

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA
Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial

MÁRCIA VALÉRIA RATTO GUIMARÃES

PRÁTICA EDUCATIVA JUNTO AOS FAMILIARES DE LACTENTES COM
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: estudo descritivo-exploratório

Niterói

2014



MÁRCIA VALÉRIA RATTO GUIMARÃES

**PRÁTICA EDUCATIVA JUNTO AOS FAMILIARES DE LACTENTES COM
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: estudo descritivo-exploratório**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense como requisito para a obtenção do Grau de Mestre.

Linha de pesquisa: O Contexto do Cuidar em Saúde

Orientador: Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira

Niterói
Junho/2014

G 963 Guimarães, Márcia Valéria Ratto.
Prática educativa junto aos familiares de lactentes
com doenças respiratórias / Márcia Valéria Ratto
Guimarães. – Rio de Janeiro: [s.n.], 2014.
141 f.

Dissertação (Mestrado Profissional em
Enfermagem Assistencial) - Universidade Federal
Fluminense, 2014.

Orientador: Prof. Enéas Rangel Teixeira.

1. Educação em Saúde. 2. Enfermagem. 3.
Família. 4.
Cuidado da Criança. 5. Doenças Respiratórias. I.
Título

CDD 610.7

MÁRCIA VALÉRIA RATTO GUIMARÃES

**PRÁTICA EDUCATIVA JUNTO AOS FAMILIARES DE LACTENTES COM
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: estudo descritivo-exploratório**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao programa de Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense.
Área de concentração: Processo de Cuidar em Enfermagem.
Linha de pesquisa: O Contexto do Cuidar em Saúde.

Aprovada em 26 de junho de 2014

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira - Orientador
UFF

1º Examinador: Prof^a. Dr^a Florence Romijn Tocantins
UNIRIO

2º Examinador: Prof^a. Dr^a Rosane Cordeiro Burla de Aguiar
UFF

1º Suplente: Prof^a. Dr^a Fabiana Barbosa A. de Souza
UNIRIO

2º Suplente: Prof^a. Dr^a. Simone Cruz Machado Ferreira
UFF

Niterói
2014

DEDICATÓRIA

Ao meu amado pai, amigo, meu ídolo, **Valdir**, meu grande incentivador para a realização deste curso e para todas as oportunidades de crescimento pessoal e profissional da minha vida. É para o senhor que dedico esta conquista tão difícil, quase impossível, principalmente porque com quinze dias após o início das aulas o senhor nos deixou. Só Deus para me sustentar de pé e permitir que eu concluísse o curso. O meu amor e respeito transpuseram as barreiras da dor e da saudade. Eu te amo muito.

À minha amada mãe e amiga, **Nelza**, por toda dedicação, amor, incentivo, parceria, força e pelos ensinamentos transmitidos, dentre eles o de aproveitar as oportunidades de aprendizagem, porque a maior herança que os pais podem deixar para o filho é a educação. Eu te amo muito.

Às mães e seus filhos, cujas contribuições foram determinantes para a construção deste estudo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por guiar os meus passos nos momentos mais difíceis da minha vida, ainda que eu não entenda, e por ter me dado coragem para concluir mais uma etapa acadêmica. Agradeço à Ele pela oportunidade de ter me concedido uma família maravilhosa por quem tenho tanto orgulho e admiração.

Ao meu esposo Rubens, por todo apoio, carinho, compreensão e dedicação durante este período de intensas emoções.

Ao meu irmão Cláudio, pelo incentivo e pela torcida em todas as etapas da minha vida.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira, pela paciência, pelos ensinamentos, pela sabedoria, pela postura humana e sensível, tranquilizando-me nos momentos de dificuldade e me encorajando para tornar este momento realidade. Muito obrigada!

Ao Diretor de Enfermagem, Enf. Enderson Hernandes Castilho, e a ex-Gerente de Enfermagem do Ambulatório, Enf^a. Cloris Marfisa Rimes, pelo apoio e colaboração para o meu afastamento parcial durante a realização do curso.

À professora, Mestre, doutoranda e amiga, Luciana Rodrigues da Silva, por todas as palavras de incentivo para o ingresso neste curso, pelas contribuições acadêmicas fornecidas e pela valiosa parceria docente-assistencial que fazemos no atendimento as crianças.

À Professora, Dr^a Florence Romijn Tocantins, minha eterna professora, participou ativamente da minha graduação e, atualmente, como membro titular da banca examinadora, cujas

contribuições na qualificação foram extremamente valiosas para a construção desta pesquisa.

À Professora, membro titular da banca e amiga, Dr^a Rosane Cordeiro Burla de Aguiar, por todas as contribuições e disponibilidades em colaborar com o seu conhecimento, sem medir esforços para me ajudar.

À Professora, colega de turma, amiga e membro da banca, Dr^a Fabiana Barbosa Assumpção de Souza, pelo incentivo, carinho e contribuições. É um orgulho ter você na banca.

À Professora, amiga e membro da banca, Dr^a Simone Cruz Machado Ferreira, cujos ensinamentos e contribuições são transmitidos com muita propriedade, de forma doce, elegante e respeitosa.

Às Professoras Dr^a Emilia Gallindo, Ms Dulcinea Menezes Lima e Dayana, do Departamento Materno-Infantil, por todas as manifestações de carinho e preocupação com o desenvolvimento do trabalho, além dos conteúdos informados para a sua construção.

Aos meus colegas de turma pelo compartilhamento de momentos de tensão, cobrança, desenvolvimento de trabalhos, tristeza e dor, mas também divertidos, quando nos encontrávamos na madrugada no e-mail do grupo, tentando realizar alguma tarefa para o outro dia.

Às minhas amigas de trabalho do ambulatório de seguimento Ângela Nunes, Elizabeth Cotta e Maria José Abreu, que muito me incentivaram, ajudaram e torceram por mim.

Aos meus amigos que torceram para eu realizar este curso e àqueles, cuja dedicação na leitura e releitura do trabalho

contribuíram substancialmente, na organização e produção de ideias durante a construção desta pesquisa. Obrigada Renata, Ana Barros, Luciana, Rosane e Felipe.

Ao corpo docente do Mestrado Profissional de Enfermagem Assistencial, por todos os ensinamentos compartilhados para a construção deste trabalho.

Aos funcionários da secretaria da Coordenação do Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, da Universidade Federal Fluminense, em especial a Sr^a Rosane Paiva, por toda paciência, dedicação, esforço e incentivo para a concretização deste momento.

À minha psicanalista Ana Lúcia, pelo trabalho realizado comigo durante a análise fazendo com que eu percebesse a possibilidade de superar este desafio, cuja concretização pode abrir outras portas na minha vida profissional.

*A educação não transforma o mundo.
A educação muda as pessoas.
As pessoas mudam o mundo.*

Paulo Freire

RESUMO

A pesquisa aborda a prática educativa do enfermeiro na consulta de enfermagem aos familiares de lactentes com doenças respiratórias. **Objetivos:** conhecer as concepções de familiares sobre cuidados aos lactentes com doenças respiratórias a partir da prática educativa do enfermeiro visando à elaboração de prática educativa em sala de espera; descrever a concepção do familiar sobre os cuidados aos lactentes a partir da prática educativa do enfermeiro; discutir as concepções dos familiares acerca do cuidado ao lactente com doença respiratória, estabelecendo sua articulação com a prática educativa do enfermeiro na perspectiva da autonomia no cuidado e; elaborar uma prática educativa para ser utilizada em sala de espera. Referencial teórico pautado na pedagogia da autonomia de Paulo Freire. **Métodos:** pesquisa exploratória descritiva, qualitativa, desenvolvido no ambulatório de pediatria de um hospital universitário do estado do Rio de Janeiro, entre agosto de 2012 e junho de 2014. Os participantes da pesquisa foram mães dos lactentes com problemas respiratórios recorrentes, que tinham recebido orientação específica do enfermeiro sobre cuidados durante as manifestações das doenças respiratórias. Os dados foram coletados por entrevista semiestruturada e tratados por análise de conteúdo do tipo temática. **Resultados e discussão:** Emergiram três categorias: Concepção de cuidar e saberes familiares sobre sinais e sintomas respiratórios; Prática de cuidados e vivências dos familiares no cuidado ao lactente após a orientação do enfermeiro; Prática educativa na consulta de enfermagem como estratégia para favorecer a autonomia dos familiares no cuidado. O cuidar foi associado aos cuidados de manutenção da vida, afetividade, direito, dever e proteção para com seus lactentes. As mães demonstraram conhecimentos acerca da identificação dos sinais e sintomas respiratórios bem como dos sinais de alarme. A prática de cuidados aos lactentes era pautada em cuidados de manutenção da vida, com adoção de medidas de controle ambiental e de reparação, com a prevalência da automedicação. A prática educativa foi considerada de extrema importância para novos aprendizados e a consulta de enfermagem foi considerada como um momento de acolhimento, diálogo e reflexão. **Conclusão:** A consulta de enfermagem foi valorizada pelas mães como espaço de diálogo. Elas perceberam mudanças conscientes em seu cotidiano, que reduziram os problemas respiratórios dos lactentes. A prática educativa realizada em uma vertente dialógica aproximou as mães dos enfermeiros, favorecendo o processo ensino-aprendizagem, em que as mães manifestaram suas indagações, angústias e queixas. Entretanto, alguns problemas enfrentados pelos familiares são decorrentes de suas condições de vida e da dificuldade de acesso aos serviços da saúde em situações de urgência, requerendo aprofundamento de discussões em outros espaços. O produto desta pesquisa é a instituição da sala de espera como espaço para compartilhar saberes e promover saúde. Esta proposta pretende desenvolver uma prática educativa consoante aos temas emergidos na pesquisa e aos de interesse dos usuários, com vistas à ampliar as discussões, melhorar a comunicação entre enfermeiro e familiares de lactentes, estimulando sua autonomia no cuidado, na prática cotidiana, e o exercício de cidadania.

Descritores: Educação em Saúde; Enfermagem; Família; Doenças Respiratórias; Cuidado da Criança

ABSTRACT

The research discusses the educational practice of nurses in nursing consultation to families of infants with respiratory diseases. **Aims:** To learn the concepts of family about care for infants with respiratory diseases from educational nursing practice aiming at the elaboration of educational practice in the waiting room; describe the understanding of the family about the care of infants from the educational practice of the nurse; discuss the conceptions of the family regarding the care to infants with respiratory disease, establishing its joint with educational practice of the nurses from the perspective of autonomy of care; develop an educational practice to be used in the waiting room. Theoretical framework grounded in the pedagogy of Paulo Freire autonomy. **Methods:** It is a descriptive exploratory qualitative research, developed at the pediatric clinic of a university hospital in the state of Rio de Janeiro, between August 2012 and June 2014. Survey participants were mothers of infants with recurrent respiratory problems, who had received specific orientation of nurses about care during demonstrations of respiratory diseases. The technique for data collection was a semi-structured interview, and for the treatment of the data, the analysis of thematic content. **Results and discussion:** three categories emerged: Conception of care and family knowledge about respiratory signs and symptoms; Care practice and experiences of family members in the care for the infant after the guidance of the nurse; Educational practice in nursing consultation as a strategy to promote the autonomy of the family in care. The care was associated with maintenance of life care, affection, right, duty and protection to their infants. Mothers demonstrated knowledge about the identification of respiratory signs and symptoms and recognition of warning signs. The practice of care to infants was grounded in care of the maintenance of life, with the adoption of environmental control measures and repair, with the prevalence of self-medication. Educational practice was considered extremely important for new learning and nursing consultation was regarded as a moment of acceptance, dialogue and reflection. **Conclusion:** The nursing consultation was valued by mothers as a dialogic space. They realized conscious changes in their daily lives, which reduced the respiratory problems of infants. Educational practice held in a dialogical aspect approached nurses and mothers, favoring the teaching-learning process, from the opportunity of these mothers express their questions, worries and complaints. However, some problems faced by families are due to their living conditions and poor access to health services in emergency situations, requiring deepening of discussions in other spaces. The product of this research is the establishment of the waiting room as a place to share knowledge and promote health. This proposal aims to develop an educational practice according to themes emerged in the research and of interest to users, in order to broaden the discussion, improve communication between nurses and families of infants, stimulating autonomy in care, in everyday practice and exercise citizenship.

Descriptors: Health Education; Educação em Saúde; Nursing; Family; Respiratory Diseases; Child Care

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DNCr	Departamento Nacional da Criança
EEAAC	Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa
ECA	Estatuto da Criança e Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MES	Ministério da Educação e Saúde
MPEA	Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Assistência à Saúde
PEA	Práticas Educativas em Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PET	Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde
PISMI	Programa Integral de Saúde Materno-Infantil
PNH	Política Nacional de Humanização
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SOPERJ	Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFF	Universidade Federal Fluminense
TES	Tecnologias Educativas em Saúde

SUMÁRIO

RESUMO	ix
ABSTRACT	x
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	xi
<u>1 INTRODUÇÃO</u>	14
1.1 QUESTÕES NORTEADORAS	20
1.2 OBJETIVOS	20
1.2.1 Geral	20
1.2.2 Específicos	20
1.3 CONTRIBUIÇÕES	20
<u>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</u>	22
2.1 PRÁTICA EDUCATIVA: HISTÓRICO E A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM	22
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA	25
2.3 ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM	29
2.4 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS	32
2.5 TECNOLOGIA EDUCATIVA	36
2.6 CUIDADOS FAMILIAR E PROFISSIONAL	40
<u>3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</u>	44
3.1 REFERENCIAL TEÓRICO	44
3.2 METODOLOGIA	49
3.2.1 Tipo de estudo	49
3.2.2 Cenário	49
3.2.3 Participantes do estudo	53
3.2.4 Aspectos éticos	53
3.2.5 Procedimento de coleta de dados	54
3.2.6 Tratamento e análise dos dados	55
3.2.7 Produto da pesquisa	57
<u>4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</u>	59
4.1 PRIMEIRA ETAPA: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS	59
4.2 SEGUNDA ETAPA	62
4.2.1 Concepção de cuidar e saberes familiares sobre sinais e sintomas respiratórios	62
4.2.2 Prática de cuidados e vivências dos familiares no cuidado ao lactente com doenças respiratórias após a orientação do enfermeiro	69
4.2.3 Prática educativa na consulta de enfermagem como estratégia para favorecer a autonomia dos familiares no cuidado	74
<u>5 ANÁLISE DOS RESULTADOS</u>	80

5.1 CONCEPÇÃO DE CUIDAR E SABERES FAMILIARES SOBRE SINAIS E SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	80
5.2 PRÁTICAS DE CUIDADOS E VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES NO CUIDADO AO LACTENTE COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS APÓS A ORIENTAÇÃO DO ENFERMEIRO	93
5.3 PRÁTICA EDUCATIVA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA PARA FAVORECER A AUTONOMIA DOS FAMILIARES NO CUIDADO	103
6 <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	112
REFERÊNCIAS	115
APÊNDICES	124
APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	124
APÊNDICE B: ROTEIRO DA ENTREVISTA	126
ANEXO	139
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	139

1 INTRODUÇÃO

A saúde da criança tem sido uma constante preocupação governamental e dos órgãos internacionais para redução da morbimortalidade infantil, ainda significativa em nosso país. Em 2010 a mortalidade infantil foi de 19,88/1000 nascidos vivos, cujas causas foram atribuídas às afecções perinatais, às doenças infecciosas, às malformações congênitas, às doenças do aparelho respiratório, além de causas mal definidas. Apesar de ter ocorrido uma redução significativa em relação aos anos anteriores, ainda está elevada quando comparada a outros países em desenvolvimento, condição que não atende ao preconizado pela Organização das Nações Unidas (ONU)⁽¹⁾.

A redução da mortalidade infantil até o ano de 2015 é a quarta meta dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), traçados no ano 2000, mediante o agravamento de problemas de saúde da população em todo mundo⁽²⁾. Na tentativa de atender ao pacto do milênio na área materno-infantil, o Ministério da Saúde (MS), além dos pactos estabelecidos com a Organização de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Assistência à Saúde (OPAS), tem reestruturado e criado programas e estratégias que demandam um investimento pelos profissionais de saúde em atividades educativas⁽³⁾.

Os programas e estratégias, tais como: Programa de Saúde da Família, Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância preconizam que o profissional de saúde deve envolver e estimular a participação da família na adoção de ações preventivas¹ e demais intervenções necessárias, tornando-se protagonista pela produção da sua saúde e de seus dependentes, conquistando a autonomia para o cuidado da criança. Como resultado dessa prática, acredita-se que vá acontecer um favorecimento à saúde, à qualidade de vida e à sobrevivência infantil⁽⁴⁾.

O desenvolvimento físico, psíquico e social das crianças tem uma forte relação de dependência com os cuidados recebidos durante a infância por sua

¹Ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Czeresnia D, Freitas CM. Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

família. Esta representa uma instituição com possibilidades de intervenções para a promoção de cuidados diários, favorecendo a saúde integral das crianças. Esse resultado é imprescindível ao desenvolvimento humano e pode ser percebido como um dos elementos que pode romper com a iniquidade social beneficiando o desenvolvimento do país⁽⁵⁾.

A família é um produto da sociedade e mantém as relações entre seus indivíduos entremeadas e embasadas na estrutura social de classes. Unidade criativa e independente, compartilhando valores e experiências próprias, poder e afetividade, tornando-se um meio para as reivindicações da melhoria social⁽⁶⁾.

Nessa perspectiva de auxiliar a família no cuidado das suas crianças se insere a equipe de saúde, com a participação do enfermeiro, cuja atividade precípua é o cuidado em diferentes cenários tais como: unidades de saúde, hospitais, atendimento domiciliar, empresas dentre outros; bem como utiliza a prática educativa como cuidado, exercido pelo enfermeiro na consulta de enfermagem⁽⁷⁾.

A educação em saúde é considerada uma ferramenta da promoção da saúde e envolve um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção à saúde e também no suporte ao tratamento e à reabilitação. Constitui-se em recurso para a socialização do conhecimento⁽⁸⁾. É muito utilizada pelo enfermeiro com a família, em seu cotidiano, durante o atendimento à criança, principalmente na área ambulatorial independente do nível de assistência em que está inserido⁽⁷⁾.

A prática educativa realizada pelo enfermeiro ocorre no ambulatório de um hospital universitário, no serviço de pediatria, há mais de trinta anos quando foi instituída a consulta de enfermagem por iniciativa da Prof^a Dr^a Rosalda Nogueira Paim, então docente da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC) da Universidade Federal Fluminense (UFF).

E é nesse cenário que há quatro anos a pesquisadora realiza consulta de enfermagem² aos recém-nascidos e lactentes³ em situação de risco,

²A consulta de enfermagem está prevista pela Lei nº 7498/86 e Resolução COFEN 159/93 que estabelecem a sua obrigatoriedade em todos os níveis de assistência, em instituições públicas e privadas. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 159/1993, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 1993 [citado 2009 jun. 20] Disponível em: <http://www.portalcofen.com.br>.

acompanhados por suas mães ou outros familiares. O ambulatório de seguimento, atualmente multiprofissional, conta com a participação de enfermeiro, médico pediatra, nutricionista e psicóloga, cujas práticas educativas à clientela são realizadas.

No contexto desse estudo, a classificação de risco para este atendimento obedece ao Comitê de *Follow-up*⁴ da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro (SOPERJ), pioneiro no Brasil, que sugere o acompanhamento dos recém-nascidos prematuros, com baixo peso ao nascer, que apresentam síndromes genéticas, bem como outras doenças que afetam a sua qualidade de vida. Essa clientela apresenta uma maior vulnerabilidade ao adoecimento e necessita de atenção integral, qualificada e resolutiva. Portanto deve ser acompanhada em ambulatórios de alto risco por equipe especializada, além do acompanhamento pela atenção básica, conforme a rede de atenção regionalizada⁽⁹⁾.

Durante o atendimento aos recém-nascidos e lactentes, percebe-se a recorrência de alguns problemas de saúde tais como as dermatites perineais, gastroenterites e doenças respiratórias, cujas orientações para adoção de cuidados de manutenção da vida e os de reparação são discutidas com a família na consulta de enfermagem.

Os cuidados de manutenção da vida incluem alimentação, hidratação, higiene, conforto, afeto dentre outros e, neste estudo, estão também englobadas às medidas de prevenção, quais sejam: as de controle ambiental. Os cuidados de reparação estão relacionados aos cuidados realizados pelos familiares em vigência das doenças respiratórias⁽¹⁰⁾.

A vivência da pesquisadora durante a consulta de enfermagem no ambulatório de seguimento aponta a recorrência das doenças respiratórias em lactentes, como a morbidade mais frequente na consulta. Esta situação causa preocupação ao profissional e requer investigação, considerando que estes

³Recém-nascido corresponde a criança entre 0 a 28 dias de vida extrauterina e lactente corresponde à criança entre 29 dias e 02 anos exclusive. Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf

⁴ Follow-up quer dizer acompanhamento/retorno e no caso da SOPERJ existem vários seguimentos que classificam os riscos e o que está orientando esse atendimento é o seguimento de recém-nascido de risco.

agravos são responsáveis pela perda ou pouco ganho ponderal, atraso no desenvolvimento, uso muitas vezes indiscriminado de antibióticos, corticoides e soluções inalatórias, onerando o orçamento familiar e podendo prejudicar o crescimento e desenvolvimento da criança. Ressaltam-se os riscos de complicações, como a pneumonia, que demanda internação, elevando os custos da família e das unidades hospitalares. Além disso, pode ocasionar o óbito desses recém-nascidos e lactentes em situações de risco.

Em 2009 os indicadores de morbidade sobre as internações hospitalares no Sistema Único de Saúde (SUS) por doenças do aparelho respiratório na região metropolitana do Rio de Janeiro nos menores de um ano e entre um e quatro anos foi de 36,63% e 42,65%, respectivamente⁽¹¹⁾.

Constata-se durante a consulta uma forte tendência da família à utilização dos recursos da medicalização como forma prevalente de cuidado, em detrimento às medidas preventivas, que aparentemente não são valorizadas em suas falas. Este fato preocupa porque algumas doenças respiratórias podem ser evitadas com a adoção das medidas preventivas, incluídas as de controle ambiental.

A consulta de enfermagem é uma atividade profissional do enfermeiro para avaliar, intervir e agir de modo interativo com a clientela, de modo a estimulá-la a desenvolver habilidades para prestar um cuidado consciente, desconstruindo a visão do cuidado como uma ação mecânica e irreflexiva.

Para tanto, é fundamental estimular nos familiares a consciência crítica sobre o cuidado, que apesar de ser inerente ao ser humano, necessita de conhecimento, zelo, dedicação e responsabilidade. Significa dizer que cuidar é mais que um *ato*; é uma *atitude*. Portanto, abrange mais que um *momento* de atenção, zelo e de desvelo. Representa uma *atitude* de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro^(12:33).

Reconhece-se que cuidar é um ato de vida, é inerente ao ser humano e é a prática mais antiga da humanidade. Uma das aquisições de conhecimentos para cuidar acontece de forma empírica a partir das relações interpessoais no cotidiano, principalmente com as gerações anteriores⁽¹⁰⁾.

Nesta perspectiva, o enfermeiro deve inserir a prática educativa direcionada à família, envolvendo-a no cuidado considerando seus costumes,

conhecimentos, valores, práticas para que juntos possam construir novas práticas que sejam apreendidas, aplicadas e contribuam para a promoção da saúde⁽¹³⁾.

No entanto, algumas ações dos familiares frente a um agravo à saúde do lactente podem ocasionar outros problemas, inclusive prejudicando o seu crescimento e desenvolvimento. Sobre isto, foi evidenciada na literatura uma significativa relação entre a morbimortalidade por doenças respiratórias e a precariedade dos conhecimentos familiares sobre a doença e a qualidade do cuidado recebido pela criança em seu domicílio^(14,15). Isto reforça a demanda de ações educativas em saúde apropriada às características dos familiares, promovendo o cuidado domiciliar necessário ao lactente, o reconhecimento precoce da doença e dos sinais de agravo do quadro para a intervenção imediata^(13,16).

Estudos apontam para a necessidade de manter o investimento nas práticas educativas como estratégia para desenvolver a autonomia da família, manter uma comunicação horizontal entre profissional e familiar, respeitando e valorizando o saber popular para ampliar o seu conhecimento e favorecer a adesão do familiar às orientações⁽¹⁷⁾. E, ainda, descrevem os efeitos de algumas tecnologias leves⁵ que corroboram para uma melhor prática de cuidados⁽¹⁸⁾.

É fundamental que as práticas educativas para a saúde rompam com o modelo fragmentado de atenção em saúde e que favoreçam, cada vez mais, a participação familiar na promoção de cuidados domiciliares para a manutenção da vida. Para tanto, é imperativo que se considere as crenças, os valores, os saberes e as necessidades individuais.

Como uma prática participativa, a educação em saúde é compreendida como um processo teórico prático que visa à integração dos saberes do senso comum e científicos, por meio da valorização dos conhecimentos científico e popular. Considera que ambos são essenciais ao desenvolvimento das práticas de saúde, pois proporcionam aos envolvidos uma visão crítica, maior autonomia e participação frente à saúde no cotidiano⁽¹⁹⁾.

⁵ A tecnologia leve se expressa como o processo de produção da comunicação, das relações, de vínculos que conduzem ao encontro do usuário com necessidades de ações de saúde. MERHY, E.E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. *Praxis en salud un desafío para lo publico*. São Paulo: Hucitec, 1997.

Diante da magnitude do problema das doenças respiratórias, da possibilidade de prevenção de complicações e a promoção de cuidados através de ações educativas, bem como seus impactos sobre os familiares, é que se delimita como **objeto de nosso estudo** a prática educativa realizada pelo enfermeiro no cuidado de lactentes com doença respiratória na concepção da família.

A prática educativa realizada pelo enfermeiro com a clientela requer um aprofundamento sobre a concepção dos sujeitos em relação ao seu atendimento, se eles se sentem a vontade para falar de si, como eles apreendem as orientações, e se de fato apreendem e como operacionalizam os cuidados no seu cotidiano. Esse modelo de educação exige maior sensibilidade e respeito do profissional pelas necessidades culturais dos indivíduos.

A partir dessa compreensão haverá possibilidades de construir uma tecnologia educativa com a participação dos familiares. O uso de tecnologias educativas apoia o trabalho do enfermeiro e pode despertar a família para novas atitudes, resultantes de sua condição criativa e criadora; passando a cuidar de forma consciente, autônoma e emancipada⁽¹⁸⁾. Dessa forma, enfoca-se a reflexão para a transformação de suas ações individuais e coletivas, em especial para com os lactentes que dependem integralmente dos seus cuidados.

Entende-se que a utilização de estratégias tecnológicas durante o atendimento contribui com essa política de participação dos educandos no processo educativo, estimulando o protagonismo da família na produção da sua saúde e desenvolvimento de habilidades específicas aos familiares para que adotem medidas promotoras da saúde⁽¹⁸⁾ e previnam a ocorrência e as complicações de doenças respiratórias que apresentam a maior incidência nos menores de cinco anos em nosso país.

Ressalta-se que a prática educativa em uma perspectiva horizontal, dialógica e problematizadora é uma tarefa instigante, complexa, desafiadora, sobretudo estimulante para o enfermeiro, contribuindo para o papel deste profissional como agente transformador do cenário social.

1.1 QUESTÕES NORTEADORAS

- Qual a concepção dos familiares sobre os cuidados aos lactentes com doenças respiratórias a partir das práticas educativas do enfermeiro?
- De que maneira a prática educativa do enfermeiro relacionada aos cuidados aos lactentes com doenças respiratórias interfere no modo de pensar e fazer dos familiares?
- Que importância o familiar concede à prática educativa em saúde no cuidado do lactente com doença respiratória?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Geral

Conhecer as concepções de familiares sobre cuidados aos lactentes com doenças respiratórias, a partir da prática educativa do enfermeiro visando à elaboração de programação educativa em sala de espera.

1.2.2 Específicos

- Descrever a concepção do familiar sobre os cuidados aos lactentes a partir da prática educativa do enfermeiro.
- Discutir as concepções dos familiares acerca do cuidado ao lactente, estabelecendo sua articulação com a prática educativa do enfermeiro na perspectiva da pedagogia da autonomia no cuidado.
- Elaborar uma prática educativa para os familiares sobre cuidados aos lactentes com doenças respiratórias.

1.3 CONTRIBUIÇÕES

A pesquisa propõe contribuições para as áreas da assistência, ensino e pesquisa. Na assistência, o estudo pretende melhorar a comunicação profissional-

usuário⁶ em uma perspectiva dialógica e estimulando o protagonismo do usuário no cuidado à saúde dos seus dependentes, a partir da instituição da sala de espera como espaço para desenvolvimento de prática educativa.

Na área da pesquisa, o estudo pretende ampliar a produção científica acerca do cuidado familiar ao lactente em situação de risco com doença respiratória, a partir da prática educativa pelo enfermeiro, dando visibilidade a esta prática realizada em cenário hospitalar. No ensino, o estudo pretende propor a estimulação dos educadores à utilização de pedagogias problematizadoras durante o processo de formação profissional, favorecendo a proximidade deste novo enfermeiro com uma abordagem ao usuário de forma horizontal, dialógica e que de fato contribua para a sua prática profissional.

Este estudo pela sua característica está inserido na linha de pesquisa: O contexto do cuidar em saúde, vinculada ao Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA), da EEAAC/UFF.

⁶Usuários são todas as pessoas cadastradas nas unidades de saúde que utilizam os serviços de saúde. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº2488, 21 de outubro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 PRÁTICA EDUCATIVA: HISTÓRICO E A ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM

No final do século XIX e início do século XX, a prática educativa era de caráter normativo, não considerava a participação popular e as atividades educativas eram verticalizadas com enfoque na transmissão de informações que gerassem mudanças de comportamentos na população. Considerava-se a população desprovida de conhecimentos que a tornasse capaz de adotar medidas preventivas⁽²⁰⁾.

Nesse período, classificado como higienista, a doença estava relacionada com a presença dos agentes patogênicos, que quando debelados, a saúde era prontamente reestabelecida. Não se atribuíam as condições de vida das pessoas como causas de doença e da sua disseminação. Havia apenas uma preocupação com a preservação da saúde para garantir a força de trabalho da população em detrimento dos interesses capitalistas da classe dominante⁽²⁰⁾.

Surgem, então, as visitadoras sanitárias que prestavam assistência às pessoas em suas casas, reproduzindo orientações de higiene baseadas no conhecimento empírico e sem qualquer tipo de controle⁽²⁰⁾.

Em 1890 ocorreu uma crise no quadro de pessoal do Hospício Nacional de Alienados quando as irmãs de caridade foram dispensadas de suas atividades. Elas foram substituídas pelas enfermeiras contratadas na Europa. Na tentativa de melhorar a qualidade da assistência para qualificar o pessoal sem preparo, surgiu a ideia de criar uma escola para instrumentalizar o pessoal de enfermagem. Em 27 de setembro de 1890 foi criada, pelo Decreto 791, a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, quando foi instituído o ensino de Enfermagem no Brasil⁽²¹⁾.

No início do século XX as enfermeiras norte-americanas foram trazidas ao Brasil vinculadas ao projeto sanitário do governo com o patrocínio da Fundação *Rockefeller*, influenciando a criação da Escola Anna Nery⁽²²⁾. As enfermeiras norte-americanas vieram com a missão de substituir as visitadoras sanitárias ou,

ao menos, supervisioná-las. Elas atuariam na reorganização da saúde pública e serviços hospitalares e eram preparadas para prestar cuidados aos doentes. Realizavam educação em saúde para os clientes e seus familiares, a fim de reduzir a proliferação de doenças como a tuberculose, malária, cólera, febre amarela e tifo, responsáveis pelos altos índices de mortalidade naquela época⁽²⁰⁾.

Nessa ocasião, realizar educação em saúde era uma tarefa difícil, não diferindo dos dias atuais, entretanto as enfermeiras não consideravam as condições de vida da população como fator determinante da sua saúde. O desenvolvimento desta prática tinha como cerne o discurso do poder, ou seja, a imposição do saber técnico sobre o popular⁽²²⁾.

Em 1931 foi criado o Ministério de Educação e Saúde, com prioridade na educação e a saúde tendo como foco apenas o controle da febre amarela. As ações educativas eram restritas aos programas e difundidas por folhetos, cartazes, livros, catálogos, artigos e recursos audiovisuais. Naquela época as condições desfavoráveis de vida e os índices elevados de mortalidade infantil no Brasil fizeram com que os enfermeiros e demais profissionais de saúde reorientassem suas práticas de educação em saúde⁽²³⁾.

No Brasil, as práticas educativas, até então, eram realizadas por iniciativa das elites, que necessitavam da preservação da saúde das pessoas para manutenção da produção nas indústrias garantindo seus interesses econômicos. Esta supervalorização do homem como ser apenas produtivo, negando seus conceitos, valores, autonomia, colaborou para a redefinição do papel da educação em saúde como uma prática capaz de transformar, a partir do compartilhamento de saberes popular e técnico⁽²³⁾.

Ao final da década de 1970 foi realizada a Conferência Internacional de Alma Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, onde as autoridades discutiram sobre a necessidade de investimento em cuidados primários como estratégia para alcançar a saúde para todos. Em particular às pessoas de poucos recursos econômicos cuja acessibilidade aos serviços de saúde fosse restrita⁽²⁴⁾.

Em 1974 o governo percebeu a necessidade de investir em saúde, educação, saneamento, moradia, porém a falta de recursos financeiros não

viabilizou esses investimentos. Foram criados centros de saúde para enfatizar a saúde preventiva e em São Paulo houve a criação do movimento popular de saúde, onde a educação em saúde buscava ser uma assessoria técnica às demandas e iniciativas populares⁽²⁰⁾.

A Constituição Brasileira promulgada em 1988 prevê na seção II, em seu artigo 196 que: “a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”⁽²⁵⁾.

A criação do SUS em 1990 traz como uma de suas diretrizes a participação popular através de entidades representativas para formulação, gestão, execução e avaliação das políticas e ações de saúde. Com o SUS, a saúde passa a ser um dever de cada cidadão, a partir da sua corresponsabilidade pela sua saúde e daqueles que estão sob sua responsabilidade. O SUS apresenta também como diretriz a integralidade cuja competência é a articulação de atividades preventivas, curativas e de reabilitação, inclusive as atividades de educação em saúde⁽²⁶⁾.

Nesse novo modelo de atenção com exigência de pluralidade de ações para aquisição da saúde, com base no cuidado integral, foi que a enfermagem se destacou em razão da sua proximidade com o cliente. E, ainda, aprofundou conhecimentos sobre ciências humanas e sociais, aprendeu a reconhecer no outro a potencialidade de mudanças em sua vida, suscitando, assim, uma reorientação em suas práticas educativas⁽²³⁾.

É extremamente importante para o enfermeiro a compreensão e o reconhecimento de que as pessoas apresentam valores, crenças, cultura e conhecimentos, sobretudo potenciais para pensar, criar e recriar, enfim, agir conforme suas concepções de vida⁽⁸⁾. A integração dos seus saberes, suas culturas, crenças e valores subsidiam suas ações a fim de provocar mudanças importantes nos cenários sociais, econômicos, políticos, com repercussão positiva em sua vida.

Conclui-se, dessa forma, que a prática educativa foi se desenvolvendo conforme os momentos históricos vivenciados em nosso país. Esta prática inicialmente foi pautada na imposição de informações durante o período

higienista. Mais adiante, seu conceito se vinculava às mudanças de comportamento frente às epidemias. Atualmente esse conceito pode representar a fusão do conhecimento com o comportamento saudável, estimulando a visão crítica da população para a saúde, não como a ausência de doenças, mas sua interface com os determinantes de vida, tais como moradia, alimentação, lazer, trabalho, educação, saneamento, dentre outros.

Compreende-se que o ponto de partida para o profissional desenvolver a prática educativa é respeitar o universo cultural das pessoas considerando suas subjetividades, experiências, valores, saberes, crenças, bem como suas potencialidades para agir em favor de si e da comunidade⁽²⁷⁾.

Pelo exposto, adota-se como conceito de práticas educativas em saúde (PES):

práticas sociais, culturais e detentoras de racionalidades e significados históricos. As PES envolvem intencionalidades educativas, não se restringindo às informações, orientações e ações com ênfase somente na técnica, mas são processos que ocorrem no encontro entre pessoas com diferentes culturas e realidades sociais e econômicas, com representações diversas sobre a saúde, e as formas de ser e estar saudável^(28:555).

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA

A trajetória das políticas públicas para a promoção da saúde da criança teve o seu marco inicial no século XX, na década de 1930, com o primeiro programa estatal de proteção à maternidade, à infância e à adolescência instituído durante o Estado Novo e cujas atividades eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde (MES)⁽²⁹⁾.

Em 1940 foi criado o Departamento Nacional da Criança (DNCR) que estava agregado à Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância do MES. Este órgão tinha como objetivo normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil. Uma das suas atribuições era divulgar as modalidades de conhecimentos produzidas para orientar a população sobre a proteção à maternidade, infância e adolescência. Nessa época já se vislumbrava a formação de consciência da população sobre a necessidade de prevenção⁽²⁹⁾.

O Ministério da Saúde foi instituído em 1953 e assumiu todas as funções do DNCr. Em 1975 foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil que compreendia seis subprogramas, todos com objetivos de reduzir a morbidade e mortalidade infantil e da mulher, sendo um deles o de educação para a saúde⁽²⁹⁾.

Na década de 1980 surgiu uma proposta de modificação no modelo assistencial à criança em decorrência das altas taxas de mortalidade infantil. Mediante esse cenário epidemiológico, as autoridades perceberam a ineficiência do modelo tradicional de atenção com ênfase somente nas queixas que interferiam sobre a saúde da criança. Esse novo modelo previu a inserção da criança de forma sistemática nas unidades básicas de saúde para o acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, com vistas a garantir o desenvolvimento de todo o seu potencial⁽³⁰⁾.

Nesta nova concepção de atendimento à população infantil, foi criado em 1984 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Este programa pretendeu oferecer um atendimento integral aos menores de cinco anos na rede básica, com vistas a resolver seus problemas de saúde e também os fatores ambientais que interferiam negativamente no potencial de crescimento e desenvolvimento de cada criança⁽³⁰⁾.

As desigualdades socioeconômicas, as precárias condições de moradia, a ausência de saneamento e alimentação insuficiente determinavam os agravos às crianças e prejudicavam sobremaneira seu crescimento e desenvolvimento, dados comprovados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) naquela ocasião⁽³⁰⁾.

Os objetivos específicos traçados para a redução da morbimortalidade infantil foram: acompanhar o crescimento e desenvolvimento como método de organização da assistência à criança menor de cinco anos; promover o aleitamento materno e orientar a alimentação no primeiro ano de vida; aumentar a cobertura vacinal atendendo as normas do MS; identificar precocemente os sinais de agravos oferecendo tratamento adequado e oportuno; promover a educação em saúde enfatizando a participação da família nos cuidados da criança⁽³⁰⁾.

Cinco ações básicas foram elencadas como estratégia de atuação para reduzir a mortalidade infantil considerando as necessidades regionais⁽³⁰⁾, quais sejam:

- Aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame;
- Assistência e controle das infecções respiratórias agudas (IRA);
- Imunização;
- Controle das doenças diarreicas
- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pelo PAISC.

Em 1986, na Carta de Ottawa, foi formalizada a Política Nacional de Promoção da Saúde trazendo novas formas de pensar e agir para a conquista da saúde. Esta política considerou os determinantes sociais, tais como: alimentação, moradia, educação, lazer, transporte, renda, saneamento, além dos biológicos, como necessários para a aquisição de saúde⁽³¹⁾.

A promoção da saúde foi considerada, então,

uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas^(31:12).

A criação do SUS no Brasil em 1990 constituiu um marco importante para reorientar o modelo de atenção das práticas profissionais na perspectiva do cuidado integral em qualquer nível de assistência. A partir dessa época a responsabilidade pela saúde passou a ser compartilhada pelos diversos segmentos da sociedade, inclusive pela população, deixando de ser exclusividade do setor sanitário e seus profissionais⁽²⁶⁾.

Em setembro de 1990 houve um Encontro Mundial de Cúpula pela criança na sede das Nações Unidas em Nova Iorque, onde mais de 90 líderes mundiais se comprometeram em melhorar a saúde das crianças e assinaram a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança. Uma de suas metas era a redução da mortalidade infantil e de menores de cinco anos em um terço entre 1990 e 2000; e da redução de um terço dos óbitos ocasionados pelas IRA nos menores de cinco anos⁽³²⁾.

Na reunião da Cúpula do Milênio realizada em setembro de 2000, os 189 países membros da ONU analisaram os maiores problemas mundiais e assinaram um pacto conhecido como Declaração do Milênio. Nesta foram planejadas oito metas para a erradicação da pobreza e sustentabilidade do planeta que deverão ser atingidas até o ano de 2015. A quarta meta se refere à redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos em dois terços⁽²⁾.

Considerando as possibilidades de intervenção com medidas simples e eficazes que poderiam reduzir a taxa de mortalidade infantil por doenças respiratórias, especificamente a pneumonia, é criada a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Esta foi desenvolvida pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF) e se alicerça em três pilares básicos: capacitação de recursos humanos da atenção básica, reorganização dos serviços de saúde e educação em saúde para a família e comunidade a fim de que haja uma participação de todos os membros na identificação, manejo e resolução de problemas em especial dos menores de cinco anos⁽³³⁾.

A metodologia do atendimento, cuja aplicação foi pensada para a atenção básica, pode ser utilizada em qualquer nível de assistência que atende os menores de cinco anos e suas famílias. Essa estratégia instrumentaliza o enfermeiro quanto à avaliação da criança, classificação da sua situação clínica e a identificação de tratamento, que serão aprofundados no subcapítulo referente às doenças respiratórias.

Em 2005 a elaboração da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil reforça a participação da família em toda a atenção à criança, desde seu envolvimento com as informações sobre os cuidados e problemas de saúde, bem como nas propostas de abordagens e intervenções necessárias à garantia do direito de cada cidadão. Propõe ações preventivas e assistenciais capazes de prover qualidade de vida às crianças, além de fortalecer a integralidade da assistência e a atuação em equipe, com vistas a compartilhar saberes e intervenções⁽³⁾.

Não se pode deixar de fazer referência à criação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), Lei nº8069/90, que contempla às crianças os seus direitos à saúde e à vida conforme seus artigos⁽³⁴⁾:

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade.

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária.

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Entretanto, a criança sofre várias alterações físicas e psicológicas e alguns hábitos familiares podem gerar agravos à sua saúde ocasionando comprometimento em seu crescimento e desenvolvimento.

Assim, se reconhece que investir nas práticas educativas, como uma tecnologia capaz de transformar as ações individuais e coletivas, se traduz em uma ferramenta com possibilidade de melhorar os indicadores de morbimortalidade na população infantil e favorecer o desenvolvimento do país.

2.3 ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

O crescimento do ser humano é definido como um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de substituição e regeneração de tecidos e órgãos, e é expresso pelo aumento do tamanho corporal. É considerado como um dos melhores indicadores de saúde da criança, em decorrência da sua estreita dependência de fatores ambientais, tais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de

higiene, condições de habitação e saneamento básico, acesso aos serviços de saúde, refletindo, assim, as condições de vida da criança, no passado e no presente⁽⁵⁾.

É importante destacar que todo ser humano nasce com um potencial genético que poderá ou não ser alcançado, dependendo das condições de vida a que está exposto. Portanto, a recorrência de doenças respiratórias associada ao cuidado inadvertido pela família pode prejudicar o crescimento e desenvolvimento do lactente⁽⁵⁾.

Desenvolvimento é um conceito amplo que se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais. O meio ambiente exerce uma significativa participação no desenvolvimento⁽⁵⁾. As características do ser humano, seus modos de agir, pensar, sentir, seus valores são dependentes de sua interação com o meio social em que vive. Desta forma, o desenvolvimento da criança será sempre mediado por outras pessoas, pelas famílias, pelos profissionais de saúde, da educação, entre outros, que delimitam e atribuem significados à sua realidade⁽⁵⁾.

Os parâmetros de avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança podem ser realizados na atenção primária onde comumente são atendidos os recém-nascidos e lactentes de baixo risco, não excluindo também aqueles de alto risco. Estes são encaminhados para a avaliação do crescimento e desenvolvimento com acompanhamento por equipe multiprofissional através das consultas regulares em ambulatórios especializados⁽⁵⁾.

A consulta de enfermagem vem conquistando o seu espaço e se consolida como atividade-fim do enfermeiro, que atende o indivíduo, família e comunidade de modo sistemático e contínuo a fim de promover a saúde mediante diagnóstico e tratamento⁽³⁵⁾. Representa o momento da comunicação entre enfermeiro e cliente, tão necessária para a formação de vínculo, aquisição de confiança, construção de novos conhecimentos e reconhecimento da importância do cliente no seu cuidado e como ser atuante na conquista da saúde, favorecendo a prática educativa em saúde⁽³⁵⁾.

Durante a consulta de enfermagem deve-se proporcionar o acolhimento ao cliente e família respeitando os princípios da Política Nacional de Humanização (PNH). O atendimento humanizado reconhece o cliente como sujeito na produção da sua saúde, valoriza o seu saber e visão de mundo e ainda compreende que suas necessidades de atendimento vão além das questões da doença⁽³⁶⁾.

Acolher imprime ao profissional de saúde uma responsabilidade integral pelo usuário do serviço dando-lhe o direito de voz para que ele possa expressar todas as suas dúvidas e angústias. É um momento de praticar a escuta ativa, o diálogo, ser ético, compartilhar saberes e criar um vínculo que é o alicerce constitutivo da produção de saúde⁽³⁶⁾.

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS: ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética porque traz para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros^(37:6).

O vínculo do enfermeiro com a família estabelecido na consulta facilita o conhecimento do profissional acerca da história familiar, das suas condições socioeconômicas e culturais, ajuda o profissional no diagnóstico de enfermagem e na intervenção com a responsabilidade de atuar para além do problema. Isto é, instigando e estimulando a família a contextualizar sua situação e as possibilidades de mudanças⁽³⁵⁾.

“A consulta de enfermagem pediátrica resgata a importância do ato de cuidar e educar a criança e sua família por meio de uma assistência sistematizada de enfermagem, que visa à promoção, proteção e recuperação da saúde desses indivíduos”^(35:229).

Reconhece-se que cuidar é inerente ao ser humano e é a prática mais antiga da humanidade. Fundamenta-se em duas orientações: cuidar para manutenção da vida e cuidar como uma ação reparadora. Aparentemente distintas, porém complementares, uma vez que ao reparar um dano à saúde devem ser utilizados cuidados para manutenção da vida. Estes são compreendidos como de natureza alimentar, incluídos a alimentação e higiene⁽¹⁰⁾.

A consulta de enfermagem destinada aos lactentes apresenta como atribuições o exame físico; aferição dos dados antropométricos: peso, comprimento e perímetro cefálico como indicador de crescimento; avaliação do desenvolvimento, quando são reconhecidas as habilidades motoras, de comunicação, as interações sociais e cognitivas⁽⁵⁾ adequadas ou não àquela faixa etária; avaliação da situação vacinal; registro dos dados antropométricos no cartão da criança; identificação de sinais de agravos a saúde; aconselhamento e orientação aos pais.

O enfermeiro deve aproveitar a consulta para desenvolver a prática educativa com a visão do ser humano como um ser integral e inserido em uma sociedade cujos saberes, crenças, rituais, ou seja, a sua cultura deve ser respeitada. Diante disso, as ações do enfermeiro também precisam ser realizadas em uma perspectiva integral valorizando a família, dando-lhe espaço para falar, ouvir, compartilhar saberes e ter a oportunidade de refletir e agir de forma consciente e autônoma.

2.4 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Dentre as doenças prevalentes da infância e que merecem atenção pela alta morbidade estão as respiratórias. As doenças respiratórias agudas são problemas que acometem os menores de cinco anos tendo em vista a imaturidade do trato respiratório nessa faixa etária, principalmente dos recém-nascidos e lactentes em situação de risco, que apresentam maior vulnerabilidade e maior necessidade de atenção integral⁽³⁸⁾.

Denominam-se doenças respiratórias agudas quando ocorre a presença de um processo inflamatório infeccioso, exemplos são o resfriado comum, sinusite e

pneumonias ou não infecciosas como a rinite alérgica, sofrendo a influência de patógenos, fatores alérgicos e traumas. São classificadas em altas e baixas. As altas normalmente têm uma evolução benigna e as baixas se estendem por períodos maiores, podendo levar a criança à hospitalização e colocar sua vida em risco, se não forem adequadamente tratadas⁽³⁸⁾.

As doenças respiratórias crônicas acometem igualmente os tratores respiratórios superiores e inferiores e as mais comuns são a asma, rinite e doença pulmonar obstrutiva crônica. Estão aumentando nas crianças e idosos e causam impacto negativo na qualidade de vida das pessoas, bem como nas condições econômicas e sociais do país. Os fatores de risco preveníveis para doença respiratória crônica estão associados ao tabagismo, poluição ambiental, doenças ocupacionais, doença falciforme e fatores alérgicos. A pneumonia, bronquite e tuberculose também são fatores de risco por causarem cicatrizes pulmonares. Portanto, a adoção de ações educativas para a promoção de cuidados adequados para a redução desses agravos é importante⁽³⁹⁾.

As IRA são enfermidades que acometem as estruturas do sistema respiratório da epiglote para baixo e dura em torno de quinze dias. Várias são as manifestações clínicas tais como dispneia, estridor, otalgia, otorreia, rinorreia, obstrução nasal e orofaringe hiperemiada. Dentre seus diagnósticos estão o resfriado, faringite, amigdalite, bronquite, otite, podendo até complicar com a pneumonia⁽⁴⁰⁾. Esse grupo de enfermidades representa um grande problema de saúde muito comum na infância.

Alguns fatores aumentam as chances da criança desenvolver doenças respiratórias, em especial as IRA, tais como a desnutrição infantil, o baixo peso ao nascer, aleitamento materno ausente ou interrompido, prematuridade e a poluição do ar⁽³²⁾.

Essas doenças requerem cuidados específicos e avaliação continuada às respostas do lactente ao problema respiratório, condição que deve fazer parte do cuidado implementado pelo enfermeiro em sua consulta⁽³⁸⁾.

Um dos pilares da estratégia AIDPI é a prática educativa em saúde para a família e a comunidade a fim de que participem na identificação, condução e

resolução de problemas de saúde dessa família, especialmente dos menores de cinco anos⁽⁴⁾.

A maior preocupação do profissional de saúde no atendimento ao lactente com doença respiratória é a identificação dos sinais de alarme percebidos pela dificuldade em respirar e tosse, podendo ser indicativo de pneumonia ou outra infecção respiratória grave. Esta situação requer um tratamento imediato com a introdução de antibióticos, se possível iniciados no local do atendimento⁽⁴⁾.

Em casos de pneumonia os pulmões ficam rígidos resultando em hipóxia e como resposta do organismo a respiração fica rápida e ocorre tiragem subcostal, situação crítica que necessita de tratamento imediato, muitas vezes ocasionando internação do lactente⁽⁴⁾.

No entanto, muitos lactentes que são atendidos em unidades de saúde não necessitam de tratamento com antibióticos e podem ser tratados em seu domicílio com as medidas caseiras, uma vez que o uso frequente de antibiótico causa resistência bacteriana⁽⁴⁾. Da mesma forma, o uso de corticosteroides orais por curto período de tempo, mesmo que de forma intermitente, ao longo de vários anos, pode levar a uma redução no ganho de massa óssea e ocasionar maior risco de osteopenia em crianças com asma⁽⁴¹⁾.

As recomendações da estratégia AIDPI para o cuidado da família aos lactentes com doenças respiratórias no domicílio consistem em manter alimentação saudável, aumentar oferta de líquidos e identificar sinais de piora do quadro. E ainda incentivar o aleitamento materno àqueles que ainda são amamentados⁽⁴⁾.

As medidas de controle ambiental propostas pelos médicos imunologistas aos familiares de lactentes suscetíveis às doenças respiratórias de etiologia alérgicas são⁽⁴²⁾:

A casa, em particular o quarto, deve ser preferentemente bem ventilada e ensolarada; Evitar travesseiro e colchão de pena ou pena. Usar os de espuma, fibra ou látex, sempre que possível, envoltos em material plástico (vinil) ou em capas impermeáveis aos ácaros. Recomenda-se limpar o estrado da cama duas vezes por mês; Evitar tapetes, carpetes, cortinas e almofadões. Dar preferência a pisos laváveis (cerâmica, vinil e madeira) e cortinas do tipo persianas ou de material que possa ser limpo com pano úmido; Camas e berços não devem ser justapostos à parede;

Evitar bichos de pelúcia, estantes de livros, revistas e caixas de papelão no quarto de dormir; Combater o mofo e a umidade, principalmente no quarto de dormir. Verificar periodicamente as áreas úmidas da casa, como banheiro(cortinas plásticas do chuveiro, embaixo das pias, etc.). A solução de ácido fênico entre 3% e 5% pode ser aplicada nos locais mofados, até a resolução definitiva desta umidade; Evitar o uso de vassouras, espanadores e aspiradores de pó comuns. Passar pano úmido diariamente na casa ou usar aspiradores de pó com filtros especiais; Evitar animais de pelo e pena. De preferência, animais de estimação para crianças alérgicas são peixes e tartarugas. Evitar inseticidas e produtos de limpeza com forte odor; Dar preferência às pastas e sabões em pó para limpeza de banheiro e cozinha. Evitar talcos, perfumes, desodorantes, principalmente na forma de sprays; Não fumar e nem deixar que fumem dentro da casa e do automóvel; Roupas e cobertores devem ser lavados e secados ao sol antes do uso; Evitar banhos extremamente quentes. A temperatura ideal da água é a temperatura corporal; Dar preferência à vida ao ar livre. Esportes podem e devem ser praticados^(42:42).

O desconhecimento sobre o manejo da doença pode gerar práticas de cuidados inadvertidas levando a complicações que podem ter uma evolução desfavorável. Esses cuidados inapropriados geralmente são reflexos da cultura, das crenças e das condições socioeconômicas e demográficas. É muito importante que o conhecimento acerca desse complexo de patologias seja difundido para os familiares dos lactentes a fim de que reconheçam os sinais e sintomas da doença, cuidados durante a doença respiratória, reconhecimento de sinais de agravo para procura imediata do serviço de saúde e medidas preventivas para evitar novos episódios⁽⁴³⁾.

Um estudo relacionou os índices elevados de morbimortalidade por IRA com a precariedade de conhecimentos dos familiares sobre a doença e a qualidade da atenção recebida em seu domicílio⁽¹⁵⁾.

De acordo com a OPAS, as estratégias de controle das IRA que oferecem benefícios às crianças são o tratamento adequado dos casos, classificação precoce da gravidade da doença pela família e a melhoria do conhecimento, atitudes e práticas desenvolvidas pela mãe e família a partir da sua inserção no processo, participando ativamente da construção de conhecimentos que poderão melhorar a qualidade de vida da criança de forma autônoma. Portanto, não há autonomia sem conhecimento⁽⁴⁴⁾.

Quando os conhecimentos da família são traduzidos em práticas adequadas de cuidados mediante os problemas apresentados, podem reduzir a gravidade da doença ou favorecer a detecção precoce dos sinais de alarme das doenças respiratórias através de atitudes conscientes para outras intervenções necessárias⁽⁴⁵⁾.

2.5 TECNOLOGIA EDUCATIVA

As tecnologias educativas em saúde (TES) são ferramentas importantes para o desempenho do trabalho educativo e do processo de cuidar. As contribuições desses recursos se pautam na promoção à saúde, prevenção de doenças, reabilitação e reconhecimento de complicações, a fim de conferir habilidades e favorecer a autonomia do cliente⁽¹⁸⁾.

A tecnologia pode ser entendida como:

um resultado de processos concretizados a partir da experiência cotidiana e da pesquisa, para o desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos científicos para a construção de materiais, ou não, com a finalidade de provocar intervenções sobre determinada situação prática^(18:15).

A necessidade de melhorar o processo ensino-aprendizagem de forma crítico-reflexiva fez com que o enfermeiro rompesse com os modelos formais de educação em saúde e inovasse seu atendimento com a construção de tecnologias educacionais, tais como jogos educativos, cartilha, folder, manual educativo e vídeo⁽¹⁸⁾.

As práticas educativas em saúde fazem parte do cotidiano do enfermeiro e são desenvolvidas individualmente através da consulta de enfermagem e por meio de palestras, visitas domiciliares, reuniões em grupos, campanhas educativas, cursos e salas de espera⁽⁷⁾. A sala de espera é uma das estratégias preconizadas pelo PNH-MS para o acolhimento dos usuários dos serviços de saúde para o fortalecimento do seu papel como sujeito ativo na produção da sua saúde⁽³⁷⁾.

A utilização da sala de espera como espaço para práticas educativas tem sido evidenciada na literatura como campo de atuação por diferentes profissionais

de saúde, quais sejam: psicólogos, assistentes sociais, médicos e enfermeiros. O enfermeiro foi considerado:

um agente fundamental na construção de um fazer em saúde, e, através da ferramenta assistencial sala de espera, o profissional pode compreender as necessidades dos usuários, convocando-os para a co-construção de alternativas viáveis para solucionar os possíveis problemas que venham a surgir, assim é construído um processo de trabalho em saúde comum entre usuários e profissionais⁽⁴⁶⁾.

As atividades realizadas em sala de espera permitem uma maior aproximação do enfermeiro com a diversidade de realidades de vida dos usuários quanto aos seus saberes, práticas, representações, mitos e tabus, que muitas vezes não são percebidos e valorizados pelo conhecimento científico, representado pelos profissionais de saúde⁽⁴⁶⁾.

Os usuários da sala de espera não fazem parte de um grupo, mas de um agrupamento, considerado como “um conjunto de pessoas que convive partilhando de um mesmo espaço e que guardam entre si uma certa valência de inter-relacionamento e uma potencialidade em virem a se constituir como um grupo”^(47:27).

Teixeira e Veloso consideram que a sala de espera é:

um território dinâmico, onde ocorre a mobilização de diferentes pessoas a espera de um atendimento de saúde. É um espaço público em que as pessoas conversam, trocam experiências entre si, observam, emocionam-se e expressam-se, ou seja, as pluralidades emergem através do processo interativo, que ocorre por meio da linguagem^(46:2).

O espaço da sala de espera pode ser uma sala ou um corredor. A prática educativa realizada nesse espaço poderá ou não utilizar recursos didáticos, que podem variar desde os mais simples, como cartazes, figuras ilustrativas, cartilhas, até os mais sofisticados como televisão e vídeo⁽⁴⁶⁾. Alguns atributos profissionais são requeridos para o desenvolvimento de atividades em grupos ou agrupamentos, a saber: comunicação, empatia, respeito, ética, acolhimento, senso de humor e paciência⁽⁴⁷⁾.

Há necessidade de fundamentação técnica para o planejamento e desenvolvimento de práticas educativas em sala de espera. Deve considerar para

quem se destina, a temática a abordar, recursos didáticos que serão utilizados, frequência, tempo de duração e avaliação⁽⁴⁷⁾.

Os conteúdos podem ser elaborados de modo que contemplem aspectos referentes à promoção de saúde, prevenção de doenças, cuidados específicos em determinados agravos, e também discutir sobre direitos e deveres dos usuários nos serviços de saúde⁽⁴⁶⁾.

Esses espaços de compartilhamento de saberes por meio da sala de espera têm sido evidenciados em alguns estudos⁽⁴⁸⁻⁵⁰⁾ e têm apresentado resultados importantes, segundo a avaliação dos usuários.

Um relato de experiência realizado por acadêmicas de enfermagem do Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET), em Alagoas, referente às práticas educativas desenvolvidas em sala de espera com gestantes de uma unidade básica de saúde, mostrou que a sala de espera oportunizou a aproximação da gestante com o serviço. Além disso, favoreceu a participação ativa das gestantes ao serem escutadas e pela possibilidade de compartilharem seus saberes, suas experiências e seus sentimentos com as discentes. As acadêmicas utilizaram estratégias diversas como: cartolina para montagem, vídeos educativos, palestras com convidado e rodas de conversa⁽⁴⁸⁾.

Uma pesquisa descritiva, realizada no Rio Grande do Sul, com 20 mães de crianças portadoras de doenças crônicas que participaram de grupos de sala de espera apontou como positiva esta estratégia, porque socializaram as dúvidas e as dificuldades no enfrentamento dessas mães mediante as doenças crônicas de seus filhos⁽⁴⁹⁾.

Uma pesquisa convergente assistencial foi realizada em um serviço de radiologia, em Santa Catarina, com 88 usuários que foram submetidos à punção aspirativa por agulha fina de mama e tireoide. Todos os usuários foram abordados pela enfermeira antes do exame para avaliar suas percepções acerca do exame e utilizaram figuras de paisagens, pessoas, objetos e animais para que expressassem seus sentimentos frente ao exame. A partir desta dinâmica os usuários manifestaram suas dúvidas, inquietações e expectativas. Houve um momento de esclarecimento sobre o exame e, após o término, participaram de uma entrevista em relação ao exame. Esta prática proporcionou o acolhimento

através da escuta sensível, possibilitou um momento de reflexão crítica sobre o momento vivenciado pelo usuário e que reduziu a sua ansiedade⁽⁵⁰⁾.

Três pesquisadoras e enfermeiras no Ceará utilizaram oficinas educativas, trabalhadas em círculo, com valorização da escuta para as falas dos participantes (oito mães e um pai) para propor cuidados às crianças desnutridas. Estas oficinas se propunham à abertura de espaços para a discussão e reflexão sobre os cuidados cotidianos, considerando as condições de vida e enfatizando a promoção da saúde. Evidenciaram que as ações educativas instrumentalizaram os pais para cuidarem dos seus filhos. Observaram que os participantes estavam gradativamente sentindo-se com mais segurança e liberdade para cuidar⁽¹²⁾. Essa possibilidade de apreensão de conhecimentos a partir da construção coletiva tem um papel preponderante para despertar a consciência do cuidado e desenvolver a autonomia da família, tão almejada pela equipe de saúde e governo⁽¹⁶⁾.

Outra pesquisa no Ceará, realizada por seis enfermeiras, sobre a percepção das mães atendidas na puericultura em uma unidade de saúde evidenciou que os cuidados sugeridos só são executados à medida que há uma compreensão das informações. Esta apreensão está relacionada ao grau de instrução das mães e a confiança no profissional que atende na puericultura. Foi evidenciado um maior interesse sobre a alimentação, tema mais enfatizado pelo enfermeiro segundo as mães⁽⁵¹⁾.

A utilização de ação educativa dialogada utilizando folder explicativo sobre o conhecimento de familiares a respeito de queimaduras infantis em ambiente doméstico também demonstrou um efeito favorável na apreensão de conhecimentos sobre a possibilidade de prevenção das queimaduras. Esta pesquisa quase-experimental teve como amostra 40 familiares de crianças menores de quatro anos residentes no interior de São Paulo cuja morbidade por causas externas era expressiva⁽⁵²⁾.

Um estudo descritivo, realizado por profissionais do Sistema Público de Saúde do Rio de Janeiro e da Universidade Federal de Santa Maria, com três puérperas e sete gestantes teve como objetivo analisar suas percepções vivenciadas em sala de espera em uma unidade básica de saúde no Rio Grande do Sul. As participantes desta investigação reconheceram que a sala de espera

promove atenção, tranquilidade, além de promover o conhecimento e esclarecimento das dúvidas ⁽⁵³⁾.

Brondani *et al.* inferem que a construção do aprendizado na sala de espera:

precisa distanciar-se da neutralidade e da onipotência técnica para desconstruir relações demarcadas pela alienação que submetem o saber popular ao científico. Precisa, por outro lado, transpor os limites e o cerceamento de práticas reiteradoras do pressuposto de que quem aprende não ensina e quem ensina não aprende. Ou seja, o espaço “sala de espera” precisa ser concebido, por quem quer que o frequente, como um âmbito de aprendizado significativo. Por conseguinte, capaz tanto de sanar dúvidas quanto de suscitá-las, pois isso é algo inerente a espaços comprometidos com a construção da cidadania, da integralidade na atenção e com o fomento da autonomia do sujeito, tal como apregoam as políticas que propalam a humanização nos serviços de saúde^(53:6).

De acordo com Japur e Borges⁽⁵⁴⁾, é necessário abrir espaços de diálogo com a população, gerando espaços de reflexão e problematização, que possibilitem a construção de uma relação de corresponsabilidade, favorecendo formas mais humanas e efetivas no processo de trabalho em saúde, tanto para os usuários, como para os profissionais.

A sala de espera tem o intuito de garantir um cuidado humanizado, efetivando a aproximação cada vez maior entre a comunidade e os serviços de saúde. É por meio da sala de espera que os profissionais da área da saúde têm a oportunidade de desenvolver atividades que extrapolam o cuidado, como a educação em saúde, auxiliando na prevenção de doenças e na promoção da saúde; proporcionando também uma melhora na qualidade do atendimento, garantindo maior acolhimento aos usuários, e melhorando a inter-relação usuário/sistema/trabalhador de saúde, além de constituir-se em uma forma de humanizar muitas vezes os burocratizados serviços prestados⁽⁵⁵⁾.

2.6 CUIDADOS FAMILIAR E PROFISSIONAL

Para a conceituação de cuidar se elegeu a enfermeira francesa Marie-Françoise Collière, Mestre em Cuidados de Enfermagem em Saúde Pública em

Detroit (EUA), por considerar que, em sua obra *Promover a Vida*, os conceitos de cuidar, como manutenção da vida e reparação, contemplam a visão holística e o cuidado integral, fundamentando todos os cuidados realizados tanto pela família como pelos profissionais de enfermagem.

Para Collière, cuidar é um ato de vida e é a prática mais antiga da humanidade. “Velar, cuidar, tomar conta, representa um conjunto de actos que tem por fim e por função, manter a vida dos seres vivos e perpetuar a vida do grupo”^(10:29).

Collière descreveu dois tipos de cuidado: a) cuidados habituais ou de manutenção da vida, considerando-os cotidianos e indispensáveis para preservar as funções vitais, quais sejam: alimentação, higienização, proteção pelo vestuário, habitação e afetivos, garantindo a sobrevivência do ser humano e seu desenvolvimento; b) cuidados de reparação da vida, adotados em vigência de agravos à saúde, a fim de limitar a doença, lutar contra ela e combater suas causas. No entanto, os cuidados de manutenção devem estar justapostos aos cuidados de reparação, sob pena de estabilizar ou agravar a doença caso os cuidados de reparação se sobreponham aos cuidados de manutenção⁽¹⁰⁾. “A vida retira-se de cada vez que a preocupação com o que morre é maior do que a preocupação com o que vive”^(10: 238).

As práticas de cuidados, independente de sua natureza, são preliminarmente realizadas pelos familiares. Desde os primórdios da humanidade constata-se a estreita relação entre família e cuidado⁽¹⁰⁾. A família é uma instituição que se caracteriza pela função de cuidar e de proteger os seus membros⁽⁵⁶⁾. Os cuidados da família aos seus membros se alicerçam em sua crença, cultura, valor, vivências e conhecimentos. A primeira fonte de conhecimento é a pessoa e este conhecimento é adquirido pela sua experiência; pelo compartilhamento de saberes através de interações sociais com os membros da família nuclear⁷, da rede de suporte social, incluídos parentes, amigos e vizinhos, tanto para preservar a vida quanto para reparar as situações de agravos à manutenção da vida. Portanto, o cuidado familiar acontece consoante à relação entre o conhecimento adquirido e o mundo de significados de cada família, da sua

⁷Família nuclear: estrutura nuclear ou conjugal que consiste em duas pessoas adultas e nos seus filhos, biológicos ou adotados, que habitam um ambiente familiar comum.

experiência e do seu contexto sociocultural. Significa também compreender a prática de cuidado relacionada com as condições do ambiente e as condições socioeconômicas, tais como: renda, saneamento, escolaridade, alimentação, lazer, moradia, dentre outros.

No mundo ocidental a construção dos cuidados de reparação se orientou com ênfase para a doença e a reparação de um órgão isolado, fazendo uma dicotomia entre o homem e o seu meio, o corpo e o seu espírito, pondo a margem questões referentes às condições de vida, o modo de viver e a vontade de permanecer vivo na prática do cuidado. Houve e ainda há uma predominância dos cuidados de reparação em todas as práticas de cuidados, sejam pelas mães, pelos familiares, pelos vizinhos, pelos amigos e também pela equipe de enfermagem⁽¹⁰⁾.

Collière defendia a necessidade de cuidado profissional de enfermagem, à medida que situações de desestabilização à vida, por mais simples que fossem, comprometiam o desenvolvimento e a sobrevivência humana. O cuidado profissional difere do cuidado familiar pela natureza do conhecimento. O primeiro é fundamentado no conhecimento científico proporcionado pela formação pedagógica e no campo do exercício profissional, já o segundo encontra fundamentação no conhecimento empírico⁽¹⁰⁾.

“O processo de cuidados de enfermagem procede de um encontro entre dois ou mais seres vivos em que cada um detém elementos do processo dos cuidados^(10:244). Este processo é realizado por atores sociais com competências diferentes e complementares com vistas a elucidar suas ações mediante os recursos disponíveis e as capacidades individuais. O campo de competência da enfermagem está situado como uma continuação dos cuidados que não podem ser temporariamente, realizados pelas pessoas em um determinado momento, em razão da complexidade, uma incapacidade e até mesmo limitação ou indisponibilidade de recursos das pessoas⁽¹⁰⁾.”

Os cuidados de enfermagem devem ser fundamentados por diversos conhecimentos, a fim de subsidiar a identificação e descodificação dos sinais do processo saúde-doença, consoante às pessoas que estão vivenciando este processo, seus contextos de vida e suas atividades. Para tanto, é preciso

reaprender a ver e reaprender a linguagem, antes de proferir explicações, sem ter escutado e compreendido o que as pessoas expressam por meio de sinais, gestos, pelo olhar, nas suas falas, quando demonstram preocupações ou dificuldades diante das situações de vida. No entanto, nem sempre os profissionais conseguem compreender esta linguagem. Como exemplo disto, Collière trouxe a experiência de enfermeiras da puericultura quando questionaram as mães, que participavam da consulta de proteção materno-infantil, sobre suas opiniões do que é ter saúde. Obtiveram como respostas: dar carne aos meus filhos e a esperança de ganhar o totoloto para equilibrar o final do mês⁽¹⁰⁾.

Desta forma o conhecimento de enfermagem não pode mais estar centrado em apenas uma área da ciência para explicar os fenômenos de saúde e doença e, tampouco atribuir a doença como resultado de causa única, dissociando dos fatores sociais, econômicos, culturais, ambientais, dentre outros. Há a necessidade de pluralização de fontes de conhecimentos para nortear as ações de enfermagem, com vistas “a desenvolver a capacidade de detectar o sentido da informação emitida pelos utilizadores e ser capaz de utilizá-la”^(10:248).

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 REFERENCIAL TEÓRICO

O desenvolvimento desta pesquisa tomou como base o referencial teórico de Paulo Freire utilizando o conceito da Pedagogia da Autonomia, que discute as relações entre educador e educando no processo ensino-aprendizagem, bem como os saberes necessários à prática educativa.

Paulo Régis Neves Freire, pernambucano, foi reconhecido mundialmente pela sua práxis educativa. Criou um método de alfabetização pautado na conscientização para que o oprimido pelo aprendizado da leitura e da escrita pudesse se libertar dos opressores. Foi secretário de educação do município de São Paulo em 1989. Sua última obra foi a Pedagogia da Autonomia cujo lançamento ocorreu há menos de um mês de seu falecimento em 1997⁽⁵⁷⁾. Preconizava a importância da problematização, do compartilhamento de saberes, da valorização do saber do educando, da criação e recriação de mundo, sempre com a esperança de que aprender e mudar uma realidade são possíveis⁽⁵⁸⁾.

Na obra Pedagogia da Autonomia o autor faz uma narrativa sobre a complexa arte de educar, ressaltando valores e princípios simples que devem ser inerentes a todo sujeito que ocupa a função de educador, norteando sua prática educativa independente da área de atuação. Valores tais como: ética, respeito, escuta ativa, empatia, humanidade, valorização e reconhecimento dos saberes individuais, dentre outros, com uma visão da produção de novos conhecimentos a partir da coletividade⁽⁵⁸⁾.

Este educador tem uma tendência à pedagogia progressista, cuja institucionalização em uma sociedade capitalista é extremamente difícil. Também valoriza as experiências pessoais e é contra o modelo autoritário tão presente nas relações humanas na área do ensino e da saúde⁽⁵⁹⁾.

Em diversos cenários de atendimento, os profissionais de saúde se deparam com situações que comprometem a qualidade de vida do outro, e por se considerarem detentores de um saber técnico-científico, adotam uma postura

completamente autoritária, ditando comportamentos desejáveis frente aos problemas apresentados, desconsiderando os saberes do senso comum. Esta postura antidialógica que desconsidera o conhecimento do cliente, o afasta do profissional, e esse encontro que poderia ser construtivo, passa a ser apenas a execução fria de uma tarefa requerida ao profissional.

Todavia, esta concepção freiriana de educação vem sendo discutida desde a década de 1970 na área de saúde, em particular na área de educação popular, requerendo dos profissionais uma abordagem que permitisse ao usuário do serviço de saúde participação nessa nova construção de saberes e aos profissionais a possibilidade de inovar formas de cuidados à saúde compartilhados, humanizados e integrais⁽⁶⁰⁾.

Diante do contexto do atendimento ao familiar do lactente com doenças respiratórias é imprescindível que, as práticas educativas para a saúde rompam com o modelo verticalizado e fragmentado e envolvam verdadeiramente a família na prestação de um cuidado consciente. Para tal, há que se considerar as crenças, os valores, os saberes e as necessidades individuais.

O pensamento freiriano possui uma visão sociológica e rompe com os métodos educativos que se baseiam no poder sobre o outro e chama a atenção para o modelo em que a discussão de ideias, opiniões e conceitos são fundamentais.

“A educação autêntica, repitamos, não se faz de A para B ou de A sobre B, mas de A com B, mediatizados pelo mundo. Mundo que impressiona e desafia a uns e outros, originando visões ou pontos de vista sobre ele”^(61:116).

Essa abordagem preconiza a ação transformadora da consciência ingênua para a crítica oriunda do método dialógico, em que os saberes não são exclusivos do educador, através do diálogo, “educador” e “educando” podem construir novos saberes a partir da problematização encontrada⁽⁵⁸⁾.

Na verdade, o método dialógico é a essência da educação libertadora em que a palavra é constituída por dois elementos: ação e reflexão, que resultam na práxis^(61:107), com a compreensão de transformação de mundo.

Por isto, o diálogo é uma exigência existencial. E, se ele é o encontro em que solidarizam-se o refletir e o agir de seus sujeitos endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado, não

pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de ideias a serem consumidas pelos permutantes^(61:109).

A dialogicidade é a comunicação entre os homens para a pronúncia da palavra com a mesma intenção. Requer amor, humildade, fé, esperança para a realização do diálogo em sua plenitude⁽⁶¹⁾. Requer também desenvolver a escuta qualificada, que significa aperfeiçoar a capacidade de ouvir as narrativas e lembrar que a narração de um fato pode modificar a maneira de encará-lo e agir sobre a situação. Afinal, aprender a ouvir é uma habilidade fundamental na prática educativa e no cuidado de enfermagem⁽⁶²⁾.

Dessa forma, é imprescindível que o enfermeiro nesse encontro dialógico conheça os conceitos de cuidado da família ao lactente com doença respiratória para estabelecer uma comunicação horizontal, respeitosa e que seja na prevenção ou na assistência durante a enfermidade.

O processo educativo deve ser libertador, permitir a reflexão e o pensamento crítico. Não deve ser estruturado no modelo bancário, em que se pretende depositar no outro as informações que se julgam corretas e transformá-lo em um acúmulo daquelas⁽⁶³⁾.

Os enfermeiros desempenham atividades na área da educação em saúde em diversos cenários assistenciais. Independente do lugar, contexto e nível de atenção em saúde, é fundamental que não haja uma verticalização do saber. Enquanto profissionais é preciso estimular no usuário do serviço a possibilidade de construir e transformar um saber em favor de si próprio. Isto é respeito, ética, estética, enfim, autonomia⁽⁵⁸⁾.

A tão almejada autonomia, preconizada pelo SUS como uma meta aos seus usuários a ser desenvolvida e estimulada pelos profissionais de saúde, requer do enfermeiro um conhecimento mais aprofundado sobre o universo da família, seus hábitos, suas crenças, valores e saberes que foram construídos ao longo da vida. Este aprofundamento, em nosso estudo, pode colaborar para a família promover cuidados aos seus lactentes que previnam o surgimento das doenças respiratórias ou evitem suas complicações.

Portanto, a comunicação dialógica garante o direito da família de falar e refletir sobre os problemas que afetam a vida de seus filhos e, por conseguinte, a

sua própria vida. Isto porque um filho doente preocupa e ocupa, uma vez que o lactente depende integralmente dos cuidados familiares.

Nesse sentido, a consulta de enfermagem deve adotar a prática educativa com vistas a dar oportunidade ao familiar, ao refletir sobre sua saúde, poder contextualizá-la com os demais determinantes de vida. A partir disto, ampliar sua visão sobre a interface destes com a saúde, considerando a alimentação, moradia, transporte, renda, lazer, educação, saneamento, elementos essenciais para garantir a saúde da população. E com esse estímulo a família pode se sentir encorajada a tomada de decisões conscientes que resultem em um cuidado de qualidade ao seu lactente.

Assim, a prática educativa deve ser estimulada em todos os espaços de saúde com propostas de mudanças concretas a partir da nova visão de mundo construídas entre os sujeitos desse processo: enfermeiro e familiares de lactentes.

Entende-se a prática educativa em saúde como uma atividade que gera um movimento de saberes e práticas e leva a reflexão entre o enfermeiro e a família sobre os cuidados domiciliares realizados aos lactentes com doenças respiratórias. Isto favorece novas construções e apreensões de saberes com vistas à transformação da realidade de saúde vivenciada pela família.

Todavia, o aprendizado também é um processo gradual e que possibilita ao aprendiz uma curiosidade que o torna cada vez mais criador reforçando o seguinte pensamento freiriano: “Inexiste validade no ensino de que não resulta um aprendizado em que o aprendiz não se tornou capaz de recriar ou de refazer o ensinado, em que o ensinado que não foi apreendido não pode ser realmente aprendido pelo aprendiz”^(58:26).

O referencial teórico sobre a pedagogia da autonomia⁽⁵⁸⁾ pode subsidiar a compreensão do enfermeiro sobre o papel da sua prática educativa para a família no cuidado, bem como suas concepções referentes aos cuidados aos lactentes com doenças respiratórias. Sobretudo colaborará para adoção de estratégias mais participativas e dinâmicas pelo enfermeiro que possam favorecer aos familiares a autonomia dos cuidados aos seus lactentes. Diante do exposto, entende-se que a consulta de enfermagem ao lactente, independente do nível de

atenção, deve ser um espaço de cuidado centrado na família e que possibilite ao enfermeiro estabelecer uma comunicação horizontal e dialógica, apoiando, encorajando e potencializando a força e competência da família para o cuidado.

O enfermeiro durante a consulta aos familiares dos lactentes deve investir na prática educativa em saúde como estratégia de minorar as complicações por problemas respiratórios e favorecer a autonomia da família no cuidado, mediante uma vertente educativa progressista, libertadora, dialógica, possibilitando reflexão e visão crítica⁽⁵⁸⁾, com vistas à construção de novos saberes direcionados ao cuidado do lactente.

A educação progressista não é indiferente à realidade de vida do educando, portanto é uma ação política, que precisa ser contextualizada acreditando que mudanças conscientes são possíveis para tomada de decisões com liberdade, exprimindo a tão almejada autonomia.

3.2 METODOLOGIA

3.2.1 Tipo de estudo

Trata-se de pesquisa descritiva e exploratória com abordagem qualitativa. Este tipo de abordagem pretende responder às necessidades geradas pelas questões norteadoras do estudo e busca a compreensão de uma realidade específica. Ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes⁽⁶⁴⁾.

O estudo descritivo pretende descrever uma realidade estudada por possibilitar a análise de fenômenos, sua descrição e observação⁽⁶⁵⁾. Assim, o estudo debruça-se sobre a realidade da prática educativa do enfermeiro para os familiares, enfocando como eles percebem esse processo. Desta forma, busca-se trabalhar com as falas, compreensões, subjetividades, para que o sujeito possa falar de si nesse processo de interação com o enfermeiro na consulta de enfermagem.

O estudo exploratório é indicado nas pesquisas que tem por necessidade explorar o desconhecido e através da qual se necessita ter mais informações⁽⁶⁴⁾. Este estudo busca se aprofundar na concepção da família sobre os cuidados aos lactentes com doença respiratória a partir da educação em saúde considerando a escassez de publicações acerca dessa temática.

3.2.2 Cenário

O cenário da pesquisa é o ambulatório de pediatria, setor de seguimento de recém-nascido e lactente de risco de um hospital universitário, que está localizado no primeiro andar, na área destinada ao atendimento da pediatria geral e especialidades pediátricas.

A atividade nesse espaço do ambulatório foi iniciada na década de 1980 por iniciativa da Prof^a Dr^a Rosalda Paim através da instituição do Programa Integral de Saúde Materno-Infantil (PISMI), conforme relatos verbais de algumas docentes da Escola de Enfermagem. O fluxo para esse atendimento era oriundo

da maternidade do hospital universitário. As crianças, quando recebiam alta hospitalar, eram agendadas para a consulta de enfermagem nesse ambulatório cujo atendimento era realizado por docentes e discentes da EEAAC com integração da enfermeira assistencial. Além da consulta de enfermagem, os enfermeiros docentes e seus discentes realizavam visita domiciliar para busca de faltosos às consultas e faziam medicação em mães com sífilis.

A enfermeira encaminhava a criança para a consulta da nutrição em outra sala, quando necessário. Com o tempo, a nutrição passou a participar desse atendimento na mesma sala.

Durante muito tempo a sala era denominada unidade de atendimento básico em saúde e, além das consultas de enfermagem, as enfermeiras administravam imunobiológicos e faziam coleta de sangue para triagem neonatal.

Com o advento do SUS na década de 1990 e obedecendo ao princípio de hierarquização dos serviços de saúde, este hospital mudou seu perfil de atendimento para média e alta complexidade, encerrando as atividades de vacinação e triagem neonatal. O referido hospital universitário passou a ser uma unidade de referência ao atendimento dos recém-nascidos e lactentes de risco para os municípios da Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro. Com essa nova característica da clientela houve necessidade da inclusão de um médico pediatra.

Atualmente, o ambulatório de seguimento atende preferencialmente os recém-nascidos e lactentes que apresentam critérios de risco e necessitam de atendimento especializado, cujo encaminhamento obedece a dois fluxos distintos conforme o critério de regionalização do SUS. Os recém-nascidos e lactentes em situação de risco, nascidos neste hospital universitário, são encaminhados pelo serviço de neonatologia com a primeira consulta já agendada para o ambulatório de seguimento. Aqueles nascidos em outras instituições que compõem a Região Metropolitana II são agendados para o primeiro atendimento no serviço de pediatria geral, mediante disponibilização de vagas pelo hospital a esses municípios. Após o atendimento, essa clientela é encaminhada ao ambulatório de seguimento para agendar seu retorno.

O hospital universitário está inserido na Região Metropolitana II do estado do Rio de Janeiro com abrangência dos municípios de Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Silva Jardim, Tanguá, Maricá e Rio Bonito⁽⁶⁶⁾.

Este hospital está integrado ao SUS como uma unidade de alta complexidade e também assume o compromisso com ensino e a pesquisa por tratar-se de instituição vinculada ao Ministério da Educação. Esta característica institucional permite o contato direto de seus profissionais com os docentes e discentes, favorecendo o compartilhamento de saberes e uma visão mais ampliada acerca do atendimento à criança. Esse contato com os discentes nos coloca também como responsáveis pela formação de novos profissionais.

A equipe é composta por profissionais da área de saúde: uma enfermeira, uma médica e uma nutricionista por turno de trabalho e o atendimento acontece pela manhã e à tarde, diariamente, excetuando os finais de semana e feriados. Toda segunda-feira à tarde os recém-nascidos e lactentes são atendidos também pela psicóloga. Este ambulatório de seguimento também é campo de estágio de graduandos da enfermagem, medicina e nutrição, que são acompanhados pelos docentes. Também realizam atendimento e colaboram para a integração docente-assistencial.

A média de atendimento diário é de cinco crianças por turno, exceto às segundas-feiras quando este quantitativo fica em torno de seis a sete crianças.

A capacidade física instalada não é adequada para o quantitativo de profissionais, docentes e discentes, além dos clientes e seus acompanhantes, que necessitam do espaço para atendimento e aprendizado. As consultas acontecem em sala única permitindo o atendimento de três crianças simultaneamente pelos diferentes profissionais. Essa característica de atendimento multiprofissional favorece a comunicação interprofissional, mas em vários momentos pode ser um complicador para a prática educativa em saúde, tendo em vista o quantitativo de profissionais e discentes dentro da sala, condição que pode prejudicar a comunicação entre enfermeiro e família, justificada pelo barulho e pelas possibilidades de dispersão do familiar mediante ao contingente neste local.

A consulta de enfermagem para o primeiro atendimento tem um tempo estimado de 1h e a consulta subsequente leva aproximadamente 40 minutos, dependendo das necessidades verbalizadas pelos usuários e as avaliadas pelo enfermeiro durante o atendimento.

Na primeira consulta, a enfermeira se apresenta e explica ao familiar como é a dinâmica do atendimento ao lactente nesse cenário assistencial. Informa sobre o objetivo da consulta de enfermagem e deixa o familiar à vontade para verbalizar suas dúvidas sobre o exposto.

Neste atendimento preenche-se um formulário padronizado pela instituição especificamente para todos os atendimentos de primeira vez do ambulatório de pediatria. O conteúdo desse formulário permite obter informações sobre dados de identificação do lactente: filiação, endereço, data de nascimento, sexo, local de nascimento; dados dos pais: idade, cor, naturalidade e profissão; sobre as histórias das queixas atuais; história gestacional e do parto; hábitos alimentares; história patológica pregressa; observação do familiar acerca das eliminações e dos marcos de desenvolvimento; história patológica familiar e condições socioeconômicas. Procede-se ao exame físico do lactente pela ectoscopia, aferição dos dados antropométricos (peso, comprimento e perímetro cefálico) e avaliação do desenvolvimento.

Durante a consulta conversa-se com a mãe sobre os cuidados por ela realizados em seu domicílio, facilidades e dificuldades percebidas, e orienta-se conforme as necessidades manifestadas e sempre há abordagem sobre as medidas de controle ambiental para prevenção dos problemas respiratórios, considerando a suscetibilidade dos lactentes para desenvolvê-los. Todas as orientações são fornecidas verbalmente para os familiares e registradas no formulário citado que é anexado ao prontuário. Registram-se os dados antropométricos nos gráficos do cartão da criança, mostrando ao familiar a evolução do crescimento de seu lactente.

Nos atendimentos subsequentes o enfermeiro revê o atendimento anterior para dar continuidade à consulta. Procura-se tratar a mãe ou outro familiar pelo nome, a fim de que eles se sintam acolhidos e percebidos em suas individualidades. Neste atendimento verificam-se e registram-se em ficha de

evolução as queixas relatadas na consulta anterior, a alimentação atual, situação vacinal, exame físico (dados antropométricos e avaliação do desenvolvimento). Informa-se ao familiar como está o lactente e orienta-se conforme necessidade. Ademais, registram-se os dados em ficha de evolução anexada ao prontuário.

Ao término da consulta o profissional - enfermeiro, médico ou nutricionista - preenche um impresso com data estipulada para agendar a próxima consulta para trinta dias. Esse impresso é entregue ao familiar e o agendamento é realizado no sistema por funcionário administrativo. No dia do atendimento as crianças são atendidas por ordem de chegada à unidade.

Solicita-se retorno com intervalo inferior quando necessitamos reavaliar a criança, caso em seu último atendimento tenha sido instituído algum tratamento que exija avaliação e outras intervenções.

3.2.3 Participantes do estudo

Foram incluídos na pesquisa os familiares cuidadores dos lactentes com problemas respiratórios e que receberam previamente orientação específica do enfermeiro sobre cuidados durante as doenças respiratórias. A obtenção desses dados para a seleção dos participantes da pesquisa baseou-se nos registros dos enfermeiros realizados no prontuário e no conhecimento pelos usuários que mensalmente comparecem às consultas no ambulatório de seguimento de risco. Foram excluídos os familiares com transtornos físicos (Por ex.: comprometimento da fala e de audição) e mentais (Por ex.: deficiência cognitiva; transtorno de pensamento e de humor) que impediram sua participação na entrevista.

3.2.4 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário em 12/08/2013, sob parecer nº 357.188, registro CAAE:16348113.0.0000.5243 em anexo e conforme preceitua a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos⁽⁶⁷⁾.

Foi elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido para todos os participantes da pesquisa com linguagem acessível e em duas vias conforme Apêndice A. Os participantes da pesquisa foram esclarecidos quanto aos objetivos, à garantia do seu anonimato e à participação voluntária. Eles formalizaram suas participações através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Ao término da pesquisa os conteúdos referentes às entrevistas foram armazenados em arquivo, de modo seguro e sigiloso, por cinco anos e após este período serão destruídos.

3.2.5 Procedimento de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu por meio de entrevista semiestruturada (Apêndice B) em duas etapas conforme roteiro: na primeira etapa os dados sociodemográficos foram preenchidos de forma manuscrita pela pesquisadora; na segunda etapa os entrevistados responderam as perguntas elaboradas a partir dos objetivos da pesquisa, sendo gravadas por meio de gravador digital.

A entrevista semiestruturada é conceituada como uma conversa efetuada face a face entre o informante e o pesquisador, visando colher dados fidedignos através de uma conversação dirigida ou livre e orientado com o propósito de buscar informações significativas para o tema abordado no estudo⁽⁶⁵⁾.

Optou-se pela entrevista semiestruturada por permitir a maior interação entre o pesquisador e os participantes do estudo.

Todas as entrevistas foram gravadas por meio de gravador digital e realizadas pela pesquisadora, no período de setembro de 2013 a janeiro de 2014. Entrevistaram-se 17 mães e a duração das entrevistas variou entre 03 minutos e 53 segundos a 13 minutos e 05 segundos. Foram realizadas após a consulta ambulatorial, tendo em vista as indisponibilidades de tempo e financeira das entrevistadas para comparecerem em outro dia e horário. Os locais para as entrevistas foram selecionados conforme a disponibilidade de salas no ambulatório, a fim de preservar o anonimato das depoentes e o sigilo das entrevistas. O critério para encerramento da coleta dos dados ocorreu assim que

houve a saturação dos dados. Esta foi compreendida quando se percebeu que as falas estavam se repetindo.

As depoentes inicialmente sentiam-se um pouco desconfortáveis e inibidas para falar, com receio de falar algo “errado”, conforme percepção da pesquisadora e pelas falas da maioria das entrevistadas relatando vergonha. À medida que a entrevista avançava, os depoimentos fluíram mais naturalmente. A maior parte das entrevistas foi realizada na presença dos lactentes e algumas gravações apresentaram ruídos, demandando um esforço maior da pesquisadora para as transcrições.

Na segunda parte da entrevista as perguntas estavam relacionadas à identificação de como estas participantes consideravam a atividade educativa para cuidarem do lactente com doença respiratória, sua compreensão por cuidar do lactente, de onde advêm suas práticas, saberes sobre sinais e sintomas das doenças respiratórias, prática de cuidados de manutenção da vida, incluindo os de controle ambiental e os de reparação ou tratamento relacionados às doenças respiratórias. As expectativas em relação à consulta de enfermagem, percepção de alguma mudança na maneira de cuidar após terem recebido as orientações e como esses familiares se sentiam durante a consulta.

3.2.6 Tratamento e análise dos dados

As entrevistas foram transcritas considerando as opiniões, atitudes, falas e a representação do sujeito daquele momento, bem como expressões emocionais, entonações de voz, as pausas, entre outros aspectos relevantes.

Após a transcrição das entrevistas procedeu-se à leitura exaustiva do material para dar início as etapas para a organização dos resultados em categorias e subcategorias para análise.

O tipo de análise foi de conteúdo que preconiza a compreensão dos significados das falas em profundidade, ou seja, podem-se alcançar dimensões que vão além do conteúdo das mensagens⁽⁶⁸⁾.

A análise de conteúdo foi temática. Esta análise apresenta “o tema como o elemento principal, e pode ser representado por uma palavra, frase ou resumo. Consiste em descobrir os núcleos de sentido presentes na comunicação e que

podem ter um significado para análise, conforme a frequência em uma mensagem, texto ou discurso”^(64:87).

A trajetória desta análise seguiu as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, análise propriamente dita e tratamento dos resultados/inferência/interpretação.

A pré-análise consistiu na organização do material com leitura exaustiva para ter uma visão de conjunto, elaboração de pressupostos para balizarem a análise, escolha de formas de classificação inicial^(64:91). A fase de exploração do material implicou na distribuição de trechos, frase ou fragmentos de trechos, nova leitura, identificação dos núcleos de sentido por inferência, análise dos núcleos para agrupá-los por temas, elaboração por temas articulando com o referencial teórico^(64:92).

No tratamento e interpretação dos resultados foi realizada a organização em categorias para posterior análise, estabelecendo uma correlação dos objetivos e referenciais teóricas^(64:92-95).

A categorização dos dados foi inicialmente delineada no roteiro de entrevista, cujas perguntas direcionavam a construção de quatro pré-categorias, que poderiam ou não ser confirmadas. Após o encerramento das entrevistas e obedecendo aos procedimentos de transcrição, leitura e releitura do material, aproximações por núcleos de sentido, novas leituras e agrupamentos por temáticas, os dados foram organizados em três categorias e subcategorias apresentadas no quadro a seguir:

Quadro I - Definição de categorias e subcategorias do estudo. Rio de Janeiro, 2014

Categorias	Subcategorias
Concepção de cuidar e saberes familiares sobre sinais e sintomas respiratórios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidar como afetividade e sentimento ▪ Cuidar como manutenção da vida ▪ Cuidar como proteção ▪ Cuidar como dever ▪ Cuidar como direito ▪ Aquisição do conhecimento ▪ Saberes familiares sobre sintomas das doenças respiratórias ▪ Saberes familiares sobre sinais de agravos do quadro respiratório
Prática de cuidados e vivências dos familiares no cuidado ao lactente após a orientação do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados baseados nas medidas de controle ambiental ▪ Cuidados de manutenção da vida ▪ Cuidados de reparação incluindo a automedicação ▪ Facilidades vivenciadas para cuidar ▪ Dificuldades vivenciadas para cuidar
Prática educativa na consulta de enfermagem como estratégia para favorecer a autonomia dos familiares no cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Importância da consulta de enfermagem como espaço dialógico, acolhedor e reflexivo ▪ Espaço para favorecer a autonomia

Fonte: Dados da pesquisa, 2013/2014

Os dados sociodemográficos coletados na primeira etapa da entrevista foram descritos nos resultados subsidiando a análise, contextualizando-a. A discussão desses dados ocorreu nas categorias, na medida em que apresentaram aderência à temática. Esta escolha se justificou por considerar o processo ensino-aprendizagem e a prática de cuidados aos lactentes com doenças respiratórias indissociáveis das condições sociais, econômicas e ambientais. Desta forma, contribuíram para o enriquecimento das análises, evitando duplicidades de dados e análises desnecessárias.

3.2.7 Produto da pesquisa

Considerando o conhecimento produzido após a análise dos dados da pesquisa, elaborou-se como produto desta dissertação a instituição da sala de espera como espaço para o desenvolvimento de uma prática educativa com os familiares dos lactentes. Este produto tem a proposta de ampliar a discussão sobre os cuidados domiciliares e suas relações com as condições de vida, situações de doença, limitações e potencialidades, a fim de estimular a reflexão

crítica sobre a prática de cuidados e as possibilidades de transformação de maneira consciente.

A escolha para a utilização da sala de espera como espaço de trabalho considerou alguns aspectos importantes para o pesquisador, quais sejam: ser um espaço informal; a localização da sala de atendimento situada em final de corredor evitando as interrupções externas e, com isto, favorecendo o diálogo entre enfermeiros e usuários; por agrupar outros familiares de lactentes, além das mães, que geralmente as acompanham enriquecendo e ampliando a discussão; pela possibilidade de transversalizar os saberes com os demais profissionais do atendimento participando das discussões; otimizar o tempo dos familiares, evitando seu deslocamento em outros dias, considerando suas rotinas diárias e a área de abrangência ampliada deste atendimento na instituição.

A prática educativa em sala de espera deverá ocorrer uma a duas vezes por semana, conforme disponibilidade dos enfermeiros e poderá se realizar em mais dias, conforme a adesão dos demais profissionais, docentes e assistenciais da enfermagem e medicina, e nutricionista.

O conteúdo inicial da programação educativa emergiu da análise dos dados e foi percebido o cuidado como tema gerador para abordar em sala de espera. Identificou-se sua interdependência com algumas variáveis da pesquisa: renda, condições de moradia, hábitos familiares, dificuldade de acesso ao serviço de saúde para o atendimento quando necessário, conhecimento da doença e reconhecimento dos sinais de alarme.

Há também a necessidade de abordar conteúdos partindo da vivência dos familiares no manejo das doenças respiratórias, conhecimento, reconhecimento de sinais de alarme, cuidados de controle ambiental, cuidados com os lactentes e intervenções, relações do cuidado com as condições de vida, direito à saúde e garantia ao acesso aos serviços de saúde; saúde-doença e intersetorialidade e exercício de cidadania.

O produto da pesquisa está descrito no Apêndice C.

4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados foram apresentados em duas etapas obedecendo ao roteiro da entrevista. Na primeira etapa descreveram-se os dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa e, na segunda etapa, descreveram-se os conteúdos das entrevistas categorizados por unidades temáticas.

4.1 PRIMEIRA ETAPA: DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Foram realizadas 17 entrevistas com familiares que cuidam dos lactentes com doenças respiratórias. Todas as entrevistadas foram do sexo feminino e mães dos lactentes.

As situações de risco apresentadas pelos lactentes das mães entrevistadas para acompanhamento no ambulatório de seguimento foram: seis por malformação congênita; três por doença genética; três por prematuridade, sendo dois nascidos com 29 semanas de idade gestacional; dois por doença do refluxo gastroesofágico; um por asfixia ao nascimento; um por doença neurológica e; um por doença congênita.

Do quantitativo entrevistado, dez mães informaram serem as únicas responsáveis pelo cuidado de seus lactentes e as outras sete mães compartilham os cuidados com outros familiares e com a creche da seguinte maneira: três mães compartilham os cuidados com a avó, duas com a tia, uma com o pai e uma com a creche.

A faixa etária variou entre 22 e 44 anos, sendo 47% entre 20 a 29 anos, seguida de 41% entre 30 a 39 anos e 12% entre 40 a 44 anos.

A escolaridade das mães variou do ensino fundamental incompleto ao superior incompleto, com predomínio do ensino médio completo com 58,8%, seguido do ensino médio incompleto com 17,6%, ensino fundamental completo com 11,8% e ensino superior e fundamental incompletos com 5,9% cada.

Quanto à raça, as entrevistadas se classificaram como pardas em 76,4%, negras em 11,8% e brancas e amarelas em 5,9% cada.

Quanto à religião houve um predomínio da protestante com 76%, seguida da católica com 12%. Declararam-se sem religião 12%, porém disseram acreditar em Deus.

O estado civil de 76,4% das entrevistadas é solteiro, mas 58,8% vivem com companheiro. Apenas 23,6% são casadas.

A naturalidade apresentou um predomínio do Rio de Janeiro, totalizando 82,3% das entrevistadas e as demais são naturais de São Paulo, Ceará e Paraíba com 5,9% cada.

Em relação à ocupação atual das mães, identificaram-se que 71% são do lar, 11% são domésticas, 6,0% são manicures, 6,0% são auxiliares de costuras e 6,0% são auxiliares de almoxarifado. Deste grupo que trabalha, 60% possuem vínculo empregatício.

A renda familiar em 88% está entre um a três salários mínimos nacional, 6,0% está entre quatro a cinco salários e em 6,0% é menor que um salário mínimo nacional⁸.

Todas as entrevistadas residem em casa, sendo 88% em área urbana e 12% em área rural. O número de pessoas residentes por domicílio varia entre três a seis: 47% residem com três pessoas, 29% residem com quatro, 18% residem com cinco e 6% residem seis pessoas.

O número de cômodos por domicílio variou entre três e dez: 41% das entrevistadas residiam em casa com quatro cômodos, 17,5% com cinco cômodos, 17,5% com três cômodos, 12% com seis cômodos, 6% com nove cômodos e 6% com 10 cômodos.

As condições de moradia relacionadas ao arejamento e presença de infiltrações/mofos nas paredes e pisos foram questionadas, tendo em vista sua relação com a manifestação de doenças respiratórias, principalmente as de etiologia alérgicas⁽³⁶⁾. Constataram-se que 70% das casas são arejadas, 18% não arejadas e 12% são pouco arejadas. Há presença de infiltração e mofo em 30% das casas e o mesmo percentual para os domicílios sem infiltração. Do quantitativo das casas arejadas, duas apresentam infiltração, uma casa está em obra e uma possui tapetes e cortinas, condição de exposição dos lactentes aos

⁸ Valor do salário mínimo nacional em 2013: R\$678,00.

agentes causadores de doenças respiratórias de natureza alérgica, tais como o mofo, a poeira e demais odores de produtos utilizados na obra. Situação que contraria as recomendações do Consenso Brasileiro de Imunologia para prevenção das doenças respiratórias⁽³⁵⁾.

Em relação à presença de animais domésticos, 59% das entrevistadas referiram ter animais em seu domicílio e 41% disseram que não possuem animais em casa. Segundo as mães, a maioria dos animais fica no quintal, mas alguns lactentes mantêm contato com eles. Há um predomínio de cães em 47% das casas. Em uma dessas casas além de cão encontram-se também pássaros, coelhos e galinha.

Quanto à fonte de abastecimento de água, 82% das entrevistadas declararam que têm água fornecida pela rede de distribuição geral e 18% utilizam água de poço.

No que se refere à disponibilidade de saneamento básico, evidenciou-se que em 82% das casas há rede de esgoto tratado e 18% não possuíam. Destas, 12% tinham fossa fechada e em 6% os resíduos produzidos no domicílio iam direto para o rio que passa ao lado da casa.

Todas as depoentes informaram ter coleta de lixo entre duas a três vezes por semana.

No que tange à utilização de outros serviços de saúde, todas as mães informaram levar seus filhos às unidades básicas ou de Estratégia Saúde da Família (ESF) ou Programa Médico de Família para imunização. Segundo relato das mães, estas unidades nem sempre possuíam médico, e quando possuía não era pediatra, e em muitas unidades o atendimento era realizado por enfermeira. E, 12%, além da imunização, também frequentavam esses serviços porque são beneficiadas com o programa bolsa-família. Identificou-se também que 88% das mães levavam seus lactentes à emergência por problemas respiratórios e outros 30% acompanhavam seus lactentes com outras especialidades tais como: genética, cardiologia, pneumologia, nefrologia, neurologia e imunologia, seguidas de 24% que, além de utilizar a atenção básica, emergência e especialidades, ainda levavam seus lactentes regularmente para atividades de reabilitação tais como: fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em outras instituições.

Em relação à internação hospitalar, 58% de seus filhos nunca foram internados e 42% das entrevistadas declararam já ter internado seus lactentes. Os diagnósticos para as internações foram bronquiolite, pneumonia, celulite e broncoaspiração.

Quanto ao uso de medicamentos por doenças respiratórias, as entrevistadas informaram que 54% dos lactentes já utilizaram antibióticos e corticoides, seguidos de 18% que só utilizaram antibióticos e 12% fazem tratamento contínuo medicamentoso em decorrência da frequência de doenças respiratórias.

A maioria das entrevistadas (64,7%) desse estudo não era tabagista. O tabagismo foi confirmado por 35,3% das entrevistadas, sendo que metade desse quantitativo não correspondia à mãe ou pai, mas às avós que frequentemente têm contato com o lactente.

4.2 SEGUNDA ETAPA

Nesta etapa da pesquisa, descreveram-se os conteúdos das entrevistas agrupados em três categorias temáticas: **Concepção de cuidar e saberes familiares sobre sinais e sintomas respiratórios; Prática de cuidados e vivências dos familiares no cuidado ao lactente após a orientação do enfermeiro; Prática educativa na consulta de enfermagem como estratégia para favorecer a autonomia dos familiares no cuidado**, que emergiram após leitura do material em relação à: concepção de cuidar, aquisição do conhecimento sobre o cuidado, prática de cuidados aos lactentes com doenças respiratórias, concepção sobre a orientação do enfermeiro e ao sentimento dos familiares na consulta de enfermagem.

4.2.1 Concepção de cuidar e saberes familiares sobre sinais e sintomas respiratórios

Evidenciaram-se nos depoimentos conceitos acerca de cuidar associados à manifestação de sentimentos e afetividade, aos cuidados básicos de manutenção da vida, à proteção, ao dever e ao direito.

Cuidar como afetividade e sentimento

Podem-se perceber nas falas abaixo as expressões do cuidado relacionadas aos sentimentos e afetividade.

[...] cuidar é... dar mais carinho, mais atenção. (entrevista 02)

[...] é dar carinho, saber o que a criança quer. (entrevista 03)

[...] carinho, amor a ele, porque ele depende de mim. (entrevista 06)

[...] acho que é dar amor, carinho... entendeu? É estar presente em todos os momentos da vida, sabe? (entrevista 09)

[...] é ... amor, carinho, ser responsável e cuidar dela. (entrevista 10)

[...] ah... cuidar da minha filha é... é dar amor, carinho, entendeu? Dar tudo de bom e do melhor pra ela. (entrevista 15)

[...] um gesto de amor, sei lá, carinho... eu gosto de cuidar das minhas filhas (entrevista 16)

Cuidar como manutenção da vida

Algumas depoentes entenderam por cuidar as práticas de cuidados básicos, que garantiam aos lactentes uma boa nutrição, conforto e higiene para ter saúde, conforme os depoimentos abaixo:

[...] é ter uma boa alimentação e cuidar da higiene, principalmente da higiene, não pode lavar a roupa dele com sabão em pó, não pode usar produto forte. (entrevista 05)

[...] é dar mamadeira, comida na hora certa, é... tratar ela bem. (entrevista 10)

[...] é fazer o máximo para que ele não pegue nenhum tipo de doença, alimentação dele sempre corretamente, se tem algum remédio para tomar, dar o remédio sempre na hora certa. (entrevista 11)

[...] você tem que dar banho, tem que dar uma boa alimentação... é jantar, almoçar, passear, tudo tem sua hora. (entrevista 12)

[...] você não deixar ele molhado... você não deixar ele com assaduras. (entrevista 14)

Cuidar como dever

Algumas entrevistadas entenderam que cuidar de seus lactentes era um dever, tendo em vista a total dependência de seus cuidados para sobreviverem.

[...] eu entendo que cuidar dele é uma obrigação minha. Cuidar dele quando eu vejo assim com esses problemas respiratórios... eu vejo que se eu não cuidar dele pode piorar ou pode acontecer algo grave. (entrevista 04)

[...] eu entendo que eu tenho que ter cuidado com ele, eu não posso ter animais em casa, tem que ter cuidado porque essas coisas trazem problema respiratório. (entrevista 05)

[...] cuidar da minha filha é ter responsabilidade, é ser responsável. (entrevista 10)

[...] olha eu acho que... primeiro é o nosso dever, obrigação já que nós botamos no mundo. (entrevista 17)

Cuidar como proteção

Identificou-se também a concepção de cuidar como forma de proteção aos lactentes conforme registros das falas abaixo:

[...] eu entendo que é dar uma proteção a ele, porque ele depende de mim, eu entendo isso que é a proteção, que ele precisa. (entrevista 06)

[...] é tendo cuidados, cuidados de evitar perigos pra ela. (entrevista 07)

[...] é estar presente em momentos da vida sabe, momentos bons, momentos ruins, estar presente. (entrevista 09)

[...] zelar, é deixá-lo longe de problemas, de dificuldades, de tudo que agrave a saúde dele. Acho que zelar já resume tudo. (entrevista 13)

Direito

Uma das entrevistadas considera que cuidar é um direito das mães.

[...] cuidar é um direito meu, do ser humano de cuidar de uma criança. (entrevista 01)

Uma das mães citou a imunização e a consulta médica que podem ser interpretadas como medidas protetoras, sobretudo compreendidas como cuidado básico.

[...] cuidados mantendo a vacinação em dia, médicos em dia. (entrevista 07)

Aquisição do Conhecimento

Quando perguntadas sobre de onde adinham seus conhecimentos para cuidar dos lactentes, percebeu-se que a aquisição do conhecimento das

entrevistadas ocorria consoante às suas vivências, acontecia através da interação com o núcleo familiar e também era adquirida pelas orientações recebidas pelos profissionais de saúde, conforme as falas transcritas abaixo:

Inerente ao ser humano

[...] sozinha. (entrevistas 03, 10)

[...] toda mãe já vem, eu acho, pronta para cuidar, porque cada mãe sabe o que é melhor para o seu filho. (entrevista 06)

[...] eu cuidei dos meus irmãos desde novinhos, aí eu já sabia, não me apertei em nada, é minha segunda filha, não me apertei em nada. (entrevista 07)

[...] eu aprendi, assim, sozinha porque é meu primeiro filho, e depois de mim minha mãe também não teve mais ninguém, só tinha eu, meus irmãos eram mais velhos, então eu tinha que cuidar, eu tinha que dar banho, dar alimentação, a criança chorava eu não sabia por quê... é eu mesmo assim... instinto de mãe mesmo. (entrevista 12)

[...] com as dificuldades, porque quando eu tive ele antes de acontecer a cianose, ele teve cianose, eu tinha uma outra visão de ser mãe e depois que eu vi meu filho morto nos meus braços, eu comecei a ter outra visão. (entrevista 13)

[...] sozinha, porque eu sempre cuidei de criança, tomei conta dos meus primos todinhos, dos meus sobrinhos e agora é a minha parte de cuidar dos meus. (entrevista 16)

[...] eu, sozinha, ninguém me ensinou, dela aqui foi sozinha mesmo. (entrevista 17)

Interação com o núcleo familiar

As entrevistadas destacaram as suas mães como principais provedoras de conhecimentos para cuidarem de seus filhos.

[...] com minha mãe, me ensinou muito, como que deveria ser desde o primeiro momento, como dar um banho, trocar uma fralda, observar em qual sentido estaria chorando muito (entrevista 01)

[...] eu aprendi a cuidar com a ajuda da minha mãe (entrevista 05e 14)

[...] tem sempre aquelas pessoas que te dão uma ajuda que é minha mãe, minha sogra, minha avó, mas eu escuto os conselhos de cada um, mas as decisões cabe a mim tomar (entrevista 06)

[...] com minha mãe (entrevista 08)

[...] com a minha mãe, olhando outras pessoas como a minha tia cuidando das minhas primas, eu não tive nenhum trabalho assim para saber cuidar dele, fui bem mais experiente (entrevista 09)

Aquisição de conhecimento pelos profissionais de saúde

Algumas entrevistadas relataram que adquiriram conhecimentos para cuidar de seus filhos através dos profissionais de saúde, tais como médicos, enfermeiros e nutricionistas, em unidades de internação ou ambulatoriais dos estabelecimentos de saúde. Esta aquisição de conhecimentos vinculada às unidades de internação ocorreu pela necessidade de internação de alguns lactentes por tempo prolongado após o parto e em outras por algumas entrevistadas não possuírem familiares próximos ou disponíveis para orientá-las.

[...] eu aprendi mais aqui mesmo com os médicos, a ter mais atenção com ela e meus filhos. (entrevista 02)

[...] com os médicos, na hora que passa mal vou à emergência, desde quando foi descoberto é só com os médicos mesmo, porque até aí eu não tive apoio de família nenhuma para me ajudar, sempre foi eu e os médicos, no caso. (entrevista 04)

[...] essa parte assim de como a gente deve tratar a criança em casa, de não ter bicho, não ter tapete, cortina, essas coisas eu aprendi aqui com as... a enfermagem e com o médico que me orientou. (entrevista 05)

[...] foi meu primeiro filho, então os primeiros ensinamentos que eu tive foi no hospital porque ele foi um bebê prematuro, fez o canguru e falaram para que eu ficasse dez dias com ele, e ali fica sob os cuidados da mãe, tive muita dificuldade, mas as enfermeiras me ensinaram... e eu fui aprendendo, as primeiras fraldas que eu troquei foi no hospital. (entrevista 11)

[...] assim, com as orientações de vocês, do pessoal da enfermagem, nossa foi muito importante, abriu assim... é, quer dizer, com a orientação do pessoal da enfermagem, porque eu, realmente, eu tava, assim, nua e crua para cuidar da neném. (entrevista 15)

Saberes familiares sobre sintomas respiratórios

Durante as entrevistas, as mães informaram identificar sinais de doença respiratória quando seus lactentes apresentavam tosse, dispneia, rinorreia, congestão nasal, febre, espirros e quando não conseguiam amamentar devido ao esforço respiratório, conforme as falas a seguir:

[...] a primeira vez que eu notei, quando ele me chamou atenção foi a falta de ar, eu pressenti que a barriga dele afundava, batia muito... e a gargantinha dele ficava batendo com muita dificuldade de respirar. (entrevista 01)

[...] ela fica sufocada, a respiração dela é muito forte, ela fica entupida, o nariz dela parece que fecha. (entrevista 03)

[...] quando ele começa a ficar com o nariz escorrendo demais, a tossir e muita febre, aí eu já sei que ele vai ficar doente. (entrevista 04)

[...] é o narizinho dele que começa a escorrer e ele fica espirrando, aí eu já sei que ele tá com... tem que correr, ou então na hora que ele tá respirando muito alto, isso aqui dele chega a afundar [aponta para a fúrcula]. (entrevista 08)

[...] ele fica muito cansado, a respiração dele fica fraca, o nariz começa a escorrer. (entrevista 09)

[...] ela fica cansada, começa a tossir, tosse seca e começa a dar coriza, aí eu logo percebo que ela tá com problema respiratório. Não é uma gripe normal. (entrevista 10)

[...] com os sinais que ele me dá, às vezes, espirrando com secreção, tossindo, é... às vezes ele fica com o olho pequenininho, cansado, é... respirando com dificuldade, com sinais que ele me dá. (entrevista 11)

[...] quando ela não consegue dormir de noite, quando não consegue pegar no peito, normalmente como sempre pega e não consegue chupar a chupeta, o nariz entupido, fica respirando pela boca, entendeu? Eu acho que é isso. (entrevista 17)

Uma das entrevistadas ao ser inquirida sobre como identificava que sua filha apresentava problema respiratório, respondeu com muita tranquilidade que a filha nunca apresentou isso.

[...] não, nunca teve problema respiratório, essas coisas assim, nunca teve. (entrevista 16)

Após inquirição acerca do significado de doença respiratória, ela informou que não sabia. Houve uma explicação sobre o que era e ela rapidamente descreveu os sintomas da filha como relato a seguir:

[...] só quando tá fanhosa, aí eu sei que ela tá ficando meio resfriadinha, o nariz dela começa, assim, a escorrer, aí eu já sei que ela tá resfriada. (entrevista 16)

Saberes familiares sobre sinais de agravos do quadro respiratório

As entrevistadas demonstraram possuir conhecimentos sobre os sinais de agravos do quadro respiratório. A maioria das mães relatou a dispneia intensa, a fadiga, presença de secreção brônquica e cianose labial como sintomas de alerta que requeriam uma tomada de decisões. Esta incluía a busca por atendimento nas emergências ou administração de medicamentos, independente de serem ou não prescritos previamente. Duas das entrevistadas citaram a febre como um sintoma que as preocupava. Uma das mães referiu como sinal de agravo em seu lactente a presença de ruídos tipo roncos ao respirar.

[...] que eu notei nele quando ele piora é que ele vai aumentando o curso da barriga com mais rapidez e os labiozinhos dele começam a ficar arroxeados. (entrevista 01)

[...] quando ela tá com falta de ar, aí eu dou nebulização nela, aí caso não resolva, aí eu levo ela no médico. (entrevista 02)

[...] quando ele começa a não conseguir respirar direito... o peito dele parece que vai sair para fora... e a febre aumentando, chega a 40°C, aí nessas horas eu começo a correr com ele. (entrevista 04)

[...] piorando quando ele começa a ficar com fadiga, ficar com falta de ar, tossir com frequência, aquela tosse como se tivesse com bronquite, mas não é... é tosse alérgica, aquela tosse seca e sem parar. (entrevista 05)

[...] se engasga dormindo, ou então o nariz dele tá tão entupido, que ele não consegue dormir, aí eu sei que ele tá com dificuldade pra respirar. (entrevista 06)

[...] quando ele começa a acordar no meio da noite, tossindo muito, pedindo bastante água, sentindo o peito dele roncar muito. (entrevista 09)

[...] quando o catarro dele aumenta e eu dou a medicação e não funciona, eu tô dando a medicação, tô fazendo nebulização de 3/3h e ele continua com o problema, eu percebo que não está adiantando, tomo uma outra atitude de levar ele. (entrevista 11)

[...] fica muito cansadinho, vejo a barriguinha dele ofegante, aí eu já altero a dose do medicamento e dou dose de crise. (entrevista 13)

[...] começa, assim, a lacrimejar os olhos, começa, assim, a coçar muito os olhos e começa a chorar, não consegue respirar direito. (entrevista 14)

[...] quando começa a dar febre, quando dá febre, aí eu já sei que tenho que começar a correr, sei que tá ficando pior. (entrevista 17)

4.2.2 Prática de cuidados e vivências dos familiares no cuidado ao lactente com doenças respiratórias após a orientação do enfermeiro

Nesta categoria, observou-se que os cuidados realizados pelas mães aos seus lactentes quando apresentavam problemas respiratórios estavam relacionados com as medidas de controle ambiental para prevenção e cuidados diretos com os lactentes. Evidenciou-se que 70,6% das mães adotaram, simultaneamente, cuidados de manutenção da vida e de reparação, 17,7% utilizaram apenas medicamentos nos cuidados de seus lactentes e 11,7% somente medidas de controle ambiental.

Cuidados baseados nas medidas de controle ambiental

No que tange aos cuidados de controle ambiental as mães relataram que: arejavam bem o ambiente; removeram tapetes e cortinas do domicílio ou pelo menos do quarto do lactente; eliminavam a poeira passando pano umedecido nos pisos e nos móveis, evitavam varrer e limpavam a casa diariamente ou com mais frequência do que faziam anteriormente; retiraram brinquedos de pelúcia; não utilizavam produtos de limpeza com odor forte; não usavam talco e perfume nos lactentes; não lavavam suas roupas com sabão em pó e não possuíam animais domésticos com pelos.

[...] eu usava tapete, cortina, arranquei cortina, tapete, brinquedo de pelúcia, tirei tudo, acabei com isso. (entrevista 01)

[...] a casa tem que tá sempre arrumada, sempre livre de poeira, tapetes, essas coisas assim, é o que eu faço em casa. Tiro tudo que eu acredito que pode atrapalhar a respiração dele. (entrevista 04)

[...] eu passo pano na casa toda, não tenho cortina, não tenho tapete, não lavo a roupa dele com sabão em pó, com sabão de coco que eu lavo. (entrevista 05)

[...] eu procuro arejar o máximo que eu posso, tirar toda a poeira, é o máximo que a gente pode porque eu moro em beira de pista, então fica difícil. (entrevista 06)

[...] deixo a casa sem poeira, quando eu vou varrer eu passo pano primeiro, não tenho bichos, animais com pelos, essas coisas, são os cuidados que eu tenho. (entrevista 07)

[...] bicho que eu não gosto, é urso de pelúcia, é... os perfumes, eu reclamo todos os dias em casa para não ficar colocando perfume na presença dele... desinfetante de casa a gente também não coloca nada forte, bota tudo suave para ele não ficar resfriadinho. (entrevista 08)

[...] se eu vejo que a casa tá com muita poeira e ela tá muito cansadinha, aí eu tiro ela, tiro as cortinas que às vezes eu boto e começo a limpar a casa, aí eu vejo que ela começa a melhorar um pouquinho, mas junto com a nebulização lógico. (entrevista 10)

[...] é a fronha eu troco de 2 em 2 dias, roupa de cama, tudo assim com mais atenção... eu deixo a roupa dele toda separada, mas aí eu já tenho mais um cuidado, já dou mais uma passada... não tenho cortinas, tapetes, ursos. (entrevista 12)

[...] evito deixar perto de perfume... é, eu já não uso perfume mesmo... limpar a casa mesmo com desinfetante sem perfume. (entrevista 13)

[...] eu tento deixar a casa, assim, o mais arejada possível, assim, tirei as cortinas que eu tinha... é bichinho, ursinho também eu evito de deixar perto dela. (entrevista 15)

[...] eu passo sempre pano, aspirador para não deixar poeira... não tem urso de pelúcia, não tem nada que possa juntar poeira... quase toda noite quando eu chego em casa eu tiro o pó, eu faço tudo para poder não piorar a respiração dela. (entrevista 17)

Em relação à prática de cuidados diretos com os lactentes durante os problemas respiratórios, os relatos apontaram para o uso de medicamentos, ofertas de uma boa alimentação e de líquidos em maior volume, higienização das narinas com solução fisiológica para fluidificar as secreções, limpeza externa das secreções com lenço ou papel higiênico e elevação da cabeceira durante o sono para melhorar a respiração.

Cuidados de reparação incluindo a automedicação

Em relação ao uso de medicamentos:

[...] o que eu faço nele é a nebulização só com soro e os remédios que a doutora passou... (entrevista 01)

[...] aí eu dou nebulização nela em casa só com soro, caso não resolver, aí eu levo ela ao médico. (entrevista 02)

[...] nebulização, sorinho no nariz, entendeu? Lavar bastante o narizinho e bastante nebulização só com soro fisiológico... (entrevista 03)

[...] com ele vou dando a medicação na hora certa, lavando o nariz dele sempre com soro pra não ficar muito ressecado e faço nebulização. (entrevista 04)

[...] eu procuro sempre lavar o nariz dela com soro pra tentar desentupir um pouquinho. (entrevista 06)

[...] eu começo a tratar com nebulização com soro e berotec® e os medicamentos de costume... só que o berotec®, quando ela tá muito cansada, eu opto pelo soro, só pelo soro, aí quando eu vejo que não dá jeito eu boto o berotec®. (entrevista 07)

[...] eu faço nebulização, boto soro fisiológico no nariz dele, é o que eu faço. (entrevista 09)

[...] faço nebulização nela em casa e dou o xarope quando começa a tossir... nebulização eu uso soro e atrovent®, eu não uso berotec® porque acelera o coração. Quando ela fica muito ofegante, a respiração dela aumenta e começa a dar febre, eu levo ela para o hospital. (entrevista 10)

[...] quando o catarro dele aumenta e eu dou a medicação e não funciona, eu tô dando a medicação, tô fazendo a nebulização de 3/3h ele continua com o problema, eu percebo que não está adiantando e tomo uma outra atitude de levar ele ao hospital (entrevista 11).

[...] faço nebulização com soro, berotec® e atrovent®, boto duas gotinhas de um e uma gotinha do outro... (entrevista 12)

[...] eu já altero a dose do medicamento, já dou a dose de crise. (entrevista 13)

[...] colocar no narizinho, lavar com soro fisiológico, limpar com algodãozinho, passar o soro fisiológico... fazer nebulização nele que eu faço bastante em casa (entrevista 14)

[...] eu lavo o nariz dela de meia em meia hora com soro, sempre, pra não entupir mais, faço nebulização só com soro fisiológico. (entrevista 17)

Cuidados de manutenção da vida e de reparação não medicamentosos

Os cuidados de manutenção da vida e de reparação não medicamentosos durante as doenças respiratórias são descritos como componentes do cuidado, que englobam uma gama de saberes e práticas, do senso comum ao saber técnico científico.

[...] quando tá com muita falta de ar levanto ele, eu boto ele em pezinho... não deixar ele diretamente deitado reto, botar sempre a cabecinha dele em pézinha também. (entrevista 01)

[...] alimentação, bastante líquido que é o que eu faço. (entrevista 04)

[...] o nariz dele eu não limpo com pano... eu limpo com papel, aquele papel, lenço pra poder não pegar bactéria, porque não adianta nada limpar, você pegar um pedaço de pano e limpar o nariz da criança e daqui há pouco limpar de novo. Faço a higiene do nariz dele, aplico soro, limpo de novo, três vezes ao dia pra não juntar secreção no nariz, porque senão não adianta. Não adianta você ter cuidado dentro de casa, a criança tá com o nariz escorrendo e você passando pano toda hora no nariz. (entrevista 05)

[...] dou bastante água. (entrevista 09)

[...] Sempre deixo ele bem vestido, com casaco, bermuda ou uma calça, sempre de meia, um pouco distante do ventilador, se tá calor eu coloco o ventilador virado pra parede, nunca com o ventilador em cima dele, e não acho bom ele dormir sem uma camisa, uma camiseta. (entrevista 11)

[...] eu procuro dar mais fruta, mais líquido, suco de laranja... suco de caju que ele gosta muito, é suco de limão, tudo assim que ele pode, acerola, acerola com laranja, cenourinha ralada... boto com travesseiro alto, que ele deite no travesseiro pra ficar bem alto. (entrevista 12)

[...] evitar dar remédios e tratar com coisas naturais (entrevista 03)

Apesar de todas as entrevistadas relatarem que cuidavam de seus lactentes com medidas de manutenção da vida ou reparação ou ambas para as doenças respiratórias, suas vivências apontam as facilidades e dificuldades que percebem nessa prática. Os relatos demonstraram praticamente um equilíbrio entre as dificuldades e facilidades relatadas.

Dificuldades vivenciadas para cuidar

As dificuldades que as entrevistadas vivenciam para os cuidados são atribuídas ao descontrole emocional, às condições desfavoráveis de moradia, às mudanças de rotina e à rejeição dos medicamentos pelos lactentes, conforme as transcrições das falas abaixo:

[...] lá em casa tem muito mofo... o tempo que é muito frio onde eu moro... quando o tempo está frio é que ataca mesmo, assim, a bronquite nele. (entrevista 01)

[...] eu tenho dificuldade às vezes porque não tô acostumada com essas coisinhas... porque aí eu fico, acabo me desesperando, fico apavorada, aí eu corro com ela. (entrevista 02)

[...] quando ele tá assim eu não posso fazer nada, só dedicar o dia todo só pra ele, não posso sair de perto que sufoca, porque de noite começa a sufocar, a tossir. Durmo com ele no meu colo sentado, porque não aguenta respirar... paro de fazer tudo o que tem que fazer. (entrevista 04)

[...] dificuldade que ele tem de tomar remédio... quando ele toma ele vomita (entrevista 05)

[...] eu moro em beira de pista, então fica difícil... referindo-se ao acúmulo de poeira no ambiente... a dificuldade é que... quando fica muito entupido assim ele... ele rejeita um pouco o remédio, então tem uma rejeição com o soro... e facilidade não tem... problema respiratório é sempre muito chato. (entrevista 06)

[...] a minha casa, a casa onde eu moro não tem ventilação, dá muita umidade nas paredes, o guarda-roupa fica com cheiro de mofo, o banheiro fica com cheiro muito ruim. (entrevista 09)

[...] é difícil porque é eu sozinha e aí eu fico preocupada, eu não durmo, fico vigiando ela. (entrevista 10)

[...] eu acho difícil porque eu sou muito apavorada, tipo ela fica se mexendo a noite toda, eu começo a chorar junto com ela, então eu sou um pouco descontrolada. (entrevista 17)

Facilidades vivenciadas para cuidar

As facilidades relatadas pelas entrevistadas foram muito associadas às orientações previamente recebidas pelos enfermeiros e médicos. Algumas enfatizaram a mudança de comportamento frente aos cuidados aos lactentes com doenças respiratórias em decorrência dessa prática educativa.

[...] não tenho dificuldade não... não porque eu já até estou acostumada, tenho os medicamento certos, já sei como é que é. (entrevista 07)

[...] hoje eu sou bem orientada do que fazer... no início quando ele era mais novo eu tive muita dificuldade, muita dúvida, fui aprendendo muito dia após dia (entrevista 11)

[...] agora que eu já tenho esse esquema que eu procuro fazer isso e que eu acho tá dando certo, agora é fácil... mas é difícil até você se adaptar, você achar uma solução... já bati muito a cabeça, vai pra consulta médica e se era isso, aquilo, não era aquilo, sempre falando uma coisa. (entrevista 12)

[...] ah eu já me habituei porque essa rotina é desde ele novinho, então eu já me acostumei, mas no início não era assim. (entrevista 13)

[...] bom, eu sinto facilidade porque eu já fui explicada, fui ensinada pra isso, a gente aprende muitas coisas aqui que a gente leva e faz em casa. (entrevista 14)

Uma entrevistada relatou que a facilidade está associada ao seu controle emocional e que quando a lactente apresenta algum problema respiratório, ela

tenta manter uma tranquilidade para que a filha se sinta tranquila também, conforme a fala transcrita a seguir.

[...] eu tento me manter o mais calma possível até ela, assim, ela voltar ao normal... eu tento me acalmar e acalmar ela. (entrevista 15)

Outra entrevistada referiu facilidade do cuidado de sua lactente em razão do comportamento ativo que a filha apresenta durante os problemas respiratórios e até mesmo em vigência de febre.

[...] não, porque ela é uma criança que não dá trabalho... ela pode tá com febre, pode tá com o que for que ela fica correndo, brincando, nem parece que ela tá com febre. (entrevista 16)

4.2.3 Prática educativa na consulta de enfermagem como estratégia para favorecer a autonomia dos familiares no cuidado

Esta categoria descreveu as concepções dos familiares sobre a prática educativa realizada pelo enfermeiro na consulta de seus lactentes, na perspectiva da autonomia do cuidado em razão das doenças respiratórias, possíveis mudanças observadas e seus sentimentos em relação à consulta com o enfermeiro.

Evidenciou-se que a consulta de enfermagem foi compreendida pelas entrevistadas como um espaço de diálogo, acolhimento e de reflexão para as suas práticas de cuidados, reconhecendo que a adoção de cuidados preventivos como os de controle ambiental concorreram para mudanças favoráveis à saúde de seus lactentes.

As depoentes relataram que a consulta de enfermagem foi importante porque promoveu a socialização do conhecimento, a segurança das mães no cuidado e as mudanças nas formas de cuidar do seu lactente e do ambiente. Coube ressaltar que em alguns relatos apareceram palavras como “vocês” e “elas”, que foram consideradas oriundas da consulta de enfermagem, uma vez que os lactentes são atendidos pelo enfermeiro, mas também pelos docentes e discentes da enfermagem. Abaixo os relatos:

[...] aqui dentro eu aprendi muita coisa, coisas que não sabia, assim, lidar com uma criança com falta de ar... vocês sempre estão me orientando. (entrevista 01)

[...] é maravilhoso, é muito bom, a gente aprende muita coisa... cuidar do nosso filho melhor, como tratar. (entrevista 03)

[...] eu acho muito importante porque quando eu cheguei aqui eu não sabia fazer nada, sabia que meu filho tinha aquele problema, mas eu não sabia o que fazer, quem me ajudou foram as enfermeiras nas consultas, eu fico conversando com elas, aí foram me ensinando o que pode ser feito com ele no nariz... (entrevista 04)

[...] é importante porque elas sempre nos dão conselhos de como tornar o tratamento mais fácil. É igual a relação da toalhinha, que geralmente a gente usa para limpar o nariz, e isso é só uma troca de vírus. Elas te dão uma luz, às vezes você tá pensando que tá fazendo certo e tá fazendo errado, então é bem interessante e produtivo. (entrevista 06)

[...] pra mim é boa, porque qualquer coisa que a gente tenha, vocês explicam, dão orientações, falam de cuidados que a gente tem que ter mesmo. (entrevista 07)

[...] faz diferença, me ajuda bastante, porque assim a gente aprende, eu como mãe eu aprendo muito sobre a situação dela, sobre a respiração dela... quando as enfermeiras falam que tem que tirar isso, não pode ter isso, limpa isso, eu fico observando que as enfermeiras têm razão. (entrevista 10)

[...] ajuda ter uma orientação porque se não fosse essa orientação, se eu não estivesse no Antônio Pedro todo mês... essa orientação já me ajudou muita coisa... mesmo que ele não tivesse nada durante o mês, mas eu venho mesmo assim, é por causa da orientação. (entrevista 12)

[...] ajudou muito, muitas informações eu obtive através do serviço de enfermagem. Muitas coisas eu aprendi na puericultura, o lance da poeira, do perfume... isso tudo eu assimilei pra mim e adaptei na minha casa. (entrevista 13)

[...] com certeza é muito importante porque... às vezes a gente aprende certas coisas que nunca tinha aprendido antes. (entrevista 14)

[...] é uma atividade de importância, é um serviço que tira dúvidas porque às vezes a pessoa é muito leiga... deixa a nossa vida bem mais prática, tranquila... Tem como a gente cuidar do bebê tendo mais informação. (entrevista 15)

Duas entrevistadas atribuíram importância à disponibilidade de tempo e à abordagem ampliada de temas na consulta do enfermeiro.

[...] a médica quase não tem tempo de conversar muitas coisas, conversa mais da doença que a criança tá no momento, daquilo que a criança sente no momento, mas as orientações que são muito importantes é o enfermeiro que dá. (entrevista 05)

[...] muitas coisas que às vezes a médica da pneumo [pneumologia] não tem tempo mesmo porque é corrido de passar, aí eu aprendi na puericultura. (entrevista 13)

A prática educativa realizada pelo enfermeiro gerou mudanças percebidas pela maioria das mães não apenas nas suas rotinas de cuidados, mas na redução da frequência de problemas respiratórios dos seus lactentes, conforme constatados nos depoimentos abaixo:

[...] melhorou 99,9%, ele fica só com uma secreçãozinha no nariz, por quê? Porque toda criança quando o tempo muda fica com problema alérgico, mas do jeito que ele estava ele agora tá ótimo. Foi através das orientações que eu tive. (entrevista 05)

[...] como problema respiratório é muito chato de tratar a gente não quer que volte, então a gente tenta fazer umas mudanças em casa, mudança no ambiente, até nas roupas dele. (entrevista 06)

[...] melhorou bastante porque toda vez que ela fica sufocada, hoje ela já não fica tanto, eu lembro do que a enfermeira falava... não pode isso, não pode aquilo, aí eu vou e tiro a poeira, tiro a cortina, tiro os bichos de pelúcia... não deixo muito abafado. (entrevista 10)

[...] percebo porque se eu não tivesse essas orientações, eu ia deixar aquelas coisas lá, daí ele ia piorar, eu não ia saber, o nariz escorrendo e eu limpava, dava remédio... passar vassoura, aquele tapete ia continuar ali, aquele monte de urso lá no berço, ele ia brincar com aquilo, querer agarrar e tem poeira à beça, ia continuar piorando mais ainda. (entrevista 12)

[...] bastante, o quadro dele mudou bastante. (entrevista 13)

[...] eu achei que melhorou muito, é porque eu tirei as coisas que acumulavam poeira... não que ela ainda não tenha, ela ainda tem, mas menos. (entrevista 15)

[...] já, é negócio de ficar fumante... eu parei de fumar quando minha filha fez três meses, quem fuma ainda é só meu marido, mas vive mais na rua trabalhando do que dentro de casa... poeira, eu arrumo a casa. (entrevista 16)

[...] eu acho que melhorou bastante. Antigamente ela, tipo assim, uma vez por semana ela estava com nariz entupidão, não conseguia comer... eu só limpava a casa aos sábados e domingos, durante a semana eu chegava de noite e ia dormir. Agora não, quando eu chego na frente do meu marido eu limpo, quando ele chega primeiro ele limpa. (entrevista 17)

Uma das entrevistadas apontou a mudança em sua rotina de cuidados ao lactente em decorrência do seu amadurecimento pela participação da consulta. Pode-se inferir esse amadurecimento como resultado de uma reflexão acerca do que foi dialogado durante a consulta e que se transformou em um cuidado

consciente e autônomo. E ainda relatou a socialização desses conhecimentos às outras mães, mas com a consciência da limitação e da necessidade de buscar atendimento médico caso não obtivesse êxito com a prática de cuidados adotada.

[...] muda sim, muda na minha rotina porque... a gente amadurece mais para cuidar do nosso filho, porque se a gente tiver com a situação do filho da outra pessoa, a gente já dá um toque para aquela mãe, o enfermeiro me disse o que eu fiz com meu filho, se não funcionar com ela, procura um médico. Então eu acho que muda muito, traz maturidade. (entrevista 11)

Os sentimentos declarados pelas entrevistadas durante a consulta de enfermagem demonstraram seus reconhecimentos como participantes ativas na construção de novos conhecimentos, nas possibilidades de diálogo durante o atendimento e em um bem-estar pela forma acolhedora como foram recebidas. As mães afirmaram se sentir bem à vontade para falar e ouvir e também reconheceram a consulta como um espaço para dirimirem suas dúvidas e refletirem sobre os assuntos abordados.

[...] meu sentimento é muito grande, porque não sei nem explicar coisa dessa... sinto bem, com muito carinho. (entrevista 01)

[...] me sinto bem, me sinto à vontade pra falar, perguntar. (entrevista 02)

[...] me sinto bem, tenho espaço pra falar... pra falar tudo que eu acho. (entrevista 03)

[...] eu chego a consulta é aberta, eu falo o que tá acontecendo, elas me dão conselhos. (entrevista 04)

[...] eu me sinto bem, me sinto à vontade porque dá pra gente conversar, assim tirar nossas dúvidas, tem coisas que você tem dúvidas... o tratamento também porque trata a gente muito bem, com muito carinho, com atenção. (entrevista 05)

[...] bem à vontade pra ouvir e pra falar também minhas dificuldades, o que tá acontecendo. (entrevista 07)

[...] me sinto bem, consigo falar com todas elas, em termos da pediatra, de vocês enfermeiras, todo mundo, atendem muito bem. (entrevista 08)

[...] bem, eu tiro minhas dúvidas. Sempre quando eu venho tô aprendendo mais, aprendi muita coisa, saio daqui mais orientada. (entrevista 09)

[...] eu tenho muita vergonha... só que aqui as enfermeiras me deixam muito à vontade, aí a gente acaba deixando a vergonha de lado... acaba falando as coisas que têm que falar, o que acontece no dia a dia, os cuidados com a

filha, o que pode, o que não pode... as orientações que as enfermeiras falam são as que procuro seguir. (entrevista 10)

[...] sempre me tratam muito bem... com simpatia, com atenção, perguntam se eu fiquei com alguma dúvida... sempre respondem a todas as minhas perguntas e nunca me deu uma resposta errada. Nunca tive uma resposta [errada] do enfermeiro, pelo menos aqui do Antônio Pedro, os enfermeiros, os médicos, não tive problema nenhum, Graças a Deus. Meu filho nasceu com 29 semanas e foi um milagre de Deus hoje ele estar bem de saúde comigo e muito foi a ajuda dos enfermeiros e dos médicos, do atendimento, da competência, dos cuidados. (entrevista 11)

[...] bem à vontade M., mas com a preferência quando você está aqui... é porque a gente tem mais uma intimidade, já conversa mais... sobre vários assuntos, assim eu já me solto mais... e você já vai me dando a orientação como no skate, eu tava achando aquilo lindo, aí eu comprei... mas aí agora você me deu orientação, já comecei a pensar no que eu fiz... pra mim ele tava se esforçando pra andar, pra subir em cima do skate... a orientação é boa porque pra mim quando ele tava agarrado naquilo, não pensei do lado do fogão, não pensei do lado da mesa, dele segurar naquilo. De uma televisão vir em cima, não pensei nada disso. (entrevista 12)

[...] bem, porque passar informação pras mães é muito importante pra gente não ficar perdida como eu falei. Porque é difícil achar profissionais que queiram realmente instruir. Geralmente consulta muito rápido, é cinco, dez minutos no máximo. Aqui não. Aqui a gente tem atenção, tiram as dúvidas, informam... saio daqui sem dúvidas. (entrevista 13)

[...] me sinto bem porque o enfermeiro fala, ajuda muito, às vezes a gente aprende certas coisas que a gente nunca tinha aprendido antes... eu me sinto à vontade para falar porque quando eu tenho qualquer dúvida eu chego e pergunto, porque é pior você ficar na dúvida e não saber. (entrevista 14)

[...] me sinto bem, eu gosto, eu tiro bastante dúvida, normalmente eu falo sobre tudo... vocês recebem as mães muito bem, acolhendo, deixa agente assim mais à vontade, tranquila... vocês têm uma paciência! (entrevista 15)

[...] eu me sinto bem. Dá dica, me orientam direitinho. Antigamente não, antigamente a gente ia direto pro médico. Com as enfermeiras é mais fácil, acho mais prático. Sempre elas vão perguntando e eu vou respondendo com sinceridade tudo que me perguntam... só não pergunta quem não quer. (entrevista 17)

Uma das mães disse que gostou do atendimento e se sentiu à vontade tanto para responder quanto para perguntar quando tinha dúvida porque sentiu como se estivesse em família. Deixou claro que vir ao atendimento era um momento de socialização, lazer e responsabilidade. Fez apenas uma crítica referente à demora do atendimento.

[...] fora a demora... eu gosto, pelo menos é uma distração quando eu venho pra cá, já falo mesmo, é o dia de levar minha filha ao pediatra... só eu sair de casa pra mim é ótimo... e também eu gosto de levar ela no pediatra... me sinto à vontade, o que tem que responder eu respondo e quando eu tenho dúvida eu pergunto... é até tipo família, vai fazer quase dois anos... to à vontade sou de casa. (entrevista 16)

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os dados sociodemográficos descritos no capítulo 4 foram analisados conforme emergiram nas categorias, subsidiando os resultados da pesquisa.

5.1 CONCEPÇÃO DE CUIDAR E SABERES FAMILIARES SOBRE SINAIS E SINTOMAS RESPIRATÓRIOS

Nesta categoria emergiram as concepções de cuidar e as formas de aquisição de conhecimento das mães para a prática dos cuidados em geral, considerando a necessidade do enfermeiro em conhecer as visões de mundo por elas apresentadas de forma mais abrangente. Esta atitude de conhecer a realidade do sujeito deve ser o primeiro passo para a realização de uma prática educativa progressista, quando o educador reconhece o educando como um ser histórico, com saberes próprios e socialmente construídos na prática comunitária, com desejos, curiosidades e dúvidas. Pensar no educando como uma caixa vazia e que não tem condições de decidir por si mesmo; de confirmar, ampliar ou transformar seus saberes é pensar errado⁽⁵⁸⁾.

“A tarefa coerente do educador que pensa certo é, exercendo como ser humano a irrecusável prática de inteligir, desafiar o educando com quem se comunica, a produzir sua compreensão do que vem sendo comunicado. Não há inteligibilidade que não seja comunicação e intercomunicação e que não se funde na dialogicidade. O pensar certo, por isso, é dialógico e não polêmico”^(58:39).

Compreende-se o cuidar como uma ação para dar continuidade à vida e não pode estar centrado apenas nos cuidados para prevenção das doenças.

“Cuidar, prestar cuidados, tomar conta, é, primeiro que tudo, um ato de VIDA, no sentido de que representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se. Ao cuidar, não podemos pois fugir à questão: mas que vida se sustenta? E a que preço? Para que razão de existir”^(10:235).

Abordar o cuidado com foco na doença contraria a própria filosofia do SUS, que compreende a saúde como uma condição de vida que se estabelece a partir da sua interface com vários setores da sociedade, e não mais a antiga premissa de ausência da doença⁽²⁶⁾.

Entende-se que cuidar do lactente é uma ação destinada a assegurar à sua vida requerendo esforços dos profissionais de saúde, gestores e comunidade, resultando em condições dignas de vida favorecendo sua qualidade ao lactente e família. E evitando o adoecimento ou impedindo situações de riscos maiores para essa clientela, nesse caso os lactentes, ainda sem possibilidades de desenvolver sua autonomia no cuidado de si.

O lactente está em fase de crescimento e desenvolvimento psicomotor e depende integralmente dos cuidados maternos. Os potenciais de crescimento e desenvolvimento são pré-estabelecidos ao nascerem e podem ou não ser alcançados mediante os cuidados recebidos em seus domicílios⁽⁵⁾. Desta forma, a prática educativa, pelo enfermeiro ou outro profissional de saúde, deve discutir com as mães sobre a dependência do lactente pelo cuidado materno para o seu crescimento e desenvolvimento adequados. E ainda estimular as mães para pensarem sobre as situações/condições de vida que interferem negativamente na realização dos cuidados adequados, a fim de que possam refletir e agir em favor de mudanças, sejam individuais ou coletivas, mas que melhorem suas condições de vida contribuindo para a autonomia futura desses lactentes. No entanto, quando os cuidados maternos são aquém das necessidades dos lactentes podem favorecer o surgimento de agravos à saúde, bem como suas complicações, impedindo o crescimento e desenvolvimento esperados. Podendo também ocasionar o óbito, elevando as taxas de mortalidade infantil e, conseqüentemente produzindo impacto negativo nos índices de desenvolvimento humano.

O desenvolvimento da prática educativa pelo enfermeiro em qualquer cenário deve considerar e respeitar as visões de mundo dos sujeitos na condição de educando envolvidos no processo educativo. As visões de mundo são construídas considerando as crenças, os valores, os saberes e as necessidades de cada indivíduo conforme sua realidade⁽⁵⁸⁾, e devem ser valorizadas durante a consulta do enfermeiro através do diálogo entre ambos. Esta é uma prerrogativa

de extrema importância para iniciar um trabalho educativo horizontal, dialógico, participativo e transformador da realidade de vida dos sujeitos sob nossa responsabilidade de cuidados.

Dessa forma, “cuidar é manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis à vida, mas que são diversificadas na sua manifestação”^(10:29). Essas diferentes manifestações de cuidados como respostas às necessidades de cada um instauram hábitos de vida próprios de cada ser humano. Estes cuidados se relacionam em hábitos de vida, costumes e estão relacionados com a forma pela qual os indivíduos assimilam e utilizam os recursos disponíveis em seus ambientes, gerando rituais e crenças.

Neste estudo, a prática educativa ocorre durante a consulta de enfermagem aos familiares dos lactentes com doenças respiratórias. Entende-se esta consulta como um espaço dialógico de cuidado e para o cuidado, e também de encontro entre as unidades representativas do cuidado: família e enfermeiro, no que concerne à integralidade das ações, isto é, promoção, prevenção e reabilitação da saúde do lactente⁽⁵⁶⁾.

Um estudo descritivo sobre práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada, realizado em um hospital universitário do município do Rio de Janeiro, ressaltou a consulta de enfermagem ampliada e integral como um novo modelo dialógico e horizontal de comunicação entre enfermeiro e família⁽¹³⁾.

Esta abordagem que permite ao cliente a participação pelo seu cuidado e daqueles que estão sob sua responsabilidade é uma proposta que ganha destaque desde a década de 1970, preconizada pelas diretrizes da educação popular⁽⁶⁰⁾.

Nesse estudo, cuidar foi entendido pelas mães como uma ação de afetividade, de manutenção da vida, de obrigação e de proteção ao lactente. Houve também a compreensão de cuidar como um direito assegurado à mãe.

Desde os tempos mais remotos, os cuidados para garantir à vida e dar continuidade à espécie humana estão circunscritos na mulher, considerada símbolo de fecundidade e responsável pela concepção, desenvolvimento e manutenção da vida⁽¹⁰⁾.

Esta pesquisa corrobora a tradição milenar da mulher no cuidado quando apresenta a figura materna como a principal provedora de cuidados aos lactentes. Em estudo recente sobre saberes e práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil foi também evidenciada a mãe como principal cuidadora de seus filhos, sendo o pai o responsável pelo sustento da família. Esta condição possibilita à mãe o exercício pleno da maternagem⁽⁶⁹⁾. Outras pesquisas acerca do cuidado à criança prematura no domicílio apontam a mãe como responsável pelo cuidado integral do filho^(70,71).

Entretanto, algumas das entrevistadas trabalham e dividem os cuidados aos seus lactentes com o pai, avó, tia e a creche. Este achado ratifica a prática de cuidados relacionada ao gênero, quando avós, tias e a creche, local onde os cuidados aos lactentes são destinados às mulheres, fazem parte da rede de apoio dessas mulheres que trabalham. Apenas uma das mães compartilha a tarefa de cuidar do lactente com o pai.

O contexto sócio-histórico produz a divisão do trabalho abarcando o gênero: as mulheres exerciam atividades de cuidados no espaço privado, familiar, se responsabilizando pelas atividades com crianças, idosos, doentes, ambiente, entre outros. Aos homens cabiam as atividades de garantia dos recursos necessários ao sustento da sua família e defesa do território⁽⁷²⁾. Esta característica do homem como a principal fonte de renda da família se confirmou nessa pesquisa quando a maior parte das mães afirmou não possuir atividade laboral extradomiciliar. Ficando clara a atividade da mulher no cuidado ao domicílio, lactente e acompanhante. A ausência de atividade laboral pelas mães pode se justificar em razão de alguns diagnósticos dos lactentes, cujos acompanhamentos por outros especialistas e atividades de estimulação se fazem necessários.

A variável renda familiar interfere nas possibilidades da família em prestar cuidados adequados aos lactentes. Nesse estudo, a renda familiar variou entre um e três salários mínimos. O estudo sobre saberes e cuidados maternos a crianças com doenças respiratórias apresentou renda familiar semelhante⁽⁶⁹⁾. A baixa renda familiar interfere nas condições de vida e este fator econômico atua sobre as condições de moradia, nutricionais, ocasionando déficit de

crescimento⁽⁷³⁾. Portanto, não é possível para o profissional de saúde, o educador, ser alheio às condições econômicas de seus educandos, de forma a poder identificar uma das suas limitações para a prática dos cuidados.

Apesar de todas as mudanças culturais e históricas com o incentivo a escolarização da mulher na década de 1930, a valorização da sua inteligência e competência e sua inserção no mercado de trabalho, os cuidados diretos aos filhos ainda estão sob a responsabilidade materna. Alguns estudos mostram mudanças concretas, porém incipientes, da exclusividade materna nesses cuidados.

Uma das concepções de cuidar, atribuídas pelas mães deste estudo, a revela como uma ação para garantia da sobrevivência dos lactentes confirmando o conceito de cuidar por Collière. Evidenciaram-se nos depoimentos uma preocupação dessas mães com relação a oferecer as refeições obedecendo aos horários, trocar as fraldas com frequência para evitar assaduras, dar banho, enfim, promover cuidados de forma a evitar o adoecimento de seus lactentes. O cuidado materno associado a atender as necessidades fisiológicas do filho, tais como a nutrição e a higiene foi resultado de alguns estudos^(70,72).

Cuidar associado à afetividade apareceu como principal concepção das mães entrevistadas nesta pesquisa. Os teóricos da psicanálise reconhecem as primeiras relações na vida de um bebê como determinantes ao seu desenvolvimento infantil, resultante da formação de vínculo entre a díade mãe-bebê. Entretanto, divergências surgem entre os psicanalistas a respeito do mecanismo da formação de vínculo. Uma corrente a atribui a dependência absoluta do lactente à figura materna e a outra a relaciona com a teoria do apego cujas respostas dos lactentes às interações não ocorrem rapidamente⁽⁷⁴⁾.

Os pesquisadores contemporâneos sobre as interações mãe-bebê comprovam em seus estudos a interdependência do comportamento do bebê e da mãe. Existe uma resposta comportamental do bebê relacionada ao comportamento da mãe e vice-versa⁽⁷⁴⁾.

Os pesquisadores acreditavam na interação mãe-bebê como mediador para favorecer o desenvolvimento sócio-cognitivo da criança. Outros pesquisadores acreditavam no desenvolvimento do apego seguro como reflexo do

amor dos pais, constituindo-se em fator para o desenvolvimento social, afetivo e cognitivo das crianças⁽⁷⁴⁾.

Um estudo realizado pelo grupo de pesquisa Interação Social e o Desenvolvimento Infantil da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) com 56 díades (mãe-bebê) divididas em dois grupos, por faixa etária dos bebês (um mês e entre quatro e cinco meses), teve como um dos objetivos a análise da complexidade das trocas e seu componente afetivo. As pesquisadoras filmaram as díades em suas casas, por vinte minutos, durante suas atividades habituais e após análises, concluíram que o contato entre as díades dos bebês maiores apresentavam maior interação e afetividade do que os de um mês. A afetividade foi destacada como fator constitutivo nas interações mãe-bebê⁽⁷⁵⁾.

Um estudo na área da psicologia referente à produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no programa mãe-canguru, realizado em um hospital público no interior de São Paulo, revelou a responsabilidade materna pelo amparo afetivo da sua família. Para as mães entrevistadas, o cuidado ao filho consistia em sua atribuição e não poderia prescindir da afetividade na sua realização⁽⁷⁶⁾. Uma pesquisa sobre as representações sociais frente ao cuidar materno aos filhos prematuros evidenciou a associação pelas mães ao amor e o cuidado como núcleos fundamentais para cuidar do filho em seus domicílios⁽⁷⁰⁾.

Na cidade do Rio de Janeiro foi desenvolvida uma pesquisa com objetivo de analisar crenças de pais e mães sobre investimento parental e o que faziam para investir na criação de seu filho. Nos discursos analisados dos pais e das mães sobressaiu o envolvimento afetivo como investimento parental ideal para a criação de um filho⁽⁷²⁾.

Algumas entrevistadas concebiam que cuidar de seus lactentes era um dever, uma obrigação, caracterizada pela responsabilidade atribuída à mulher por ter gestado e dado à luz ao seu filho. A concepção de cuidar dos seus lactentes como dever atribuídos por algumas mães pode ser reflexo da própria história de cuidar, tomar conta de, tão associada à figura feminina, em particular à da mãe. Esta visão em considerar a mãe como o protótipo da ação de cuidar e de responsabilidade por tudo que assegure a vida dos seus lactentes ainda se perpetua.

Apesar de todas as mudanças socioculturais percebidas nas famílias ao longo dos anos, a mãe ainda se sente como principal responsável pelos cuidados aos seus filhos. Sua dedicação, carinho e atenção colaboram significativamente para o crescimento e desenvolvimento saudáveis⁽⁷⁷⁾. Cabe ressaltar que o dever da família no cuidado de seu filho se constitui em um direito legal assegurado à criança e ao adolescente pelo seu estatuto, regulamentado pela Lei nº 8069/1990 no artigo 4º⁽³⁴⁾.

Pode-se inferir que a concepção de proteção e de zelo relatadas por algumas mães aos seus lactentes se traduziu pelo reconhecimento da necessidade de cuidar para salvaguardar a vida dos riscos que comprometiam a saúde dos seus filhos. Esta ação expressou o sentido do cuidado na linha da manutenção da vida em que as mães envidavam esforços para que seus cuidados assegurassem a vida, e também fossem capazes de auxiliar na reparação de situações que se apresentassem como riscos à saúde da criança.

Uma das mães, quando perguntada sobre seu entendimento por cuidar de seu lactente, foi enfática em dizer ser um direito próprio de cuidar e deixou transparecer um dever quando completou a frase dizendo que tinha que cuidar muito bem. O direito da mulher para cuidar do seu lactente surgiu de forma espontânea, à medida que desde os primórdios cabia à mãe o cuidado de seus filhos. A mãe amamenta, acalenta, educa, dá banho, troca as fraldas, enfim, estabelece um vínculo estreito com esses cuidados de manutenção da vida em situações ou não de risco ao seu lactente.

No entanto, esse direito foi legalmente conquistado com a promulgação da Constituição Federal em 5 de outubro de 1988, no capítulo II que dispõe sobre os direitos sociais, no artigo 7º, inciso XVIII - licença à gestante, sem prejuízo do emprego e do salário, com a duração de cento e vinte dias⁽²⁵⁾.

Considerou-se que as concepções de cuidar dos lactentes relatadas pelas mães possuíam origens, as quais deveriam ser apresentadas para que a pesquisadora se aproximasse dos seus contextos de vida. Sendo assim, avaliou-se como relevante delinear as formas de aquisição dos seus conhecimentos. É imprescindível conhecer a subjetividade do seu cliente e seu contexto, de modo a fortalecer o princípio de valorização e reconhecimento do saber do senso comum

necessário para o desenvolvimento da prática educativa dialógica e participativa⁽⁵⁸⁾.

A postura de educador em uma vertente progressista demanda do profissional a adoção de alguns valores enfatizados por Freire em sua obra *Pedagogia da Autonomia*, dentre os quais se encontra a valorização e reconhecimento dos saberes individuais⁽⁵⁸⁾. Nesse estudo, esta postura implicou no reconhecimento do familiar do lactente como um sujeito histórico e social que possui uma realidade concreta de vida podendo ser pouco conhecida pelo profissional de saúde, sendo de extrema valia para o desenvolvimento da prática educativa e a proposição de medidas interventivas congruentes às realidades dos sujeitos.

Portanto, a prática educativa deve partir da realidade dos sujeitos mediados pelo mundo, mundo que os cerca e com o qual eles estabelecem relações, agem e reagem conforme as situações apresentadas em seu universo, e neste caso o de cuidar de lactentes com doenças respiratórias. Assim, o enfermeiro precisa se colocar em posição horizontal com os familiares e estabelecer um diálogo, a fim de que os familiares possam se reconhecer como pessoas capazes de sair da consciência ingênua para a crítica. Isto é, passar da condição passiva na construção da sua saúde e se perceber como um ser com potencialidades de novos aprendizados e novas visões de mundo^(58,61). Não conceber a saúde apenas como a ausência de doenças, mas como resultante dos determinantes de vida, pelos quais todos devem intervir de forma consciente para transformar a nossa vida e daqueles sob nossa responsabilidade. Esta possibilidade de apreensão de conhecimentos a partir da construção coletiva tem um papel preponderante para despertar a consciência do cuidado e desenvolver a autonomia da família⁽¹⁶⁾.

A família é entendida como um sistema de saúde cujo cuidado é direcionado às ações de promoção da saúde e de prevenção, tratamento e reabilitação das doenças. Os cuidados da família aos seus membros se alicerçam em sua crença, conhecimento, valor e prática. Os conhecimentos para realização dos cuidados advêm das suas vivências e pelo compartilhamento de saberes

através de interações sociais com os membros da família nuclear (pai, mãe e filhos) e da rede de suporte social, incluídos parentes, vizinhos e amigos⁽⁵⁶⁾.

O cuidado familiar é definido conforme o mundo de significados de cada família e como esta vivencia sua experiência de vida e em que contexto sociocultural está inserida. Considera seu saber e recursos disponíveis para agir de acordo com os problemas apresentados na tentativa de solucioná-los para retornar ao equilíbrio⁽⁵⁶⁾.

As mulheres formaram seu saber a partir das relações estabelecidas entre elas em seus ambientes, pela própria experiência e pela transmissão de saberes pelas gerações anteriores. Estes saberes tendem a ser propagados conforme a cultura dos grupos⁽¹⁰⁾.

Um estudo realizado na Bahia sobre o cotidiano do cuidado infantil em comunidades rurais reconheceu que cuidar é uma ação que se aprende naturalmente, de forma empírica a partir das relações estabelecidas no cotidiano e como resultado dos saberes transmitidos através das gerações⁽⁷⁸⁾. As práticas intergeracionais foram evidenciadas em uma pesquisa sobre saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. O conhecimento das mães para cuidar era construído baseado no convívio com pessoas da família e vizinhos e nas experiências delas. Demonstravam segurança nas orientações recebidas pelas mães e sogras^(79, 80), ratificando um achado na nossa pesquisa.

A aquisição de conhecimentos para cuidar dos lactentes com os profissionais de saúde foi elencada por cinco mães deste estudo, atribuindo aos médicos e enfermeiros tanto da unidade de terapia intensiva neonatal como as enfermeiras do ambulatório de seguimento. A aquisição de conhecimentos pelo médico e enfermeiras da unidade de terapia intensiva neonatal se justifica pelo período de internação prolongado dos lactentes após o nascimento.

No entanto, uma pesquisa realizada em São Paulo com enfermeiros e médicos de unidades básicas de saúde com e sem ESF nos atendimentos às crianças com infecções respiratórias agudas verificou a pouca atenção destes profissionais de saúde com a abordagem ao usuário e a imposição de cuidados sem considerar seus saberes. Concluiu que a comunicação é vertical e apontou para a relevância de incluir os conteúdos referentes à comunicação na formação

dos profissionais, a fim de que durante as práticas educativas haja integrações de saberes popular e científico, proporcionando visão crítica, autonomia e participação ativa do sujeito na sua saúde⁽¹⁴⁾.

Um dos cuidados profissionais requeridos ao enfermeiro é o desenvolvimento de práticas educativas em qualquer cenário de saúde, independente do nível de assistência em que o enfermeiro está situado. Esta função educativa é uma exigência do Conselho Federal de Enfermagem e do SUS aos profissionais de saúde^(26,81).

Considerando a importância da consulta de enfermagem como espaço para a efetivação de uma prática educativa pelo compartilhamento de saberes técnico-científicos e populares, investigaram-se os saberes familiares a respeito dos sinais e sintomas das doenças respiratórias. Estas possuem sinais e sintomas específicos que devem ser percebidos pelos familiares a fim de que intervenham precocemente, evitando agravo do quadro para os lactentes. Portanto, conhecer os saberes familiares sobre como eles identificam os problemas respiratórios em seus lactentes e reconhecem os sinais de agravo são de muita importância para o enfermeiro, com vistas à socialização desse conhecimento aos familiares durante a consulta de enfermagem no ambulatório de pediatria.

Um dos saberes necessários à realização da prática educativa em uma vertente progressista é conhecer, reconhecer e respeitar o saber do senso comum como comportamento ético do educador, que neste estudo é representado pelo enfermeiro⁽⁵⁸⁾.

Os resultados desta pesquisa revelaram os saberes maternos sobre sinais e sintomas referentes às doenças respiratórias, sendo de extrema importância para evitar o agravamento do quadro do lactente. Logo, estão em consonância com o preconizado pela estratégia AIDPI, quando considera imprescindível o conhecimento da família sobre os sinais de alarme para intervir de forma adequada com vistas a reduzir a morbimortalidade infantil⁽⁴⁾.

No entanto, alguns sintomas referidos pelas mães como a dispneia, a febre e a tosse são classificados como de alarme e requerem da família encaminhamento às unidades de saúde, considerando a necessidade de

avaliação nessas situações por profissional qualificado⁽⁴⁾. Estes achados dão margem a pensar que a identificação dos sinais respiratórios, em sua maioria, acontece em vigência dos sinais de alarme, suscitando questionamentos relativos à percepção e/ou conhecimento materno sobre os pródromos das doenças respiratórias.

A escolaridade materna predominante, nesse estudo, foi o ensino médio completo, com 58,8% das entrevistadas, dado que pode ter favorecido a apreensão das informações sobre a identificação dos sintomas pelas mães.

Alguns autores relacionaram a variável escolaridade materna com a apreensão de conhecimentos para identificação de sinais das doenças respiratórias e sua prevalência^(15,69). Eles afirmaram que a escolaridade materna era inversamente proporcional a prevalência de casos, isto é, quanto maior a escolaridade materna menor o surgimento de casos das doenças respiratórias e maior a chance de identificar os sinais de agravo.

Outro fator a considerar para a apreensão das orientações é que todas as entrevistadas desse estudo já vivenciaram situações de doenças respiratórias com seus lactentes e participaram da consulta de enfermagem quando foram abordados aspectos acerca da doença, sinais e sintomas, reconhecimentos de sinais de agravo e cuidados para preveni-los, bem como os de manutenção da vida durante a doença.

Na pesquisa sobre saberes e práticas maternas, realizada em uma comunidade no Rio de Janeiro, as mães demonstraram saber quando seus filhos estavam com doenças respiratórias, mas relataram os sintomas em fase de alarme. Diante disto, a pesquisadora considerou a necessidade de intervenção educativa para a conscientização das mães sobre as doenças respiratórias de seus filhos⁽⁶⁹⁾.

Durante a entrevista, uma das mães negou que a filha apresentasse problema respiratório. A enfermeira perguntou-lhe qual era o seu entendimento por doença respiratória, e a mãe informou seu desconhecimento. Este fato chamou a atenção da pesquisadora, porque das 17 mães entrevistadas, aquela foi a que verbalizou o desconhecimento, tornando necessária uma explicação pela enfermeira sobre o conceito de doença respiratória, durante a entrevista.

Após a orientação, a mãe descreveu alguns sinais da referida doença. Este relato evidenciou que as palavras “doença respiratória” não pertenciam ao universo vocabular da mãe.

Há necessidade que durante as práticas educativas com os familiares dos lactentes, o enfermeiro aborde sobre a doença, visando à compreensão dos familiares sobre a evolução desta e sinais de alarme. Assim, os familiares poderão intervir conscientemente adotando cuidados adequados, sejam para manutenção da vida, tais como alimentação e hidratação, sejam para levá-los às unidades de saúde, evitando danos ao crescimento e desenvolvimento de seus lactentes.

Assim, na tentativa de inovar a prática educativa pelo enfermeiro junto às famílias e grupos humanos, alguns estudos apontaram o uso de estratégias tecnológicas como ferramenta para favorecer habilidades e autonomia do cliente no cuidado.

Uma intervenção educativa realizada em Cuba a partir de um curso semanal por seis semanas com duração de trinta minutos semanais direcionado às mães dos menores de um ano demonstrou que, ao término do curso, as mães apresentavam maiores esclarecimentos sobre sintomas, diagnóstico, tratamento, complicações e medidas interventoras⁽⁸²⁾.

Ainda em Cuba, na década de 1990, um estudo sobre nível educacional das mães e conhecimento sobre as IRA sugeriu a realização de palestra por oito semanas, como estratégia para melhorar o nível de conhecimentos das mães, enquanto aguardavam por atendimento de seus filhos, seja na atenção primária ou nas unidades hospitalares⁽⁸³⁾.

Outro estudo abordou o conhecimento materno sobre a fototerapia, banho de luz, em recém-nascidos de uma unidade intensiva neonatal, considerada pelas autoras como um ambiente frio, hostil, complexo, e com sobrecarga de trabalho. Esta situação, por muitas vezes, se sobrepõe a necessidade de comunicação entre a equipe da unidade e os familiares a respeito da compreensão destes sobre o tratamento instituído aos seus filhos. Mediante este cenário, as enfermeiras propuseram uma intervenção educativa utilizando um álbum seriado esclarecendo sobre o tratamento, contemplando os aspectos relacionados à

doença e cuidados com o recém-nascido durante a fototerapia. Como resultados perceberam a mudança de comportamento das mães dentro da unidade frente a esta terapia, provocada pelo esclarecimento e a aquisição de conhecimentos para esse grupo, dando-lhe um pouco de tranquilidade em um momento tão delicado de suas vidas⁽⁸⁴⁾.

A abordagem citada anteriormente possibilitou a aquisição de conhecimentos pelas mães sobre a fototerapia em uma perspectiva dialógica, em que a tecnologia educativa utilizada favoreceu o direito de voz dessas mães sobre o tratamento, suas angústias, dúvidas e equívocos. Indubitavelmente houve uma construção de novos saberes originando novas visões daquele “mundo” até então desconhecido, ratificando a concepção dialógica freiriana⁽⁵⁸⁾. A OPAS estabelece como princípio para o benefício à saúde das crianças a adoção de estratégias de controle das doenças respiratórias, no cotidiano do atendimento infantil pelos profissionais de saúde. Uma dessas estratégias é o investimento em práticas educativas junto à família, a fim de que participe na construção de novos conhecimentos, classifique precocemente os sinais de agravamento das doenças respiratórias e possa atuar de forma autônoma para melhorar a qualidade de vida da criança⁽⁴⁴⁾.

A participação do familiar na construção de novos saberes para cuidar do lactente com doença respiratória implica no entendimento pelo profissional de saúde, sobre a necessidade de aprofundar as discussões, estimular a capacidade crítica e criadora do familiar para a adoção de cuidados amadurecidos pela reflexão sobre a razão de ser ou não de algumas ações⁽⁵⁸⁾.

Evidenciaram-se dois depoimentos de mães de lactentes considerados prematuros extremos por terem nascido com 29 semanas de idade gestacional. Nesta fase do desenvolvimento fetal a função pulmonar é completamente imatura, tornando necessário submeter o recém-nascido ao uso de ventilação mecânica por período extremamente prolongado. Tal fato pode ocasionar transtornos pulmonares como as broncodisplasias, que alteram habitualmente o padrão respiratório desses lactentes. A prematuridade é considerada um dos fatores predisponentes à ocorrência das doenças respiratórias⁽³⁸⁾, portanto requer do enfermeiro investimento na prática educativa partindo dos saberes familiares,

propondo reflexões sobre esta problemática e sua interface com os determinantes de vida, tais como moradia, alimentação, saneamento, saúde e educação.

Os sinais de alarme descritos pelas mães foram a dispneia intensa, cianose labial, presença de secreção brônquica, fadiga, inapetência, febre, tosse e ruídos respiratórios. Durante as entrevistas, percebeu-se o conhecimento materno sobre esses sinais e algumas das entrevistadas os reconheceram como alerta para a busca de atendimento em unidades de saúde. Esta atitude materna ancorada em seu conhecimento e reconhecimento pela necessidade de outras intervenções para além dos cuidados domiciliares fez um diferencial na assistência adequada ao lactente. Esta qualidade da assistência pode reduzir a ocorrência de casos graves e de óbitos por doenças respiratórias⁽⁴⁵⁾.

É também importante considerar a redução de internação hospitalar por doenças respiratórias quando há esse entendimento pela família e ela consegue um atendimento adequado ao seu lactente. Sobre a internação hospitalar, foi evidenciado que em 2009 as doenças respiratórias representaram a 2ª causa de internação no SUS na região metropolitana do Rio de Janeiro. Os índices ficaram em 36,63% para os menores de um ano e de 42,65% para as crianças entre um e quatro anos⁽¹¹⁾.

Nesta pesquisa, a internação hospitalar por doença respiratória foi verificada em 17,64% dos lactentes menores de um ano e de 5,88% dos lactentes entre um e dois anos, mostrando-se reduzidas em relação aos dados epidemiológicos apresentados anteriormente. Esses dados podem representar o impacto pelo acompanhamento regular desses lactentes em ambulatório com atendimento multidisciplinar concorrendo para melhorar a assistência prestada à díade: lactente e família.

5.2 PRÁTICAS DE CUIDADOS E VIVÊNCIAS DOS FAMILIARES NO CUIDADO AO LACTENTE COM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS APÓS A ORIENTAÇÃO DO ENFERMEIRO

Os cuidados familiares são direcionados às ações de manutenção da vida e reparação ou tratamento da doença consoante às suas crenças, valores,

práticas já vivenciadas e conhecimentos. Estes advêm dos saberes compartilhados pelas interações sociais com os membros da família nuclear, da rede de suporte social incluindo parentes, amigos e vizinhos, principalmente frente às doenças⁽¹⁰⁾.

Os cuidados familiares durante os agravos à saúde possuem uma limitação de ação, tendo em vista o desconhecimento técnico por parte dos familiares. Todavia, a família é a primeira provedora de cuidados aos seus membros, independente de apresentarem ou não doença. Em situação de doença, os cuidados familiares por mais simples que sejam, merecem intervenção profissional, a fim de evitar as complicações das doenças ou cuidados inadvertidos podendo gerar outros problemas de saúde⁽¹⁰⁾. O profissional de saúde deve estimular o familiar a preservar os cuidados de manutenção da vida, principalmente durante as enfermidades. Estes cuidados de manutenção são indispensáveis para dar continuidade e desenvolvimento da pessoa e devem ser somados aos cuidados de reparação, ou seja, de tratamento para evitar a desestabilização ou agravamento da doença⁽¹⁰⁾.

Esta investigação assinalou como cuidados familiares durante as doenças respiratórias tanto cuidados de reparação como de manutenção da vida, porém este com menor expressividade. A oferta de alimentação saudável foi mencionada por duas das 17 mães entrevistadas, aumentar a oferta de líquidos foi citada por três mães, sendo que duas destas também citaram a alimentação como um dos cuidados realizados. Não houve referência ao aleitamento materno como cuidado.

Um estudo descritivo-exploratório, realizado em duas unidades de saúde no município de São Paulo, sobre o conhecimento materno/familiar em relação aos cuidados domiciliares prestados às crianças com diarreia ou IRA, evidenciou a pouca oferta de líquidos e alimentação saudável como formas de cuidados maternos⁽¹⁵⁾.

Os cuidados de alimentação e hidratação, mencionados pelas mães desta pesquisa, vão de encontro às recomendações para os cuidados domiciliares aos lactentes com doenças respiratórias preconizadas pela Estratégia AIDPI, quais sejam: aumentar a oferta de líquidos e manter alimentação saudável⁽¹⁴⁾. Esses dados, encontrados nesta pesquisa, estão em concordância aos conceitos de

cuidar propostos por Collière durante as enfermidades, quando a alimentação e hidratação, fontes essenciais para dar continuidade à vida, são fornecidas pelos familiares aos lactentes acometidos por problemas respiratórios.

No entanto, a pouca expressividade da realização pelos familiares referentes à alimentação e hidratação como cuidados preconizados durante as doenças respiratórias, pode ser resultado das visões de mundo da maioria das mães deste estudo, no que se refere ao tratamento das doenças, cuja mudança de comportamento frente à doença requer das mães uma descoberta das razões de ser e de agir. Portanto, a prática educativa tem a responsabilidade de difundir informações, para as mães e familiares, visando melhorar seus conhecimentos, atitudes e práticas para reduzir a morbidade das doenças respiratórias, consistindo em uma das estratégias da AIDPI⁽⁴⁾.

Para Freire, quando o sujeito percebe as razões de ser, de agir mediante as situações, mais ele se torna capaz de mudar. As mudanças de comportamentos estão intimamente relacionadas à assunção de si, à percepção de si mesmo e a razão de ser das situações que se apresentam. O ser humano é um ser inacabado, e pode ir além quando possui consciência do seu inacabamento⁽⁵⁸⁾. Esta percepção do homem como um ser inacabado e que apresenta potencial para produção de novos conhecimentos e agir sobre o mundo deve ser estimulada pelo profissional de saúde através da problematização.

O profissional de saúde deve considerar a criança não só como um ser singular, mas como membro de uma família, cuja história de vida, condição social, econômica e cultural exerce influência na forma de cuidar da criança⁽³⁾. É importante romper com o atendimento profissional ao usuário do sistema de saúde baseado nas queixas, mas avançar para o foco da integralidade e da visão holística, com o objetivo de proporcionar ao usuário a possibilidade de ter uma visão mais ampliada sobre o que de fato é ter saúde⁽²⁶⁾. A doença/queixa do usuário pode ser utilizada como tema gerador para ampliar as discussões com o usuário possibilitando a reflexão individual e coletiva sobre a interface dos fatores sociais, econômicos, ambientais e culturais, cujas influências são determinantes para a garantia da saúde. A partir daí, buscar novas soluções para agir conscientemente transformando a realidade do cuidado ao lactente em uma ação

segura, condizente à sua necessidade, com vistas a favorecer a saúde da criança, família e comunidade.

A automedicação⁹ foi outro cuidado familiar predominante em vigência das doenças respiratórias. Caracterizou-se pela administração de medicações alopáticas, sem prescrição médica atualizada, tais como: xarope, nebulização com solução fisiológica 0,9%, berotec[®] e atrovent[®] e instilação nasal de solução fisiológica e alguns medicamentos cujos nomes não foram citados e que não fazem parte da relação de medicamentos de uso contínuo de alguns lactentes com tratamento em pneumologia. Um achado positivo do estudo foi não ter verificado a administração de antibióticos, fato que pode ser explicado pela implementação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº20/2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com controle de venda deste medicamento mediante apresentação de prescrição médica⁽⁸⁵⁾.

Um estudo relacionado à automedicação entre crianças e adolescentes, realizado em dois municípios de São Paulo, identificou que a maioria das mães é a responsável pelo início de terapia alopática antes de levar seus filhos ao médico⁽⁸⁶⁾. Este achado também foi constatado em um estudo, realizado no município do Rio de Janeiro, sobre saberes e práticas familiares no manejo das doenças respiratórias infantis, quando algumas depoentes relataram a administração de medicamentos em nebulização como bromidrato de fenoterol (berotec[®]) e brometo de ipratrópio (atrovent[®]) e o uso de xaropes, antipirético e anti-histamínico⁽⁶⁹⁾.

Uma pesquisa descritiva sobre automedicação no Brasil, baseada em pesquisa de campo realizada em três grandes capitais brasileiras: Fortaleza, Belo Horizonte e uma amostra representativa do estado de São Paulo (cinco regiões de Saúde), constatou que o principal motivo para a automedicação é a infecção respiratória aguda. Os autores consideraram que a automedicação encontrou apoio na hipótese da ingênua e excessiva crença da sociedade atual no poder dos medicamentos⁽⁸⁷⁾. Um estudo descritivo do tipo inquérito populacional

⁹A automedicação é definida pela OMS como a seleção e utilização de medicamentos pelos indivíduos para tratar doenças ou sintomas autorreconhecidos, é caracterizada pelo uso de medicamento sem a devida prescrição, orientação e/ou acompanhamento do médico ou dentista. World Health Organization. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Hague; 1998. (Report WHO/DAP/98.13).

apontou que as principais motivações para a automedicação em crianças e adolescentes foram alguns sinais clínicos apresentados, tais como tosse, resfriado comum, gripe, congestão nasal ou broncoespasmo; febre; cefaleia; diarreia, "má digestão" e cólica abdominal⁽⁸⁶⁾.

Os medicamentos para gripe e resfriado são considerados de venda livre e seu uso indiscriminado pode provocar eventos adversos. Este problema foi constatado em um estudo realizado nos Estados Unidos, entre 2004 e 2005, quando 1500 crianças foram tratadas em decorrência de eventos adversos referentes ao uso de medicamentos contra gripe e resfriado em um serviço de emergência pediátrica⁽⁸⁸⁾. Esta evidenciou que a automedicação realizada pelas mães ocorria pela utilização de prescrições médicas anteriores, cujas justificativas desta conduta materna se relacionavam à qualidade da assistência à saúde recebida e na dificuldade de acesso aos serviços de saúde em países mais pobres. A automedicação ocorreu com mais frequência nas crianças e adolescentes usuárias de serviços públicos de saúde e nas faixas etárias mais elevadas⁽⁸⁸⁾.

Um trabalho quantitativo do tipo coorte realizado em Pelotas, Rio Grande do Sul, avaliou o uso de medicamentos entre os três, 12 e 24 meses de vida e verificou uma frequência crescente conforme a faixa etária. Foi verificado o reaproveitamento de prescrição médica anterior, fato mais acentuado com 24 meses de vida e evidenciando a mãe como a principal responsável pela indicação⁽⁸⁹⁾.

A automedicação, muito utilizada pelas mães deste estudo, trouxe como uma das suas causas, a dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Segundo as mães, os postos de saúde estão constantemente sem médico e quando dispõem deste profissional, não é pediatra e em outros momentos não conseguem atendimento porque não há vaga disponível. Face ao exposto, todas as mães entrevistadas neste estudo só utilizam a rede primária de atenção para imunização e, duas delas são beneficiadas pelo programa bolsa-família. Desta forma, todas as entrevistadas levavam seus lactentes às emergências ou traziam para o atendimento no ambulatório cenário deste estudo, em situações de agravos. O acesso restrito para o atendimento gera tensão nas mães para lidar

com seus lactentes com doenças respiratórias favorecendo a automedicação, que é o recurso familiar disponível, e ainda se constitui em um saber culturalmente construído na prática comunitária, constatado em outros estudos^(69,86,87).

A prática educativa sustentada por achados constatados na pesquisa precisa intervir respeitosamente no processo de superação, estimulando a transformação da consciência ingênua do educando para a consciência crítica⁽⁵⁸⁾. É necessário estimular a curiosidade da mãe para que ela possa assumir uma postura inquietante e inquiridora frente ao não atendimento do seu lactente. Qual a justificativa do serviço de saúde em negar os direitos de seus usuários ao acesso, quando na legislação este acesso é universal? De quais ferramentas os usuários dispõem para fazer valer seus direitos constitucionais? Para Freire “não haveria criatividade sem a curiosidade que nos move e que nos põe pacientemente impacientes no mundo que não fizemos, acrescentando a ele algo que fazemos”^(58:33). No entanto, esta tarefa requerida ao educador-progressista de estimular a curiosidade do educando acontece de modo gradual, mas é um dos passos para nos defender das situações irracionais apresentadas pelo mundo⁽⁵⁸⁾.

Outra causa atribuída pelas mães à automedicação é a qualidade insuficiente do atendimento percebida por elas quando os problemas de saúde de seus filhos não foram valorizados pelos profissionais de saúde. As mães trazem seus saberes e conseguem perceber, através de suas vivências, quando a situação de seus filhos merece ou não maior atenção. O saber do senso comum, aqui traduzido pelo saber das mães dos lactentes com doença respiratória, deve ser valorizado e respeitado pelo profissional através do acolhimento com uma escuta atenta⁽³⁷⁾. É fundamental estabelecer uma comunicação horizontal entre profissional e mãe, reconhecendo e valorizando o saber desta mãe, compartilhando-o com o saber profissional, devolvendo para ela a fim de que seja decodificado e um novo saber seja produzido.

Os espaços de saúde precisam acolher seus usuários, permitir-lhes o direito de voz para manifestarem as situações objeto da busca pelo serviço. A restrição de acesso aos serviços de saúde faz com que as mães, deste estudo e de outros, desenvolvam atitudes automatizadas, sem reflexão e direcionadas para a resolução de um problema, neste caso o da doença respiratória, responsável

por complicações que podem ser evitadas quando se tem a oportunidade de atendimento profissional-usuário com diálogo e favorecendo a autonomia do sujeito.

É preciso que o educador estimule a capacidade crítica do educando, respeitando e valorizando seu saber e potencialidade, conectando-o com a realidade concreta, ajudando-o a refletir sobre os fatores sociais, econômicos e culturais que interferem em sua vida. Esta é uma das maneiras de pensar certo na ótica de Freire⁽⁵⁸⁾.

A abordagem da temática da automedicação tem sido objeto de discussão entre enfermeiro e familiares de lactentes durante a consulta de enfermagem, não só com os participantes deste estudo, mas com todos aqueles que se utilizam desta prática de cuidados domiciliares aos seus lactentes, considerando os riscos de complicações para a saúde da criança e pela oportunidade de ouvir a mãe ou outro familiar sobre a razão desta conduta. Cabe ao enfermeiro discutir com a mãe e familiares sobre o risco de complicações para o crescimento e desenvolvimento dos lactentes, quando ocorre a administração de medicamentos aleatoriamente sem avaliação médica; e ainda propor cuidados de manutenção da vida, tais como alimentação, hidratação oral, conforto ao lactente através da higienização das narinas, drenagem postural elevando a cabeceira do lactente e reforçar a orientação aos familiares para a identificação dos sinais de agravos do quadro respiratório do lactente, quando são requeridos os cuidados profissionais.

Sobre o uso contínuo de medicamentos alopáticos com prescrição médica foram identificados dois lactentes em acompanhamento no setor de pneumologia pediátrica do hospital. As mães relataram possuir orientação médica para alterar a dose do medicamento de uso contínuo ou administrarem o medicamento específico, quando seus lactentes apresentarem sibilos e dispneia. Esta orientação prévia de como agir em casos de desestabilização do quadro respiratório, indubitavelmente traz maior segurança às mães, evitando “peregrinação” em busca de atendimentos e resolvendo a instabilidade do momento. Por outro lado, traz uma preocupação ao enfermeiro de postergar a avaliação profissional em razão da medicalização para os casos de dispneia ou sibilos, quando estes sinais podem ser de bronquite ou de pneumonia. Neste

caso, Collière é enfática quando coloca que qualquer sinal de anormalidade deve ser avaliado por profissional de saúde, estabelecendo o limite dos cuidados familiares que devem se restringir aos cuidados de manutenção da vida⁽¹⁰⁾.

Sobre os cuidados de manutenção também foram destacados os cuidados de controle ambiental, os quais são muito utilizados pelas mães tanto durante as doenças respiratórias, quanto para evitar esses problemas. Estes cuidados de controle ambiental são frequentemente discutidos com as mães e/ou familiares dos lactentes durante a consulta de enfermagem, e aparentemente eram pouco citados por elas como uma de suas práticas de cuidados domiciliares.

Entretanto, as mães utilizavam vários cuidados de controle ambiental, tais como: arejar o ambiente; não varrer a casa; limpeza diária da casa; passar pano umedecido nos móveis e no chão; evitar desinfetantes com cheiro forte; não utilizar talco e perfume no seu lactente; remover cortinas e tapetes do domicílio ou pelo menos do quarto; não possuir animais com pelos e não ter bichos de pelúcia. Faziam associação dos odores e da poeira com o aparecimento de problemas respiratórios, e também referiam às dificuldades e facilidades que se apercebiam para a realização desses cuidados.

A prática educativa pelo enfermeiro pode ter contribuído com a conscientização da mãe sobre algumas situações que poderiam ocasionar os problemas respiratórios, gerando uma transformação de comportamento, não por depósito de informação, mas baseada na reflexão e na razão de ser, resultando em um cuidado consciente. O processo educativo deve ser realizado de forma que os educandos sintam-se sujeitos deste processo, inserindo-os em uma permanente busca, para descobrir as razões de ser de tantos obstáculos que atravessam as suas vidas, mas que não podem ser vistos como impedimentos para novas buscas e novas tentativas, mas para a produção de novos conhecimentos⁽⁵⁸⁾.

Alguns obstáculos foram vivenciados pelas mães para a realização e efetivação dos cuidados e estavam relacionados aos sentimentos de apreensão, desespero e insegurança diante das intercorrências. Esta instabilidade emocional foi constatada em outras pesquisas relacionadas a cuidados maternos em crianças com doenças respiratórias e na vivência materna nos cuidados aos

recém-nascidos prematuros, quando ocorriam situações de anormalidade^(69,71). No entanto, as mães que relataram descontrole emocional atribuído à falta de conhecimento sobre o cuidado domiciliar em vigência das doenças respiratórias, são as mesmas que relataram cuidar dos seus filhos com medicação e cuidados de conforto para melhorar o desconforto respiratório.

As condições desfavoráveis de moradia, com pouca ou nenhuma ventilação e infiltração e mofo nas paredes e nos armários foram citadas pelas mães como dificuldades encontradas para o cuidado. As condições ambientais constituem um dos fatores de risco para o surgimento de doenças respiratórias de etiologia alérgica⁽⁴²⁾. A rinite alérgica, por exemplo, é desencadeada por diversos fatores, dentre eles os relacionados à sensibilização e exposição aos aeroalérgenos¹⁰, tais como os ácaros nas poeiras domiciliares e os fungos. Os ácaros são muito encontrados em cortinas, tapetes, cobertores, etc., e os fungos nas infiltrações presentes no ambiente.

A rinite alérgica é desencadeada pela exposição a odores fortes, percebida por uma das mães, quem relacionou o resfriado do lactente ao uso de perfume pelos moradores da sua casa. Uma das mães citou como dificuldade manter a casa limpa porque residia em rua com tráfego intenso de automóveis. Esta situação é comprovada na literatura relacionando a poluição ambiental provocada pelas fumaças dos carros como outro fator desencadeante para as doenças respiratórias alérgicas⁽⁴²⁾. Alguns problemas respiratórios são ocasionados pela mudança brusca de temperatura conforme relata uma das mães, quando associou o frio ao aparecimento da bronquite em seu lactente.

As concepções maternas relatadas acima demonstraram a apropriação de um conhecimento, quando foi percebida a articulação dessas mães entre os obstáculos vivenciados e suas potencialidades de riscos para o aparecimento das doenças respiratórias. E é no sentido de favorecer a apreensão de novos saberes que a prática educativa deve ser difundida. Para Freire:

¹⁰Os aeroalérgenos são proteínas solúveis de baixo peso molecular, que podem facilmente se desprender da sua fonte o que facilita sua dispersão aérea e a penetração no epitélio respiratório. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. II Consenso Brasileiro sobre Rinites 2006. Rev. bras. alerg. imunopatol. 2006; 29(1). Disponível em: <http://www.asbai.org.br/revistas/Vol291/consenso.pdf>

Mulheres e homens, somos os únicos seres que, social e historicamente, nos tornamos capazes de apreender. Por isso, somos os únicos em que aprender é uma aventura criadora, algo, por isso mesmo, muito mais rico do que meramente repetir a lição dada. Aprender para nós é construir, constatar para mudar, o que não se faz sem abertura ao risco e à aventura do espírito^(58:68).

Alguns estudos apresentaram as condições do ambiente como fatores desencadeantes de doenças respiratórias^(69,90). Evidenciou-se, neste estudo, condições favoráveis das residências referentes à ventilação, quando 70% delas são arejadas. No entanto, deste quantitativo, duas casas apresentavam infiltração, uma casa estava em obra e uma com presença de carpete e cortina, aumentando os riscos de exposição dos lactentes aos aeroalérgenos. Ainda sobre as condições de moradia, constatou-se que dez entrevistadas residiam em casas entre três e quatro cômodos e entre quatro a seis moradores por casa, contribuindo para a aglomeração de pessoas em um mesmo ambiente, predispondo o surgimento de doenças respiratórias.

É importante destacar que a exposição dos lactentes ao fumo foi pouco constatada nesta pesquisa, ao contrário de outros estudos, um no Rio Grande (RS) e um no Rio de Janeiro, onde a exposição ao fumo pelas crianças ocorre em maior proporção^(69,91). O fumo é considerado o maior poluente intradomiciliar inalável e agride o epitélio nasal desencadeando e agravando os problemas respiratórios⁽⁴²⁾.

Todas as moradias possuíam luz elétrica evitando, desta forma, a utilização de outros meios para produzir a iluminação e aquecimento de água para higienização, evitando a combustão de alguns materiais orgânicos cujos poluentes são irritantes da mucosa respiratória⁽⁴²⁾.

A presença de animais domésticos intradomiciliar foi inexpressiva, o que se configurou como um relevante achado neste estudo, porque o contato direto dos lactentes com animais faz surgir ou exacerbar os problemas respiratórios por etiologias alérgicas. Os animais domésticos como cães e gatos excretam substâncias alergênicas pelas glândulas sebáceas e secretadas na pele⁽⁴²⁾.

A ausência de saneamento básico encontrada em três domicílios representa um problema de saúde pública e um potencial para desenvolvimento das doenças respiratórias, quando em um deles os resíduos produzidos no

domicílio vão direto para o rio situado ao lado da casa. Esta situação acarreta o aparecimento de insetos, como baratas, cujas proteínas oriundas da renovação e decomposição corporal, compõem a poeira domiciliar e são responsáveis pelas alergias respiratórias⁽⁴²⁾.

Outras dificuldades descritas pelas mães dos lactentes, quando eles apresentavam doenças respiratórias, estavam relacionadas à mudança de rotina da mãe, a ausência de colaboração para o cuidado e a rejeição de medicamentos pelos lactentes.

As facilidades encontradas pelas mães foram associadas às orientações previamente recebidas pelos profissionais de saúde, como enfermeiro e médico, visualizando mudanças de comportamento frente aos cuidados dos lactentes com doenças respiratórias. Algumas mães atribuíram suas facilidades no cuidado em razão das experiências anteriores com os problemas respiratórios. Cabe lembrar, que todas as participantes do estudo foram atendidas pelo enfermeiro, onde os cuidados para com os lactentes tinham sido discutidos. Contudo, esta avaliação não nega, de forma alguma, a experiência dessas mães como fonte de saber. Significaria colocar à margem os saberes construídos baseados em suas experiências.

5.3 PRÁTICA EDUCATIVA NA CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO ESTRATÉGIA PARA FAVORECER A AUTONOMIA DOS FAMILIARES NO CUIDADO

Esta categoria pretende discutir as concepções das mães sobre a prática educativa realizada pelo enfermeiro, seus sentimentos durante o atendimento e as contribuições ou não desta prática observadas para o cuidado dos seus lactentes.

As práticas educativas têm sido muito utilizadas por vários profissionais e em diversos cenários de atendimento. Uma pesquisa de revisão bibliográfica de produções científicas publicadas na Revista Brasileira de Enfermagem, entre 1995 a 2005, apresentou os enfermeiros como os profissionais com maior

investimento em estratégias educativas e as unidades hospitalares como o cenário com maior desenvolvimento dessas práticas⁽⁷⁾.

Um dos cuidados profissionais da competência do enfermeiro para com sua clientela é a prática educativa, conferindo-lhe uma responsabilidade como agente de transformação social. O conhecimento técnico ou profissional precisa ser utilizado como uma ferramenta para a promoção de sujeitos críticos, não se sobrepondo ao conhecimento do senso comum. O profissional deve considerar este saber e estimular a potencialidade do usuário em transformá-lo pela conscientização da sua condição ativa no mundo, se enxergando como um ser capaz de intervenções e transformações para o bem comum.

A prática educativa em saúde requer do profissional um compromisso com a inserção do sujeito como corresponsável pela produção de sua saúde e dos seus dependentes. O enfermeiro, durante seu atendimento, tem a possibilidade de desmistificar para o usuário a responsabilidade pela saúde somente pelo setor sanitário. É preciso dar visibilidade ao usuário sobre ter saúde como resultado de sua interface com os determinantes de vida, e não somente a ausência de doenças.

Os entendimentos atuais, sobre a participação do usuário como corresponsável por sua saúde, explicitados na lei do SUS, bem como nas políticas públicas, programas e estratégias governamentais e internacionais demandam, ainda mais, uma proatividade dos profissionais de saúde, no que tange à adoção de práticas educativas em uma perspectiva progressista com o usuário favorecendo sua autonomia.

Desta forma, a proposta da prática educativa pelo enfermeiro no cenário deste estudo é a de colaborar na promoção da autonomia dos familiares no cuidado de seus lactentes, não só com doenças respiratórias, mas em todas as situações que se apresentarem referentes aos cuidados domiciliares. Para tanto, essas propostas educativas devem acontecer vislumbrando a reflexão e ação dos familiares a partir do desenvolvimento de uma consciência crítica, compreensão das dimensões dos seus problemas, suas interferências nos cuidados domiciliares de seus lactentes e o significado da apreensão destes conhecimentos para melhorar a qualidade de suas vidas. No entanto, nada disso

se concretiza sem o diálogo. Este é a essência da educação como proposta de transformação e libertação. Para Freire:

O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu. Esta é a razão por que não é possível o diálogo entre os que querem a pronúncia do mundo e os que não querem; entre os que negam aos demais o direito de dizer a palavra e os que se acham negados deste direito^(61:109).

Através do diálogo, o enfermeiro pode estimular o familiar do lactente ao ato de pensar de forma crítica, associando suas práticas de cuidados cotidianos para prevenir ou tratar as doenças respiratórias, com situações que se apresentam como limitadoras para a obtenção de bons resultados. A partir daí, incentivar os familiares para busca de alternativas, individual e/ou coletivas, que possam atender às suas necessidades e de seus dependentes.

O desenvolvimento da prática educativa em uma vertente progressista pressupõe alguns saberes imprescindíveis ao educador diante do educando, tais como: respeitar seu saber; compreender sua realidade de vida; saber escutá-lo; estabelecer comunicação pautada no diálogo; ter consciência do inacabamento; respeitar a identidade cultural; ser ético; ser humilde; ter bom senso; ser comprometido; compreender a educação como ferramenta interventora no mundo; ter convicção de possibilidades de mudanças; querer bem aos educandos, dentre outros⁽⁵⁸⁾.

Perceberam-se nos depoimentos das mães que a prática educativa na consulta de enfermagem possibilitou novos aprendizados, principalmente associados aos cuidados domiciliares dos lactentes com doenças respiratórias e aos demais cuidados de manutenção da vida. A aquisição de novos conhecimentos pode ser compreendida pelos interesses e necessidades vivenciadas por essas mães, e pela oportunidade de terem sido escutadas durante a consulta de enfermagem. As manifestações de curiosidades demonstradas pelas mães na consulta requerem do enfermeiro respeito, atenção e esclarecimentos da temática.

Uma pesquisa realizada por enfermeiros em um hospital universitário pediátrico, no município do Rio de Janeiro, sobre as suas práticas educativas

junto às mães das crianças internadas evidenciou o interesse em aprender como facilitador ao aprendizado das mães⁽¹³⁾. Para Freire, essa vontade de aprender é traduzida pela curiosidade, entendida por este educador “como inquietação indagadora, como inclinação ao desvelamento de algo, como pergunta verbalizada ou não, como procura de esclarecimento, como sinal de atenção que sugere alerta, faz parte integrante do fenômeno vital”^(58:33).

Durante a prática educativa, percebe-se a necessidade de alguns esclarecimentos pelo enfermeiro com as mães dos lactentes subsidiando o saber-fazer dos cuidados domiciliares para prevenção ou tratamento de doenças respiratórias. Esta característica explicativa requerida ao enfermeiro em seu atendimento não nega a dialogicidade. Na Pedagogia da Autonomia, Freire esclarece que:

A dialogicidade não nega a validade de momentos explicativos, narrativos, em que o professor expõe ou fala do objeto. O fundamental é que professor e alunos saibam que a postura deles, do professor e dos alunos, é *dialógica*, aberta, curiosa, indagadora e não apassivada, enquanto fala ou enquanto ouve^(58:83).

O diálogo acontece quando a discussão do objeto cognoscível é do interesse tanto do enfermeiro, quanto das mães e demais familiares dos lactentes. Assim, o processo do aprendizado estimulado pelo método dialógico pode deflagrar no educando uma curiosidade cada vez mais aguçada, tornando perceptível ao educando suas possibilidades por novos aprendizados⁽⁵⁸⁾.

A consulta de enfermagem foi compreendida pelas mães como um espaço de diálogo e deve ser aproveitada pelo enfermeiro para estimulá-las a pensarem para além dos problemas respiratórios, mas sobre as possíveis intervenções que poderão realizar para solucioná-los. Estas intervenções se referem não só à prática de cuidados domiciliares adequada, mas também sobre as possíveis causas das doenças respiratórias e a resolutividade ou não dos cuidados prestados aos lactentes. A pouca resolutividade pode surgir em decorrência das limitações enfrentadas pelos familiares, tendo em vista as condições clínicas do lactente, mas também pelas ambientais, econômicas e sociais. Por conseguinte, estas condições de vida devem ser objeto de reflexão entre enfermeiro e familiares de lactentes com doenças respiratórias durante a prática educativa.

Uma investigação qualitativa e analítica realizada em um hospital público em Fortaleza sobre a compreensão das ações educativas no contexto de cuidados às crianças, identificando as concepções dos profissionais e as intervenções junto às famílias, apontou a necessidade de contato, diálogo e relacionamento na abordagem do familiar da criança para conhecê-lo e intervir em suas necessidades de saúde. No entanto, ao abordar o tema educação em saúde, estes profissionais (enfermeiros, médicos e nutricionistas) a entenderam como prática educativa no modelo verticalizado e unilateral⁽⁹²⁾.

Outro estudo descritivo sobre a comunicação e educação nas consultas de crianças com IRA realizado em unidades básicas de saúde, com ou sem ESF, no município de São Paulo, verificou um distanciamento entre profissionais e mães das crianças. Embora a comunicação fosse uma prática norteadora para os profissionais, na prática ela se efetivava de forma prescritiva e destituída de autonomia, sem considerar os conhecimentos maternos e seus significados acerca do processo saúde-doença⁽¹⁴⁾. Na perspectiva freiriana, “não há pensar certo fora de uma prática testemunhal, que o re-diz em lugar de desdizê-lo”^(58:36), o diferencial para a aprendizagem está na forma como o educador aborda os conteúdos, e não sobre quais conteúdos são abordados. Assim, a prática educativa exige mediação pelo diálogo e não estar assentada pelo depósito de conteúdo⁽⁵⁸⁾.

Em contrapartida, no cenário da pesquisa, os dados coletados no ambulatório de seguimento evidenciaram o diálogo como ferramenta do cuidado estabelecido entre enfermeiros (assistenciais e docentes), discentes e as mães dos lactentes. Em cada encontro abria-se a oportunidade de reflexão e a transformação consciente de alguns cuidados domiciliares aos lactentes com doenças respiratórias. O papel fundamental do educador durante a prática educativa é colaborar para que o educando seja o artífice da produção de seu conhecimento para as mudanças que julgar necessárias. Quanto mais o sujeito conseguir refletir sobre a sua realidade, sobre sua situação concreta no mundo, mais poderá descobrir-se como sujeito consciente e preparado para intervenção no mundo⁽⁶¹⁾.

A pesquisa-ação desenvolvida por enfermeiras de um núcleo de assistência materno-infantil em Fortaleza ratificou a necessidade de valorização dos sujeitos envolvidos na educação com autonomia em saúde. O estudo utilizou oficinas educativas mensais, com participação de oito mães e um pai, abordando temas referentes à promoção de saúde, ampliando as discussões acerca do processo saúde-doença relacionando às realidades sociais, culturais, econômicas, ambientais e físicos dessas famílias para o cuidado de seus filhos. A referida investigação demonstrou que as mães e o pai sentiram segurança para tomada de decisões, mediante o aprendizado construído durante a participação nas oficinas educativas, instrumentalizando-os para o cuidado da criança desnutrida⁽¹⁶⁾. Os pesquisadores entenderam que:

A prática de aprendizagem permanente e gradativa, com base nas experiências de cada um, em que as mudanças ocorrem a partir das necessidades sentidas, com uma comunicação aberta de respeito e valorização das pessoas envolvidas traduz, sem dúvida, um processo democrático de se auto-cuidar⁽¹⁶⁾.

Freire fazia algumas proposições aos educadores para atuarem trazendo a realidade de vida do educando, com o objetivo de que pudessem refletir e agir.

O que temos de fazer, na verdade, é propor ao povo, através de certas contradições básicas, sua situação existencial, concreta, presente, como problema que, por sua vez, o desafia e, assim, lhe exige resposta, não só no nível intelectual, mas no nível da ação^(61:120).

É importante também que o educador tenha respeito ao educando pelas suas vontades ou não de mudanças. No entanto, este entendimento do educador pela livre escolha do educando não implica em neutralidade, mas em respeito às suas opiniões. Todavia, o educador deve manter seu posicionamento e não ocultar sua posição frente às situações apresentadas⁽⁵⁸⁾. Esta postura de respeito às decisões do educando deve ser adotada pelo profissional de saúde, porém é preciso manter a esperança nas possibilidades de mudanças e manter o investimento na prática educativa progressista e dialógica.

No cenário da saúde, o enfermeiro não pode perder a esperança de estimular a participação ativa do usuário na prática educativa, e se sentir alquebrado pelas condições de vida desfavoráveis em que se encontra o usuário.

O educador progressista não se curva aos fatalismos da vida, como se estes fossem inexoráveis. Esta visão fatalista de uma realidade nega a humanização. Logo, as condições de vida desfavoráveis devem ser a motivação para a busca de alternativas⁽⁵⁸⁾. Freire entendia que:

é a partir deste saber fundamental-*mudar é difícil mas é possível*-que vamos programar nossa ação político-pedagógica, não importa se o projeto com o qual nos comprometemos é de alfabetização de adultos ou de crianças, se de ação sanitária, se de evangelização, se de formação de obra técnica^(58:77).

A nossa responsabilidade como enfermeiro, no desenvolvimento da prática educativa, é tornar possível ao usuário sua percepção crítica sobre as condições indignas de vida, de dificuldade de acesso a outros serviços de saúde, sobretudo estimular ações conscientes para mudar esta realidade. A prática educativa tem um compromisso de intervenção no mundo, não cabendo posições de neutralidade ao educador. Reconhece-se que a educação não é responsável pelas transformações sociais, mas também não é a perpetuação de uma ideologia dominante. O papel do educador “não é só o de quem constata o que ocorre, mas também o de quem intervém como sujeito de ocorrências. Não sou apenas objeto da história, mas seu sujeito igualmente”^(58:75). Não podemos estar no mundo, com ele e com as pessoas de forma neutra⁽⁵⁸⁾.

As mudanças apresentadas neste estudo apontaram para a reflexão da mãe acerca dos cuidados domiciliares e pessoais, associando-os à redução da frequência das doenças respiratórias de seus lactentes. É importante constatar a apreensão de conhecimentos e a assunção de responsabilidade por essas mães percebidas pelas suas intervenções nos cuidados de higienização com seu domicílio e com as roupas dos lactentes; retirada de objetos que contêm aeroalérgenos e a decisão de parar de fumar. Isto é a expressão da autonomia, construída a partir das decisões das mães. O enfermeiro atua como um mediador do usuário na sua tomada de decisões, a partir do esclarecimento sobre as situações-limites, suas consequências e aquelas relacionadas às suas decisões. A autonomia é resultado de um amadurecimento, é processo, é devir⁽⁵⁸⁾.

A disponibilidade de tempo das enfermeiras para a escuta das mães foi muito evidenciada em seus depoimentos, sendo que em dois deles houve a

comparação com o tempo de escuta reduzido na consulta médica. Um dos saberes necessários à prática educativa é saber escutar e é a partir desta escuta que o educador aprende a falar com o educando. É preciso saber que algumas qualidades são necessárias ao educador para estabelecer a escuta em uma prática progressista, quais sejam: amorosidade, respeito, tolerância, alegria, humildade, disponibilidade à mudança, persistência e senso de justiça⁽⁵⁸⁾.

Pode-se inferir que a escuta das mães pelos enfermeiros deste estudo, durante a consulta de enfermagem, refletiu sobremaneira na adoção de cuidados domiciliares mais adaptados as realidades de saúde dos seus lactentes, na medida em que houve, pelas mães, a superação da forma mais ingênua para a crítica em inteligir o cuidado.

Uma das mães verbalizou que o conteúdo abordado na consulta médica está direcionado à doença. Este modelo de atenção direcionado para a doença confronta o princípio de integralidade do SUS, quando o profissional de saúde deve ter uma visão holística do usuário e adotar medidas de promoção à saúde, e não apenas de prevenção da doença e recuperação da saúde⁽²⁶⁾.

Constatou-se, nesta pesquisa, a presença de bons sentimentos relatados pelas mães durante a consulta de enfermagem, momento em que se sentiam acolhidas, tratadas com carinho, atenção, simpatia e se sentem muito a vontade para verbalizarem todas as dificuldades vivenciadas no cuidado de seus lactentes, bem como outras questões do cotidiano.

A prática educativa é específica do ser humano, é uma relação estabelecida entre pessoas e exige um querer bem do educador para com o educando, sem que este bom sentimento se sobreponha a cientificidade, e com isso haja interferência no cumprimento ético do educador para com o educando⁽⁵⁸⁾. Trazendo este saber para a prática educativa do enfermeiro, entendeu-se esta prática como um cuidado, e desta forma, não pode prescindir da afetividade e de todos os bons sentimentos necessários para o estabelecimento de uma comunicação respeitosa e atenta, pautada na formação de vínculo enfermeiro-mãe. Pode-se perceber que a afetividade também foi abordada como a principal concepção da mãe sobre cuidar do seu filho, e segundo vários estudos este sentimento é vital para a formação de vínculo entre mãe e filho. E,

novamente, esta afetividade apareceu como um sentimento presente nas mães quando são cuidadas pelas enfermeiras. Significa dizer que os bons sentimentos devem permear todas as relações de cuidados entre os seres humanos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa revelou que a prática educativa do enfermeiro trouxe contribuições para o cuidado familiar dos lactentes com doenças respiratórias e ratificou a importância da consulta de enfermagem, como espaço de acolhimento, diálogo, reflexões e construção de novos saberes. É necessário que o enfermeiro e demais profissionais de saúde reconheçam o usuário na sua integralidade, cuja história de vida não pode ser dissociada do processo saúde-doença. Desta forma, a prática educativa em uma perspectiva progressista demanda do profissional um conhecimento sobre a visão de mundo do usuário do serviço e as condições sociais, econômicas e culturais que exercem influência em todas as relações estabelecidas entre os seres humanos, em particular no cuidado.

Constatou-se que a consulta de enfermagem proporcionou um espaço para as mães expressarem suas dúvidas, suas preocupações e suas angústias, promovendo a apreensão de novos conhecimentos, transmitindo mais segurança para o cuidado e estabelecendo um vínculo entre enfermeiro e mãe, considerado o alicerce da produção de saúde. Assim, o investimento do enfermeiro na prática educativa dialógica oferece possibilidades às mães e demais familiares de lactentes para manterem aguçadas, cada vez mais, as suas curiosidades para a construção de outros conhecimentos, a fim de melhorar a qualidade de vida da família e de seus dependentes.

Os resultados da pesquisa também evidenciaram que a prática educativa colaborou para as mães adotarem as medidas de controle ambiental para a prevenção e durante as doenças respiratórias de seus lactentes, contrariando a suposição inicial da pouca valorização das mães acerca dessas medidas. No entanto, algumas mães perceberam que a efetivação desses cuidados encontra barreiras nas próprias condições de moradia, demonstrando a reflexão sobre a sua prática de cuidados e o ambiente, podendo gerar mobilizações para resolução de seus problemas.

Percebeu-se a necessidade de promover mais discussões com as mães sobre os sinais e sintomas de doenças respiratórias dos lactentes, enfatizando os

sinais de alarme, a fim de que elas possam intervir precocemente, realizando os cuidados recomendados consoante os sinais apresentados, evitando as complicações.

Compreendeu-se que além das condições de vida, a restrição de acesso aos serviços de saúde; a pouca resolutividade associada ao atendimento médico inadequado em situações de urgência e a falta de médico pediatra nas unidades de saúde próximas às residências resultaram em condutas maternas inadvertidas, como recurso disponível para solucionar os problemas respiratórios de seus filhos, apontando para a necessidade de ampliar as discussões acerca do processo saúde/doença para outros espaços, além da consulta de enfermagem.

Assim, surgiu a ideia de transformar o espaço da sala de espera em uma tecnologia disponível para desenvolvimento de uma programação educativa, abordando temas emergidos da pesquisa, não só para prevenção de doenças respiratórias, reconhecimento de sinais de alarmes e intervenções domiciliares, apesar da compreensão sobre a relevância desta temática na saúde infantil. E em especial para temas que demandem uma reflexão dos familiares sobre a relação da saúde e de seus determinantes, como forma de promoção da saúde e melhoria das condições de vida; exercício do direito à cidadania, através da coparticipação do usuário nas decisões individuais e/ou coletivas para a resolução de problemas que interferem na manutenção da sua saúde e que não são dependentes exclusivamente dos seus cuidados.

O desenvolvimento da prática educativa em saúde cumpre também com o direito ao usuário sobre a informação previsto na Constituição Brasileira. No entanto, reconhece-se que esta prática encontra alguns atravessamentos relacionados à visão da população sobre ter saúde, ainda na perspectiva da ausência de doença, e que ressoa no atendimento profissional em um modelo cartesiano, cuja abordagem fica restrita às queixas e a medicalização, desconsiderando a potencialidade das práticas educativas promoverem sujeitos críticos e capazes de transformar uma realidade.

Conclui-se que o investimento em práticas educativas consiste em competência do profissional de saúde, mas também um dever enquanto cidadão. Outrossim, estimula-se o exercício de cidadania por esses usuários a partir de

seus enfrentamentos com as situações limites vivenciadas, resultando em possíveis questionamentos e intervenções, de forma individual ou coletiva, junto aos órgãos competentes para melhorarem suas condições de vida e de suas famílias, conquistando a autonomia no cuidado.

O produto da dissertação denominado **Sala de espera: território de compartilhar saberes e promover saúde**, encontra-se descrito e detalhado no Apêndice C.

REFERÊNCIAS

1. Portal ODM. Acompanhamento Brasileiro dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Mortalidade Infantil no Brasil cai 60% em 20 anos. [Internet] 2010 [Citado 2012 jul. 07]. Disponível em: <http://www.portalodm.com.br/mortalidade>
2. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - Relatório Nacional de Acompanhamento. [Internet]. Brasília: Ipea; 2010 [Citado 2013 Jan. 14]. Disponível em: http://www.pnud.org.br/Docs/4_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2005 [Citado 2013 Mai. 14]. Disponível em: http://www.bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal. [Internet]. 3ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012 [Citado 2013 Mai. 14]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_3ed_2012.pdf
5. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
6. Guiorsi AR. Possibilidades e limitações para uma prática transformadora na enfermagem familiar. *Texto Contexto Enferm.* 1992; 1(1):137-41.
7. Carvalho VLS, Clementino VQ, Pinho LMO. Educação em saúde nas páginas da REBEN no período de 1995 à 2005. *Rev. bras. Enferm.* 2010; 61(2):243-8.
8. Fundação Nacional de Saúde (BR). Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base - documento I. [Internet]. Brasília: Funasa; 2007 [Citado 2013 Mai. 14]. Disponível em: www.funasa.gov.br/site/wp-content/files/mf/dir_ed_sau.pdf
9. Silva OPV. (Coord.). Novo Manual de *Follow-up* do Recém-nascido de Alto Risco [Internet]. Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro – SOPERJ. Rio de Janeiro: SOPERJ; 2008 [Citado 2013 Mai. 14]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/follow_up/index.html
10. Collière MF. Promover a vida. 5ª ed. Lisboa: Lidel; 1999.
11. Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). [Base de dados na internet]. Morbidade hospitalar do SUS por internação 2009. [Citado 2013 Mai 24]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>

12. Boff L. Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra. 9ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2004.
13. Góes FGB, La Cava AM. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. Rev eletrônica enferm. 2009; 11(4): 942-51.
14. Carvalho APA, Veríssimo MDLOR. Comunicação e educação nas consultas de crianças com infecções respiratórias agudas. Rev. esc. enferm. USP [Internet] 2009 [citado 2012 Jul. 07]; 45(4): 847-54. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400008>
15. Prado SRLA, Fujimori E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. Rev. bras. enferm. [Internet]. 2006 Aug [citado 2014 Mai. 13]; 59(4): 492-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000400004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672006000400004>.
16. Frota MA, Albuquerque CM, Linard AG. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. Texto Contexto Enferm. 2007 Abr-Jun; 16(2): 246-53.
17. Leite NSL, Cunha SR, Tavares MFL. Empowerment das famílias de crianças dependentes de tecnologias: desafios conceituais e a educação crítico-reflexiva freireana. Rev. enferm. UERJ. 2011 jan/mar; 19(1):152-6.
18. Mota VMSS, Teixeira E. Tecnologias Educativas em Foco. São Paulo: Difusora Editora; 2011.
19. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Saúde Publica [Internet]. 2005 Fev [citado 2013 Nov. 08]; 21(1): 200-6. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102
20. Oliveira JMAM, Oliveira MCM. Educação em saúde: do campanhismo ao saúde da família. [Texto na Internet] 200? [citado 2013 Nov. 08]. Disponível em: <http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe4/individuais-coautorais/eixo05/Joseane%20Maria%20Andrade%20Mouzinho%20de%20Oliveira%20e%20Maria%20Cecilia%20M.pdf>
21. Geovanni T, Dornelles S, Moreira A, Machado WCA. História da Enfermagem: versões e interpretações. 3ª ed. Rio de Janeiro: Revinter; 2010.
22. Sabóia VM. Educação em saúde: a arte de talhar pedras. Niterói: Intertexto; 2003.
- 23-Sousa LB, Torres CA, Pinheiro PNC, Pinheiro AKB. Práticas de educação em saúde no Brasil: a atuação da enfermagem. Rev. enferm. UERJ. 2010 jan/mar; 18(1): 55-60.

24. Sabóia VM. A mão dupla do poder: a enfermeira e os idosos no grupo dos diabéticos do HUAP-UFF. Niterói: EDUFF; 1997.
25. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [Internet] Brasília, 5 de outubro de 1988. [Citado 2013 Nov 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm
26. Brasil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, Diário Oficial da União, 20 set. 1990.
27. Ministério da Saúde (BR). Educação em Saúde – Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 1989.
28. Renovato RD, Bagnato MHS. Práticas educativas em saúde e a constituição de sujeitos ativos. Texto Contexto Enferm. [Internet] 2010 Jul-Set [Citado 2013 Out 19]; 19(3): 554-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a18v19n3.pdf>
29. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Gestões e Gestores de Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança: 70 anos de história. [Internet] Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [Citado 2013 Nov 24]. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf>
30. Ministério da Saúde (BR). Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 1984 [Citado 2013 Out 25]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_crianca.pdf
31. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. [Internet]. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [Citado 2013 Out 25]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
32. Organização das Nações Unidas – ONU. Declaração mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança nos anos 90. [Internet] Nova Iorque: ONU; 1990 [Citado 2013 Out 25]. Disponível em: <http://www.scj.pe.gov.br/scjpe/sites/all/themes/zentropy/pdf/legislacao/Declaracao%20Mundial%20sob%20Desenvolvimento%20Crianca%20int.pdf>
33. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância. Módulos 1-9. Brasília, DF; 2002.

34. Brasil. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, Diário Oficial da União, 16 jul 1990.
35. Gomes RM, Nunes CB. Avaliação do desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem pediátrica. Ensaios e ci. [Internet]. 2006 [Citado 2013 Out 25]; 10(1): 223-37. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/260/26012756020.pdf>
36. Ministério da Saúde (BR). Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
37. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
38. Monteiro FPM, Silva VM, Lopes MVO, Araújo TL. Atividades de enfermagem para crianças com desobstrução ineficaz de vias aéreas. R Enferm UERJ. 2007 out/dez; 15(4): 508-14.
39. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [Citado 2013 Out 25]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_respiratorias_cronicas.pdf
40. Ministério da Saúde (BR). Manual de normas para controle e assistência das infecções respiratórias agudas. [Internet]. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1997. [Citado 2013 Jun 25]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/infeccoes_respiratorias1.pdf
41. Borges W, Burns D, Sarinho E, Guedes H, Pitchon R, Anderson MIP et al. Asma na infância: tratamento medicamentoso. Rev. Assoc. Med. Bras. [Internet]. 2011 Aug [citado 2013 Nov 17]; 57(4): 369-76. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000400006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302011000400006>.
42. Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso. II Consenso Brasileiro sobre Rinites 2006 Rev. bras. alerg. imunopatol. [Internet]. 2006 [Citado 2013 Nov 17]; 29(1): 29-57. Disponível em: <http://www.asbai.org.br/revistas/Vol291/consenso.pdf>
43. Heredia OIR, Escrich EML, Artola Intervención educativa sobre infecciones respiratórias agudas. Arch Med Camaguey; 2010; 14(3).
44. Organization Panamerica de la Salud (OPAS). Infecciones respiratorias agudas: guía para la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de control dentro de la atención primaria de salud. [Internet]. Washington: OPAS;

1988 [Citado 2013 Nov 14]. Disponível em:

<http://whqlibdoc.who.int/publications/1988/9275710198.pdf>

45. Benguigui Y. As Infecções Respiratórias Agudas na Infância como problema de Saúde Pública. Bol. Pneumol. Sanit. 2002;10(1): 13-22.

46. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. Texto Contexto Enferm. [Internet]. 2006 Abr-Jun; [Citado 2013 Fev 14]; 15(2): 320-5. Disponível em:

<http://www.scielo.org/pdf/tce/v15n2/a16v15n2.pdf>

47. Zimermam DE, Osorio LC. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

48. Santos DS, Andrade ALA, Lima BSS, Silva YN. Sala de espera para gestantes: uma estratégia de educação em saúde. Rev bras educ med. 2012; 36(1): supl.

49. Figuera SM, Freitas HMB, Ilha S, Zamberlan C, Grandó MK, Colomé JS. Educação em saúde na sala de espera: expectativa das mães frente à condição crônica do filho. Cogitare enferm. [Internet]. 2012 Dez [citado 2014 Jun 02]; 17(4): 642-8. Disponível em:

http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14148536201200040005&lng=pt.

50. Rosini I, Salum NC. Educação em saúde no serviço de radiologia: orientações para punção aspirativa de mama e tireóide. Rev. Gaúcha Enferm. [Internet]. 2013 Sep. [citado 2014 Mai 30]; 34(3): 79-85. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472013000300010>.

51. Vasconcelos LM, Albuquerque IMN, Lopes RE, Oliveira CV, Vieira NFC, Gubert FA. Puericultura, Percepção de mães atendidas em Unidade Básica de Saúde em Sobral, Ceará. Rev Enf UFPE. 2010; 4(3): 1492-7.

52. Gimenez-Paschoal SR, Pereira DM, Nascimento EM. Efeito de ação educativa sobre o conhecimento de familiares a respeito de queimaduras infantis em ambiente doméstico. Rev Latino-am Enfermagem. 2009 maio-junho; 17(3): 341-46.

53. Brondani JE, Aranda AL, Morin VL, Ferraz TR, Colomé CLM, Fedosse E. Percepções de gestantes acerca da sala de espera em uma unidade básica de saúde integrada à estratégia saúde da família. Rev Bras Promoç Saúde. [Internet]. 2013 [citado 2014 Jun 04]; 26(1): 63-70. Disponível em:

http://www.unifor.br/images/pdfs/rbps/2013.1_artigo8.pdf

54. Japur M, Borges CC. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. Texto Contexto Enferm. [Internet] 2008. Jan/Mar; [Citado 2013

dez 21]; 17(1): 64-71. Disponível:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100007

55. Rodrigues AD, CR Dallanora, J Rosa, ARM Germani. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. Vivências [Internet]. 2009 Mai. [Citado 2013 dez 23]; 5(7):101-6. Disponível em: http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivencias_07/Artigo_13.pdf

56. Elsen I, Souza AIJ, Prospero ENS, Barcellos WBE. O cuidado profissional às famílias que vivenciam a doença crônica em seu cotidiano. Cienc Cuid Saude. 2009; 8(supl.):11-22.

57. Instituto Paulo Freire. Home, Institucional. Fundadores [Página na Internet]. 2014. [Citado 2014 Jan 21]. São Paulo: Instituto Paulo Freire. Disponível em: <http://www.paulofreire.org/institucional/fundadores>

58. Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2012.

59. Libâneo JC. Democratização da escola pública: a pedagogia crítico-social dos conteúdos. São Paulo: Edições Loyola; 1985.

60. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.

61. Freire P. Pedagogia do Oprimido. 50ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.

62. Boehs AE, Monticelli M, Wosny AM, Heidemann IBS, Grisotti M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. Texto Contexto Enferm. 2007 Abr-Jun; 16(2): 307-14.

63. Rodrigues D, Santos VA. Educação em Saúde na Estratégia da Saúde da Família. J Health Sci Inst. 2010; 28(4): 321-4.

64. Minayo MCS (Org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2012.

65. Minayo MC. O desafio do Conhecimento: a pesquisa qualitativa em saúde. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

66. Universidade Federal Fluminense. Hospital Universitário Antônio Pedro – HUAP. História do HUAP. [Página na Internet]. [citado 2014 Mar 24]. Disponível em: www.huap.uff.br/huap/node/16

67. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, Diário Oficial da União, de 13 jun. 2013.

68. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2009.
69. Silva MDB. Saberes e Práticas do Cuidado Materno na Doença Respiratória Infantil [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO; 2011.
70. Botêlho SM, Boery RNSO, Vilela ABA, Santos WS, Pinto LS, Ribeiro VM et al. O cuidar materno diante do filho prematuro: um estudo das representações sociais. Rev. esc. enferm. USP [Internet]. 2012 Aug [citado 2014 Fev. 13]; 46(4): 929-34. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000400021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400021>.
71. Moraes AC, Quirino MD, Almeida MS. O cuidado da criança prematura no domicílio. Acta Paul Enferm. 2009; 22(1): 24-30.
72. Bandeira TTA, Seidl-de-Moura ML. Crenças de pais e mães sobre investimento parental. Paidéia Ribeirão Preto [Internet]. 2012 [citado 2014 Fev. 14]; 22(53): 355-63. Disponível em:
<http://www.revistas.usp.br/paideia/article/view/53090/57153>
73. Romani SAM, Lira PIC. Fatores determinantes do crescimento infantil. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2004 Mar [citado 2014 Jun 02]; 4(1): 15-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000100002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292004000100002>.
74. Brum EHM, Schermann L. Vínculos iniciais e desenvolvimento infantil: abordagem teórica em situação de nascimento de risco. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2004 Jun. [citado 2014 Fev 13]; 9(2): 457-67. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000200021&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000200021>
75. Seidl-de-Moura ML, Ribas AFP, Seabra KC, Pessôa LF, Nogueira SE, Mendes DMLF et al. Interações mãe-bebê de um e cinco meses: aspectos afetivos, complexidade e sistemas parentais predominantes. Psicol. Reflex. Crit. [Internet]. 2008 [citado 2014 Mai 21]; 21(1): 66-73. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722008000100009
76. Moura SMSR, Araújo MF. Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no programa mãe-canguru. Psicologia em Estudo. 2005; 10(1): 37-46.
77. Winnicott DW. A criança e o seu mundo. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1982.

78. Soares MD, Coelho TCB. O cotidiano do cuidado infantil em comunidades rurais do Estado da Bahia: uma abordagem qualitativa. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. [Internet]. 2008 Dec [citado 2012 Out 30]; 8(4): 463-72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292008000400012&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000400012>.
79. Remor CB, Pedro VL, Ojeda BS, Gerhardt LM. Percepções e conhecimentos das mães em relação às práticas de higiene de seus filhos. Esc. Anna Nery [Internet]. 2009 Dec [citado 2014 Fev 16]; 13(4): 786-92. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000400014&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000400014>.
80. Zanatta EA, Motta MGC. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero a seis meses. Rev Gaúcha Enferm. 2007 dez; 28(4): 556-63.
81. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 159/1993, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 1993 [citado 2009 jun. 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html
82. Ramírez JA, Dominguez JE, Rodriguez JE, Correa TC, Luna CG. Intervención educativa sobre infecciones respiratórias agudas em madre de niños menores de um año. AMC [Internet]. 2010 [citado 2014 Jun 04]; 14(2).
83. Roque AIV, Canalejo HM. Nivel educacional de las madres y conocimientos sobre las IRA de sus hijos. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health [Internet] 1999 [citado 2014 Mar 23]; 6(6): 400-7. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v6n6/0966.pdf>
84. Campos ACS, Cardoso MVLML. Tecnologia educativa para a prática do cuidado de enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia. Texto contexto enferm. [Internet]. 2008 Mar [citado 2014 Fev 11]; 17(1): 36-44. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100004&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000100004>
85. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Informe Técnico sobre a RDC nº 20/2011. Orientações de procedimentos relativos ao controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição isoladas ou em associação [Internet]. 2011. [citado 2014 Jul 12]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/sngpc/documentos%202013/Nota_Tecnica_RDC_n_20_2011_24_09_2013_x.pdf
86. Pereira FSVT, Bucarechi F, Stephan C, Cordeiro R. Automedicação em crianças e adolescentes. J. Pediatr. [Internet]. 2007 Oct [citado 2014 Abr 26]; 83(5): 453-8. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572007000600010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.2223/JPED.1703>.

87. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. Rev. Saúde Pública [Internet]. 1997 Fev [citado 2014 Abr 26]; 31(1): 71-7. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000100010&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101997000100010>

88. Ryan T, Brewer M, Small L. Over-the-counter cough and cold medication use in young children. *Pediatr Nurs*. 2008; 34(2): 174-80.

89. Oliveira EA, Bertoldi AD, Domingues MR, Santos IS, Barros AJD. Uso de medicamentos do nascimento aos dois anos: Coorte de Nascimentos de Pelotas, RS, 2004. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2010 Ago [citado 2014 Jun 10]; 44(4): 591-600. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000400002&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000400002>.

90. Macedo SEC, Menezes AMB, Albernaz E, Post P, Knorst M. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. Rev. Saúde Pública [Internet]. 2007 Jun [citado 2014 Mai 15]; 41(3): 351-8. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300005&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000300005>.

91. Prietsch SOM, Fischer GB, Cesar JA, Fabris AR, Mehanna H, Ferreira THP et al. Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. *J. Pediatr.* [Internet]. 2002 Out [citado 2014 Jun 10]; 78(5): 415-22. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572002000500013&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0021-75572002000500013>

92. Jorge MSB, Queiroz MVO. Ações educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto às famílias. *Acta Sient Health Sci*. 2004; 26(1): 71-81.

APÊNDICES

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do voluntário (a): _____

Prezado (a) familiar,

O senhor (a) está sendo convidado (a) a participar desta pesquisa intitulada: **Estratégia tecnológica de educação em saúde aos familiares dos lactentes com doenças respiratórias na consulta de enfermagem**, apresentando como objetivo geral: construir um vídeo educativo em forma de desenho animado sobre os cuidados dos familiares aos lactentes com doenças respiratórias na consulta de enfermagem e como objetivos específicos: descrever a concepção do familiar sobre os cuidados aos lactentes a partir das orientações do enfermeiro e identificar o valor da educação em saúde para a adesão do familiar ao cuidado do lactente com doença respiratória. Esta pesquisa faz parte de um dos requisitos para obtenção do grau de Mestre e está vinculada ao Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial, da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), da Universidade Federal Fluminense (UFF).

A sua participação e colaboração enquanto sujeito deste estudo é muito importante para melhorar a qualidade da assistência do enfermeiro. Informo que a sua participação está isenta de riscos pessoais. As informações fornecidas serão gravadas e armazenadas em arquivo pessoal por cinco anos, e após este período será destruído. Sua identidade será preservada e as informações serão mantidas em sigilo e utilizadas somente para esta pesquisa. Os resultados serão apresentados na EEAAC/UFF e poderão ser divulgados em evento científico sempre preservando o seu anonimato.

A qualquer momento o senhor (a) poderá desistir da sua participação dessa pesquisa sem prejuízo algum.

Colocamo-nos a inteira disposição para dirimir dúvidas ou outros esclarecimentos acerca desse estudo através do contato com a pesquisadora,

pessoalmente no Hospital Universitário Antônio Pedro ou pelo telefone: (21) 9625-8412.

Grata,

Pesquisador responsável: Márcia Valéria Ratto Guimarães

Orientador: Prof. Dr. Enéas Rangel Teixeira

Declaro que li as informações acima, estou ciente e informado (a) do teor deste termo, e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele tenho o direito de desistir a qualquer momento.

Declaro ainda, que recebi uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

_____ / ____ / ____
Assinatura do participante e RG dia mês ano

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao participante indicado acima.

_____ / ____ / ____
Assinatura do responsável por obter o consentimento dia mês ano

APÊNDICE B: ROTEIRO DA ENTREVISTA

Data da entrevista:

PARTE I: Dados sociodemográficos:

Nome:

Idade:

Sexo: 1-() feminino 2-() masculino

Parentesco:

Escolaridade: 1-() analfabeto 2-() ensino fund. inc. 3-() ensino fund. completo

4-() ensino médio inc. 5-() ensino médio completo

6-() ensino sup. incompleto

7-() ensino sup. completo 8-() pós graduação *lato sensu*

9-() pós-graduação *strictu sensu*

Raça ou cor: 1-() Branca 2-() Negra 3-() Parda 4-() Amarela 5-() Indígena

Religião ou Culto:

Estado Conjugal atual: 1-() casado 2-() solteiro 3-() viúvo 4-() divorciado
5-() vive com companheiro

Naturalidade:

Trabalha: 1-() sim 2-() não

Vínculo empregatício: 1-() sim 2-() não

Profissão ou ocupação atual:

Renda: 1-() < 1 salário mínimo 2-() 1 a 3 salários 3-() 4 a 5 salários

4-() 5 a 10 salários 5-() > 10 salários

Tipo de moradia (casa ou apartamento):

Quantos cômodos?

Quantas pessoas residem na casa?

Área de moradia (urbana ou rural):

Fonte de abastecimento de água:

1-() rede geral de distribuição 2-() poço ou nascente na propriedade

3-() poço ou nascente fora da propriedade 4-() carro-pipa

5-() água da chuva armazenada em cisterna 6-() água da chuva armazenada de outra forma 7-() rios, açudes e lagos 8-() outra

Coleta de lixo: 1-() sim 2-() não

Saneamento básico:

Animais domésticos:

Frequenta outro serviço de saúde? 1-() sim 2-() não

Se afirmativo qual e em que situação?

Quem geralmente cuida do seu filho(a)?

PARTE II: PERGUNTAS ABERTAS

RELACIONADA À CONCEPÇÃO DE CUIDADO:

-O que entende por cuidar do seu filho(a)?

RELACIONADA À AQUISIÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE O CUIDADO:

-Com quem aprendeu a cuidar?

-Como você sabe que o lactente está com problemas respiratórios?

-Como você reconhece que seu filho(a) está piorando dos problemas respiratórios?

RELACIONADA À PRÁTICA DO CUIDADO:

-Que cuidados você tem em casa com o seu filho(a) quando ele(a) apresenta problemas respiratórios?

-Você pode falar sobre as facilidades ou dificuldades que percebe durante o cuidado do seu filho com os problemas respiratórios.

RELACIONADA À CONCEPÇÃO SOBRE A ORIENTAÇÃO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

-Quando você vem aqui com seu bebê, o que você acha dessa parte em que a enfermeira faz uma consulta?

-Depois que você recebeu essas orientações da enfermeira, você mudou alguma coisa quando cuida do seu filho?

RELACIONADA AO SENTIMENTO DOS FAMILIARES:

-Como você se sente durante a consulta?

APÊNDICE C: ROTEIRO DA ENTREVISTA

PRODUTO

SALA DE ESPERA: UMA TECNOLOGIA PARA COMPARTILHAR SABERES E PROMOVER SAÚDE.

1 INTRODUÇÃO

Um dos objetivos da prática educativa realizada pelo enfermeiro no ambulatório de seguimento do cenário desta pesquisa é discutir sobre os cuidados aos lactentes para prevenção ou tratamento para as doenças respiratórias e, com isso, estimular a reflexão dos familiares acerca dos cuidados, do reconhecimento dos sinais de alarmes e cuidados domiciliares adequados. No entanto, os dados empíricos mostravam a prevalência dos cuidados de medicalização sobre os de manutenção da vida, diferenciando-se das recomendações da Estratégia de Atenção às Doenças Prevalentes da Infância. Desta forma, alguns questionamentos nortearam a investigação sobre a prática educativa realizada pelo enfermeiro no cuidado de lactentes com doença respiratória na concepção da família.

O atendimento em ambulatório de seguimento de recém-nascidos e lactentes em situação de risco apresentou as doenças respiratórias como o agravo mais recorrente percebido pelo enfermeiro durante a sua consulta. As doenças respiratórias representam um problema de saúde pública e foi à segunda causa de internação nas unidades do Sistema Único de Saúde na região metropolitana do Rio de Janeiro⁽¹⁾. Considerando que as características destes lactentes como prematuridade, baixo peso ao nascer, doenças genéticas, dentre outras, são fatores predisponentes às doenças respiratórias, os enfermeiros têm investido em práticas educativas, que são realizadas com os familiares dos lactentes durante a sua consulta.

Esta prática educativa na consulta de enfermagem tem sido desenvolvida considerando e reconhecendo o saber do familiar como o ponto de partida para a construção de novos conhecimentos e tomada de decisões, para a conquista da sua autonomia no cuidado.

Nessa perspectiva, os resultados da pesquisa de dissertação do Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial (MPEA) intitulada **Prática educativa junto aos familiares de lactentes com doenças respiratórias** evidenciaram a construção de novos conhecimentos pelos familiares dos lactentes, demonstrados pela adoção consciente de medidas de controle ambiental como prevenção de doenças respiratórias; as atividades educativas de enfermagem dialógicas e técnicas científicas, problematizadoras, atentas à escuta sensível dos familiares dos lactentes. Como de fato, com a sala de espera, cria-se um espaço para reflexão sobre as práticas cotidianas e de possibilidades concretas para novos aprendizados com mudanças observadas na redução dos agravos respiratórios dos lactentes.

No entanto, percebeu-se a associação das mães sobre suas condições de moradia ao surgimento das doenças respiratórias; o reconhecimento das mães sobre os sinais da doença em fase de alarme, postergando os cuidados domiciliares tão logo surgiam os primeiros sintomas e a utilização de medicamentos, sem avaliação médica, como cuidado adotado em vigência da doença respiratória. A análise dos dados sociodemográficos apontou para alguns problemas cujas resoluções são dependentes do setor sanitário, todavia outros problemas ultrapassam o limite de ação do setor sanitário e requerem intervenções. Estes resultados apontam a necessidade de ampliar as discussões entre familiares de lactentes e profissionais para a conquista da saúde, por meio da construção de saberes compartilhados, ampliando a visão de saúde pelo usuário como resultado também dos determinantes de vida.

META: Gerar um produto para a prática educativa com os familiares dos lactentes do ambulatório de seguimento de um hospital universitário.

2 OBJETIVOS

- Descrever o produto de dissertação do mestrado profissional em enfermagem assistencial.
- Detalhar a metodologia de construção do produto referente à prática educativa em sala de espera.

- Levantar as ações para a realização da prática educativa em sala de espera com os familiares de lactentes.
- Ressaltar as contribuições do produto para a enfermagem assistencial.
- Implementar a proposta do produto no ambulatório de seguimento.

3 JUSTIFICATIVA

Os conhecimentos produzidos pela pesquisa do MPEA, à luz do referencial da pedagogia da autonomia de Paulo Freire, conduziram a construção de uma programação para a prática educativa do enfermeiro de modo interdisciplinar em sala de espera. Esta prática toma como referência a pedagogia da autonomia de Paulo Freire, na qual o conhecimento é um processo gradual e que requer investimento pelo profissional em transformar realidades a partir do desenvolvimento de sujeitos críticos, que constroem novas visões de mundo, com possibilidades de intervenções conscientes⁽²⁾.

A escolha dessa atividade se deu por considerar que essas atividades educativas na consulta de enfermagem, devido a sua especificidade, não são trabalhadas de modo suficiente, requerendo outros espaços. Desse modo a sala de espera, que é espaço ocioso no qual os familiares aguardam o atendimento de seus lactentes, pode ser transformada em um campo de compartilhamentos de saberes na saúde. Desta forma, as práticas educativas poderão ser realizadas não só na consulta de enfermagem, mas em sala de espera.

A sala de espera é conceituada como:

um território dinâmico, onde ocorre a mobilização de diferentes pessoas a espera de um atendimento de saúde. É um espaço público em que as pessoas conversam, trocam experiências entre si, observa, emocionam-se e expressam-se, ou seja, as pluralidades emergem através do processo interativo, que ocorre por meio da linguagem^(3:2).

A prática educativa em sala de espera pode colaborar para a promoção da saúde, a prevenção de doenças e para a recuperação da saúde. Permite a abordagem interdisciplinar e o encaminhamento do usuário para outras atividades⁽³⁾. É um momento de garantir o cuidado humanizado pela proximidade do usuário com o profissional⁽⁴⁾, estabelecer o diálogo proporcionando um ambiente crítico-reflexivo⁽⁵⁾, compartilhamento de saberes, visão mais ampliada sobre as necessidades dos usuários, suas crenças, com um atendimento mais integralizado, cumprindo um dos princípios do SUS⁽⁴⁾.

A sala de espera é considerada uma das estratégias de acolhimento preconizada pela Política Nacional de Humanização⁽⁶⁾ e que pode ser adotada

pelos profissionais de saúde nos espaços de pré-atendimento ao usuário. A proposição de instituir a sala de espera para desenvolvimento de práticas educativas com familiares dos lactentes transforma este espaço em local de efetivo atendimento, onde compartilharemos relações e saberes, configurando-se, então, em uma tecnologia leve-dura. Esta se refere aos saberes profissionais, bem estruturados como a clínica, a epidemiologia e os de demais disciplinas que operam em saúde, fazendo parte da forma de organizar sua atuação no processo de trabalho⁽⁷⁾.

As produções científicas acerca das práticas educativas em sala de espera com os usuários revelam diversos profissionais envolvidos com vários segmentos da população. Os resultados dessas práticas apontaram alguns benefícios para os usuários tais como: a produção de novos conhecimentos, a segurança e a oportunidade de reflexões sobre a sua corresponsabilidade pela sua saúde.

O ambulatório de seguimento apresenta duas características de extrema relevância, que validam a ativação da sala de espera como espaço de compartilhamento de saberes e produção de saúde: a) o trabalho em equipe multidisciplinar, com enfermeiros, médicos, nutricionistas e psicóloga, b) instituição de ensino que agregam docentes e discentes de enfermagem e medicina. Desta forma, a prática educativa em sala de espera pode promover a interdisciplinaridade com a integração de diversos saberes técnico-científicos, de forma humanizada, interativa, dialógica e na perspectiva da integralidade das ações. Uma conexão de saberes que envolvem a relação profissional usuários e entre a equipe multiprofissional.

A enfermagem realiza a consulta de enfermagem e atividades educativas, bem como cuidados diretos e indiretos aos lactentes e seus familiares. Nesse, descrevo que essa atividade pode ser exercida na sala de espera junto aos familiares, discutindo sobre o cuidado e suas interfaces de modo interativo e dialógico. Ao mesmo tempo em que as atividades de enfermagem apresentam suas especificidades asseguradas em legislação⁽⁸⁾ requer um trabalho em equipe multidisciplinar em uma atitude interdisciplinar.

A interdisciplinaridade é entendida como a interação de conceitos entre as disciplinas para alcançar um objetivo comum, gerando um novo conhecimento

para a resolução de um problema concreto. Baseia-se no diálogo com outros conhecimentos e representa uma resposta à diversidade, à complexidade e à dinâmica do mundo⁽⁹⁾. Representa também uma atitude de superação da visão cartesiana que temos sobre nós e o mundo⁽¹⁰⁾.

4 METODOLOGIA

A proposta de sala de espera foi construída considerando as atividades da prática do enfermeiro, os resultados de pesquisa e a adoção do referencial teórico do estudo.

O primeiro passo após a definição do produto foi pesquisar na literatura um modelo de roteiro para nortear o passo a passo desta proposta educativa. Utilizou-se como referência o roteiro do plano de ação do Manual para a Operacionalização das Ações Educativas no SUS, São Paulo⁽¹¹⁾. O roteiro para a elaboração do plano de ação apresentou os itens: título; descrição do problema; característica geral do município, instituição e da população alvo; diagnóstico educativo (apresentação e análise dos dados); projeto educativo contendo a justificativa, objetivos, conteúdo programático, população alvo, metodologia, avaliação, recursos (humanos, materiais e financeiros) e cronograma. Este roteiro não foi cumprido na íntegra, mas o adaptamos as características desse produto de dissertação do MPEA. Desta forma, excluíram-se os itens referentes ao título; à descrição do problema; característica geral do município e instituição, já tratados na pesquisa.

População alvo

- Familiares de lactentes

Local

- No corredor em frente à sala de atendimento para acompanhamento de recém-nascidos e lactentes.

Recursos humanos

- Enfermeiros: assistenciais e docentes; Médicos: assistenciais e docentes; Nutricionistas: assistenciais; Psicóloga; Discentes de enfermagem e medicina; e outros convidados.

Recursos materiais

- Livro para registro das atividades contendo informações sobre a identificação do familiar, profissionais participantes, data, recursos didáticos utilizados, temática abordada, problemática e resultados, avaliação e tempo de duração.

Recursos didáticos

Utilizar-se-ão recursos imagéticos através de figuras ilustrativas retratando a realidade do cotidiano dos familiares, a fim de que se reconheçam nessas imagens, sintam-se motivados a participar das discussões e se percebam como sujeitos para a construção de um novo conhecimento. Esta escolha foi justificada pela potencialidade desse recurso visual favorecer o processo ensino-aprendizagem e pelas reais possibilidades que o enfermeiro tem de discussões, proposição de situações-problemas, procurando valorizar o saber do senso comum, sem perder de vista a chance de estimular a visão crítica da família para melhorar a saúde do lactente.

As imagens para utilização na sala de espera foram retiradas do site www.google.com.br e aproximaram-se tanto da realidade dos depoimentos, quanto ilustraram a umidade e infiltrações nas paredes das casas, a aglomeração de pessoas em um mesmo cômodo, tabagismo, ausência de esgoto tratado, casa em leito de rio, unidades de saúde fechadas e sem profissional, reações medicamentosas, urso de pelúcia, produtos de limpeza, aparelho para nebulização e medicamentos. Apresentam-se imagens referentes aos cuidados propostos para as doenças respiratórias, tais como a água, aleitamento materno e alimentação, bem como imagens que poderão ser utilizadas para reflexão sobre a relação da saúde com os determinantes de vida: trabalho, alimentação, rede de esgoto tratado, transporte, lazer, educação e moradia.

Proposta da primeira dinâmica

Apresentação do enfermeiro; explicação da proposta de atividade inicial considerando os resultados da pesquisa e a possibilidade de discussões mais ampliada com os familiares acerca de cuidados com os lactentes e demais temáticas que poderão ser discutidas também conforme suas demandas; utilizar

as figuras ilustrativas e propor que falem sobre elas e que façam associações em relação aos cuidados e a saúde de seus lactentes; discutir com eles sobre a temática; realizar um fechamento das construções de saberes desta prática; solicitar avaliação da prática pelos usuários; sugestões de temáticas para próximas atividades; registrar a prática educativa em prontuário e em livro específico.

Sugestões de temáticas

As temáticas iniciais emergiram dos resultados da pesquisa atual. Todavia, sofrerão ajustes e transformações de acordo com demandas dos usuários e/ou equipe de saúde, a partir do início das atividades. Abaixo relacionamos os temas que emergiram na pesquisa e os conteúdos que pretendem ser discutidos com os usuários.

TEMAS	CONTEÚDOS
Saúde e Cidadania	Direito à saúde, dever, princípios do SUS
Saúde/Doença e Determinantes de vida	Concepções de saúde, doença, relações com os determinantes de vida
Vivências no cuidado	Facilidades e dificuldades
Prevenção de doenças respiratórias	Cuidados com lactentes e domiciliares - controle ambiental
Automedicação	Expor situações, tipos de medicamentos, razões, reações, benefícios, malefícios
Doenças respiratórias e cuidados domiciliares	Conceito, causas, sinais e sintomas, sinais de alarme e cuidados domiciliares

CRONOGRAMA

Frequência

- Uma a duas vezes por semana, podendo ser ampliada conforme disponibilidade de recursos humanos.

Tempo estimado

- 30 a 50 minutos.

AÇÕES

- Apresentar a proposta da atividade para a Direção de Enfermagem e demais membros da equipe de enfermagem.
- Realizar a prática educativa em sala de espera.
- Discutir as temáticas de forma dialógica entre profissionais e usuários.

- Realizar dinâmicas com figuras ilustrativas.
- Levantar junto aos familiares propostas de temas.
- Avaliar a atividade ao final de cada prática educativa em sala de espera considerando as percepções dos usuários e profissionais.
- Registrar a atividade realizada em livro e no prontuário dos lactentes.

CONTRIBUIÇÕES

- Melhoria na qualidade do cuidado recebido pelo lactente no ambiente doméstico e de saúde através do compartilhamento de saberes, entre profissional e familiar, em uma perspectiva dialógica e ética.
- Promoção na formação de vínculo entre profissionais e familiares.
- Discussão com os familiares sobre seus direitos e deveres em relação à saúde.
- Reflexão dos familiares sobre a saúde e seus determinantes.
- Conscientização pelos familiares sobre seus direitos de exercício à cidadania.
- Esclarecimentos aos familiares sobre temáticas referentes às ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e recuperação da saúde.
- Melhor integração entre usuários e profissionais
- Consolidação das políticas públicas referentes ao SUS, participação do usuário e humanização.
- Estreitamento dos laços entre a assistência pesquisa e o ensino na Universidade.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Morbidade hospitalar do SUS por internação 2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br>.
- 2 Freire P. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra; 2012.

- 3 Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2006 Abr/Jun [Citado 2013 dez 21]; 15(2): 320-5. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/tce/v15n2/a16v15n2.pdf>
- 4 Rodrigues AD, CR Dallanora, J Rosa, ARM Germani. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. *Vivências* [Internet] 2009 Mai. [Citado 2013 dez 23]; 5(7):101-6. Disponível em: http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_007/artigos/artigos_vivencias_07/Artigo_13.pdf
- 5 Japur M, Borges CC. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. *Texto Contexto Enferm.* [Internet] 2008. Jan/Mar; [Citado 2013 dez 21]; 17(1): 64-71. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000100007
- 6 Ministério da Saúde (BR). *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf
- 7 Merhy EE, Chakkour M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE. *Praxis en salud un desafío para lo publico*. São Paulo: Hucitec; 1997.
- 8 Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução n. 159/1993, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem [Internet]. Rio de Janeiro: COFEN; 1993 [citado 2009 jun. 20]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html
- 9 Meireles BHS, Erdmann AL. A questão das disciplinas e da interdisciplinaridade como processo educativo na área da saúde. *Texto Contexto Enferm.* 1999 jan/abr; 8(1):149-65.
- 10 Bochniak R. *Questionar o conhecimento: a interdisciplinaridade na escola... e fora dela*. 2ª ed. São Paulo: Loyola; 1998.
- 11 Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. *Educação em Saúde - Planejando as Ações Educativas (Teoria e Prática)*. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS – São Paulo. São Paulo; 1997. Disponível em: ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/educacao.pdf

ANEXO

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE FEDERAL
FLUMINENSE/ FM/ UFF/ HU



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRATÉGIA TECNOLÓGICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA CONSULTA DE ENFERMAGEM AOS FAMILIARES DOS LACTENTES COM DOENÇAS

Pesquisador: MÁRCIA VALÉRIA RATTO GUIMARÃES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16348113.0.0000.5243

Instituição Proponente: Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 357.188

Data da Relatoria: 06/09/2013

Apresentação do Projeto:

Esta pesquisa enfoca a atividade educativa durante a consulta de enfermagem aos familiares dos recém-nascidos e lactentes com doenças

respiratórias no ambulatório em pediatria de alto risco do Hospital Universitário Antonio Pedro

Objetivo da Pesquisa:

Construir um vídeo educativo em forma de desenho animado para os familiares sobre os cuidados com lactentes que possuem doença respiratória

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos aos sujeitos da pesquisa. A mesma apresenta benefícios na medida que procura aprimorar a educação de familiares e cuidadores de lactentes com doenças respiratórias.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem comentários

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

está correto

Endereço: Rua Marquês de Paraná, 303 4º Andar

Bairro: Centro

CEP: 24.030-210

UF: RJ

Município: NITEROI

Telefone: (21)2629-9189

Fax: (21)2629-9189

E-mail: etica@vm.uff.br

Continuação do Parecer: 357.188

Recomendações:

sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

aprovado após resolução de pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

NITEROI, 12 de Agosto de 2013

Assinador por:
ROSANGELA ARRABAL THOMAZ
(Coordenador)