente um conjunto de relacionamentos de dependência por meio de modelo que operacionaliza a teoria. Nessa modelagem, pode-se incorporar construtos ou variáveis latentes na análise. Um construto ou variável latente é um conceito teorizado e não observado que não pode ser medido diretamente, mas pode ser representado ou medido por duas ou mais variáveis observáveis ou mensuráveis e tem justificativa prática e teórica na melhoria da estimativa estatística.⁽²⁸⁾

As relações causais (entre as variáveis) de interesse na Modelagem de Equações Estruturais podem ser causal direta (uma variável causa efeito em outro diretamente), causal indireta (uma variável causa um efeito em outro por meio de uma terceira variável), relações espúrias (duas variáveis têm uma variável comum que exerce efeito em ambas) e associação sem correlação (não é possível determinar se a variável comum contribui para a covariação entre duas variáveis anteriores por meio de relações espúrias ou indiretas).⁽²⁸⁾

Foi realizada estimativa pelo método dos mínimos quadrados ponderados, ajustados pela média e variância, empregado para as variáveis categóricas, sendo robusto na ausência de normalidade. A parametrização *theta* controlou as diferenças de variâncias residuais. Na análise das estimativas padronizadas para a construção das variáveis latentes, considerou-se carga fatorial superior a 0,4 e $p < 0,05$ como indicativa de que a correlação entre a variável observada e o construto é moderadamente alta em magnitude.⁽²⁸⁾

O ajuste do modelo foi determinado por: valor de p superior a 0,05 para o teste do qui-quadrado; $p < 0,05$ e limite superior do intervalo de 90% de confiança (IC90%) inferior a 0,08 para a raiz da média dos quadrados dos erros de aproximação; valores superiores a 0,95 para o *comparative fit index* (CFI) e o *Tucker Lewis Index* (TLI) e valor da raiz quadrada média ponderada residual menor que 1.

Primeiramente, foram testados sete caminhos (C) indiretos para análise da relação entre as condições socioeconômicas e o uso do setor popular: C1 religião declarada; C2 seguimento especializado pós-alta; C3 acompanhamento por Equipe Saúde da Família, morbidades na alta unidade de terapia intensiva neonatal e adoecimento pós-alta; C4 morbidades na alta unidade de terapia intensiva neonatal; C5 adoecimento pós-alta; C6 dificuldades para obter cuidado e C7 história obstétrica. Para avaliação da relação entre a morbidade na alta da unidade de terapia intensiva neonatal e o uso do setor popular foram testados três caminhos indiretos: C1 seguimento especializado pós-alta; C2 religião e C3 adoecimento pós-alta. As cargas fatoriais foram menores que 0,40 para todos os itens e não apresentaram significância estatística.

O modelo inicial não apresentou bom ajuste. Assim, realizou-se a inclusão de caminhos partindo das variáveis encaminhamento para seguimento e história obstétrica, ambas em direção ao uso do setor popular. Porém, a modificação mais plausível foi incluir um caminho das variáveis história obstétrica e Equipe Saúde da Família em direção à morbidades na alta, que originou o modelo utilizado (modelo final).

O modelo final não apresentou índices bem ajustados, porém foi escolhido considerando-se o ponto de vista teórico. Ao comparar o modelo hipotético ideal com o modelo proposto, o teste do qui-quadrado não mostrou diferenças significativas, indicando adequação do modelo. O valor da raiz da média dos quadrados dos erros de aproximação foi menor que máximo aceitável, mostrando semelhança entre os modelos examinados e o modelo hipotético. Já os índices CFI e TLI estiveram abaixo dos valores de referência (Tabela 1).

Esta pesquisa foi aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, sob o parecer 1.588.178 (Certificado de Apresentação de Apreciação Ética: 54415016.0.0000.5086), emitido em 13 de junho de 2016. Nos casos de mães com idade inferior a 18 anos, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi assinado por seu responsável legal.

Tabela 1. Utilização do setor popular segundo as características das crianças egressas de UTIN

Variáveis	Setor popular			IC95
	Sim n(%)	Não n(%)	p-value	
Sexo			0,643*	0,50-0,65
Masculino	30(63,8)	65(55,1)		
Feminino	17(36,2)	53(44,9)		
Cor de pele			0,445*	0,72-0,85
Branca	13(27,7)	22(18,6)		
Não branca	34(72,3)	96(81,4)		
Idade em meses			0,150**	0,90-0,98
Até 11 meses	2(4,3)	2(1,7)		
12 a 23 meses	2(4,3)	4(3,4)		
24 a 35 meses	24(51,0)	69(58,5)		
36 a 47 meses	19(40,4)	43(36,4)		
Idade da mãe em anos*			0,662**	1,88-196
15-19 anos	3(6,4)	10(8,5)		
20-35 anos	32(68,1)	28(71,8)		
36-45 anos	12(25,5)	10(19,7)		
Escolaridade da mãe*			0,346**	3,55-3,97
Ens fund incompleto	8(17,4)	8(6,8)		
Ens fund completo	2(4,4)	10(8,5)		
Ens méd incompleto	8(17,4)	15(12,7)		
Ens méd completo	18(39,1)	59(50,0)		
Ens sup incompleto	3(6,5)	13(11,0)		
Ens sup completo	7(15,2)	13(11,0)		
Religião**			0,562**	0,80-0,93
Sim	36(7,7)	62(84,9)		
Não	3(92,3)	11(15,1)		
Situação conjugal da mãe*			0,918**	0,26-0,41
Com companheiro	31(66,0)	79(67,5)		
Sem companheiro	16(34,0)	38(32,5)		
Renda familiar			0,688**	1,56-1,77
Menor que 1 salário mínimo	5(10,6)	16(13,6)		
1 a 3 salário mínimo	35(74,5)	92(78,0)		
4 a 7 salário mínimo	6(12,8)	7(5,9)		
8 a 10 salário mínimo	1(2,1)	3(2,5)		

*Teste Qui-Quadrado; **Teste Exato de Fisher; *n=164; **n=112. 0 n das variáveis diferem devido ao número de perdas por categorias

Resultados

Dentre as crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal que utilizaram práticas do setor popular (28,5%), a maioria era do sexo masculino e tinha cor de pele não branca e idades entre 24 a 35 meses. Suas mães apresentaram idade mais prevalente entre 20 e 35 anos, cursaram o ensino médio completo (39,1%) e possuíam renda familiar de um a três salários mínimos (74,5%) (Tabela 1). Os cuidados populares referidos foram: benzedeira/curandeiro (55,3%), unção com óleo/água (14,9%), orações de cura (23,4%) e pagamento de promessas (17,0%); quatro mães não informaram as práticas utilizadas (8,5%). O modelo inicial de análise não apresentou

bom ajuste. Realizou-se a inclusão de caminhos partindo das variáveis encaminhamento para seguimento e história obstétrica, ambas em direção ao uso do setor popular. A modificação com maior plausibilidade do ponto de vista teórico foi a de incluir um caminho das variáveis história obstétrica e Estratégia Saúde da Família em direção a morbididades na alta, o que originou o modelo final utilizado. O modelo final apresentou teste do qui-quadrado significativo ($p > 0,05$) com valor da raiz da média dos quadrados dos erros de aproximação aceitável (abaixo de 0,05), indicando adequação do modelo, embora os índices CFI e TLI tenham ficado abaixo dos valores de referência (Tabela 2). Presença de morbidade na alta registrou efeito total significativo com coeficiente padronizado (0,302; $p = 0,030$). No entanto, não houve efeito direto significativo dessa variável para a busca por cuidados no setor popular (coeficiente padronizado de 0,278; $p = 0,075$). Isso demonstra que, de alguma forma, ter diagnóstico de morbidade na alta se associa à busca do setor popular, porém possivelmente associado a algum outro fator, não investigado neste estudo, demonstrado por esse efeito indireto.

Tabela 2. Indicadores de ajuste do modelo final

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

^aTeste Qui-quadrado; ^bRoot Mean Square Error of Approximation; ^cIntervalo de Confiança 90%; ^dComparative Fit Index; ^eTucker Lewis Index; ^fWeighted Root Mean Square Residual

Nenhuma das duas variáveis latentes (condição socioeconômica e história obstétrica) se associou à procura do setor popular de cuidados, embora as condições socioeconômicas tenham demonstrado *p*-value próximo à significância (0,055) para efeito total indireto (Tabela 3).

Discussão

Neste estudo, 47 crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal foram submetidas a cuidados

Tabela 3. Coeficiente padronizado, erro padrão e *p*-value de efeitos diretos e indiretos para variáveis indicadoras

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

no setor popular em situações diversas de adoecimento, enquanto em estudo realizado na Bahia⁽³⁾ nenhum participante evidenciou o uso do setor popular. Porém não foi possível identificar, por meio das equações estruturais, efeitos diretos das variáveis deste estudo na determinação da utilização desse setor de cuidados. A variável presença de morbidade na alta se associou como efeito indireto, denotando a participação de fatores não investigados neste estudo, influenciando na busca por cuidados de saúde no setor popular.

O presente estudo teve como hipótese principal o fato de que o uso do setor popular de cuidados de saúde estivesse associado de forma direta com condições socioeconômicas mais desfavorecidas. Essa hipótese não se confirmou, embora os resultados mostrem que o efeito total indireto da variável latente condição socioeconômica tem associação limítrofe com esse desfecho. Rolim⁽¹¹⁾ aponta as piores condições socioeconômicas como um dos possíveis determinantes do uso do setor popular. Estudo realizado na cidade de Parintins (AM)⁽¹¹⁾ mostrou que práticas como o benzimento são apontadas por famílias pobres em condições de vulnerabilidades sociais como alternativa de cura em situações de ausência de assistência médica.

É possível que uma ampla gama de fatores possa influenciar na escolha do setor popular de cuidados de saúde. Entre eles, além de vulnerabilidades sociais que poderiam determinar problemas de acesso aos serviços profissionais de saúde, estão questões ligadas à cultura local, como religiões e crenças específicas, que nem sempre se associam com o grau de pobreza do indivíduo.⁽²⁹⁾

Outra possibilidade de explicação para a ausência de relação entre condição socioeconômica e a busca por cuidados populares de saúde se encontra na relativa homogeneidade da amostra estudada, no que se refere às condições socioeconômicas. Sabe-se que a maioria (91,6%) das mães estudadas vivia com renda familiar mensal de até três salários mínimos da época. Logo, é possível que esse fato tenha diminuído as chances de se demonstrarem diferenças entre grupos de melhores e piores condições socioeconômicas.

Neste estudo, a presença de morbidades na alta influenciou de forma indireta na busca de práticas populares de cuidado a recém-nascidos, revelando que as pessoas podem percorrer diversos caminhos para chegar à cura, conjugando o modelo biomédico com o tratamento espiritual ou optando por um deles após experimentar e não obter resultados com o outro. No processo de adoecimento de uma criança, mães reconhecem e associam os sinais de diferentes modos, o que influencia na busca por cuidados e tratamentos distintos, tanto na doença já instalada quanto em sua prevenção.⁽³⁾

O indivíduo acaba lançando mão de recursos naturais e de práticas existentes em seu meio social para o alívio e a cura de seus males, na busca da recuperação da saúde e o restabelecimento do equilíbrio biopsíquico.⁽¹⁴⁾ As pessoas buscam recursos biomédicos ao mesmo tempo que fazem tratamento espiritual com banhos de descarga, orações, penitências e promessas, recorrendo à umbanda, ao espiritismo ou às igrejas cristãs.⁽³⁰⁾ A adoção exclusiva de práticas populares ao contrário de outras é vista com preocupação,⁽³¹⁾ porém sua utilização, de maneira complementar, pode ser vista como aspecto positivo no comportamento das mães dessas crianças.

Dentre os cuidados populares, a procura por benzedeira/curandeiro foi a mais referida, e é relatada em diferentes regiões do Brasil.⁽¹⁰⁻¹²⁾ Em 2009, o benzimento e suas variações foram apontados como

prática frequente de cuidados com recém-nascidos de risco no Rio Grande do Sul,⁽¹⁰⁾ e a utilização dessa prática também foi relatada no Ceará, com a incorporação das rezadeiras na rotina de muitas Equipes de Saúde da Família do estado.⁽³²⁾

Neste estudo, além da utilização das práticas de cuidados populares ter sido baixa (28,5%), a utilização de cuidados com profissionais da saúde sempre esteve presente (100%). Esse resultado foi semelhante ao de estudo de itinerário terapêutico de mães de crianças egressas do Método Canguru na Bahia,⁽³⁾ que verificou que as mães procuraram alternativas nos variados sistemas, sendo o setor informal o primeiro a ser buscado; porém nenhuma mãe relatou a busca pelo setor popular. Como se tratavam de crianças com nascimento prematuro, é provável que isso explicasse a predominância da busca pelas práticas formais de cuidado.⁽³⁾ No presente estudo, mesmo se tratando de egressos de unidade de terapia intensiva neonatal, a procura pelo setor popular foi de quase um terço da amostra, estando presente apesar de em percentual relativamente baixo.

Rocha et al.⁽¹⁵⁾ também identificaram práticas do setor popular menos predominantes entre crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal, sendo tal busca motivada apenas para tratamento de doenças da alma, como mau-olhado e vento virado. A busca pelos setores de cuidado com a saúde foi influenciada pelo conhecimento prévio das famílias e sua percepção do processo saúde-doença. Em outro estudo, desenvolvido com mães de lactentes com infecção respiratória, foi observado comportamento semelhante, com procura do serviço formal de saúde concomitante ao uso de práticas populares para cuidados com a criança.⁽³³⁾

O sistema biomédico não é abandonado pelo sujeito, mas pode ser posicionado como um sistema que não responde à sua demanda.⁽³⁴⁾ Essa procura concomitante de práticas populares e profissionais também pode estar ligada à crença de que há males de cunho sobrenatural os quais a medicina tradicional não consegue curar.⁽³⁵⁾

Este estudo deparou-se com algumas limitações. A primeira foi a perda amostral, apesar de o cálculo de poder amostral de 80,0% ter se mostrado suficiente para assegurar alta probabilidade de se observar o efeito. O fato de o questionário ter sido aplicado por

profissionais de saúde também poderia ser considerado uma fragilidade, uma vez que isso pode ter influenciado as respostas das participantes. Reconhece-se que adequações no formulário de pesquisa poderiam minimizar possíveis vieses. Além disso, o ajuste dos modelos pode ter sido comprometido pela forma como os dados foram coletados/categorizados, impedindo um melhor tratamento destes dados.

Todavia, acredita-se que um ponto forte deste trabalho foi a utilização da modelagem de equações estruturais, estabelecendo relações lineares diretas e indiretas entre as variáveis e o desfecho. Ademais, é o único trabalho a abordar os fatores relacionados à utilização das práticas populares de forma quantitativa, constituindo-se um diferencial diante de análises qualitativas sobre o tema.

Conclusão

A busca pelo setor formal de cuidado é uma opção para famílias com crianças egressas de unidade de terapia intensiva neonatal. A presença de morbidade na alta da unidade de terapia intensiva neonatal, associada a outras variáveis não identificadas, é fator que pode influenciar na busca por cuidados de saúde no setor popular, sem excluir a busca por cuidados com profissionais da saúde. O trabalho chama a atenção para a importância do profissional de saúde compreender que as crenças podem gerar práticas válidas de cuidado e contribuir como importante suporte emocional e terapêutico para as famílias. Ainda, este estudo constitui importante ponto de partida para análises futuras sobre fatores determinantes da busca por práticas populares de saúde. É necessária a investigação da influência de outros fatores influenciadores pela escolha de práticas populares para o cuidado de saúde.

Agradecimentos

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e a Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão (FAPEMA).

Colaborações

Aguiar LC, Filho FL, Lamy ZC, Thomaz EBA, Cavalcante MCV, Rocha HC e Dias NSS, declararam que contribuíram com a concepção do estudo, análise e interpretação dos dados, redação do artigo, revisão crítica do manuscrito e aprovação da versão final a ser publicada.

Referências

1. Barria-Pailaquilén RM, Mendoza-Maldonado Y, Urrutia-Toro Y, Castro-Mora C, Santander-Manríquez G. Trends in Infant mortality rate and mortality for neonates born at less than 32 weeks and with very low birth weight. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(4):977-84.
2. Mello ML. Práticas terapêuticas populares e religiosidade afro-brasileira em terreiros no Rio de Janeiro: um diálogo possível entre saúde e antropologia [tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional e Saúde Pública Sergio Arouca; 2013.
3. Morais AC, Silva AC, Almeida CR, Lima KD. Therapeutic itinerary of children's mothers after the Kangaroo Method. *Cien Cuid Saúde*. 2017;16(2).
4. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of bordel and between antropology, medicine and psychiatry. California: University of California Press; 1980. 448 p.
5. Oliveira AT, Moreira CT, Machado CA, Vasconcelos Neto JA, Machado MA. Crenças e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no programa saúde da família. *Rev Bras Prom Saúde*. 2012;19(1):11-8.
6. Azevedo AM, Alonso NB, Caboclo L, Westphal AC, Silva TI, Muszkat RS. O uso da medicina alternativa e complementar por pacientes com epilepsia: risco ou benefício. *J Epilepsy Clin Neurophysiol*. 2004;10(4):201-4.
7. Madsen H, Andersen S, Nielsen RG, Dolmer BS, Høst A, Damkier A. Use of complementary/alternative medicine among paediatric patients. *Eur J Pediatr*. 2003;162(5):334-41.
8. Rodrigues Neto JF, Faria AA, Figueiredo MF. Medicina complementar e alternativa: utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. *Rev Assoc Med Bras*. 2009;55(3):296-301.
9. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Focalização e cobertura do Programa Bolsa-Família: qual o significado dos 11 milhões de famílias? Texto para discussão, nº 1396. Brasília (DF): IPEA; 2009 [citado 2022 Jan 10]. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/1398>
10. Iserhard AR, Budó ML, Neves ET, Badke MR. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do sul do Brasil. *Esc Anna Nery*. 2009;13(1):116-22.
11. Rolim DC. Vulnerabilidades e potencialidades de famílias da área urbana e rural do município de Parintins-AM. In: VIII Jornada Internacional Políticas Públicas; 22 a 25 de agosto de 2017; São Luís, Maranhão. São Luís: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, Centro de Ciências Humanas, Universidade Federal do Maranhão; 2017 [citado 2022 Jan 10]. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo4/vulnerabilidadesepotencialidadesdefamiliasdaareaurbanaeruraldomunicipio deparintinsam.pdf>

12. Góes FG, Silva MA, Santos AS, Pontes BF, Lucchese I, Silva MT. Postnatal care of newborns in the family context: an integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 4):e20190454. Review.
13. Almeida IJ, Buarque BS, Guedes TG, Sette GC, Cavalcanti AM. Evidências científicas sobre a influência cultural nos cuidados às crianças. *Rev Rede Enferm Nordeste.* 2017;18(6):840-6.
14. Oliveira AP. Práticas populares no cuidado infantil: revisão integrativa [trabalho de Conclusão de Curso]. Rondonópolis (MT): Universidade Federal de Mato Grosso; 2020 [citado 2022 Jan 10]. Disponível em: <https://bdm.ufmt.br/handle/1/1767>
15. Rocha HC, Lamy ZC, Aguiar LC, Moreira JG, Pereira MU, Albuquerque YL, et al. Busca por cuidados de saúde: itinerário terapêutico de crianças egressas de unidades neonatais. *Rev Bras Prom Saúde.* 2021;34.
16. WHO: recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obs Gynecol Scand.* 1977;56(3):247-53.
17. Prado IF, Cardoso BL, Sabatés AL, Silva SC, França NM. Desenvolvimento neuropsicomotor em crianças nascidas prematuras e com baixo peso. *Rev Lusófona Cien Reli.* 2019;21(1):327-48.
18. Gomes TG, Queiroz MN, Costa AB, Moreira AC. Desfechos perinatais relacionados a idade materna e comorbidades gestacionais nos nascimentos prematuros. *Comun Cien Saúde.* 2021;32(1):43-8.
19. Santos NL, Costa MC, Amaral MT, Vieira GO, Bacelar EB, Almeida AH. Gravidez na adolescência: análise de fatores de risco para baixo peso, prematuridade e cesariana. *Cien Saude Colet.* 2014;19(3):719-26.
20. Clarck G. Prognostic and predictive factors. In: Harris JR, Lippman ME, Morrow MH, editor. *Disease of breast.* 5th ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996. p. 461-70.
21. Gomes LM, Melo MC. Práticas populares de cuidado: percepção de gestantes em uma unidade de saúde de Petrolina-Pe. *Espaço Saúde.* 2015;16(3):53-63.
22. Costa LD, Dalorsoletta K, Warmling KM, Trevisan MG, Teixeira GT, Cavalheiri JC, et al. Dificuldades maternas no cuidado domiciliar a recém-nascidos. *Rev Rene.* 2020;21:e44194.
23. Behera MR. Relationship between maternal education and under-five mortality rate in low and middle income countries-a literature review. *Int J Heal Sci Res.* 2015;5(6):646-51.
24. Bousso RS, Poles K, Serafim TS, Miranda MG. Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45:397-403.
25. Desai S, Alva S. Maternal education and child health: Is there a strong causal relationship? *Demography.* 1998;35(1):71-81.
26. Aguiar Júnior NR, Costa IM. Uso da medicina alternativa em crianças com dermatite atópica no ambulatório de dermatologia pediátrica do Hospital Universitário de Brasília [dissertação]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2009 [citado 2020 Jan 10]. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/3928>
27. Tsao JC, Meldrum M, Kim SC, Jacob MC, Zeltzer LK. Treatment Preferences for CAM in children with chronic pain. *Evid Based Complement Alternat Med.* 2007;4(3):367-74.
28. Silva JS. Modelagem de equações estruturais: apresentação de uma metodologia [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006 [citado 2020 Jan 10]. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/8628>
29. Hoffmann-Horochovski MT. Benzeduras, garrafadas e costuras: considerações sobre a prática da benzeção. *Guaju.* 2015;1(2):110-26.
30. Minayo MC. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. *Cad Saude Publica.* 1988;4(4):363-81.
31. Faria JB, Seidl EM. Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicol Reflexão Crítica.* 2005;18(3):381-9. Review.
32. Andrade L, Barreto I, Fonseca C. A Estratégia saúde da família. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ER. *Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências.* Porto Alegre: Artmed; 2014. p. 88-99.
33. Oliveira DR, Dantas GB. Práticas culturais de cuidados entre mães de lactentes com infecção respiratória. *Rev Bras Prom Saúde.* 2012;25(2 Suppl):13-9.
34. Henriques HI, Oliveira Filho P, Figueiredo AA. Cura e adoecimento em relatos de evangélicos usuários de CAPS. *Rev Est Contemp Subjetividade.* 2017;7(2):349-62.
35. Cunha CG, Gonçalves CR. A tradição oral das práticas de benzeção. *Rev Assoc Bras Pesqui Negros.* 2018;10:30-42.