**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

**DESENVOLVIMENTO E UTILIZAÇÃO DE JOGO EDUCATIVO
SOBRE A PREVENÇÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NO SEGUIMENTO DE
CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS PARA A CAPACITAÇÃO DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Raquel Dully Andrade

RIBEIRÃO PRETO-SP

2004

RAQUEL DULLY ANDRADE

**DESENVOLVIMENTO E UTILIZAÇÃO DE JOGO EDUCATIVO
SOBRE A PREVENÇÃO DE DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NO SEGUIMENTO DE
CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS PARA A CAPACITAÇÃO DE AGENTES
COMUNITÁRIOS DE SAÚDE**

Dissertação de Mestrado, apresentada ao
Programa de Pós-Graduação Enfermagem
em Saúde Pública junto ao Departamento
de Enfermagem Materno-infantil e Saúde
Pública da Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São
Paulo. Inserida na Linha de Pesquisa:
Assistência à criança e ao adolescente

Orientadora: Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

RIBEIRÃO PRETO-SP

2004

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Biblioteca Central do Campus Administrativo de Ribeirão Preto/USP

Andrade, Raquel Dully

Desenvolvimento e utilização de jogo educativo sobre a prevenção de doenças respiratórias no seguimento de crianças menores de cinco anos para a capacitação de agentes comunitários de saúde/ Raquel Dully Andrade; orientadora Débora Falleiros de Mello. – Ribeirão Preto, 2004.

111f.: il.; 30cm

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.

1.Educação em saúde. 2. Jogo educativo. 3. Doenças respiratórias. 4. Criança. 5. Agentes comunitários de saúde.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Raquel Dully Andrade

Desenvolvimento e utilização de jogo educativo sobre a prevenção de doenças respiratórias no seguimento de crianças menores de cinco anos para a capacitação de agentes comunitários de saúde

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovada em: ____/____/____.

Banca Examinadora

Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Orientadora

Julgamento:_____Assinatura:_____

Profa. Dra. Carmen Gracinda Silvan Scochi

Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Julgamento:_____Assinatura:_____

Prof. Dr. Gutenberg Melo Rocha

Professor Associado do Departamento de Biologia Celular, Molecular e Bioagentes Patogênicos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto –USP.

Julgamento:_____Assinatura:_____

Dedicatória Especial

A Deus,
por ser luz, paz, força e sabedoria
por me proteger e encher a minha vida de bênçãos,
por me conduzir na realização de meus sonhos,
por me amar...

Dedicatória

À **Débora**, minha querida orientadora,
 por me acolher, me ensinar, me acompanhar e me incentivar,
 sendo fonte de aprendizado e motivação na condução desse estudo,
 por se preocupar comigo...
 a você dedico esse trabalho.

Agradecimentos

Aos **meus pais Maria e Vanderci** e ao **meu irmão Ronan**, que me querem tão bem, pela tolerância e compreensão nos momentos de *stress*... por serem meu porto seguro... me apoiando e incentivando.

À Professora **Regina**,
 pela vivência no estágio da disciplina de Saúde da Criança, minha primeira aproximação com a área de atenção à saúde infantil...por acreditar em mim... me possibilitando vislumbrar a realização de um desejo: inserir no campo da pesquisa.
 e pelas sugestões realizadas na qualificação...que tanto enriqueceram esse estudo.

À Professora **Ambrosina**,
 por me mostrar os primeiros passos da pesquisa científica,
 por me ensinar com o seu exemplo sobre a dedicação, a seriedade e a ética que envolvem a pesquisa,
 pela oportunidade de aprender, trabalhando com você no projeto de extensão universitária,
 por poder substituí-la como professora (que responsabilidade hein...), iniciando a realização do sonho de ser docente...

À Professora **Carmem**, pelas valiosas contribuições para a realização desse estudo, participando da qualificação e banca com tanto entusiasmo...pela dedicação, capacidade e paixão em tudo o que faz...distribuindo aprendizado e motivação.

Ao Professor **Gutemberg**, que com tanta boa vontade se disponibilizou a participar da banca... pelo exemplo de profissional experiente, que acredita e se compromete com as atuais propostas de assistência à saúde dentro do contexto da Estratégia Saúde da Família, o que se expressa em suas falas.

Às Professoras da Faculdade de Enfermagem de Passos: **Evânia, Tânia, Márcia Silva, Vilma, Cássia, Nilzemar, Da. Lili e Ambrosina**,
 por me acolherem nessa escola quando vim transferida da USP de Ribeirão Preto,
 pelos ensinamentos e pelos exemplos de profissionais que são... me fazendo amar a enfermagem...
 por acreditarem em mim e estarem sempre incentivando o meu trabalho...acendendo a vontade e a responsabilidade de buscar ser uma profissional cada vez melhor...

À **Vivian**, nutricionista, foi minha professora na graduação em enfermagem,
 pela possibilidade de ser docente na faculdade de nutrição, a qual dirige com tanta dedicação.

À **equipe do PSF Aclimação**: ao médico Hendersom, à auxiliar de enfermagem Aline, e aos agentes comunitários de saúde: Rosania, Maísa, Luciana, Lívia, Gasparina e Vânia, pelo prazeroso e, às vezes, doloroso trabalho em equipe, pelo amadurecimento profissional num contexto real do Programa de Saúde da Família

À minha querida coordenadora **Marilene**, por viabilizar a minha ausência no PSF Aclimação, pelo exemplo de profissional que é...e por acreditar em mim e reconhecer o meu trabalho, pelo carinho... por me incentivar, ser companheira e se preocupar comigo.

Ao Prefeito **Dr. Hernani**, por me confiar a coordenação das 17 equipes de PSF do município de Passos-MG e pela compreensão em relação às minhas ausências.

Ao Secretário Municipal de Saúde **Dr. Dênis**, pela tolerância e apoio nas minhas ausências, pela prazerosa convivência na Secretaria Municipal de Saúde e pelo exemplo de gestor público comprometido com o sistema de saúde e com o PSF.

Ao motorista do PSF: **PC**, por sua dedicação às equipes de PSF e por colaborar com entusiasmo, juntamente com sua esposa **Patrícia**, na confecção do material educativo utilizado nesse estudo.

Aos enfermeiros do PSF: **Adah, Andréa, Denise, Elexandra, Erli, Flávia, Graziani, Irene, Ivana, Léslie, Marlene, Mayra, Priscila, Renata, Roberta, Rosires, Thaisa**, por compartilharem comigo a busca do desenvolvimento da Enfermagem e da Estratégia Saúde da Família, pelo amor e compromisso com que desempenham seu trabalho, mantendo o sonho aceso... e por poder dividir com vocês as vivências, alegrias e dores de um trabalho tão dinâmico como o do PSF.

Às **agentes comunitárias de saúde de Passos**, pela disposição em participar como sujeitos desse estudo.

À enfermeira **Júlia Paula** e às digitadoras do SIAB **Leandra e Talita**, pela cumplicidade e apoio. também à alegre e serena assistente social **Carla**, à empolgada digitadora **Gleida** e ao digitador sempre com boa vontade **Dênis**, todos colegas de sala na Secretaria Municipal de Saúde.

À eterna amiga **Érica**, que mesmo longe está sempre tão perto.

À **Cristiane**, por compartilhar comigo as alegrias e angústias, por estar comigo nas caminhadas, nas festas, nas voltas de carro...dividindo momentos de diversão e sendo minha confidente, tornando o caminho mais agradável e as dificuldades mais amenas.

À minha amiga **Renata**, que me recebeu com entusiasmo em sua casa nas noites em que precisei dormir em Ribirão, que sempre me ouviu e me incentivou, que me mostrou com o seu exemplo sobre como ver a vida e as dificuldades de forma mais *light*...

À **Elexandra**, por estarmos juntas desde a Especialização em Saúde Pública, em todo o processo de seleção do Mestrado, nas disciplinas e nas idas e vindas à Ribeirão Preto, sendo tão companheira.

À **Adriana Amaro**, sempre tão disponível e atenciosa em nos atender...

À **Leandra** pela dedicação, boa vontade, preocupação e carinho na formatação do trabalho...

*De tudo ficaram três coisas:
a certeza de que estava sempre começando,
a certeza de que era preciso continuar
e a certeza de que seria interrompido antes de terminar.*

*Fazer da interrupção um caminho novo,
fazer da queda, um passo de dança,
do medo... uma escada,
do sonho... uma ponte,
da procura... um encontro.*

Fernando Pessoa

RESUMO

ANDRADE, Raquel Dully. **Desenvolvimento e utilização de jogo educativo sobre a prevenção de doenças respiratórias no seguimento de crianças menores de cinco anos para a capacitação de Agentes Comunitários de Saúde.** 2004. 111 p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

No Brasil, as doenças respiratórias infantis são importantes causas de morbi-mortalidade das crianças menores de cinco anos. Considerando o enfrentamento dessa realidade no âmbito da atenção primária à saúde, o Programa de Saúde da Família traz um novo trabalhador de saúde, representado pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), com suas necessidades e demandas dentro dos serviços de saúde, tornando importante o estudo sobre instrumentos dirigidos à sua capacitação. Assim, esse estudo buscou desenvolver um jogo educativo sobre doenças respiratórias infantis, bem como avaliar a sua utilização no processo ensino-aprendizagem dos ACS. O estudo foi realizado em duas etapas, sendo a primeira descritiva sobre o desenvolvimento do jogo educativo e a segunda trata-se de um estudo de intervenção ou experimentação, com delineamento pré e pós-teste, de forma que a coleta de dados foi feita através de monitoramento contendo 22 questões, aplicadas antes e depois do jogo educativo. O conhecimento dos agentes foi classificado em insuficiente, regular, bom e ótimo, de acordo com a porcentagem de acertos. Teve como participantes a população de 101 ACS que trabalham nas 17 equipes de PSF de Passos-MG. O jogo foi estruturado em forma de casos de crianças e famílias, apresentando definições sobre doenças respiratórias infantis, assim como cuidados para a sua prevenção e recuperação. O material educativo foi composto de tabuleiro, cartas, piões e dados. A atividade educativa foi realizada de duas em duas equipes. No pré-teste sobre doenças respiratórias infantis houve média de 59,5% de acertos e no pós-teste de 79,3%. Predominou no pré-teste o conhecimento classificado como bom (77,2%) e no pós-teste o conhecimento classificado como ótimo (67,3%). A metodologia utilizada envolveu aspectos lúdicos, facilitando a participação e interação entre os jogadores, favorecendo o desenvolvimento da aprendizagem a partir de suas experiências prévias. Constatou-se que o jogo educativo desenvolvido se mostrou eficaz como processo metodológico a ser utilizado em atividades de educação permanente com ACS.

Palavras-chave: educação em saúde, jogo educativo, doenças respiratórias, criança, agentes comunitários de saúde.

ABSTRACT

ANDRADE, Raquel Dully. **Developing and use of educational game on the illness breathing prevencion the babies under five years old following up to Healthy Communal Agents capacitation.** 2004, 111 p. Dissertation (Master) Nursing School of Ribeirão Preto, São Paulo University. 2004.

In Brazil, the children's breathing illness are important cause of children's illness and deaths under five years old. Considering the facing up to this reality in the context of the primary attention to the healthy, the Family Healthy Program (FHP) gives a new worker in the healthy, represented by the Helthy Communal Agent (HCA), with their necessities and demandes into the healthy devices, becoming important the study on devices carried on their capacity. So, this study seek to develop an educational game on children's breathing illness, as weel as to evaluate its use in the HCA teaching-learning process. The study was achieved in two stages: the first was descriptive about the educational game developing and the second was an intervention or experimental study, with the pre-test and post-test outline, so that the informations collection was done through monitoration containing 22 questions on, applied before and after the educational game. The Agents knowledge was classified as insufficient, regular, good and best, acording to correct answers percentage. These educational devices application near to 101 HCA who work in the 17 FHP teams in Passos – MG. The game was structured based on children and families' cases, showing definitions about children's breathing illness, as well care about their prevention and recuperation. The educational material was composed by board, cards, tops and dice. The educational activity was achieved two teams by two teams. In the pre-test on children's breathing illness there were an average of 59.5% of the correct answers and in the post-test an average of 79.3%. The knowledge classified as good prevails in the pre-test (77.2%) and the knowledge classified as best prevails in the post-test (67.3%). The used methodology wrapped playful aspects, facilitating the participation and interation among the players, in favour the learning developing from their previous experiences. It was noticed that the developed educational game proves oneself efficient as a methological process to be used in permanent educational activities to HCA.

Key-words: education on healthy, educational game, breathing illness, child, healthy commmunal agents.

RESUMEN

ANDRADE, Raquel Dully. **Desarrollo y utilización de juego educativo sobre la prevención de molestias respiratorias en el seguimiento de niños abajo de cinco años para la capacitación de Agentes Comunitários de Salud**. 2004.111 p. Disertación (Máster) Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, 2004.

En Brasil, las molestias respiratorias infantiles son importantes causas de enfermedades y mortalidades de los niños abajo de cinco años. Considerando el afrontamiento de esa realidad en el ámbito de la atención primaria a la salud, el Programa de Salud en la Familia presenta un nuevo trabajador de la salud, representado por el Agente Comunitario de Salud (ACS), con sus necesidades y demandas dentro de los servicios de salud, haciendo importante el estudio sobre instrumentos dirigidos a su capacitación. De ese modo, este estudio buscó desarrollar un juego educativo sobre molestias respiratorias infantiles, además de evaluar su utilización en el proceso enseñanza-aprendizaje de los ACS. El estudio fue realizado en dos etapas, siendo la primera descriptiva sobre el desarrollo del juego educativo y la segunda se trata de un estudio de intervención o experimentación, con delineación pre y pos-test, de forma que la recolección fue hecha a través de monitoramiento conteniendo 22 cuestiones, aplicadas antes y después del juego educativo. El conocimiento de los agentes fue clasificado en insuficiente, regular, bueno y óptimo, en acuerdo con el porcentaje de aciertos. Tuvo como participantes la población de 101 ACS que trabajan en los 17 equipos de PSF de la ciudad de Passos-MG. El juego fue estructurado a partir de casos de niños y familias, presentando definiciones sobre molestias respiratorias infantiles, además de los cuidados hacia su prevención y recuperación. El material educativo fue compuesto de tablero., cartas, trompos y cubos. La actividad educativa fue realizada de dos en dos equipos. En el pre-test sobre molestias respiratorias infantiles hubo media de 59,5% de aciertos y en el pos-test de 79,3%. Predominó en el pre-test el conocimiento clasificado como bueno (77,2%) y en el pos-test el conocimiento clasificado como óptimo (67,3%). La metodología utilizada involucró aspectos lúdicos, facilitando la participación e interacción entre los jugadores, favoreciendo el desarrollo del aprendizaje a partir de sus experiencias previas. Se comprobó que el juego educativo desarrollado se volvió eficaz como proceso metodológico a ser utilizado en actividades de educación permanente con ACS.

Palabras-clave: educación en salud, juego educativo, molestias respiratorias, niños, agentes comunitarios de salud.

APRESENTACÃO

A identificação com o campo de assistência à criança no contexto da Atenção Primária à Saúde aconteceu na primeira aproximação a essa área, no 2º ano da graduação, durante o ensino teórico-prático curricular da disciplina Saúde da Criança, o qual aconteceu em uma unidade básica de saúde, onde houve a oportunidade de realizar e refletir sobre ações de atenção básica à saúde infantil, tais como acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, exame físico, vacinação, orientação de enfermagem pré e pós consulta pediátrica, visita domiciliar, estudo de caso e atividades coletivas de educação em saúde junto às mães que aguardavam atendimento no núcleo de saúde.

A realização das atividades educativas coletivas durante o desenvolvimento desse estágio foi um dos aspectos que chamou atenção e gerou satisfação, apontando, nesse momento, a compreensão sobre o importante papel do enfermeiro na Educação em Saúde.

A compreensão da importância dessa atribuição e de sua complexidade foi se ampliando no decorrer da graduação, especialmente através da atuação, durante dois anos, em atividades de capacitação de voluntários da Pastoral da Criança sobre cuidados básicos para a saúde infantil, as quais foram desenvolvidas através de um projeto de extensão universitária.

Enquanto isso, entre outras atividades presentes durante a formação acadêmica, presenciou-se a ampliação e fortalecimento do Programa de Saúde da Família (PSF) como principal estratégia de atenção primária proposta pelo Ministério da Saúde, com vistas a reorganizar a atenção básica e aumentar o acesso da população a esse nível de assistência à saúde em nosso país. Essa estratégia trouxe para dentro da equipe de saúde um novo trabalhador, o agente comunitário de saúde (ACS), com características semelhantes aos voluntários da Pastoral da Criança que atuam como agentes de saúde infantil na comunidade.

As vivências no projeto de extensão universitária junto aos voluntários da Pastoral da Criança e a identificação e interesse pelas questões relacionadas ao PSF possibilitou a reflexão sobre a educação em saúde direcionada às pessoas da comunidade, sem formação

específica na área da saúde, mas que desenvolvem ações de promoção da saúde infantil junto às crianças e famílias, considerando as potencialidades e limites característicos desse perfil, trazendo necessidades diferenciadas relacionadas ao aspecto metodológico do processo ensino-aprendizagem.

Já como enfermeira, o primeiro trabalho foi em uma Unidade de Saúde da Família, possibilitando vivenciar as necessidades e problemas relacionados à assistência à saúde das pessoas e famílias residentes na área de abrangência desse serviço e à atuação junto à Equipe de Saúde da Família.

Ao avaliar essas crianças em seu contexto familiar e domiciliar, se identificava aspectos referentes a esses espaços de atuação como fatores determinantes da grande incidência e reincidência de doenças respiratórias infantis. Evidenciava-se a necessidade de hábitos mais saudáveis e de cuidados mais satisfatórios a essas crianças em seus ambientes domiciliares, visando à prevenção e adequada recuperação das doenças respiratórias na infância.

Nesse sentido, mostrava-se essencial a atuação do agente comunitário de saúde, em conjunto com os demais componentes da equipe, para o enfrentamento dessa realidade, considerando o potencial que esses trabalhadores têm de orientar e de acompanhar a adesão das famílias sobre hábitos e cuidados adequados com as crianças, através da proximidade e vínculo que desenvolvem com essas famílias através das visitas domiciliares que realizam.

Entretanto, percebia-se que na maioria das vezes essa não era a atuação dos ACS, a qual costumava se deter mais ao oferecimento de consultas ou visitas médicas às famílias, contribuindo para a manutenção do modelo biomédico, o que significa o contrário da proposta que o PSF representa e enfraquece a possibilidade de impacto desse serviço nas condições de vida e de saúde da população.

Aqui se revela o fundamental papel do enfermeiro enquanto supervisor da equipe de agentes comunitários de saúde, incluindo nessa função a responsabilidade pelo desenvolvimento de atividades de educação permanente que visem o atendimento das necessidades dos usuários, da equipe e do serviço de PSF na comunidade, considerando as características diferenciadas desses trabalhadores e da atual organização do processo de trabalho nesse serviço de saúde, buscando e utilizando instrumentos e processos metodológicos que possam aproximar mais os resultados das práticas educativas em equipe aos objetivos que se propõe.

Posteriormente, enquanto coordenadora municipal do PSF de Passos-MG, foi possível conhecer a importante magnitude das doenças respiratórias infantis no município, assim como discutir as questões comentadas acima, junto aos enfermeiros das 17 equipes do município, através de momentos em que esses profissionais, individualmente ou em reuniões, expressaram a dificuldade vivenciada nas atividades educativas realizadas por eles com os agentes de saúde de suas equipes, relatando a comum falta de atenção, concentração e participação demonstrada por esses trabalhadores, desmotivando o enfermeiro a realizar esse tipo de atividade nas unidades de saúde da família em que trabalham.

O percorrer desse caminho contribuiu no processo de realização do presente estudo, que busca descrever a elaboração de uma ferramenta educativa sobre doenças respiratórias infantis, bem como a sua aplicação junto aos agentes comunitários de saúde em uma realidade contextualizada.

Resumo
Abstract
Resumen
Apresentação

Sumário

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	Programas de saúde pública direcionados à população infantil.....	16
1.2	As doenças respiratórias na infância	22
1.3	Capacitação de agentes de saúde	26
1.4	A utilização de jogos na educação em saúde	32
2	OBJETIVOS.....	36
3	METODOLOGIA.....	38
3.1	Caracterização do estudo	39
3.2	Local do estudo	40
3.3	A coleta de dados.....	42
3.4	Análise dos dados.....	44
3.5	Aspectos éticos da pesquisa.....	44
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	46
4.1	Criação e dinâmica do jogo educativo “Doenças Respiratórias na Infância”.....	47
4.1.1	Elaboração do jogo educativo.....	47
4.1.2	Dinâmica do jogo educativo com agentes comunitários de saúde.....	61
4.2	Avaliação da utilização do jogo educativo sobre doenças respiratórias na infância com agentes comunitários de saúde	68
4.2.1	O conhecimento adquirido.....	68
4.2.2	Registrando a atividade vivenciada.....	79
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	95
6	REFERÊNCIAS	99
7	ANEXOS.....	111

1 INTRODUÇÃO

1.1 Programas de saúde pública direcionados à população infantil

No Brasil, o desafio de garantir a sobrevivência e o desenvolvimento integral das crianças está estreitamente ligado à tarefa de informar e apoiar as famílias para que estejam aptas a cuidar de suas crianças e de garantir qualidade nos serviços públicos destinados às crianças e famílias.

A assistência à criança sofreu transformações ao longo do tempo, sendo influenciada em cada período histórico, pelos avanços do conhecimento técnico-científico, pelas diretrizes das políticas sociais e pelo envolvimento de vários agentes e segmentos da sociedade. Alguns marcos legais foram importantes, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, as Leis Orgânicas da Saúde e as Leis de Diretrizes e Bases da Educação (LDB). Além disso, esforços relevantes têm sido realizados, como o Censo da Educação Infantil, o Programa de Saúde da Família (PSF) e debates públicos sobre o tema do desenvolvimento infantil, contudo, de maneira geral, a qualidade do atendimento das crianças ainda precisa ser melhorada (UNICEF, 2001).

Para conseguir os avanços atingidos até aqui, o Brasil passou por uma trajetória de programas destinados à população infantil. Desde o início do século passado, esses programas tiveram uma proposta educativa, baseada na ideologia reformista e nas orientações propostas pela puericultura, sendo que nos anos 70, uma política de extensão de cobertura dos serviços de saúde constituiu uma das respostas encontradas pelo Estado brasileiro para enfrentar a crise econômica da metade da década de 70. Dentro daquele contexto, em São Paulo, foi implantado o Programa Materno-Infantil (PMI), do Governo Federal, nos centros de saúde, o qual não fugia aos princípios da puericultura (SUCUPIRA, 1998).

O surgimento dessa estratégia de atenção primária se deu em decorrência de um contexto em que, em meados da década de 70, os organismos internacionais e as agências de

saúde dos países centrais anunciavam a atenção básica em saúde como política a ser desenvolvida em todo o mundo, para a saída definitiva do subdesenvolvimento sanitário. Consoante com essa proposição, foi realizada em setembro de 1978, em Alma Ata, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada e patrocinada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (RODRIGUES, 1998).

Segundo Rodrigues (1998), no Brasil, ao longo dos anos 70, foram sendo desenvolvidas várias experiências de Atenção Primária à Saúde que emergiram como discurso oficial, em meio a uma conjuntura de crise pós-milagre econômico, evidenciada no campo da saúde pelo esgotamento do modelo previdenciário enquanto possibilidade de solucionar o problema de assistência à saúde na sua totalidade.

Ao longo desses anos, na área de saúde da criança, os níveis federal e estadual estabeleceram ações que deveriam ser desenvolvidas nos níveis regionais e locais, desconsiderando os problemas de saúde peculiares a cada município (SUCUPIRA, 1998). Atualmente, através da municipalização, os municípios tornaram-se locais de planejamento e execução das ações de saúde. Diante dessa nova situação, em relação à atenção à criança, foram preconizadas novas formas de intervenção na promoção e proteção da saúde infantil.

Nos últimos vinte anos, entre os esforços desenvolvidos no Brasil na promoção da saúde da criança, está a criação em 1984, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Esse programa priorizava os menores de 5 anos e visava promover a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde à população infantil, buscando contemplar a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento. Foram propostas cinco ações básicas para a saúde da criança: incentivo ao aleitamento materno e orientação para o desmame, imunização, controle de doenças

respiratórias, controle de doenças diarreicas e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil (BRASIL, 1984).

Em 1988, a criação do Sistema Único de Saúde introduziu mudanças substantivas no modo de operação do sistema, sendo chamada de reforma do modelo de assistência pública à saúde. Esse modelo foi inscrito na própria Constituição Brasileira de 1988 e definiu o princípio do universalismo para as ações de saúde, a descentralização com a municipalização e um novo formato organizativo para os serviços, sob a lógica da integralidade, da regionalização e da hierarquização, com definição de porta de entrada (VIANA; DAL PÓZ, 1998).

A proposta em favor da infância foi reiterada no plano internacional com a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, do Pacto pela Infância e do compromisso governamental firmado em 1990, na sede das Nações Unidas, junto com mais de 150 países, na Reunião de Cúpula Mundial em Favor da Infância, quando o Brasil foi signatário da Declaração Mundial sobre Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança, assumindo 26 metas em favor desse grupo etário, para serem atingidas até o ano 2000. Dessas metas, 19 eram referentes ao setor de saúde. Os resultados de uma avaliação, de médio prazo, do grau de cumprimento das metas estabelecidas nesse compromisso governamental, mostram um substancial progresso na situação de saúde da criança brasileira. Porém, essa avaliação apontou para a necessidade do estabelecimento de prioridades para ação (SITUAÇÃO..., 2001).

No início da década de 90, foi criado o Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS) pelo Ministério da Saúde, cujo objetivo central foi o de estender a cobertura do sistema público de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando a população materno-infantil e oferecendo procedimentos simplificados de saúde, voltados, principalmente, para as práticas preventivas (RODRIGUES, 1998).

Nessa proposta o agente comunitário de saúde surge como um novo trabalhador na área de saúde, representando um importante ator social nas práticas de atenção primária. Esse trabalhador desempenha uma atuação complexa e possui um papel de sujeito mediador e terapeuta comunitário, desenvolvendo em suas práticas de trabalho o acolhimento, o respeito, o vínculo e a solidariedade, contribuindo para a humanização do atendimento, participando do projeto de transformação do modelo assistencial de saúde (LUNARDELO, 2004).

Os anos 90 trouxeram para o setor saúde uma revalorização do tema Família, culminando, em 1994, com a criação do PSF, com a proposta de reacender a atenção primária à saúde centrada nas dimensões família e comunidade (VASCONCELOS, 1999).

O Ministério da Saúde quis, com a implantação do PSF, institucionalizar as experiências de práticas em saúde com agentes comunitários, as quais já vinham se desenvolvendo de forma isolada e focalizada em diversas regiões do país. Dessa forma, o PACS é considerado um antecessor do PSF, sendo que o primeiro foi formulado tendo como objetivo central contribuir para a redução da mortalidade infantil e mortalidade materna, particularmente nas regiões norte e nordeste, através de extensão de cobertura dos serviços de saúde para as áreas mais pobres e carentes (VIANA; DAL PÓZ, 1998).

Os recentes avanços são resultados, principalmente, do trabalho desenvolvido no PACS e no PSF. Atualmente, o PSF é destaque das ações ministeriais e principal estratégia de mudança da atenção à saúde da população brasileira, visando transformar o primeiro nível de atenção, organizar e fazer funcionar o serviço de média e alta complexidade (UNICEF, 2001).

É inegável a ampliação da cobertura assistencial que vem ocorrendo desde os anos 70 e continua pela década de 80 e anos 90, intensificada pela municipalização das ações e serviços de saúde e educação. Porém, não houve alteração substancial no quadro sanitário do país, demonstrando que, embora necessária, a extensão da cobertura assistencial é incapaz, por si só, de alterar qualitativamente as ações de saúde (BUSS; CAMPOS apud AGUIAR,

1998). Assim, torna-se importante buscar novos saberes e práticas que viabilizem a construção de novos paradigmas assistenciais.

A Divisão de Saúde e Desenvolvimento Infantil da OMS, em conjunto com outros dez programas da própria OMS e com o UNICEF, na busca de alternativas para superar as dificuldades apresentadas, elaboraram uma proposta destinada às crianças com agravos comuns da infância, denominada Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância-AIDPI (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 1997). Essa estratégia tem como objetivos a redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade; diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas que acometem crianças, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária e distúrbios nutricionais; garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos, tanto nos serviços de saúde como nos domicílios e na comunidade; e o fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE -OMS, 1999; ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS, 2000). A principal finalidade é obter melhoria das práticas de saúde e o reconhecimento precoce dos agravos. Um dos avanços representados pela estratégia é o fato de a atenção estar centrada na criança e não no pólo doença (VALENTE et al., 2000).

Em 1995, no Brasil, foi implantado o Projeto de Redução da Mortalidade na Infância – PRMI, visando ampliar a capacidade do setor saúde em atender a criança de zero a cinco anos de idade, integrando todas as áreas do Ministério da Saúde que atuam em favor da criança, além de promover a articulação intersetorial com outros órgãos governamentais e não governamentais (ATENÇÃO..., 2001).

No tocante às internações e custos proporcionais por grupos de patologias em crianças menores de 5 anos, no Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde buscou estratégias que incluíssem, prioritariamente, a focalização da atenção nas populações de maior

risco e a revitalização do nível primário de atenção, tornando-o mais resolutivo e capaz de prestar atendimento de qualidade às patologias de maior prevalência na população infantil (ATENÇÃO, 2001).

Nesse sentido, duas ações concretas têm sido encaminhadas pelo Ministério da Saúde: a primeira é a incorporação, na política de saúde, dos já citados PSF e PACS e a segunda refere-se à incorporação, dentro de todas as políticas de atenção à saúde da criança, da estratégia AIDPI. Essa estratégia é preconizada pela OMS e pelo UNICEF e direcionada para o atendimento a nível primário, buscando se ajustar às necessidades dos municípios de maior mortalidade infantil e às estratégias de atuação do PSF (ATENÇÃO..., 2001).

A realidade do Brasil apresenta grandes desafios, conformada por uma taxa estimada de mortalidade infantil de 28,3 por mil nascidos vivos no ano de 2000 (BRASIL, 2004). Na última década, a redução da mortalidade infantil foi uma conquista importante. Em 1990, esse índice foi de 47,8 por mil nascidos vivos (‰) e, em 2000, caiu para 28,3 ‰, entretanto, esse coeficiente ainda é alto, quando comparado com outros países que têm taxas mais baixas, como Venezuela, Panamá e Cuba, com índices de mortalidade infantil de 21, 18 e 7 por mil nascidos vivos, respectivamente (UNICEF, 2001).

No Brasil, a mortalidade infantil sofreu um decréscimo na década de 90, mas, apesar da queda, o país ainda apresenta grandes contrastes regionais, principalmente entre as regiões Nordeste e Sul. A região Nordeste possui os piores índices do país (44,7‰) e a Sul os melhores (18,9‰), enquanto as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentam índices similares, com 21,3‰ e 21,6‰, respectivamente, na região Norte é de 29,5‰ (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE, 2003).

Em relação à proporção de internações hospitalares (SUS) por grupos de causas na faixa etária de 1 a 4 anos de idade, no ano de 2001, em primeiro lugar aparece as doenças do aparelho respiratório com 45,32% das internações, um valor significativo e que se apresenta

com uma considerável distância da segunda maior causa de hospitalizações dessa clientela, representada pelas doenças infecciosas e parasitárias, com 22,06% das internações (BRASIL, 2004).

Diante desse contexto, reforça-se a importância de aprofundamento e diversificação das práticas educativas em saúde voltadas aos agravos respiratórios infantis.

1.2 As doenças respiratórias na infância

No Brasil, as doenças respiratórias ocupam o primeiro lugar entre as causas de morte de crianças de 1 a 4 anos, sendo responsáveis por cerca de 50% das causas de internação hospitalar nesta faixa etária e por 30% a 50% das crianças atendidas nos pronto-socorros e postos de saúde respectivamente (VERÍSSIMO; SIGAUD, 2001).

Assim, evidencia-se a importância dos profissionais de saúde estarem aptos na prática assistencial e educativa relacionada à prevenção de agravos respiratórios na infância, de forma que, com base no conhecimento compartilhado, profissional e cuidador possam estabelecer quais ações são necessárias e possíveis para a realização do cuidado à criança.

No tocante à classificação, a doença respiratória quando é restrita ao trato respiratório superior (acima da epiglote) é denominada alta e quando alcança brônquios e/ou alvéolos pulmonares é denominada doença respiratória baixa, sendo que essa tende a se estender por períodos mais longos e se não tratada convenientemente pode colocar em risco a vida da criança (BENÍCIO et al., 2000).

Outra fonte de classificação das infecções respiratórias agudas (IRA) inclui: infecção de vias aéreas superiores (com presença de tosse, coriza e febre, mas sem comprometimento do estado geral da criança), gripe (tosse, coriza, febre, anorexia, mialgia e/ou repercussões sistêmicas), amigdalite/faringite (dor de garganta com ou sem febre,

anorexia e mal estar), otite média aguda (dor de ouvido com ou sem febre e secreção purulenta) e as infecções das vias aéreas inferiores, incluindo aqui a bronquite (tosse produtiva, febre, falta de ar e chiado), broncopneumonia/pneumonia (taquipnéia, tosse, tiragem, batimentos nasais, cianose, falta de ar e febre) (BARATA et al., 1996).

Entre os fatores de risco de grande importância, associados a maior frequência e gravidade dos episódios de IRA em menores de 5 anos, estão a alta incidência de baixo peso ao nascer, a desnutrição, a falta ou curta duração do aleitamento materno e a deficiência na imunização (BENGUIGUI, 1997).

Ainda em relação aos fatores de risco, Monto (1994) menciona a baixa renda familiar, freqüentemente associada a uma densidade maior de pessoas por domicílio, enquanto Costa e Campos (1993) citam o hábito de fumar em casa, a pouca ventilação, a umidade, o mofo, o contato excessivo com pó e ácaros, além de patologias associadas como carências nutricionais e algumas alterações anatômicas. Além desses aspectos, Caetano et al. (2002) e Nandi-Lozano et al. (2002), apontam que a frequência à creche está associada à internação hospitalar por IRA.

Como determinantes imediatos dessas doenças uma gama de vírus e bactérias, alergenicos, agentes químicos e físicos; como determinantes proximais o grau de exposição da criança a agentes e a susceptibilidade do organismo infantil; como determinantes intermediários a salubridade do meio ambiente e a nutrição infantil; e como determinantes distais a renda familiar e a capacidade da família em alocar de forma racional os recursos de que dispõe, os quais são condicionados pela forma de inserção das famílias no processo de produção (BENÍCIO et al., 2002). Observa-se que estes condicionantes relacionam-se entre si, na medida em que influenciam e são influenciados um pelo outro.

A literatura mostra que em relação à epidemiologia das doenças respiratórias, a faixa etária mais importante é a de menores de 5 anos, existindo uma associação significativa

entre chiado e pneumonia, de forma que uma criança na comunidade que tenha uma doença com chiado tem 5 vezes mais chances de apresentar pneumonia do que uma criança que tenha outro diagnóstico respiratório, assim como crianças com pneumonia têm 3 vezes maior possibilidade de ir a óbito do que crianças com quaisquer outros diagnósticos respiratórios (PEREIRA; STUGINSKY; RIBEIRO, 1992).

Benício et al. (2000) estudaram a tendência secular da doença respiratória na infância, na cidade de São Paulo, e encontraram expressivos aumentos na prevalência da doença respiratória, sendo que no caso da doença baixa e com chiado, o aumento foi particularmente intenso no estrato de menor renda, determinando uma forte relação inversa entre a doença e a renda familiar. Os autores realizaram uma previsão, a partir dos resultados desse estudo, que em um dia qualquer do ano, em média uma em cada duas crianças padece de um problema respiratório, uma em cada oito tem comprometimento do trato respiratório inferior e uma em cada 35 apresenta sibilos à ausculta pulmonar.

No enfrentamento desse agravo de saúde, destaca-se a importância dos cuidados prestados a essas crianças durante a doença, a percepção que os pais têm a respeito das patologias respiratórias, a capacidade de decidir e consultar os profissionais de saúde, a forma como esses cuidados são oferecidos pelos serviços de saúde e o alcance das práticas educativas em relação às orientações cumpridas em casa.

Controlar as IRA tem se mostrado uma prioridade, já que a conformação desse agravo envolve uma série de questões. Uma preocupação importante relaciona-se aos antibióticos, sendo este um problema crescente nas Américas, com uma média de 26,1% de resistência do *Streptococcus pneumoniae* à penicilina. Os antibióticos são frequentemente utilizados de forma irresponsável, com um percentual que chega a 70% de crianças com IRA recebendo-os desnecessariamente (BENGUIGUI, 2003).

É elevada a utilização de tratamentos dispensáveis em relação às Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS), principalmente antibióticos, o que não contribui para a cura dessas patologias, resultando em resistência bacteriana, alterando a flora dos organismos infantis, aumentando ainda, os custos dos tratamentos para famílias e para o Sistema Público de Saúde, demonstrando a necessidade de redução dessas intervenções, o que beneficiaria um número significativo de crianças com infecções respiratórias consideradas de menor gravidade (PITREZ; PITREZ, 2003).

Em meio a esse contexto, quando as ações preventivas não se fazem presentes, pode haver um enfraquecimento das condições que caracterizam o desenvolvimento normal e sadio, dando origem às condições de vulnerabilidade, devido à incidência dos fatores de risco em um organismo pouco resistente, situação comum nos primeiros anos de vida. De tal condição de vulnerabilidade pode-se desencadear a de deficiência, sendo esta mais grave, duradoura e de difícil intervenção (PÉREZ-RAMOS, 1990).

Desta forma, torna-se necessário otimizar ou manter os níveis de saúde e bem-estar alcançados pela população infantil considerada saudável, mediante programas preventivos que enfatizem o emprego de ações divulgadoras e promocionais, destinadas a fortalecer o processo evolutivo integral na primeira infância.

Para a organização da atenção à saúde da criança, com vistas a melhorar a qualidade do atendimento em relação a esses agravos de saúde, Cunha (2002) aponta a importância da capacitação dos profissionais de saúde.

Em um estudo sobre doenças respiratórias na infância, os resultados demonstraram que 46,7% das crianças foram atendidas em diversos tipos de ambulatórios, 45,7% foram tratadas apenas em casa pelas mães, 6,9% recorreram a farmácias e 0,7% necessitaram de tratamento hospitalar (BARATA et al., 1996). Percebe-se aqui a importância da capacitação

das mães e de trabalhadores de unidades ambulatoriais de saúde para cuidados de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação no campo da saúde da criança.

O Ministério da Saúde tem preconizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, enfatizando ações de promoção do aleitamento materno, imunização, prevenção e controle de doenças respiratórias e diarreias, prevenção de acidentes, entre outras, incorporando atividades do PACS e do PSF (BRASIL, 2002). Destaca-se, nesse documento, a ênfase dada ao enfermeiro como profissional instrutor-supervisor de auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Nesse sentido, torna-se importante buscar inovações no seguimento da criança e da família, novas estratégias para intensificar e ampliar as práticas educativas e a criação de instrumentos de intervenção para promoção da saúde e prevenção de doenças. Visto que o PSF é, atualmente, a estratégia preconizada pelo Ministério da Saúde e que a atenção primária aos usuários do SUS é colocada fundamentando a reorganização dos serviços de saúde, considera-se relevante o estudo de processos educativos dirigidos aos agentes comunitários de saúde.

1.3 Capacitação de agentes de saúde

O PSF é uma estratégia importante na promoção da saúde infantil, mas para isso é importante haver uma otimização dos seus recursos humanos, destacando-se o espaço ocupado pelos agentes comunitários de saúde, os quais vêm tendo um estreito contato com as mães e as famílias das crianças.

Considera-se que agentes de saúde adequadamente capacitados têm maiores chances de construir uma prática de trabalho em saúde que realmente promova a prevenção e promoção da saúde da criança, baseado na integração dos diferentes níveis de prevenção e no

desenvolvimento das equipes de saúde, enfatizando alternativas para fortalecer o desenvolvimento da criança normal, vulnerável ou deficiente e para impulsionar a melhoria de seu ambiente de convivência. Tais alternativas envolvem estratégias específicas de integração das ações de saúde dirigidas a favorecer a formação tanto física como psicológica da criança, de forma que os procedimentos diagnósticos devem ser dirigidos à compreensão da criança em sua totalidade, como também no seu meio sócio-familiar, sendo que assim os processos de diagnóstico e de intervenção adquiririam um caráter mais aberto e precoce, passando a ser inter-relacionados ao longo de todos os contatos da equipe com a mãe, criança e família, viabilizando a atuação em todos os momentos oportunos para a prática educativa em saúde (PÉREZ-RAMOS, 1990).

Ainda em relação à importância das práticas de promoção e prevenção à saúde, cabe ressaltar a realização, em 2003, do Seminário Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde-25 anos de Alma Ata, numa celebração dos princípios enunciados na Conferência de 1978, buscando alertar governos e profissionais de saúde a reverem suas práticas. O debate reforçou a importância da atenção primária como uma política estruturante dos sistemas de saúde, apontando que o Brasil adotou e aperfeiçoou os princípios enunciados na Declaração de Alma Ata, mas enfrenta ainda desafios na efetiva implementação dos princípios da reforma, especialmente no que tange à integralidade, resolutividade e qualidade das ações (BRASIL, 2003).

Quanto ao papel de profissionais não médicos na atenção primária à saúde, destaca-se que seu treinamento e envolvimento levantam questões relativas à efetividade e eficiência das práticas realizadas por diferentes tipos de trabalhadores de saúde (STARFIELD, 2002).

Assim, torna-se essencial, diante dos agravos e problemas mais comuns, o enfoque na disponibilização de recursos humanos com capacitação adequada para o exercício de sua

função. Para tanto, faz-se necessário o estudo de instrumentos educativos dirigidos aos agentes comunitários de saúde, os quais têm características peculiares relacionadas ao fato de serem pessoas a princípio leigas, oriundas da própria comunidade, com um padrão de compreensão e motivação educacional diferente daquele esperado para os profissionais especializados.

O agente comunitário de saúde possui um perfil ambivalente, expresso como agente institucional (ligado mais ao pólo técnico) e agente de comunidade (ligado mais ao pólo político). Como não dispõe de instrumentos e de tecnologia para o pólo político, pende mais para o técnico, de forma que essa insuficiência leva-o a trabalhar com o senso comum, com a religiosidade e, mais raramente, com os saberes e recursos das famílias e da comunidade (SILVA, 2001).

Considera-se que essas são questões importantes para se aprimorar a tarefa de educar e prevenir, a fim de que se possa realizar a assistência integral à saúde da criança, contribuindo para a conscientização dos pais e das famílias e para o desenvolvimento de sua comunidade. Dessa forma, torna-se importante, também, reconhecer o papel do profissional enfermeiro em sua função de supervisor dos agentes comunitários de saúde, tendo grande parcela de responsabilidade pela capacitação dos membros da equipe de saúde.

Os projetos de reorganização de sistemas de saúde têm como aspecto fundamental a adequada formação de recursos humanos, surgindo um espaço de novos tipos de agentes de saúde, que não seriam profissionais, mas indivíduos da comunidade que após receberem uma formação específica desempenharia suas atividades. Essa seria uma tendência das políticas de saúde, para transferir saber para “não profissionais” envolvidos com suas comunidades e de considerar a própria população como sendo o principal recurso humano para as ações de saúde, promovendo assim uma repartição do saber e do poder (SCARAVAGLIONE et al., 1984).

Os autores acima relatam sobre a experiência desenvolvida por uma equipe de saúde que trabalhava em área geograficamente definida e que realizou um programa de treinamento, tendo como objetivo desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes que permitissem a voluntários serem agentes de mudanças na comunidade, prestar assistência de saúde às famílias, auxiliar no desenvolvimento de programas prioritários do sistema de saúde comunitária, servir de ligação entre a população e a equipe de saúde e estimular a participação da comunidade nos cuidados de saúde. Em relação à saúde da criança, esses voluntários necessitariam desenvolver conhecimentos sobre imunização, desnutrição, saúde oral, relação entre ambiente e doença, técnica de visita domiciliar e preenchimento de registros, identificação e orientação de cuidados a crianças saudáveis, identificação e encaminhamento de crianças de risco.

Como exemplo dessas experiências, cita-se também o Ministério da Saúde Pública e Assistência Social de Honduras, que realizou um estudo nacional, com um programa piloto que tinha como finalidade específica e imediata, ensinar a comunidade e os trabalhadores de saúde a reconhecerem as IRA infantis em seus diversos níveis de gravidade e tomarem as medidas apropriadas. Esse programa foi dividido em duas fases: a primeira, capacitando os trabalhadores de saúde, para que, na segunda fase, pudessem educar a comunidade, a qual foi representada por mães e membros de seu círculo de apoio familiar e social. Os autores desse estudo concluíram que a metodologia aplicada obteve bons resultados, sendo observada uma grande melhora dos conhecimentos sobre as manifestações e tratamento das IRA entre as pessoas que assistiram as apresentações dos trabalhadores de saúde e, o mais importante, esse intercâmbio de informações se estendeu a toda a comunidade. Concluíram ainda, que é viável realizar esse tipo de experiência em nível nacional, o que é desejável, na medida em que se conseguiu melhorar a qualidade de vida infantil e que este mesmo método pode divulgar

outras formas de tratamento, como o da diarreia e da desidratação, além da promoção de campanhas tais como de imunização (ELDER et al., 1991).

No Brasil, ressalta-se a presença da Pastoral da Criança, que foi criada em 1983, é um Organismo de Ação Social da Conferência Nacional dos Bispos do Brasil-CNBB, sem fins lucrativos, de natureza filantrópica, decretada de Utilidade Pública Federal e que tem como base de todo o seu trabalho à comunidade e à família voltada para a sobrevivência infantil, seu desenvolvimento integral e a solidariedade entre famílias. A dinâmica dessa organização consiste em treinar voluntários, denominados líderes comunitários, em sua maioria mulheres, para a mobilização das famílias em atividades como a vigilância nutricional, através da pesagem mensal das crianças, do acompanhamento do seu desenvolvimento e de outros cuidados básicos (NEUMANN et al.,1999b).

Diante disso, mostra-se desejável a soma de esforços de vários segmentos sociais e públicos, na busca de garantir melhoria na qualidade de vida das crianças. Nessa perspectiva, cientes da dimensão ampla e complexa do seu objeto de trabalho, os atores sociais envolvidos no planejamento e gerenciamento da Pastoral da Criança, já vêm propondo como estratégia de trabalho, o estabelecimento de parcerias com governantes e dirigentes, buscando a mobilização e concentração de esforços, a complementariedade de ações, a racionalização de recursos financeiros e humanos, compartilhando responsabilidades em prol de um objetivo comum (NEUMANN et al.,1999a).

Enfatiza-se, ainda, que o PSF tem um papel importante neste sentido, já que tem como objetivo modificar o modelo de assistência à saúde, devendo desenvolver inovações e melhorar o vínculo entre a população e a equipe de saúde, sendo que seria satisfatório que este intercâmbio se estendesse a movimentos comunitários e organizações não governamentais.

Outro exemplo se refere a um Projeto Interdisciplinar para a Atenção Primária de Saúde (PROINA PSA) desenvolvido na Colômbia, que tem como uma de suas estratégias um

programa para controle e tratamento das IRA em menores de 5 anos. Este programa consiste em capacitar mães comunitárias e voluntários para participar de um programa de Agentes Primários de Atenção à Saúde (APAS), responsáveis por administrar cuidados domiciliares apropriados no momento oportuno e por transmitir os conhecimentos pertinentes às mães e famílias. Esta estratégia de capacitar mães e voluntários como APAS foi utilizada como colaboração ao Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Ressalta-se que as coordenadoras desse projeto eram enfermeiras, as quais visitavam os domicílios atendidos pelos APAS periodicamente para revisar seu trabalho, detectar dificuldades e buscar soluções. É interessante citar que ao final de um ano de iniciado o programa, 92% das mães e voluntários capacitados permaneceram ativos, desenvolvendo a função de APAS sem dificuldade, atendendo 84,3% dos episódios leves de IRA, representando um modelo de intervenção seis vezes mais barato que o prestado pelo profissional médico (NIÑO et al., 1994).

O sistema de saúde deve se responsabilizar pelo treinamento desses agentes saúde, para que possam transmitir informações e cuidados à comunidade que atendem, enfatizando que à medida que as pessoas aprendem, elas também se tornam multiplicadoras. Portanto, dessa forma, o saber pode ser simplificado, difundido e finalmente, desmonopolizado, contribuindo para melhorar a qualidade de vida das pessoas (COSTA; FUSCELLA, 1999).

Esses exemplos mostram que parcerias locais constituem uma intervenção que propicia ampliação da cobertura no que se refere à transmissão de conhecimentos sobre princípios básicos de saúde, prometendo resultados alentadores contra problemas de saúde que com maior frequência interferem na população infantil latino-americana. Os relatos dessas experiências, dirigidas especificamente à saúde da criança, alcançaram bons resultados, porém, considera-se aqui que a capacitação desse tipo de agente de saúde necessita de uma maior atenção, visando otimizar esforços, melhorar a qualidade do atendimento prestado e elevar o impacto dessas ações sobre os indicadores de saúde.

A partir de uma reflexão sobre a complexidade da educação em saúde e da educação permanente para profissionais de saúde, atrelada às peculiaridades das características comuns aos agentes comunitários de saúde, considera-se importante o estudo de instrumentos dirigidos à capacitação desses trabalhadores, questão essa que se torna fundamental para que as atuais estratégias de saúde avancem no sentido a que se propõe. Para tanto, focaliza-se neste momento a utilização de jogo educativo relacionado à prevenção de doenças respiratórias no seguimento de crianças menores de cinco anos, visto a amplitude e seriedade que esse grupo de agravos tem representado no campo da saúde infantil.

1.4 A utilização de jogos na educação em saúde

A literatura sobre atividades educativas nas áreas da saúde e educação vem retratando a utilização de jogos para abordar, individual e coletivamente, problemas ou situações de saúde. O desenvolvimento de atividades sobre assuntos subjetivos torna-se mais agradável por meio de jogos, em que a atividade lúdica desinibe, estimulando as pessoas a propor, justificar e defender algo que acreditam (PAVAN et al., 1998).

O jogo é considerado pelos participantes como divertido, estimulante, esclarecedor de dúvidas, facilitador da aprendizagem, interativo, inovador e ilustrativo (SANTOS; MAGALHÃES; BITENCOURT, 1993; STEFANELLI; CADETE; ARANHA, 1998; SCHALL et al., 1999; SYNOVITZ, 1999).

O processo de aprendizagem implica, por um lado, mudança de comportamento, que pode gerar respostas no âmbito cognitivo, seja na aquisição de novos conhecimentos, novas habilidades ou na reorganização de idéias. Por outro lado, a aprendizagem pode ser um movimento para o envolvimento do sujeito com a saúde e a vida, com a responsabilização pelas situações, gerando maior conscientização.

O enfoque da educação em saúde, dentro de uma linha de planejamento participativo, vem se transformando e, concomitantemente a implantação do SUS, vem sendo adotada a Educação para Participação em Saúde (BRASIL, 1990). A proposta de Educação para Participação em Saúde é delineada não somente como prática pedagógica, mas considerada também como prática social. Seus objetivos são: suscitar o envolvimento da população em geral nos programas de saúde, promover transformações na compreensão da saúde, relacionando-a à qualidade e compromisso com a vida e não simplesmente, à ausência de enfermidades, e gerar atitudes e procedimentos novos frente aos problemas da doença, de modo que a saúde seja encarada como responsabilidade de todos e não somente atribuição governamental (BRASIL, 1992).

Diante desse contexto, na busca de transformações e inovações em relação à educação em saúde, ressalta-se que brincar não é uma atividade exclusivamente infantil e o jogo infantil tornou-se objeto de pesquisa de sociólogos, psicólogos, antropólogos, educadores e outros especialistas, os quais procuram identificar no jogo quais são suas funções, a evolução pela qual passou, as modalidades que assume e as suas relações com as demais atividades da vida humana (FRIEDMANN, 2002).

Entre essas atividades, destaca-se o uso de jogos educativos, que têm se mostrado com boa aplicabilidade em situações diversas, como treinamento de profissionais de saúde e de ensino, usuários dos serviços de saúde, escolas, comunidades, empresas, órgãos sociais entre outros. Esse tipo de ferramenta educativa vem representando uma alternativa lúdica, criativa e inovadora, podendo contribuir para a construção do conhecimento em saúde, em acordo com as características, objetivos e metas do PSF (SCHALL et al., 1999).

O jogo facilita a troca de experiências e o desenvolvimento da educação em saúde por meio de atividades lúdico-pedagógicas, assinalando que essa estratégia deve estar inserida em um projeto mais amplo de práticas educativas (FONSECA; SCOCHI; MELLO, 2002).

Estratégias educativas lúdicas como as que envolvem a utilização de jogos tendem a favorecer a interação educador-educando, possibilitando a troca de vivências entre os participantes, a expressão individual, o entrosamento grupal com veiculação de novas informações, com base em conteúdos temáticos básicos sobre o assunto a ser trabalhado, buscando ser de fácil compreensão, próximo da realidade vivida pelos educandos e evitando situações que prejudiquem a auto-estima dos participantes (TORRES; HORTALE; SCHALL, 2003). Ainda, os jogos contribuem com a formação técnica da equipe multiprofissional, aperfeiçoando sua criatividade e incentivando-a a buscar novas alternativas no processo educativo, possibilitando a criação de um ambiente educativo prazeroso, necessário para a dinamização e elaboração do conhecimento.

As características do processo metodológico mediado por jogo educativo são facilitadoras da dinâmica de construção do conhecimento a partir dos saberes dos educandos, pelos seus aspectos favorecedores da participação, da troca de vivências, da expressão individual e da interação entre o grupo e do grupo com o educador.

Esses fatores mostram-se importantes de serem valorizados nas práticas de educativas direcionadas aos agentes comunitários de saúde, considerando nessas a necessidade de articular, atenciosamente, o saber popular ao saber técnico, para que o primeiro não seja anulado, limitando o potencial da atuação desses trabalhadores junto às famílias e à comunidade (LUNARDELO, 2004).

Nesse sentido, baseado na autora acima, compreende-se que a ausência desses aspectos nas práticas educativas desenvolvidas junto aos agentes comunitários de saúde no PSF representa oportunidades perdidas de trabalho, pois, contribuem para a manutenção de um comum descrédito por parte da equipe em relação ao domínio do saber técnico por esses trabalhadores de saúde, o que é percebido por esses sujeitos, prejudicando sua auto-estima e a segurança em sua prática de trabalho. Essa situação produz uma limitação da competência

desses atores sociais referente à promoção da saúde, especialmente impossibilitando o desempenho de sua atribuição na organização e condução de grupos educativos nas unidades de PSF.

Acredita-se que a ampliação e fortalecimento de instrumentos metodológicos alternativos como o jogo educativo, podem contribuir consideravelmente no enfrentamento desses obstáculos pela equipe de saúde da família, inclusive, com vistas a estender a utilização dessa ferramenta a práticas grupais de educação em saúde junto à comunidade, tendo como educadores os agentes comunitários de saúde. Essa possibilidade traz a perspectiva de desenvolver a sua capacidade e credibilidade, tanto na visão da equipe e comunidade, quanto no seu autoconceito, consolidando o seu papel dentro da estratégia de Atenção Primária à Saúde representada pelo PSF.

Ressalta-se a importância do aspecto participativo no desenvolvimento de novas estratégias de educação em saúde, através de instrumentos que favoreçam a discussão, a troca de experiências, a tomada de decisão e a parceria em grupo (FONSECA, 2002). Considera-se que o jogo educativo atende esses objetivos e que o estudo sobre a dinâmica mediada por essa alternativa metodológica contribui para o debate em relação ao processo ensino-aprendizagem na educação em saúde.

No presente estudo, considera-se que esses são aspectos relevantes a se alcançar nas práticas de aprendizagem do PSF e que se tornam, especialmente, potenciais na educação de agentes comunitários de saúde, mães, voluntários de saúde, entre outros.

2 OBJETIVOS

O presente estudo apresenta os seguintes **objetivos**:

- desenvolver e descrever a elaboração de um jogo educativo sobre doenças respiratórias infantis com tecnologia simplificada, para aplicação em atividades de educação em saúde com agentes comunitários de saúde;
- avaliar a utilização desse jogo sobre doenças respiratórias infantis no processo ensino-aprendizagem de agentes comunitários de saúde de equipes de saúde da família do município de Passos-MG.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

O estudo foi desenvolvido em duas etapas. A primeira é descritiva e diz respeito ao desenvolvimento do jogo educativo sobre a prevenção de doenças respiratórias no seguimento de crianças menores de cinco anos e a segunda configura um estudo de intervenção ou quase-experimentação sobre a aplicação desse jogo na educação em saúde de agentes comunitários de saúde de equipes de saúde da família.

A pesquisa descritiva busca a observação, a descrição e o registro de aspectos de um fenômeno na forma como ele naturalmente ocorre (POLIT e HUNGLER, 1995).

Já o termo experimentação está, em geral, associado à pesquisa em laboratório, mas não é com esse sentido que é utilizado na epidemiologia moderna, que o denomina como método e não se refere ao local onde se realiza o trabalho. Estudos experimentais destinam-se a testar uma associação entre eventos, buscando verificar se há relação causal entre eles. A exposição, em um estudo experimental, é considerada uma intervenção promovida pelo investigador. Trata-se de uma situação criada/produzida pelo pesquisador (PEREIRA, 2002).

No presente estudo, aplicou-se junto aos agentes comunitários de saúde, antes e depois da realização do jogo educativo, um teste contendo 22 questões sobre doenças respiratórias infantis (Anexo A). A intervenção foi a aplicação do jogo, considerada como um fator introduzido, cujos efeitos foram avaliados com o pré-teste e o pós-teste.

Assim, esse estudo pode ser conceituado como quase-experimental, pois tal como nos experimentos, envolve a manipulação ou administração de uma intervenção experimental aos sujeitos estudados, porém não utiliza os aspectos de distribuição aleatória ou grupo de controle que caracterizam os experimentos reais. Para tratar o problema da pesquisa foi utilizado o delineamento do tipo antes-depois, conhecido também como pré-teste e pós-teste.

Este esquema envolve a observação da variável em dois períodos de tempo: antes da administração da intervenção experimental e depois da mesma (POLIT e HUNGLER, 1995).

Teve-se como hipótese, baseado em Fonseca, Scochi e Mello (2002), que a utilização de jogo como estratégia educativa favorece o processo ensino-aprendizagem com aquisição de conhecimentos adequados.

3.2 Local do estudo

Esse estudo foi desenvolvido no município de Passos, que está localizado na região Sudoeste de Minas Gerais e apresenta densidade demográfica de 70,3 hab/km. A população estimada no ano de 2003 é de 101.089 habitantes (IBGE, 2004).

O Conselho Municipal de Saúde foi criado em 1991, como órgão de caráter permanente, deliberativo, consultivo e fiscalizador da política de saúde local. O processo de municipalização dos serviços de saúde teve início em 1992. Em 1997, o município foi habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica, tornando-se responsável, conforme Norma Operacional Básica de 1996, pela gerência de todo atendimento básico, assim como pela avaliação permanente do seu impacto sobre as condições de saúde da população (VIANA, 1999).

A assistência hospitalar no município é composta por 3 hospitais: um hospital psiquiátrico beneficente, um hospital geral privado e um hospital geral e filantrópico, regional e de grande porte. Além desses hospitais, fazem parte do sistema de saúde municipal o Pronto-Socorro Municipal e uma Policlínica. Existe também no município o Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Passos, que atende 9 municípios.

A atenção básica do município é composta por oito ambulatórios e quinze unidades de Saúde da Família. O PSF foi implantado no município, em 1997, com 5 equipes.

Posteriormente, foram implantadas mais 10 equipes, em 2001, e outras 2 equipes, em 2004. Existem, portanto, hoje, 17 núcleos de PSF, que iniciaram as atividades depois de cumprir as exigências necessárias para implantação. Cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde.

Em cada núcleo apresentam-se cadastradas, no máximo, 750 pessoas para cada um dos seis agentes comunitários de saúde, o que totaliza aproximadamente 4.500 pessoas cadastradas por núcleo, totalizando cerca de 76.500 pessoas nos 17 núcleos, possibilitando uma cobertura de cerca de 76% da população total do município, que é de aproximadamente 100 mil habitantes.

Os dados referentes ao PSF são registrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), sendo que através do seu relatório do ano de 2003, observa-se que se mantiveram cadastradas uma média de 17.159 famílias, com 4.642 crianças menores de 5 anos. A taxa de hospitalização por pneumonia foi de 16,80 por 1000 crianças menores de 5 anos de idade e por desidratação foi de 6,46. Já a porcentagem desses indicadores foi de 4,91% e 1,89 % respectivamente.

No pacto da atenção básica para o PSF que o município realizou para o ano de 2003, observa-se que o resultado mais deficiente em relação ao alcance das metas refere-se à taxa de hospitalização por pneumonia em cada 1000 crianças menores de 5 anos, visto que o pacto para esse indicador foi no valor de 5,0 e conforme relatado acima, a taxa atingida foi de 16,8%. Essa realidade mostra a importância de se trabalhar a prevenção de doenças respiratórias na infância na prática do PSF desse município.

As atividades das equipes de PSF no município incluem consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares de todos os membros da equipe, fornecimento de medicações da Farmácia Básica do Ministério da Saúde mediante receita médica, administração de medicações injetáveis na unidade de saúde, curativos e retiradas de ponto

pela auxiliar de enfermagem e enfermeira, realização de pré-natal por médico e enfermeira, exame papanicolau pela enfermeira, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança pela enfermeira com auxílio dos agentes comunitários de saúde, além de atividades coletivas como caminhadas, palestras, curso de artesanato e passeios, realizadas por esses trabalhadores sob supervisão da enfermeira.

3.3 A coleta de dados

Para atender ao primeiro objetivo do estudo, inicialmente, as pesquisadoras elaboraram um jogo educativo sobre doenças respiratórias infantis, sendo que o conteúdo foi fundamentado em recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; 2003), da OMS (1999), alguns autores (BENICIO et al., 2000; VERÍSSIMO; SIGAUD, 2001; BENGUIGUI, 2003) e orientações dirigidas aos líderes da Pastoral da Criança (PASTORAL DA CRIANÇA, 1996; 2000), baseando-se também na experiência das pesquisadoras e na assessoria de uma enfermeira e um médico que trabalham no PSF.

O jogo foi estruturado em forma de casos de crianças e famílias, com cartelas de respostas, apresentando conceitos e definições sobre doenças respiratórias infantis, assim como cuidados para a sua prevenção e recuperação. Para tanto, foram elaborados 18 casos, com suas respectivas respostas, para o processo educativo.

Após a construção do jogo, visando atender ao segundo objetivo do estudo, elaboramos o instrumento teste pré-jogo e pós-jogo, composto de 22 afirmações, para marcar com um x se estavam certas ou erradas (ANEXO A). Esse instrumento foi elaborado visando a avaliação da aquisição de conhecimento entre os agentes comunitários de saúde através da participação no jogo educativo, o que foi baseado no estudo de Fonseca; Scochi; Mello

(2002), referente à avaliação de um jogo educativo sobre aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido junto a puérperas em alojamento conjunto.

Tendo em vista a aplicabilidade da inserção desse jogo nas atividades educativas do PSF, foi proposto um tempo de duração para o seu desenvolvimento de no máximo duas horas, com vistas a favorecer a dinâmica e motivação e não comprometer a organização e rotina do serviço.

O jogo e instrumento pré e pós-teste foram aplicados, pela pesquisadora, junto a população de ACS que trabalha nas 17 equipes de PSF do município de Passos-MG, as quais foram identificadas por letras do alfabeto (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q). O jogo foi aplicado em oito grupos de duas em duas equipes cada (grupo 1: A e B, grupo 2: C e D, grupo 3: E e F, grupo 4: G e H, grupo 5: I e J, grupo 6: K e L, grupo 7: M e N, grupo 8: O e P) e em um grupo com uma equipe de forma individual (grupo 9 : Q), devido ao número ímpar de equipes de PSF no município. O número de participantes em cada grupo de jogadores variou de seis a doze. Como em cada uma das 17 equipes trabalham seis ACS e um deles se recusou a participar da pesquisa, a população estudada foi composta por 101 agentes comunitários de saúde.

Dos 101 agentes comunitários de saúde que participaram desse estudo, 100 são do sexo feminino e a idade variou de 20 a 61 anos. Em relação à escolaridade, 13 possuem o ensino fundamental incompleto, 10 o ensino fundamental completo, 11 o ensino médio incompleto, 56 o ensino médio completo, 3 o ensino superior incompleto e 8 o ensino superior completo.

Após a realização da atividade com cada grupo de agentes comunitários de saúde, a pesquisadora anotava algumas falas e considerações relacionadas à vivência educativa daquele dia em um diário de anotação de campo.

3.4 Análise dos dados

A análise dos dados foi realizada com base na aquisição de conhecimentos antes e depois da aplicação do jogo, fundamentada na estatística descritiva, ou seja, média, percentuais e tabelas de frequência.

Definiu-se como critério para classificação do conhecimento os seguintes conceitos: insuficiente (até 24% de acertos), regular (25% a 49% de acertos), bom (50% a 74% de acertos) e ótimo (75% a 100% de acertos). Essa classificação foi baseada nos conceitos e seus respectivos números de acertos, aqui convertidos em percentuais, utilizados num estudo sobre a utilização de jogo educativo sobre aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido entre puérperas em alojamento conjunto (FONSECA; SCOCHI; MELLO, 2002).

As falas e observações registradas no diário de campo pela pesquisadora, após cada vivência educativa, foram agrupadas em dois temas: as vivências dos agentes de saúde em questões relacionadas às situações de cuidados com doenças respiratórias infantis e a dinâmica do jogo. Posteriormente foram apresentadas algumas reflexões sobre a educação em saúde como uma possibilidade de ampliação do cuidado à criança e à família.

O estudo buscou discutir a atividade educativa mediada pelo uso do jogo e sua contribuição para a aquisição de conhecimentos sobre doenças respiratórias na infância, trazendo, também, aspectos para compreensão sobre a utilização desses instrumentos nas atividades de educação em saúde em equipes de saúde da família.

3.5 Aspectos éticos da pesquisa

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Normas Éticas em Pesquisa da EERP/USP. Neste estudo, a participação dos agentes comunitários de saúde ocorreu mediante

o esclarecimento dos objetivos do estudo aos mesmos, com solicitação de sua participação e consentimento, garantindo o sigilo dos dados coletados, além de serem informados a respeito de sua liberdade em se recusar a participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Após terem ciência do exposto acima, os agentes comunitários de saúde que aceitaram participar, foram solicitados a assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Criação e dinâmica do jogo educativo “Doenças respiratórias na infância”

Nesta parte do estudo descrevemos a elaboração do jogo educativo sobre doenças respiratórias na infância e, a seguir, apresentamos as etapas de aplicação do mesmo junto às 17 equipes de agentes comunitários de saúde do município de Passos-MG.

4.1.1 Elaboração do jogo educativo

Inicialmente, foi elaborado um jogo educativo sobre doenças respiratórias infantis para aplicação em capacitação de agentes comunitários de saúde. Essa elaboração foi fundamentada em recomendações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002; 2003), da OMS (1999), alguns autores (BENICIO et al., 2000; VERÍSSIMO; SIGAUD, 2001; BENGUIGUI, 2003) e orientações dirigidas aos líderes da Pastoral da Criança (PASTORAL DA CRIANÇA, 1996; 2000), baseando-se também na experiência das pesquisadoras e na assessoria de uma enfermeira e de um médico que trabalham no PSF.

O jogo foi estruturado em forma de casos de crianças e famílias, com cartelas de respostas, apresentando conceitos e definições sobre doenças respiratórias infantis, assim como cuidados para a sua prevenção, tratamento e recuperação. Para tanto, foram elaborados 18 casos, com suas respectivas respostas, para serem discutidos em três rodadas do jogo.

Foi definido como número mínimo 4 jogadores e como número máximo 12, formando duplas caso esse número fosse superior a 6. Esse formato de jogo tem a caracterização de um jogo de torrinhas e está baseado também no estudo de Fonseca e Scochi (2000), que inovaram a assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho, em alojamento

conjunto neonatal, com a criação de um jogo educativo sobre aleitamento materno e cuidados básicos ao recém-nascido.

A dinâmica educativa foi planejada para ser realizada em três rodadas de seis cartas seqüenciais cada, de forma que o participante retira uma carta que contém um caso e se acertar a resposta, o mediador orienta-o a ler a resposta presente na carta para o grupo, possibilitando a discussão e troca de experiências nesse momento. Uma vez confirmada a resposta, o jogador que acertou a questão joga um dado e o número que vier corresponde ao número de caselas que pode, então, movimentar para frente no tabuleiro, através do peão que o representa. Caso a resposta esteja certa, mas incompleta, estimula-se a participação de todos os jogadores para completarem ou esclarecerem, mas neste caso, joga o dado e avança no tabuleiro aquele que iniciou a resposta. Caso a resposta esteja errada o mediador pergunta ao grupo se alguém sabe a resposta certa e quem acertar joga o dado e caminha no tabuleiro com o seu peão. Se ninguém acertar, o mediador vai construindo a resposta com a participação dos jogadores, utilizando de dinâmica participativa; nesse caso ninguém avança no tabuleiro. Se ao final do jogo nenhum pião chegar no ponto de chegada, ganha o participante que chegar mais próximo desse.

Tendo em vista a aplicabilidade da inserção desse jogo nas atividades educativas do PSF, propomos um tempo de duração para o seu desenvolvimento de no máximo duas horas, com vistas a favorecer a dinâmica e motivação e não comprometer a organização e rotina do serviço.

Apresentamos, a seguir, os 18 casos do jogo e o teste pré-jogo e pós-jogo, com vinte e duas afirmações para marcar com um x se estão certas ou erradas.

Casos apresentados no jogo

01) Você visita uma família composta por uma mulher e seus 4 filhos com as seguintes idades: 1 mês, 3 anos, 5 anos e 7 anos. Você acha que todas necessitam da mesma atenção em relação ao risco e gravidade das doenças respiratórias infantis?

Não. As doenças respiratórias apresentam maior risco e gravidade entre os menores de 5 anos de idade, especialmente os menores de 2 meses, por imaturidade dos seus meios de defesa aos fatores de risco e às doenças. No Brasil, as doenças respiratórias ocupam o 1º lugar entre as causas de morte de crianças de 1 a 4 anos, são também responsáveis por cerca de 50% das causas de internação hospitalar nesta faixa etária e por uma porcentagem de 30% a 50% das crianças atendidas em pronto-socorros e postos de saúde.

02) Quando você fala a uma mãe sobre os cuidados para se prevenir doença respiratória em crianças, ela pergunta a você quais são essas doenças e você, o que responde?

Entre as doenças respiratórias existem aquelas chamadas infecções respiratórias agudas (IRAs) e as doenças respiratórias crônicas. Entre as IRAs, que duram em média 7 dias, estão a gripe, a amigdalite (infecção de garganta), a faringite, a sinusite, a otite (infecção de ouvido), a bronquite e a pneumonia. Entre as doenças respiratórias crônicas, que são de longa duração, estão a asma e a tuberculose. As doenças respiratórias, em sua maioria, são causadas por vírus, necessitando apenas de cuidados gerais e nem sempre de medicamento.

03) Essa semana nasceu uma criança cadastrada por você no PSF. A mãe dessa criança mudou-se para essa cidade a aproximadamente 20 dias, já no último mês da gestação. Na visita domiciliar de puerpério você pede para ver o cartão do pré-natal e percebe que essa mãe

não compareceu às consultas de pré-natal corretamente, fumou durante a gestação e seu filho nasceu com 2 kilos (2.000 gramas). Essa criança tem maior risco de ter doença respiratória ou não?

Sim. Um dos fatores de risco para doença respiratória infantil é a criança nascer com menos de 2.500 gramas (baixo peso). Esse é um dos fatores que mostram a importância do pré-natal, onde é realizado o acompanhamento do aumento de peso e do crescimento do útero da gestante, que juntamente com exames possibilitam a avaliação do crescimento do feto. Além disso, é o momento onde a gestante recebe orientações sobre alimentação e cuidados importantes como não fumar. Fumar durante a gestação é uma das principais causas de baixo peso ao nascer e, conseqüentemente, das doenças que o baixo peso ao nascer acarreta.

04) Então, que cuidados são importantes para o agente comunitário de saúde orientar no acompanhamento dessa criança que nasceu com baixo peso para evitar que ela tenha alguma doença respiratória?

Orientar a mãe a amamentar exclusivamente no peito até os seis meses, a levar a criança na unidade de saúde para vacinar, pesar e realizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, quando será avaliada se a criança está ganhando peso e se desenvolvendo adequadamente. Orientar a mãe sobre os benefícios que pode ter para a sua saúde, de seu filho e de sua família se deixar o hábito de fumar, mas caso continue fumando, jamais o fazer na presença da criança ou em espaços fechados onde ela costuma permanecer. Além dessas primeiras orientações, é necessário acompanhar mensalmente o seu seguimentos.

05) Uma outra gestante fez seu pré-natal corretamente, seguiu todas orientações e seu filho nasceu com 3.500 gramas. Como está tudo dentro da normalidade, não é preciso se preocupar com doença respiratória. Está certa essa conduta?

Não. Todas as crianças menores de 5 anos necessitam de cuidados para promover seu desenvolvimento saudável e para prevenir doenças respiratórias. Para isso é importante orientar quanto à importância da luz solar e do ambiente arejado, além disso deve-se acompanhar o aleitamento materno, que deve ser exclusivo até os seis meses e como complemento alimentar até os dois anos, e orientar sobre a vacinação e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança na unidade de saúde. A falta desses cuidados é fator de risco para doenças respiratórias infantis, assim como o baixo peso ao nascer. Portanto, esses cuidados devem ser orientados e acompanhados nas visitas domiciliares de todas as crianças menores de 5 anos.

06) Durante as visitas domiciliares de uma família de 6 pessoas (pai, mãe, avó e três crianças de 1 ano, 2 anos e 3 anos), os quais moram em uma casa de 2 cômodos, você observa que uma das janelas está sempre fechada e na outra janela um guarda roupa impede a passagem da luz, comumente encontra-se o cachorro dormindo no sofá, o chão é coberto por tapetes e os móveis estão repletos de enfeites e ursos de pelúcia, quase sempre cobertos por pó. Esses fatores favorecem o risco de doença respiratória às crianças? O que orientar a essa família?

Sim. Muitas pessoas morando em um espaço pequeno, lar mal ventilado e mal iluminado, com presença de pó e animais dentro de casa são fatores de risco para doenças respiratórias relacionados ao ambiente. É necessário orientar a família sobre isso para que saiba o porquê de manter portas e janelas abertas para promover ventilação e iluminação adequadas, remover móveis ou objetos que impeçam a passagem da luz solar, evitar objetos que acumulam pó (tapetes, enfeites, ursos de pelúcia, entre outros) e manter animais no quintal, além de realizar a limpeza adequada do ambiente.

07) Uma família atendida pelo PSF é composta por um casal e seu filho de 6 meses de vida, o qual vem apresentando freqüentemente peito cheio, nariz escorrendo e tosse. A casa possui 9 cômodos, está sempre limpa e arejada, mas possui mofo nas paredes. O pai fuma dentro de casa, além da rua não ser asfaltada, gerando muita poeira. Que fatores podem estar influenciando as infecções repetidas dessa criança? Quais orientações você daria?

O mofo, a poeira da rua sem asfalto e, principalmente, a fumaça de cigarro são fatores que podem contribuir para o aparecimento e a reincidência de doenças respiratórias. A família deve ser orientada especialmente quanto aos agravos que podem causar à criança se mantiverem o hábito de fumar dentro de casa ou perto da criança. Também é importante solicitar a família que avalie a possibilidade de resolver a questão do mofo das paredes em prol da saúde da família, principalmente da criança. Outra orientação refere-se à reivindicação, em conjunto com a comunidade, do asfaltamento da rua.

08) Você e os outros agentes de saúde que trabalham na sua equipe decidem realizar uma atividade educativa coletiva sobre a qualidade do ar que respiramos. Que atitudes podem ser incentivadas nessa atividade?

Plantar árvores e evitar queimadas, conservar os rios e córregos limpos, não queimar o lixo e se for necessário enterrar, não fumar, arejar a casa, caso exista chaminé, verificar se essa está puxando bem a fumaça, reivindicar às autoridades o controle do ar expelido pelas chaminés das fábricas e pelos automóveis, além do asfaltamento das ruas.

09) Você visita uma família, onde reside uma criança menor de 5 anos. Durante a visita você constata que a vacina está em dia, a alimentação está adequada e a mãe tem levado regularmente o filho até a unidade do PSF para acompanhamento do seu crescimento e desenvolvimento, sendo que o gráfico do cartão mostra que seu peso está adequado. Enquanto

conversa com a mãe e verifica o cartão, você observa que a casa está limpa e arejada. A mãe não se queixou de nada, portanto não há mais nada a questionar a respeito da criança. Está certa essa conduta?

Errado. O trabalhador de saúde deve aproveitar todos os contatos com a criança, sua mãe ou responsável e família, para observar e perguntar sobre a presença de febre, tosse, dificuldade de respirar, chiado no peito, dor de garganta ou de ouvido e diarreia. Esses são sinais de doença e mostram que a criança deve ser levada a um serviço de saúde.

10) Você identificou sinais de infecção respiratória em uma criança de 8 meses: febre e dificuldade para respirar. Você então orientou a mãe para levar a criança ao médico o mais rápido possível, agendando, para o mesmo dia, uma consulta com o médico do PSF. No outro dia você, logo cedo, já programou voltar à casa dessa família como uma das visitas do seu dia, visando orientar sobre os cuidados importantes com a criança que está fazendo tratamento em casa. Quais são esses cuidados?

Seguir a prescrição médica e orientações de enfermagem, manter o aleitamento materno, oferecer líquidos e alimentos de 2 em 2 horas, pesar a criança uma vez por semana para verificar se está ganhando peso, manter a casa limpa e arejada, manter a criança com roupas limpas e secas, longe de qualquer fumaça, principalmente de cigarro. Observar sinais de piora do quadro, principalmente em relação à dificuldade de respirar, e se houver levá-la o mais rápido possível ao serviço de saúde.

11) Em uma de suas visitas domiciliares, a mãe te atende na calçada e quando questionada a respeito de sua filha de 3 anos, ela informa que a criança está com febre. Você pergunta se poderia ver a criança e a mãe te chama, então, para entrar. A criança encontra-se em seu pequeno quarto, debaixo de alguns cobertores, com a janela fechada. A mãe coloca a mão na

testa da criança e diz que sua filha está muito quente. Você pergunta à mãe se há termômetro em casa e ela responde que não. Qual será a sua conduta?

Observar a criança e colocar o termômetro para verificar a temperatura. Se estiver realmente com febre pedir então para a mãe dar um banho morno na criança e vesti-la com roupas leves, falando também que não se deve abafar com cobertas durante a febre, porque pode aumentar ainda mais a temperatura. Dizer sobre a importância de abrir a janela e manter um ambiente arejado, oferecer por várias vezes água ou outros líquidos sem gelo para a criança e então, levá-la ao serviço de saúde para ser avaliada por um médico. É necessário falar para a mãe, num momento em que ela estiver tranqüila, da importância de se adquirir um termômetro e orientar sobre a forma correta de usá-lo.

12) Uma das crianças de sua área de abrangência tem 4 anos e está com gripe e infecção de garganta. Ela já passou pelo médico. Na visita você pergunta à mãe sobre as medicações e ela mostra que está oferecendo adequadamente os remédios. Você pergunta à mãe se a criança está apresentando melhora e ela então responde que sim, mas que sua filha ainda está se alimentando menos que o costume, às vezes tem ânsia e está com bastante catarro (secreção). O que dizer para essa mãe?

É importante falar para a mãe que, além da falta de apetite causada pela inflamação que ocorre em resposta à infecção, o acúmulo de secreção (catarro) pode levar a criança a ter ânsia e até vômito, dificultando a ingestão de alimentos e medicamentos. Por isso é necessário estimular a criança a eliminar essa secreção. Para que o catarro fique mais fácil de ser eliminado deve-se oferecer líquidos a criança em pequena quantidade, várias vezes ao dia, pois uma grande quantidade de uma só vez pode provocar vômito. Pelo mesmo motivo os alimentos também devem ser oferecidos em pequenas porções e mais vezes ao dia. Além disso, pode-se umidificar o ambiente, colocando bacias com água e panos molhados

espalhados no local onde a criança se encontra e pode-se também usar o vapor, abrindo o chuveiro quente até formar uma nuvem de vapor e ficar com a criança nesse ambiente, brincando por 10 a 15 minutos com a porta fechada, não esquecendo de ao sair, trocar imediatamente as roupas úmidas por secas. Também deve-se estimular a criança a assoar o nariz, uma narina de cada vez e a tossir e cuspir o catarro para fora, nunca engolindo.

13) Uma outra criança de 7 meses está com bronquite, já passou pelo médico e está tomando medicações. A mãe queixa-se que o menino está com o peito cheio, e que já está oferecendo mais líquido e umidificando o ambiente, conforme você orientou 2 dias atrás, e pergunta se há mais alguma coisa que possa fazer para ajudar a eliminar a secreção. O que você acha?

As crianças menores podem ter mais dificuldade de eliminar secreção por não andarem, movimentam menos o corpo, por isso é também mais difícil a secreção se movimentar para sair. Além disso, não conseguem tossir com eficiência para jogar o catarro fora, nem assoar o nariz. Um outro cuidado pode ser a tapotagem, que é uma vibração realizada nas costas e no tórax (região do peito) da criança, com o objetivo de ajudar a soltar a secreção produzida pela infecção. Para fazer a tapotagem, coloca-se a criança deitada no colo, de barriga para baixo, então se deve, com a mão aberta, fazer movimentos vibratórios nas costas da criança, partindo da cintura e indo até o ombro. Depois, com a criança de barriga para cima, repetir os mesmos movimentos, intensificando do dois lados do peito da criança (fazer demonstração da técnica de tapotagem com um boneco). Essa vibração deve ser feita durante mais ou menos cinco minutos, várias vezes ao dia, nas horas em que a criança não estiver com o estômago cheio, para evitar que ela vomite.

14) Em suas visitas domiciliares, você chega em uma residência e encontra a dona da casa sentada no sofá amamentando seu bebê de 4 meses, o qual encontra-se gripadinho. Ela disse

que acabou de chegar do médico e ele só passou inalação duas vezes ao dia. Mas a criança não está mamando bem, chora de fome, procura o peito, mas quando colocada para mamar fica irritada e rejeita o peito. Você observa a criança e nota que sua respiração está um pouco ruidosa e ao analisar o nariz percebe que está com secreção, a mãe então confirma que ela está com o nariz entupido. Qual a sua conduta?

Nesse caso deve-se explicar a mãe que o nariz entupido costuma deixar a criança irritada, com dificuldade para respirar, dormir e mamar. Além disso, essa secreção que está no nariz pode escorrer internamente para o ouvido e provocar infecção de ouvido. Para desobstruir o nariz da criança, deve-se pingar meio a um conta gotas de soro fisiológico em cada narina da criança, antes das mamadas e quando se mostrar necessário. Além disso, é importante não amamentar a criança deitada e para dormir, tentar elevar um pouco a cabeceira do seu colchão e deitá-la na posição lateral. O soro fisiológico pode ser preparado em casa, com um copo de água limpa, fervida ou filtrada, e uma pitada de sal, ou, para 1 litro de água usa-se uma colher de sobremesa rasa de sal. Depois de preparado pode ser consumido dentro das próximas 24 horas, portanto deve ser preparado diariamente enquanto a criança estiver consumindo.

15) Nas suas visitas domiciliares em famílias com crianças menores de cinco anos você sempre pergunta sobre a criança, se está apresentando febre, tosse, dificuldade para respirar, chiado no peito, dor de ouvido, dor de garganta ou diarreia. Uma das mães disse que a criança está com infecção no ouvido e não levou a filha no médico do PSF, mas a levou em um pediatra, o qual prescreveu um antibiótico, que ela está dando à criança. Você tem algo mais a perguntar ou alguma orientação a fazer?

Sim. É importante pedir para ver a prescrição e a medicação e então perguntar a mãe de que forma ela está oferecendo à criança o remédio. Muitas vezes a mãe, ou o responsável,

não entende bem a prescrição médica. Além disso, é imprescindível lembrá-la de manter a medicação pelo tempo prescrito, mesmo que a criança melhore antes, além de obedecer rigorosamente a dose e horários prescritos, manter remédios fora do alcance das crianças e observar sempre o prazo de validade, lembrando que as soluções devem ser agitadas antes do uso. Essas orientações também devem ser fornecidas pelo agente de saúde quando responsável pelo atendimento na farmácia do PSF, no momento de entrega da medicação. Além disso, orientar a mãe a não amamentar ou alimentar a criança na posição deitada e se houver secreção purulenta no ouvido, colocar a criança deitada do lado da infecção para facilitar que o pus saia, limpando a orelha com um pano úmido, sem introduzir nada no ouvido.

16) A mãe de uma criança te fala que seu filho estava com infecção de garganta, mas que nem foi preciso levá-lo ao médico, pois ela deu um antibiótico que tinha em casa e com 2 dias ele ficou bom, nem foi preciso continuar com o remédio e agora ele está bem, só restando um pouco de tosse, por isso ela te pede um xarope da farmácia básica do PSF, afirmando que a criança já está acostumada com esse remédio. Qual deve ser a sua orientação?

É importante dizer que o antibiótico é um remédio para tratar infecção causada por bactéria, mas nem todas infecções devem ser tratadas com antibiótico, sendo que a única pessoa capacitada para indicar a necessidade, o tempo, a dose e o tipo de antibiótico correto para o tratamento é o médico. Quando a garganta está avermelhada e dolorida, mas sem placas brancas de pus e sem febre, ela pode estar inflamada e não com infecção, devendo ser tratada com cuidados caseiros, boa alimentação, líquidos e repouso. Tomar antibiótico sem prescrição ou em menor tempo que o recomendado faz com que as bactérias causadoras de infecções se tornem resistentes a este antibiótico, ou seja, da próxima vez que a pessoa precisar usar o antibiótico, o seu resultado será menor ou nenhum. Já em relação ao xarope, é

necessário explicar que a tosse é uma defesa do organismo para eliminar secreção e microorganismos causadores de infecção, e que o xarope pode ter efeitos prejudiciais à criança, sendo que seu uso só deve ser feito com prescrição médica. Quando a tosse está intensa é indicado oferecer a criança chás caseiros à base de mel e folhas, como hortelã, poejo ou agrião, mas só em casos extremos, pois tosse é uma defesa.

17) Uma das mulheres cadastradas em sua micro-área pede a uma vizinha avisar na unidade de saúde para você ir até a casa dela. Chegando lá, ela fala que te chamou porque está preocupada com sua filha de 6 meses, a qual vem apresentando febre e chiado no peito, está mamando menos do que o costume e está bem caidinha. Ela justifica que te chamou porque não tinha com quem deixar suas outras 5 crianças para ir até o posto de saúde. Ela te mostra a criança e você observa que sua respiração está rápida e que quando ela inspira (puxa o ar para respirar) acontece um afundamento da parte inferior (abaixo) do peito. O que pode ser isso? Qual seria sua conduta nesse caso?

Isso é chamado de tiragem e pode acontecer quando a criança está fazendo muita força para conseguir respirar, por estar com os pulmões cheios de secreção devido a alguma infecção. A secreção obstrui as vias respiratórias e aí a criança fica com a respiração rápida, por ter que fazer mais movimentos respiratórios para conseguir puxar o ar que precisa e faz mais força, levando a tiragem. Por isso, respiração rápida e/ou tiragem são sinais de perigo e significam que a criança necessita de atendimento médico imediatamente, para evitar que a doença se agrave e tenha complicações. Então é necessário ajudar a mãe a resolver a questão de quem ficar com os outros filhos, garantindo que possa ir ao médico com a criança doente, pois é um momento que essa mãe necessita de apoio, sendo que este apoio faz parte de uma prática com humanização, vínculo, compromisso e co-responsabilidade.

18) Você quer saber se uma criança que está com doença respiratória, da sua micro-área, está melhorando. Você pergunta à mãe da criança “Seu filho está melhorando” e ela responde “Está”. Isso é o suficiente?

Não. Nunca devemos fazer perguntas que induzam repostas curtas. Como trabalhadores de saúde devemos sempre fazer perguntas abertas, como aquelas que iniciam com as palavras: o que, como e quais, entre outras. Os sinais de melhora de uma doença respiratória são: respirar com mais facilidade, mais lentamente e sem ruídos; aceitar melhor a alimentação e estar mais alerta. Portanto as perguntas devem trazer respostas a esses fatores, como por exemplo: Como está a respiração de seu filho? Como ele está se alimentando? Como se comportando?

Preparando o material educativo

Depois de definir a dinâmica e o conteúdo da atividade educativa, que foi estruturado através de perguntas e respostas sobre casos de aspectos de doenças respiratórias, procurando ilustrar as situações do dia-a-dia vivenciado pelas agentes de saúde junto às famílias no PSF, passamos a discutir a construção do material do jogo. Buscamos fazer com que os objetos que fizessem parte desse instrumento fossem bonitos, atraentes e ilustrados com temas infantis.

Construímos o tabuleiro do jogo com percurso dividido em 36 caselas, com ponto de partida e de chegada para os jogadores. O tamanho foi definido pensando em duas equipes de agentes comunitários de saúde mais a pesquisadora posicionados ao seu redor. As caselas foram desenhadas com cores fortes, alternadas. Ao fundo foram coladas fotos de crianças saudáveis brincando, desde bebês até crianças de cinco anos de idade.

Já as 18 cartas do jogo, correspondentes ao número de casos, foram elaboradas através de envelopes coloridos. Na parte exterior do envelope foi apresentada a pergunta e dentro do

envelope foi colocado um cartão, com a resposta sobre a conduta correta diante do caso, a qual só seria exposta após os jogadores discutirem e responderem a questão a partir de seu próprio conhecimento.

Como o jogo foi composto de 18 casos que foram organizados para serem discutidos em três rodadas simultâneas, optamos por utilizar três cores para as cartas, uma para cada rodada, sendo que as seis cartas de cada uma delas tinham a mesma cor, sendo estas respectivamente: vermelho, azul e verde.

Para representar cada uma das seis duplas no tabuleiro, preparamos seis anjinhos, sendo que cada um desses possuía uma cor e um instrumento musical específico que os diferenciava um do outro. O número de caselas a avançar no tabuleiro correspondia ao número exposto ao se jogar o dado. Para tanto, fizeram parte do material seis dados, um para cada dupla.

Apresenta-se a seguir a foto do material educativo descrito:

Foto

Como todo jogo pressupõe um prêmio aos vencedores, o que contribui para a motivação da atividade, preparamos anjinhos dentro de uma latinha funda e colorida, sendo que, ao final de cada rodada, cada componente da dupla vencedora, pegava um deles.

A etapa de preparo do material fez parte do planejamento da atividade educativa. Esse é um processo importante, no qual cabe ao educador pensar na dinâmica que pretende promover, no perfil das pessoas que participarão da atividade, na sua realidade, no seu ambiente, seus anseios e nos recursos que pode disponibilizar para elaborar instrumentos capazes de considerar esses aspectos.

4.1.2 Dinâmica do jogo educativo com agentes comunitários de saúde

Preparando o local e o momento educativo

Uma vez preparado o material a ser utilizado na atividade educativa, passamos a agendar com as equipes de PSF o momento e local para realização do jogo.

Nesse sentido, pensamos, primeiramente, na disposição dos jogadores e da pesquisadora durante o jogo. Optamos por sugerir aos agentes comunitários de saúde, no início do jogo, a sentarmos todos no chão. Essa é uma posição que lembra bem as brincadeiras quando crianças, mas que não a utilizamos quando adultos e acreditamos favorecer a descontração, o se sentir mais à vontade, possibilitando a interação com os demais colegas na dinâmica do jogo. Utilizamos, então, colchonetes que já têm nas Unidades de Saúde da Família, para atividades com idosos.

Optamos por agrupar em cada momento educativo sempre duas equipes localizadas a uma distância menor possível uma da outra, buscando facilitar o deslocamento das agentes de saúde de uma das equipes até a unidade de PSF da outra, na qual seria realizado o jogo. Assim, em cada encontro educativo o local para seu desenvolvimento correspondeu a uma das duas unidades do PSF onde trabalham os agentes a serem capacitados, sendo que a escolha entre as duas unidades se deu em função da disponibilidade de uma sala mais ampla e tranquila, onde a atividade pudesse ser realizada acomodando as duas equipes e a pesquisadora em um ambiente onde a atividade não fosse interrompida.

Dessa forma, agendamos a realização da atividade de duas em duas equipes, sendo que por último o jogo foi realizado com apenas uma equipe, devido ao número total de unidades do PSF no município ser ímpar. Assim, ao todo, foram realizados 9 encontros educativos.

Em relação ao horário, esse se deu de acordo com a organização da rotina e disponibilidade das equipes, de forma que sete encontros foram realizados no período da tarde e dois no período da manhã.

O processo de preparação da atividade educativa aqui descrito e a reflexão sobre o seu desenvolvimento aconteceu sempre tendo em vista as relações interpessoais em relação às equipes de saúde da família e a pesquisadora, evitando práticas que, mesmo sutilmente, pudessem produzir algum tipo de dominação, buscando formas mais solidárias de relacionamento no trabalho em saúde.

Apresentando e vivenciando o jogo

Primeiramente, foi exposto aos agentes comunitárias de saúde o objetivo do estudo. Em cada grupo, informei-os sobre seu direito de não participar, entreguei uma cópia do termo de consentimento livre e esclarecido a cada um deles e solicitei que alguém se disponibilizasse a lê-lo em voz alta enquanto o restante do grupo acompanhava a leitura. Continuando, perguntei quem aceitava participar e pedi para que quem o fizesse assinasse o termo de consentimento presente em suas mãos.

Em um dos grupos, um dos agentes de saúde não aceitou participar. Assim, nesse grupo, uma das agentes de saúde participou do jogo de forma individual e não da forma tradicional que seria em dupla. Essa situação não demonstrou comprometer o desenvolvimento de tal agente ou do grupo no desenrolar do jogo.

O tempo de duração da dinâmica educativa mediada pelo jogo variou de uma hora e trinta minutos a duas horas. Como além do desenvolvimento da dinâmica do jogo, o momento da coleta de dados incluiu a apresentação do termo de consentimento e aplicação do pré-teste

e pós-teste, a pesquisadora permaneceu em média três horas com cada grupo de agentes comunitários de saúde.

Em cada um dos grupos, uma vez demonstrada a aceitação em participar, tendo sido assinado o termo de consentimento pelos agentes comunitários de saúde, entregamos a cada um deles uma prancheta, uma caneta e o pré-teste para ser respondido. Ao terminarem de assinalar certo ou errado com um x nas questões desse teste, nos colocamos sentados nos colchonetes, dispostos ao redor do tabuleiro no chão, formando um círculo. A disposição das pessoas em círculo permite uma visão geral do grupo por cada participante, além de cada um perceber o acesso do outro à sua imagem e expressão, facilitando a comunicação verbal e não-verbal entre os envolvidos na atividade, favorecendo a interação entre o grupo.

Inicialmente, cada dupla pegou uma carta pertencente à primeira rodada. Essa etapa respeitava a ordem em que as cartas já se encontravam organizadas, obedecendo uma ordem lógica do conteúdo a ser discutido. Nesse momento, então, cada dupla lia e discutia entre si o caso presente na carta, a qual dispunham em suas mãos, definindo juntos a resposta que fariam para o grupo. A resposta ilustrava a ação a ser desenvolvida diante daquela situação representada na carta.

Depois de todos discutirem a respeito do seu respectivo caso, a dupla que detinha a primeira carta lia o caso para o grupo e consecutivamente expunha sua resposta. Diante da resposta a pesquisadora questionava ao grupo se os participantes concordavam, se alguém já presenciou algum caso semelhante, se gostariam de complementar a resposta. Esse estímulo à discussão da situação e ao resgate das vivências pessoais ou acontecidas no PSF se mostrou mais necessário em relação à primeira carta, já que naturalmente a participação se exteriorizava nas falas dos agentes a partir das cartas seguintes, através de comentários e risos, que se teceram diante dos casos e da própria brincadeira envolvida na dinâmica do jogo,

demonstrando opiniões, dificuldades, limites, realidades, conhecimentos, iniciativas e potencialidades, além de descontração, empolgação, vínculo e interação.

Destaca-se na dinâmica, o fato de esta favorecer inicialmente o relato dos agentes a respeito do conteúdo, representado em forma de casos, para só posteriormente apresentar os conceitos teóricos estruturados. A discussão dos casos de cada carta entre as duplas de agentes comunitários de saúde logo no início de cada uma das três rodadas do jogo, se mostrou como um importante momento de reflexão sobre a sua prática, favorecendo o esforço individual de cada sujeito, já que a proposta de iniciar cada rodada com o diálogo em dupla dificulta a falta de participação por parte de alguns componentes, o que pode ocorrer na discussão em grupo, fazendo com que cada educando construa seu conhecimento de uma forma processual que parte da reflexão particular para ser elaborada em dupla e, posteriormente, em grupo.

Esse aspecto do presente jogo educativo é pautado na compreensão de que um elemento fundamental dos métodos pedagógicos mais recentes é o fato de tomar como ponto de partida o saber anterior do educando, de forma que o conhecimento empírico, muitas vezes fragmentado e pouco elaborado torna-se matéria-prima de grande valor para o desenvolvimento do processo educativo, no qual o educando se sente mais à vontade e desenvolve maior iniciativa, interesse e participação a partir da valorização do seu saber (VASCONCELOS, 2001).

Depois do grupo discutir a questão, a dupla podia, então, abrir o envelope e ler a resposta estruturada sobre o caso, confirmando ou não a resposta definida pelo grupo. Constatando estar correta a construção dessa resposta pela dupla/grupo, a dupla jogava o dado e o número que viesse correspondia ao número de caselas para avançar no tabuleiro através do anjinho.

Assim que as seis cartas de uma rodada terminavam de serem discutidas, identificávamos no tabuleiro qual era a dupla vencedora da rodada e cada componente dessa pegaria na latinha de brindes, o anjinho recebido pela vitória no jogo.

Da mesma forma prosseguia-se nas três rodadas do jogo, portanto foram distribuídos seis prêmios (anjinhos) em cada um dos grupos em que o jogo foi realizado em dupla e três naquele realizado individualmente.

Uma vez terminada a dinâmica, as agentes pegavam as pranchetas e respondiam o mesmo teste aplicado antes de iniciar o processo educativo, que correspondeu, nesse momento, ao pós-teste.

O conteúdo objeto da ação educativa foi abordado através de casos sobre situações rotineiras no dia-a-dia dos agentes comunitários de saúde com as crianças e famílias, buscando construir concepções no decorrer de uma experiência na qual a teoria é desenvolvida a partir da prática. Assim, o processo ensino-aprendizagem busca indicar o caminho conceitual e teórico em função da realidade vivenciada pelos educandos (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).

O planejamento da atividade de capacitação entre os agentes comunitários de saúde das equipes de PSF foi pensado com a intenção de realizar a atividade de forma mais participativa e prazerosa, vindo ao encontro de uma atuação profissional que busca se afastar da tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde, sendo essa uma tendência que vem se apontando desde os anos 70, a partir da participação de profissionais de saúde nas experiências de educação popular (VASCONCELOS, 2001).

De acordo com o autor acima, a educação popular não visa criar sujeitos subalternos, educados e polidos, mas participar do esforço que fazem essas categorias para a organização do trabalho, abordando, pedagogicamente, o homem e os grupos envolvidos no processo de participação popular, promovendo formas coletivas de aprendizado e investigação de modos

que favoreçam o crescimento da capacidade de análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento.

Assim, a atividade foi planejada para ser desenvolvida de duas em duas equipes. O caráter coletivo de uma atividade está relacionado a um processo de ação grupal, vivida como práxis concreta de um conjunto de pessoas, ainda que o resultado do que se aprende seja absorvido individualmente. Nesse processo está presente o propósito de cidadania compartilhada, construída através de uma identidade político-cultural gerada entre o grupo nos enfrentamentos cotidianos, sendo esse um aspecto importante a ser considerado na atividade educativa (SOUZA, 2001).

Atrelando-se a esses aspectos, a atividade educativa em grupo traz a oportunidade de aprofundar a discussão da questão saúde no espaço coletivo, de fortalecer vínculos e de propor abordagens lúdicas, sendo essas últimas ainda pouco valorizadas e utilizadas no trabalho em saúde (ASSIS, 2001).

Em relação ao planejamento do processo educativo, ao se pensar nos custos torna-se imprescindível relacioná-los aos benefícios. Considera-se a atividade educativa como primordial para desenvolvimento dos sujeitos que praticam a assistência à saúde em nossos serviços. Instituições essas, para as quais, muitas ações são pensadas e discursadas pelos elaboradores de políticas de saúde, assim como são discutidas e ilustradas nos materiais didáticos do Ministério da Saúde, mas que só serão praticadas pelos trabalhadores de saúde, através de seus conhecimentos, valores e motivação.

Esses aspectos podem ser trabalhados em uma prática educativa ampliada, preparada para ser uma estratégia de humanização e motivação do trabalhador da saúde, buscando uma construção compartilhada do conhecimento, através de um momento em que o sujeito possa se expressar e ser valorizado, considerando não só a sua necessidade de conhecimento para

que possa exercer a sua atribuição, que é na verdade, a necessidade do serviço, mas considerando também o seu saber e o valor desse para o serviço e para a equipe.

Realizar essa prática educativa requer preparo e um mínimo de recursos. Para tanto, é necessário reconhecer o potencial da educação no trabalho em saúde, em prol do desenvolvimento de sujeitos autônomos e comprometidos, que possam se sentir reconhecidos e valorizados através do processo ensino-aprendizagem e que, assim, desenvolvam o poder e o querer atuar através de uma prática mais capacitada tecnicamente e mais humanizada.

Em relação à humanização da assistência, considera-se que não é possível ao trabalhador de saúde atender e cuidar de maneira humanizada, se ele próprio não é tratado com humanização no seu ambiente de trabalho, sendo que o profissional enfermeiro muitas vezes não contribui para a humanização do espaço de trabalho em saúde, tendendo a utilizar formas estereotipadas e naturalizadas de apreender seu objeto de trabalho, inclusive na sua função de supervisor da equipe de saúde, incluindo a responsabilidade pelo desenvolvimento de atividades de educação permanente na equipe (COLLET; ROZENDO, 2003).

Nesse sentido, consideramos que o educador em saúde, ao trabalhar com sujeitos sociais, tem como missão buscar a construção de cenários que favoreçam a esses sujeitos elaborar e visualizar seu movimento em prol da mudança de realidade desejada. No Brasil, as mudanças estruturais não foram suficientes para transformações organizacionais mais profundas no sistema de saúde, entretanto, novos atores e elementos foram incorporados ao contexto, entre eles o agente comunitário de saúde, com suas práticas e demandas no Programa de Saúde da Família, trazendo temáticas, apresentando experiências e desejos (PEDROSA, 2001b).

Esse novo contexto traz a necessidade de discussão sobre a utilização de novas práticas nos serviços de saúde, voltadas para a qualidade da assistência à saúde como resultado de novas modalidades educativas participativas.

4.2 Avaliação da utilização do jogo educativo sobre doenças respiratórias na infância com agentes comunitários de saúde

4.2.1 O conhecimento adquirido

Nesta parte do estudo apresentamos os dados coletados através do teste pré-jogo e pós-jogo, instrumento esse elaborado para verificar a aquisição de conhecimento pelas equipes de agentes comunitários de saúde por meio do jogo educativo sobre doenças respiratórias na infância.

Definiu-se como critério para classificação do conhecimento os seguintes conceitos: insuficiente (até 24% de acertos), regular (25% a 49% de acertos), bom (50% a 74% de acertos) e ótimo (75% a 100% de acertos). Essa classificação foi baseada nos conceitos e seus respectivos números de acertos, aqui convertidos em percentuais, utilizados num estudo sobre a utilização de jogo educativo sobre aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido entre puérperas em alojamento conjunto (FONSECA; SCOCHI; MELLO, 2002).

Constatamos que a atividade educativa mediada pelo uso do jogo contribuiu para a aquisição de conhecimento, pelos agentes comunitários de saúde, sobre a prevenção e os cuidados básicos referentes às doenças respiratórias na infância.

Quanto à avaliação das práticas educativas em saúde, essas devem produzir, como um de seus aspectos, informações sobre os resultados ou efeitos de nossa atuação mediante intervenções de educação em saúde, identificando quais impactos foram gerados em relação à situação anterior (PEDROSA, 2001a).

As Tabelas 1, 2, e 3 mostram a distribuição do conhecimento dos agentes comunitários de saúde sobre doenças respiratórias infantis, antes e após a aplicação do jogo educativo.

Tabela 1 – Distribuição da média de acertos, antes e depois do jogo, no teste sobre doenças respiratórias infantis, em cada grupo de equipes de agentes comunitários de saúde-Passos-MG, 2004

Grupo de ACS	Equipes de PSF	Média de acertos (%)	
		Pré-jogo	Pós-jogo
1	A e B	56,1	81,1
2	C e D	59,5	73,5
3	E e F	56,8	79,5
4	G e H	54,9	79,9
5	I e J	58,3	78,0
6	K e L	58,7	76,9
7	M e N	60,6	77,3
8	O e P	59,9	77,3
9	Q	70,5	90,2
Total	17	59,5	79,3

Constata-se um considerável aumento na proporção de respostas corretas no instrumento teste aplicado depois da realização do jogo com os agentes comunitários de saúde, em comparação àquelas obtidas antes da vivência do jogo, resultado esse alcançado entre todos os nove grupos trabalhados. A proporção de acertos aumentou de 14 a 25%, respectivamente nos grupos 2 e 4.

Pode-se observar que não houve diferenças significativas nas médias de acertos alcançadas pelos grupos de agentes comunitários de saúde, tanto antes quanto após a participação no jogo educativo sobre doenças respiratórias na infância. Apenas o grupo 9,

composto pelos agentes de saúde da equipe Q, apresentou uma diferença maior, visto que esse grupo teve média de 70,5% de acertos no pré-teste e 90% no pós-teste, enquanto os outros oito grupos obtiveram média de acertos que variaram de 54,9% a 60,6% no teste aplicado antes da realização do jogo e de 73,5% a 81,1% no teste aplicado depois da realização desse.

A equipe Q possui um diferencial que a distingue das outras 17 equipes de PSF do município, por estar inserida em um serviço de saúde que representa uma parceria entre a prefeitura municipal e uma faculdade de enfermagem, configurando uma unidade de PSF escola. Esse serviço de saúde é um espaço de estágio para os acadêmicos da faculdade de enfermagem presente no município, onde atuam, além da equipe de saúde da família, docentes e alunos universitários, buscando intervir na realidade de acordo com os conteúdos teóricos discutidos em sala de aula.

Assim, acredita-se que o fato dos agentes comunitários de saúde dessa equipe terem alcançado uma maior média de acertos no pré e pós-teste, seja resultado de um contexto onde estão presentes atores sociais com maior conhecimento sobre as tendências das políticas de saúde atuais, bem como do maior número de recursos humanos, sendo esses aspectos favorecedores da realização de atividades de educação permanente com a equipe de saúde.

A tabela 1 mostra que os nove grupos apresentaram desempenho bom (50 a 74% de acertos) no pré-jogo e oito deles foram classificados como ótimo (75 a 100% de acertos) no pós jogo. Com base nesses resultados que mostram conhecimentos acertivos em maior proporção, vislumbram-se possibilidades de melhoria das práticas realizadas por esses atores sociais junto às famílias e crianças, a partir de conhecimentos mais adequados sobre os cuidados às crianças e seu ambiente, favorecendo a prevenção das doenças respiratórias infantis.

Ressalta-se também a possibilidade dos conhecimentos adquiridos através desse momento educativo serem reproduzidos na comunidade, através das práticas de trabalho do

agente comunitário de saúde, considerando seu maior alcance às famílias, através da realização diária de visitas domiciliares na comunidade.

A Tabela 2 demonstra o conceito do conhecimento sobre doenças respiratórias infantis dos 101 agentes comunitários de saúde, antes e depois da participação no jogo.

Tabela 2 - Classificação do conhecimento dos agentes comunitários de saúde antes e depois do jogo-Passos-MG, 2004

Conhecimento	Pré-jogo		Pós-jogo	
	No	%	No	%
Insuficiente	0	0	0	0
Regular	17	16,83	0	0
Bom	78	77,23	33	32,67
Ótimo	6	5,94	68	67,33
Total	101	100	101	100

Constata-se que no teste realizado antes da aplicação do jogo educativo sobre doenças respiratórias infantis, 17 dos agentes comunitários da saúde (16,8%) apresentaram conceito classificado como regular (25% a 49% de acertos), 78 deles (77,2%) demonstraram conhecimento bom (50% a 74% de acertos) e apenas 6 desses trabalhadores de saúde (5,9%) tiveram conhecimento conceituado como ótimo (75% a 100% de acertos).

No pós-jogo, 68 agentes comunitários de saúde (67,3%) demonstraram conhecimento ótimo e 33 deles (32,67%) obtiveram conceito bom, sendo que, nesse momento, nenhum participante do estudo recebeu o conceito regular.

Houve um deslocamento da classificação do conhecimento demonstrado pelos agentes comunitários de saúde, a qual concentrou-se no conceito bom (77,2%) antes da dinâmica educativa e no conceito ótimo (67,3%) depois de sua realização.

Além disso, a incidência do conhecimento conceituado como regular foi considerável no momento anterior ao jogo (16,83%) e tornou-se nula após a participação dos agentes comunitários de saúde na atividade educativa.

O uso do jogo educativo foi eficaz no processo ensino-aprendizagem, repercutindo em uma elevação de 61,4% na porcentagem de agentes comunitários de saúde com conhecimento classificado como ótimo. Resultado semelhante foi alcançado por Fonseca; Scochi; Mello (2002), que avaliaram, também através da aplicação de pré-teste e pós teste, a realização de atividade educativa mediada por um jogo sobre aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido junto a puérperas em alojamento conjunto, e obtiveram aumento de 61,1% na incidência de puérperas com conhecimento considerado ótimo.

A tabela 3 mostra o número de agentes de saúde que acertou cada uma das 22 questões do teste pré e pós-jogo.

Tabela 3- Distribuição do número de agentes comunitários de saúde que acertou cada uma das 22 questões do teste pré e pós-jogo-Passos-MG

Questões	Pré-jogo	Pós-jogo
1	31	61
2	66	75
3	82	88

4	79	87
5	87	89
6	92	98
7	56	74
8	58	75
9	101	101
10	88	99
11	59	77
12	09	55
13	18	50
14	97	99
15	28	70
16	56	76
17	48	75
18	25	77
19	93	99
20	32	75
21	93	99
22	24	63

Constata-se que as perguntas que os agentes comunitários de saúde mais acertaram foram as de **número 9** (101 acertos tanto no pré quanto no pós-teste), **14** (97 acertos no pré-teste e 99 no pós), **19** (93 e 99 acertos no pré e pós teste respectivamente) e **21** (93 acertos antes do jogo e 99 depois do mesmo). Essas perguntas são apresentadas a seguir, já assinaladas com as respectivas respostas corretas:

9. Casa mal ventilada e mal iluminada, objetos que acumulam pó, paredes com mofo, ruas sem asfalto podem levar a criança a ter doença respiratória.

(x)certo ()errado

14. Quando a criança está com febre é importante dar banho morno, colocar roupas leves, manter a casa arejada, além de levar a criança ao médico. Mesmo que a criança esteja com frio, não adianta cobrir com cobertores, pois pode aumentar ainda mais a febre.

(x)certo ()errado

19. Criança que recebeu tratamento médico com antibiótico pode parar de usar assim que pararem os sintomas da doença respiratória.

()certo (x)errado

21-Quando a criança está com a respiração mais rápida do que o costume ou quando está apresentando um afundamento da parte abaixo do peito para conseguir respirar (tiragem) é sinal de doença respiratória grave e por isso deve ser levada imediatamente ao médico.

(x)certo ()errado

A pergunta 9 refere-se aos fatores de risco ambientais para doenças respiratórias infantis e obteve resposta correta de 100% dos agentes de saúde, tanto antes quanto após a realização do jogo educativo. Ressalta-se que a manutenção de um ambiente adequado para o crescimento e desenvolvimento da criança é fator indispensável para a promoção da saúde infantil, sendo que fatores de risco ambientais estão estreitamente relacionados às doenças respiratórias infantis e muitas vezes não são reconhecidos ou valorizados pelos pais das crianças (AIDPI, 2000). Assim, é de fundamental importância o conhecimento desses fatores de risco pelos agentes comunitários de saúde para que possam abordar esse assunto junto às famílias em visitas domiciliares, possibilitando atrelar o conhecimentos desses fatores aos aspectos observados no domicílio, potencializando as orientações realizadas.

A pergunta 14 diz respeito aos cuidados adequados com a criança que está com febre. A febre é um dos sinais comuns nas doenças respiratórias infantis, sendo importante que a família da criança esteja capacitada para oferecer alguns cuidados simples, como banho morno, oferecimento freqüente de líquidos, ambiente arejado e roupas leves, de acordo com a temperatura ambiente, além do uso correto do termômetro. Esses cuidados devem ser realizados em casa e podem evitar que a criança fique mais vulnerável, fazendo com que a doença se agrave e tenha complicações (PASTORAL DA CRIANÇA, 2000). O desconhecimento desses cuidados gera, muitas vezes, não só a ausência de sua aplicação quando necessária, mas a realização de intervenções contrárias pelas famílias, acreditando serem as adequadas, mas agravando o quadro patológico da criança. Torna-se, assim, muito importante o papel do agente comunitário de saúde na orientação das famílias sobre cuidados corretos com a criança com febre, identificando os cuidados inadequados e acompanhando a adesão das orientações.

A pergunta 19 fala sobre a interrupção do tratamento com antibiótico antes do tempo previsto e sem recomendação médica. É muito importante que os agente de saúde tenham conhecimento que essa é uma conduta inadequada. As IRA são a principal causa de administração de antibióticos às crianças menores de 5 anos, a maior parte das vezes de maneira inadequada, não contribuindo para a cura da doença, ao mesmo tempo em que têm efeitos tóxicos potenciais, além de fomentar a aparição de resistência bacteriana e alteração da flora bacteriana normal (BENGUIGUI, 1998a).

Já a pergunta 21, que também está entre aquelas mais acertadas entre os agentes comunitários de saúde, refere-se a dois sinais de risco importantes, relacionados às doenças respiratórias: a tiragem e a taquipnéia. Ambos sinais demonstram que a criança deve ser encaminhada a um serviço de saúde com urgência, sendo importante que possam ser reconhecidos pelos pais ou responsáveis das crianças. A estratégia AIDPI ressalta a

necessidade de instrumentalização de trabalhadores da saúde, pais, famílias e comunidades para o reconhecimento de sinais de risco que indiquem a necessidade da criança receber atendimento médico urgente, para que esse possa ser realizado em tempo oportuno para evitar o agravamento da doença e suas complicações (AIDPI, 2000).

As perguntas que receberam menos número de acertos entre os agentes comunitários de saúde foram as de **número 12** (9 acertos antes e 55 depois do jogo) e **13** (18 acertos no pré-teste e 50 no pós-teste). Essas perguntas são apresentadas a seguir:

12. Os sintomas de tosse, dificuldade para respirar, chiado no peito, dor de ouvido, dor de garganta e febre são os mais comuns de doenças respiratórias na infância. Nesse sentido, na visita domiciliar, o agente de saúde deve perguntar se a criança menor de cinco anos tem algum desses sintomas somente quando a mãe ou responsável relata alguma queixa.

() certo (x) errado

13. Quando a criança está com infecção respiratória é importante orientar à mãe a dar líquidos e alimentos para a criança sempre que ela pedir, para evitar que ela perca peso e piore.

() certo (x) errado

A pergunta 12 refere-se ao questionamento pelos agentes comunitários de saúde sobre sinais e sintomas de doenças respiratórias infantis, realizado, apenas, frente à queixa da mãe ou responsável. Identifica-se aqui a predominância da assistência baseada na queixa, característica do modelo assistencial biomédico, em que predomina o pronto-atendimento direcionado aos aspectos curativos da demanda espontânea. A estratégia AIDPI representa uma proposta alternativa a esse modelo tradicional de assistência, ressaltando a importância de qualquer oportunidade de contato com a criança no âmbito da atenção à saúde para observar e questionar a respeito de sinais e sintomas de agravos infantis, buscando um olhar mais holístico e integral dos trabalhadores de saúde sobre a clientela infantil (VERÍSSIMO e SIGAUD, 2001).

Considera-se que o modelo de assistência baseado na queixa foi consolidado no tradicional contexto dos serviços de saúde, estando também presente na bagagem de vida dos trabalhadores de saúde, sendo necessária a discussão sobre métodos de abordagens desse assunto nas atividades de educação com trabalhadores de saúde, as quais deveriam ocorrer em aproximações sucessivas sobre o tema, acreditando que não é possível um contato suficiente e eficaz através de momentos isolados e fragmentados.

A pergunta 13, que também obteve poucos acertos entre os agentes de saúde, refere-se ao oferecimento de líquidos e alimentos à criança com doença respiratória infantil, o que deve ser feito no mínimo de duas em duas horas, considerando o aspecto nutricional como fundamental na recuperação da criança, de forma que esperar a criança pedir para consumir líquidos e alimentos não é o suficiente, já que ela pode não pedir ou fazê-lo em intervalos de tempo muito longos, inclusive pela inapetência comum nos períodos patológicos. Além de ser importante a dieta fracionada para melhorar a aceitação e tolerância alimentar quando a criança está doente (AIDPI, 2000; PASTORAL DA CRIANÇA, 1996, VERÍSSIMO e SIGAUD, 2001). Assim, é fundamental que o agente de saúde tenha conhecimento desse aspecto relacionado à nutrição, no cuidado da criança doente, bem como reconheça a importância desse cuidado no processo de recuperação da infantil, tornando-se instrumentalizado para orientar as famílias a respeito desse aspecto.

Através dos dados apresentados na tabela 3 é possível conhecer aspectos sobre os quais os agentes comunitários de saúde apresentaram menos ou mais conhecimento, tanto antes quanto após o jogo, viabilizando a avaliação da elaboração e utilização do jogo educativo sobre doenças respiratórias infantis. Também foi possível identificar quais aspectos devem ser revistos, visando à eficácia da atividade educativa mediada pelo jogo na capacitação de agentes comunitários de saúde.

Os dados apresentados nas tabelas 1, 2 e 3 mostram que a dinâmica de construção e aplicação do jogo educativo foi eficaz como processo metodológico de capacitação de agentes comunitários de saúde sobre doenças respiratórias infantis, o que poderá contribuir para maior qualidade das práticas desenvolvidas pelos agentes, no enfrentamento desses agravos, favorecendo as condições saudáveis de vida das crianças e famílias cadastradas no PSF.

4.2.2 Registrando a atividade vivenciada

Após a realização da atividade com cada grupo de agentes comunitários de saúde, a pesquisadora anotava algumas falas e considerações relacionadas à vivência educativa daquele dia em um diário de anotação de campo.

Esse material mostrou-se significativo para análise, culminando em um volume de informações narrativas que foram agrupadas em dois temas: o primeiro refere-se às vivências dos agentes de saúde em questões relacionadas às situações de cuidados com doenças respiratórias infantis, e o segundo diz respeito a dinâmica do jogo. Finalizando, apresentam-se algumas reflexões sobre a educação em saúde como uma possibilidade de ampliação do cuidado à criança e à família.

Vivências dos agentes de saúde em questões relacionadas às situações de cuidados com doenças respiratórias infantis

Algumas falas ocorridas durante a dinâmica do jogo retratam as vivências e dificuldades do trabalho dos agentes comunitários de saúde. Foram apresentadas situações vivenciadas e sugestões relacionadas às condições ambientais, como a seguir:

Nas visitas domiciliares vemos muitas vezes os cobertores das crianças sujos. Aí a mãe fala: mas é antialérgico . É antialérgico, mas tem que lavar, né?
(Grupo 4)

A gente fala pra gestante não fumar, mas muitas não seguem, elas falam que muitos filhos de gente que fuma não nasce com baixo peso. (Grupo 6)

A gente podia ter um projeto para arborizar a cidade com parceria com a Faculdade de Biologia e de Agronomia e o setor de urbanização da Prefeitura. A Faculdade podia falar quais as melhores árvores, as que não quebram as calçadas, que não prejudicam as construções...porque senão o povo não quer. Aí a Prefeitura compra as mudas e nós aqui do PSF passamos nas casas e incentivamos as pessoas a plantar. Se a pessoa aceitar, nós levamos a muda e ensinamos a cuidar, mas antes temos que aprender com os alunos da faculdade. (Grupo 3)

Cloro é bom para tirar o mofo da parede. (Grupo2)

Saiu no Fantástico uma pesquisa sobre a fumaça do churrasco falando que é prejudicial. (Grupo 5)

Eu sempre fumei.Tive 6 filhos, todos com mais de 3 quilos, mas todos tiveram bronquite. (Grupo 6)

Essas falas remetem à importância do ambiente da criança na determinação de sua saúde, o que não pode ser subestimado. A promoção da saúde através do seu ambiente, passando pela família e pelas condições de higiene e de qualidade do ar no domicílio e na comunidade, constitui uma parte essencial dentro da estratégia AIDPI (OPAS/OMS, 2000).

Entre os fatores de risco presentes no ambiente destaca-se a fumaça, visto que qualquer tipo de fumaça, inclusive a de churrasco citada pelo agente comunitário de saúde, possui vários tipos de contaminantes que afetam o trato respiratório; a associação entre a fumaça específica do tabaco e as doenças respiratórias na infância foi claramente estabelecida por um grande número de estudos, sendo que as crianças dos fumantes não apresentam tão bons resultados nas provas de função pulmonar e mostram incidência 1,5 a 2,0 vezes maior de infecções respiratórias baixas que os filhos dos não fumantes (VICTORA, 1998). Esse dado foi bem ilustrado na fala do agente comunitário de saúde que relatou ser fumante, ter tido três filhos, nenhum com baixo peso ao nascer, mas todos tiveram bronquite.

Assim, percebemos que os próprios educandos vão tecendo a discussão em direção a identificação de argumentos bem fundamentados para enfrentar às resistências de adesão às

orientações por parte de alguns pais, como aqueles que justificam seu hábito de fumar dizendo que muitos filhos de fumantes não nascem com baixo peso.

Outra fonte de fumaça citada é decorrente do fogão à lenha:

Aqui tem muitas famílias que usam fogão a lenha?
Sim...e como tem! (Grupo 6)

Essas falas foram ditas após a exposição do caso do jogo sobre o risco para doenças respiratórias representado pela fumaça da chaminé quando essa não está sendo puxada adequadamente. As condições sócio-econômicas das áreas de atuação dessas duas equipes são muito diferentes, sendo mais precárias na área da unidade onde estava acontecendo o jogo educativo, sendo a qual também se constituem em área geográfica de hábitos culturais distintos da maioria dos outros bairros do município. A jogadora que fez a pergunta trabalha na unidade de PSF localizada no território mais favorecido economicamente e dirigiu a indagação às colegas da outra equipe, baseada nas diferenças sócio-econômicas e culturais existentes entre as duas áreas, possibilitando ao grupo, a partir de sua realidade, elaborar a relação existente entre as condições de vida e os riscos à saúde, o que reflete na demanda enfrentada pela equipe de saúde no seu dia-a-dia de trabalho. Nesse sentido, considera-se que a atual característica de morbi-mortalidade por doenças respiratórias na infância é, em grande parte, influenciada pelas condições de existência da população, assim como, da assistência à saúde fornecida à mesma (BENGUIGUI, 1997).

Emergiram depoimentos sobre o processo de aleitamento materno:

Amamentar no peito é muito importante, mas depois dos 6 meses de vida, se a criança ficar só pendurada no peito e não acostumar a comer outros alimentos, também vai viver doente. (Grupo 6)

Quando a criança esperneia e chora para amamentar e está com o nariz entupido, além de pingar soro fisiológico é bom observar a posição e se as

roupinhas não estão abafando a criança...as mães adoram abafar os bebês com aquele tanto de roupa. (Grupo 6)

É difícil conseguir a amamentação aqui, porque as mães aqui... tem filho como se fosse boneca. (Grupo 7)

Como incentivar a amamentação para uma mãe que não produz leite? (Grupo 8)

Quando eu tiver filho, tomara que eu não produza leite. (Grupo 8)

O aleitamento materno tem um papel essencial na prevenção e recuperação das doenças da infância, sendo que quando a criança é amamentada exclusivamente no peito durante os primeiros quatro meses de vida, ocorre uma redução das doenças respiratórias, sendo sua promoção um elemento chave dentro da estratégia AIDIPI (OPAS/OMS, 2000).

Mas é importante considerar que o sucesso da amamentação e do desmame no momento correto, muito bem ressaltado por uma das agentes comunitárias de saúde, depende de vários fatores, entre eles da vontade da mulher de amamentar, de como as outras mulheres da família amamentaram, da opinião e apoio do companheiro e da família e das condições que a mulher encontra no ambiente onde vive e trabalha (PASTORAL DA CRIANÇA, 2000).

Algumas mulheres podem ter vontade de amamentar e outras não, como é o caso da agente comunitária de saúde que expressou o desejo de não produzir leite quando for mãe. Considera-se a amamentação como um comportamento humano complexo, influenciado por condições culturais, sociais, psíquicas e biológicas, requerendo o desenvolvimento de uma relação interpessoal respeitosa entre o trabalhador de saúde e mulher assistida, no sentido de ajudá-la a conhecer os benefícios da amamentação para ela e seu filho e, assim, estar apta a identificar suas potencialidades e limites, respeitando sua autonomia em decidir sobre seu posicionamento e não utilizando mecanismos de comunicação baseados na coerção e normatização (REZENDE et al., 2002).

Acreditamos que o processo educativo na forma de jogo favoreceu a expressão das opiniões dos educandos, inclusive referentes a aspectos mais subjetivos e pessoais, que não costumam se evidenciar num processo educativo tradicional, mas que são muito importantes de serem trabalhados, pois traduzem as situações encontradas e muitas vezes ignoradas nas práticas de saúde, que envolvem não só conhecimentos, vivências e sentimentos dos clientes, mas também dos trabalhadores de saúde.

Aspectos relacionados à umidificação do ambiente, uso de chás e instilação nasal com soro fisiológico foram apontados como condutas adicionais ao tratamento:

Mas essa vaporização feita pelo vapor do chuveiro do banheiro pode aumentar a temperatura do corpo e causar febre. (Grupo 1)

Quando usar toalha molhada para umidificar o ambiente, se deixar na janela é melhor, porque o vento bate e leva a brisa de umidade para dentro do quarto. (Grupo 3)

É bom pingar gotas de álcool na bacia d'água para umidificar o ambiente. (Grupo 3)

Mas será que colocar bacia d'água e toalha molhada no quarto adianta mesmo? (Grupo 4)

É certo usar bacia com água quente para produzir vapor quando queremos umidificar o ambiente? (Grupo 5)

Quando a criança está com tosse, é bom colocar uma toalha seca nas costas ou no peito, de baixo da roupinha. (Grupo 1)

Para tosse: chá de abacaxi, própolis e chá de hortelã. (Grupo 2)

Tosse eu só trato com chá de abacaxi com mel. (Grupo 3)

O soro fisiológico para pingar no nariz pode ser morno? (Grupo 4)

Ah... o soro fisiológico não precisa ficar na geladeira? (Grupo 4)

Observa-se nessas falas a possibilidade de se discutir sobre cuidados caseiros, às vezes negligenciados nas atividades de educação em saúde e pouco valorizados pelas equipes de

saúde, mas que são muito importantes nas orientações dos agentes comunitários de saúde, visando instrumentalizar as práticas familiares de cuidado infantil durante e após o período de sintomas, favorecendo o pronto restabelecimento da criança e evitando o agravamento da condição, bem como promovendo a manutenção do seu processo saudável de crescimento e desenvolvimento, aspectos esses presentes nos princípios da AIDPI (VERÍSSIMO et al., 2003) e na assistência domiciliar, que é uma estratégia que enfatiza o cuidado no espaço domiciliar, reduzindo as complicações clínicas e contribuindo para transformações no modelo assistencial, tradicionalmente centrado no uso de medicamentos e nos cuidados hospitalares ou realizados dentro de unidades de saúde, desfavorecendo a autonomia da mãe e família (PAZ; SANTOS, 2003).

Em relação à tosse, os chás e cuidados caseiros, embora muitas vezes pouco prestigiados por profissionais e clientes do serviço de saúde, são orientados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997).

Considera-se muito importante nas práticas educativas com agentes comunitários de saúde, privilegiar a discussão sobre cuidados caseiros, o que pode contribuir para a realização de visitas domiciliares mais efetivas, que incluam orientações sobre esses cuidados, importantes de serem praticados pelas famílias em seus lares, buscando afastar a prática de visitas domiciliares inócuas, nas quais, muitas vezes, só se pergunta ao representante da família se está tudo bem.

Os agentes comunitários de saúde também citaram situações vivenciadas com o uso de medicamentos no domicílio pela clientela:

Há muitas dificuldades em relação à medicação, ou a mãe pára de dar o remédio para a criança antes do tempo porque ela melhorou ou porque não está adiantando. Tem também muita auto-medicação, todo dia tem gente pegando remédio emprestado com vizinhos e depois vão no PSF pra pegar o remédio e pagar o vizinho. (Grupo 3)

Amoxilina? O povo usa meio vidro, guarda e depois de um tempão usa novamente. (Grupo 4)

A população guarda remédio em casa muito tempo. Às vezes usa só a metade do vidro de Amoxilina e guarda o resto. Depois de muito tempo, ou usa de novo ou empresta ao vizinho o restante, e sem olhar o prazo de validade. (Grupo 5)

Quando a criança está com alguma infecção respiratória pode usar dois antitérmicos intercalando o horário dos dois, quando a medicação de horário de um só não está adiantando? (Grupo 7)

Também é importante a gente fazer a visita domiciliar depois da consulta médica porque muitas vezes a mãe não tem dinheiro para comprar o remédio que o médico passou e que não tem no posto e ela não tem coragem de falar para o médico e só vai falar pra gente, na visita domiciliar. (Grupo 8)

O uso indiscriminado de medicações é uma questão séria em se tratando das doenças respiratórias infantis, sendo que as IRA são a principal causa de administração de antibióticos e outros medicamentos às crianças menores de 5 anos, a maior parte das vezes de maneira desnecessária e inadequada, não contribuindo para a cura da doença, ao mesmo tempo em que têm efeitos tóxicos potenciais, além de fomentar a aparição de resistência bacteriana, nos casos dos antibióticos, e mascarando muitas vezes a patologia, como acontece pelo uso desordenado de antitérmicos (BENGUIGUI, 1998a). Os relatos dos agentes comunitários de saúde durante o jogo demonstram que este é um obstáculo importante que se apresenta através situações se repetem entre as famílias atendidas nas áreas de abrangência do PSF.

O resfriado comum, de acordo com a referência acima, pode apresentar secreções nasais espessas, opacas, amarelas, que muitos chamariam de purulenta, mas que são composta, na verdade por células epiteliais desprendidas pela infecção viral, sendo que os antibióticos administrados ao começar uma afecção viral podem alterar a flora e até produzir uma superinfecção que pode levar o indivíduo mais susceptível a uma complicação bacteriana numa fase posterior da doença, o que pode estar acontecendo com frequência, considerando o hábito de auto-medicação tão presente em nossa sociedade, relatado nas falas dos jogadores.

Essa situação é importante de ser discutida com os agentes comunitários de saúde, que têm entre os objetivos de seu trabalho, a transformação de hábitos como esses, nocivos à saúde, em comportamentos mais conscientes e saudáveis.

Observa-se que os próprios agentes de saúde trazem questões importantes para a equipe estar atenta, potencializando discussões que possam favorecer uma vigilância em saúde mais próxima da realidade enfrentada no seu contexto de trabalho.

Surgiram algumas dúvidas sobre as atribuições dos agentes comunitários de saúde:

*Quando a mãe precisa levar uma criança ao médico e não tem com quem deixar os outros filhos nós podemos ficar com eles?
Não, né? A gente não tem é que encontrar alguém, um parente ou vizinho para ficar com eles?! (Grupo 5)*

E no Pronto Socorro podemos acompanhar alguma criança? (Grupo 5)

Saiu uma reportagem no jornalzinho do COREn falando que a tapotagem só deve ser feita pelo médico ou fisioterapeuta, porque pode causar aspição. (Grupo 7)

As atribuições na área de saúde fazem parte de um conjunto de iniciativas que buscam dar resposta às necessidades dos usuários dos serviços de saúde, considerando as transformações no sistema de saúde, com suas novas propostas e conseqüentes demandas, tornando-se necessário a reflexão e discussão dos diversos atores sociais envolvidos sobre sua prática cotidiana, com vistas a contribuir para as mudanças que se fazem necessárias (WITT; ALMEIDA, 2003).

Entre as mudanças no sistema de saúde pública, está a inclusão do agente comunitário de saúde como componente da equipe do PSF, estratégia essa que traz, também, novas práticas e propostas no seu processo de trabalho, como a visita domiciliar, o trabalho em equipe, a busca de vínculo com a clientela e da construção de um modelo de assistência mais integral, contínuo e humanizado. Nesse contexto, o agente comunitário de saúde é

representado por uma pessoa oriunda da própria comunidade, que não necessita de nenhuma formação específica na área de saúde para iniciar seu trabalho, no qual se depara com as mais diversas situações individuais, familiares e comunitárias, atuando dentro dos lares da clientela atendida, bem como na unidade de saúde e na comunidade.

Diante disso, considera-se natural que esse trabalhador da saúde tenha dúvidas em relação a suas atribuições, que vão sendo produzidas à medida que surgem novas situações no cotidiano do trabalho com as famílias e com a equipe, sendo favorável que se possa refletir e discutir sobre essas questões nos processos educativos referentes ao seu trabalho, possibilitando uma atuação mais consciente e segura por parte desses agentes de saúde.

As falas apresentadas nessa parte do estudo evidenciaram vivências, saberes, dúvidas e opiniões que os agentes comunitários de saúde expressaram no decorrer da atividade educativa, assim como inseguranças, resistências ou discordâncias em relação às respostas estruturadas para os casos do jogo, além de sugestões e complementos a essas respostas, demonstrando a reflexão crítica dos sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem a partir de suas experiências prévias, aspecto esse almejado para a construção compartilhada do conhecimento, possibilitando ao educador e profissional de saúde a exploração da realidade, do perfil dos trabalhadores de saúde, assim como seus limites e potencialidades, os quais são discutidos a partir de seus próprios relatos.

Os obstáculos apresentados pelos agentes comunitários de saúde foram debatidos, buscando sempre algum potencial de enfrentamento, porém reconhecemos que as questões apresentadas envolvem graus diferentes de dificuldade e de possibilidade de atuação. Diante disso, considera-se estratégico aproveitar a oportunidade para deslocar o foco do saber médico para realçar a dimensão interdisciplinar e intersetorial do objeto de trabalho, valorizando a harmonia na equipe e o reconhecimento das limitações profissionais diante dos aspectos

sociais e políticos do processo saúde-doença, buscando alternativas também em instâncias externas à área de saúde.

Em relação às perguntas realizadas pelos jogadores, considera-se o esclarecimento de dúvidas um aspecto importante na dinâmica educativa, sejam elas relacionadas ao conteúdo específico trabalhado no momento ou não. Processos metodológicos que favoreçam a livre expressão pelos participantes como fator naturalmente integrante da atividade, como é o caso do jogo educativo aqui relatado, podem potencializar esses questionamentos, sendo também muito importante a acessibilidade do educador diante das mesmas, já que a sua reação perante uma pergunta será observada pelos educandos, influenciando a realização ou não de outras indagações.

Acreditamos que para esclarecer as dúvidas, o educador deve incentivar a reflexão em volta da questão suscitada, sendo essa a postura assumida pela pesquisadora/educadora da atividade educativa relatada no presente estudo, direcionando a discussão para uma conclusão elaborada pelos próprios educandos, evitando, assim, fornecer a resposta pronta aos questionamentos, o que limita o processo reflexivo e desenvolvimento de autonomia entre esses sujeitos.

Já nas expressões de insegurança, resistência ou discordância em relação às respostas elaboradas para os casos do jogo, percebemos que ao possibilitar o livre posicionamento por parte dos educandos a respeito do conceitual teórico trazido pela atividade educativa, podemos identificar aspectos importantes a serem atentados e discutidos, favorecendo o amadurecimento da reflexão crítica, assim como a possibilidade de desvendar resistências pessoais e descréditos em alguns cuidados caseiros simples como a bacia de água e toalha molhada para umidificar o ambiente. O educador deve estar preparado para grupalmente, de forma ética e responsável, trabalhar os mais diversos tipos de posicionamentos, sempre respeitando os sujeitos que os expressaram.

Visto que há uma distância cultural entre profissionais graduados e trabalhadores de nível de ensino fundamental, salientando-se essa distância como via de mão dupla, considera-se que a comunicação no processo educativo tem o papel de compreender e explicitar o saber do interlocutor popular, que pode ser representado aqui pelo agente comunitário de saúde, elo entre os profissionais de saúde do PSF e a comunidade. Essa compreensão pode facilitar a socialização e o debate do saber técnico que orienta as ações de saúde. A capacitação e autonomia desses sujeitos requer empenho em tornar acessível a racionalidade técnica e organizativa do serviço para que essa possa ser abertamente questionada, de forma que o papel do profissional é melhor cumprido quanto mais facilitar a livre expressão do outro e do seu universo de resistência, favorecendo uma permanente discussão a respeito dos avanços e limites da ciência e dos discursos desenhados para orientar os usuários dos serviços de saúde (ASSIS, 2001).

Os agentes comunitários fizeram muitas sugestões e complementaram as respostas presentes dentro das cartas do jogo. Destacamos aqui o papel do educador como incentivador e valorizador da expressão desses saberes pelos educandos, considerando que a construção do conhecimento implica uma interação comunicacional em que os sujeitos com saberes diferentes, porém não hierarquizados, se relacionam a partir de interesses comuns. Nessa perspectiva todos são educadores e fazem circular saberes diversos, de diferentes ordens, construídos no enfrentamento coletivo ou individual dos problemas concretos vivenciados. Essa concepção propõe uma caracterização do senso comum que não pressupõe uma contraposição ao científico (CARVALHO; ACIOLI; STOTZ, 2001).

Aqui, o saber popular local e a cultura da rua constituem expressões do saber do senso comum, que transita, por exemplo, entre o conhecimento sobre as plantas medicinais, dos chás caseiros. O educador em saúde tem, através do processo educativo, a possibilidade de

desvendar esse saber e potencializá-lo para diferentes formas de sua aplicação na área da saúde (AMORIM, 2001).

A dinâmica do jogo

No decorrer do jogo educativo, vários aspectos lúdicos puderam ser observados pela pesquisadora, incluindo gestos, risos e expressões que evidenciaram a brincadeira, a descontração, a iniciativa, a interação e a confraternização, que foram se desenvolvendo no ato de jogar.

Ressalta-se na atividade educativa em saúde o valor da criatividade, do entusiasmo e da entrega pessoal durante o processo ensino-aprendizagem, contribuindo para a motivação e o interesse em participar pelos educandos e educadores, potencializando o impacto do resultado dessas ações (FONSECA, 2002).

Nesse sentido destaca-se que durante a dinâmica do jogo entre as equipes, esteve presente a expectativa em relação ao jogo do dado e a quem seria a dupla vitoriosa ao final de cada rodada, a vontade de ganhar o brinde, a provocação entre duplas adversárias, a comemoração entre duplas companheiras. O desenvolvimento lúdico foi se revelando nos gestos, como palmas, abraços e risos.

No final, algumas vezes os jogadores usaram o brinde para presentear o colega, demonstrando coleguismo, buscando ou solidificando o vínculo.

Consideramos que alguns fatores favoreceram essa dinâmica. O fato do jogo ter sido dividido em três rodadas dinamizou a atividade e amenizou a densidade do conteúdo teórico, a possibilidade de ganhar um brinde promoveu a expectativa e a vontade, a presença do dado trouxe o suspense e o movimento, a equipe trouxe afinidade, a criatividade, a interação e a animação.

Mostrou-se satisfatória a abrangência dos comportamentos solicitados no ato de jogar, reunindo tanto atividades físicas quanto mentais e mobilizando, entre os jogadores, suas disposições cognitivas, sociais e emocionais. Verifica-se que nos jogos coletivos os participantes organizam-se mutuamente nas ações, intensificando as comunicações e a cooperação (FRIEDMANN, 2002). Acreditamos que esses fatores podem favorecer, ainda, o caráter de trabalho em equipe proposto para a operacionalização da estratégia de saúde da família.

Ao final, os jogadores expressaram sua percepção sobre a atividade vivenciada, através de falas que estão apresentadas a seguir.

Como foi numa brincadeira a gente nem viu passar. (Grupo 1)

E a gente ainda distrai. (Grupo 2)

É... a gente aprendeu brincando. (Grupo 3)

Se você viesse e ficasse só falando ia ser cansativo. (Grupo 4)

Também foi bom por ser com outra equipe, às vezes a gente nem conhece o pessoal das outras equipes...deveria fazer mais vezes. (Grupo 7)

Foi muito instrutivo. (Grupo 8)

Agora eu quero capacitação toda semana. (Grupo 9)

Percebemos, ao final da atividade, que essa trouxe satisfação tanto para educandos quanto para a educadora. O desenrolar do jogo produz uma atmosfera alegre e de alerta inteligente, demonstrando seu valor pedagógico (FRIEDMANN, 2002).

Os aspectos relacionados à dinâmica do jogo aqui mencionados foram abordados considerando uma renovação técnico-metodológica que incorpora o diálogo no processo ensino-aprendizagem, a releitura do papel do educador, como mediador da relação entre sujeitos e conhecimento, através de processos intersubjetivos presentes em uma estratégia

lúdica que contempla a criatividade e os saberes dos participantes, assim como a interação entre eles e deles com o educador.

Educação em saúde: possibilidade de ampliar o cuidado à saúde de crianças e famílias

Esse estudo possibilitou a realização de uma atividade educativa sobre doenças respiratórias na infância em todas as 17 equipes de saúde da família do município, atividade essa desenvolvida através de um jogo, configurando um processo educativo reflexivo e participativo, que permite a construção coletiva do conhecimento, a partir das vivências prévias dos componentes do grupo e da discussão sobre situações vividas no cotidiano de trabalho com as crianças e famílias.

Essa ação educativa buscou se realizar sob os fundamentos de Paulo Freire sobre a problematização, onde o processo torna-se mais próximo da realidade de todos os envolvidos na atividade, sendo valorizados e trabalhados todos os saberes, de forma que, tanto educandos quanto educador, aprendem e ensinam, construindo conjuntamente um conhecimento singular (JARDIM, 1997).

Ressalta-se que no cenário atual da Atenção Primária, assume especial relevo a atuação do enfermeiro como responsável por processos de educação permanente dos agentes comunitários de saúde, que têm se constituído como sujeitos catalisadores para a transformação das condições de saúde das famílias que residem no território de abrangência das unidades de saúde da família (VERÍSSIMO et al., 2003).

Acreditamos que a aplicação desse jogo entre os 101 agentes comunitários de saúde tem considerável potencial de melhorar a qualidade das práticas desenvolvidas por esses trabalhadores junto às famílias cadastradas no PSF, contribuindo para a promoção da saúde entre as crianças dessas famílias, resultando em posterior impacto nos indicadores de saúde

referentes às condições de saúde infantis. Essa consideração baseia-se nas características favoráveis do processo metodológico de ensino-aprendizagem discutidas nesse estudo, atreladas ao fato da atividade ter sido realizada em todas as equipes, as quais, juntas, promovem uma cobertura de 75% da população total do município, que é de 101.089 habitantes.

Além disso, ressalta-se que o conteúdo da atividade foi direcionado às doenças respiratórias infantis, mas incluiu a discussão ampliada sobre hábitos saudáveis de vida e cuidados preventivos gerais, o que pode estender os resultados do processo educativo a outros agravos infantis e familiares.

Quando se problematiza através da articulação entre saber científico e saber empírico acerca de questões relativas à saúde da comunidade, a educação em saúde passa a ser um instrumento de construção da participação desse saber comum nos serviços de saúde e, ao mesmo tempo, de aprofundamento da intervenção da ciência na vida cotidiana das famílias e da sociedade (PEDROSA, 2001b).

Além disso, consideramos que a atividade educativa vivenciada constituiu-se em um espaço privilegiado para a educadora, enquanto enfermeira, buscar o desenvolvimento de práticas inovadoras e humanizadas, em detrimento da tradicional atuação do profissional enfermeiro através de condutas cristalizadas e verticalizadas em relação à equipe que supervisiona. Cabe destacar que a comunicação humanizada entre profissionais e trabalhadores de saúde é aquela que envolve os agentes como sujeitos do seu processo, que possibilita uma interpretação das situações vividas na assistência e no cotidiano do trabalho como um todo, aumentando, assim, a possibilidade de realização de práticas mais humanizadas pelos trabalhadores de saúde aos usuários dos serviços de saúde, como extensão das relações interpessoais no ambiente de trabalho (COLLET; ROZENDO, 2003).

Entretanto, consideramos que esses resultados podem ser comprometidos pela possível substituição das equipes, o que pode acontecer depois da troca de gestores na administração municipal, como resultado do último processo eleitoral realizado em outubro. Essa situação de instabilidade entre as equipes de saúde da família é conformada pela contratação através de cooperativas, modalidade essa comumente utilizada pelos municípios atualmente, viabilizando uma evidente interferência de questões políticas partidárias nos processos de trabalho em saúde, refletindo, inclusive na negligência ao uso de recursos públicos, investidos nessas equipes durante os quatro anos de uma administração.

Esses aspectos são nocivos à qualidade das práticas de saúde, devendo ser debatido, visto que o processo de desenvolvimento das equipes de saúde na estratégia PSF é gradual e cumulativo, pressupondo aproximações sucessivas à realidade, às famílias, à própria equipe e aos conteúdos das atividades de educação permanente em saúde, desenvolvendo programas, inventando e reinventando formas de atuação junto aos usuários, construindo vínculos, buscando a almejada transformação do modelo assistencial.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento desse estudo possibilitou a vivência do processo de elaboração do conteúdo, da dinâmica e do material do jogo educativo sobre doenças respiratórias infantis, assim como a sua aplicação nas 17 equipes de saúde da família de Passos, possibilitando a descrição dessas etapas e a discussão sobre os aspectos metodológicos e pedagógicos presentes na atividade lúdico-educativa desenvolvida junto aos agentes comunitários de saúde.

Considera-se denso o conteúdo discutido nessa atividade educativa, pois exigiu dos agentes de comunitários de saúde repensar sua prática de trabalho, a realidade das famílias que atendem, o conhecimento que previamente detinham sobre as doenças respiratórias infantis e as condutas que consideravam corretas a serem tomadas diante das situações elaboradas nos casos, entretanto esse conteúdo foi abordado através de uma estratégia lúdica, mais atraente e menos cansativa.

O desenvolvimento da atividade lúdica como meio educacional aconteceu a partir do reconhecimento do jogo como instrumento de trabalho para atingir objetivos preestabelecidos, mediando uma dinâmica que envolveu o entrelaçamento de saberes técnicos, fornecidos pelo material educativo elaborado, e saberes empíricos revelados pelos jogadores.

Essa dinâmica favoreceu o desenvolvimento de debates que foram se tecendo, articulando as vivências dos jogadores com o conteúdo teórico, repensando o conhecimento mais contextualizado às reais necessidades e demandas encontradas por esses agentes de saúde no cotidiano do trabalho no PSF.

Acreditamos que esse aspecto foi muito importante para o desenvolvimento intelectual e cognitivo dos educandos, pois partiu de um conhecimento prévio sobre os assuntos abordados, relacionando-o ao conteúdo teórico estruturado através das cartas do jogo e às discussões produzidas no desenrolar da atividade.

Observamos que o jogo realizado em grupo traz maior possibilidade aos educandos de se expressarem, potencializando a participação ativa na atividade educativa, resultando em maior atenção e interesse, contribuindo para a aquisição de conhecimentos com conscientização e autonomia, bem como em relação à sua aplicação na transformação da realidade, visando, nesse caso, à promoção de hábitos saudáveis e aos cuidados adequados que favoreçam a prevenção e a recuperação em relação às doenças respiratórias infantis.

Além disso, as características envolvidas no processo educativo em grupo, através da aplicação do jogo, favorecem a expressão através de palavras e gestos, estabelecendo interações entre os participantes, desencadeando mecanismos de cooperação entre os companheiros no jogo, possibilitando, assim, o desenvolvimento de habilidades de comunicação e de trabalho em equipe, tão importantes no contexto dos serviços de saúde.

O fato da dinâmica da aplicação do jogo ter acontecido a partir das opiniões e conhecimentos dos agentes comunitários de saúde a respeito do tema abordado, pressupõe a valorização do saber prévio desses sujeitos por parte do educador, o que pode contribuir para a auto-estima e motivação desses trabalhadores de saúde, aspectos esses potencializados também pela característica humanizada dessa prática de educação em saúde, que considera o bem estar e autonomia dos sujeitos envolvidos, através da busca de dinâmicas educativas participativas, direcionadas a alcançar, momentos agradáveis de descontração e interação entre a equipe.

Os momentos do processo de ensino-aprendizagem, desenvolvidos através desse estudo, junto aos grupos de agentes comunitários de saúde do município de Passos-MG, alcançaram os aspectos considerados acima, relacionados à participação, interação, troca de experiências, assim como a expressão de idéias, opiniões, vivências, sugestões, dúvidas e resistências, o que aconteceu numa atmosfera lúdica de descontração e entusiasmo.

A elevação no conhecimento dos agentes comunitários de saúde revelada no resultado dos testes pré e pós atividade educativa, aponta que o processo de construção e aplicação do jogo educativo junto aos agentes comunitários de saúde, demonstrou que esse instrumento constitui uma alternativa metodológica de ensino-aprendizagem eficaz e satisfatória, atendendo às demandas de educação em saúde, relacionadas ao atual contexto dos serviços de saúde, incluindo aqui a presença do agente comunitário de saúde.

Acreditamos que o profissional enfermeiro tem um importante papel enquanto supervisor da equipe de saúde, sendo responsável pelo desenvolvimento de atividades de educação permanente entre os trabalhadores de saúde. Ao ampliar os instrumentos de trabalho, esse profissional deve ter em vista a criatividade e humanização nas relações de trabalho, buscando amenizar as pressões comuns no cenário da assistência à saúde, contribuindo, assim, para a extensão desses aspectos à assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde, afastando-se das tradicionais práticas cristalizadas entre os membros da equipe, favorecendo que o mesmo ocorra nas relações entre a equipe e a clientela.

Considera-se importante o aprofundamento dos questionamentos e do debate sobre a inserção de processos metodológicos lúdicos na educação em saúde, visando à ampliação de sua utilização, ao aprimoramento das características de suas dinâmicas e à exploração do conhecimento sobre a possibilidade de impacto de seus resultados na melhoria da qualidade das práticas de saúde em vigor.

6 REFERÊNCIAS

AGUIAR, D. S. **A saúde da família no sistema único de saúde**: um novo paradigma? Rio de Janeiro. 1998. 160f. Dissertação (mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

AMORIM, A. C. Educação em saúde e saúde cidadã: a voz e a vez do saber popular. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 137-167.

ATENÇÃO Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: AIDPI. Disponível em:< www.saude.gov.br>. Acesso em: 05 maio 2001.

ASSIS, M. Uma nova sensibilidade nas práticas de saúde. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 36-38.

BARATA R, C. B. et al. Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de 5 anos em área da região sudeste do Brasil, 1986-1987. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p. 553-563, 1996.

BENGUIGUI, Y. **Investigações operacionais sobre o controle das infecções respiratórias agudas (IRA)**. Washington, D. C.: OPAS, 1997. 227 p.

BENGUIGUI, Y. Magnitude e controle das IRA em função das metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância. In: BENGUIGUI, Y. et al. (editores). **Infecções respiratórias em crianças**. Washington: OPAS, 1998a. p. 23-41. Série HCT/AIEPI.

BENGUIGUI, Y. Bases técnicas para a prevenção, diagnóstico, tratamento e controle das IRA no primeiro nível de atenção. In: BENGUIGUI, Y. et al. (editores). **Infecções respiratórias em crianças**. Washington: OPAS, 1998b. p. 335-354. Série HCT/AIEPI.

BENGUIGUI, Y. Acute respiratory infections control in the context of the IMCI strategy in the Américas. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife , v. 3, n. 1, 2003.

BENICIO, M. H. D'A. et al. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 6, 2000.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto (Portugal): Porto, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança**: ações básicas. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS**: doutrinas e princípios. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Departamento de Programas de Saúde. Coordenação de Educação para a Saúde. **Educação para a saúde**: plano estratégico. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência à criança com infecção respiratória aguda: módulo I**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Cadernos de Atenção Básica**, n.11- série A. Normas e manuais técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório do Seminário Internacional sobre Cuidados Básicos de Saúde: 25 anos da declaração de Alma Ata**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **IDB 2003**. Disponível em:<
www.datasus.gov.br>. Acesso em: 17 mar. 2004.

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

CARVALHO, M. A. P.; ACIOLI, S.; STOTZ, E. N. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-113.

COLLET, N.; ROZENDO, C. A. Humanização e trabalho na enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 56, n. 2, p.189-192, 2003.

COSTA, I. C. C.; FUSCELLA, M. A. P. Educação e saúde: importância da integração dessas práticas na simplificação do saber. **Ação Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 45-47, 1999.

COSTA, N. P.; CAMPOS S. Infecções recorrentes das vias aéreas superiores. **Pediatria Moderna**, v. 29, n. 6, 1993.

CUNHA A. J. L. A. Manejo de infecções respiratórias agudas em crianças: avaliação em unidades de saúde do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 55-61, 2002.

ELDER, J. et al. Experiência hondurenha en el control de las infecciones respiratórias agudas infantiles. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v. 110, n. 5, p.390-401, 1991.

FONSECA, L. M. M. **Cuidados com o bebê prematuro**: cartilha educativa para orientação materna. 2002. 161f. Dissertação (Mestrado) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S. Inovando a assistência de enfermagem ao binômio mãe-filho em alojamento conjunto neonatal através da criação de um jogo educativo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p.106-8, set./out. 2000.

FONSECA, L. M. M.; SCOCHI, C. G. S.; MELLO, D. F. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 166-171, março/abril 2002.

FRIEDMANN, A. **Brincar:** crescer e aprender: o resgate do jogo infantil. São Paulo: Moderna, 2002. 128 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: dez. de 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Disponível em: Disponível em: [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) Acesso em: jul. 2004.

JARDIM, V. M. R. **Cidadania:** um conceito construído por uma ONG através da educação em saúde. 1997. 111f. Dissertação (Mestrado). - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Pelotas, 2004.

LUNARDELO, S. R. **O trabalho do agente comunitário de saúde nos núcleos de saúde da família em Ribeirão Preto-São Paulo.** 2004. 138f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MONTO, A. S. Studies of the family: acute respiratory illness and infection. **Epidemiol. Rev.** , v.16, p. 351-373, 1994.

NANDI-LOZANO, E. et al. Infección respiratoria aguda en niños que acuden a un centro de desarrollo infantil. **Salud Pública de México**, v. 44, n. 3, mayo-junio 2002.

NEUMANN, N.A. et al. A Pastoral da Criança em Criciúma, Santa Catarina, Brasil: cobertura e características sócio-demográficas das famílias participantes. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p.543-552, 1999a.

NEUMANN, N.A. et al. Desempenho da Pastoral da Criança na promoção de ações de sobrevivência infantil e na educação em saúde em Criciúma, uma cidade do sul do Brasil. **Rev. Panam. Salud Pública**, v. 5, n. 6, p. 400-410, 1999b.

NIÑO B, L. et al. Projeto comunitario para la atención primária en menores de 5 años con IRA. **Bol. Of. Sanit. Panam.**, v.17, n.3, p. 270-274, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, OMS. **Conversando com as mães sobre AIDPI**. OMS/OPAS. Trad.: Maria Helena Valente e Maria De La Ó Ramallo Veríssimo. Edição Brasileira revisada e adaptada. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Crianças saudáveis: a meta de 2002**. Unidade AIDPI/Programa de Doenças Transmissíveis? Divisão de Prevenção e Controle de Doenças. Brasília : OPAS/AIDPI, 2000.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE - OPAS; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. Divisão de promoção e proteção da saúde. **AIDPI: o enfoque integrado**. Washington: OPAS/OMS, 2000. Série HCT/AIEPI 38. P/06-2000-5M.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Adeus pneumonia: controle das infecções respiratórias agudas**. 4. ed. Curitiba, 1996. 40 p.

PASTORAL DA CRIANÇA. **Guia do líder da Pastoral da Criança**. 20 ed. Curitiba, 2000. 256 p.

PAVAN, D. H. et al. **Genética em evolução**. Jogo educativo-manual de regras. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 1998.

PAZ, A. A.; SANTOS, B. R. L. Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 5, p. 538-541, 2003.

PEDROSA, J. I. S. Educação popular, saúde, institucionalização: temas para debate. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001a. p. 33-35.

PEDROSA, J. I. S. Avaliação das práticas educativas em saúde. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001b. p. 261-281.

PEREIRA, J. C. R.; STUGINSKY, L. A.; RIBEIRO, T. V. M. Assessment of a strategy for the control of respiratory diseases in children. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 6, 1992.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia**: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 596p.

PÉREZ-RAMOS, A. M. Q. Modelos de prevenção: perspectivas dos programas de estimulação precoce. **Rev. Psicol. USP**, v. 1, n. 1, p. 67-75, 1990.

PITREZ, P. M. C.; PITREZ, J. L. B. Infecções Agudas das vias aérea superiores- diagnóstico e tratamento ambulatorial. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. 77-86, 2003.

REZENDE, M. A. et al. O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 234-238, 2002.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3 ed. Porto Alegre: Cortez, 1995.

RODRIGUES, C. R. F. **Participação e atenção primária em saúde**: o programa de saúde da família em Camaragibe-PE. Camaragibe, 1994-1997. 1998. 144f . Dissertação (Mestrado)- Faculdade de Saúde Publica, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

SANTOS, M. G.; MAGALHÃES, T. S.; BITENCOURT, P. Playing and learning: educational game cocerning shistosomiais, Aids, dengue and leish maniasis. **Ci. Cult.**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 381-385, 1993.

SCARAVAGLIONE, D. et al. Voluntários de saúde: mito ou realidade. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 37, n. 3-4, p. 262-269, 1984.

SCHALL, V. T. et al. Evaluation of the ZIG-ZAIDS game: an evertaining educational tool for HIV/Aids prevencion. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, 1999. (supl 2)

SILVA, J. A. **O agente comunitário de Saúde do projeto Qualis:** agente institucional ou agente de comunidade? 211f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

SITUAÇÃO da saúde da criança no brasil. Disponível em:< www.saude.gov.br/programas/>. Acesso em: 09 jul. 2001.

SOUZA, E. S. Educação popular e saúde: cidadania compartilhada. In: VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos:** reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 30-32.

STARFIELD, B. **Atenção primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STEFANELLI, M. C.; CADETE, M. M. M.; ARANHA, M. I. Proposta de ação educativa na prevenção da aids: jogo educativo. **Texto e Contexto Enfermagem.**, v. 7, n. 3, p. 158-173, 1998.

SUCUPIRA, A. C. S. L. Repensando a atenção à saúde da criança e do adolescente na perspectiva intersetorial. **RAP**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 61-78, 1998.

SYNOVITZ, L. B. Using puppetry in a coordinated school health program. **J. School Health**, v. 69, n. 4, p. 145-147, 1999.

TORRES, H. C.; HORTALE, V. A.; SCHALL, V. A experiência de jogos em grupos operativos na educação em saúde para diabéticos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, 2003.

UNICEF. **Situação da Infância brasileira 2001**. Disponível em:< www.unicef.org.br>. Acesso em: 09 jul. 2001.

VALENTE, M. H. et al. A interdisciplinaridade e a aplicação da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: instrumentos para a consolidação do Sistema Único de Saúde. **Pediatrics**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 82-89, 2000.

VASCONCELOS, E. M. A priorização da família nas políticas de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, 1999.

VASCONCELOS, E. M. **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 101-114.

VERÍSSIMO, M. D. L. O. R.; SIGAUD, C. H. S. Assistência de enfermagem à criança com agravos respiratórios. In: BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE;. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.. **Manual de Enfermagem**: Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 95-98.

VERÍSSIMO, M. D. L. O. R. et al. A formação do enfermeiro e a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 396-400, 2003.

VIANA, A. L. D; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **Rev. Physis**, v. 8, p. 11-48, 1998.

VIANA, M.A.S. **Diagnóstico e Plano Municipal de Saúde de Passos 2000-2005**. Passos, dez 1999. 163f. Faculdade de Enfermagem de Passos- Departamento materno- infantil e de saúde pública.

VICTORA, C. G. Fatores de risco nas IRA baixas. In: BENGUIGUI, Y. et al. (editores). **Infecções respiratórias em crianças**. Washington: OPAS, 1998. p. 43-62. Série HCT/AIEPI.

WITT, R. R.; ALMEIDA, M. C. P. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública: contribuição para a construção de Projetos Pedagógicos na Enfermagem. **Rev. Bras. Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 433-438, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Integrated management of childhood illness: conclusions. **Bull. Wld. Health Org.**, v. 75, p. 119-128, 1997. (Suppl. 1).

ANEXO A

Teste pré-jogo e pós-jogo

Com base nos seus conhecimentos sobre as doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos de idade, responda se estão certas ou erradas as questões a seguir:

1- As doenças respiratórias são mais freqüentes e mais graves em crianças menores de 10 anos de idade, por isso essa é a faixa etária que necessita de mais cuidados para sua prevenção.

()certo ()errado

2- No Brasil a principal causa de morte em crianças de 1 a 4 anos é a diarreia, por isso esse é o principal problema de saúde pública nessa idade.

()certo ()errado

3- Entre as Infecções Respiratórias Agudas, chamadas de IRA, estão a gripe, a amigdalite (infecção de garganta), a faringite, a sinusite, a otite (infecção de ouvido), a bronquite e a pneumonia.

()certo ()errado

4- As doenças respiratórias crônicas são de longa duração e entre elas estão a asma e a tuberculose.

()certo ()errado

5- Fumar durante a gestação é prejudicial à mãe, mas não tem nada a ver com doença respiratória na infância.

()certo ()errado

6- As crianças de risco que mais facilmente podem ter doença respiratória são aquelas menores de 2 meses, que nasceram com peso menor que dois quilos e meio, desnutridas, que não foram amamentadas no peito e aquelas que não estão com a vacina em dia.

()certo ()errado

7- Amamentar o bebê até 4 meses exclusivamente no peito e a partir de então começar com as papinhas é importante para prevenir doença respiratória.

()certo ()errado

8- Levar a criança na unidade de saúde para pesar todo mês é muito importante para prevenir a desnutrição, mas não tem tanta importância quando se trata de prevenir infecções respiratórias em crianças.

()certo ()errado

9- Casa mal ventilada e mal iluminada, objetos que acumulam pó, paredes com mofo, ruas sem asfalto podem levar a criança a ter doença respiratória.

()certo ()errado

10- Plantar árvores, evitar queimadas, manter a chaminé puxando corretamente a fumaça e não queimar o lixo também são formas de evitar doenças respiratórias nas crianças.

()certo ()errado

11- Se alguém da família fuma, essa pessoa só deve fumar dentro de casa na ausência da criança.

()certo ()errado

12- Os sintomas de tosse, dificuldade para respirar, chiado no peito, dor de ouvido, dor de garganta e febre são os mais comuns de doenças respiratórias na infância. Nesse sentido, na visita domiciliar, o agente de saúde deve perguntar se a criança menor de cinco anos tem algum desses sintomas somente quando a mãe ou responsável relata alguma queixa.

()certo ()errado

13- Quando a criança está com infecção respiratória é importante orientar à mãe a dar líquidos e alimentos para a criança sempre que ela pedir, para evitar que ela perca peso e piore.

()certo ()errado

14- Quando a criança está com febre é importante dar banho morno, colocar roupas leves, manter a casa arejada, além de levar a criança ao médico. Mesmo que a criança esteja com frio, não adianta cobrir com cobertores, pois pode aumentar ainda mais a febre.

()certo ()errado

15- Quando a criança está com alguma infecção respiratória e por isso com secreção (catarro), é normal que ela diminua o apetite, não aceitando o peito ou alimentos, apresentando ânsia ou vômito quando tenta se alimentar. A única coisa a fazer nesse caso é esperar o remédio prescrito pelo médico fazer efeito, pois pingar soro fisiológico no nariz caso esteja entupido e/ou umidificar o ambiente não ajudaria nesse caso.

()certo ()errado

16-Tapotagem é uma técnica usada para ajudar a eliminar as secreções (catarro) do peito da criança, mas só pode ser realizado pelo médico, enfermeiro ou fisioterapeuta.

()certo ()errado

17- A criança que mama numa posição muito deitada tem mais chance de ter infecção de ouvido.

()certo ()errado

18- Se uma criança da sua micro-área está com alguma doença respiratória e a mãe já a levou ao médico conforme você orientou, então você deve voltar no próximo mês para ver se a criança melhorou.

()certo ()errado

19- Criança que recebeu tratamento médico com antibiótico pode parar de usar assim que pararem os sintomas da doença respiratória.

()certo ()errado

20- Criança com garganta inflamada pode ser tratada com cuidados caseiros, boa alimentação, líquidos e repouso.

()certo ()errado

21- Quando a criança está com a respiração mais rápida do que o costume ou quando está apresentando um afundamento da parte abaixo do peito para conseguir respirar (tiragem) é sinal de doença respiratória grave e por isso deve ser levada imediatamente ao médico.

()certo ()errado

22- Para saber se a criança está melhorando de uma doença respiratória, se o tratamento está tendo resultado, é só observar e perguntar a mãe se ela está mais alerta, mais animada.

()certo ()errado

Questões certas: 3, 4, 6, 9, 10, 14, 17, 20 e 21.

Questões erradas: 1, 2, 5, 7, 8, 11, 12, 13, 15, 16, 18, 19 e 22.

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da pesquisa: A prevenção de doenças respiratórias no seguimento de crianças menores de 5 anos: utilização de jogo educativo

Você está sendo convidada (o) a participar de uma pesquisa que será realizada nas unidades de saúde da família de Passos. O objetivo dessa pesquisa é avaliar um jogo educativo sobre doenças respiratórias na infância. Esse jogo possui casos com histórias de crianças e famílias com queixas de tosse, nariz escorrendo, dor de ouvido, dor de garganta e outros sinais que as crianças podem ter em suas casas ou quando vêm no serviço de saúde.

Para isso daremos a você um questionário com 22 casos sobre as doenças respiratórias, para você marcar com um x se estão certos ou errados. Então, realizaremos o jogo em conjunto com os outros agentes comunitários de saúde, aqui na unidade de saúde da família, que é um jogo parecido com o de torrinha, com peões, dados e cartas falando dos casos de crianças com queixas de doenças respiratórias. Depois do jogo, daremos o mesmo questionário para você responder novamente. Você não colocará o seu nome no questionário.

Gostaríamos, então, de ter a sua colaboração nesse trabalho. Se você concordar, garantimos que seu nome não aparecerá no trabalho, não terá gastos para você participar da pesquisa, você também poderá deixar de participar da pesquisa a qualquer momento, e não será prejudicado no seu trabalho.

Através desse estudo, poderemos conhecer esse jogo e ver se ele é um bom instrumento para treinamentos de profissionais nas equipes de saúde da família, poderá trazer uma melhor compreensão sobre a utilização de jogos educativos nas atividades de capacitação de Agentes Comunitários de Saúde.

Obrigada por colaborar com nosso trabalho.

Passos, ____ de _____ de 2004.

Raquel Dully Andrade: _____

Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Avenida Bandeirantes, 3900 – Campus Universitário. Ribeirão Preto-SP. CEP: 14040-902,

Fone: 16-602 3435.

Pesquisadores responsáveis: **Raquel Dully Andrade** - pós-graduanda da EERP-USP

Orientadora: Professora **Débora Falleiros de Mello**- EERP-USP.

Após ter conhecimento destes fatos, concordo com minha participação na pesquisa, assumindo não ter sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, _____, concordo com minha participação no estudo e estou ciente de que estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com a pesquisadora.

Agente Comunitário de Saúde: _____

Passos, ____ de _____ de 2004.

Raquel Dully Andrade: _____