



Acta Scientiarum. Health Sciences

ISSN: 1679-9291

eduem@uem.br

Universidade Estadual de Maringá
Brasil

Kaliska Piva, Eloeth; Silveira Viera, Cláudia; Gonçalves de Oliveira, Beatriz Rosana; Cezarotto
Fiewski, Marlei Fátima

O cuidado nos centros municipais educacionais infantis em relação às infecções respiratórias agudas

Acta Scientiarum. Health Sciences, vol. 34, núm. 1, enero-junio, 2012, pp. 1-7

Universidade Estadual de Maringá
Maringá, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307226630001>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



O cuidado nos centros municipais educacionais infantis em relação às infecções respiratórias agudas

Eloeth Kaliska Piva, Cláudia Silveira Viera*, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira e Marlei Fátima Cezarotto Fiewski

Universidade Estadual do Oeste do Paraná, R. Universitária, 1619, 85819-110, Cascavel, Paraná, Brasil. *Autor para correspondência.
E-mail: clausviera@hotmail.com

RESUMO. As infecções respiratórias agudas (IRA) são causas de morbidade e mortalidade na infância, e sua crescente manifestação e transmissão nos centros educacionais infantis têm sugestionado maior atenção aos cuidados prestados nesses locais às crianças. Este estudo teve por objetivo conhecer as atitudes preventivas e curativas do cuidado proporcionado pelos monitores educacionais dos Centros Municipais Educacionais Infantis da Cidade de Cascavel, Estado do Paraná, diante das IRA. Para tanto, realizamos entre novembro a dezembro de 2008 uma pesquisa qualitativa com 12 monitores educacionais, por meio da entrevista semiestruturada gravada. Os aspectos emergentes das entrevistas foram pontuados e orientados na ótica do cuidado integral de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres. As ações das monitoras educacionais em relação as IRA têm caráter curativo, sendo fundamentadas no cuidado técnico e entendimentos causais. Nessas ações faltam elementos que compõem o cuidado integral como o movimento, a interação, a reconstrução de identidades e alteridades, a não-causalidade, a plasticidade, a temporalidade e a responsabilidade. Diante disso, enfatiza-se a necessidade de preparar os monitores e as instituições para o cuidado integral. E, sobretudo, a articulação dos centros educacionais aos setores de saúde promovendo a aplicação de estratégias para o controle, prevenção e promoção da saúde das crianças.

Palavras-chave: infecções respiratórias agudas, creches, pré-escolar.

The care in the municipal centers for children education about acute respiratory infections

ABSTRACT. Acute respiratory infections are the causes of morbidity and mortality during infancy and childhood. Their increasing manifestation and transmission in day-care centers have demanded greater attention for children's care in such institutions. Current research investigates prevention and care activities provided by educational monitors of day-care center in Cascavel, Paraná State, Brazil, with regard to acute respiratory infections. A qualitative research was undertaken with 12 educational monitors between November and December 2008, by means of a semi-structured recorded interview. Salient aspects of the interviews were analyzed and discussed by José Ricardo Carvalho Mesquita Ayres. The educational monitors' activities on acute respiratory infections have a curative character since they are based on technical care and an understanding of their causes. However, such factors as movement, interaction, reconstruction of identities and alterity, non-causality, plasticity, temporality and responsibility which are comprised in integral care are still lacking. Emphasis should be given on the preparation of monitors and institutions catering for integral care. The above may be supplemented by articulations between educational centers and health services and consequently promoting strategies for the control, prevention and promotion of the children's health.

Keywords: acute respiratory infections, day-care centers, pre-school.

Introdução

As infecções respiratórias agudas (IRA) acometem as crianças tanto no ambiente intradomiciliar como nos espaços sociais, a exemplo dos centros de educação infantil (CEI). Esses centros assistem a um grupo etário de crianças considerado vulnerável as IRA, as crianças menores de cinco anos, e os cuidados oferecidos às crianças diariamente fora do ambiente familiar, passaram a ter consequências no comportamento das

doenças infecciosas (NESTI; GOLDBAUM, 2007; BUENO et al., 2010). A institucionalização das crianças nos CEI e a manifestação e transmissão das doenças respiratórias têm proporcionado maior atenção aos cuidados e serviços prestados, ações de prevenção e controle das IRA.

As IRA interferem na qualidade de vida, no crescimento e desenvolvimento das crianças. Isso demonstra a importância das intervenções no ambiente dos CEI por se tratarem de ações de ordem

coletiva e epidemiológica a fim de minimizar riscos à saúde, com a redução da morbidade e mortalidade entre essas crianças (MOORE, 2010).

Para as práticas de controle das doenças infecciosas nos CEI são relevantes, além dos investimentos em infraestrutura, a educação em saúde dos profissionais que atuam nesse serviço. A formação dos educadores infantis para fins de atenção a saúde traz à tona a necessidade de um projeto pedagógico com inclusão de conteúdos relativos à promoção da saúde e conhecimentos sobre o processo de saúde-doença (MACIEL et al., 2010).

O cuidado realizado pelos educadores infantis às crianças nos CEI em relação às IRA deve estar diretamente envolvido com ações de prevenção e promoção à saúde. Dessa forma, este estudo teve por objetivo conhecer as atitudes preventivas e curativas do cuidado proporcionado pelos monitores educacionais dos Centros Municipais Educacionais Infantis (CMEI) da Cidade de Cascavel, Estado do Paraná diante das IRA.

Material e métodos

A pesquisa de campo de cunho qualitativo foi realizada no período de novembro e dezembro de 2008, nos CMEI da cidade de Cascavel, Estado do Paraná, mediante a autorização do Secretário da Educação, visto que os CMEI estão alocados a essa Secretaria. A cidade contava com 28 CMEI, dos quais, 16 foram selecionados, mas somente 12 fizeram parte do estudo. A seleção dos CMEI foi realizada por meio de um sorteio, organizado com a classificação dos 28 CMEI dentro das quatro regiões geográficas da cidade, permitindo uma amostra mais diversificada.

Os sujeitos do estudo foram os trabalhadores que atuavam diretamente com as crianças nos CMEI, denominados monitores educacionais. Dentre os 12 CMEI participantes, fez parte do estudo um monitor educacional de cada CMEI, incluído na pesquisa por meio de um sorteio entre todos os monitores educacionais presentes no CMEI visitado que estivessem de acordo com os critérios de inclusão que eram: o tempo de serviço de no mínimo seis meses no CMEI, e o aceite desses trabalhadores em participar da pesquisa e, portanto, tivessem assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se para coletar os dados da entrevista em profundidade gravada, realizada após aplicação do teste-piloto em um dos 28 CMEI do município, sendo esse CMEI então excluído dos resultados da pesquisa de campo. O teste-piloto realizou-se após a aprovação deste estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos sob parecer nº 25123/2008.

As 12 entrevistas fizeram uso de um roteiro elaborado para norteá-las e foram realizadas nos próprios CMEI em salas privadas e fechadas. Logo depois do término da entrevista com o monitor educacional, essa foi transcrita integralmente, e em um segundo contato com o mesmo foi entregue a ele para que fosse validado o conteúdo. A finalização da coleta de dados se evidenciou mediante a constatação da suficiência de dados para responder a questão em estudo. As falas dos sujeitos são apresentadas no decorrer da discussão pela letra E de entrevistado, associada ao número que identificava a entrevista, tal como, E1; E2 e assim sucessivamente.

O estudo abordou as atitudes preventivas e curativas do cuidado encontradas no ambiente dos CMEI em relação às IRA, possibilitando a construção de uma realidade, a partir da qual nos permitiu explorar e compreender seus significados com um olhar conduzido pela aproximação hermenêutica dialética. Os aspectos emergentes foram pontuados e orientados na ótica do cuidado integral na concepção de José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres (AYRES, 2004a, b e c).

Primeiramente, após a transcrição das falas, realizaram-se leituras exaustivas das mesmas para apropriação do seu conteúdo. Posteriormente, foi feita a classificação dos dados identificando as estruturas condizentes às categorias do cuidado. Na análise final procurou-se estabelecer a articulação entre os dados coletados e o referencial teórico do cuidado integral, o qual nos permitiu chamar a atenção para o cuidado permeado pela integralidade, a fim de envolver os familiares e as crianças dos CMEI, bem como este serviço e os serviços de saúde.

Alguns aspectos do cuidado integral se referem a elementos ontológicos abstratos que compõem o cuidado na esfera da saúde (AYRES, 2004a). Dentre esses, caracteriza-se o primeiro elemento do cuidado, o “movimento”, o qual é essencial na construção das identidades dos sujeitos, que são construídas pelo ato de viver pelo mundo e em contato com o outro. O segundo elemento é a “interação”, na qual, colocar-se em movimento origina relações e o processo dessas interações formam as identidades dos variados indivíduos (AYRES, 2004b).

O terceiro elemento, a “identidade” e “alteridade” revelam que a identidade de cada um se faz sempre na presença do outro e, a alteridade é determinada pela construção de uma identidade e vice-versa. O quarto elemento, a “plasticidade” do cuidado designa que a matéria de nossa existência é passível de transformações, e assim, o indivíduo pode ser continuamente recriado (AYRES, 2004a). O quinto elemento define-se por um “projeto” que possibilita traçar os planos de concepção e realização do cuidado

(AYRES, 2004b). O sexto é o “desejo”, designa que do encontro desejante a situação dá origem ao ser vivente. O sétimo, a “temporalidade”, revela que o ser é cuidado, e esse depende do andamento do tempo e da existência do ser vivente (AYRES, 2004a).

O oitavo elemento, a “não-causalidade”, refere-se ao cuidado como uma sequência de eventos no tempo e espaço independente de relação entre causa e efeito. E por fim, o elemento da “responsabilidade”, retrata que tanto no modo de ser como na avaliação do cuidado é essencial a necessidade de responder pelas implicações práticas do cuidado (AYRES, 2004b).

Compreende-se que o cuidado em sua formação e avaliação, implica em olhares distintos sobre as práticas atuais que envolvem a saúde. E as consequências desta abordagem do cuidado integral são melhorias da vida dos indivíduos, comunidades e populações (AYRES, 2004b).

Resultados e discussão

O estudo retrata as seguintes categorias relacionadas ao cuidado proporcionado pelos monitores educacionais: “o cuidado à criança com IRA; a saúde da criança como responsabilidade dos pais; cuidados como responsabilidade da instituição; e por fim, a vulnerabilidade da Atenção Primária à Saúde (APS) e ao cuidado das crianças dos CMEI”.

Os monitores educacionais que compuseram a pesquisa eram todos do sexo feminino e encontravam-se na faixa etária de 22 a 45 anos, com escolaridade centrada no Ensino Superior, completo ou incompleto. Sendo a Pedagogia o curso mais presente na formação destas, assim como o tempo de trabalho das monitoras nos CMEI variou entre seis meses a 12 anos.

Na categoria “o cuidado à criança com IRA”, obteve-se os relatos das atitudes preventivas e curativas das monitoras diante das crianças no CMEI com as IRA, como na fala a seguir:

[...] a gente já comunica no caso né a... a coordenadora ou a auxiliar né, daí elas já entram em contato com a mãe [...] eles podem encaminhar lá pro CEACRI né daí aqui elas já marcam a consulta e encaminha a criança [...](E3).

As monitoras educacionais são imediatistas na procura por diagnóstico e tratamento para as crianças com sinais indicativos das IRA, e revelam nessa situação fazer uso do diálogo com os responsáveis da criança doente. Ressalta-se a atitude curativa das monitoras, visto que a percepção dos sinais se faz diante da presença do sintoma clínico da hipertermia levando-as a chamar os responsáveis da criança ao CMEI, realizando então, medidas de controle, como

o banho, compressas e o encaminhamento ao setor da saúde, quando este poderia ter sido realizado de maneira preventiva e anterior ao sinal da hipertermia.

Dentre os elementos do cuidado integral, têm-se as identidades dos sujeitos, as quais são construídas pelo ato de viver em movimento e em interação com os demais sujeitos a sua volta (AYRES, 2004b). As ações das monitoras demonstram a falta de movimento e interações entre elas e os indivíduos de quem cuidam. Não há interação com os responsáveis pelas crianças, pois não se oportuniza um diálogo efetivo e acolhedor entre as partes para que se dê o cuidado integrador. O diálogo quando ocorre é por motivo da sintomatologia das doenças instaladas para informar e indicar atitudes que devem ser adotadas, o caráter afetivo e cultural raramente é abordado.

Os pontos de maior plasticidade no cuidado das crianças com IRA poderiam ser os encontros com os pais e familiares para falar da saúde das crianças, permitindo estabelecer vínculos afetivos e movimentos que reconstruíssem as práticas do cuidado pelo diálogo entre os indivíduos, humanizando com as transformações das ações assistenciais (AYRES, 2004c). As interações das monitoras com os pais poderiam dar condições para a prevenção e vigilância dos riscos, proporcionando soluções antecipadas aos problemas infecciosos respiratórios das crianças.

O cuidado das monitoras às crianças é visto como causa e efeito, não contemplando o elemento da não-causalidade do cuidado integral, no qual o cuidado embora possa e deva acercar-se de entendimentos causais e técnicas, precisa que as práticas tenham sentido, sejam contextualizadas e nunca naturalizadas, proporcionando a autocompreensão e a reconstrução contínua e simultânea dos projetos humanos, os quais definem o que as pessoas entendem e querem quanto a sua saúde, beneficiando práticas compromissadas com a qualidade de vida (AYRES, 2004b).

Nas falas a seguir, as monitoras relatam que as crianças são afastadas quando doentes com atestado médico ou em caso da realização do tratamento de inalação. Elas acompanham a evolução do quadro infeccioso e oferecem conselhos aos familiares e às crianças.

[...] ela {a criança doente} tem que fazer de três a quatro vezes por dia a inalação, ela é dispensada, a gente não aceita, nem com a receita médica, nem com o atestado médico [...] (E2).

[...] quando não é nada grave, só essa gripe e tal, daí a gente aconselha {aos pais} assim né, dá um chazinho assim, e né procura não dar muito as coisas geladas em certa época né [...] procura deixar o ar em casa ventilado (E10).

Observa-se que faltam nessas ações a compreensão e interpretação dos significados do adoecimento para os indivíduos que se relacionam no contexto do CMEI. Uma vez que as ações se voltam para o controle dos acontecimentos do adoecimento das crianças mediante um cuidado técnico, que privilegia saberes e instrumentos. Aspectos como a antecipação, escolha e negociação sobre o bem-viver entre os indivíduos que se relacionam e que estabelecem projetos de felicidade, levam o cuidado para além do êxito técnico, buscando as melhores soluções nas mais variadas situações ao bem comum (AYRES, 2004b).

Quando as crianças são afastadas do CMEI as monitoras educacionais ficam isentas de ações voltadas a essa criança doente, enquanto quando não afastadas, elas anseiam esse afastamento, como vemos na fala a seguir:

[...] quando uma criança esta muito resfriada [...] tosse, dor de garganta, febre, ou qualquer outro tipo de... de... de problema de saúde, ela não deveria frequentar o CME [...] (E11).

Esse anseio pode dar-se pelas dificuldades das instituições e monitoras em atuarem frente às IRA, advindo de que o afastamento da criança doente gera menos responsabilidades com as condições de saúde dela. Na relação de cuidado das monitoras falta o elemento da temporalidade, pois elas não se sentem corresponsáveis pelo cuidado à saúde das crianças doentes, embora, seja fundamental instituir o monitor educacional como unidade do cuidado.

Relacionar temporalmente as experiências anteriores e a situação atual do cuidado oferecido possibilita traçar as potencialidades desse cuidado adequando-o aos estados desejados (AYRES, 2004b). E diante desse intento fazer com que o monitor também se perceba responsável pela saúde das crianças do CMEI é importante para o controle e prevenção das IRA.

O cuidado técnico dispensado às crianças com IRA emerge por meio de ações para evitar a transmissão das IRA nos CMEI, estas direcionadas às crianças e ao ambiente físico, como também ações para o bem-estar das crianças doentes. Vejamos a fala a seguir:

[...] cada manipulação agente usa uma luva... [...] desde de dá medicamento, tudo, a gente usa luva [...] desde manipula os alimentos tudo nos usamos luva, toca [...] na hora de limpar a criança por exemplo... usa luva pra tudo, no banheiro nós temos a luva, é automático já, não usamos mais sabonete... de barra, [...] usamos o líquido, pra. colocar pomada na criança [...] já usa a espátula, de palitinho de sorvete, pra passar... [...] (E4).

As monitoras apontam ações efetivas para o controle da manifestação das IRA nas crianças. Embora, pouco se pode garantir sobre essas ações serem realmente executadas adequadamente. Uma vez que, medidas como lavagem das mãos ou mesmo a desinfecção de objetos e brinquedos, foram pouco enfatizadas diante de sua notória importância. Enquanto, manter o ambiente dos CMEI arejado e ventilado foi citado por quase todas as monitoras.

As monitoras não compreendem os benefícios da maioria dessas ações e os procedimentos técnicos revelam o pouco movimento das práticas, cada monitor conhece a técnica e dispõe dela no cuidado, mas falta o sentido do uso dessa técnica para o dia-a-dia do outro. Assim, o cuidado fundamentado em procedimentos tecnicamente direcionados a um efetivo tratamento não é integrador, são necessárias ações em saúde com interação entre os indivíduos para o restabelecimento, a promoção e a prevenção dos agravos da saúde infantil (AYRES, 2004a).

O cuidado materno aparece no relato das monitoras e faz parte de uma sabedoria de ordem prática que surge das vivências desses profissionais e de suas experiências como mães, estando implícito no senso comum. Na prática materna merecem destaques os cuidados dirigidos às crianças que vão além dos dirigidos à doença, como a construção dos laços afetivos. A presença de uma sabedoria prática colocada em ação de forma não-calculada torna-se o diferencial que permite o movimento de humanização no cuidado, de adaptação humanizada do ato assistencial (AYRES, 2004c). Dessa maneira, características do cuidado materno adotadas por si só sem valorização dos aspectos afetivos e culturais, não tornam o cuidado e a prática assistencial dos monitores menos instrumentais, menos direcionadas ao biológico.

Na categoria à “saúde da criança como responsabilidade dos pais”, os aspectos referem às percepções das monitoras de que os pais não se responsabilizam pelo tratamento das crianças com IRA, conforme as falas a seguir:

[...] eu penso assim pra dimi... diminuiria bastante se as mães assim se preocupassem mais com esse tratamen... [...] os pais eles não sabem administrar [...] (E1).

[...] é chamados os pais no CMEI, é conversado com eles e eles... iam procurar um posto de saúde, um PAC, um médico né [...] e há caso, têm pais que não levam imediatamente, e a criança retorna com os mesmos problema (E7).

A responsabilização dos pais diante da administração inadequada dos medicamentos é

colocada como uma barreira frente à relação de harmonia que deveria haver entre os mesmos e os monitores educacionais. A responsabilidade quanto à saúde das crianças do CMEI não cabe apenas aos pais ou responsáveis legais, e sim, deve ser dividida com as instituições, portanto, por quem as cuida nesses locais, e também pelos setores de saúde.

O diálogo pode proporcionar ao monitor educacional compreender os motivos da administração inadequada dos medicamentos pelos pais, que podem ser desde a compreensão incorreta da administração, e até mesmo, a desvalorização de sua importância. Possibilitando intervir pela realização correta e vigilante do tratamento dos agravos. Enquanto, os benefícios para os pais das crianças podem ser desde o esclarecimento de sua ação diante da medicação, e até gerar a confiança necessária para a conclusão do tratamento. A dimensão que envolve o diálogo entre os sujeitos deve estar atenta e disposta a um verdadeiro interesse por ouvir o outro, e não se acomodando apenas a representar um discurso tecno-científico (AYRES, 2004c).

As monitoras revelam suas percepções quanto aos deveres dos pais diante da criança doente. Elas enfatizam que quem deve cuidar da criança são os pais, ou mesmo, culpam os pais pelo adoecimento da criança pelos cuidados à criança em casa, como vemos na fala a seguir:

[...] a gente liga para os pais e relata o que está acontecendo, e pelas nossas normas eles têm que vir buscar né, com alteração de temperatura [...] mas a maioria não... nem procura o médico, “vou arrumar alguém para ficar, algum parente” [...] a gente tenta encaminhar, né e daí... daí é com eles mesmos, porque não tem... não é nossa responsabilidade.... [...] (E8).

A transferência da responsabilidade quanto à saúde das crianças para os pais gera uma situação perigosa quando elas relatam que alguns pais acabam não procurando a assistência dos profissionais de saúde, pois permite o agravamento do quadro infeccioso e a automedicação das crianças doentes. O motivo para as monitoras se eximirem dessas responsabilidades pode advir do entendimento de que os CMEI como instituições do setor da educação não se responsabilizam pela assistência em relação à saúde. Mas os CMEI devem se responsabilizar e contribuir para a formação de cidadãos felizes, sadios, críticos e capazes de modificar para melhorar a sociedade em que vivem (NELSON, 2009).

Assim, as monitoras educacionais revelam que as famílias das crianças dos CMEI têm condições socioeconômicas desfavoráveis, conforme apreendemos na fala a seguir:

[...] eu tirei a fralda de todo mundo. Porque ali, é... [...] aqui o que vale é a lei da sobrevivência {frase com riso}, porque os pais não têm dinheiro pra comprar fralda descartável [...] ai agora é complicado o que pode ser feito {pausa de dois segundos}. Uma conscientização dos pais, pra criança não ficar doente [...] dentro da sala você conta as crianças... {diminuiu o tom de voz} aquelas crianças que são bem cuidadas [...] (E4).

As monitoras colocam os pais como culpados pelas doenças dos filhos, revelando não compreenderem a questão social e econômica precária das famílias, a qual é responsável muitas vezes pela falta de ações efetivas dos pais diante dos agravos. Assim, os monitores devem ampliar sua concepção de saúde e doença, percebendo além do problema biológico das crianças, as influências dos hábitos e da cultura como determinantes no processo de adoecimento. E, no cuidado integral torna-se importante além de transformar as interações interpessoais dos atos da assistência, compreender os significados sociais do adoecimento (AYRES, 2004c).

A categoria “o cuidado como responsabilidade da Instituição” revelou aspectos referentes sobre o quê e por quais motivos, na concepção das monitoras, os CMEI devem responsabilizar-se pelas crianças. A fala, a seguir, nos mostra:

[...] o banheiro, e ele é úmido também né, nós temos goteiras no banheiro é que quando chove muito forte, então, é molha [...] a sala é pequena 25 alunos né, por isso que até alguns {as crianças} se incomodam porque, se ficam muito tossindo, muito se mexendo, chorando às vezes na hora de dormir, acabam atrapalhando os outros né [...] (E9).

As monitoras relatam que os CMEI se eximem de certas responsabilidades com relação aos problemas de estrutura física e com as relações dos envolvidos no trabalho, sendo isso percebido pelas mesmas como dificuldades para o cuidado das crianças. Entende-se que uma das principais responsabilidades dos CMEI estaria em educar para o cuidado integrador. O elemento da responsabilidade é fundamental para o cuidado integral, visto que este é um projeto gerado por escolhas, e os sujeitos envolvidos devem responder pela autocompreensão e construção das interações desse cuidado (AYRES, 2004b).

As monitoras expressam seus dilemas e limites transparecendo a preocupação e a insegurança que vivenciam pela falta de preparo para o cuidado das crianças com problemas respiratórios nos CMEI, conforme vemos na fala a seguir:

[...] a gente tem que comunicar sempre os pais do que está ocorrendo para que eles tomem providências né, porque a gente não tem espaço, nem... estamos

preparados pra... pra lidar com isso né {refere-se as crianças doentes} [...] porque a gente não tem funcionário pra isso [...] (E8).

Essa insegurança pode ser causada pela falta de movimento entre a instituição e as monitoras com a construção de rotinas estáticas e sem espaço para novas abordagens do cuidado. O cuidado integral permite identificar as estratégias para o controle das IRA, bem como propicia a satisfação de quem cuida com o trabalho produzido.

As monitoras manifestam o desejo de terem o auxílio de profissionais da saúde nos CMEI, sendo o desejo elemento do cuidado integral fundamental na construção e alcance do projeto de felicidade (AYRES, 2004b). Para a segurança nas ações em saúde e para que estas envolvam o cuidado integral, é necessária a aquisição de conhecimento pelas monitoras e treinamento, além da presença de profissionais de saúde nos CMEI desenvolvendo o exercício da intersetorialidade com a comunidade onde estão inseridos os CMEI.

Na categoria “a vulnerabilidade da APS ao cuidado das crianças dos CMEI”, temos o relato a seguir:

[...] só que é bem complicado para conseguir uma ficha pra consultar, muitas vezes, a criança vai pra casa com febre e tal, e às vezes ela consegue consulta...{diminuiu o tom de voz} e muitas vezes ela não consegue [...] porque na nossa cidade tá bem complicado a questão de... de... você encaminha uma criança... até terminar todo o atendimento com o médico, vai para um especialista vai para outro, vai pra outro... [...] (E1).

As monitoras definem o acesso da criança ao atendimento na saúde como limitado e moroso, identificando a falta de articulação entre o CMEI e a APS. Diante disso, demonstram receio de que os pais não procurem por auxílio médico após a percepção dos sintomas e sinais das IRA nas crianças. O acesso restrito dificulta a atenção às crianças com agravos respiratórios, não favorecendo a redução das IRA e, contribuindo para as complicações dos casos, pois a criança se mantém sem resolutividade dos problemas, o que pode induzir as famílias à automedicação acarretando sérios riscos à saúde infantil, pois a criança automedicada pode tornar-se além de mascarar seu estado clínico pode se transformar em foco de transmissão contínua da IRA nos CMEI.

A vulnerabilidade da criança diante da APS reporta a um conceito de suscetibilidade essencial na abordagem de qualquer doença, enquanto agravamento de saúde pública, pois habilita para a ação integral. Diante das IRA, ressaltamos a vulnerabilidade programática, a qual está associada à existência ou não

de políticas e ações organizadas para enfrentar o problema, e promover soluções para proteção dos indivíduos. O compromisso, a integração e o monitoramento de serviços e programas de prevenção e cuidado, possibilitam melhores chances de preparar os indivíduos e a sociedade para enfrentar o problema (CAMPOS et al., 2007).

Para atender aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e oferecer a assistência universal, igualitária e equitativa o Ministério da Saúde oportunizou políticas públicas específicas as crianças e, no caso das IRA estratégias como a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) e a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil para guiar a ação dos profissionais que trabalham com as crianças.

A desarticulação entre a APS e os CMEI é evidente pela falta de vigilância preventiva por parte dos profissionais de saúde, pois o contato desses com as crianças ocorre somente no plano curativo e por iniciativa e procura dos pais, ou seja, atendimento a demanda espontânea. No entanto, as transformações almejadas diante do cuidado só poderão efetivar-se diante da intersetorialidade e interdisciplinaridade com a organização do setor de saúde para ir ao encontro aos projetos de vida da população.

Para que as práticas sejam humanizadoras, os profissionais e serviços de saúde devem ser mais compassivos e responsivos diante de suas ações e intervenções. E para isso, o diálogo é fundamental na perspectiva hermenêutica com a fusão de horizontes entre os indivíduos (AYRES, 2007). Nessa perspectiva, o setor de saúde deve, por meio do SUS com a APS, buscar conhecer a realidade da população infantil dos CMEI, e colocar em prática os programas e estratégias já existentes favorecendo as famílias e as crianças assistidas nos CMEI.

Conclusão

O cuidado as IRA no CMEI é centrado no biológico e em entendimentos causais, com diálogo que não oportuniza condições de prevenção, de vigilância dos riscos à saúde das crianças, bem como atenções e soluções antecipadas aos problemas respiratórios. Faltam nas ações elementos do cuidado integral, como o movimento, a interação, a reconstrução de identidades e alteridades, a não-causalidade, a plasticidade, a temporalidade e a responsabilidade.

Para proteger as crianças da vulnerabilidade programática, é fundamental as ações intersetoriais, promovendo o acesso como direito e estabelecendo acolhimento e vínculo com os profissionais de saúde, articulando os CMEI aos setores de saúde.

Referências

- AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004a.
- AYRES, J. R. C. M. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção de saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 583-592, 2004b.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004c.
- AYRES, J. R. C. M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Physis, Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.
- BUENO, F. F.; FONSECA, A. R.; BRAGA, A.; MIRANDA, P. S. C. Qualidade do ar e internações por doenças respiratórias em crianças no município de Divinópolis, Estado de Minas Gerais. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, v. 32, n. 2, p. 185-189, 2010.
- CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JUNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- MACIEL, E. L. N.; OLIVEIRA, C. B.; FRECHIANI, J. M.; SALES, C. M. M.; BROTTTO, L. D. A.; ARAÚJO, M. D. Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 389-396, 2010.
- MOORE, P. S. Engaging community partners to promote healthy behaviours in young children. **Canadian Journal of Public Health**, v. 101, n. 5, p. 369-73, 2010.
- NELSON. **Tratado de pediatria**. 18. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- NESTI, M. M. M.; GOLDBAUM, M. As creches e pré-escolas e as doenças transmissíveis. **Jornal de Pediatria**, v. 83, n. 4, p. 299-312, 2007.

Received on December 3, 2009.

Accepted on July 29, 2010.

License information: This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.