

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CENTRO-OESTE
PRO-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERDISCIPLINAR
EM DESENVOLVIMENTO COMUNITARIO – PPGDC

JOCIANE DA ROSA MARQUES AMARAL

**HOSPITALIZAÇÃO POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: SABERES E PRÁTICAS
DAS EDUCADORAS DE UM CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL**

UNICENTRO
PARANÁ

IRATI

2016

JOCIANE DA ROSA MARQUES AMARAL

**HOSPITALIZAÇÃO POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: SABERES E PRÁTICAS
DAS EDUCADORAS DE UM CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Desenvolvimento Comunitário, curso de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, área de concentração Desenvolvimento Comunitário, da UNICENTRO.

Orientador: Dr. Emerson Carraro

IRATI
2016

Catálogo na Fonte
Biblioteca da UNICENTRO

A485h	<p>AMARAL, Jociane da Rosa Marques.</p> <p>Hospitalização por doenças respiratórias: saberes e práticas das educadoras de um Centro Municipal de Educação Infantil / Jociane da R. M. Amaral. – Irati, PR : [s.n], 2016. 89f.</p> <p>Orientador: Professor Dr. Emerson Carraro</p> <p>Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário. Área de concentração Desenvolvimento Comunitário. Universidade Estadual do Centro-Oeste, PR.</p> <p>1. Creche – dissertação. 2. Hospital – criança. 3. CMEI. I. Carraro, Emerson. II. UNICENTRO. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 372.71</p>
-------	--

TERMO DE APROVAÇÃO

JOCIANE DA ROSA MARQUES AMARAL

HOSPITALIZAÇÃO POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS: SABERES E PRÁTICAS DAS EDUCADORAS DE UM CENTRO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Desenvolvimento Comunitário, Área de Concentração Desenvolvimento Comunitário, Linha de Pesquisa Processos do desenvolvimento humano nos contextos comunitários, do Programa de Pós-Graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Estadual do Centro Oeste, pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a): _____

Prof. Dr. Emerson Carraro
Presidente da Banca: UNICENTRO

Prof. Dra. Daiana Novello
Membro Titular: UNICENTRO

Prof. Dr. Paulo Ghedini
Membro Titular: Universidade Federal de Goiás (UFG)

Irati, 29 de fevereiro de 2016.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, pelo dom da vida e todas as oportunidades de aprendizado, sem esperança e fé, eu nada seria.

Aos meus pais, **Érico e Lucia**, pelo incentivo e apoio de sempre, meus amores incondicionais.

Ao meu esposo **Cristiano**, pela compreensão e torcida. Amo você!

Ao meu maior tesouro, **Felipe**, meu filho, minha razão de viver.

Ao meu orientador Professor **Dr. Emerson Carraro**, pela confiança depositada, compreensão e estímulo à pesquisa, conduzindo-me sempre de maneira segura e tranquila.

À minha querida amiga **Marília**, pelo carinho, dedicação e paciência; sem ela esse caminho seria muito mais difícil. Obrigada por existir na minha vida e me ajudar sempre que preciso.

À **Katiúscia, Audinéia e Jéssica**, amigas e companheiras dessa longa jornada do mestrado.

Aos meus queridos e sempre alunos, **Carlos Eduardo e Bruna Cristina** pelo apoio durante a coleta de dados, vocês foram fundamentais.

À minha amiga e Professora **Dra. Daniela Jeronymo** pela disponibilidade de participar da banca de exame de qualificação, obrigada pela enorme contribuição e incentivo nessa caminhada.

Ao meu amigo e Professor **Dr. Paulo Ghedini**, pela disponibilidade, carinho e imensa contribuição desde o primeiro momento.

À Professora **Dra. Daiana Novello**, pela participação nas bancas de exame de qualificação e defesa final. Agradeço pelas contribuições dadas ao estudo, as quais foram muito importantes.

“A persistência é o caminho do êxito”.

Charles Chaplin

RESUMO

OBJETIVO: Investigar os saberes e práticas de educadores infantis e sua relação com a ocorrência de doenças respiratórias graves em crianças menores de cinco anos no município de Guarapuava-PR. **MÉTODO:** O estudo abrangeu duas etapas. Na primeira etapa, a coleta de dados ocorreu, no período de julho a setembro de 2015, em duas unidades pediátricas hospitalares por meio de entrevista semiestruturada com 52 pais e/ou responsáveis de crianças hospitalizadas com doenças respiratórias. Já na segunda etapa, a coleta de dados ocorreu em um CMEI, escolhido a partir dos dados revelados na etapa anterior, onde foi realizada entrevista em grupo com 19 educadoras, no mês de novembro de 2015. A análise dos dados quantitativos deu-se por meio de estatística descritiva simples; já para os dados qualitativos utilizou-se a técnica de análise de conteúdo. **RESULTADOS:** Verificou-se que a maioria (80,8%) das crianças hospitalizadas não frequentavam nenhum CMEI. As educadoras foram capazes de reconhecer os sinais e sintomas mais aparentes na criança e o ambiente do CMEI como fator de risco para propagação das doenças respiratórias. Evidenciou-se que crianças com sintomas de doenças respiratórias frequentando o CMEI geram medo e insegurança às educadoras, ao mesmo tempo em que não há diálogo entre elas e a família quanto a esses cuidados. Identificou-se que, segundo as educadoras, o cuidado dos pais e/ou responsáveis com a criança com doença respiratória é deficiente. **CONCLUSÃO:** Verifica-se a necessidade de uma educação continuada para as educadoras dos CMEIs para que assim possam prestar uma assistência de qualidade as crianças portadoras de doenças respiratórias. Este fato poderá possibilitar um trabalho junto aos profissionais da saúde e as famílias, a fim de transformar a realidade para além do âmbito hospitalar e da atenção básica.

Palavras-chave: Criança. Cuidado da Criança. Creches. Doenças Respiratórias.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Investigate the knowledge and practices of early childhood educators and their relationship with the occurrence of severe respiratory diseases in children under five years in Guarapuava –PR. **METHODS:** For this purpose, the study covered two stages. In the first stage, the data were collected in the period from July to September 2015, in two hospital pediatric units through semi-structured interviews with 52 parents and/or guardians of children hospitalized with respiratory diseases. In the second phase, data collection occurred in a CECE chosen from data revealed in the previous step, which was conducted group interview with 19 educators, in November 2015. The quantitative data analysis was made by using simple descriptive statistics; already for qualitative data was used the technique of content analysis. **RESULTS:** It was found that the majority (80.8%) of the hospitalized children were not attending any CECE. The educators were able to recognize the signs and symptoms and more apparent in children and CECE the environment as a risk factor for the spread of respiratory diseases. It was demonstrated that children with respiratory symptoms attending the CECE generate fear and insecurity, while there is no dialogue between the educators and the family and to care. It was found that, according to the educators, the parents care and/or guardians with children with respiratory disease is poor. **CONCLUSION:** In this context, we emphasize the need for continuing education for the educators of CECEs so they can provide quality care to children with respiratory diseases, allowing the work with health professionals and families in order to transform reality beyond the hospital setting and primary care.

Keywords: Child. Child Care. Nurseries. Respiratory diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Caracterização socioeconômica e demográfica dos pais e/ou responsáveis de crianças menores de 5 anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015.....	38
Gráfico 2 – Perfil das crianças menores de 5 anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015.....	41
Gráfico 3 – Caracterização da moradia das crianças menores de 5 anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015.....	43
Gráfico 4 – Tempo de amamentação das crianças menores de 5 anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015.....	46
Quadro 1 – Descrição dos depoimentos que compuseram a categoria 1.....	54
Quadro 2 – Descrição dos depoimentos que compuseram a categoria 2.....	58
Quadro 3 – Descrição dos depoimentos que compuseram a categoria 3.....	63
Quadro 4 – Descrição dos depoimentos que compuseram a categoria 4.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Principais causas de morbidade hospitalar para os Estados da região Sul do Brasil em menores de cinco anos de idade no ano de 2015, segundo a Lista de Morbidade CID 10.....	23
Tabela 2 - Principais causas de morbidade hospitalar no município de Guarapuava- PR em menores de cinco anos no ano de 2015, segundo a Lista de Morbidade CID 10.....	23
Tabela 3 – Município de residência das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015.....	40
Tabela 4 – Local de residência, por bairro em Guarapuava, das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015.....	40
Tabela 5 – Número de pessoas que residem com as crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava-PR, 2015.....	42
Tabela 6 – Diagnósticos encontrados nas crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – 2015.....	44
Tabela 7 – Número de fumantes e animais de estimação nas residências das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015.....	48
Tabela 8 – Número de crianças que frequentam Instituições de Educação Infantil. Guarapuava – PR, 2015.....	50

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Objetivos de desenvolvimento do milênio. Brasil, 2015.....	19
Figura 2 - Percentual de alcance das metas dos objetivos de desenvolvimento do milênio em Guarapuava – PR.....	20
Figura 3 – Mapa do estado do paraná dividido por regionais de saúde. Curitiba/Guarapuava-PR, 2014.....	28
Figura 4 - Centro Municipal De Educação Infantil (CMEI) Vila Bela. Guarapuava, PR.....	31

LISTA DE SIGLAS

CEP	-	Comitê de Ética em Pesquisa
CMEI	-	Centro Municipal de Educação Infantil
DATASUS	-	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
IPARDES	-	Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IRA		Infecção Respiratória Aguda
ITRSs		Infecção Trato Respiratório Superior
ITRIs	-	Infecção Trato Respiratório Inferior
ODM	-	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
ONU	-	Organização das Nações Unidas
OMS	-	Organização Mundial de Saúde
SEMEC	-	Secretaria Municipal de Educação e Cultura
SUBPLAN	-	Subprocuradoria Geral de Justiça para Assuntos de Planejamento Institucional
SUS	-	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 REVISÃO DE LITERATURA	18
3.1 AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NO BRASIL E NO MUNDO	18
3.2 DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS NA INFÂNCIA	21
3.3 HOSPITALIZAÇÕES POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA.....	22
3.4 DA CRECHE À FORMAÇÃO DOS CENTROS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO INFANTIL	24
4. METODOLOGIA	26
4.1 TIPO DE PESQUISA	26
4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	27
4.3 CENÁRIO DA PESQUISA	27
4.4 COLETA DE DADOS	31
4.5 ANÁLISE DE DADOS	34
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO – 1ª ETAPA	37
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS	37
5.2 A CRIANÇA HOSPITALIZADA	41
5.3 PRINCIPAS DIAGNÓSTICOS DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS ENTRE AS CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS HOSPITALIZADAS EM GUARAPUAVA	44
5.4 ALEITAMENTO MATERNO COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA.....	46
5.5 FATORES DESENCADEANTES DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA	47
5.6 O CMEI COMO POSSÍVEL AMBIENTE PARA PROPAGAÇÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA	49
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO – 2ª ETAPA	53
6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS EDUCADORAS	53

6.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS	53
6.2.1 Categoria 1 – Conhecimentos das educadoras de um CMEI sobre doenças respiratórias na infância.....	53
6.2.2 Categoria 2 – Repercussão da criança com doença respiratória frequentando o CMEI.....	57
6.2.3 Categoria 3 – Atitudes e práticas de atenção às crianças com doença respiratória no âmbito do CMEI	62
6.2.4 Categoria 4 – Família e educadoras compartilhando o cuidado à criança com doença respiratória	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICES	79
ANEXOS	87

1 INTRODUÇÃO

As doenças respiratórias contribuem com o índice de morbidade e mortalidade de crianças menores de cinco anos classificando-se como a primeira causa de internações no Sistema Único de Saúde (SUS). Tornam-se um grande desafio e exigem ações como pesquisas e estratégias governamentais para essa problemática. Ressalta-se que as doenças respiratórias constituem um grave problema de saúde pública mundial, sendo caracterizadas como doenças evitáveis. Apresentando também um forte impacto na saúde das crianças, sobretudo nos países com baixo e médio níveis socioeconômicos (OMS, 2007). É importante ressaltar que existe uma forte desigualdade em termos de distribuição das doenças respiratórias entre países desenvolvidos e em países em desenvolvimento. Enquanto 1 a 3% das crianças menores de cinco anos de idade morrem por doenças respiratórias nos países desenvolvidos, os índices aumentam para 10 a 25% nos países em desenvolvimento. Estima-se que 90% dessas mortes sejam devido à pneumonia (SILVA, 2011).

As doenças respiratórias costumam apresentar impacto maior quando ocorrem na infância apontando a necessidade de mais pesquisas sobre cuidados preventivos e de controle destes agravos, tanto em crianças cuidadas exclusivamente pelos familiares como naquelas cuidadas em creches (LIMA, 2001). Nesse contexto, buscou-se alguns dados epidemiológicos relativos a mortalidade infantil no município de Guarapuava-PR. A taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos, em 1995, era de 44,3 óbitos a cada mil nascidos vivos; em 2013, este percentual passou para 13,6 óbitos a cada mil nascidos vivos, representando redução de 69,3% da mortalidade. O número total de óbitos de crianças menores de cinco anos no município, entre os anos de 1995 a 2013, foi de 1759. Já a taxa de mortalidade de crianças menores de um ano para o município, estimada a partir dos dados do Censo 2010, é de 15,8 óbitos a cada mil crianças menores de um ano (PORTAL ODM, 2015).

Nesta pesquisa, a discussão teórica permitiu o acesso a um campo amplo e diversificado de estudos. Buscou-se materiais já elaborados, constituídos de pesquisas já realizadas na área e também no município, com o propósito de se obter um suporte teórico-prático para que os objetivos fossem alcançados.

Optou-se por um município da região centro-sul do Estado do Paraná, onde o inverno é bastante rigoroso, com temperaturas muito baixas, ocasionando inclusive neves, a temperatura média anual é de 16,8°C, sendo a média máxima de 36°C e a

mínima, 6,8°C. Sendo assim, este município apresentou condições bastante favoráveis e oportunas para a realização desse estudo. Destacando que as baixas temperaturas são fatores que podem contribuir de maneira bastante relevante para a incidência de desses agravos, principalmente em crianças menores de cinco anos. Nedel (2008) em sua pesquisa sobre condições meteorológicas favoráveis à ocorrência de doenças respiratórias em crianças da cidade de São Paulo, refere que diversos fatores tornam-se determinantes para o aumento do número de doenças respiratórias, principalmente na infância (casos de morbidade hospitalar) e da gravidade destas hospitalizações, dentre eles os fatores ambientais desempenham um papel de extrema importância. Mudanças climáticas bruscas, por exemplo, auxiliam para deteriorar a qualidade do ar respirado, sobretudo quando o local se encontra sob influência de uma massa de ar frio e seco, o que dificulta a dispersão dos poluentes na atmosfera.

Tendo em vista que as crianças permanecem nos Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs), antigas creches; durante várias horas por dia, por todo o ano, o que propicia planejamento, desenvolvimento, avaliação sistemática e contínua de ações de saúde, faz-se necessário um questionamento mais plausível sobre a problemática para que futuras ações possam ser trabalhadas. Ainda, o CMEI aglutina formalmente vários profissionais ligados ao ensino (diretor, educadores, pessoal administrativo, merendeiras, serviços gerais), responsáveis pela formação das crianças que com eles compartilham conhecimentos e comportamentos. Neste contexto a comunidade escolar (CMEI) torna-se um ambiente propício para investigações sobre o manejo do cuidado à saúde das crianças.

A frequência à creche é um importante fator de risco para a morbidade por infecções respiratórias na infância, devido à maior exposição das crianças aos agentes infecciosos por aglomeração e confinamento (ALVES; VERÍSSIMO, 2007).

Atualmente, as creches estão localizadas no setor da educação e neste ambiente muitas vezes as educadoras veem o cuidado à criança como algo que não demanda habilidades ou conhecimentos específicos, de menor valor e subsidiário em relação à educação. Assim, as práticas de cuidado à criança refletem os conhecimentos e atitudes das educadoras acerca de seu papel no atendimento infantil (VERÍSSIMO; FONSECA, 2003). Não obstante, é importante ressaltar que para as crianças menores de cinco anos os cuidados são de grande relevância, mais até que a alfabetização, é de extrema importância a avaliação dos saberes das educadoras

dos CMEIs quanto aos sinais e sintomas de doenças respiratórias. Dessa forma poderão intervir na rotina das crianças já nos primeiros indícios de doença, evitando o contágio e sugerindo o atendimento da equipe de saúde ainda no início da doença.

Cabe destacar que os CMEIs atendem crianças nas idades mais vulneráveis ao adoecimento, permanecendo o cuidado sob responsabilidade das educadoras que as assistem. Entende-se que o reconhecimento acerca das bases da atenção que é oferecida à criança nesses locais, permitirá o delineamento de intervenções mais apropriadas para a melhoria do cuidado infantil. Para tanto, teve-se como objetivo geral Investigar os saberes e práticas de educadores infantis e sua relação com a ocorrência de doenças respiratórias graves em crianças menores de cinco anos no município de Guarapuava-PR.

Além disso, os objetivos específicos foram: caracterizar a incidência de hospitalizações por doenças respiratórias em crianças menores de cinco anos e identificar saberes e práticas sobre doenças respiratórias entre educadoras de um CMEI em Guarapuava-PR.

Portanto, torna-se cabível indagar, qual a concepção que essas educadoras têm relacionados aos problemas respiratórios na infância, sendo que essas instituições apresentam caráter assistencialista e o educador é o facilitador e executor direto de cuidados coletivos, o que pode ser atuante no instalar-se, ou não, de problemas relacionados ao processo de adoecimento desses indivíduos.

Frente a essas premissas, este estudo justifica-se pela necessidade de dar visibilidade as crianças com doenças respiratórias e suas demandas de cuidado, além de possibilitar a integração do cuidado das educadoras do Centro Municipal de Educação Infantil à família.

Considera-se, após o exposto, como fundamental para o direcionamento da pesquisa, as seguintes questões norteadoras: Os saberes e práticas dos educadores influenciam no controle às doenças respiratórias na infância? Quais são as práticas utilizadas por elas no manejo da doença respiratória dentro do CMEI?

Acredita-se que essa pesquisa tenha relevância para a prática do cuidado à Saúde da Criança com sinais e sintomas de doenças respiratórias, pois se pressupõe que a partir desse tipo de estudo será possível identificar em que medida o conhecimento das educadoras pode influenciar na prevenção de hospitalizações sobre esse agravo.

Por fim, as considerações finais objetivam uma síntese das descrições e debates decorrentes da pesquisa, em uma tentativa de oferecer subsídios para uma análise interpretativa do que representou a pesquisa de um modo geral.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar os saberes e práticas de educadores infantis e sua relação com a ocorrência de doenças respiratórias graves em crianças menores de cinco anos no município de Guarapuava, PR.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar saberes e práticas sobre doenças respiratórias entre educadores de um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) no município de Guarapuava, PR.
- Caracterizar a incidência de hospitalizações por doenças respiratórias em crianças menores de cinco anos em Guarapuava, PR.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NO BRASIL E NO MUNDO

As doenças respiratórias constituem um grupo de doenças importantes na população infantil, descritas como a causa mais frequente de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, atingindo principalmente crianças menores de cinco anos de idade (MACEDO *et al.*, 2007).

A magnitude da situação das doenças respiratórias especialmente nos países em desenvolvimento, mostram a necessidade de busca constante de estratégias efetivas para o controle da situação, como o reconhecimento e intervenção sobre seus fatores de risco para as doenças respiratórias na infância (MACEDO *et al.*, 2007).

As doenças do aparelho respiratório são as causas mais freqüentes de adoecimento de crianças menores de cinco anos, entre as quais se destacam as Infecções Respiratórias Agudas (IRA). As manifestações de gravidade da IRA, como causa de hospitalizações e/ou óbitos, são mais comuns nos países em desenvolvimento (CAETANO *et al.*, 2002).

A taxa de mortalidade infantil no Brasil passou de 53,7 em 1990 para 17,7 óbitos por mil nascidos vivos em 2011 e, de acordo com as tendências atuais, é possível que em 2015 seja alcançado um resultado superior à meta estabelecida para esse objetivo. O Brasil também já alcançou a meta estabelecida em relação às mortes de crianças com menos de um ano de idade, passando de 47,1 para 15,3 óbitos por mil nascidos vivos, superando a meta de 15,7 óbitos estimada para o ano de 2015 (PNUD, 2015).

Na infância, devido a imaturidade do sistema respiratório, ocorre uma eliminação diminuída do material intrabrônquio, favorecendo assim à instalação e manutenção de infecções respiratórias, tornando-se necessário realizar medidas de tratamento e prevenção mais eficientes e direcionadas a esta problemática, principalmente entre crianças menores de cinco anos (VARGAS, 2010).

Referenciando-se na década das grandes conferências e encontros das Nações Unidas, em setembro de 2000, líderes mundiais se organizaram na sede das Nações Unidas, em Nova York, para adotar a Declaração do Milênio da ONU. Com a Declaração, as Nações se comprometeram a uma nova parceria global para reduzir a

pobreza extrema, em uma série de oito objetivos – com um prazo para o seu alcance em 2015 – que se tornaram conhecidos como os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (PNUD, 2015).

O último relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) da ONU aponta que o esforço de 15 anos tem resultado no mais bem sucedido movimento de combate à pobreza da história. A taxa de mortalidade de menores de cinco anos diminuiu em mais da metade, e a mortalidade materna caiu 45% no mundo (PNUD, 2015).



Figura 1 – Objetivos de desenvolvimento do milênio. Brasil, 2015.

FONTE: PORTAL ODM (2015).

A redução da mortalidade na infância encontra-se como o quarto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Segundo o Relatório Nacional de Acompanhamento 2013, o Brasil já atingiu a meta de redução da mortalidade na infância, estando à frente de muitos outros países (PNUD, 2015).

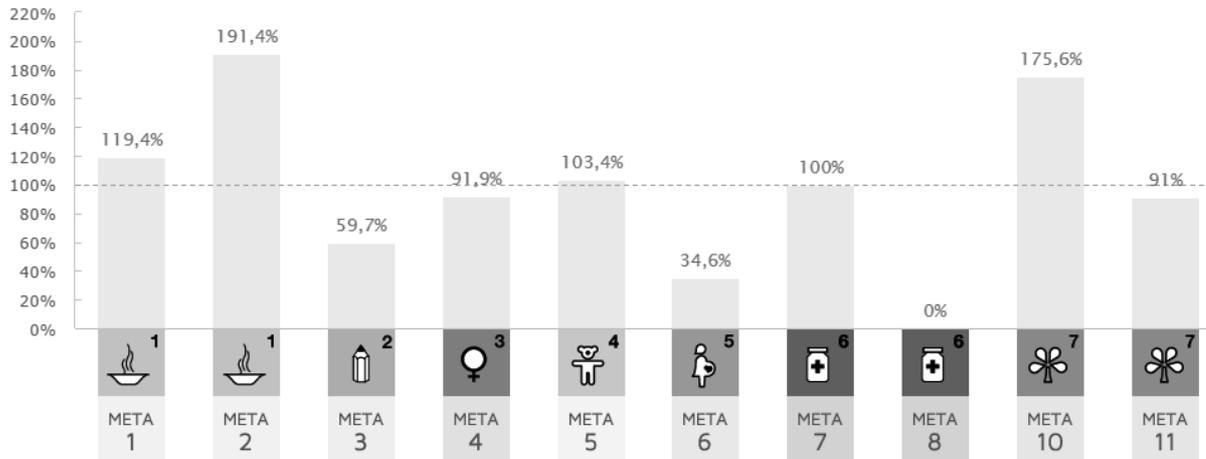


Figura 2 - Percentual de alcance das metas dos objetivos de desenvolvimento do milênio em Guarapuava – PR

FONTE: PORTAL ODM (2015)

A meta 5 dos ODM (Figura 2) visa reduzir em dois terços, até 2015, a mortalidade de crianças menores de cinco anos (PORTAL ODM, 2015). Nesse sentido, no município de Guarapuava, a referida taxa de mortalidade, em 2011, foi 22,24 óbitos a cada mil nascidos vivos (83ª posição no Estado) e a taxa de mortalidade de crianças menores de um ano foi de 19,06 por mil nascidos vivos, ocupando a 90ª posição no ranking estadual. Em comparação ao Estado, Guarapuava apresenta piores taxas que a média estadual, a saber, 13,51 e 11,65 respectivamente (SUBPLAN, 2015).

Elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU), o Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2013, refere que a taxa mundial de mortalidade infantil caiu 47% em 22 anos. Entre os anos de 1990 à 2012, o índice passou de 90 para 48 mortes por mil nascidos vivos. Ainda que esses dados signifiquem que 17 mil crianças deixaram de morrer a cada dia, muito ainda deve ser feito para atingir a meta global de 75% de redução na taxa. No ano de 2012, 6,6 milhões de crianças menores de cinco anos morreram ao redor do mundo por doenças evitáveis (PNUD, 2015).

No Brasil, embora mudanças importantes tenham sido observadas no quadro geral da mortalidade infantil nas últimas décadas, esse indicador ainda revela grandes iniquidades no campo da saúde. A situação atual das crianças brasileiras continua representando um grande desafio, pois ainda se convive com elevada morbidade por

doenças geradas pelas desigualdades sociais. Este fato resulta do modelo capitalista, como as pneumonias, as diarreias e desnutrição (FELISBERTO *et al.*, 2000).

No Paraná, o número de casos de internações de crianças menores de cinco anos por doenças respiratórias foi de 8.614 casos, desses, 255 casos foram em Guarapuava nos últimos cinco anos. A taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos neste município entre janeiro de 2010 à outubro de 2015 foi de 4,25%. (DATASUS, 2015).

3.2 DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS NA INFÂNCIA

Dentre as doenças agudas que acometem as crianças as doenças respiratórias são as mais frequentes, sendo os principais fatores associados: a idade da criança, as condições de vida e a estação do ano os que mais influenciam a etiologia e a evolução destas doenças. Segundo Kyle (2011), na maioria dos casos os sintomas destas infecções são brandos, como os resfriados comuns ou infecção de garganta, mas podem resultar em quadros mais graves, como a bronquiolite. Dentre as Doenças Respiratórias Agudas, as IRAs são mundialmente conhecidas como sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todas as idades, particularmente em crianças (OMS, 2009). Anualmente, as IRAs são causas de mortalidade em cerca de dois milhões de crianças menores de cinco anos no mundo (OMS, 2009).

Para Sigaud e Veríssimo (2009), o principal motivo de consultas e internações (cerca de 40%) de crianças menores de cinco anos ocorrem devido às infecções respiratórias, sendo a pneumonia a principal causa de mortes, com 11% dos óbitos de crianças na faixa de 1 a 4 anos. As crianças apresentam de cinco a oito episódios de IRA por ano, as quais têm caráter benigno, com duração de dois a sete dias e resolução dos sintomas em 14 dias. Os períodos mais sintomáticos e de maior excreção viral, no caso do resfriado, encontram-se entre o 3º e 5º dia.

As Infecções Respiratórias Agudas podem ser classificadas como Infecções do Trato Respiratório Superior (ITRSs) ou Infecções do Trato Respiratório inferior (ITRIs). O trato respiratório superior é composto das vias aéreas desde as narinas até as cordas vocais na laringe, incluindo os seios paranasais e do ouvido médio e as infecções. As infecções que acometem estes locais podem chegar a 75% dos casos. Já o trato respiratório inferior abrange a continuação das vias respiratórias da traquéia e dos brônquios a bronquíolos e alvéolos. As IRAs não estão confinadas ao trato

respiratório e têm efeitos sistêmicos, por causa da possível extensão da infecção ou toxinas microbianas, inflamação e redução da função pulmonar (SIGAUD; VERÍSSIMO, 2009). As IRTSs têm, em geral, curso benigno e são autolimitadas. Por outro lado, as ITRIs tendem a se estender por períodos maiores de tempo e, se não tratadas, podem colocar em risco a vida das crianças (SILVA,2011).

A maioria das ITRSs apresenta complicações importantes, pois as infecções virais agudas podem predispor as crianças à infecções bacterianas dos seios da face e do ouvido médio. A prevenção das IRAs relaciona-se com a promoção da saúde integral da criança, evitando-se a desnutrição, a prematuridade, o tabagismo passivo, promovendo o aleitamento materno, a vacinação e melhorando as condições de vida da população. A ida precoce e a permanência na creche expõe a criança a um contato mais estreito com vírus e bactérias, constituindo um fator de risco importante para aumento na incidência de IRA, mas qualquer intervenção deve ser contextualizada e individualizada. Muitas mães precisam trabalhar e a única opção que têm é deixar a criança na creche. Uma possível solução é conversar com a mãe sobre alternativas de cuidadores ou de licença no trabalho no momento em que a criança estiver com infecções virais, que são facilmente transmissíveis (ALVIN; LASMAR, 2009).

3.3 HOSPITALIZAÇÕES POR DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA

As doenças respiratórias são a primeira causa de atendimento em ambulatórios e serviços de urgência, exigindo capacitação das equipes de saúde para um atendimento qualificado, com a continuidade da assistência até a resolução completa dos problemas, evitando-se a hospitalização desnecessária e, finalmente, o óbito por esse motivo. A pneumonia é uma das principais doenças da infância e a segunda causa de morte em menores de um ano (BRASIL, 2004).

Muitos desses casos são infecções autolimitadas do trato respiratório superior. Portanto, os casos que condizem com a hospitalização afetam mais frequentemente crianças de países em desenvolvimento. Estima-se que nesses países ocorram cerca de 0,28 casos de pneumonia por criança/ano em menores de cinco anos. Entre 7 e 13% desses casos requerem hospitalização (BENGUIGUI, 2003).

No Brasil, as doenças respiratórias são responsáveis por aproximadamente 16% de todas as internações, sendo 50% delas devido à pneumonia. Porém, em grupos mais vulneráveis, como as crianças, as doenças respiratórias compreendem

mais de 50% das internações hospitalares (CESAR *et al.*, 2002). Analisar as causas de hospitalização em crianças menores de cinco anos ajuda a compreender o perfil de adoecimento nessa faixa etária e elaborar planos de atenção à saúde que previnam as complicações das doenças com a intenção de que a hospitalização seja evitada (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

Em nível regional, segundo o DATASUS (2015), as principais causas de hospitalizações são semelhantes em todos os estados da Região Sul, sendo as causas respiratórias, infecciosas e parasitárias, e afecções do período perinatal as que mais acometem as crianças menores de cinco anos. Dentre esses estados, o Rio Grande do Sul destacou-se por apresentar o maior número de hospitalizações por doenças respiratórias, com 58,21% dos casos, e o Paraná logo após com 55,24% dos casos (Tabela 1).

Tabela 1 - Principais causas de morbidade hospitalar para os Estados da região Sul do Brasil em menores de cinco anos de idade no ano de 2015, segundo a Lista de Morbidade CID 10 (números absolutos e percentual)

Estado	Doenças Infecciosas e parasitárias	Afecções originadas no período perinatal	Doenças do aparelho respiratório	TOTAL
Paraná	4.800 12,8%	11.895 31,8%	20.605 55,24%	37.300 38,25%
Santa Catarina	2.664 14,3%	6.275 33,7%	9.681 51,9%	18.620 19,10%
Rio Grande do Sul	6.829 16,4%	10.555 23,5%	24.215 58,21%	41.599 42,65%
TOTAL	14.293 14,65%	28.725 29,45%	54.501 55,90%	97.519 100%

FONTE: Banco de dados TabWin (DATASUS, 2015).

Tabela 2 - Principais causas de morbidade hospitalar no município de Guarapuava- PR em menores de cinco anos no ano de 2015, segundo a Lista de Morbidade CID 10

Município	Doenças Infecciosas e parasitárias	Afecções originadas no período perinatal	Doenças do aparelho respiratório	TOTAL
Guarapuava	158 14,71%	433 40,31%	483 44,98%	1.074 100%

FONTE: Banco de dados TabWin (DATASUS, 2015).

Em Guarapuava as doenças do aparelho respiratório também foram a principal causa de hospitalização em crianças menores de cinco anos (44,98%) no ano de 2015, seguida das afecções do período perinatal e doenças infecciosas e parasitárias (Tabela 2).

A busca desses dados torna-se importante para identificar os fatores de risco associados à hospitalização de crianças de zero a cinco anos para possibilitar o desenvolvimento de ações capazes de reduzir esse evento traumático para a criança e sua família (CAETANO *et al.*; 2002).

3.4 DA CRECHE À FORMAÇÃO DOS CENTROS MUNICIPAIS DE EDUCAÇÃO INFANTIL

As creches surgiram no Brasil no século XIX, com a intenção de guardar, proteger e alimentar as crianças mais pobres, enquanto seus pais trabalhavam. Foram criadas num período onde a mulher teve sua inserção no mercado de trabalho, com o objetivo de contribuir com os pais no que diz respeito ao cuidado aos filhos. Assim, foram criadas em um modelo assistencialista com o objetivo de oferecer cuidados para que as crianças não ficassem expostas à violência, tornando seu objetivo principal distanciá-las dos meios prejudiciais, oferecendo a elas uma educação de baixa qualidade (MOTTA *et al.*, 2012).

A palavra creche, de origem francesa, significa "manjedoura" e foi utilizada para designar a primeira instituição criada há mais de duzentos anos, pelo Padre Oberlin" na França, para guardar e abrigar crianças pequenas consideradas necessitadas pela sociedade da época" (Abramowicz, 1995, p.09).

A creche manteve suas concepções filantrópicas por vários anos, com políticas públicas, voltadas para a assistência social e de saúde, em que não se valorizava, em muitas instituições, o trabalho voltado à educação e ao desenvolvimento da criança (ALVES; VERÍSSIMO, 2007).

Atualmente o direito à educação infantil está respaldado na Constituição Brasileira de 1988, no Estatuto da Criança e do Adolescente e na Lei de Diretrizes e Bases da Educação, que considera como dever do Estado o atendimento em creches e pré-escolas às crianças da faixa etária de 0 a 6 anos (MOTTA *et al.*, 2012).

Quanto a expansão de creches e pré-escolas, Kramer (2003) descreve que elas não são ambientes somente de assistência às crianças, mas espaços de socialização e de Educação Infantil.

Observa-se que ainda hoje há crianças pequenas que são submetidas a uma disciplina escolar arbitrária em que, diferentemente de um compromisso com o conhecimento, a instituição considera não ser sua função prestar os cuidados necessários e sim controlar os alunos para que sejam obedientes à autoridade. O preconceito com relação ao trabalho manual e aos cuidados de alimentação e higiene associa-se à sua dimensão de doméstico, o que resulta na desqualificação do profissional que trabalha com as crianças menores (KUHLMANN, 2005, p. 193).

A creche é um ambiente social importantíssimo, com o objetivo de promover alimentação, guarda, prevenção da saúde e ações educativas para a criança, bem como ações junto à família e à comunidade, principalmente nos dias atuais, em um mundo voltado ao trabalho fora de casa. Assim, é fundamental garantir às crianças de zero a cinco anos o direito de aprender e se desenvolver em instituições educativas que, em ação conjunta com a da família, proporcionem um trabalho de educar e cuidar com qualidade. Dessa forma, as crianças podem vivenciar processos educativos que contribuam de maneira eficaz com o seu desenvolvimento (NASCIMENTO, 2012).

Os centros de assistência à criança, passaram por modificações relacionadas à urbanização e à industrialização, e é nesse contexto que surge, em âmbito nacional, o Programa de Creches estruturado em CMEIs, uma proposta de reforma com relação às práticas educacionais para as creches e pré-escolas (NASCIMENTO, 2012).

Os Centros Municipais de Educação Infantil (CMEIs) funcionam em turno integral, portanto precisam de uma rotina bastante estruturada e organizada, que tenha como objetivo principal o atendimento às crianças. Ao entrar no CMEI a criança se depara com um novo ambiente, onde terá que conviver com adultos e crianças com os quais ela nunca interagiu. O afastamento da família por longas horas do dia e a inserção em um ambiente novo, com rotinas específicas, exigirão uma capacidade de adaptação muito grande. Assim, esse fator não diz respeito apenas à criança, mas necessita que a sua família, e também os profissionais que atuam na instituição, passem por um longo processo de adaptação (NASCIMENTO, 2012).

4. METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa descritiva de natureza quanti-qualitativa.

A pesquisa descritiva trata de características de determinada população ou de determinado fenômeno. Estabelecendo correlações entre variáveis e definir sua natureza. Não tem compromisso em explicar os fenômenos que descreve, embora sirva de base para tal explicação (VERGARA, 2007), de maneira que os pesquisadores neste tipo de investigação têm preocupação prática, como acontece com a pesquisa exploratória (GIL, 2007). Esse tipo de pesquisa também trabalha com a descrição das características do objeto de estudo, através da observação e do levantamento de dados. Neste caso, cabe ao pesquisador a observação dos fatos para descrevê-los sem, contudo, interferir neles (GONÇALVES, 2005).

Uma abordagem quantitativa prevê a mensuração de variáveis já estabelecidas. Utilizam-se regras para atribuir valores numéricos à qualidade dos objetos, designando a quantidade do atributo, assim minimizando a subjetividade e tornando as informações razoavelmente precisas. Envolve a incidência, o tamanho e os atributos mensuráveis de um fenômeno. Enfim, este tipo de estudo testa hipóteses com base numa teoria ou num modelo conceitual já existente (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004; DYNIEWICZ, 2007).

Em relação ao objeto de estudo desta pesquisa, ou seja, as doenças respiratórias na infância, a produção científica disponível sobre essa temática, encontra-se mais voltada para a subárea da medicina, o que aumenta o conhecimento desse setor da área da saúde, atuando para a busca de medidas estratégicas para a assistência infantil, o que também desperta para a motivação, impulsionando as outras subáreas a produzirem conhecimentos sobre essa temática (SILVA *et al.*, 2012)

A pesquisa qualitativa segundo Minayo *et al.* (2002), define-se como a resposta a questões particulares, compreendendo um nível de realidade que não pode ser quantificado. Dessa forma, aprofunda-se no mundo dos significados das ações de cada ser humano, não sendo capaz de ser percebido em equações, médias e estatísticas.

O método misto é o uso de duas ou mais estratégias, quantitativa e/ou qualitativa dentro de um único projeto de pesquisa. No entanto, métodos mistos

referem-se a um único estudo que utiliza estratégias múltiplas ou mistas para responder às questões de pesquisa e/ou testar hipóteses. Tais estratégias são implementadas concomitantemente ou sequencialmente (SOUSA *et al*, 2007).

4.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Primeira Etapa

Participaram os pais e/ou responsáveis das crianças menores de cinco anos hospitalizadas nas unidades pediátricas de dois hospitais do município de Guarapuava, PR. Foram incluídas crianças menores de cinco anos hospitalizadas; com sinais e sintomas de doenças respiratórias, independente da data de admissão.

Segunda Etapa

Na segunda etapa, os participantes foram educadoras que compõem as auxiliares de desenvolvimento infantil (àquelas que não têm formação específica) e professoras de educação infantil (as que têm possuem graduação em pedagogia), as quais realizam todas as atividades educativas e de cuidados com as crianças que frequentam o CMEI selecionado para a pesquisa. Foram excluídas as educadoras com menos de 6 meses de experiência em educação infantil.

4.3 CENÁRIO DA PESQUISA

Guarapuava, município escolhido como campo desta pesquisa, situa-se na região Centro Oeste do Paraná. Criada em 09 de Dezembro de 1810, tem uma população de 175.779 habitantes sendo, portanto, o mais populoso da região e o nono mais populoso do Estado. É considerado um polo regional de desenvolvimento com forte influência sobre os municípios vizinhos. É o município 41 sede da 5ª Regional de Saúde⁹ (RS) do Estado do Paraná, a qual abrange 21 municípios (PARANÁ, 2009).

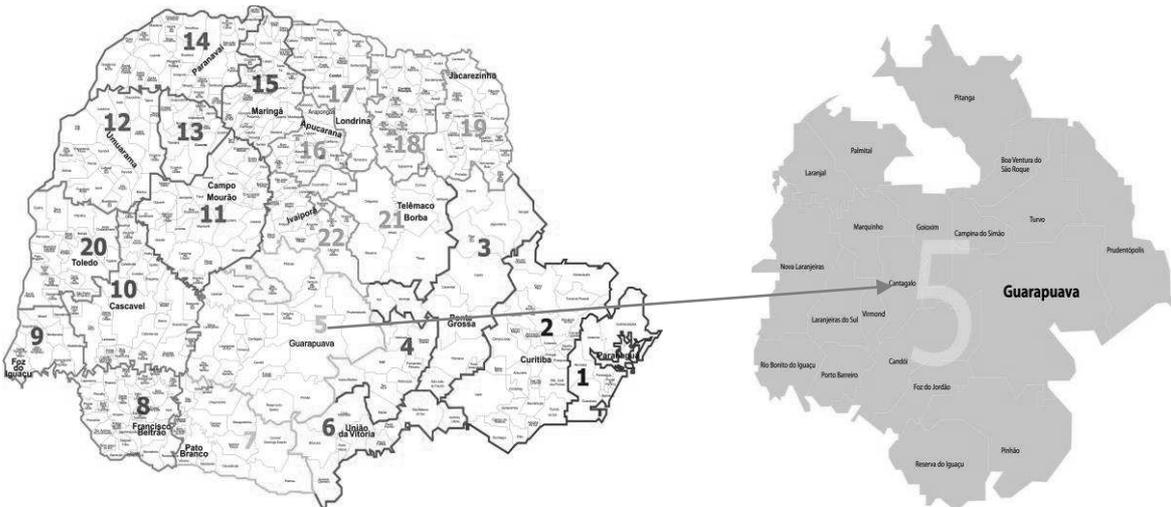


Figura 3 – Mapa do estado do paraná dividido por regionais de saúde.

Curitiba/Guarapuava-PR, 2014.

FONTE: PARANÁ (2009)

Guarapuava é um polo com economia predominante agrícola e madeireira, tem um  ndice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,731, estando no Ranking geral na 113   posicão, e um  ndice de Desenvolvimento Humano (IDH) educacional de 0,473, ficando atrás de municípios como Cascavel na 18  posicão e Pato Branco na 6  (IPARDS, 2015).

Segundo o Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econ mico e Social (IPARDES), 2015, Guarapuava possui três unidades hospitalares, duas localizadas no centro do município e um no distrito de Entre Rios, sendo esse, bastante distante, motivo pelo qual não foi inserido na pesquisa.

Primeira Etapa

O Hospital São Vicente é um hospital geral, de grande porte, privado, sem fins lucrativos (filantrópico), com atendimentos de m dia e alta complexidade. Seu fluxo de clientela é de demanda espontânea e referenciada, atendendo convênios, particulares e o Sistema  nico de Saúde (SUS). A Unidade de Pediatria possui 14 leitos de pediatria clínica, sendo 12 para atendimento SUS e 2 para convênios e particulares; e 4 leitos de pediatria cirúrgica, com 4 leitos, sendo 2 para SUS e 2 para convênios e particulares (CNES, 2015).

O Instituto Virmond também é um hospital geral, de grande porte, com atendimentos de média e alta complexidade, privado, sem fins lucrativos (filantrópico), com atendimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e particulares. O hospital atende uma demanda espontânea e referenciada de outros 21 municípios vizinhos. Na Unidade de Pediatria, onde foi realizado uma parte do estudo, existem 25 leitos, sendo 19 para atendimento SUS e 6 para convênios e particulares (CNES, 2015).

Segunda Etapa

A proposta inicial do estudo era identificar o CMEI mais citado entre os entrevistados na primeira etapa da pesquisa ou seja, qual era o CMEI com maior número de hospitalizações por doenças respiratórias. Contudo, verificou-se que as crianças hospitalizadas não frequentavam nenhum CMEI. Por isso, para essa segunda etapa, optou-se pelo CMEI Vila Bela, localizado no bairro Vila Bela, por ter sido o bairro mais evidenciado na pesquisa.

De acordo com a coordenação da Educação Infantil de Guarapuava atualmente existem 15 Centros de Educação Infantil no município, com um total de 2082 crianças atendidas. E em 2016 está previsto a entrega de seis CMEIs dos 11 que estão em construção.

As crianças matriculadas nos CMEIs do município estão organizadas por faixa etária, sendo crianças entre 0 a 3 anos: berçário (crianças de 0 a 1 ano); maternal (crianças de 1 a 2 anos); jardim I (crianças de 2 a 3 anos); crianças entre 4 e 5 anos - Jardim II (crianças de 3 a 4 anos) e Jardim III (crianças de 4 a 5 anos).

A partir de 2006, os CMEIs (antigas creches) passaram a ser administrados e organizados pela Secretaria municipal de Educação e Cultura (SEMEC), destacando o caráter pedagógico em substituição ao caráter assistencialista, próprio da coordenação da Secretaria de Promoção Social, sendo que esta secretaria foi responsável pela Educação Pré-Escolar na década de 1990. Quatorze CMEIs são mantidos exclusivamente pela Prefeitura Municipal, outro recebe apoio financeiro da Assistência Social.

Os (CMEIs) atendem crianças de zero a cinco anos de idade. Este espaço educativo tem o objetivo de proporcionar condições para que a socialização infantil

com o processo de aprendizagem aconteça de maneira eficaz, prazerosa e lúdica (NASCIMENTO, 2012).

Segundo o Protocolo de Atividades Pedagógicas disponível no CMEI Vila Bela, elaborado pela coordenação de Educação Infantil do município, O CMEI possui uma área de 6.642,16m², sendo 283,96m² de área construída, com dois pisos de alvenaria. A construção é de tijolos a vista, sua cobertura é de telha de barro, o piso é cerâmica e Paviflex, as janelas e portas (externas) são de ferro, e calçada ao redor do prédio. O CMEI é composto por seis salas de aula, uma sala de secretaria, uma sala para supervisão e professores, um refeitório, dois lactários, uma cozinha, uma sala pequena destinada para almoçarifado, uma sala para depósito de alimentos, uma sala para depósito em geral, um banheiro masculino e um banheiro feminino, ambos adaptados para uso das crianças, dois banheiros para funcionários, uma brinquedoteca, uma sala de áudio e uma lavanderia (GUARAPUAVA, 2010).

O CMEI possui dois andares. As salas que se encontram no primeiro andar são arejadas e com boa iluminação, com exceção dos lactários, já as do segundo andar, como foram adaptadas, não possuem as mesmas características. Há um espaço livre, gramado, solário e parque infantil. Para maior segurança o prédio é cercado com muro e alambrados, protegido por um sistema de segurança de monitoração eletrônica, assim como portão eletrônico e interfone para maior comodidade (GUARAPUAVA, 2010).

O CMEI Vila Bela atende 120 crianças, sendo elas de diversos bairros como Vila Bela, Jardim Pinheirinho, Jardim das Américas, Bairro Aeroporto, Bairro dos Estados, Batel, Centro, Cascavel, Vila Planalto, Tancredo Neves e Vila Pequena. Atende ainda, crianças encaminhadas e atendidas pelo Conselho Tutelar, Ministério Público, Pastoral da Criança e Centro de Nutrição Renascer (GUARAPUAVA, 2010).



Figura 4 - Centro Municipal De Educação Infantil (CMEI) Vila Bela. Guarapuava, PR.
FONTE: A autora (2015)

4.4 COLETA DE DADOS

Este estudo foi realizado em duas etapas. A primeira refere-se a descrição do perfil sócio-demográfico, clínico e epidemiológico das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. A segunda etapa refere-se à apreensão dos saberes e práticas das educadoras de um CMEI relacionados à doença respiratória na infância.

Primeira Etapa

Inicialmente, foi solicitada autorização para a realização da presente pesquisa aos dois hospitais com unidades pediátricas no município. Após a aprovação, a coleta de dados foi organizada para acontecer todos os dias no período da manhã ou da tarde durante os meses de julho à setembro de 2015. Este período corresponde aos meses de inverno e justifica-se por contemplar, segundo o Ministério da Saúde, maior prevalência nos últimos cinco anos de casos de hospitalização de crianças menores de cinco anos por doença respiratória no município de Guarapuava-PR (DATASUS, 2015).

Diariamente, ao chegar nas unidades pediátricas questionava-se às respectivas equipes de enfermagem se haviam crianças hospitalizadas com sinais e sintomas de doenças respiratórias. Em caso positivo, o leito era visitado.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, utilizando um instrumento composto por três partes, contendo 25 questões fechadas (Apêndice A). A 1ª parte do instrumento foi constituída por informações para a caracterização da criança; a 2ª parte continha os dados sobre os pais e/ou responsáveis para caracterização do perfil; a 3ª parte para caracterizava a moradia das crianças hospitalizadas.

Os instrumentos utilizados em cada etapa foram elaborados pela autora com base na revisão de literatura sobre o tema, e os mesmos não foram submetidos a processo de validação, sendo utilizados diretamente na coleta de dados. A entrevista foi realizada individualmente, caracterizando o contato face a face entre pesquisador e pesquisado.

Segunda Etapa

Após a autorização da Secretaria Municipal de Educação, foi realizado um contato com a Coordenadora dos CMEIs para a manipulação de materiais (protocolos e relatórios) o intuito era caracterizar esses locais, em relação a estrutura desses Centros. Foi solicitado permissão ao diretor pedagógico, o qual agendou um horário para realizar o convite as educadoras de Educação Infantil para participarem da pesquisa.

O CMEI Vila Bela possui atualmente 20 educadoras, dessas, 19 participaram da pesquisa e uma não compareceu na coleta porque estava em licença maternidade. Todas as 19 participantes foram orientadas sobre a pesquisa e assinaram o TCLE.

A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas estruturadas, realizadas pela pesquisadora no CMEI, em local reservado, dentro da instituição, no mês de dezembro de 2015, com duração média de 25 minutos cada um, no período matutino, dividindo as educadoras em 2 grupos, um grupo de sete e outro com doze educadoras; essa dinâmica foi solicitada pela direção do CMEI para que aproveitassem o momento de realização das horas atividades que as educadoras desempenham semanalmente na instituição, e para que as crianças não ficassem desassistidas durante a coleta de dados.

As entrevistas foram audiogravadas. Para garantir a privacidade e o anonimato dos depoimentos oriundos das entrevistas, cada participante recebeu um crachá contendo a letra F seguida de um número. As participantes foram divididas em dois grupos identificadas como G1 e G2. Assim, a apresentação dos depoimentos nos resultados contém a identificação da educadora e do respectivo grupo, por exemplo, G1-F1, G2-F3, e assim, sucessivamente. Ao término, as falas serão transcritas na íntegra e submetidas à análise e destruídas logo após.

O formulário para entrevista continha 2 partes, a primeira parte relacionada a caracterização dos sujeitos, contendo data de nascimento, sexo, estado conjugal, formação profissional, cargo que ocupa na instituição, tempo de atuação na função, turno de trabalho, vínculo empregatício, renda mensal e se possui outras atividades fora do CMEI (Apêndice B).

A segunda parte com questões que visaram averiguar qual o conhecimento sobre doenças respiratórias, os problemas respiratórios conhecidos pelas educadoras, aqueles que elas identificam como mais comuns no CMEI, seus sinais e sintomas, as medidas para controlá-los e as fontes de seus conhecimentos, bem como as ações que dificultam o cuidado ou julgam ser necessários para melhor cuidar da criança (Apêndice B).

Quanto ao conteúdo das entrevistas, os mesmos foram organizados por meio da análise de conteúdo em sua vertente de análise temática. Desta forma, as categorias foram formadas pelas temáticas principais, extraídas do conteúdo manifestado pelas educadoras, obtendo subsídios para discutir, refletir e expor os dados que foram coletados por meio das entrevistas.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Primeira Etapa:

Para análise dos dados quantitativos na primeira etapa foi utilizado o método de estatística descritiva simples. Os dados foram apresentados em frequência absoluta e relativa. As questões foram agrupadas de acordo com as características das informações. Os gráficos e tabelas foram criados utilizando o software *Graphpad* versão 5.0.

Segunda Etapa

Os dados qualitativos da segunda etapa da pesquisa foram analisados por meio da técnica de análise de conteúdo na modalidade temática seguindo as três etapas:

a. Fase da organização

Retomam-se as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final (MINAYO, 2007). Tem por objetivo organizar e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema exato de desenvolvimento da pesquisa (BARDIM, 2009).

Esta fase é constituída de três tarefas (MINAYO, 2007; BARDIN, 2009): *leitura flutuante, constituição do corpus e reformulação de hipóteses e objetivos*.

Leitura flutuante refere-se ao contato exaustivo como o material para conhecer seu conteúdo (MINAYO, 2007). O termo flutuante é uma analogia a atitude do psicanalista, pois aos poucos a leitura se torna mais exata, decorrente das hipóteses, e das teorias que sustentam o material. (BARDIN, 2009).

Constituição do corpus: organização do material de maneira que se possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (todos os aspectos do roteiro devem ser contemplados, deve-se esgotar a totalidade do texto); representatividade (que represente fielmente o universo estudado); homogeneidade (deve seguir com precisão aos temas) e pertinência (os conteúdos devem ser pertinentes aos objetivos do trabalho) (MINAYO, 2007, BARDIN, 2009).

Reformulação de hipóteses e objetivos: determinam-se a unidade de registro (palavra ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, as categorias, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise da pesquisa (MINAYO, 2007).

b. Exploração do material:

É a maneira de analisar o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente (MINAYO, 2007, BARDIN, 2009).

c. Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação:

As categorias utilizadas como unidades de análise são submetidas a operações estatísticas simples ou complexas dependendo do caso, permitindo evidenciar as informações obtidas. Após isto são feitas inferências e as interpretações previstas no quadro teórico e/ou sugerindo outras possibilidades teóricas (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).

Na abordagem qualitativa as questões são muito particulares. Preocupa-se, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Assim, ela trabalha com o universo de significados, crenças, valores, motivos, aspirações e atitudes, o que por sua vez indica um espaço mais detalhado das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2004).

As categorias foram formadas pelas temáticas principais, extraídas do conteúdo manifestado pelas educadoras. Desta forma, houve subsídios para discutir, refletir e expor os dados que foram coletados por meio das entrevistas.

Segundo Minayo *et al.* (2002), as categorias de análise classificam os dados coletados na pesquisa, assim, pode-se agrupar as ideias, elementos ou expressões em torno de um conceito que possa abranger a temática. Dessa forma, nesta pesquisa, emergiram como categorias de análise: conhecimentos das educadoras de um CMEI sobre doenças respiratórias na infância, repercussão da criança com doença respiratória frequentando o CMEI, atitudes e práticas de atenção às crianças com doença respiratória no âmbito do CMEI, família e educadoras compartilhando o cuidado à criança com doença respiratória.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O desenvolvimento da pesquisa ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução no 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) Envolvendo da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), conforme parecer nº 1.142.210 (Anexo D).

Os convidados a participar da pesquisa foram esclarecidos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta poderia lhes acarretar, na medida de sua compreensão e respeitados em suas singularidades. Foi assegurada a vontade do participante de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida. Os participantes somente foram incluídos na pesquisa após manifestarem a sua anuência à participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D e Apêndice E).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO – 1ª ETAPA

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIOECONÔMICA DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS

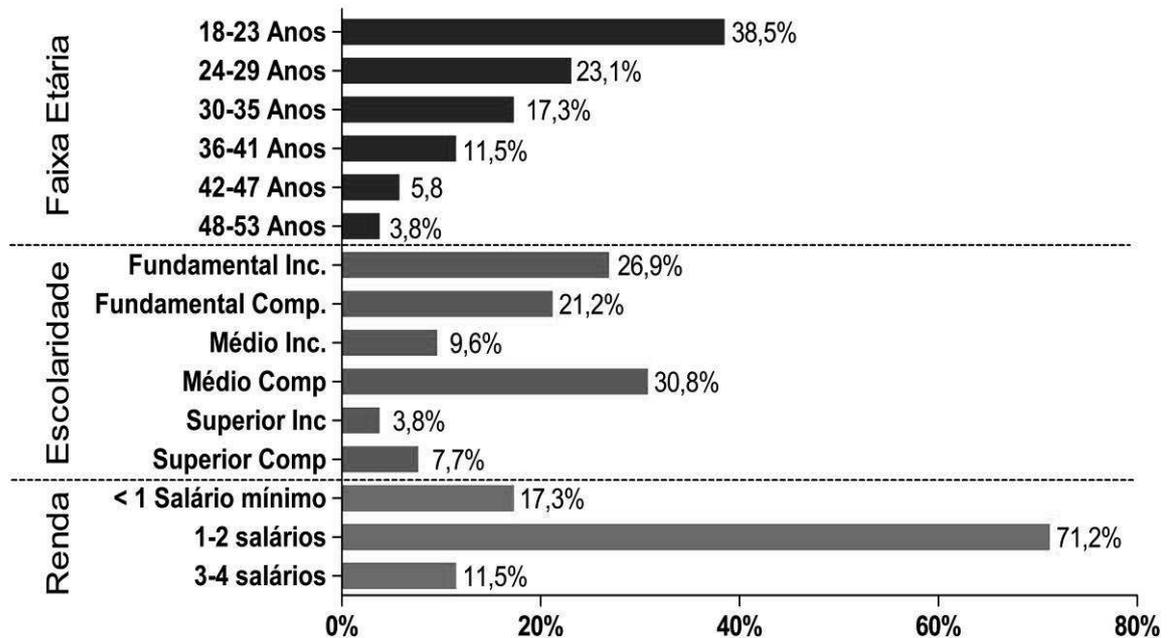
A pesquisa foi realizada com 52 acompanhantes (pais e/ou responsáveis) das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias em duas unidades pediátricas do município de Guarapuava.

Segundo o DATASUS (2015), nos meses de julho, agosto e setembro, (meses da coleta de dados da primeira etapa da pesquisa), foram registrados apenas 25 casos de crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias, o que contradiz com o número encontrado durante a coleta de dados (52 casos de hospitalizações). Dessa forma, observou-se a subnotificação de 51,92% (27) dos casos.

Em relação às características demográficas, houve predomínio do sexo feminino (90%). Nesse contexto, constatou-se que a figura familiar que acompanha a criança no período de hospitalização é, predominantemente, a mãe. Reafirmando assim, a cultura de que a mulher é quem assume na maioria das vezes, o cuidado da criança, principalmente quando estão doentes (SILVA *et al.*, 2009).

O Gráfico 1 aponta que a faixa etária mais destacada (38,5%) entre os acompanhantes das crianças menores de cinco anos hospitalizadas, foi entre 18 e 23 anos. Quanto a escolaridade, 26,9% tinham o ensino fundamental incompleto, 21,2% possuíam o ensino fundamental completo e 30,8% o ensino médio completo.

Gráfico 1 - Caracterização socioeconômica e demográfica dos pais e/ou responsáveis de crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015



FONTE: A autora.

Através dos resultados evidencia-se que pais mais jovens, podem ter filhos mais suscetíveis a doenças respiratórias. Segundo ARANHA, (2011), a idade dos pais pode interferir nos cuidados à saúde da criança, considerando que pais mais jovens são suscetíveis a terem crianças mais expostas a doenças respiratórias, até mesmo por falta de conhecimento e dificuldade em aderir às medidas preventivas.

Uma característica bastante mencionada na literatura como fator de risco para hospitalização de crianças refere-se à baixa escolaridade materna. Um exemplo seria um estudo realizado na cidade de São Paulo por Caetano *et al.* (2002) sobre os fatores associados a hospitalização na infância, onde refere que a associação entre internação hospitalar e a escolaridade materna é proporcional. À medida que aumenta o grau de escolaridade da mãe, diminuem os casos de hospitalizações, sendo a associação de 2,5 vezes entre as crianças cujas mães não tinham terminado o ensino fundamental e de 3,3 vezes entre aquelas cujas mães não haviam concluído o ensino médio. Para Duarte *et al.* (2002), a assistência prestada à criança com doenças respiratórias demonstra como determinantes a vulnerabilidade social, a idade da criança e dos pais, a renda familiar, o número de moradores no domicílio, e a

escolaridade dos pais também. Estes determinantes tendem a interferir diretamente nas condutas realizadas diante da assistência às crianças portadoras de doenças respiratórias. No presente estudo, no entanto, diferentemente do observado na literatura, a maioria das mães das crianças hospitalizadas tinham ensino médio completo.

Pode-se intuir, como hipótese desse resultado, a existência de outras características presentes nas famílias moradoras do município de Guarapuava não incluídas na presente investigação. Nesse contexto, uma suposição consistiria em que as crianças cujas mães apresentam maior nível de escolaridade teriam maior acesso aos diferentes tipos de serviços de saúde, além dos públicos, privados, conveniados e outros. Essa suposição toma como base o estudo realizado por Silva *et al.* (2011), que tendem a considerar a escolaridade materna como um fator predisponente para o uso de serviços de saúde. Sendo assim, para maior compreensão desse fenômeno, serão necessários outros estudos que avaliem com profundidade a realidade dessas famílias.

Dos entrevistados, 71,2% tinham renda mensal de um a dois salários mínimos. Gonçalves *et al.* (2006) afirmam que a renda familiar também é uma variável importante na determinação dos sintomas respiratórios das crianças bem como influencia a qualidade de vida. Assim, famílias com renda mais elevada têm a possibilidade de cuidar mais ativamente da saúde dos filhos, o que pode resultar em menor ocorrência de doenças.

A Tabela 3 refere-se ao município de residência das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias, Guarapuava apresentou maior número de ocorrência, já a Tabela 4 apresenta o local de residência dessas crianças por bairro.

Tabela 3 – Município de residência das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015.

		N	%
Residência Cidade	CAMPINA DO SIMÃO	02	3,8%
	CANDÓI	01	1,9%
	CASCAVEL	01	1,9%
	GOIOXIM	06	11,5%
	GUARAPUAVA	38	73,1%
	PINHÃO	03	5,8%
	RESERVA DO IGUAÇU	01	1,9%
	Total	52	100%

FONTE: A autora.

Nos últimos cinco anos, as doenças respiratórias na infância encontram-se como a primeira causa de hospitalizações no município de Guarapuava (2619 casos) e outras regiões metropolitanas, como Curitiba (23174), Londrina (9616) e Maringá (7946) (DATASUS, 2015).

Tabela 4 – Local de residência, por bairro em Guarapuava, das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015

		N	%
Residência Bairro	BONSUCESSO	01	1,9%
	BOQUEIRÃO	01	1,9%
	COLÔNIA VITÓRIA	01	1,9%
	CONRADINHO	02	3,8%
	FEROZ 2	01	1,9%
	INDUSTRIAL	01	1,9%
	JARDIM DAS AMÉRICAS	02	3,8%
	MORRO ALTO	03	5,8%
	PALMERINHA	01	1,9%
	PAZ E BEM	01	1,9%
	PLANALTO	02	3,8%
	PRIMAVERA	01	1,9%
	RESIDENCIAL 2000	01	1,9%
	RIO DAS PEDRAS	02	3,8%
	SANTANA	03	5,8%
	VILA BELA	08	15,4%
	VILA CARLI	04	7,7%
	XARQUINHO	03	5,8%
	Total	38	100%

FONTE: A autora.

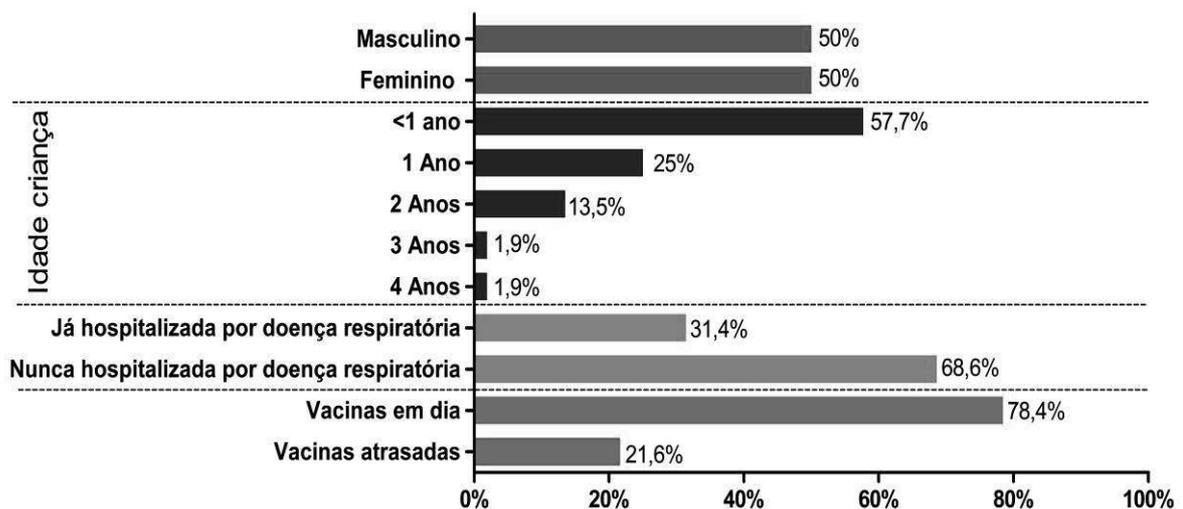
O número de crianças hospitalizadas residentes no bairro Vila Bela não representou um número significativo diante da amostra total da pesquisa, porém, esse número (15,4%), foi utilizado como critério para a escolha do CMEI como campo de coleta de dados da segunda etapa da presente pesquisa (Tabela 4).

O bairro Vila Bela no município de Guarapuava possui uma população de 12729 habitantes, sendo 1044 crianças menores de quatro anos, o que corresponde a 8,2% da população total. A população de Vila Bela representa 7,61% da população do município de Guarapuava (IBGE, 2010).

5.2 A CRIANÇA HOSPITALIZADA

As crianças hospitalizadas em sua maioria, 57,7% eram menores de 1 ano de idade, sendo 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino (Gráfico 2).

Gráfico 2 – Perfil das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015.



FONTE: A autora.

Verifica-se que as crianças menores de um ano são mais suscetíveis a complicações dos sinais e sintomas respiratórios levando a necessidade de hospitalização. Para Bonfin *et al.* (2011), o sistema imunológico das crianças é bastante vulnerável, pois apenas a partir do segundo mês de vida iniciam-se a

produção de anticorpos. Por possuírem o sistema imunológico imaturo, a criança recebe proteção contra diversas doenças infecciosas através dos anticorpos maternos adquiridos durante a vida intrauterina e, ainda, pelo aleitamento materno. Diante da fragilidade imunológica, apresentam sistema respiratório caracterizado pela imaturidade das estruturas respiratórias, o que predispõe a criança às infecções.

Na pergunta sobre hospitalizações, 31,4% referiram que a criança já havia permanecido hospitalizada antes por doença respiratória, e 68,6% tratava da primeira hospitalização. As complicações, geralmente, demandam atendimento hospitalar e neste caso, as infecções de via aérea inferior (IVAI) são as que mais requerem hospitalizações. Pela sua gravidade, podem aumentar os índices de mortalidade (BOTELHO *et al.*, 2003).

Outro fator investigado, de grande importância, foi a imunização das crianças hospitalizadas, em que 78,4% estavam com as vacinas em dia. A imunização é considerada uma das ações que contribuem para a redução da mortalidade infantil. Em 2014, no município de Guarapuava, 97,2% das crianças menores de um ano estavam com a carteira de vacinação em dia (PORTALODM, 2015).

Tabela 5 – Número de pessoas que residem com as crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava-PR, 2015

	N	%
Quantas pessoas moram na mesma casa?		
	3	15
	4	16
	5	07
	6	12
	7	01
	Total	52
		29,4%
		31,4%
		13,7%
		23,5%
		2,0%
		100%
Divide o quarto com quantas pessoas?		
	1 Pessoa	08
	2 Pessoas	40
	3 Pessoas	03
	Total	52
		15,7%
		78,4%
		5,9%
		100%

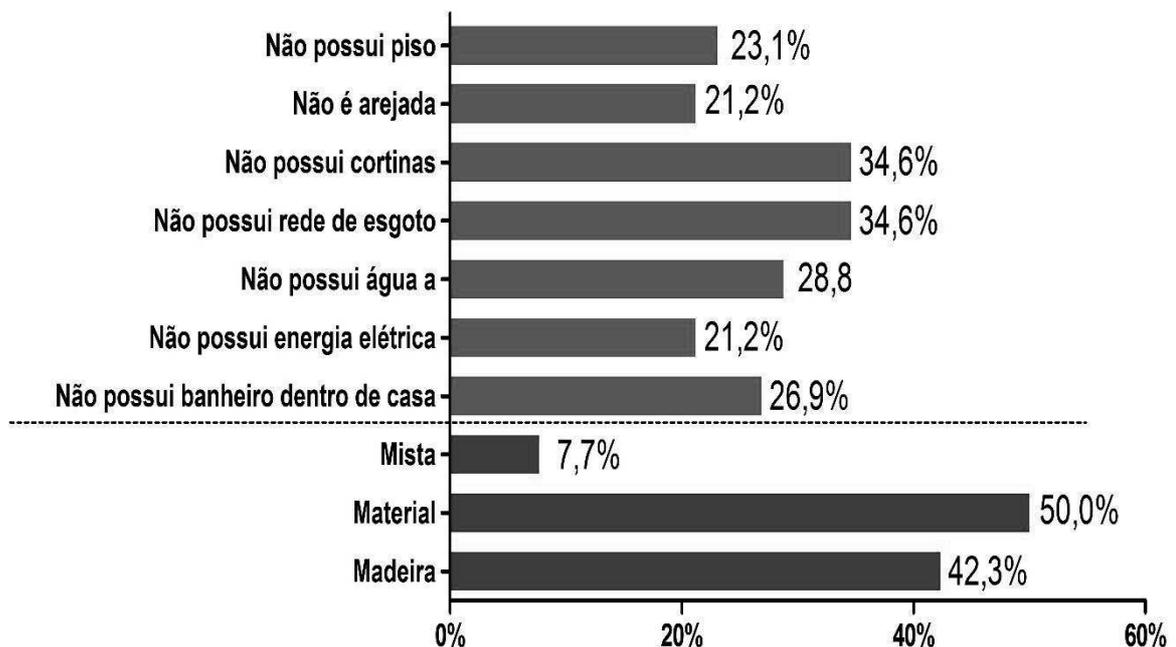
FONTE: A autora.

Na tabela 5, evidencia-se que as crianças hospitalizadas residem com mais de três pessoas e dividem os quartos com pelo menos duas pessoas. Este fato pode promover a propagação dos sintomas respiratórios entre as pessoas que convivem

no mesmo domicílio, por passarem muitas horas dentro do mesmo ambiente (KYLE, 2011).

Uma pesquisa elaborada por Caetano *et al.* (2002), foi possível observar que, para cada indivíduo a mais por cômodo servindo de dormitório, a associação com a internação da criança foi elevada em 1,1 vez.

Gráfico 3 – Caracterização da moradia das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015.



FONTE: A autora.

Em relação às condições de moradia, 21,2% dos domicílios dos entrevistados não possuía rede elétrica, 34,6% não possuíam rede de esgoto, 28,8% não possuíam abastecimento de água e em 26,9% não existe banheiro no interior da residência.

Quanto ao tipo de moradia evidenciado nessa população, a metade (50%) era construída com material de alvenaria, concordando com dados que citam uma redução nas moradias construídas com materiais aproveitados (MONTEIRO; NAZARIO, 2000).

O abastecimento de água potável, o esgoto sanitário e a coleta de resíduos são alguns serviços que melhoram a qualidade de vida das comunidades. Em Guarapuava no ano de 1991, 76,7% dos moradores urbanos tinham acesso à rede de água geral

com canalização em pelo menos um cômodo. Em 2010, esse percentual passou para 97,2%. Em 1.991, 43,2% dos moradores urbanos tinham acesso à rede de esgoto adequada (rede geral ou fossa séptica), passando para 69,0% em 2.010 (PORTALODM,2015).

5.3 PRINCIPAS DIAGNÓSTICOS DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS ENTRE AS CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS HOSPITALIZADAS EM GUARAPUAVA

Os dados desse estudo indicam que o diagnóstico médico mais encontrado para hospitalização foi a pneumonia (78,8%), o que encontra-se evidenciado na Tabela 6. Em Guarapuava, conforme o DATASUS (2015), houveram 295 casos de hospitalização por pneumonia em crianças menores de cinco anos no ano de 2015.

Tabela 6 – Diagnósticos encontrados nas crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – 2015

		N	%
Diagnósticos encontrados	PNEUMONIA	41	78,8%
	BRONQUIOLITE	4	7,6%
	BRONQUITE	3	5,7%
	SINUSITE	2	3,8%
	LARINGITE	2	3,8%
	Total	52	100%

FONTE: A autora.

Primeiramente, vale ressaltar que o clima predominante na região de Guarapuava é moderado, subtropical, úmido com invernos com geadas e até neve. A temperatura média anual é de 16,8°C. A média máxima é 36°C e a mínima de 6,8°C. É considerada a região mais chuvosa do Estado, com aproximadamente 4.000mm anuais (MINEROPAR, 2005), o que explica o surgimento consequente de doenças sazonais, especificamente as respiratórias.

Os fatores responsáveis pelo maior desenvolvimento de vírus e bactérias nessa época do ano são diversos, sendo o frio um dos principais responsáveis pela disseminação desses microrganismos. No inverno, as alergias respiratórias pioram muito devido às infecções virais frequentes, ao aumento da poluição ambiental, às

constantes e bruscas mudanças climáticas, ao ar seco e ao fato de que casacos e cobertores são retirados dos armários depois de muito tempo guardados (OMS, 2015).

Para um melhor entendimento do diagnóstico mais evidenciado, cita-se a definição de Kyle (2011) quanto ao conceito de pneumonia. Trata-se da inflamação do parênquima pulmonar causada por vírus, bactérias, micoplasmas ou fungos. A pneumonia também pode ser causada por aspiração de corpos estranhos para as vias respiratórias inferiores (pneumonia de aspiração). As pneumonias são mais comuns no inverno e no início da primavera. Embora sejam comuns nas crianças, as pneumonias são diagnosticadas mais comumente em lactentes e infantes. Os vírus são as causas mais comuns de pneumonia entre os lactentes, mas são os agentes etiológicos menos frequentes nos pré-escolares. A pneumonia viral geralmente é mais bem tolerada pelas crianças de todas as idades. As crianças com pneumonia bacteriana tem maior tendência a demonstrar aspecto toxêmico, mas em geral há recuperação rápida se o tratamento antibiótico for iniciado imediatamente.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em maio de 2008, publicou a epidemiologia e etiologia da pneumonia na infância e estimou a incidência da pneumonia no mundo, considerando o estudo de Rudan *et al.* (2000). Constatou-se que a incidência média estimada para países em desenvolvimento é de 0,28 episódios por criança, equivalente ao total de 151,8 milhões de casos novos de pneumonia por ano, no mundo. Essa estimativa é importante para o planejamento de ações de promoção e prevenção da saúde das crianças por meio de vacinação e a necessidade de antibiótico em tempo hábil e suficiente (ARANHA, 2011).

O Brasil é um dos países com maior número de casos anuais de pneumonia em menores de cinco anos, com incidência estimada de 0,11 casos por criança/ano. Destas, 30 a 50% das consultas ambulatoriais, mais de 50% das hospitalizações e de 10 a 15 % dos óbitos são atribuídos as infecções respiratórias agudas, sendo que 80% às pneumonias (CARDOSO, 2010).

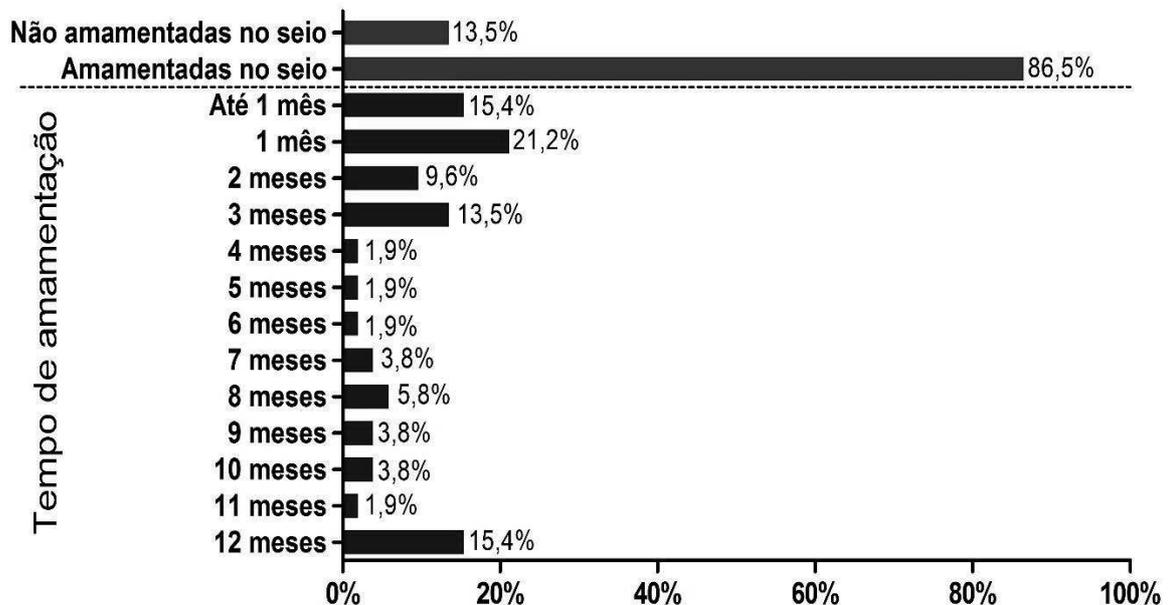
Nesse contexto, a pneumonia por sua vez é, entre todas as afecções respiratórias, a mais frequente, pois constituiu causa de hospitalização para crianças. Uma pesquisa realizada por Fiterman *et al.* (2002) constatou que no estado do Rio Grande do Sul, aproximadamente 30,4% das consultas pediátricas nos meses de inverno são motivadas por doenças respiratórias. Do mesmo modo, a análise das causas que contribuem para a mortalidade na infância mostra que após as afecções originárias no período perinatal, as pneumonias constituem-se como a maior causa

de óbitos. Elas representam cerca de 11,6% do total de mortes na faixa etária menor de um ano, e 16,1% na faixa etária de um a quatro anos de idade.

5.4 ALEITAMENTO MATERNO COMO MEDIDA DE PREVENÇÃO PARA AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA

O gráfico 4 a seguir mostra que 86,5% das crianças hospitalizadas foram amamentadas, por outro lado, 21,2% dessas estiveram com aleitamento materno somente durante o primeiro mês de vida.

Gráfico 4 – Tempo de amamentação das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015.



FONTE: A autora.

Em relação ao aleitamento materno, os achados da presente pesquisa corroboram com a recomendação do Ministério da Saúde de que o período entre o nascimento e os dois anos de idade é crucial para a promoção do crescimento, da saúde e desenvolvimento da criança (BRASIL, 2005). O aleitamento materno é uma ferramenta privilegiada para assegurar às crianças os melhores resultados possíveis e transitar com êxito esse período tão vulnerável da vida, de maneira a contribuir com um melhor desempenho nas etapas seguintes, auxiliando, também, na prevenção de doenças na infância e na idade adulta.

A criança que não recebeu aleitamento materno no peito apresenta uma chance 1,7 vez maior de apresentar asma/bronquite do que as que foram amamentadas. Outros estudos também mostraram que o aleitamento natural é um fator de proteção para as infecções respiratórias (ODDY *et al.*, 2003).

A literatura relata que as mães têm, geralmente, algumas noções das vantagens do aleitamento materno e referem doenças maternas ou da criança e o trabalho fora de casa como problemas em relação à manutenção do mesmo. Porém, apontam como relevantes os problemas relacionados à “leite fraco”, “falta de leite”, problemas mamários e a recusa da criança em pegar o peito. Razões essas, que talvez se devam ao fato de a mulher de hoje ter uma vivência mais ansiosa e estressante estando relacionada com a falta de um apoio cultural que havia nas sociedades tradicionais, nas quais as avós transmitiam às mães orientações e um treinamento das mesmas em relação ao aleitamento, motivando-as para tal (GIUGLIANI, 2000).

5.5 FATORES DESENCADEANTES DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA

Na Tabela 7 verifica-se que apenas 34,6% crianças menores de cinco anos conviviam no mesmo domicílio com pessoas fumantes.

Tabela 7 – Número de fumantes e animais de estimação nas residências das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doenças respiratórias. Guarapuava – PR, 2015.

	N	%
Alguns dos moradores é fumante?	Não	34 65,4%
	Sim	18 34,6%
	Total	52 100%
Possui animal de estimação?	Não	16 30,8%
	Sim	36 69,2%
	Total	52 100%
Se sim, quantos animais?	00	11 21,2%
	01	15 28,8%
	02	13 25,0%
	03	04 7,7%
	04	02 3,8%
	05	03 5,8%
	07	02 3,8%
	10	01 1,9%
	11	01 1,9%
	Total	52 100%
Se sim, onde os animais ficam a maior parte do tempo	Fora de casa	39 95,1%
	Dentro de Casa	02 4,9%
	Total	41 100%

FONTE: A autora

Os resultados mostram que conforme estudo de Bogaer *et al.* (2004) os principais fatores predisponentes para infecção respiratória são: frequência à creche, fumo passivo, filhos de mães de baixa escolaridade, aglomeração e interrupção precoce do aleitamento materno. Lactentes com estes fatores têm chance aumentada de apresentar doenças respiratória. Outro estudo, realizado por Lopes; Berezin (2009) analisou recém-nascidos mensalmente durante o primeiro mês de vida e demonstrou as associações entre a doença respiratória e presença de fumantes e crianças menores de cinco anos no domicílio, são fatores de risco de grande importância.

A fumaça domiciliar do tabaco é o mais comum poluidor do ar doméstico, podendo variar sua concentração de acordo com o número de fumantes do domicílio e do número de cigarros fumados dentro de casa, estando associada a vários desfechos desfavoráveis à saúde infantil (GONÇALVES, 2006). Apesar da evidência de que o fumo passivo aumenta a incidência das infecções respiratórias e de já terem sido criadas leis (Lei nº 12.546 de 2011) proibindo o fumo em alguns locais públicos, são elevadas as taxas de exposição de crianças ao tabagismo passivo no Brasil. Com isso, um grande número de crianças continua sendo exposto ao tabagismo domiciliar.

Segundo o Ministério da Saúde, a absorção da fumaça do cigarro por aqueles que convivem em ambientes fechados com fumantes causa em bebês, um risco cinco

vezes maior de morrerem subitamente sem uma causa aparente (Síndrome da Morte Súbita Infantil); maior risco de doenças pulmonares até um ano de idade, proporcionalmente ao número de fumantes em casa e em crianças, maior frequência de resfriados e infecções do ouvido médio; risco maior de doenças respiratórias como pneumonia, bronquites e intensificação da asma (BRASIL, 2009).

Os resultados evidenciam também que a maioria das crianças (69,2%) possuem animais de estimação, e que dentre esses 95,1% permanecem a maior parte do tempo fora de casa. Em alguns estudos, o convívio com animal de estimação pode ser considerado um possível fator de risco para infecções do trato respiratório comuns na infância (BERGROTH *et al.*, 2012). Entretanto, o estudo realizado pelos referidos autores, avaliando 397 crianças que nasceram na Finlândia, entre setembro de 2002 a maio e 2015, sugere que o contato dos animais de estimação com as crianças, podem ter um efeito protetor sobre infecções do trato respiratório durante o primeiro ano de vida.

5.6 O CMEI COMO POSSÍVEL AMBIENTE PARA PROPAGAÇÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA

Na tabela 8 nota-se que do total de crianças hospitalizadas, a grande maioria (80,8%) não frequentavam a creche. Contudo, são considerados importantes fatores de risco para as infecções respiratórias estar frequentando e o tempo de permanência na creche, o tamanho da sala de aula e aglomeração (PEDRAZA *et al.*, 2014).

Tabela 8 – Número de crianças que frequentam Instituições de Educação Infantil. Guarapuava – PR, 2015.

		N	%
A criança frequenta escola/creche	Não	42	80,8%
	Sim	10	19,2%
	Total	52	100%
Se sim, qual o nome da instituição?	CMEI VILA BELA	02	3,8%
	CMEI VILA CARLI	02	3,8%
	TIA FELICIDADE	01	1,9%
	ESCOLA VITAL BRASIL	01	1,9%
	SONHO ENCANTADO	01	1,9%
	COLÉGIO INTEGRAÇÃO	01	1,9%
	BIMBO	01	1,9%
	APAE	01	1,9%
	Total	10	100%
	Se sim, em qual bairro é localizada a escola/creche	Não frequenta	42
VILA BELA		02	3,8%
VILA CARLI		02	3,8%
LINDOURO		01	1,9%
CENTRO		03	5,8%
BONSUCESSO		01	1,9%
SANTA CRUZ		01	1,9%
Total		10	100%
Se não frequenta escola/creche, quem fica/cuida da criança?	Frequenta Creche/Escola	10	19,2%
	Mãe	41	78,8%
	Pai	01	1,9%
	Total	42	100%

FONTE: a autora.

Os motivos pela não frequência à creche não foram evidenciados na pesquisa, porém esse fator pode ser suposto pela falta de vagas nos CMEIs do município de Guarapuava, os quais estavam aquém das necessidades. Segundo a SUBPLAN (2015), o número de vagas em 2014 nas creches do município era de 1876 para uma população de 10098 crianças com idade de zero à cinco anos, representando um déficit de 8222 vagas.

Quanto ao cuidado diário, constatou-se que 80,8% das crianças permanecem em domicílio sob tutela da família, sendo a mãe a cuidadora principal em 78,8% dos casos. O cuidador principal das crianças dentro ou fora do domicílio é a mulher/mãe, recaindo sobre ela a maior responsabilidade desse cuidado, da tomada de decisão em procurar pelos serviços de saúde e de ser o elo entre a saúde dos filhos e da família com os profissionais de saúde (MELO, 2010). Contudo, na presente investigação, diferentemente do apresentado em outros trabalhos, a hospitalização da criança não esteve associada à frequência de creche.

A aglomeração de crianças em creches, com exposição a agentes infecciosos, é um fator de risco e tem forte influência no fator de risco quanto ao adoecimento infantil por doenças respiratórias. Portanto, as educadoras das creches necessitam receber orientações quanto aos cuidados de ordem epidemiológica, a fim de minimizar os riscos à saúde das crianças, promovendo práticas preventivas no âmbito escolar (MARTINS; VERÍSSIMO, 2006). Crianças que frequentam a creche apresentam uma prevalência de duas a 12 vezes maior e que o risco de adoecer por infecção respiratória aguda pode passar de três para cinco quando a permanência em instituições se eleva de 15 para 50 horas semanais (SEGALL-CORRÊIA, 2002).

O resfriado costuma ser a causa mais frequente de falta à escola entre as crianças. Isso acontece devido à aglomeração dos pequenos, que ainda não têm o sistema imunológico bem desenvolvido, em um ambiente fechado. As crianças geralmente se contagiam a partir de outras crianças. Quando uma nova cepa viral é introduzida em uma escola ou creche, ela se espalha rapidamente por toda a classe, já que ambientes fechados e ventilação reduzida facilitam a transmissão dos vírus, que ficam suspensos no ambiente por até 24 horas (OMS, 2015)

As infecções respiratórias constituem problemáticas importantes nas crianças institucionalizadas em creches, sendo a frequência à creche um fator importante no desenvolvimento dessas doenças. Tal fato pode estar relacionado a características biológicas inerentes à criança (idade), assim como a aspectos relacionados à creche (aglomeração e condições higiênicas) e as condições socioeconômicas das famílias (renda familiar e a escolaridade materna) nas quais estas crianças estão inseridas (PEDRAZA *et al.*, 2014)

Nesse contexto, a solução para estes problemas perpassa uma complexa rede de fatores, que incluem melhorias nas condições socioeconômicas, no saneamento básico e na infraestrutura das creches. Ainda, é de se considerar a importância dos programas de educação em saúde, que forneçam aos funcionários das creches e à comunidade, os conhecimentos necessários para uma melhor assistência à criança. Tais ações podem contribuir para melhoria da saúde da população infantil, reduzindo os custos do Estado e das famílias com assistência médica, assim como o sofrimento humano relacionado à doença e, eventualmente, a morte (PEDRAZA *et al.*, 2014).

Por sua vez, o nível educacional constitui um aspecto importante no combate de doenças infectocontagiosas, na medida em que possibilita uma melhor

compreensão destas, das formas de transmissão e de sua prevenção (VISSER *et al.*, 2011).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO – 2ª ETAPA

6.1 CARACTERIZAÇÃO DAS EDUCADORAS

A população dessa etapa foi composta por 19 profissionais do sexo feminino, que exercem o cargo de educadora infantil, realizando todas as atividades educativas e de cuidado durante oito horas diárias ou até mais, dependendo da necessidade da mãe em deixar seu filho no CMEI.

A faixa etária predominante das educadoras estava entre 25 a 35 anos (42,1%), e entre 36 à 46 anos (57,8%), a maioria (78,9%) eram casadas ou moravam com companheiros. Todas ocupavam o cargo de educadoras infantil na instituição.

No aspecto escolaridade, 17 tinham formação em Pedagogia e duas em Magistério. E o tempo de formação é mostrado no Gráfico 5 e observa-se que a maior proporção (81,81%) tinham de um à três anos de formação.

Constatou-se também que o tempo de experiência profissional em Educação Infantil da maioria das participantes era de um a sete anos (78,9%), 15,7% com mais de 15 anos e apenas uma (5,2%) com sete meses de experiência. Todas possuem vínculo através de concurso público, com renda mensal de três a quatro salários. Nenhuma delas relatou outro vinculo profissional até o momento da coleta.

6.2 CATEGORIAS TEMÁTICAS

O agrupamento dos temas identificados nos depoimentos das educadoras durante a entrevista em grupo levou à divisão de quatro categorias: (1) conhecimentos das educadoras de um CMEI sobre doenças respiratórias na infância, (2) repercussão da criança com doença respiratória frequentando o CMEI, (3) atitudes e práticas de atenção às crianças com doença respiratória no âmbito do CMEI, (4) família e educadoras compartilhando o cuidado à criança com doença respiratória.

6.2.1 Categoria 1 – Conhecimentos das educadoras de um CMEI sobre doenças respiratórias na infância

Os depoimentos que compuseram esta categoria 1 estão apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 – Descrição dos depoimentos que compuseram a categoria 1

IDEIA PRINCIPAL	DEPOIMENTOS
As educadoras citaram as doenças de origem alérgica tais como sinusite, rinite e bronquite, assim como a gripe e a pneumonia.	<p>[...] Bronquite, Sinusite, rinite... todas as “ites” (G1-F2).</p> <p>[...] Pneumonia, bronquite, gripe... H1N1 (G2-F1).</p> <p>[...] Quando a criança chega tem aquele ronco no peito... essa criança deve de tá com pneumonia (G2-F4).</p>
Os sintomas citados foram coceira nos olhos e no nariz, coriza e congestão nasal, dor de garganta, tosse, dispneia, roncamentos e sibilos, febre, vômitos e diarreia, falta de apetite, fala anasalada, halitose. A febre foi apontada com o sinal mais alarmante, em especial, devido ao risco para convulsão.	<p>[...] Dai você acaba indo aferir e vê realmente que a criança tá em estado febril, e depois ela começa... o nariz, os olhos começam a sair lágrimas, você acaba percebendo que alguma coisa vai dar... de vez em quando estão quietos e dá uma diarreia, fala que tá doendo a barriga, que tá doendo o peito, que tá doendo a garganta, o ouvido.... (G2-F2)</p> <p>[...] Febre, nariz escorrendo, peito “roncando”, dor de garganta, tosse...(G1-F1).</p> <p>[...] Tosse, coriza, nariz trancado (G2-F7)</p> <p>[...] Às vezes vai comer e dá vômito, aquela tosse...(G2-F3)</p> <p>[...] Também quando come né...(G2-F1)</p> <p>[...] Tem o falar “fanhoso” assim né...(G2-F1)</p> <p>[...] Até o hálito que volta da boquinha deles é diferente (G2-F1). [...] Tem um cheirinho...(G2-F1)</p> <p>[...] Febre... garganta e o nariz tá sempre escorrendo (G1-F3).</p> <p>[...] Quando começam os sintomas de nariz escorrendo, o olho... a respiração ofegante... (G1-F3).</p> <p>[...] A tosse, muita tosse...(G1-F2).</p> <p>[...] Tranca o nariz, dor de garganta, febre alta, tosse, muita tosse, uma tosse assim mais seca (G1-F4).</p>

Fonte: A autora.

Quadro 1 – Descrição dos depoimentos que compuseram a categoria 1 (Continuação).

IDEIA PRINCIPAL	DEPOIMENTOS
As educadoras se reconhecem capazes de identificar os sinais e sintomas de doenças respiratórias nas crianças.	<p>[...] mas acho que o primeiro sintoma que a gente vê é eles ficando muito quietos (G2-F2)</p> <p>[...] e a gente que tá em sala com eles conhece quando eles não estão bem ..(G2-F4)</p> <p>[...] A primeira coisa que a gente vê... eles ficam muito quietos... a gente já fala... tá com febre... vamos aferir pra ver (G2-F2).</p> <p>[...] você já pega na criança e já vê que tá quente (G1-F1).</p>
As educadoras reconheceram as condições precárias no ambiente do CMEI como fator de risco para a propagação de doenças respiratórias entre as crianças.	<p>[...] O ambiente... aqui na parte de cima o ambiente não é nenhum pouco propício para atender as crianças... até pra nós...eu vivo doente, tive broncopneumonia e atingiu até meu pulmão... quando a gente sai lá pra fora a gente respira melhor, aqui na parte de cima é muito velho e a gente sente... e as crianças também...(G1-F1).</p> <p>[...] São vários fatores que dificultam o cuidado como a falta de ventilação; é muita criança, e só uma janela aqui em cima...(G1-F6).</p> <p>[...] A hora que dorme, ficam todos um do lado do outro [...] Eles não tem um lugar adequado para dormir...(G1-F5).</p> <p>[...] O colchonete fica em cima do piso frio, dai eles (crianças) dormem e ficam gelados [...] No inverno aqui você sente o piso frio mesmo de calçado, a gente sente um “gelo” no pé... imagina uma criança no</p>

	<p><i>colchonete...tudo isso influencia, e chega a molhar o colchonete por causa do material (G1-F3).</i></p> <p><i>[...] Mais arejado, porque a nossa sala aqui é bem abafada, não tem ventilação (G2-F5).</i></p> <p><i>[...] Nem ventilador eu tenho (G2-F3).</i></p> <p><i>[...] As janelas são pequenas (G2-F6).</i></p> <p><i>[...] Tem crianças que vem no verão cheia de roupas e no inverno vem sem roupas (G2-F7).</i></p> <p><i>[...] Salas novas, salas mais arejadas, lugar mais adequado para o sono (G1-F2).</i></p> <p><i>[...] Quanto as nossas instruções sobre essas doenças a gente sabe o que a gente tem que fazer de imediato... o problema mesmo é o espaço físico (G1-F7).</i></p> <p><i>[...] No verão até passa... mas mesmo assim é muito abafado aqui... e o ventilador está estragado (G1-F8).</i></p> <p><i>[...] Deveria ter um ambiente mais adequado para eles dormirem, que fosse ventilado, um mais longe do outro na hora do sono, colchonete com proteção para não “gelar” eles (G1-F5).</i></p> <p><i>[...] Higiene, acho que ela ajuda que essas doenças acabem (G2-F2).</i></p> <p><i>[...] Ambiente arejado, falta janelas (G2-F4).</i></p>
--	---

Fonte: A autora

Entre as doenças respiratórias comuns na infância, as entrevistadas citaram aquelas de origem alérgica tais como sinusite, rinite e bronquite, assim como a gripe e a pneumonia. Portanto, verificou-se que as doenças mais citadas por elas são as de grande relevância no perfil de morbimortalidade da população infantil. Corroborando com os resultados de um estudo realizado em duas creches universitárias na cidade de São Paulo, com o objetivo de identificar os conhecimentos e práticas das trabalhadoras relativos aos agravos respiratórios na infância, no qual foram citados diversos agravos, entre eles, bronquite, rinite, gripe, pneumonia, resfriado e asma, além de dor de garganta, nariz entupido, tosse e coriza (ALVES; VERÍSSIMO, 2006).

As infecções respiratórias agudas na infância constituem um grupo de doenças com elevada magnitude, responsáveis por cerca de 25% a 33% da mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, principalmente entre as crianças menores de cinco anos de idade (FIGUEROA PEDRAZA *et al.*, 2014).

Os pré-escolares são mais susceptíveis à aquisição de doenças, devido, sobretudo, às características anatômicas e fisiológicas, à imaturidade do sistema imune e ao rápido crescimento (FIGUEROA PEDRAZA *et al.*, 2014; SERRA, 2014). Além dessas características biológicas inerentes à idade, os aspectos relacionados à creche (aglomeração, higiene e infraestrutura) e as condições socioeconômicas das famílias (renda familiar e escolaridade materna) são fatores importantes na susceptibilidade das crianças à essas doenças (FIGUEROA PEDRAZA *et al.*, 2014).

Em média, ocorrem cinco a oito episódios de infecção respiratória aguda (IRA) ao ano, geralmente em vias aéreas superiores de etiologia viral. Entretanto, a infecção por vírus pode facilitar a aderência e migração de bactérias provenientes do trato respiratório superior para o trato inferior, favorecendo a ocorrência de complicações, como a pneumonia (ALVES; VERÍSSIMO, 2006).

Os sintomas e sintomas das doenças respiratórias citados pelas entrevistadas foram coceira nos olhos e no nariz, coriza e congestão nasal, dor de garganta, tosse, dificuldade para respirar, roncos e sibilos, febre, vômitos e diarreia, falta de apetite, fala anasalada e halitose. Dessa forma, no que diz respeito à identificação de sinais e sintomas, é possível notar que as educadoras reconhecem aqueles que são específicos de problemas respiratórios.

Na presente pesquisa, a febre foi o sinal mais frequentemente lembrado como de gravidade, em especial, devido ao risco para convulsão. Ao contrário dos resultados encontrados no estudo de Alves e Veríssimo (2006), no qual apesar do reconhecimento da febre como sinal de gravidade, na maioria das vezes nos casos de baixa temperatura sua presença não foi considerada fundamental para que um problema respiratório seja notado.

Cabe destacar que, na análise desta categoria, foi possível perceber que as experiências pessoais e no cotidiano profissional influenciaram as respostas dadas, pois houve referências a casos vivenciados no CMEI, e também a doenças que acometem ou acometeram os filhos ou outros familiares.

Evidenciou-se que as entrevistadas se consideram capazes de identificar os sinais e sintomas de doenças respiratórias nas crianças, conforme ilustram as falas abaixo:

[...] a gente que está em sala com eles conhece quando eles não estão bem (G2-F4).

[...] a primeira coisa que a gente vê é que eles ficam muito quietos. A gente já fala “está com febre”, vamos aferir para ver (G2-F2).

[...] você já pega na criança e já vê que está quente (G1-F1).

A detecção precoce de sinais e sintomas, principalmente os sinais de gravidade, assim como o manejo adequado dos principais agravos constituem medidas apropriadas de prevenção e controle das IRA na infância, portanto, é recomendado que todos os educadores infantis saibam identificá-los (MARTINS;

VERÍSSIMO, 2006). Para as autoras citadas anteriormente, a implementação dessas medidas depende dos conhecimentos que sustentam as práticas de cuidado no domicílio e em outros locais, como as creches, onde as crianças permanecem a maior parte do dia.

No entanto, as entrevistadas apontaram as condições precárias no ambiente do CMEI como fator de risco para a propagação de doenças respiratórias entre as crianças, como expressam as seguintes falas:

[...] São vários fatores que dificultam o cuidado como a falta de ventilação; é muita criança, e só uma janela aqui em cima (G1-F6).

[...] O colchonete fica no piso frio, eles (crianças) dormem e ficam gelados. No inverno aqui você sente o piso frio mesmo de calçado, a gente sente um “gelo” no pé. Imagina uma criança no colchonete! Tudo isso influencia. E chega a molhar o colchonete por causa do material (G1-F3).

Esse achado é semelhante ao estudo de Alves e Veríssimo (2006), no qual as participantes apontaram como causas para os problemas respiratórios: o ambiente (local fechado, pó/poeira, poluição, clima, vento, umidade e perfumes fortes), a suscetibilidade individual (transmissão viral ou bacteriana, choque térmico, resistência da criança) e o modo de vida da criança e de sua família (cigarro, estresse emocional, cuidado familiar).

Uma revisão sistemática, com o intuito de analisar a prevalência e os fatores associados ao desenvolvimento de doenças infectocontagiosas que acometem crianças em creches, evidenciou que os estudos sobre infecções respiratórias se mostraram bastante análogos quanto à magnitude do problema e seus determinantes (FIGUEROA PEDRAZA *et al.*, 2014).

Ademais, os autores supracitados constataram que as altas frequências de infecções respiratórias estiveram associadas ao tempo que as crianças permanecem no CMEI e suas características estruturais que favorecem a aglomeração. Esses fatores, portanto, sintetizam a influência do CMEI como ambiente responsável por episódios rotineiros e repetidos de infecções respiratórias das vias aéreas na infância.

6.2.2 Categoria 2 – Repercussão da criança com doença respiratória frequentando o CMEI

Os depoimentos que compuseram esta categoria estão apresentados no Quadro 2.

Quadro 2 – Descrição dos depoimentos que compuseram a categoria 2

IDEIA PRINCIPAL	DEPOIMENTOS
Apesar da presença da doença respiratória, é comum as crianças continuarem frequentando o CMEI, fato que, na opinião das educadoras, pode favorecer a transmissão da doença.	<p>[...] Vai passando o vírus para os outros...(G1-F4).</p> <p>[...] Mas a primeira coisa que o médico pergunta é se a criança vai para o CMEI (G1-F4).</p> <p>[...] Daí a mãe traz a criança no outro dia mesmo a criança estando doente, sem receita, sem remédio, porque aqui a gente só dá remédio com receita (G2-F2)</p>
Para as educadoras, o fato da criança com doença respiratória continuar frequentando o CMEI pode levar ao agravamento do quadro clínico com consequente hospitalização da criança.	<p>[...] A criança continua vindo e daí quando a mãe leva já tem que internar (G2-F8).</p> <p>[...] daí às vezes a criança não vai no médico, ela continua vindo, daí quando a mãe leva já tem que internar...(G2-F2).</p> <p>[...] E as vezes passam 15 dias e as crianças estão tomando antibiótico de novo [...] Muito antibiótico vai fazer mal pra criança né (G1-F6).</p>

Fonte: A autora.

Quadro 2 – Descrição dos depoimentos que compuseram a categoria 2 (Continuação).

IDEIA PRINCIPAL	DEPOIMENTOS
Para as educadoras, uma criança doente no CMEI gera insegurança e medo devido à falta de conhecimento sobre o cuidado que deve ser prestado.	<p>[...] A gente fica insegura (G2-F2)</p> <p>[...] Peguei uma criança com convulsão, era o tempo todo eu olhando naquela menina, a mãe chegou pra nós e disse... ela não pode ficar nervosa, não pode ter febre porque ela tem convulsão, parecia que ela estava num vidro... fiquei tensa, não sabia como agir [...] e mesmo que a convulsão tivesse dado aqui dentro do CMEI a gente não ia poder fazer nada (G1-F7).</p> <p>[...] já dá medo... que seja uma coisa grave (G2-F5).</p> <p>[...] Na hora do sono... quando eles estão dormindo, começam a tossir muito, a gente fica com medo que seja alguma coisa, que eles fiquem sem respirar... dê alguma reação e a gente não saiba o que fazer (G2-F2).</p> <p>[...] Na nossa sala tem um menino que ronca bastante na hora de dormir... (G2-F2) [...] o que eu tenho medo é quando dorme...ronca bastante na hora de dormir... falam daquela convulsão, eu morro de medo daquilo, não sei como lidar... se você sai... por exemplo, se tá na hora do sono e deixa as crianças sozinhas e sai correndo ou se tu chama ajuda, a gente não sabe como proceder nesses casos...(G2-F2).</p> <p>é horrível, porque a gente não sabe como lidar, não tem como fazer (G2-F2)</p> <p>[...] E se der alguma coisa errada a culpa é sempre da professora...(G1-F10).</p>

<p>As educadoras reconhecem a dificuldade de lidar com uma criança doente no CMEI, em virtude da sobrecarga gerada ao ter que dividir a atenção com as demais crianças da sala.</p>	<p><i>[...] porque é uma responsabilidade a mais pra gente, nós temos todas as crianças da sala, daí você tem um medicamento certo no horário certo, e aquela criança já não tá muito boa, a gente já vê a carinha dela... a gente entende que a mãe tem que trabalhar, mas é muita responsabilidade pra gente (G1-F9).</i></p> <p><i>[...] E a gente não pode dar atenção especial só para aquela criança, a gente tem uma visão, mas temos outras crianças também para cuidar...(G1-F11).</i></p> <p><i>[...] E quando estão doentes querem mais atenção...(G1-F4).</i></p> <p><i>[...] Semana passada tínhamos 4 crianças com medicação, daí tínhamos que colocar o relógio pra despertar porque era muita medicação, o tempo inteiro medicação, com pneumonia, com sinusite... eles (crianças) não ficam em casa (G2-F2).</i></p> <p><i>[...] Responsabilidade, dar o remédio sempre na hora certinho, porque são várias crianças e mais as coisas que a gente tem que fazer (G2-F8)</i></p> <p><i>[...] A criança fica muito debilitada, fica “amuadinha” e a gente tem que fazer a rotina. [...] E eles querem colo. Você não consegue dar aquele carinho que a criança necessita e ela acaba ficando de ladinho infelizmente [...] Não tem como deixar a criança sozinha no outro quarto, daí ela acaba ficando quietinha de ladinho (G2-F3).</i></p> <p><i>[...] Não depende só da gente né (G2-F6).</i></p>
<p>Necessidade da presença de um profissional de saúde e/ou de espaço reservado para as crianças doentes.</p>	<p><i>[...] Precisava ter uma enfermeira aqui (G2-F1).</i></p> <p><i>[...] E de repente um local pra deixar essas crianças também, um local com uma pessoa cuidando, um local destinado para os adoentados, que não tivesse contato com as outras crianças, porque eu não sei se essa pneumonia passa, se é vírus ou o que que é (G2-F2).</i></p> <p><i>[...] A gente não tem condições de receber esse tipo de criança aqui... a menina tinha que andar agarrada comigo, não podia soltar da mão da menina... o ambiente não é adequado, tive dificuldades... morria de medo de acontecer alguma coisa com ela (G1-F7)</i></p>

Fonte: A autora

Verificou-se que é comum as crianças continuarem frequentando o CMEI, apesar da presença de sinais e sintomas de doença respiratória, o que, na opinião das entrevistadas, pode favorecer a transmissão da doença, como nas falas abaixo:

[...] vai passando o vírus para os outros (G1-F4).

[...] a primeira coisa que o médico pergunta é se a criança vai para o CMEI (G1-F4).

Em decorrência das transformações socioeconômicas ocorridas nas últimas décadas, caracterizada por maior inserção da mulher no mercado de trabalho, é notória a demanda crescente por instituições de assistência integral à criança (FIGUEROA PEDRAZA *et al.*, 2014; SERRA, 2014). Dessa forma, as creches passaram a representar um espaço significativo na vida das crianças menores de cinco anos (ALVES; VERÍSSIMO, 2006).

Ao frequentar as creches, as crianças adoecem mais que as cuidadas exclusivamente em casa, sendo mais prevalentes as doenças infecciosas (FIGUEROA PEDRAZA *et al.*, 2014). Como exemplo, os referidos autores citam que a prevalência de pneumonia entre as crianças usuárias de creches pode ser de duas a 12 vezes maior e o risco de adoecer mais por IRA pode passar de três para cinco quanto maior o tempo de permanência nessas instituições. Essa maior probabilidade de adoecimento surge devido a maior exposição a patógenos, ao contato frequente e próximo com outras crianças e às limitações de cuidados de higiene inerentes à idade (SERRA, 2014). Ademais, a aglomeração diária e prolongada das crianças em locais fechados e sem condições de higiene adequada pode facilitar a disseminação de doenças, conferindo à creche importância epidemiológica na transmissão das IRAs (FIGUEROA PEDRAZA *et al.*, 2014). Nesse sentido, para as entrevistadas, o fato da criança com doença respiratória continuar frequentando o CMEI pode levar ao agravamento do quadro clínico com conseqüente hospitalização da criança, como demonstram as seguintes falas:

[...] às vezes a criança não vai no médico, ela continua vindo, quando a mãe leva já tem que internar (G2-F2).

[...] às vezes passam 15 dias e as crianças estão tomando antibiótico de novo. Muito antibiótico vai fazer mal para criança, né (G1-F6).

As complicações da IRA, por exemplo, as recidivas de otites e a pneumonia, juntamente com o uso indiscriminado de antibióticos nas infecções virais (com o conseqüente aumento da resistência microbiana), além do custo e da rápida disseminação na comunidade, são processos que constituem as doenças respiratórias na infância como um problema de saúde pública (SERRA, 2014).

Uma criança doente no CMEI, segundo as entrevistadas, gera insegurança e medo devido ao despreparo para reconhecer sinais de gravidade e saber como agir em situações de emergência, como nas falas abaixo:

[...] A gente fica insegura (G2-F2).

[...] já dá medo que seja uma coisa grave (G2-F5).

[...] é horrível, porque a gente não sabe como lidar, não tem como fazer (G2-F2).

Em um estudo realizado em duas creches, na cidade de São Paulo, também foi apontado os temores que surgem diante da febre alta, por exemplo (ALVES; VERÍSSIMO, 2006). A prevenção e o adequado manejo das infecções respiratórias no âmbito das creches, portanto, representam um importante desafio sobre o qual trabalhar (SERRA, 2014).

Segundo Martins e Veríssimo (2006), ao afirmarem não saber o que fazer ou que na creche não há o que fazer, as educadoras reforçam a falta de conhecimento acerca da importância dos cuidados que realizam para prevenir e controlar as doenças respiratórias, além de indicar falta de valorização das ações de cuidado em função da compreensão de estarem além de suas competências profissionais.

Numa revisão de literatura, realizada com o intuito de determinar as medidas de prevenção comumente sugeridas por guias ou recomendações oficiais, constatou-se que poucos países contam com tais documentos direcionados para as instituições de educação infantil (SERRA, 2014).

Para as entrevistadas, a presença de uma criança doente no CMEI gera maior responsabilidade e sobrecarga em virtude dos cuidados requeridos por ela além da necessidade de dividir a atenção com as demais crianças da sala, como expressam as falas a seguir:

[...] porque é uma responsabilidade a mais para nós; temos todas as crianças da sala. Você tem um medicamento certo, no horário certo, e aquela criança já não está muito boa, a gente já vê a carinha dela. A gente entende que a mãe tem que trabalhar, mas é muita responsabilidade para nós (G1-F9).

[...] Responsabilidade, dar o remédio sempre na hora certinho, porque são várias crianças e mais as coisas que a gente tem que fazer (G2-F8).

Os achados da presente pesquisa corroboram com o estudo de Martins e Veríssimo (2006), no qual a necessidade de maior atenção à criança doente também foi a dificuldade mais citada pelas participantes quando da ocorrência de agravo respiratório. Além disso, a dificuldade na higiene e na alimentação, a dificuldade para evitar a transmissão e a falta de recursos materiais e humanos foram situações apontadas como barreiras para o cuidado à criança com doença respiratória no âmbito das creches.

Desse modo, as entrevistadas identificaram a necessidade da atuação de um profissional de saúde bem como de um espaço reservado e apropriado para o atendimento às crianças doentes, como nas falas abaixo:

[...] precisava ter uma enfermeira aqui (G2-F1).

[...] e de repente um local para deixar essas crianças também, um local com uma pessoa cuidando, um local destinado para os adoentados, que não tivesse contato com as outras crianças, porque eu não sei se essa pneumonia passa, se é vírus ou o que que é (G2-F2).

A falta de recursos humanos e materiais percebida pelas educadoras, para Martins e Veríssimo (2006), sugere que existe a necessidade de ações de diagnóstico e tratamento específico no âmbito escolar, as quais são de competência dos profissionais de saúde. Ao mesmo tempo, as referidas autoras reforçam que, apesar da ausência desses profissionais nas creches, é possível implementar medidas de proteção à saúde, de maneira sistemática e fundamentada, garantindo o bem-estar infantil.

No estudo de Alves e Veríssimo (2006), a ação mais reportada foi o encaminhamento para a sala da enfermagem para avaliação quando a criança apresenta sinais e sintomas de doenças respiratórias, haja vista que havia profissionais de enfermagem exclusivamente para atendimento nas creches pesquisadas. Este apoio foi visto como tranquilizador e contribuiu para o aumento da confiança das educadoras no cuidado.

6.2.3 Categoria 3 – Atitudes e práticas de atenção às crianças com doença respiratória no âmbito do CMEI

Os depoimentos que compuseram esta categoria estão apresentados no Quadro 3.

Quadro 3 – Descrição dos depoimentos que compuseram a categoria 3.

IDEIA PRINCIPAL	DEPOIMENTOS
A administração dos medicamentos é o cuidado que mais gera medo nas educadoras, principalmente devido à falta de orientação sobre a prescrição médica e uso correto.	<p><i>[...] Tem a bombinha também, eu nunca tinha aplicado e daí veio a mãe e explicou, escreveu, mas a gente fica com insegurança na hora, será que tá fazendo certo (G2-F7)</i></p> <p><i>[...] Semana passada foi a primeira vez que eu tive que jogar aquele “liquidozinho” no nariz da criança, daí a minha colega já tinha feito e eu falei “eu não tô segura pra colocar, porque eu não sei quanto que vai, e daí quando eu tentei eu joguei um monte, daí eu vi que não tá correto o jeito que eu to fazendo, daí ela falou de novo e na terceira ou quarta vez que eu fui conseguir (G2-F7)</i></p>

	<i>[...] A gente se sente insegura, porque é uma coisa que eu nunca fiz nas minhas filhas, nos meus netinhos e daí fazer numa criança que não é minha (G2-F7).</i>
As educadoras afirmaram que não receberam nenhum treinamento específico para o cuidado à criança com sinais e sintomas de doenças respiratórias.	<i>[...] Nos cursos que a gente tem é sempre falado assim de uma maneira mais básica sobre os cuidados com a criança...(G1-F3) [...] É falado, mas não aprofundado...(G1-F3). [...] O ano passado teve cursos de primeiros socorros com os bombeiros que foi bastante importante..., porque eles levantaram a questão da febre...(G1-F5). [...] Nós nunca tivemos orientação nenhuma sobre doenças respiratórias (G2-F2).</i>
Segundo as educadoras, elas aprenderam a cuidar ao longo da prática profissional ou ainda no cuidado pessoal com seus filhos. Houve relato ainda de busca na internet de orientações para o cuidado.	<i>[...] A gente vai convivendo com a prática do dia a dia pra atender as crianças doentes (G1-F11). [...] A nossa experiência é daqui mesmo... perguntando o que as crianças tinham (G2-F4). [...] A gente tem a experiência mais de mãe né (G2-F3). [...] E a gente tem a orientação do médico quando a gente leva nossas crianças (filhos) (G1-F11). [...] E a gente acaba indo na internet, no google e lendo alguma coisa que desperte muito a atenção da gente; tem um aluno assim e eu quero ver como que eu “lido” com esse aluno, com essa situação. (G2-F2).</i>

Fonte: A autora.

Observou-se que a administração dos medicamentos é o cuidado que mais gera insegurança nas entrevistadas, principalmente devido à falta de orientação sobre a prescrição médica e o uso correto, como ilustrado na fala abaixo:

[...] Semana passada foi a primeira vez que eu tive que jogar aquele “liquidozinho” no nariz da criança. A minha colega já tinha feito e eu falei “eu não estou segura para colocar, porque eu não sei quanto que vai”. Quando eu tentei, eu joguei um monte. Eu vi que não está correto o jeito que eu estava fazendo. Ela falou de novo e na terceira ou quarta vez que eu fui conseguir (G2-F7).

As entrevistadas afirmaram que nunca receberam nenhum treinamento específico para o cuidado à criança com sinais e sintomas de doenças respiratórias, representado pela fala abaixo:

[...] nós nunca tivemos orientação nenhuma sobre doenças respiratórias (G2-F2).

Dada a relevância das doenças respiratórias na infância, tornam-se prioritárias ações de educação em saúde que forneçam às educadoras (na formação e na educação continuada) e à comunidade os conhecimentos necessários para definição de metas voltadas à melhoria da qualidade da assistência à criança para prevenção e

controle desses agravos no âmbito das creches (MARTINS; VERÍSSIMO, 2006; FIGUEROA PEDRAZA *et al.*, 2014).

A melhoria dos conhecimentos, atitudes e práticas de atenção por parte das educadoras nas creches com vistas ao reconhecimento de sinais respiratórios simples e de gravidade é apontada como ação imprescindível para o manejo adequado das IRAs (ALVES; VERÍSSIMO, 2006) assim como para a implementação de medidas de prevenção, entre elas, destaca-se a higiene das mãos oportuna e adequada, a ventilação periódica e a limpeza de superfícies e brinquedos (SERRA, 2014).

Segundo as entrevistadas, elas aprenderam a cuidar das crianças doentes ao longo da prática profissional ou ainda no cuidado pessoal com seus filhos. Houve relato também de busca na internet de orientações para o cuidado, como verifica-se nas falas a seguir:

[...] A gente vai convivendo com a prática do dia a dia para atender as crianças doentes (G1-F11).

[...] A gente tem a experiência mais de mãe, né (G2-F3).

[...] E a gente acaba indo na internet, no Google e lendo alguma coisa que desperte muito a atenção da gente; tem um aluno assim e eu quero ver como que eu lido com esse aluno, com essa situação (G2-F2).

No estudo de Alves e Veríssimo (2006), as educadoras também consideraram a experiência no dia-a-dia do trabalho como a melhor fonte de aprendizagem, além de suas vivências particulares, como a experiência de ser mãe, o convívio familiar e conversas com médicos. Para as autoras supracitadas, as práticas de cuidado à criança no âmbito das creches refletem os conhecimentos e atitudes das educadoras acerca de seu papel na assistência à criança.

Na presente pesquisa, pode-se evidenciar que, em geral, as educadoras afirmaram não saber o que fazer na presença de um sinal de problema respiratório na criança e que não dispõem de orientação nem recursos para o manejo desses casos. Portanto, é possível inferir que os saberes e práticas das educadoras estão fortemente baseados no senso comum.

Martins e Veríssimo (2006) reforçam que não se espera uma ação diagnóstica das educadoras, mas a sistematização de conhecimentos, habilidades e atitudes que viabilizem a prevenção, o cuidado e o controle de agravos respiratórios no cotidiano das instituições de assistência integral à criança.

6.2.4 Categoria 4 – Família e educadoras compartilhando o cuidado à criança com doença respiratória

Os depoimentos que compuseram esta categoria estão apresentados no Quadro 4.

Quadro 4 – Descrição dos depoimentos que compuseram a categoria 4

IDEIA PRINCIPAL	DEPOIMENTO
<p>As educadoras relataram que, em muitas vezes, as crianças são levadas ao CMEI, porém não lhes é informado pelos pais sobre a presença de sinais e sintomas de doenças respiratórias nem sobre os medicamentos que devem ser administrados.</p>	<p>[...] às vezes a gente nem sabe se tem... (G2-F3). [...] <i>As mães não sabem os nomes das doenças e nós não temos um contato direto com elas... as vezes a gente escuta alguém comentar... “era pneumonia”, “bronquite”. No outro dia chega com o remédio, mas a gente não sabe o que a criança tem... tá ali o remédio... tem que dar o remédio da criança (G1-F8).</i> [...] <i>Elas (as mães) dizem que tá sendo medicada (G1-F6).</i> [...] <i>Mais informações das mães, porque as vezes elas trazem o remédio; que elas passassem mais detalhes sobre pra gente saber, como tratar, como agir (G2-F7)</i> [...] <i>Tem umas que mandam na mochila e nem avisam que tem remédio. Dai na hora da troca, 10 horas da manhã, dai que a gente vê o medicamento, a receita, mas era pra dar as 8 horas o medicamento, ninguém avisa, ninguém fala (G2-F3).</i> [...] <i>Falta de informação (G2-F1).</i> [...] <i>Quando a criança está assim só a mãe para saber; teve um dia que uma aluna estava com dor de ouvido, a mãe disse que medicou, mas não passou...o que vamos fazer? (G1-F2).</i> [...] <i>Falta de informação (G2-F4).</i> [...] <i>Tinha uma (criança) com febre super alta, ela sempre tinha febre... a gente ligava pra mãe e sempre era o mesmo remédio [...] A gente vê que tá lá o medicamento... mas será que tá certo??(G1-F1).</i> [...] <i>Mas na ficha de matrícula tem um lugar pra colocar se a criança é alérgica, mas ninguém passa isso pra gente. [...] A gente descobre quando acontece. [...] Acho importante ter o contato com as mães pra saber dessas informações (G1-F4).</i></p>
<p>Para as educadoras, a criança com sinais e sintomas de doença respiratória deveria permanecer em casa sob cuidados dos pais e/ou responsáveis.</p>	<p>[...] <i>É uma criança que requer cuidados (G2-F3).</i> [...] <i>Mas ai seria caso dela não vir pro CMEI então (G2-F4).</i> [...] <i>Se ela requer cuidados, ela tem que estar em casa, em repouso, descansando, precisa de um acompanhamento a mais (G2-F6).</i> [...] <i>Isso não acontece sempre... (G2-F1).</i> [...] <i>Eu acho errado a mãe trazer antibiótico pra gente dar, é uma responsabilidade da gente, mas acho que uns 3 dias caberia a elas esse cuidado (G1-F9)</i> [...] <i>Mais informação de alguém, passar para os pais também porque dai a gente trabalha junto né, os pais não sabem como e nem onde agir, uma parceria (G2-F1).</i></p>

Fonte: A autora.

Quadro 4 – Descrição dos depoimentos que compuseram a categoria 4 (Continuação).

<p>Para as educadoras o cuidado à criança com sinais e sintomas de doença respiratória prestado pela mãe é deficiente.</p>	<p>[...] Na verdade varia muito de cada criança, as mães deixam muito a desejar... ainda essa questão de cuidar, elas não dão atenção, não cuidam direito, daí vem pra cá (G1-F9). [...] Tem casos da gente ligar de manhã e só virem buscar 5 horas... é chamado o conselho, mas não adianta. A responsabilidade é da mãe... e as vezes a gente não encontra ela (G1-F3). [...] Elas (mães) dizem que a gente tá fazendo alarme...(G1-F10). [...] Muitas vezes o cuidado é nosso, incumbem a gente dessa missão, muitas vezes não toma a medicação; a gente vê que a gente dá a medicação e está sempre do mesmo tamanho, não abaixa essa medicação (G2-F2) [...] A mãe não dá direito, dá 3 dias a medicação, normalmente é 7 dias, 3 a 4 dias não dá mais a medicação (G2-F5). [...] Teve também casos delas (mães) trocarem o remédio de recipiente.... pra dizer que estavam dando certinho... temos que ter muito cuidado na administração (G1-F5). [...] Às vezes fica na casa 1 ou 2 dias, tem consciência, mas às vezes a criança vem e a gente sente que ela está bem "atacada"(G2-F8). [...] Já teve vezes da mãe trazer o mesmo remédio da prescrição do ano passado... a gente tem que olhar e verificar a receita toda vez.</p>
<p>Segundo as educadoras, as mães não consideram a febre um sinal de alerta.</p>	<p>[...] As mães nem ligam pra febre...acham normal...(G1-F3). [...] A maioria dos pais acham que uma febre não é nada... que dá o paracetamol na casa e no outro dia a criança volta pro CMEI e tem febre de novo...(G1-F5). [...] Vem um dia com febre, no outro volta medicado, mas não tem remédio, não tem nada (G1-F8). [...] As vezes a criança tem febre e a gente liga pra mãe vir buscar, porque a gente não pode medicar né... e demora, 2 ou 3 horas e daí chega nos 39 graus de febre... a gente tem q correr no posto buscar atendimento, como que vamos deixar, a criança pode ter uma convulsão (G1-F2). [...] Porque quando a gente liga, tem que vir imediatamente (G1-F2).</p>

Fonte: A autora.

As entrevistadas relataram que, muitas vezes, as crianças são levadas ao CMEI, porém os pais não as informam sobre a presença de sinais e sintomas de doenças respiratórias nem sobre os medicamentos que devem ser administrados, como descrevem as seguintes falas:

[...] as mães não sabem os nomes das doenças e nós não temos um contato direto com elas. Às vezes a gente escuta alguém comentar que era pneumonia ou era bronquite. No outro dia, chega com o remédio, mas a gente não sabe o que a criança tem. Está ali o remédio. Tem que dar o remédio da criança (G1-F8).

[...] tem umas que mandam na mochila e nem avisam que tem remédio. Na hora da troca, 10 horas da manhã, que a gente vê o medicamento e a receita, mas era para dar às 8 horas o medicamento. Ninguém avisa, ninguém fala (G2-F3).

Portanto, na presente pesquisa, percebeu-se uma relação conflituosa entre as famílias e as educadoras, na qual o diálogo precisa ser estimulado. Afinal, além da guarda da criança, a creche possui a função de compartilhar os cuidados com a família, abrangendo a garantia de um ambiente saudável e atenção ao desenvolvimento e à saúde infantil (MARTINS; VERÍSSIMO, 2006).

Percebe-se que a falta de comunicação entre pais e educadoras foi apontada como fator impeditivo para o cuidado. Em contrapartida, as entrevistadas identificaram como importante o diálogo com família, expresso na fala a seguir:

[...] mais informação de alguém, passar para os pais também, porque a gente trabalha junto. Os pais não sabem como e nem onde agir, uma parceria (G2-F1).

No estudo de Alves e Veríssimo (2006), também foi referido que o diálogo com a família é fundamental, para receber informações sobre a saúde da criança e avisar sobre os sinais e sintomas apresentados, já que são os pais que decidem por procurar a ajuda de um especialista ou não.

Para as entrevistadas, a criança com sinais e sintomas de doença respiratória deveria permanecer em casa sob cuidados dos pais e/ou responsáveis, como demonstram as seguintes falas:

[...] se ela requer cuidados, ela tem que estar em casa, em repouso, descansando, precisa de um acompanhamento a mais (G2-F6).

[...] as mães que cuidam deixam em casa (G2-F7).

Uma revisão integrativa realizada para mapear as produções científicas nacionais e internacionais sobre a doença respiratória aguda na criança aponta para a existência de lacunas quanto ao cuidado familiar ou materno às crianças com doença respiratória (SILVA *et al.*, 2012). As referidas autoras reforçam a necessidade de pesquisas nesta temática visto que o cuidado materno está intimamente ligado à melhora clínica das crianças. Dessa forma, os pais e/ou responsáveis devem receber orientações para um crescente conhecimento e melhora da prática que os permitam reconhecer os sinais de alarme dessas doenças.

Entretanto, segundo relato das entrevistadas, o cuidado à criança com doença respiratória prestado pela mãe é deficiente, identificado nas falas abaixo:

[...] na verdade varia muito de cada criança, as mães deixam muito a desejar. Ainda, essa questão de cuidar, elas não dão atenção, não cuidam direito, vem para cá (G1-F9).

[...] Muitas vezes o cuidado é nosso, incumbem a gente dessa missão. Muitas vezes não toma a medicação; a gente vê que a gente dá a medicação e está sempre do mesmo tamanho, não abaixa essa medicação (G2-F2).

As entrevistadas relataram, ainda, que solicitam a presença dos pais para buscar a criança quando percebam algum sinal de gravidade. Entretanto, tal chamado é muitas vezes ignorado pelos pais e/ou responsáveis, conforme ilustra a seguinte fala:

[...] às vezes a criança tem febre e a gente liga para a mãe vir buscar, porque a gente não pode medicar, demora 2 ou 3 horas. Chega nos 39 graus de febre, a gente tem que correr no posto buscar atendimento, como que vamos deixar, a criança pode ter uma convulsão. [...] porque quando a gente liga, tem que vir imediatamente (G1-F2).

Resultados semelhantes ao estudo de Martins e Veríssimo (2006), no qual verificou-se que a mãe levar a criança doente para a creche, o desconhecimento dos sintomas, a dificuldade de encontrar a mãe, não poder tomar providências e a dificuldade para identificar gravidade e para socorrer foram apontadas como dificuldades quando da ocorrência de agravo respiratório entre as crianças que frequentam a creche.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve como objetivo investigar a possível relação entre as práticas e saberes de educadores infantis e a ocorrência de doenças respiratórias graves em crianças menores de cinco anos no município de Guarapuava-PR. Apesar de demonstrada a importante hospitalização de crianças menores de cinco anos por infecções respiratórias (principalmente crianças até um ano de idade com pneumonia), não foi possível evidenciar o papel da vivência destas crianças em creches. Entretanto, o conhecimento apresentado pelas educadoras no presente estudo, considerando que essas passam oito horas diárias com as crianças ficando responsáveis pelo cuidado integral e coletivo das mesmas, mostrou-se relacionado à angústia da situação pela qual não recebem instruções adequadas quanto aos cuidados com doenças respiratórias.

As infecções respiratórias nos CMEIs são um problema de relevância crescente, e as educadoras tornam-se fundamentais na manutenção dos cuidados da criança com doenças respiratórias. Elas devem atuar junto com a família para desenvolver essas atividades, considerando que a presença da doença interfere diretamente no cotidiano das crianças, principalmente no âmbito escolar, por ser um local de grande aglomeração e permanência da mesma.

A essas educadoras não compete fazer diagnósticos clínicos, certamente. Mas, seu conhecimento e compreensão acerca dos fatores de morbidade podem vir a se constituir como fator de proteção da saúde infantil. Neste contexto, pode contribuir para melhoria dos cuidados de promoção de saúde e prevenção de doenças, reconhecimento precoce de sinais de doenças na infância e da necessidade de procura de serviços de saúde apropriados, e cuidados corretos durante e após o período de doença que favoreçam o pronto restabelecimento da criança, bem como a manutenção de seu processo saudável de crescimento e desenvolvimento.

Ressalta-se que o educador tem grande importância no que se refere ao acompanhamento dessas crianças, isso porque podem influenciar no desenvolvimento infantil e, conforme verificado neste estudo, na observação de situações de risco e determinante para ausência de agravos à saúde.

Entende-se que o reconhecimento da atenção oferecida à essas crianças nesses locais permitirá o delineamento de intervenções mais apropriadas para a melhoria do cuidado infantil, principalmente quanto as doenças respiratórias na

infância. Segundo os resultados apresentados, torna-se evidente como o conhecimento sobre o processo de saúde e doença é capaz de influenciar as condutas em relação aos cuidados a serem prestados às crianças no CMEI. Comunicar à família sobre os sintomas é necessário e correto nessas situações, entretanto não é o suficiente até que os pais possam atuar de forma efetiva.

O olhar sobre os resultados de forma panorâmica permite visualizar que os conhecimentos e práticas dessas trabalhadoras mostram-se apropriados, porém ficou notória a necessidade de treinamento e orientações constantes.

Os achados do estudo mostraram que os profissionais envolvidos na educação de crianças também necessitam de orientação quanto à saúde delas, bem como da própria saúde, tendo em vista ser o ambiente de trabalho o local onde passam a maior parte do dia.

É necessário conhecer a situação atual em nosso meio, desenvolver novos estudos nos quais se avalie a viabilidade da implementação assim como a eficácia de diversas estratégias de prevenção para publicar recomendações baseadas na melhor evidência.

Esse enfoque responde à finalidade de promover saúde à criança usuária do serviço, na perspectiva de superar a noção de que a CMEI seja um risco ao desenvolvimento infantil. Definir princípios e critérios para balizar as ações cotidianas pode favorecer a sistematização de ações para alcançar um patamar de funcionamento que supere o estado atual, em direção a uma prática mais profissional e efetiva na promoção da saúde e do desenvolvimento integral. Para isto, faz-se imprescindível a parceira Saúde e Educação na construção de um referencial de atenção integral à criança nessas instituições.

Ressalta-se a necessidade de uma educação continuada para as educadoras dos CMEIs para que assim possam prestar uma assistência de qualidade as crianças portadoras de doenças respiratórias, possibilitando o trabalho junto aos profissionais da saúde e as famílias, a fim de transformar a realidade para além do âmbito hospitalar e da atenção básica.

A educação em saúde, prepara os educadores infantis para intervenções de promoção a saúde da criança, e identificação precoce dos sinais que requerem atenção em um serviço de saúde. Primeiramente para instaurar processos educativos é necessário o levantamento de necessidades, tendo por base conhecimentos e

práticas dos cuidadores relacionados ao controle dos principais agravos à saúde infantil.

Com a finalização desta pesquisa, sugere-se que ações educativas no âmbito dos CMEIs possam ser realizadas. Colaborando com essa sugestão, elaborou-se um folder ilustrativo (Apêndice C), como modelo para futuras intervenções, para distribuição e melhor compreensão das educadoras em questão sobre doenças respiratórias na infância. Sugere-se que o propósito dessa ação seja propiciar às educadoras conhecimentos para prevenção e cuidado de doenças respiratórias a ser adotado no ambiente escolar.

REFERÊNCIAS

ABRAMOWICZ, A; WASKOP, G. **Creches: atividades para crianças de zero a seis**. São Paulo: Moderna, 1995.

ALFRADIQUE, M.E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1337-49, 2009.

ALVES R.C.P.; VERÍSSIMO M. de La Ó R. **Os educadores de creche e o conflito entre cuidar e educar**. Dissertação (mestrado). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

ALVES, R.C.P.; VERÍSSIMO, M. de La Ó R. Conhecimentos e práticas de trabalhadoras de creches universitárias relativos às infecções respiratórias agudas na infância. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 78-85, 2006.

ALVIN, C.G, LASMAR, L.M.L.B.F. **Saúde da criança e do adolescente: doenças respiratórias**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

ALVIM, C.G., LASMAR, L.M.L.B.F. **Saúde da criança e do adolescente: doenças respiratórias**. Belo Horizonte: Coopmed; Nescon. UFMG, 2009.93p.

ARANHA, M. A. F, GRISI, S. J. F. E, Escobar A. M.U. Relação da doença respiratória declarada pelos pais e fatores socioeconômicos e culturais. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 352-6, 2011.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BENGUIGUI Y. Controle de infecções respiratórias agudas no contexto da estratégia AIDPI nas Américas. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 25-36, 2003.

BERGROTH, E. *et al.* Respiratory Tract Illnesses During the First Year of Life: Effect of Dog and Cat Contacts. **Pediatrics**, v. 130, n. 2, p. 211-20, 2012.

BOGAER, D., GROOT R., HERMANS P.W. Streptococcus pneumoniae colonization: the key to pneumococcal disease. **The Lancet Infectious Diseases**, v 4, n.3, p. 144-54, 2004.

BONFIN, C. Frequent respiratory pathogens of respiratory tract infections children attending daycare centers. **Jornal de Pediatria**; v. 87, n. 5, p. 439-44, 2011.

BOTELHO, C. *et al.* Fatores ambientais e hospitalizações em crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, Dez. 2003. Disponível em <<http://311X2003000600021&Ing=en&nrm=iso>>. Acesso em 22/10/2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em: 31/01/2016.

_____. **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância**. [online].

Disponível em: <http://www.saude.gov.br/programas/scrianca/crianca/aidpi/aidpi1.htm>. Acesso em: 23 setembro 2015.

_____. **Município que promove a amamentação promove a saúde**. Prêmio Bibi Vogel. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal. Brasília; 2005.

_____. **A ANVISA na redução à exposição involuntária à fumaça do tabaco**.

2009. Disponível em:

http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/a6dc29004745977ea06af43fbc4c6735/A+ANVISA+NA+REDU%C3%87%C3%83O+%C3%80+EXPOSI%C3%87%C3%83O+INVOLUNT%C3%81RIA+%C3%80+FUMA%C3%87A+DO+TABACO_Nov09_M.doc?MOD=AJPERES

CAETANO, J. R. M. *et al.* Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos. **Revista de Saúde Pública**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 285-291, 2002.

CARDOSO, A.M. A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 1270-1271, 2010.

CESAR, J.A., *et al.* Utilização de serviços de saúde por menores de cinco anos no extremo sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v.18, n. 1, p. 299-305. 2002.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde**. 2015. Disponível em:

http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=41&VCodMunicipio=410940&NomeEstado=PARANA. Vários acessos.

DATASUS. **Departamento de Informática do SUS**. Disponível em:

<http://tabnet.datasus.gov.br>. Acesso em: 28 de março de 2015.

_____. Informações de saúde. **Óbitos Infantis – Paraná**. 2015. Disponível em:

<http://tabnet.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10pr.def>.

DUARTE E.C. *et al.* Expectativa de vida ao nascer e mortalidade no Brasil em 1999: análise exploratória dos diferenciais regionais. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 12, n. 6, p. 436-44, 2002.

FELISBERTO, E; *et al.* Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI): considerações sobre o processo de implantação. **Revista IMIP**, Recife, v. 14, n. 1, p. 24-31, 2000.

FIGUEROA PEDRAZA, D. *et al.* Doenças infecciosas em crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 511-528, 2014.

FITERMAN, J, CHATKIN JM, CHATKIN M. **Epidemiologia das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs)**. In: Silva LCC, Menezes AMB, editores. **Epidemiologia das doenças respiratórias**. Rio de Janeiro: REVINTER; p. 90- 103, 2001.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GIUGLIANI, E.R.J. O aleitamento materno na prática clínica. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 238-52, 2000

GONCALVES-SILVA, R. M. V. Tabagismo no domicílio e doença respiratória em crianças menores de cinco anos. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2006, vol.22, n.3, p. 579-586. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2006000300013&script=sci_arttext. Acesso em: 20/07/2015.

GUARAPUAVA. Secretaria Municipal de Educação. **Projeto Político Pedagógico Centro Municipal de Educação Infantil Vila Bela**, 2010.

IBGE. **Censo Demográfico**. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/>. Vários acessos.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno estatístico**: Município de Guarapuava. 2013. Disponível em <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/Montapdf.php?Municipio=85000>>. Vários acessos.

KYLE, T. **Enfermagem Pediátrica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. 1064p.

KRAMER, S. **A política do pré-escolar no Brasil**: a arte do disfarce. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2003.

KUHLMANN, J.R. A educação infantil no século XX. In: STEPHANOU, M; CÂMARA BASTOS, M. H. (Orgs.) **Histórias e Memórias da Educação no Brasil**. 2 ed. Petrópolis: Vozes. 2005. v. III. p. 182-194.

LIMA, E.P., MARANHÃO, D. G. Prevenção e controle de infecções respiratórias em crianças que frequentam creches: ações de enfermagem. **Revista de Enfermagem UNISA**. São Paulo, v. 2, p. 102-6, 2001. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-22.pdf>

LOPES, C. R. C., BEREZIN, E. N. Fatores de risco e proteção à infecção respiratória aguda em lactentes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo. v. 43, n. 6, p. 1030-1034, 2009.

MACEDO, S.E.C, *et al.* Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16, n. 9. P. 1771-80, 2007.

MARTINS, J.; VERÍSSIMO, M. de La Ó R. Conhecimentos e práticas de trabalhadoras de creches municipais relativos ao cuidado da criança com infecção respiratória aguda. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.10, n.20, p.487-504, 2006.

MELO, W. A, MARCON, S. S., UCHIMURA, T. T. A hospitalização de crianças na perspectiva de seus acompanhantes. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro. v.18. n. 4, p. 565-571, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Vozes, 2002.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINEROPAR. Minerais do Paraná S.A. Caracterização do Estado do Paraná. **Geoquímica de solo – Horizonte B: Relatório final de projeto**. Curitiba: Mineropar, v.2, 2005.

MONTEIRO, C.A.; NAZARIO, C.L. Evolução de condicionantes ambientais da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, p.13-18, 2000.

MOTTA, J. A. *et al.* O cuidado à criança na creche: integração entre saúde e educação. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro.; v. 20, n. 2, p. 771-6, 2012.

NASCIMENTO, F. C. "CMEIs: Política Pública voltada ao "Assistencialismo" ou Oportunidade para a Socialização e Desenvolvimento infantil? **Publicatio UEPG: Ciências Humanas, Linguística, Letras e Artes**, v. 20, n. 1, p. 43-54, 2012.

NEDEL, J.S, **Condições Meteorológicas Favoráveis à Ocorrência de Doenças Respiratórias em Crianças da Cidade de São Paulo**. Tese (doutorado). São Paulo. Universidade de São Paulo; 2008.

ODDY, W. H. *et al.* Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. **Archives Disease Childhood**, v. 88, n. 3, p. 224-8, 2003.

OLIVEIRA, B. R. G.; *et al.* Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 586-93, 2012.

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Saúde de crianças e adolescentes**. Disponível em:

http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/ari_93_29/en/. Acesso em: 28 set. 2009.

_____. Organização Mundial de Saúde. **Portal Saúde**. Disponível em: www.brasil.gov.br/saude/2014/07/oms-gripe-afeta-gravemente-3-5-milhoes-de-pessoas-por-ano. Acesso em: 20/09/2015:

_____. Organização Mundial da Saúde. **Vigilância global, prevenção e controle das doenças respiratórias crônicas: uma abordagem integradora**. Lisboa, Portugal; 2007.

_____. Organização Mundial de Saúde. **Saúde de crianças e adolescentes**. Disponível em:

<http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/ari_93_29/en/index.html>. Acesso em: 24 de agosto de 2015.

PEDRAZA, D. F; QUEIROZ, D. SALES, M. C. Doenças infecciosas em crianças pré-escolares brasileiras assistidas em creches. **Ciências Saúde Coletiva** [online]. 2014, vol.19, n.2, pp. 511-528. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.09592012>.

PNUD. **Programa das Nações Unidas para o desenvolvimento**. 2015. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/ODM4.aspx>. Vários acessos.

PORTAL ODM. **Relatórios Dinâmicos**: monitoramento de indicadores. Município de Guarapuava-PR. 2014. Disponível em:

<http://www.relatoriosdinamicos.com.br/portalodm/4-reduzir-a-mortalidade-infantil/BRA004041137/guarapuava---pr>. Vários acessos.

PRIETSCH, S.O.M. Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico. **Revista Panamericana Salud Pública**, v. 13, n. 5, p. 303-10, 2003.

SEGALL-CORRÊA A.M, *et al.* Determinantes da evolução do peso e altura em crianças de 3 meses à 6 anos assistidas em creche: análise por modelo linear não hierarquizado em ensaio quase-experimental. **Revista Panamericana de Salud Pública**; v. 12, n.1, p. 19-25, 2002.

SERRA, M.E. Prevención de infecciones respiratorias em jardines maternas: recomendaciones y revisión sistemática de la evidencia. **Archivos Argentinos de Pediatría**, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, v. 112, n. 4, p. 323-331, 2014.

SIGAUD, C.H.S.; VERÍSSIMO, M. De La Ó.R. **O cuidado oferecido à criança portadora de infecção respiratória**. Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica. Manole: Barueri, SP. 2009. 548p.

SILVA, M.D.B, **Saberes e práticas do cuidado materno na doença respiratória** 2011, 98 f. Dissertação (Metrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

_____, M.D.B. Doença respiratória aguda na criança: uma revisão integrativa. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 260-6, 2012.

_____. M.D.B. A assistência prestada ao acompanhante de crianças hospitalizadas em uma unidade de internação infantil: a opinião do acompanhante, contribuindo para a assistência de enfermagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**. São Paulo, v.9, n.1, p.13-8, 2009.

SOUSA, V. D., DRIESSNACK M., MENDES I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: Parte 3: Métodos mistos e múltiplos. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo, v.15, n.5, 2007.

SUBPLAN, Subprocuradoria-Geral de Justiça para Assuntos de Planejamento Institucional. Ministério Público do Paraná. **Informações municipais para planejamento institucional**. Município Guarapuava. Versão 2.2. Junho, 2015. Disponível em: <http://www2.mppr.mp.br/cid/guarapuava.pdf>. Vários acessos.

VARGAS, V.S. Relação entre introdução precoce de alimentos, condições socioeconômicas familiares e doenças respiratórias. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Fortaleza, v. 23, n. 3, p. 268-277, 2010.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

VERÍSSIMO, M.L.Ó.R, FONSECA R.M.G.S. O cuidado da criança segundo trabalhadoras de creches. **Revista Latino Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 11, n.1, p. 28-35, 2003.

VISSER, S., GIATTI LL, CARVALHO RAC, GUERREIRO JCH. Estudo da associação entre fatores socioambientais e prevalência de parasitose intestinal em área periférica da cidade de Manaus (AM, Brasil). **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, p. 3481-3492, 2011.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário para entrevista com os pais e/ou responsáveis	80
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada com as educadoras.....	82
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido para pais e/ou responsáveis	83
APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido para educadoras.....	85

APÊNDICE A – Formulário para entrevista com os pais e/ou responsáveis

Diagnóstico: _____ Data: _____

PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS E/OU RESPONSÁVEIS

Idade:

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 18 à 23 anos | <input type="checkbox"/> 42 à 47 anos |
| <input type="checkbox"/> 24 à 29 anos | <input type="checkbox"/> 48 à 53 anos |
| <input type="checkbox"/> 30 à 35 anos | <input type="checkbox"/> mais de 54 anos |
| <input type="checkbox"/> 36 à 41 anos | |

Escolaridade:

- | | | |
|---|-----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ensino fundamental | <input type="checkbox"/> completo | <input type="checkbox"/> incompleto |
| <input type="checkbox"/> ensino médio | <input type="checkbox"/> completo | <input type="checkbox"/> incompleto |
| <input type="checkbox"/> ensino superior | <input type="checkbox"/> completo | <input type="checkbox"/> incompleto |

Renda familiar:

- menos de 1 salário mínimo
 1 à 2 salários mínimos
 3 à 4 salários mínimos
 mais que 5 salários mínimos

Residência:

Município: _____ Bairro: _____

PARTE 2 - CARACTERIZAÇÃO DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Idade:

- ____ meses 1 ano 2 anos 3 anos 4 anos

Sexo:

- masculino feminino

A criança foi amamentada no seio?

- sim não

Se sim, quanto tempo? _____

A criança frequenta a escola/creche?

- sim não

Se sim, qual o nome da instituição?

Em qual bairro está localizado a escola/creche que frequenta?

Se não frequenta a escola/creche, quem fica/cuida da criança?

() Mãe () pai () irmãos () avós () outro parente
 () Outros, quem? _____

A criança está com todas as vacinas em dia? () sim () não

A criança já esteve hospitalizada por doença respiratória antes?
 () sim () não

PARTE 3 - CARACTERIZAÇÃO DA MORADIA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

Quantas pessoas moram na mesma casa? _____

De qual material é a casa? () material () madeira () mista

Onde a criança dorme? () quarto individual () divide quarto com outras
 pessoas, quantas? _____

Possui banheiro dentro de casa? () sim () não

Possui luz elétrica? () sim () não

Possui água? () sim () não

Possui rede de esgoto? () sim () não

Possui cortinas, ursos de pelúcia, carpete, tapetes? () sim () não

Alguns dos moradores é fumante? () Sim () Não

Se sim, quem? _____

Possui animal de estimação? () sim, quantos? _____ () não

Se sim, onde ele(s) fica(m) na maior parte do tempo?

() dentro de casa () fora de casa

A casa é arejada? (Tem janelas?) () sim () não

A casa possui pisos? () sim () não

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semiestruturada com as educadoras

PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

1 - Data de nascimento (dia/mês e ano) ____/____/____.

2 – Sexo: () Masculino () Feminino

3 - Estado conjugal

() Solteiro () Casado ou mora com companheiro

() Divorciado/separado () Viúvo

4 - Formação profissional

() Pedagogia () Magistério

5 - Cargo que ocupa na instituição:

6 - Tempo de formação: ____ anos e ____ meses

7 - Tempo de atuação na instituição: ____ anos e ____ meses

8 - Tempo de atuação na função: ____ anos e ____ meses

9- Turno de trabalho na instituição: () Matutino () Vespertino () Noturno

10 - Qual seu vínculo empregatício?

() Concurso () Contrato temporário () Outro, qual? _____

11 - Qual sua renda mensal em salários mínimos?

() 1 a 2 () 3 a 4 () 5 a 6 () maior que 6

12 - Você desenvolve alguma atividade profissional fora do CMEI?

() Sim () Não

Se sim, qual turno? () Matutino () Vespertino () Noturno

PARTE 2 – SABERES E PRÁTICAS COTIDIANAS RELACIONADAS A DOENÇA RESPIRATÓRIA NA INFÂNCIA

1. O que você sabe sobre a doença respiratória?
2. Quais os sinais e sintomas de uma doença respiratória?
3. Você já recebeu orientação sobre cuidados com doenças respiratórias? Se sim, onde? Por quem?
4. Qual a participação da mãe e/ou responsáveis no cuidado do filho quando está com alguma doença respiratória?
5. Você saberia dizer quais são as doenças respiratórias que mais aparecem entre as crianças que frequentam o CMEI?
6. Que fatores dificultam o cuidado de saúde da criança no CMEI?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido para pais e/ou responsáveis

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA: SABERES E PRÁTICAS DE UMA COMUNIDADE ESCOLAR** sob a responsabilidade da Pesquisadora Jociane da Rosa Marques Amaral, que irá identificar saberes e práticas relativos a doença respiratória na infância dentro de uma comunidade escolar, descrevendo o perfil epidemiológico de crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doença respiratória e caracterizando a incidência dessas hospitalizações em Guarapuava-Pr. As pesquisas promovem avanços na área da saúde e sua participação é fundamental.

1. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Caso você participe da pesquisa, será fornecido um questionário com perguntas sobre a doença respiratória de seu filho, sem haver nenhum custo para isso. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o questionário, sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: Serão realizados questionários que poderão trazer algum tipo de desconforto como constrangimento. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo, que será reduzido pelo esclarecimento através do diálogo com a pesquisadora. A finalidade dos questionários é descrever um perfil das crianças hospitalizadas, e os saberes e práticas das trabalhadoras da educação infantil quanto a doença respiratória. Se você precisar de algum tratamento, orientação e encaminhamento, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da pesquisa, o pesquisador se responsabiliza pela assistência integral, imediata e gratuita caso seja necessário algum atendimento especializado decorrente desse possível constrangimento.

3. BENEFÍCIOS: Espera-se que esse estudo traga o conhecimento sobre os saberes e práticas das trabalhadoras do Centro de Educação Infantil, com isso pretende-se melhorar as ações de cuidado e apoio interdisciplinar as crianças portadoras de doença respiratórias que frequentam a escola.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o (a) Sr.(a) nos fornecer, ou que sejam conseguidas através dos questionários, serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos questionários, nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Jociane da Rosa Marques Amaral
Endereço: Rua Presidente Zacarias de Goes, 1953
Telefone para contato: 42 99168944
Horário de atendimento: 8:00 às 11:00 e 13:30 às 17:30

Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO – COMEP
Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus CEDETEG
Endereço: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Vila Carli
CEP: 85040-080 – Guarapuava – PR
Bloco de Departamentos da Área da Saúde
Telefone: (42) 3629-8177

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

=====

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante / Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido para educadoras

Prezado(a) Colaborador(a),

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA: SABERES E PRÁTICAS DE UMA COMUNIDADE ESCOLAR** sob a responsabilidade da Pesquisadora Jociane da Rosa Marques Amaral, que irá identificar saberes e práticas relativos a doença respiratória na infância dentro de uma comunidade escolar, descrevendo o perfil epidemiológico de crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doença respiratória e caracterizando a incidência dessas hospitalizações em Guarapuava-Pr. As pesquisas promovem avanços na área da saúde e sua participação é fundamental.

2. PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA: Caso você participe da pesquisa, será fornecido um questionário com perguntas sobre doença respiratória na infância, sem haver nenhum custo para isso. Lembramos que a sua participação é voluntária, você tem a liberdade de não querer participar, e pode desistir, em qualquer momento, mesmo após ter iniciado o questionário, sem nenhum prejuízo para você.

2. RISCOS E DESCONFORTOS: Serão realizados questionários que poderão trazer algum tipo de desconforto como constrangimento. O tipo de procedimento apresenta um risco mínimo, que será reduzido pelo esclarecimento através do diálogo com a pesquisadora. A finalidade do questionário é descrever os saberes e práticas das trabalhadoras da educação infantil quanto a doença respiratória. Se você precisar de algum tratamento, orientação e encaminhamento, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da pesquisa, o pesquisador se responsabiliza pela assistência integral, imediata e gratuita caso seja necessário algum atendimento especializado decorrente desse possível constrangimento.

3. BENEFÍCIOS: Espera-se que esse estudo traga o conhecimento sobre os saberes e práticas das trabalhadoras do Centro de Educação Infantil, com isso pretende-se melhorar as ações de cuidado e apoio interdisciplinar as crianças portadoras de doença respiratórias que frequentam a escola.

4. CONFIDENCIALIDADE: Todas as informações que o (a) Sr.(a) nos fornecer, ou que sejam conseguidas através dos questionários, serão utilizadas somente para esta pesquisa. Suas respostas ficarão em segredo e o seu nome não aparecerá em lugar nenhum dos questionários, nem quando os resultados forem apresentados.

5. ESCLARECIMENTOS: Se tiver alguma dúvida a respeito da pesquisa e/ou dos métodos utilizados na mesma, pode procurar a qualquer momento o pesquisador responsável.

Nome do pesquisador responsável: Jociane da Rosa Marques Amaral
Endereço: Rua Presidente Zacarias de Goes, 1953
Telefone para contato: 42 99168944
Horário de atendimento: 8:00 às 11:00 e 13:30 às 17:30

Comitê de Ética em Pesquisa da UNICENTRO – COMEP
Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO, Campus
CEDETEG
Endereço: Rua Simeão Camargo Varela de Sá, 03 – Vila Carli
CEP: 85040-080 – Guarapuava – PR
Bloco de Departamentos da Área da Saúde
Telefone: (42) 3629-8177

6. RESSARCIMENTO DAS DESPESAS: Caso o(a) Sr.(a) aceite participar da pesquisa, não receberá nenhuma compensação financeira.

7. CONCORDÂNCIA NA PARTICIPAÇÃO: Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, em duas vias, sendo que uma via ficará com você.

CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelos pesquisadores, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

Guarapuava, _____ de _____ de _____.

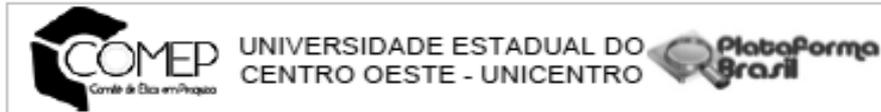
Assinatura do participante / Ou Representante legal

Assinatura do Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do comitê de ética88

ANEXO A – Parecer consubstanciado do comitê de ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA: SABERES E PRÁTICAS DE UMA COMUNIDADE ESCOLAR

Pesquisador: JOCIANE DA ROSA MARQUES AMARAL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45758615.3.0000.0106

Instituição Proponente: Universidade Estadual do Centro Oeste - UNICENTRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.142.210

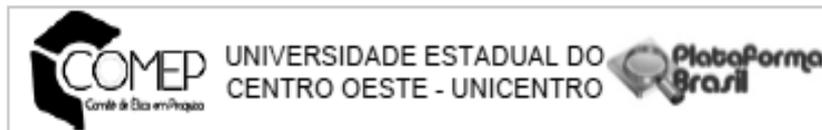
Data da Relatoria: 07/07/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se da apreciação do projeto de pesquisa intitulado DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA: SABERES E PRÁTICAS DE UMA COMUNIDADE ESCOLAR, de interesse e responsabilidade do(a) proponente JOCIANE DA ROSA MARQUES AMARAL, Projeto de Mestrado sob orientação de Emerson Carraro do Programa de Pós-graduação Interdisciplinar em Desenvolvimento Comunitário da Unicentro.

As doenças respiratórias na infância consistem em um problema de saúde pública. O fato de crianças nessa faixa etária frequentarem creches torna-se importante fator de risco para a ocorrência de infecção respiratória, devido a maior exposição das crianças aos agentes infecciosos pelo confinamento e aglomeração. As crianças demandam ações educativas em saúde e merecem o desenvolvimento de ações integradas e coesas para que se alcancem sucesso e impacto. Uma estratégia direcionada para essa população que pretenda ter alcance significativo precisa estar associada à escola, onde grande parte dela se encontra. O objetivo do estudo será identificar saberes e práticas relativos a doença respiratória na infância dentro de uma comunidade escolar. Trata-se de uma pesquisa descritiva de abordagem quantitativa. As instituições de educação infantil devem garantir qualidade não só

Endereço: Rua Símeão Camargo Varela de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
Bairro: Vila Carlí **CEP:** 85.040-080
UF: PR **Município:** GUARAPUAVA
Telefone: (42)3629-8177 **Fax:** (42)3629-8100 **E-mail:** comep_unicentro@yahoo.com.br



Continuação do Parecer: 1.142.210

no aspecto individual da educação e cuidados, mas também naqueles de ordem coletiva e epidemiológica que minimizem riscos à saúde e promovam o pleno crescimento e desenvolvimento das crianças. A presente pesquisa é relevante para a prática do cuidado das trabalhadoras da educação infantil quanto a prevenção e manejo das doenças respiratórias na infância, pois pressupõe-se que ações preventivas no ambiente escolar pode diminuir a propagação dessas doenças entre as crianças que ali frequentam.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar saberes e práticas relativos a doença respiratória na infância dentro de uma comunidade escolar.

Objetivo Secundário:

Descrever o perfil epidemiológico de crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doença respiratória.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Serão realizados questionários que poderão trazer algum tipo de desconforto como constrangimento. A finalidade dos questionários é descrever um perfil das crianças hospitalizadas, e os saberes e práticas das trabalhadoras da educação infantil quanto a doença respiratória. "Se você precisar de algum tratamento, orientação e encaminhamento, por se sentir prejudicado por causa da pesquisa, ou sofrer algum dano decorrente da pesquisa, o pesquisador se responsabiliza pela assistência integral, imediata e gratuita".

Benefícios:

Espera-se que esse estudo traga o conhecimento sobre os saberes e práticas das trabalhadoras do Centro de Educação Infantil, com isso pretende-se melhorar as ações de cuidado e apoio interdisciplinar as crianças portadoras de doença respiratória.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A presente pesquisa será realizada em duas etapas. A primeira refere-se a descrição do perfil sociodemográfico e clínico-epidemiológico das crianças menores de cinco anos hospitalizadas por doença respiratórias. A segunda etapa refere-se à apreensão dos saberes e práticas de uma

Endereço: Rua Simão Camargo Varela de Sá, 03 - Campus CEDETEG - (ao lado do Departamento de Nutrição)
 Bairro: Vila Carlí CEP: 85.040-080
 UF: PR Município: GUARAPUAVA
 Telefone: (42)3629-8177 Fax: (42)3629-8100 E-mail: comap_unicentro@yahoo.com.br