



Revista da Escola de Enfermagem da USP

ISSN: 0080-6234

reeusp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Alves de Carvalho, Ana Paula; De La Ó Ramallo Veríssimo, Maria
Comunicação e educação nas consultas de crianças com infecções respiratórias agudas
Revista da Escola de Enfermagem da USP, vol. 45, núm. 4, junio, 2011, pp. 847-854
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361033311008>

- 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

Comunicação e educação nas consultas de crianças com infecções respiratórias agudas

COMMUNICATION AND EDUCATION IN HEALTH CONSULTATIONS TO CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS

COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN EN LAS CONSULTAS DE NIÑOS CON INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS

Ana Paula Alves de Carvalho¹, Maria De La Ó Ramallo Veríssimo²

RESUMO

Este estudo objetivou identificar as orientações de cuidado à criança com infecções respiratórias agudas (IRA) e descrever o processo de comunicação entre profissionais e mães na consulta. Os dados foram coletados em Unidades Básicas de Saúde, em entrevistas e observação de consultas de enfermeiras e médicos a crianças com IRA. Os resultados mostram orientações variáveis e incompletas entre os profissionais, predominantemente prescritivas e centradas na doença, principalmente no tratamento medicamentoso. A comunicação é centrada no profissional, o que não favorece um processo educativo emancipatório. Conclui-se a necessidade de incluir esses conteúdos na formação inicial e permanente dos profissionais.

DESCRIPTORES

Criança
Infecções respiratórias
Comunicação em saúde
Educação em saúde
Relações profissional-família
Saúde da criança

ABSTRACT

The objective of this study was to identify the recommendations for the care of children with acute respiratory infections (ARI) and to describe the process of communication between professionals and mothers during the consultation. Data collection was performed in Primary Care Units, through interviews and observation of physicians' and nurses' consultations to children with ARI. The recommendations ranging between professionals and were incomplete and focusing on the disease, mainly on the treatment; communication is focused on the professional, which does not promote an emancipatory education process. The results confirmed the need to include such issues in the initial and ongoing training of professionals.

DESCRIPTORS

Child
Respiratory tract infections
Health communication
Health education
Professional-family relations
Child health

RESUMEN

Este estudio objetivó identificar las orientaciones de cuidado al niño con infecciones respiratorias agudas (IRA) y describir el proceso de comunicación entre profesionales y madres en la consulta. Los datos se recogieron en Unidades Básicas de Salud, en entrevistas y observación de consultas de enfermeras y médicos a niños con IRA. Los resultados muestran orientaciones variables entre los profesionales e incompletas, predominantemente prescritivas y enfocadas en la enfermedad, principalmente en el tratamiento medicamentoso; la comunicación se centra en el profesional, lo que no favorece un proceso educativo emancipatorio. Se concluye en la necesidad de incluir tales contenidos en la formación inicial y permanente de los profesionales.

DESCRIPTORES

Niño
Infecciones del sistema respiratorio
Comunicación en salud
Educación en salud
Relaciones profesional-familia
Salud del niño

¹ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. carvalhoap@usp.br ² Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. mdlorver@usp.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, apesar da melhora dos perfis de morbi/mortalidade das crianças, estas, ainda hoje, sofrem de diversos agravos à saúde tais como diarreia, desnutrição, infecções parasitárias, desidratação e infecções respiratórias. Essas doenças decorrem principalmente das iniquidades sociais características de países pobres.

Dentre essas enfermidades, as infecções respiratórias agudas (IRAs) encontram-se entre as principais causas de morbidade e mortalidade infantil⁽¹⁾. No município de São Paulo, as IRAs compõem o principal motivo de consultas médicas na rede pública, compreendendo cerca 40% das internações pediátricas⁽¹⁾; ocupam, ainda, o primeiro lugar na mortalidade de crianças de 1 a 5 anos, sendo a pneumonia a principal causa isolada. O fato de a pneumonia ser uma das principais causas de mortalidade infantil, e ocorrer principalmente nas periferias, indica a precária condição de vida das famílias, além da ineficiência do serviço de saúde⁽²⁻³⁾ no atendimento dessa população.

Para fazer frente a este cenário da mortalidade infantil, a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) elaboraram a estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Tal estratégia promove uma visão sistematizada e integral da criança, englobando componentes da assistência e controle das doenças mais prevalentes na infância; sua inserção na rotina de atendimento à criança nos serviços de atenção primária de saúde é recomendada por essas instituições desde meados da década de 90⁽⁴⁾.

A OPAS e a OMS classificaram as mortes por pneumonia em três tipos básicos, para estabelecer a sequência da implementação de seu controle⁽⁴⁾: mortes por manejo inadequado por parte dos profissionais ou dos serviços de saúde, sejam na identificação ou no tratamento; mortes por demora ou ausência de busca aos serviços de saúde, devido à percepção tardia dos sinais de gravidade; mortes que ocorrem no lar, sem ter havido consulta a pessoas ou serviço de saúde, devido a falta de percepção dos sinais de gravidade.

De acordo com a OPAS, as estratégias de controle das IRAs que oferecem benefícios imediatos para as crianças nos países em desenvolvimento são⁽⁴⁾: a) tratamento apropriado dos casos: classificação precoce da gravidade da infecção por parte das famílias e trabalhadores da atenção primária; uso de terapia antimicrobiana e outras medidas de apoio adequadas; definição de critérios para referência e tratamento adequado nos estabelecimentos do nível de referência; b) melhoria do conhecimento, atitudes e práticas de atenção infantil, por parte das mães e

família, através de sua educação e participação direta nas atividades.

Sobre isto, alguns estudos identificam uma profunda relação entre a morbi/mortalidade por IRA e a precariedade dos conhecimentos familiares sobre a doença e qualidade da atenção recebida pela criança em seu domicílio⁽⁵⁻⁷⁾, o que demanda ações de educação em saúde, apropriadas às características dos cuidadores, promovendo o cuidado domiciliar necessário à criança, o reconhecimento precoce de indicativos de doença, bem como os sinais de agravo do quadro, e procura do serviço de saúde em tempo.

Outro estudo sobre conhecimentos maternos em relação aos cuidados domiciliares à criança com diarreia ou IRA revelou que apenas uma pequena parcela das mães identificou o aumento da oferta de líquido e da alimentação como cuidados importantes para as crianças com IRA, apesar de esses serem sabidamente cuidados fundamentais para a recuperação da criança com este agravo⁽⁷⁾.

Dada a importância do processo de comunicação na educação em saúde, a caracterização e a análise deste processo nas consultas pode fornecer elementos que contribuam para a avaliação da ação educativa na atenção à criança.

OBJETIVOS

Os objetivos do estudo foram: identificar as orientações oferecidas para o cuidado da criança com IRA em consultas médicas e de enfermagem, e descrever o processo de comunicação estabelecido pelos profissionais de saúde durante as consultas de crianças com IRA.

MÉTODO

Trata-se de um estudo exploratório/descritivo realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) com e sem a Estratégia de Saúde da Família (ESF) da região do Butantã, São Paulo, em duas fases: a primeira composta por entrevistas semi-estruturadas e individuais com médicos e enfermeiras, e a segunda por observação de consultas destes profissionais a crianças com IRAs. Ambas foram realizadas com apoio de formulários próprios, elaborados para a investigação, com base no protocolo de avaliação das unidades de capacitação no tratamento das IRAs⁽⁸⁾, nos passos do processo de comunicação⁽⁹⁾ e nas recomendações da estratégia AIDPI⁽¹⁰⁾.

Quanto aos aspectos éticos, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde, através do ofício 379/2004CEPSMS com o registro número 259/2004 CEPSMS; além disto, foi solicitado

o consentimento livre e esclarecido para todos os participantes, bem como para os responsáveis pelas crianças atendidas nas consultas observadas.

Para a análise, foram consideradas as recomendações da estratégia AIDPI⁽¹¹⁾ para a atenção da criança, além das recomendações específicas para o cuidado domiciliar da criança com IRA, uma vez que abarcam as prioridades da atenção. Tais recomendações compreendem estabelecer comunicação apropriada com a mãe e orientar os seguintes cuidados: manter a alimentação, oferecer líquidos adicionais durante a doença, identificar sinais de piora do quadro, que demandam retorno imediato ao serviço e agendar consulta de retorno. A estratégia destaca a importância de realizar as orientações de acordo com as necessidades específicas, o que depende de identificar as práticas de cuidado habitualmente realizado na família e outras características familiares.

RESULTADOS

Foram entrevistados 7 trabalhadores de UBS convencional (2 enfermeiras e 5 médicos pediatras), e 12 trabalhadores de UBS com ESF (8 enfermeiras e 4 médicos), totalizando 19 entrevistas. Além disso, foram observadas 21 consultas realizadas por 11 destes profissionais (6 enfermeiras de ESF, dois médicos de ESF e dois médicos de UBS), sendo 15 consultas realizadas por trabalhadores do ESF (11 de enfermeiras e 5 de médicos) e 5 consultas por médicos pediatras.

Nenhuma enfermeira de UBS foi observada porque se verificou durante as entrevistas que suas orientações são realizadas de forma esporádica, pois não realizam consultas. Dos profissionais entrevistados, 6 não foram encontrados para a realização das observações, devido a saída

do serviço, transferência para UBS não participante do estudo, ou licença maternidade.

A maioria dos profissionais concluiu sua formação superior em instituições públicas de ensino da região sudeste do Brasil, principalmente no estado de São Paulo, e tem pelo menos um curso de especialização numa das seguintes áreas: saúde coletiva, saúde pública, ou pediatria.

Sobre a estratégia AIDPI, a maioria dos profissionais referiu tê-la conhecido em congressos e leituras individuais; apenas uma enfermeira de UBS referiu ter feito capacitação, o que confirma que sua implantação ainda não foi efetivada integralmente no município de São Paulo, mesmo nas equipes de Saúde da Família. Apesar disso, duas enfermeiras do ESF, dois pediatras e um médico de ESF referiram utilizá-la parcialmente em sua prática.

Nas entrevistas, as enfermeiras de ESF referiram realizar um maior número de orientações que os demais profissionais, com os seguintes resultados: enfermeiras de UBS com média de 19,5 orientações, médicos de ESF com média de 19,75 orientações, médicos de UBS com média de 21 orientações e 24,1 orientações em média para enfermeiras de ESF. Contudo, esses resultados não se confirmaram nas observações, sendo que médicos da ESF realizaram 19 orientações por atendimento, médicos de UBS 17,73 orientações por atendimento e enfermeiras de ESF 13,25 orientações por atendimento.

Os profissionais relataram poucas medidas para favorecer o cumprimento de suas orientações, sendo as mais frequentes: agendar uma visita domiciliar, verificar se a mãe entendeu e verificar presença de dúvidas (Figura 1). Estes dados foram comprovados nas observações. Muitos verbalizaram não realizar medidas adicionais nem algumas orientações afirmando que *as mães não são capazes ou não têm condições de cumpri-las*.

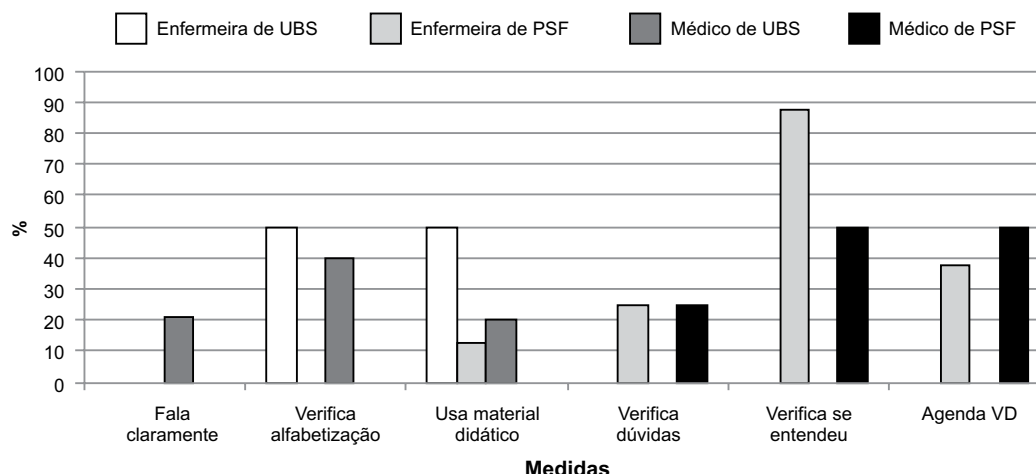


Figura 1 - Medidas adotadas pelos profissionais para favorecer o cumprimento de suas orientações pelas mães, segundo categoria profissional e tipo de unidade de saúde - São Paulo - 2006

Quanto aos aspectos gerais da comunicação, observou-se que os profissionais foram cordiais e respeitosos em

grande parte dos atendimentos, sendo considerado assim o uso de tom de voz agradável, olhar para a mãe enquan-

to fala, escutá-la atentamente sem interrompê-la e fazer as orientações de forma amigável, conversando; mas, na maioria dos atendimentos, os profissionais não se apresentaram nem chamaram a mãe e a criança por seus nomes (Figura 2).

Na maior parcela dos atendimentos, perguntaram se a mãe tinha alguma dúvida e disseram o diagnóstico ou a

hipótese diagnóstica. A única explicação foi fornecida por uma enfermeira da ESF, que disse: *o peitinho está cheio de secreçõeszinhas que dificultam a respiração*. Em 30% dos atendimentos de enfermeiras da ESF não foi dito à mãe o que a criança tinha, no entanto, estes foram os casos encaminhados para a avaliação médica imediata.

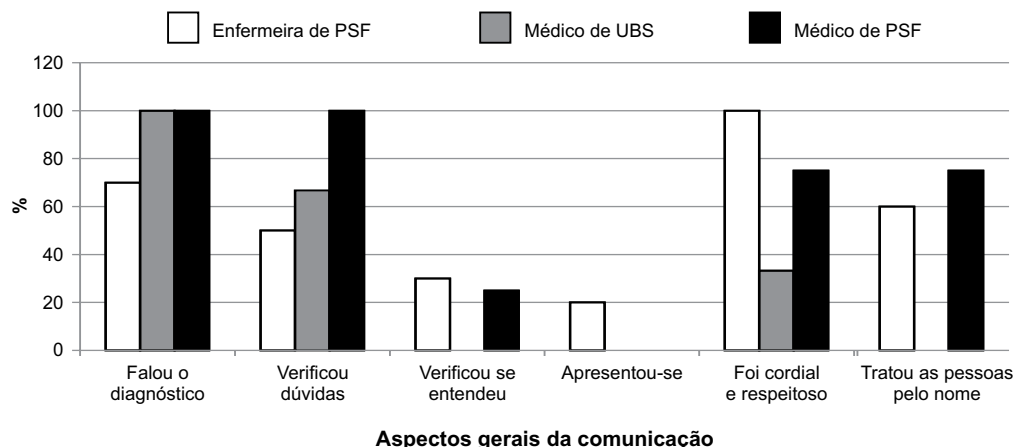


Figura 2 - Aspectos gerais da comunicação observados durante as consultas da criança com IRA, segundo categorias profissionais e tipos de unidade de saúde - São Paulo - 2006

Sobre os antitérmicos, foram prescritos em 90% dos atendimentos observados; na maioria, os profissionais explicaram quanto (dose) e quando a mãe deveria administrar. Nenhum profissional explicou para mãe a utilidade do medicamento e que medidas adotar se a criança recusasse ou vomitasse. Quanto ao uso de antibiótico foi prescrito em 80% dos atendimentos médicos (Tabela 1). Em todos os atendimentos, estes profissionais explicaram por quantos dias a mãe deveria dar o medicamento; na maioria dos atendimentos explicaram quantas vezes ao dia e o horário em que deveria ser administrado.

Tabela 1 - Orientações médicas para a administração domiciliar de antibiótico para crianças com IRA, segundo tipo de unidade de saúde - São Paulo - 2006

Orientações para o uso de antibiótico	Médico de UBS (N=4)	Médico de ESF (N=4)	Total (N=8)
	N (%)	N (%)	N (%)
Importância da regularidade no horário de administração	1 (25,0)	2 (50,0)	3 (37,5)
Importância de ministrar todas as doses	2 (50,0)	1 (25,0)	3 (37,5)
Como preparar	-	3 (75,0)	3 (37,5)
Quantos dias ministrar	4 (100,0)	4 (100,0)	8 (100,0)
Quantas vezes ao dia/horário	4 (100,0)	1 (25,0)	5 (62,5)

Sobre a alimentação, em 45% dos atendimentos (60% de enfermeira da ESF, 50% de médico da ESF e 16,7% de médico de UBS), os profissionais perguntaram se a criança estava com dificuldade de se alimentar. Em 60% orientaram a mãe a alimentá-la das seguintes maneiras: fracionando

a dieta, mantendo a alimentação habitual, ou oferecendo a dieta preconizada para idade; em nenhum atendimento orientaram o que fazer se a criança recusasse a alimentação. Apenas em um atendimento, uma enfermeira do ESF orientou como proceder se a criança vomitasse.

Em relação à hidratação, na maioria dos atendimentos (70% de enfermeira do ESF, 100% de médico do ESF e 83% de médico de UBS), os profissionais orientaram o aumento da ingesta hídrica da criança. Em um quarto dos atendimentos (nenhum deles de médicos de ESF), recomendaram os líquidos a ser preferencialmente oferecidos: água, chás e sucos naturais. Apenas em uma consulta de enfermeira de ESF, a profissional explicou como proceder se a criança recusasse ou vomitasse e falou ainda sobre os sinais de desidratação. No único atendimento de enfermeira da ESF a crianças com idade inferior a 6 meses observado, a profissional recomendou o aumento da frequência das mamadas; também foi observado um atendimento de médico de UBS para criança desta faixa etária, mas ele não fez esta recomendação.

Quanto às secreções nasais e sua remoção, na maioria dos atendimentos, os profissionais orientaram instilação nasal com soro fisiológico para a realização de limpeza das narinas da criança. Em pouco mais de um quarto, os trabalhadores orientaram a inalação nasal ou nebulização. Apenas uma enfermeira da ESF orientou a mãe a assoar as narinas da criança com lenço de papel ou papel higiênico para remover as secreções.

Sobre os sinais de gravidade, os profissionais orientaram sua observação em 80% dos atendimentos; os mais

orientados foram: respiração rápida, respiração difícil, piora ou surgimento de febre, piora do estado geral, estes em pouco mais da metade dos atendimentos, e tiragem intercostal ou supra-esternal em aproximadamente um

terço dos atendimentos (Figura 3). Outros sinais de piora da doença como cianose, letargia e dificuldade para beber, foram orientados pelos profissionais em no máximo 15% das consultas.

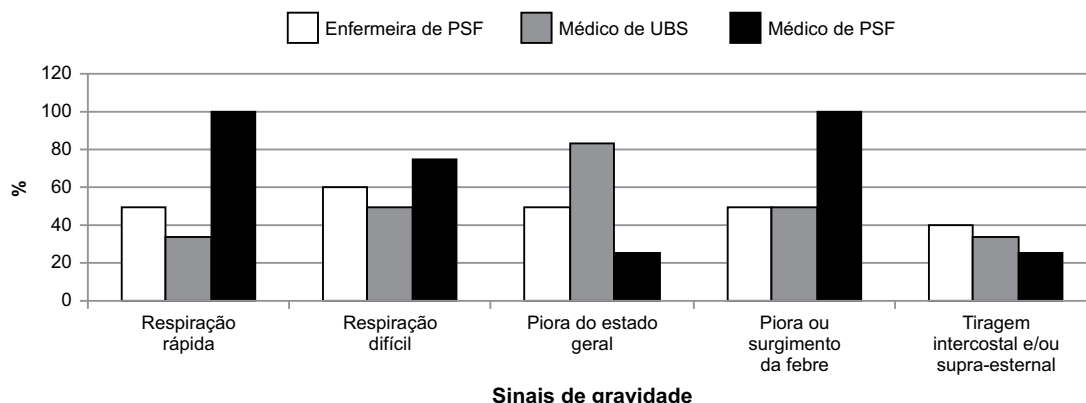


Figura 3 - Sinais de gravidade orientados durante as consultas, segundo categoria profissional e tipo de unidade de saúde - São Paulo - 2006

O retorno imediato na identificação de algum sinal de gravidade foi orientado em 70% dos atendimentos (50% de Enfermeira do ESF, 100% de Médico de UBS e 70% de médico de ESF). Apenas em dois atendimentos (um de médico de ESF e outro de UBS), os profissionais explicaram por que observar estes sinais.

Quanto à reavaliação, em 50% dos atendimentos de enfermeiras da ESF, um quarto do total, a profissional encaminhou a criança para avaliação médica imediata, cabendo a este profissional determinar o retorno para a reavaliação. Dos demais atendimentos, o retorno para a reavaliação foi marcado em 33% do total (2 atendimentos de enfermeiras de ESF, 1 atendimento de médico de ESF e 2 de médicos de UBS).

DISCUSSÃO

Segundo os resultados obtidos nas observações, as enfermeiras de ESF realizaram o menor número de orientações por atendimento, contrariando as entrevistas nas quais essas referiram mais orientações que os outros profissionais. Uma possível explicação é que em 50% de seus atendimentos elas concluíram que a criança necessitava de uma avaliação médica e fizeram o encaminhamento imediatamente. Assim, as enfermeiras de ESF podem ter considerado que as orientações deveriam ser dadas pelo médico, uma vez que este concluiria a avaliação clínica e estabeleceria as condutas adequadas, tendo em vista que elas realizaram um maior número de orientações nos atendimentos que não necessitaram de avaliação médica.

Em relação à avaliação da criança, tratamento e orientação para o cuidado domiciliar, a estratégia AIDPI⁽¹¹⁾ preconiza que o profissional aproveite o momento em que a mãe procura o serviço de saúde com a criança para avaliar além da queixa, isto é, além dos problemas respiratórios, no caso deste estudo. Assim, toda criança que fosse trazi-

da ao serviço de saúde com queixa de tosse ou dificuldade para respirar deveria ainda ser avaliada quanto à presença de diarreia, febre, anemia ou desnutrição, bem como quanto à alimentação e imunização. Dessa forma, poder-se-ia tratar e realizar orientações pertinentes a estes aspectos. Apesar da maioria dos profissionais participantes terem referido algum conhecimento sobre a estratégia AIDPI, nenhum deles realizou esta avaliação completa.

Um dos aspectos não claramente propostos na AIDPI aqui investigado é a orientação sobre a doença, tanto mencionando o diagnóstico como o esclarecendo. Considera-se que este é o primeiro passo para promover a autonomia da população, no sentido de assegurar *as condições necessárias para que as escolhas da pessoa ocorram de forma autônoma, minimizando as circunstâncias que dificultam ou impedem o exercício da autonomia*⁽¹²⁾. Isto é, não há autonomia sem conhecimento.

Neste estudo, a maioria dos profissionais falou o diagnóstico para a mãe, no entanto, apenas uma enfermeira disse para ela o que isto significava. Porém, não foi clara e usou palavras no diminutivo que, além de infantilizar a mãe, não facilitam a compreensão da doença, sua importância e impacto na vida da criança. O uso de palavras no diminutivo por trabalhadores da saúde é frequente quando se trata de assuntos relativos à criança, e, embora muitos possam referir que o fazem por tratar-se de uma maneira carinhosa, deve-se atentar para a possibilidade de se configurar numa diferenciação, que coloca o outro como *menor*. Outros estudos têm mostrado uma tendência dos profissionais de não falar o diagnóstico para o paciente, ou não explicá-lo de forma clara nem verificar sua compreensão⁽¹²⁻¹³⁾, quando deveriam, antes de indicar um tratamento, explicar os motivos para adoção deste.

As orientações realizadas são, na maioria das vezes, específicas para os problemas respiratórios, com maior

ênfase para o tratamento medicamentoso; sendo que o conteúdo destas orientações é muito mais voltado para o que fazer (quando e quanto dar de remédio), do que para as razões dessa prescrição ou como garantir que a criança receberá o medicamento. No caso de crianças, é importante conversar sobre o que fazer em caso de vômito e como dar a medicação em caso de recusa, tendo em vista que a administração de medicamentos para elas é desafiante, mesmo para a família, que, muitas vezes, utiliza estratégias inadequadas durante a medicação infantil.

Segundo as recomendações da estratégia AIDPI^(11,14), ao prescrever um medicamento, o profissional deve explicar a mãe ou acompanhante o porque disto; descrever o tratamento; informá-la sobre quantas vezes administrar o medicamento, observar a administração da primeira dose; e verificar como ela compreendeu todo o procedimento antes de deixar o serviço. Com isto, há possibilidade de efetivamente conhecer quais são as dificuldades enfrentadas pela população e ajudar a resolvê-las.

Também em discordância do recomendado pela estratégia AIDPI, os profissionais não realizaram uma avaliação completa sobre a alimentação habitual da criança, o que possibilitaria a identificação de condutas inapropriadas ou corretas, bem como a adequação da orientação às necessidades da mãe e as possibilidades econômicas da família; e ainda o reforço das condutas corretas, o que contribui para a diminuição de possíveis temores e aumenta a segurança da mãe quanto aos cuidados prestados à criança⁽⁷⁾.

Ainda em relação à alimentação, a maioria dos profissionais não orientou a mãe sobre como estimular a alimentação da criança durante a doença, o que é fundamental, pois a inapetência é corriqueira nessa situação. A alimentação inapropriada contribui para a deterioração do seu estado nutricional, um dos principais riscos para infecções, formando um círculo vicioso, que, em última instância, se não compromete diretamente a vida, influi negativamente sobre o crescimento e desenvolvimento infantil⁽¹³⁻¹⁶⁾. Assim, as recomendações sobre a alimentação e continuidade do aleitamento materno são elementos chave para o cuidado domiciliar da criança com IRA porque diminuem o impacto da doença sobre seu crescimento e desenvolvimento⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Também devido à inapetência, a criança pode recusar-se a ingerir quantidades apropriadas de líquidos de forma a que haja a hidratação e fluidificação das secreções respiratórias, favorecendo eliminação dos agentes causadores da doença do organismo; prevenir a desidratação que pode ser decorrente de taquipnéia, vômito, anorexia, diarreia ou febre; e na diminuição do desconforto respiratório causado pelo aumento das secreções das vias aéreas^(10,15).

Assim, um dos cuidados fundamentais para a criança doente é o aumento da ingesta hídrica, orientação realizada na maioria dos atendimentos. No entanto, em poucos, os profissionais disseram à mãe de que forma isto deve ser feito, considerando que o indicado é que aumento da

ingesta hídrica seja orientado mediante oferta de sucos ou refrescos de frutas, sopas ou caldos de legumes, água e gelatinas naturais; e do aumento da frequência das mamadas, para as crianças com menos de seis meses^(10,16). Para as finalidades descritas, a hidratação por via oral é reconhecida como mais eficaz do que o uso de qualquer medicamento ou outras formas de intervenção, como a inalação. Dessa forma, seria esperado que todos os profissionais fizessem esta recomendação.

Quanto à mobilização de secreções e limpeza nasal, a instilação com soro fisiológico e a remoção das secreções são medidas importantes, tendo em vista que as secreções, se não retiradas, podem favorecer o surgimento de infecções secundárias, além de obstruírem as narinas provocando desconforto respiratório^(10,15). A maioria dos profissionais recomendou a instilação nasal em seus atendimentos, mas, apenas uma enfermeira do ESF orientou a mãe a assoar as narinas da criança para remover as secreções. Esta medida pode ter sido pouco orientada pelos profissionais por considerarem uma questão de higiene óbvia para as mães. Entretanto, principalmente devido a pouca idade da maioria das crianças acometidas, com frequência é necessário reforçar o procedimento de remoção de secreções, considerando que elas tendem a apresentar pouca tosse e não conseguem removê-las sozinhas e que a obstrução nasal costuma dificultar a alimentação e o sono, causando mal-estar. Algumas vezes, é necessário realizar a aspiração dessas secreções para promover o conforto infantil^(10,15).

Sobre os sinais de gravidade, na maioria dos atendimentos, os profissionais orientaram a mãe a vigiar alguns deles e retornar imediatamente ao serviço, caso aparecessem. Os principais sinais relacionados à IRA: *respiração rápida, dificuldade para respirar, surgimento ou piora da febre, piora do estado geral* foram orientados em aproximadamente 60% dos atendimentos. Apenas um profissional orientou a mãe a vigiar o sinal *dificuldade para beber*; e o sinal *dificuldade em alimentar a criança menor de dois meses* foi orientado no único atendimento em que era adequado.

Tais sinais denotam piora da doença, sendo esperado que em todos os atendimentos da criança com IRA os profissionais orientem a mãe a vigiá-los e a retornar imediatamente ao serviço de saúde caso estes surjam⁽¹⁵⁾. Entretanto, nenhum profissional orientou a observação de todos eles em seus atendimentos e, em alguns atendimentos, não foi reforçada a necessidade de retorno imediato ao serviço. Apesar de poder parecer óbvio que a mãe deve retornar ao serviço de saúde se identificar um sinal de gravidade, estudos sobre mortalidade de crianças por IRA apontam que em muitos casos os cuidadores demoram a retornar ao serviço, possivelmente devido à orientação inadequada para identificação e conduta frente a estes sinais⁽⁶⁾.

A estratégia AIDPI recomenda ainda que, em todas as doenças, caso não haja melhora dos sintomas, a criança

deve ser reavaliada pelo profissional de saúde em períodos definidos, sendo que nos, casos de pneumonia, ela deve ser reavaliada em dois dias, independente da melhora dos sintomas⁽¹⁴⁾; apenas uma criança atendida por uma enfermeira do ESF apresentava suspeita de pneumonia, e esta foi encaminhada para uma avaliação médica imediata. Em outros quatro atendimentos de enfermeiras de ESF, as crianças também foram encaminhadas para o médico, cabendo a ele a determinação do retorno. Nos demais atendimentos, poucos profissionais agendaram retorno para reavaliação.

Em relação à comunicação com a mãe, embora os profissionais tenham demonstrado grande preocupação com o cumprimento do tratamento, as medidas adotadas para garanti-lo restringiram-se às prescrições e repetições do plano terapêutico, sem a efetivação de medidas pedagógicas mais participativas, que promovessem o aumento da compreensão sobre o processo saúde-doença das crianças, facilitando a adesão ao tratamento.

Assim, as orientações seguiram o modelo tradicional da educação que considera a população como *caixas vazias* que necessitam de conhecimentos técnicos para sua sobrevivência⁽¹⁷⁻¹⁸⁾, foram feitas de forma vertical, através do repasse do conhecimento científico dos profissionais para as mães; num relacionamento assimétrico, no qual os conhecimentos maternos e o significado que ela atribui ao processo saúde doença foram ignorados, já que os profissionais não perguntaram sobre eles nem deixaram espaço para que as mães falassem espontaneamente, havendo a confirmação apenas das suas opiniões e excluindo a mãe da escolha do cuidado para seu filho.

Esta forma de educação em saúde centrada no conhecimento profissional, que desvaloriza as relações interpessoais e não dá atenção aos significados do cuidado para as famílias, gera um afastamento entre o pensar/agir dos profissionais e as ações das mães, dificultando o aprendizado destas em relação às prescrições e aos cuidados necessários⁽¹⁷⁾.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Indicadores de morbidade e fatores de risco [Internet]. Brasília; 2005 [citado 2005 maio 11]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2004/d13.def>
2. São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Programa de Informações sobre Mortalidade - Pro-AIM. São Paulo: SMS; 2002.
3. Chiesa AM, Westphal MF, Akerman M. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. Cad Saúde Pública. 2008;24(1):55-69.
4. 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. Washington: OPAS; 1988.
5. Sigaud CHS. Concepções e práticas maternas relacionadas à criança com pneumonia: estudo realizado no município de São Paulo [tese doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003.
6. Chiesa AM, Bertolozzi MR. Estudo epidemiológico da mortalidade por infecções do aparelho respiratório em menores de cinco anos da região do Butantã, São Paulo, Brasil. In: Benguigui Y, organizador. Investigações operacionais sobre o controle de infecções respiratórias agudas. Washington: OPAS; 1997. p. 19-29.
7. Prado SRLA, Fujimori E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. Rev Bras Enferm. 2006;59(4):492-6.

A superação deste modelo tradicional de educação em saúde começa no entendimento do conhecimento, por parte dos profissionais de saúde, como um processo de construção coletiva e de valorização do saber da população. Assim, o profissional sai do papel de detentor do conhecimento e começa a estabelecer uma relação de troca com a população na qual todos são considerados atores do processo saúde-doença. Desta forma, a comunicação que, na abordagem tradicional da educação em saúde é vertical, passa a ser horizontal, a partir do diálogo e da interação entre pessoas⁽¹⁸⁾.

CONCLUSÃO

O estudo atingiu aos objetivos propostos. Permitiu identificar que as orientações para o cuidado domiciliar da criança com IRA não seguem um padrão, portanto são variáveis e incompletas; e o processo de comunicação é centrado no profissional, o que não favorece um processo educativo emancipatório.

Assim, é necessário revisar com os profissionais seus conceitos relativos à prática educativa, para que se estabeleça comunicação horizontal entre profissionais e cuidadores, compartilhando conhecimentos numa abordagem emancipatória, para promover o controle das famílias sobre o processo saúde-doença. O processo formativo dos profissionais de saúde deve incluir oportunidades de aprendizagem de competências e habilidades para a educação em saúde, considerando a comunicação como um cuidado, de forma a promover intercâmbios que apoiem projetos para melhor qualidade de vida.

Além disso, considerando os achados deste estudo e tendo em vista o papel central da promoção e educação em saúde na atenção básica, e que tais ações não ocorrem em separado de um processo comunicativo dialogal, é fundamental a inclusão deste tema, bem como da estratégia AIDPI, nos processos de educação permanente dos profissionais da atenção básica.

8. Benguigui Y, editor. Avaliação das unidades de capacitação no tratamento das infecções respiratórias agudas: entrevista ao pessoal de saúde. Washington: OPAS; 1997. Controle das infecções respiratórias agudas: implementação, acompanhamento e avaliação; p. 88-90.
9. Chiesa AM, Veríssimo MLÓR. A educação em saúde na prática do PSF. In: Brasil. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Programa de Saúde da Família. Manual de enfermagem. Brasília: MS/IDS/USP; 2001. p. 34-42.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Integral as Doenças Prevalentes na Infância: tratar a criança. Brasília; 2003.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: quadros de condutas. Brasília; 1999.
12. Capra A, Rodrigues J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. Ciênc Saúde Coletiva. 2004;9(1):139-46.
13. Valdivia DC, Barreira S. Conocimientos, actitudes y practicas del personal de salud y la madre (o cuidador del niño), frente a los casos de infecciones respiratorias agudas en La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, 1995. Rev Chil Pediatr. 2001;72(4):384-95.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: aconselhando a mãe e acompanhante. Brasília; 1999.
15. Veríssimo MLÓR, Sigaud CHS. Assistência de enfermagem à criança com agravos respiratórios. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Programa de Saúde da Família. Manual de enfermagem. Brasília: MS/IDS/USP; 2001. p. 95-8.
16. Benguigui Y, editor. Infecções respiratórias agudas: fundamentos técnicos das estratégias de controle. Washington: OPAS; 1997. Bases técnicas das recomendações da OPAS/OMS sobre o tratamento da pneumonia em crianças no primeiro nível de atenção; p. 2-21.
17. Grippo MLVS, Fracolli LA. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(3):430-6.
18. 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.