

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Escola de Enfermagem

VIVIANE DA SILVA MACIEL

**AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO À FAMÍLIA DE
CRIANÇAS COM BRONQUIOLITE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Porto Alegre

2012

VIVIANE DA SILVA MACIEL

**AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO À FAMÍLIA DE
CRIANÇAS COM BRONQUIOLITE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Ivana de Souza Karl

Porto Alegre

2012

Dedico este trabalho a minha avó Otilia que mesmo não estando presente fisicamente, sinto como se estivesse ao meu lado compartilhando este momento de alegria pela realização de um sonho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha mãe Beatriz, por superar todas as dificuldades para me educar com muito amor e dedicação, mostrando-me como ser uma pessoa honesta, justa e batalhadora. Por incentivar-me na busca da realização dos meus desejos.

Ao meu namorado Danniell, pelo amor, amizade e companheirismo em todos os momentos. Por ouvir minhas angústias, dúvidas e inquietações, sempre com palavras de conforto e carinho.

À minha orientadora Ivana, pela paciência, compreensão e dedicação ao compartilhar seu conhecimento com muita generosidade. Pelos conselhos que levarei comigo sempre.

Às professoras Anne Marie Weissheimer e Simone Algeri, integrantes da banca avaliadora, pelo apoio e contribuição para o desenvolvimento do estudo.

Aos professores que contribuíram para a minha formação e pelos ensinamentos de como exercer a verdadeira arte do cuidar.

Aos profissionais que pude conviver nas atividades práticas do curso que me mostraram como é o trabalho que vai além da teoria.

Aos colegas, que se tornaram grandes amigos, Karoline Ritter, Graziela Martins, Laura Silveira e Rafael Frigotto, por compartilharem comigo os momentos de aprendizagem, aflições e gargalhadas, deixando mais feliz essa caminhada.

“Ninguém ignora tudo.

Ninguém sabe tudo.

Todos nós sabemos alguma coisa.

Todos nós ignoramos alguma coisa.

Por isso, aprendemos sempre”.

Paulo Freire

RESUMO

A bronquiolite aguda é uma das causas mais comuns de infecção nos primeiros anos de vida, sendo, também, a responsável pela maior parte das internações hospitalares nessa fase da infância. A prática de ações educativas pode contribuir para reduzir as internações por bronquiolite. O presente estudo objetivou conhecer as ações educativas realizadas pelo enfermeiro à família de crianças com bronquiolite na emergência pediátrica. A abordagem escolhida foi a qualitativa e, dentro dessa abordagem, o método utilizado foi o exploratório-descritivo. A coleta das informações foi através de entrevistas semiestruturadas realizadas com enfermeiros da Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). A análise foi feita utilizando a técnica de análise de conteúdo conforme Bardin. O estudo respeitou os aspectos éticos referentes à pesquisa com seres humanos, obtendo aprovação no Comitê de Ética do HCPA e na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Os resultados foram agrupados em duas categorias: *ações educativas na emergência e fatores que interferem nas ações educativas*, e dessas emergiram as seguintes subcategorias: *cuidados de enfermagem, cenário de cuidados, alta da emergência, imprevisibilidade da alta e descomprometimento do enfermeiro*. Em termos conclusivos, identificou-se a necessidade de repensar o processo de trabalho e desenvolver capacitações para aprimorar o cuidado de enfermagem na emergência pediátrica, buscando a prática das ações educativas à família de criança com bronquiolite.

Descritores: *educação em saúde; bronquiolite; enfermagem pediátrica; enfermagem.*

ABSTRACT

Acute bronchiolitis is one of the more common causes of infection in the first years of life, and it is responsible for the most part the hospitalizations during childhood. Educational action practices can contribute to decrease the hospitalization by bronchiolitis. This study aimed to know the educational actions realized by the nurse to the families of children with bronchiolitis in pediatric emergency. The chosen approach was qualitative and, within this approach, the utilized method was the exploratory-descriptive. The data collection was done through semi structured interviews realized with nurses of pediatric emergency of Hospital de Clínicas de Porto Alegre. The analysis was done through the analysis of content technic. The study followed ethical recommendations regarding to research with human beings and was submitted to the approval of the Ethic Committee of HCPA and Nursing School of Rio Grande do Sul Federal University. The results were grouped into two categories: *educational actions in pediatric emergency* and *factors that interfere in educational actions*, from which we gathered the following subcategories: nursing care, scene of care, discharge from emergency unit, unpredictability of discharge and the uninvolvement of nurses. In terms of conclusion it was identified the need to rethink the work process and to develop skills to improve nurse care in pediatric emergency, seeking the practice of educational actions to the families of children with bronchiolitis.

Descriptors: *health education; bronchiolitis; pediatric nursing; nursing.*

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Categorização das informações	23
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
SUS	Sistema Único de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VSR	Vírus Sincicial Respiratório

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVO	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 Ações educativas em saúde.....	14
3.2 O enfermeiro pediátrico e a família de crianças na emergência	15
3.3 A criança com bronquiolite na emergência	16
4 MÉTODO.....	19
4.1 Tipo de estudo	19
4.2 Campo de estudo	19
4.3 Participantes.....	20
4.4 Coleta das informações	20
4.5 Análise das informações	21
4.6 Aspectos éticos	21
5 AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO À FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM BRONQUIOLITE NA EMERGÊNCIA	23
5.1 Ações educativas na emergência	23
5.1.1 Cuidados de enfermagem	24
5.1.2 Cenário de cuidados.....	27
5.1.3 Alta da emergência	28
5.2 Fatores que interferem nas ações educativas	32
5.2.1 Imprevisibilidade da alta	32
5.2.2 Descomprometimento do enfermeiro com as ações educativas	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS.....	40
APÊNDICE A - Instrumento de coleta de informações.....	44
APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	45
ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS.....	46
ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre... 	47

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros anos de vida da criança são propensos ao aparecimento de doenças em virtude da imaturidade do sistema imunológico, aumentando o risco de morte nessa faixa etária (HOCKENBERRY; WILSON, 2011). De acordo com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a taxa de mortalidade entre menores de cinco anos diminuiu de 59,6 por mil nascidos em 1990 para 29,9 por mil nascidos em 2006 (UNICEF, 2008). Essa queda contribuirá para que o Brasil alcance o Objetivo do Milênio número quatro, da Organização das Nações Unidas, que corresponde à redução da mortalidade infantil (NAÇÕES UNIDAS, 2000).

Entre as principais causas de óbitos de crianças menores de um ano estão as infecções perinatais, seguidas das anomalias congênitas, e desde 2007, as doenças do aparelho respiratório passaram a representar a terceira causa de morte infantil, lugar anteriormente ocupado pelas doenças infecciosas e parasitárias (BRASIL, 2009).

Segundo Albernaz e colaboradores (2003) as infecções respiratórias agudas são a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos, sendo responsáveis por 4,5 milhões de óbitos em cada ano, sendo a maioria nos países em desenvolvimento.

Em 2011, conforme dados disponíveis no DATASUS, a morbidade hospitalar relacionada à bronquite e bronquiolite aguda, no Rio Grande do Sul, foi de 4.901 internações de crianças menores de um ano de idade (BRASIL, 2012).

No município de Porto Alegre, a maior causa das internações hospitalares em 2008 foram as doenças do aparelho respiratório (57,2%), sendo a bronquiolite aguda responsável por 28,7% dessas internações (PORTO ALEGRE, 2010).

A bronquiolite aguda é uma das causas mais comuns de infecção nos primeiros anos de vida, acometendo cerca de 15% das crianças até dois anos de idade. A sua etiologia é viral, podendo apresentar manifestações leves até muito graves, com risco de morte para as crianças acometidas (ALBERNAZ; et al., 2003).

Entre os tipos de vírus que podem causar a bronquiolite, o vírus sincicial respiratório (VSR) é o mais frequente e o responsável por 3,4 milhões de internações hospitalares de crianças com até cinco anos de idade, sendo que a maior parte dessas internações ocorre no primeiro ano de vida (NAIR; et al., 2010).

Durante o período da graduação, realizei atividades práticas da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Criança, nas quais pude conhecer e vivenciar o trabalho da equipe de enfermagem na emergência pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Nesse período, observei que várias crianças, que eram levadas ao serviço de emergência pediátrica, apresentavam sinais e sintomas sugestivos de bronquiolite.

Corroborando com essa afirmativa, os dados estatísticos disponíveis no sistema de informações do HCPA indicam que o Serviço de Emergência recebeu, no ano de 2010, 494 crianças com bronquiolite e, em 2011, 537 crianças. Além disso, conforme informações da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do HCPA, do total de exames de pesquisa de vírus respiratório, em 2010, 73% dos resultados positivos foram para o VSR e 66% em 2011.

A motivação deste estudo surgiu a partir da observação de crianças com bronquiolite que passaram por sucessivas internações, na emergência pediátrica do HCPA. Presenciei o fato de uma criança, com poucos meses de vida, que já estava na sua terceira internação em decorrência da bronquiolite. Além disso, a ausência de estudos anteriores sobre o aconselhamento/atuação do enfermeiro junto às famílias, em relação aos cuidados a serem tomados para evitar uma reinternação da criança acometida de bronquiolite, me fez perceber a necessidade do presente estudo, de que os enfermeiros estejam atentos para a importância das ações educativas junto à família dessas crianças.

Essas ações incluem orientações sobre a higienização das mãos, a não exposição da criança ao fumo e locais de aglomerações de pessoas, e evitar o compartilhamento de chupetas e brinquedos, medidas que são básicas e necessárias para reduzir as internações hospitalares por bronquiolite (BANDEIRA; et al., 2005). Também é importante a orientação sobre sinais e sintomas como: angústia respiratória, febre recorrente, redução do apetite e atividade e sinais de desidratação que, quando apresentados, necessitam de avaliação profissional (NETTINA, 2007).

Neste contexto, busca-se no presente estudo responder a seguinte questão de pesquisa: Quais as ações educativas realizadas pelo enfermeiro à família de crianças com bronquiolite na emergência pediátrica?

Este estudo é relevante uma vez que esta temática está implícita no próprio cenário das práticas de enfermagem, pois promoverá uma reflexão a cerca dos cuidados que a família poderá realizar com a criança através das ações educativas propostas pelo enfermeiro.

O estudo justifica-se pela necessidade de implementação de ações educativas de enfermagem junto a familiares de crianças com bronquiolite, de forma a diminuir as reinternações destas crianças nas unidades de emergência.

2 OBJETIVO

Conhecer as ações educativas realizadas pelo enfermeiro à família de crianças com bronquiolite na emergência pediátrica.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Ações educativas em saúde

O início dos anos 1980 foi marcado por uma nova concepção de saúde, no Brasil, que ficou cristalizada na Constituição de 1988 e com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), pois as medidas curativas e hospitalocêntricas não atendiam mais as necessidades de saúde da população. Esse sistema foi planejado para garantir uma assistência voltada para a atenção básica e a promoção integral de saúde, dentro dos princípios constitucionais da universalidade, integralidade, descentralização, equidade e participação popular (BRASIL, 2000).

Neste contexto, o SUS ampliou a discussão sobre as práticas educativas em saúde, estimulando ações que vão ao encontro com os seus princípios. O conceito de educação em saúde está ancorado na promoção da saúde que abrange a participação da população com atitudes que possam proporcionar mudanças que a tornem protagonista das ações relacionadas à sua saúde (MACHADO; et al., 2007). Dessa forma, foi após a criação do SUS que a sociedade brasileira tornou-se mais atuante nas discussões relacionadas ao modo de pensar e fazer em saúde no país.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a educação em saúde é contínua e permanente, pois é um processo sistemático com o objetivo de formar e desenvolver a consciência crítica do indivíduo, estimulando a busca por soluções dos problemas vivenciados e participação efetiva no controle social (BRASIL, 2007).

Também é importante falarmos sobre a contribuição de Paulo Freire para a prática de uma educação crítica. Segundo Freire (2007), a análise do meio onde se vive e a reflexão sobre o homem devem preceder toda ação educativa. Além disso, a educação precisa permitir que o indivíduo possa desenvolver uma atitude crítica com o intuito de haver mudança da sua realidade, ser um sujeito transformador do mundo (FREIRE, 2007).

As ideias de Freire podem tornar a prática de enfermagem mais criativa e crítica, pois permitirão que o profissional seja um aprendiz junto com o cliente e não tenha uma atitude verticalizada no exercício de sua profissão (MIRANDA; BARROSO, 2004).

Sendo assim, as ações educativas em saúde precisam ser executadas pelos profissionais de saúde de forma que permitam a verdadeira participação da

população e devem estar presentes em todos os níveis de atenção. Rigon e Neves (2011) referem ainda que é necessário pensar a prática educativa como algo inerente ao cuidado hospitalar, auxiliando na transformação, autonomia e emancipação dos sujeitos. Nesse contexto, o enfermeiro possui papel fundamental na execução das ações educativas capazes de prevenir os agravos que podem levar a internações hospitalares.

3.2 O enfermeiro pediátrico e a família de crianças na emergência

No cuidado de enfermagem em pediatria é essencial valorizar a participação da família, seguindo a abordagem de uma assistência hospitalar focada na criança e sua família ao invés de ser centrada apenas na patologia (MURAKAMI; CAMPOS, 2011). A presença da família durante a internação hospitalar da criança é garantida pela Lei nº 8.069 de julho de 1990 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, no qual se lê que

os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 2002).

No ambiente hospitalar, a presença da família é fundamental para colaborar com o tratamento da criança, pois permite que a criança mantenha um vínculo com o seu contexto social. Dessa forma, o trabalho da enfermagem precisa estar vinculado com a família, a fim de proporcionar a integralidade da assistência (SANTOS; et al., 2011).

Compartilhando das ideias de Góes e La Cava (2009), a família é um sistema de saúde para seus membros, com um conjunto de valores e crenças que fundamentam as suas práticas na prevenção e tratamento das doenças. Por isso, as ações educativas devem ser fundamentadas dentro da família para a colaboração no cuidado da criança (GÓES; LA CAVA, 2009). Além disso, é importante lembrar que o conceito de família é amplo, cabendo a cada pessoa definir o que compreende serem os membros integrantes de sua família (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

Ainda de acordo com Hockenberry e Wilson (2011) o estabelecimento do vínculo com a família permite ao enfermeiro conhecer as singularidades e habilidades no cuidado que é realizado pelo membro dessa família, tanto no hospital quanto no ambiente familiar.

Essa relação possibilita os seguintes benefícios: o acompanhante sente-se útil e importante, aumenta a sua confiança para cuidar, diminui a ansiedade da criança e da família, as necessidades familiares de cuidar de sua criança são atendidas e possibilita uma maior absorção das orientações transmitidas pela equipe de saúde (NETTINA, 2007).

Além disso, é fundamental que o enfermeiro que atua na assistência às crianças e suas famílias, esteja preparado científica e tecnicamente, exigindo experiência e capacitação para a tomada de decisões.

3.3 A criança com bronquiolite na emergência

A bronquiolite é uma doença comum do trato respiratório inferior devido ao processo inflamatório que ocorre em consequência de uma infecção viral (SPARREMBERGER; et al., 2011). Há também, autores que referem a bronquiolite como o primeiro episódio de sibilância associado a sintomas de infecção viral em crianças com até dois anos de idade (RODRIGUEZ; FUENTES, 2009). Os principais agentes etiológicos são os seguintes vírus: vírus sincicial respiratório (VSR), parainfluenza e adenovírus, sendo o VSR o mais frequente, principalmente em crianças com bronquiolite aguda, e o principal causador de internações hospitalares no primeiro ano de vida em todo o mundo (NAIR; et al., 2010).

É uma patologia que acomete crianças de zero a dois anos de idade, contudo, a ocorrência é maior em crianças com até 12 meses de vida (OLIVEIRA; et al., 2011). De acordo com a *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (2006), o VSR infecta, aproximadamente, 70% das crianças até três anos de idade, e 22% delas apresentam a sintomatologia da bronquiolite.

Na região Sul do Brasil, o período de maior prevalência da doença é nos meses de abril a agosto e nas demais regiões pode variar conforme o tipo de clima e época de chuvas, o que demonstra a sua característica de sazonalidade (CARVALHO; JOHNSTON; FONSECA, 2007; SUDBRACK; et al., 2007).

Conforme a *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (2006), os sintomas característicos são: rinorréia, febre, tosse, sibilância, ausculta pulmonar com crepitações, dispnéia, retrações esternais e costais, além de irritabilidade, falta de apetite, e nos lactantes mais jovens pode causar apnéia. O diagnóstico é baseado nesses sintomas e na história progressiva da criança, sendo esse diagnóstico o

padrão ouro de determinação da doença. É importante que as crianças com esses sintomas sejam avaliadas e possam receber o tratamento indicado o mais breve possível, a fim de evitar agravos à sua saúde. Além disso, a verificação da saturação de oxigênio, gasometria, avaliações radiológicas e pesquisas de vírus também fazem parte da avaliação para a confirmação diagnóstica (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*, 2006).

De acordo com estudo de Rodriguez e Fuentes (2011), a bronquiolite está associada aos seguintes fatores de risco: prematuridade, displasias pulmonares, fibrose cística, cardiopatias congênitas, doenças metabólicas e neurológicas e imunodeficiências. Além disso, há fatores sociais que contribuem para a instalação da infecção, são eles: a falta de aleitamento materno, condições socioeconômicas das famílias, tabagismo passivo, aglomerações de pessoas em ambientes fechados, convívio com outras crianças em creches ou irmãos que frequentam a escola (CARVALHO; JOHNSTON; FONSECA, 2007). Dessa forma, além do tratamento com hidratação, oxigenação, medicamentos, fisioterapia respiratória e até mesmo a ventilação mecânica, é fundamental que as famílias tenham conhecimento a respeito dos fatores que implicam no desenvolvimento da doença e que podem ser evitados no ambiente familiar, a fim de reduzir os agravos que levam a necessidade de internação hospitalar.

Entre as complicações respiratórias em decorrência da bronquiolite estão: atelectasias, hiperinsuflação pulmonar, insuficiência respiratória e apnéia (BANDEIRA; et al., 2005).

A participação da família é fundamental no cuidado da criança com bronquiolite para a recuperação da sua saúde e, também para impedir os agravos que contribuem para a permanência no hospital ou o retorno ao mesmo, sendo a doença que mais acomete os lactentes que necessitam de internação hospitalar.

As ações educativas à família da criança com bronquiolite, na emergência pediátrica, devem ser orientadas pelo enfermeiro de uma forma simples e objetiva para que a família seja coparticipante do cuidado. Portanto, a higienização das mãos antes de prestar qualquer cuidado à criança, não permitir que compartilhe chupetas e brinquedos, evitar locais com concentração de pessoas e exposição ao fumo são ações de saúde que o enfermeiro deveria orientar durante a internação e alta hospitalar da criança, pois esses cuidados diminuem a chance da criança contrair a

infecção ou agravar a sua saúde se já estiver doente (HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Esse estudo foi realizado dentro de uma abordagem qualitativa. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004), o delineamento qualitativo é flexível, ajustando-se ao que é aprendido durante a realização da coleta dos dados e, holístico, pois busca a compreensão do todo. Dentro dessa abordagem, o método utilizado foi o exploratório-descritivo que investiga a natureza complexa de experiências e interações e os fatores relacionados de uma unidade social, que pode ser uma família ou determinado grupo de pessoas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Ainda, conforme as autoras, esse método busca desvendar os diversos modos pelos quais um fenômeno se manifesta, assim como os processos que estão subentendidos, compreendendo um momento micro ou macroscópico no tempo diretamente ligado ao fenômeno em estudo.

4.2 Campo de estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Emergência Pediátrica do HCPA, um dos locais de estágio curricular da Escola de Enfermagem da UFRGS.

A Emergência Pediátrica está localizada no andar térreo, junto à Unidade de Emergência. A unidade possui 63 leitos adultos e 15 leitos pediátricos, e está dividido da seguinte forma: acolhimento e classificação de risco, consultórios, sala de internação breve, sala de observação 1 e 2, unidade vascular, unidade semi-intensiva e unidade pediátrica. Na unidade pediátrica há dois consultórios, uma sala para medicações, um box para atendimentos de urgência, uma sala de observação; três salas de isolamento, posto de enfermagem, um banheiro para os pacientes.

O acolhimento à criança e sua família é realizado no mesmo espaço físico do adulto. A faixa etária das crianças atendidas é de zero até treze anos, portadoras de patologias clínicas, cirúrgicas e crônicas. A equipe de atendimento é multiprofissional.

4.3 Participantes

Os participantes desse estudo foram os enfermeiros lotados no Serviço de Enfermagem em Emergência do HCPA. A equipe de enfermagem é composta de 32 enfermeiros, divididos entre seis turnos de trabalho (manhã, tarde, noite 1, 2, 3 e sexto turno), contudo, esses profissionais atendem todo o Serviço de Emergência, não há uma equipe exclusiva para o atendimento pediátrico.

Foram entrevistados 17 enfermeiros mediante amostra intencional. Esta amostra baseou-se em outros estudos de natureza qualitativa exploratória-descritiva onde a saturação das informações permite a variação da amostra para mais ou para menos para atender o objetivo do estudo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

O critério de inclusão utilizado foi enfermeiros do quadro fixo que estivessem prestando assistência de enfermagem direta as crianças e suas famílias.

Os critérios de exclusão foram: afastamento profissional (férias e atestados), tempo de trabalho inferior a um ano de hospital, período probatório e que não atuassem no acolhimento.

Para garantir o anonimato dos participantes, eles foram identificados da seguinte forma: E01, E02, E03 e assim sucessivamente de acordo com a ordem na qual as entrevistas foram realizadas.

4.4 Coleta de informações

As informações foram coletadas pela pesquisadora através de entrevistas abertas (APÊNDICE A), porque permitem maior flexibilidade deixando o participante mais à vontade para colocação de suas percepções.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), a entrevista aberta é um método que oferece flexibilidade, pois permite que o entrevistado conte a sua história de modo natural, narrativo, encorajando-o a definir o que é importante para ele dentro de um fenômeno, sem a imposição da visão do pesquisador.

O local da entrevista foi na própria emergência em salas que ofereciam privacidade e que estavam disponíveis no momento, para não afastar os entrevistados de seu trabalho. O tempo médio de duração das entrevistas foi de cinco minutos, não interferindo nas atividades dos enfermeiros.

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente transcritas, permitindo à pesquisadora obter a totalidade das informações fornecidas pelos entrevistados (TRIVIÑOS, 2008). Para cada participante do estudo foi fornecida uma cópia da transcrição da entrevista, possibilitando o reconhecimento das informações fornecidas, visando a acurácia dessas informações.

A entrevista foi orientada através da seguinte questão norteadora:

“Tu dás alguma orientação para a família da criança com bronquiolite durante a internação aqui na emergência?”

“Quais são essas orientações?”

4.5 Análise das informações

A análise dos conteúdos seguiu as etapas preconizadas por Bardin (2004), que possui as suas origens no desvelamento de significados de textos. É um método para decodificação das mensagens escritas e orais. O principal objetivo é o de “desvendar significados pouco claros ou trazer, para o primeiro plano, aspectos comuns subjacentes e soçobrados na diversidade estilística” (BARDIN, 2004).

Na organização da análise contou-se com as seguintes etapas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação. Realizou-se a leitura flutuante do texto (produção de gravação), agrupando-se as ideias semelhantes às quais deram origem às unidades de registro ou de análise, dando início à codificação. A categorização se verifica segundo princípios de exclusão mútua, homogeneidade, pertinência, objetividade e fidelidade. Na inferência, iniciou-se a análise propriamente dita, havendo aplicação de provas de legalidade e de confiabilidade (BARDIN, 2004).

4.6 Aspectos éticos

Aqueles que concordaram em participar da pesquisa assinaram um **“Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”**, (APÊNDICE B) que foi fornecido antes da realização da mesma, oportunidade esta em que foram explicados os objetivos do presente estudo. Nesse termo foi assegurado o direito à informação sobre a pesquisa, à participação voluntária, o sigilo em relação à identificação dos participantes, e a autorização para publicação dos dados. Além disso, constou no

termo a possibilidade de retirar o consentimento em qualquer etapa da pesquisa em que o participante desejar. E foi assegurado que não haverá sanção e prejuízo na avaliação de desempenho do mesmo. O entrevistado recebeu uma cópia do termo e o original ficou com a pesquisadora.

Após a transcrição das entrevistas, as gravações foram extinguidas. As transcrições e demais documentos, serão guardados, com a pesquisadora, por um período de cinco anos, conforme a lei dos Direitos Autorais 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que legisla sobre os aspectos éticos de pesquisa em seres humanos (BRASIL, 1996).

Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS, projeto número 23566 (ANEXO A), e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, projeto número 12-0278 (ANEXO B).

5 AÇÕES EDUCATIVAS DO ENFERMEIRO À FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM BRONQUIOLITE NA EMERGÊNCIA

Busca-se nesta fase do estudo a análise das entrevistas, nessa foi possível identificar duas categorias e cinco subcategorias consideradas pertinentes para ordenar as informações. Essas categorias mantêm uma relação entre si e possuem significados que auxiliam a conhecer as ações educativas realizadas pelos enfermeiros às famílias das crianças com bronquiolite na emergência pediátrica.

Assim, organizaram-se as seguintes categorias e subcategorias:

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Ações educativas na emergência	Cuidados de enfermagem
	Cenário de cuidados
	Alta da emergência
Fatores que interferem nas ações educativas	Imprevisibilidade da alta
	Descomprometimento do enfermeiro com as ações educativas

Quadro 1 – Categorização das informações.
Fonte: Maciel, 2012.

5.1 Ações educativas na emergência

As ações educativas devem preparar a pessoa para autonomia e o autocuidado, a fim de, que ela possa fazer as melhores escolhas de saúde. Essa ação educativa deve estar presente em qualquer nível de atenção a saúde de forma a prevenir e promover o bem-estar do indivíduo. Esta forma de fazer o cuidado de enfermagem faz com que o enfermeiro estimule o ser humano a ser o protagonista do seu próprio cuidado. Tal atitude faz com que a pessoa se torne um ser crítico e reflexivo sobre o seu processo de adoecimento. As ações educativas precisam fazer parte do cuidado diário na emergência, porque o cuidado só terá sentido para a família se ele for entendido e compreendido como uma ação que possibilita o restabelecimento da criança.

O enfermeiro da emergência pediátrica necessita conhecer a realidade na qual a família da criança vive, uma vez que as ações educativas são formas de compartilhamento de saberes entre o profissional e o acompanhante da criança.

Ao fazer essas alianças de cumplicidade com a família no cuidado da criança, o enfermeiro constrói uma relação de educação em saúde. Cria-se assim, um espaço de conhecimento, vivência e experiência para refletir sobre a sua realidade social e a capacidade de formular estratégias para modificá-la.

Assim, das falas dos participantes, as ações educativas do enfermeiro à família de crianças com bronquiolite na emergência. Faz surgir as seguintes subcategorias: *cuidados de enfermagem, cenário de cuidados e alta da emergência.*

5.1.1 Cuidados de enfermagem

Na internação da criança com bronquiolite na emergência pediátrica são necessários alguns cuidados de enfermagem a fim de proporcionar uma melhora clínica e permitir, quando apropriado, que a criança tenha alta da emergência e realize a recuperação no ambiente doméstico.

A maioria dos casos de bronquiolite não requer uma internação hospitalar, as crianças podem ser cuidadas em casa, exceto se portarem algum fator de risco associado, como cardiopatias congênitas, fibrose cística, doenças metabólicas ou neurológicas (AMANTÉA; et al., 2010; HOCKENBERRY; WILSON, 2011).

No cuidado de enfermagem em meio às orientações que os enfermeiros realizam com os acompanhantes das crianças, as respostas mais frequentes com relação a medicações broncodilatadores foram as seguintes:

Ver as medicações, os “sprayzinhos” na hora certa a gente está sempre ali junto né se tiver paciente usando oxigênio a gente tem que está sempre orientando a mãe pra não tirar, não ficar desligando (E07).

Cuidados como fazer o uso correto da bombinha, quando está prescrito, ou o paciente com sinais de disfunção respiratória que tem avise, a enfermagem (E10).

Fazer os jatinhos conforme o horário, explicar porque também elas vão continuar, a maioria dos pacientes continuam usando a bombinha de medicação em casa também (E12).

De acordo com Amantéa e colaboradores (2010), as medicações utilizadas durante o período de infecção viral não são específicas para o tratamento da

bronquiolite, elas são usadas para minimizar os sintomas. Na bronquiolite ocorre um estreitamento da luz dos bronquíolos e com o uso de broncodilatadores esse sintoma pode ser aliviado. Ainda conforme Azevedo (2009), estudos não demonstraram que esse tipo de medicação traz uma melhora significativa, portanto, seu uso não é parte fundamental da terapêutica indicada para crianças com bronquiolite.

Corroborando com essas informações, o estudo de Xavier (2009) mostrou que 87,2% das crianças com bronquiolite receberam alta com a prescrição de broncodilatadores para uso domiciliar.

Contudo, podemos observar através das entrevistas que esse tipo de medicação é prescrita com frequência, pois em várias falas foram mencionados os cuidados relacionados com o uso da medicação. Além disso, algumas crianças recebem alta da emergência com a prescrição do medicamento, por isso, é importante que o acompanhante da criança receba orientações sobre o uso correto da medicação ainda no período em que a criança está na emergência.

Além dos cuidados relacionados aos medicamentos, surgiram nas entrevistas outros cuidados relacionados a aspiração, como podemos verificar nas falas a seguir:

Às vezes é o primeiro contato com o hospital, então, as mães ficam bem assustadas, assim, com a aspiração que é uma das formas que a gente... é um dos tratamentos a gente conseguir aspirar e liberar a secreção, então a gente orienta como é que é esse processo, qual é o objetivo da aspiração pra elas conseguirem colaborar também, né? (E05).

O porquê da aspiração, porque algumas mães não gostam que a gente aspire muito os bebês, então a gente orienta que é necessário para a criança respirar melhor, para ter um padrão ventilatório melhor (E08).

A aspiração é um procedimento que auxilia na desobstrução das vias aéreas, permitindo que a criança respire melhor. Este cuidado de enfermagem é importante, principalmente em bebês, pois eles tem a respiração exclusivamente nasal (HOCKENBERRY; WILSON, 2011). E também, porque pode prevenir agravos que podem levar à insuficiência respiratória e à necessidade de ventilação mecânica (NETTINA, 2007). Podemos perceber nas falas anteriormente mostradas que há uma preocupação dos enfermeiros em explicar o procedimento às mães, por se tratar de um procedimento invasivo e que causa certo medo nelas.

A ação de conversar com as mães sobre o procedimento, explicar como e porquê ele é realizado, é importante para tornar a mãe participante do cuidado e

também para estabelecer uma relação de confiança entre profissional e família. Quando essa relação for firmada, a mãe ficará mais segura em relação aos cuidados do enfermeiro, e esse poderá fazer o seu trabalho com mais tranquilidade.

De acordo com Collet e Rocha (2004), se mãe e profissionais da saúde criarem uma relação de empatia, as mães poderão sentir-se mais seguras para superar as dificuldades relativas à internação hospitalar do filho.

Ensinar métodos para reconhecer os sinais e sintomas quando a criança está com disfunção respiratória às mães é outra preocupação apresentada nas falas dos enfermeiros.

Ficou evidenciado nas falas a seguir que há um empenho dos enfermeiros da emergência pediátrica em orientar as mães para que elas sejam capazes de reconhecer a disfunção respiratória e procurar ajuda profissional.

Oriento quanto aos sinais de alerta, se a criança fica mais disfuncionada, se tem secreção, se tem dificuldade para mamar [...] para a mãe nos sinalizar e sempre oriento que qualquer coisa, qualquer dúvida, nos procure, nos chame (E13).

Orientar a mãe para a maneira que a criança está respirando [...] ensinar a mãe reconhecer se a criança dela está disfuncionada ou não. Então, o mais fácil quando a criança tem uma respiração abdominal é mostrar pra ela levantando a blusinha o movimento respiratório normal, Se, no caso, ela chega já disfuncionada, eu tento mostrar o anormal a tiragem, a fúrcula, se ela tiver um batimento de asa do nariz também (E01).

A insuficiência respiratória é a incapacidade do sistema respiratório de realizar as trocas gasosas, eliminando dióxido de carbono e absorvendo oxigênio (PIVA; et al., 1998). Ela é basicamente caracterizada por sinais de aumento da frequência respiratória, que também pode estar com ritmo e profundidade alterados, uso da musculatura acessória, batimento de asa de nariz e ausculta pulmonar alterada (NETTINA, 2007). Saber reconhecer esses sinais e sintomas é essencial para que a criança possa receber a tempo os cuidados necessários para evitar complicações que exijam outros cuidados mais complexos e invasivos.

Quando o enfermeiro conversa com a mãe a respeito do reconhecimento da disfunção respiratória, é importante que ele esteja apropriado de um vocabulário que possibilite a fácil compreensão da linguagem técnica que é comumente usada pelos profissionais da saúde. No estudo de Roecker, Budó e Marcon (2012), os enfermeiros participantes falaram que uma das dificuldades para a realização das atividades de educação foi a capacidade de entendimento dos clientes, pois se eles

não compreendem o que lhes é dito, não serão capazes de seguir o que foi recomendado, refletir sobre o seu contexto e praticar o autocuidado. Por isso, é importante o profissional conhecer um pouco da realidade do paciente, suas crenças e compreensão de mundo a fim de encontrar a melhor forma de contribuir para o desenvolvimento do conhecimento.

5.1.2 Cenário de cuidados

Na emergência pediátrica, cenário de cuidado a criança com bronquiolite, as ações educativas são importantes para evitar a transmissão dos vírus para outras crianças, acompanhantes e profissionais.

Além dos cuidados de enfermagem relacionados aos procedimentos técnicos e orientações sobre características da bronquiolite, há também a preocupação com o ambiente da emergência, em que a criança permanece até ser encaminhada para uma unidade de internação ou receber alta para casa.

Alguns participantes falaram sobre as orientações que eles fazem a respeito do cenário de cuidado, como demonstram as falas abaixo:

A gente orienta as mães a permanecer com as crianças com máscara, e explica para elas que a criança está em isolamento respiratório, e explica pra mãe o porquê da importância do isolamento respiratório (E11).

Sempre que possível, né, é manter as crianças, tem que manter isolada né, evitar que as mães fiquem saindo pra fora então tem que ficar mais ou menos isolada a criança (E07).

O isolamento das crianças com diagnóstico confirmado ou com suspeita de bronquiolite é uma medida importante de prevenção de transmissão do vírus através das partículas de aerossol. Quando há um número grande de crianças que necessitam de isolamento, deve ser realizado de forma que todos permanecem no mesmo quarto, mesmo que haja diagnóstico de vírus diferentes e mantendo uma distância mínima de dois metros entre os leitos (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2006*). Nos casos em que há suspeita de bronquiolite é importante que as crianças também fiquem em isolamento para prevenir uma possível transmissão viral para outras pessoas.

Apesar disso, somente o isolamento não é suficiente para prevenir a transmissão dos vírus. São necessárias outras medidas importantes, como a

higienização das mãos, visto que outra forma de transmissão do vírus é por meio do contato direto com grandes partículas de secreção que podem permanecer por até 12 horas no ambiente (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2006*). Essa preocupação com a higienização de mãos foi mencionada nas seguintes falas:

As orientações que a gente passa aqui na emergência são mais quanto à precaução aérea, cuidados com o uso da máscara, lavagem de mãos e restringir o contato com outras crianças (E15).

Quando elas chegam então, a gente orienta [...] que sempre higienizem as mãos né, antes de sair, depois, enfim (E02).

Então tem a questão do isolamento da lavagem das mãos, a gente sempre orienta quando as crianças internam, mais é a questão da lavagem das mãos (E09).

É essencial que os enfermeiros pediátricos da emergência orientem as famílias a respeito da higienização de mãos, como ela deve ser feita e qual a sua importância, tanto dentro, como fora do ambiente hospitalar, pois ela é uma medida simples, barata e eficaz para prevenir a transmissão de infecções.

Ainda é importante, que o enfermeiro estabeleça um diálogo respeitoso, sem arrogância e superioridade de conhecimento sobre os hábitos de higiene da família com a criança, como uma maneira de aproximação e educação em saúde.

Limitar-se apenas no repasse de informações sobre as práticas adequadas de higiene faz com que o familiar sinta-se ofendido, pelo fato de ter seus hábitos de higiene julgados como incorretos. Essa atitude é autoritária, fragmentada e desarticulada do cuidado numa emergência pediátrica.

5.1.3 Alta da emergência

No momento da alta da emergência pediátrica alguns enfermeiros buscam benefícios para a saúde da criança com bronquiolite no seu contexto familiar, sendo um compromisso do enfermeiro pediátrico realizar ações educativas para promover a saúde da criança.

A maioria dos casos de bronquiolite não necessita de internação hospitalar, podendo ser tratados em casa. Todavia, quando a criança passa por um acompanhamento na emergência pediátrica, é importante que o profissional realize ações educativas com o acompanhante da criança sobre os cuidados que serão necessários no ambiente doméstico com o objetivo de recuperar a saúde da criança

e prevenir que ela tenha infecções respiratórias novamente ou um agravamento da infecção que ela apresenta.

Os cuidados realizados pela família, após a alta hospitalar, são fundamentais para a recuperação da saúde da criança, servem também para prevenir complicações e reinfecções que podem necessitar de internação hospitalar novamente. A família, portanto, precisa estar preparada para fazer esse cuidado. O trabalho realizado pelos enfermeiros é uma forma de ajudar às famílias para compreender melhor a doença, seus fatores de risco, suas complicações e assim, fazer uma reflexão sobre a sua realidade e ampliar a sua visão sobre o cuidado à criança.

De acordo com o estudo de Pereira e colaboradores (2000), as condições do local de residência das crianças influenciam no aparecimento de problemas respiratórios, sendo casas com mofo, animais de estimação e aglomerados de pessoas os fatores de risco para a manifestação da bronquiolite (PEREIRA; et al., 2000; PRIETSCH; et al., 2003). Esses aspectos são abordados nas orientações de alguns enfermeiros como nas seguintes falas:

Oriento em relação a alguma coisa que pode causar uma reação alérgica à criança como o pó, o ursinho de pelúcia, sofás sujos, [...] orientações sobre as coisas que causam alergia em casa como tapetes, etc. (E17).

E até ver questões ambientais assim de moradia, de animais às vezes a criança é alérgica a alguma coisa e acaba desencadeando [...] doenças respiratórias assim que são mais corriqueiras, durante a infância (E16).

Para fazer esse tipo de orientação, o enfermeiro precisa conhecer a realidade em que vivem as famílias, suas condições econômicas e de moradia. Não é suficiente o enfermeiro apenas orientar quanto a esses cuidados sem saber se a família terá como realizá-los e, também, se ela compreende a importância desse tipo de cuidado e qual a sua relação com a doença da criança. Diante disso, o enfermeiro precisa conversar com a família, conhecer um pouco da sua realidade e, juntamente com ela, tentar encontrar as melhores alternativas para resguardar a criança dos agentes alergênicos que podem agravar a bronquiolite.

Segundo Acioli (2008), ter práticas de repasse de informações que visam modificar a vida das pessoas através do ensino de hábitos de higiene é algo limitado e que perdura até nos dias atuais nas atividades educativas desenvolvidas pelos enfermeiros. E ainda, esse enfoque não permite agregar o entendimento dos fatores

que determinam os problemas, as necessidades e dificuldades dos indivíduos (ACIOLI, 2008). Por isso, é importante que o enfermeiro tenha habilidade para trabalhar com essas questões relacionadas ao estilo de vida e limitações das famílias que passam pela emergência pediátrica.

Além das orientações sobre os fatores alergênicos, surgiu em algumas entrevistas, a preocupação em informar ao acompanhante a respeito da aglomeração de pessoas no ambiente familiar e também nas creches, como constatamos nas falas abaixo:

Não deixar a criança em ambientes muito fechados, com pessoas já gripadas, resfriadas, evitar levar pra escolinha se “tiver” iniciando um quadro viral, por exemplo, tem dois ou três coleguinhas com gripe (E08).

Então, eu acho que são as principais orientações assim e durante a internação, mas principalmente ter esse cuidado quando sai do hospital né. Mas, principalmente assim, crianças que ficam em creche né, sempre vão acabar tendo contato com outras crianças e tende a ter a bronquiolite novamente. Assim, a primeira vez, então, assim, ter que ter um cuidado, um cuidado especial com as crianças que muitas vezes, assim, não pode ser evitado, principalmente com esse negócio de creche essas coisas, assim, que acaba tendo contato respiratório com outras crianças (E16).

A taxa de hospitalização por doenças respiratórias é maior para crianças que moram em casas que são habitadas por uma quantidade grande de pessoas (CAETANO; et al., 2002). Isso ocorre porque elas ficam mais expostas aos vírus causadores da bronquiolite.

Crianças maiores e adultos podem ter o vírus, mas não apresentarem a sintomatologia, pois toleram melhor o edema dos bronquíolos (AMANTÉA; et al., 2010). A infecção das crianças menores ocorre através do contato com secreções eliminadas por portadores dos vírus que podem estar presentes em qualquer superfície do ambiente. Além disso, é característica dessa fase da infância a descoberta do meio através da boca, colocando objetos, mãos e pés dentro da cavidade oral. Conforme Amantéa (2010), essa é a principal forma de transmissão do VSR, o principal vírus causador da bronquiolite.

No ambiente de creches, é comum ocorrer o compartilhamento de brinquedos e até chupetas entre várias crianças. Esse hábito também pode contribuir para aumentar o risco da criança contrair um vírus através do contato com algum objeto que está contaminado (MACEDO; et al., 2007). E ainda, é frequente encontrarmos a

presença de vírus causadores de infecções respiratórias em crianças que convivem em creches (BONFIM; et al., 2011).

Além desses fatores, a exposição ao fumo no ambiente doméstico está associada com o aparecimento de doenças respiratórias em crianças. Segundo o estudo de Silva et al. (2006), a variável presença de fumantes no domicílio tem maior associação a crianças com doença respiratória. E também, quanto mais pessoas fumantes na mesma residência, além dos pais, maior o risco para as crianças desenvolverem doenças respiratórias (SILVA; et al., 2006).

Há uma preocupação dos enfermeiros em orientar a respeito da exposição da criança ao fumo passivo, o que ficou evidenciado nas seguintes falas:

Evitar deixar a criança perto de fumantes, porque isso também agrava os problemas respiratórios (E08).

Tem muitos pacientes que tem em suas residências, pessoas muito humildes, que tem fogão a lenha, tem fumaça, então muitas pessoas expõe as crianças a essas condições, como também o cigarro né, que é um dos fatores que pode complicar a bronquiolite (E12).

Eu procuro saber se tem algum fumante na família né, dai eu dou as orientações, de preferência que pare de fumar ou que procure não fumar próximo à criança. O que mais, a respeito também de, dos ácaros né, de fumaça, às vezes tem aqueles fogões a lenha, isso pode provocar uma crise de tosse né (E06).

Tendo em vista que a presença de fumantes é um fator que pode aumentar o risco da criança desenvolver doenças respiratórias, é importante a existência de ações educativas a respeito dessa temática.

Ainda de acordo com o estudo de Silva e colaboradores (2006), as crianças expostas ao fumo passivo e com idade inferior a 12 meses, apresentam maior chance de desenvolver doenças respiratórias se comparadas com as crianças de mais idade (SILVA; et al., 2006). Isso porque as crianças nessa faixa etária, normalmente, permanecem em casa, sendo assim, ficam expostas à fumaça por mais tempo (PEREIRA; et al., 2000).

No estudo de Albernaz (2003), entre os fatores de risco para a internação hospitalar por bronquiolite está o fato de as mães serem fumantes, o que demonstrou que essas crianças, filhas de mães fumantes, têm 57% mais chance de ter uma internação hospitalar por bronquiolite. Foi verificado, em outro estudo, que

as crianças expostas ao fumo têm um risco maior para internações hospitalares por bronquiolite (GIRARDI, 2003).

Quando o enfermeiro realiza esse tipo de ação educativa que irá interferir diretamente no hábito dos pais, ele precisa estar ciente de que essa mudança é lenta e progressiva, se ela ocorrer. De forma alguma o enfermeiro pode censurar os familiares fumantes ou impor a cessação do tabagismo. A melhor forma de fazer essa abordagem é conversar sobre os fatores de risco ambientais que influenciam o surgimento ou agravamento da bronquiolite, sobre os malefícios que o fumo passivo traz às crianças. E também, tentar, junto com a família, procurar alternativas para reduzir a exposição da criança ao fumo. Nenhuma informação pode ser compartilhada de modo radical e unilateral, pois além de gerar uma repulsão da família em relação ao enfermeiro, não estimulará a reflexão sobre o assunto e a busca por meios para minimizar os danos causados à criança que está exposta ao fumo no domicílio.

5.2 Fatores que interferem nas ações educativas

Após a análise das entrevistas, percebemos que alguns participantes falaram sobre fatores que podem interferir na prática de ações educativas na emergência pediátrica.

Estas falas surgiram de modo espontâneo no decorrer das entrevistas, na medida em que os participantes foram explanando sobre as orientações que fazem ou não, eles mencionaram os fatores que prejudicam a execução das ações educativas com as famílias na emergência pediátrica.

Desse modo, das falas dos participantes, surgem os fatores que interferem nas ações educativas do enfermeiro à família de crianças com bronquiolite na emergência, apresentados nas seguintes subcategorias: *imprevisibilidade da alta* e *descomprometimento do enfermeiro*.

5.2.1 Imprevisibilidade da alta

As ações educativas, principalmente quanto aos cuidados relacionados ao período de pós-alta da emergência pediátrica, não precisam ser feitas no exato momento em que a criança recebe a alta. Por se tratar de um atendimento de emergência espera-se que a criança permaneça por pouco tempo, o que reforça

ainda mais a importância de preparar a criança e a família para a alta desde o momento da chegada à emergência.

Durante todo o período em que as crianças permanecem na emergência com seus familiares, o enfermeiro pode realizar a atividade de educação em saúde, pois a ação educativa não é algo que acontece em um único momento. Tal impressão é corroborada pelas ideias de Queiroz e Jorge (2004) que acreditam na educação em saúde em todos os momentos, permeando todas as práticas de cuidado com a criança e sua família, e também, que sempre é possível encontrar espaço para a educação.

Alguns enfermeiros mencionaram a imprevisibilidade da alta como algo que dificulta a realização das ações educativas, como podemos verificar nas seguintes falas:

Quando o round é feito na sala, tu não fica sabendo se a criança vai pra alta ou não (E01).

A gente passa mais orientações aqui do dia-a-dia, assim, não preparando pra alta mesmo não tem [...]. Porque eles ficam só em observação e a gente não sabe se vai ficar internado mesmo. Às vezes, que nem ontem, aconteceu assim, ela [enfermeira] passou duas crianças que iam internar bronquiolite, [...], daí chegou no final do plantão uma ganhou alta (E05).

Contudo, se a equipe multiprofissional mantiver uma boa comunicação facilitará o planejamento e a realização das ações educativas com as famílias, preparando para a alta da emergência pediátrica.

No relacionamento entre membros de uma equipe multiprofissional é essencial uma conexão entre os diferentes processos de trabalho. Para isso, é necessário que um profissional conheça o trabalho do outro e reconheça a sua importância para a atenção integral à criança e à família. Essa conexão se criará a partir de uma boa comunicação entre os membros da equipe.

A comunicação precisa ser efetiva para que todos trabalhem na mesma direção, respeitando a autonomia de cada profissional e as atribuições de cada profissão. Devemos sempre lembrar que os bons resultados dificilmente nascem de ações individuais, sendo assim, o trabalho integrado entre a equipe multiprofissional contribuirá para aprimorar as ações educativas para os cuidados da criança após a alta da emergência.

5.2.2 Descomprometimento do enfermeiro com as ações educativas

Nas entrevistas também chamou a atenção algumas falas que demonstraram um descomprometimento do enfermeiro para realizar as ações educativas. Entre as falas que evidenciaram esse descomprometimento, surgiram questões a respeito da organização do processo de trabalho.

Na emergência do HCPA, não há uma equipe de enfermagem exclusiva para a assistência às crianças. É uma equipe única, que por meio de escalas, ora atende crianças, ora atende adultos, com algumas poucas exceções de enfermeiros que trabalham somente numa área, por uma questão de afinidade com o perfil do paciente ou por uma necessidade de treinamento de novos funcionários. Tal evento pode ser verificado nas falas a seguir:

Tem rodízio então, muitas vezes a gente fica meses sem passar aqui na emergência pediátrica (E05).

Na emergência em pediatria a gente roda né, [...] Ficava uma semana, e ficava duas fora (E06).

Eu já passei por lá algumas vezes, por isso que de repente deveria dar uma orientação maior e tudo, mas não dou por realmente não ter muita experiência com criança, né? (E02).

Para a qualificação da assistência de enfermagem em pediatria é fundamental ter uma equipe exclusiva para cuidar das crianças, porque o cuidado pediátrico possui particularidades que não podem ser comparadas ao cuidado de adultos. Além disso, por se tratar de um serviço de emergência, os profissionais precisam estar capacitados e habituados com o tipo de trabalho que é realizado no serviço, pois a tomada de decisão precisa ser rápida e segura para garantir a recuperação ou até mesmo salvar a vida de uma criança.

Entretanto, as dificuldades com a escala de trabalho, que não permitem uma maior aproximação com o tipo de cliente específico, não podem servir como um empecilho para a prática das ações educativas. Sem dúvida, a organização da escala nesse formato dificulta o desenvolvimento de habilidades específicas, tanto de procedimentos técnicos quanto de peculiaridades que são exclusivas do cuidado de enfermagem em pediatria. Porém, cabe ao enfermeiro buscar a sua maneira de fazer educação em saúde conforme as condições de trabalho que a instituição lhe

oferece, sem se esquecer de batalhar por condições mais favoráveis que contribuirão para aprimorar a assistência ao paciente e sua família.

A transferência da criança para a unidade de internação também foi mencionada como um obstáculo para a realização das ações educativas. Contudo, assim como a escala de trabalho da equipe, o fluxo de atendimento não pode interferir nas atividades de educação.

A maioria das crianças acabam subindo pro andar né? Aqui na emergência, assim, orientação pra alta, como ela vai fazer em casa não (E05).

Nem sempre, assim, a criança recebe alta aqui da emergência [...] Então, as orientações pra cuidado em casa a maioria são dadas no andar, né? (E08).

Difícilmente elas recebem alta da emergência direto, geralmente com bronquiolite elas vão para o andar, provavelmente tu vai conseguir mais informações lá, sobre as orientações da alta (E09).

Ainda que as crianças permaneçam por um tempo curto na emergência, as ações educativas devem estar presentes em qualquer serviço de saúde, seja na atenção básica, durante a internação hospitalar e até mesmo na emergência. A educação em saúde precisa ser vista como uma atividade de cuidado, onde o enfermeiro também pode aprender junto com as famílias, construindo uma prática libertadora, crítica e humanizada (MIRANDA e BARROS, 2004).

Alguns participantes também mencionaram a necessidade de ter conhecimento para orientar as famílias a respeito do cuidado das crianças com bronquiolite, principalmente quando se referem às orientações de cuidados após a alta da emergência.

Falta conhecimento assim pra orientar a mãe com relação a como que é o ambiente dela em casa, pra ela ter os cuidados, eu acho que faltaria isso pra gente ter um pouco mais de, retomar esse conhecimento (E01).

Talvez, em função de ser emergência, existe uma falta de um preparo de orientação de cuidado para alta, isso ainda é faltoso aqui dentro (E14).

A percepção dos enfermeiros em relação à carência de conhecimento específico para realizar as ações educativas é importante para estimular uma reflexão a cerca da qualidade do cuidado que está sendo oferecido. É através da participação nos espaços de educação permanente direcionados à problematização dos processos de trabalho que o profissional pode ampliar o desenvolvimento das dimensões do cuidado e tornar-se mais responsável pelo resultado das ações de

atenção à saúde (LOPES, et al., 2007).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação para realizar o estudo surgiu a partir da observação de crianças com bronquiolite que passaram por sucessivas internações na emergência pediátrica. Então, percebemos a necessidade de saber um pouco mais sobre o cuidado realizado pelos enfermeiros com essas crianças e suas famílias. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi conhecer as ações educativas realizadas pelo enfermeiro à família de crianças com bronquiolite na emergência pediátrica.

Durante a análise das entrevistas percebemos que o enfermeiro da emergência pediátrica tem por hábito orientar as famílias das crianças com bronquiolite, principalmente sobre os cuidados no ambiente hospitalar, ainda que as orientações a respeito dos cuidados em casa pareçam ser insuficientes. Contudo, há alguns fatores que dificultam a concretização dessa prática como algo inerente ao cuidado de enfermagem na emergência com as crianças e as famílias.

Entre as ações educativas na emergência, entenda-se aqui orientações durante a internação na emergência, as mais relatadas foram: cuidados com a administração de medicamentos, orientações sobre o procedimento de aspiração e a identificação de sinais e sintomas de disfunção respiratória. E ainda, foram mencionados os cuidados relacionados com o cenário de cuidado, como o isolamento das crianças e a higienização das mãos para prevenir a transmissão dos vírus para outras crianças e para os profissionais. Sobre os cuidados em casa, os participantes referiram que realizam poucas orientações a respeito, e alguns até assumiram que não fazem esse tipo de orientação.

Quanto aos fatores que interferem nas ações educativas, foram mencionados: a forma como é organizado o processo de trabalho, a falta de conhecimento específico e a internação das crianças nas unidades hospitalares. Mesmo com esses empecilhos que foram apontados pelos enfermeiros, a prática das ações educativas não pode ser deixada de lado. É através da educação que podemos auxiliar na redução das internações hospitalares por bronquiolite e contribuir para aprimorar o cuidado de enfermagem.

Além disso, o enfermeiro da emergência pediátrica deve ser capacitado em relação às ações educativas ele deve saber que a educação em saúde não está restrita ao repasse de informações, ela deve estimular uma reflexão crítica sobre a realidade na qual a pessoa vive, e transformá-la em sujeito multiplicador de

conhecimento. Porém, não é tarefa fácil desenvolver um processo educativo onde o sujeito tenha a possibilidade de apoderar-se do conhecimento em saúde. O enfermeiro precisa conhecer as variáveis sociais e econômicas que interferem na saúde das pessoas, suas crenças e capacidades.

Para as ações educativas serem postas em prática, é necessário o estabelecimento de um vínculo entre o profissional e a família, através da empatia, capacidade comunicativa e sensibilidade do enfermeiro para lidar com cada família. Sendo assim, é importante que o enfermeiro possua uma formação especializada em pediatria, pois essa formação lhe dará mais conhecimento das características do cuidado de crianças e, também, subsídios que auxiliam na assistência como um todo.

Na busca pela literatura para embasar o estudo, verificou-se que a produção científica nacional sobre ações educativas está restrita aos serviços de atenção básica, e que os artigos científicos referentes à bronquiolite sustentam um enfoque epidemiológico. Portanto, esse estudo vem com a intenção de estimular a reflexão sobre uma nova forma de ver a prática das ações educativas aplicadas ao ambiente hospitalar, e especificamente, no cuidado às crianças com bronquiolite e suas famílias.

Sabemos que a atenção primária apresenta algumas limitações para a realização de todas as atribuições que lhe são pertinentes. Logo, se o trabalho de educação é deficiente na atenção primária, é de refletir que os outros níveis de atenção podem contribuir na realização das ações educativas. Afinal, a promoção e a prevenção em saúde devem estar presentes em todos os serviços de saúde, e a forma de realizá-las é por meio das ações educativas. Além disso, desenvolver o processo de referência e contra-referência com as unidades básicas de saúde, ou seja, entre enfermeiros da unidade básica e enfermeiros da emergência pediátrica, é importante para a construção de um cuidado unificado.

Diante dos achados no estudo, recomenda-se que a forma de organização do processo de trabalho aconteça de modo que o enfermeiro permaneça somente na assistência às crianças, ou seja, na formação de equipes de enfermagem voltadas exclusivamente para o cuidado das crianças e suas famílias. Também é recomendado o desenvolvimento de atividades de capacitação para agregar o conhecimento específico da área. E como uma ação para o futuro, podemos pensar na necessidade da contratação de enfermeiros com pós-graduação em pediatria, a

fim de qualificar o cuidado de enfermagem que é realizado na instituição e contribuir para reduzir as reinternações na emergência pediátrica.

Espera-se, com essa pesquisa, contribuir para que os profissionais reflitam sobre a importância de se conhecer as ações educativas realizadas pelo enfermeiro à família de crianças com bronquiolite na emergência pediátrica, contribuindo para ações de saúde no campo prático, modificando a realidade atual.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em saúde pública. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.61, n.1, p.117-121, jan-fev. 2011.
- ALBERNAZ, E. P. et al. Risk factors associated with hospitalization for bronchiolitis in the post-neonatal period. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.4, p. 485-493, 2003.
- AMANTÉA, S. L. et al. Bronquiolite viral aguda. *In*: LOPEZ, F. A.; CAMPOS JÚNIOR, D. **Tratado de pediatria**. Barueri: Manole, 2010. 3000 p. p. 2082-2091.
- AZEVEDO, L. A. F. **Bronquiolite viral aguda**. 2009. 94 f. Dissertação de mestrado integrado em medicina – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2009.
- BANDEIRA, A. et al. Abordagem diagnóstica e terapêutica das bronquiolites – revisão bibliográfica. **Nascer e Crescer**, Porto, v.14, n.4, p. 286-291, 2005.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p.
- BONFIM, C. M. et al. Frequent respiratory pathogens of respiratory tract infections in children attending daycare centers. **Jornal de pediatria**, v.87, n.5, p. 439-444, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Inf. Epidemiol. SUS – Brasil, 2, 1996.
- _____. Ministério da Saúde. **DATASUS**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acessada em 29 de jun. de 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf> Acesso em: 29 de jun. de 2012.
- _____. Ministério da Justiça. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Departamento da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, 2002.
- _____. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base** - documento I/Fundação Nacional de Saúde, Brasília: Funasa, 2007.
- _____. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília: Secretaria Executiva, 2000.

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

CARVALHO, W. B.; JOHNSTON, C.; FONSECA, M. C. Bronquiolite aguda, uma revisão atualizada. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.53, n.2, p. 182-188, 2007.

COLLET, N.; ROCHA, S. M. M. Criança hospitalizada: mãe e enfermagem compartilhando o cuidado. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n. 2, p. 191-197, mar-abr. 2004.

Estatísticas de Saúde: Mortalidade, 1994. Porto Alegre: **Secretaria de Saúde e do Meio Ambiente/SUS**. Núcleo de Informação em Saúde: v.20, 1996.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. 30ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2007. 150p.

GIRARDI, L. **Efeito da exposição ao fumo passivo em lactentes hospitalizados com bronquiolite viral aguda no primeiro ano de vida**. 2003. 106 f. Dissertação de mestrado em ciências médicas: pediatria – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

GÓES, F. G. B.; LA CAVA, A. M. Práticas educativas em saúde do enfermeiro com a família da criança hospitalizada. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 11, n. 4, p.942-951, 31 dez. 2009.

HOCKENBERRY, M.J.; WILSON, D. **Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica**, 8ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

LOPES, E. F. S. et al. Educação em saúde: um desafio para a transformação da práxis no cuidado em enfermagem. **Revista do HCPA**, Porto Alegre, v.27, n.2, p. 25-27, 2007.

MACEDO, S. E. C. et al. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.41, n.3, p. 351-358, 2007.

MACHADO, M. de F. A. de S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p.335-342, abr. 2007.

MIRANDA, K. C. L.; BARROSO, M. G. T. A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, n. 4, p. 631-635, jul-ago. 2004.

MURAKAMI, R.; CAMPOS, C. J. G. Importância da relação interpessoal do enfermeiro com a família de crianças hospitalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.2, p.254-260, mar-abr. 2011.

NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do milênio**. Nova Iorque, 6 – 8 de set., 2000.

NAIR, H. et al. Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in Young children: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v.375, p.1545-1555, mai. 2010.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OLIVEIRA, T. G. et al. Avaliação das internações de crianças de 0 a 5 anos por infecções respiratórias em um hospital de grande porte. **Einstein**, São Paulo, v.9, n.4, p. 514-517, out.-dez. 2011.

PEREIRA, E. D. B. Efeitos do fumo ambiental no trato respiratório inferior de crianças com até 5 anos de idade. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.1, p. 39-43, fev. 2000.

PIVA, J. P. et al. Insuficiência respiratória na criança. **Jornal de pediatria**, v.74, n.1, p. 99-112, 1998.

PRIETSCH, S. O. M. et al. Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico. **Revista Panam Salud Pública**, v.13, n.5, p. 303-310, 2003.

POLIT, D.F., BECK, C.T., HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Plano Municipal de Saúde 2010 – 2013**. Porto Alegre: Secretaria de Saúde, 2010. Disponível em: <http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/pms.pdf> Acesso em: 29 de jun. de 2012.

QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Ações educativas no cuidado infantil e intervenções dos profissionais junto às famílias. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 26, n. 1, p.71-81, 2004.

RIGON, A. G.; NEVES, E. T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? **Texto e Contexto Enfermagem**, Santa Catarina, v. 20, n. 4, p.812-817, out. 2011.

RODRIGUEZ, R. B.; FUENTES, A. G. Guía práctica clínica: bronquiolitis. **Revista Salud Uninorte**. Barranquilla (Colômbia), v.25, n.1. p.35-149, 2009.

ROECKER, S.; BUDÓ, M. L. D.; MARCON, S. S. Trabalho educativo do enfermeiro na estratégia saúde da família: dificuldades e perspectivas de mudanças. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo: v.46 n.3, p.641-649, 2012.

SANTOS, A. M. R. et al. Vivências de familiares de crianças internadas em um Serviço de Pronto-Socorro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo: v.45 n.2, p.473-479, 2011.

SILVA, R. M. V. G. et al. Tabagismo no domicílio e doença respiratória em criança menores de cinco anos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p. 579-586, mar. 2006.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. **Bronchiolitis in children: A national clinical guideline**. UK: 1 ed. 2006.

SPARREMBERGER, D. A. H. et al. Características epidemiológicas e influência da coinfeção por vírus respiratórios na gravidade da bronquiolite aguda em lactentes. **Revista Scientia Médica**, Porto Alegre, v. 21, n. 3 p. 101-106, set. 2011.

SUDBRACK, et al. Prevalência de vírus respiratórios em lactentes com bronquiolite aguda e sibilância recorrente em uma emergência pediátrica no sul do Brasil. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p.124-129, jul. 2007.

TRIVIÑOS A.N.S., **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

UNICEF. Fundação das Nações Unidas para a Infância. **Situação Mundial da Infância – Caderno Brasil**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.unicef.org/lac/cadernobrasil2008.pdf>> Acesso em: 29 de junho de 2012.

XAVIER, F. L. R. **Relação entre os sinais clínicos de doença de vias aéreas inferiores em crianças observadas em sala de emergência e a decisão de tratamento**. 2009. 84 f. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Medicina, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES

Data: ____/____/____

Entrevista nº.: ____

Questão Norteadora:

“Tu dás alguma orientação para a família da criança com bronquiolite durante a internação aqui na emergência?

“Quais são essas orientações?”

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) _____

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “**Ações educativas de enfermagem à família de crianças com bronquiolite na emergência pediátrica**”. O estudo pretende conhecer as ações educativas realizadas pelo enfermeiro à família de crianças com bronquiolite na emergência pediátrica.

A sua participação poderá contribuir para qualificar o cuidado de enfermagem à criança e sua família, na emergência pediátrica, e assim diminuir as internações hospitalares por bronquiolite.

Gostaríamos de pedir o seu consentimento para fazer algumas perguntas sobre seu cuidado com as famílias das crianças com bronquiolite. Será realizada uma entrevista semi-estruturada com algumas perguntas pré-estabelecidas e outras que serão desenvolvidas no decorrer da entrevista que terá duração de no máximo 30 minutos. A entrevista será gravada em áudio, e após a transcrição será destruída, não havendo qualquer risco envolvido, podendo haver algum desconforto com o tempo estimado para a entrevista ou devido alguma pergunta realizada.

Tudo que for dito será confidencial e o seu nome não será divulgado. Os resultados do estudo serão apresentados de forma que não seja possível identificar as pessoas que dele participaram e as informações aqui obtidas serão utilizadas apenas para esta pesquisa. Os resultados serão armazenados pela pesquisadora principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

Você tem direito de pedir outros esclarecimentos sobre a pesquisa e pode se recusar a participar ou até desistir de participar, se assim desejar, sem qualquer prejuízo na sua relação de trabalho com a instituição. Não haverá sanção e prejuízo na avaliação de desempenho. E sua participação não envolverá custos.

Este documento será feito em duas vias de igual teor, sendo lhe entregue uma delas, caso você aceite participar da pesquisa.

A pesquisadora responsável por este projeto é a Prof^a Ms. Ivana de Souza Karl da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo Comitê de Ética do HCPA.

() Eu declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário(a), desta pesquisa.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Nome da pesquisadora: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: __/__/__

Observação: em caso de dúvida, entrar em contato com a pesquisadora responsável Prof^a Ms. Ivana de Souza Karl pelo telefone (51) 33598018, e-mail: ivana.k@terra.com.br e endereço: Escola de Enfermagem - Rua São Manoel, 963, Bairro Santa Cecília – Porto Alegre.
Pesquisadora: Viviane da Silva Maciel – telefone: (51) 9686-9514.

Em caso de dúvidas quanto a questões éticas, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, pelo telefone (51) 3359-7640.

ANEXO A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS

Pesquisador: Ivana De Souza Karl

Dados do Projeto de Pesquisa

Projeto Nº: 23566

Título: Ações educativas de enfermagem à família de crianças com bronquiolite na emergência pediátrica

Área do Conhecimento: Enfermagem Pediátrica

Início: 15/08/2012

Previsão de conclusão: 01/12/2012

Situação: projeto em andamento

Origem: Escola de Enfermagem

Projeto Isolado com linha temática NULL

Objetivo: Conhecer as ações educativas realizadas pelo enfermeiro à família de crianças com bronquiolite na emergência pediátrica.

Palavras-Chave

Enfermagem Pediátrica, Bronquiolite, Ações Educati

Equipe UFRGS

Nome: Ivana De Souza Karl

Participação: Coordenador

Início: 15/08/2012

Nome: Viviane Da Silva Maciel

Participação: Pesquisador

Início: 15/08/2012

Anexos

Projeto Completo

Data de Envio: 09/07/2012

Instrumento de Coleta de Dados

Data de Envio: 09/07/2012

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Data de Envio: 09/07/2012

Avaliações

Comissão de Pesquisa de Enfermagem - Aprovado em 08/08/2012

ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



PROJETO DE PESQUISA

Título: Ações educativas de enfermagem à família de crianças com bronquiolite na emergência pediátrica

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 05616112.4.0000.5327

Pesquisador: Ivana de Souza Karl

Instituição: Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA /
UFRGS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 102.215

Data da Relatoria: 19/09/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto acadêmico (trabalho de conclusão do curso de Enfermagem), com delineamento qualitativo exploratório -descritivo. Os pesquisadores entrevistarão 20 enfermeiro do quadro fixo do Serviço de Emergência do HCPA com vistas à identificar quais as orientações que são dadas as famílias de pacientes pediátricos com bronquiolite viral aguda durante a internação naquela unidade. A entrevista terá duração máxima de 30 minutos, será gravada e depois transcritas.

Objetivo da Pesquisa:

Conhecer as ações educativas realizadas pelo enfermeiro à família de crianças com bronquiolite viral aguda na emergência pediátrica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Nenhum risco identificável (entrevistas individuais com profissionais da enfermagem)
- Os autores apontam como benefícios pontenciais a redução do número de reinternações pelo mesmo problema a partir da orientação dos familiares, pelos enfermeiros, sobre cuidados ambientais e de cuidado com a exposição à recreações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de redação clara e objetiva.
O delineamento está adequado ao objetivo proposto.
O cronograma foi modificado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE foi revisado e encontra-se em condições de aprovação.

Recomendações:

Corrigir a área temática do estudo no cadastro da Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Projeto relevante e exequível
- Pendências no cronograma e no TCLE foram adequadamente resolvidas.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (513)359-7640 Fax: (513)359-7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE - HCPA /
UFRGS



Projeto em condições de aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A versão do projeto e do TCLE aprovados correspondem aos documentos submetidos em 11/09/2012. Qualquer alteração nestes documentos devem ser encaminhados para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.

Projeto cadastrado no Sistema WebGPPG: 12-0278.

PORTO ALEGRE, 19 de Setembro de 2012

Assinado por:
José Roberto Goldim

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2227 F
Bairro: Bom Fim CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (513)359--7640 Fax: (513)359--7640 E-mail: cephcpa@hcpa.ufrgs.br