DR
170

ISABEL MARIA TEIXEIRA BICUDO ^{Bs} PEREIRA.

Ø

/ EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UNIDADES
SANITÁRIAS DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO,

Tese de doutoramento apresentada
à Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo, Depar
tamento de Prática de Saúde Pú
blica, para obtenção do Título
de Doutor em Saúde Pública.

Orientador:

Profa. Ruth Sandoval Marcondes

São Paulo
1983

DEDICATÓRIA

IN MEMORIAM

Rafael José Bicudo Pereira

Manoel dos Santos Teixeira e

Rosa Maria Teixeira Bicudo

cujas vidas marcaram minha vida.

Para,

minha filha e minha mãe

AGRADECIMENTOS

AGRADECIMENTOS

À Dra. *Ruth Sandoval Marcondes*, pela orientação dedicada e interesse permanente no crescimento técnico-científico de seus alunos.

À *Eris Focesi Lencastre* e *Denise Cesar Homem D'El Rey*, pela amizade demonstrada, assumindo, por vezes, tarefas a mais visando facilitar a realização deste trabalho.

Aos demais colegas da DESP, por participarem, de alguma forma, do meu aperfeiçoamento profissional.

A *William Moffitt Harris*, pelo interesse em oferecer artigos e idéias que foram especialmente importantes no delineamento desta tese e pela elaboração do summary.

À Dra. *Sabina Lea Davidson Gotlieb*, pela revisão das tabelas e gráficos.

À Dra. *Neide S. Bittencourt*, cuja visão de educação em saúde possibilitou a realização deste trabalho.

A todos os servidores dos PAM que, com boa vontade, permitiram que eu participasse das atividades desenvolvidas nos Postos, observando-os durante o decorrer de seu trabalho.

À *Leda C.P. de Campos Camargo*, pela inestimável colaboração no levantamento, seleção e revisão da bibliografia apresentada.

À *Ivany Abranches Pares de Oliveira*, pelo cuidado e interesse na realização dos trabalhos de datilografia.

À *Janice Jane Testa da Silva*, pela colaboração prestada durante a realização do trabalho de campo.

À CAPES, pelo auxílio financeiro oferecido especificamente na fase de levantamento bibliográfico.

RESUMO

RESUMO

Este trabalho descreve o desempenho do pessoal profissional e auxiliar no que tange à educação em saúde no programa de Assistência à Criança em Postos de Assistência Médica da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura de São Paulo.

Foram analisadas, sob o enfoque educativo, as seguintes fases do programa, que deveriam incluir orientação referente à saúde da criança de 0 a um ano de idade: consulta médica e pós-consulta de pré-natal e puerpério; pré-consulta, consulta médica e pós-consulta de pediatria e vacinação.

Utilizou-se a observação direta não participante como metodologia de trabalho.

Concluiu-se que nos Postos observados a educação em saúde é eventual e superficialmente desenvolvida. O desempenho do pessoal de saúde (médico e auxiliar) é insatisfatório quanto ao oferecimento de orientações de saúde e o desenvolvimento do processo educativo.

Recomenda-se que o poder decisório da agência de saúde estudada proporcione oportunidades para debates em todos os níveis sobre a contribuição da educação em saúde para o sucesso dos programas, estimule o pessoal de saúde a integrar o componente educativo aos seus procedimentos rotineiros de trabalho e abra espaço para o desenvolvimento de atividades educativas específicas a nível de suas Unidades.

Recomenda-se ainda que a Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo garanta a participação do Educador de Saúde Pública nos órgãos oficiais de treinamento de pessoal e em todos os grupos de trabalho responsáveis pelo estudo, formulação, implementação e avaliação de seus projetos.

SUMMARY

SUMMARY

This paper describes the professional and auxiliary personnel performance in regard to health education in the child health programme of the City Health Department of health centers of São Paulo.

The educational component of the following phases of the programme were analysed: medical examinations during pregnancy and after delivery, children's medical examination and vaccination.

Direct non-participatory observation was the method employed,

It was concluded that education is only eventually and superficially implemented in the health centers under study , The performance of health personnel (doctors and auxiliaries) is not satisfactory as far as integration of health education to the regular activities is concerned,

It is recommended that opportunities should be made available so that discussions at all levels might take place concerning the contribution of health education towards the success of programmes and that health personnel should be encouraged to integrate health education components in their routine work procedures, besides developing specific education activities at the centers.

It is also recommended that Health Department authorities guarantee the participation of the Public Health Education

specialist in official personnel training teams as well as in the groups in charge of the study, formulation, implementation and evaluation of health projects.

Í N D I C E

DEDICATÓRIA	I
AGRADECIMENTOS	II
RESUMO	IV
SUMMARY	VI
INTRODUÇÃO	01
EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM SERVIÇOS DE SAÚDE	08
O COMPONENTE EDUCATIVO NA PROGRAMAÇÃO DE SAÚDE DE UNIDADES SANITÁRIAS	22
RELACIONAMENTO ENTRE UNIDADE SANITÁRIA E CLIENTELA	32
O DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE	42
OBJETIVO	48
METODOLOGIA	50
. População de Estudo	51
. Objetivo	52
. Método	53
. Instrumentos	54
RESULTADOS	60

ASSISTÊNCIA MATERNA	62
. Consulta Médica de Pré-Natal	62
. Pós-Consulta de Pré-Natal ,	66
. Consulta Médica de Puerpério	71
. Pós-Consulta de Puerpério	75
ASSISTÊNCIA À CRIANÇA	78
. Pré-Consulta de Pediatria	79
. Consulta Médica de Pediatria	84
. Pós-Consulta de Pediatria	91
. Vacinação	97
ANÁLISE GLOBAL	101
RECOMENDAÇÕES	119
CONCLUSÕES	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	125
ANEXOS	140

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Em estudo referente à problemática da saúde que atinge países em desenvolvimento a Organização Mundial da Saúde recomenda que os recursos disponíveis sejam investidos preferencialmente na prevenção de doenças, onde seu rendimento será maior^{5 6}.

A ação preventiva, porém, não depende apenas da variável financeira; inúmeras outras influem, direta ou indiretamente, no binômio saúde/doença da população. Entre tais variáveis destaca-se a educação em saúde.

A mortalidade infantil é considerada um dos indicadores mais sensíveis de que se pode dispor para avaliar o progresso social. Dados apresentados por LESER^{5 6} mostram que, a despeito da previsão de RAMOS^{8 8}, a curva da mortalidade infantil no Município de São Paulo, a partir de 1960, passou a ascender novamente, colocando em "cheque" a eficiência das organizações sanitárias. As causas de tal situação não podem ser atribuídas a um único fator, porém a educação em saúde, afirma LESER^{5 6}, aparece sempre como fator associado.

A saúde de uma população está diretamente ligada ao modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos que a compõem. Qualquer ação que tenha por alvo a saúde de uma comunidade e que implique na adoção de novos comportamentos não pode ignorar os fatores que os determinam. Analisada sob este aspecto a educação em saúde significa a soma de todos os es-

forços para conseguir alcançar aqueles comportamentos, mudando ou reforçando conhecimentos, atitudes e práticas das pessoas de modo a melhorar seu nível de saúde e de toda a comunidade^{30,51,59,64,91}.

Entretanto, todos os esforços envidados poderão resultar em fracasso se o homem, objeto final da Saúde Pública, não for considerado na sua integralidade como um ser bio-psico-social.

KAPRIO⁴⁹ relata que, em países desenvolvidos, os problemas de subnutrição, desemprego, falta de habitação, saneamento e educação já solucionados foram substituídos por outros, talvez ainda mais complexos, como o abuso de drogas, álcool e fumo, obesidade, solidão e desequilíbrio mental. Tal constatação demonstra que o homem é uma entidade complexa e a solução de seus problemas implica, basicamente, na sua adesão.

VILAS-BOAS¹¹¹ afirma que, no Brasil, grande massa populacional tem suas condições físicas e sua habilitação para o trabalho comprometidas à medida em que é agredida por fatores adversos, tais como subnutrição, saneamento ambiental precário, doenças infecto-contagiosas, deficiência de recursos educacionais, dificuldades de habitação.

Visando a corrigir tal situação o Ministério da Saúde vem desencadeando, entre outras providências, a intensificação das ações educativas, que buscam capacitar os indivíduos e grupos a assumir a solução dos problemas de saúde. Nesse

sentido, educação em saúde é considerada como um instrumento que leva à compreensão de que "a saúde das pessoas não depende somente das ações de saúde que lhes são oferecidas. Os serviços de saúde não podem existir no vazio e a própria população pode fazer muito por si mesma, desde que conte conte com os conhecimentos, a compreensão e a motivação necessários para refletir sobre as causas de seus problemas, propor e realizar mudanças"⁶⁴.

O Ministério da Saúde pretende que educação em saúde deixe de ser exclusivamente o comercial de programas de imunizações, aleitamento materno e outros. Deve constituir componente dos serviços básicos de saúde, estimulando a ação participativa entre o pessoal de saúde e a população visando a proposição de soluções alternativas para os problemas de saúde que afligem as comunidades⁶⁴.

No Estado de São Paulo, educação em saúde é reconhecida como entidade apta para capacitar os profissionais de saúde e a população, a fim de transformar a realidade social visando à consecução de melhor organização da assistência à saúde. Ainda a nível estadual espera-se que a educação em saúde contribua para a formação de uma consciência de saúde, de modo a que indivíduos e grupos a considerem como um dos direitos básicos do ser humano⁷¹.

O Município de São Paulo, com o objetivo de educar o homem no que tange à sua saúde, por intermédio da sua Secretaria de Higiene e Saúde, vem tentando alocar aos Postos de Assistência Médica, distribuídos por todo o Município, os recur-

soz humanos necessários a preparar o indivíduo para não ser vítima do ambiente em que vive, mas o agente de sua própria saúde⁸⁰. Tal tarefa torna-se árdua e de difícil execução na medida em que o Município de São Paulo, com cerca de 10 milhões de habitantes, representa um complexo conjunto de problemas bio-psico-sociais oriundos de parcela considerável de uma população carente, de caráter migratório, via de regra de procedência rural, que não dispõe de condições mínimas para enfrentar os problemas de uma cidade grande.

Tal situação acarreta inúmeros problemas, especialmente ao setor saúde, que reconhece ser a educação em saúde o primeiro passo a ser dado na busca das soluções necessárias⁸⁰.

O enfoque dado à educação em saúde, tanto a nível nacional, como estadual e municipal leva a considerá-la como peça imprescindível na construção da saúde individual e comunitária. Apesar disso, dados do Ministério da Saúde revelam que, ainda atualmente, "muitas doenças preveníveis por imunizantes continuam a atingir milhões de crianças brasileiras, produzindo altos índices de mortalidade em determinadas áreas ou sequelas graves, com implicações sociais e econômicas desfavoráveis"⁶⁴.

A nível do Estado de São Paulo o panorama não é diferente, como se pode observar na Tabela 1.

TABELA 1 - Casos de de Notificação Compulsória em São Paulo e no Brasil, no período de 01/01 a 31/12/81.

LOCAL DOENÇAS	SÃO PAULO	BRASIL
Coqueluche	*	38.981
Difteria	318	3.484
Febre Tifóide	348	3.693
Poliomielite	9	147
Raiva Humana	17	133
Sarampo	3.224	56.747
Tétano	186	2.575
Tuberculose	4.439	20.788

* dados não conhecidos

FONTE: Boletim Epidemiológico¹⁰.

Confirmando essa situação, dados preliminares de pesquisa realizada em Postos de Assistência Médica (PAM) da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo (SHS/PMSP)⁸⁶, cuja amostra abrangeu 419 crianças, demonstram que, apesar de todos os esforços desenvolvidos pelas autoridades competentes, 38,9% das crianças continuam chegando ao 1º ano de vida sem ter completado o esquema básico de vacinação, 48,0% das mães abandonam o programa de assistência à criança precocemente e apenas 12,9% das crianças frequentam o PAM com a periodicidade programada. Embora 68,2% das crianças sejam matriculadas nos PAM entre 0 a 2 meses incom

pletos, apenas 38,0% dessas estão sendo amamentadas nesse momento.

Tal constatação leva a crer que leis, normas, intenções e programações somente não bastam para solucionar essa situação. O que realmente importa são resultados concretos que revelem a melhoria dos níveis de saúde da comunidade (como fruto da intervenção dos serviços de saúde).

EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM SERVIÇOS DE SAÚDE

Não é recente o reconhecimento da importância da educação em saúde como um dos mecanismos a serem acionados visando a solução de problemas de saúde. A adoção oficial do termo "educação em saúde", criado por Sally Lucas Jean, em 1919, demonstra a preocupação já então existente com a necessidade de que ações educativas integrassem os serviços de saúde⁵⁹.

No Brasil, embora alguns aspectos educativos de ações de saúde possam ser identificados desde o tempo do Império nas diferentes ações governamentais, só em 1925 a educação em saúde passou a ser reconhecida como uma área de conhecimento específica pelo antigo Instituto de Higiene, hoje Faculdade de Saúde Pública/USP, graças a Geraldo de Paula Souza, que compreendeu os benefícios que a área da saúde receberia com a inclusão da educação em saúde às atividades desenvolvidas pelos professores primários^{59,66}.

Em 1948, congratulando-se com o fato da educação em saúde ter sido colocada como 1º tema do VII Congresso Brasileiro de Higiene, realizado em São Paulo, BANNITZ⁵ declarava que, com isso, "foi reconhecido implicitamente o valor básico do processo educativo no âmbito da Higiene e, por extensão, no vasto e complexo domínio da saúde pública e, também, particular".

Mais tarde, em 1958, SAMUEL PESSOA⁷⁴ dizia ser a educação

em saúde o instrumento mais importante no conjunto da Orquestra Sanitária e, em 1959, GROUT⁴¹ afirmava que a educação em saúde estava relacionada à transferência daquilo que as pessoas e grupos sabem sobre saúde para padrões desejáveis de comportamento. MARCONDES⁶⁰ descreve educação em saúde como o "conjunto de atividades tendentes a influenciar ou modificar os conhecimentos, atitudes, crenças e o comportamento, visando à melhoria da saúde do indivíduo, da família e da comunidade", conceito esse endossado por ARVIDSON e col.⁴, para quem educação em saúde constitui um processo de comportamento organizado e baseado em aprendizagem dirigida a mudanças no que tange à saúde.

Segundo O'NEILL⁶⁸, educação em saúde é um processo que visa a informar, motivar e ajudar a população a adotar e manter práticas de vida sadias, a promover alterações no ambiente, facilitando assim a aquisição dessas práticas.

GREEN e col.⁴⁰ definem educação em saúde como as combinações de aprendizagem destinadas a facilitar adaptações voluntárias do comportamento. Consideram ainda que educação em saúde cobre o hiato entre a informação e as práticas de saúde, motivando as pessoas a utilizarem os conhecimentos de forma benéfica e produtiva para si próprias.

VASCONCELLOS¹⁰⁹ e VILLARREAL¹¹⁰ comentam que educação, diferentemente da informação, se preocupa em atingir as três áreas do intelecto responsáveis pelo comportamento final do indivíduo, cognitiva, afetiva e psico-motora. Sob esse enfoque a educação em saúde oferece aos indivíduos os conheci

mentos necessários que o habilitam a tomar decisões; contri
bui para que nele se desenvolvam atitudes positivas no que
concerne à saúde e controla os efeitos negativos do ambien-
te que possam interferir no florescimento dessas atitudes .
Busca ainda capacitar os indivíduos a transferirem para o
contexto de sua vida diária os conhecimentos adquiridos⁶⁹.

Esse processo, que se inicia com a aquisição de conhecimen-
tos e termina com a adoção ou não de práticas, não se com -
porta de maneira automática e linear, ou seja: um conheci -
mento positivo (C+) leva fatalmente a atitudes positivas (A+)
que, por sua vez, originam obrigatoriamente práticas de saú
de positivas (P+); ele sofre a interferência de variáveis
circunstanciais que atuam sobre a decisão final do indiví -
duo, em adotar ou não o comportamento em questão¹⁶. Con
firmando esse conceito SWEZEY & SWEZEY¹⁰³ referem que o com
portamento inicial de um paciente depende de ampla gama de
fatores internos e externos, além de experiências prévias
que, invariavelmente, afetam sua disposição para adquirir
novos conhecimentos e proceder a adaptações ou alterações
de comportamento. KIRSCHT⁵⁰, analisando estudo sobre in-
tervenção educativa no controle e mortalidade por hiperten-
são, afirma que os resultados apresentados evidenciam que
intervenções educativas, potencialmente, podem ter efeito a
longo prazo na modificação do quadro.

Parece claro, portanto, que educação em saúde é fator im
prescindível para aquisição ou manutenção da saúde. Também
parece não haver dúvida quanto ao fato de que as práticas
de saúde são fruto de experiências de aprendizagem contí -

nuas que se acumulam ao longo da vida das pessoas, influenciando positiva ou negativamente suas decisões.

Entre as instituições responsáveis por estas experiências e, conseqüentemente, pela formação de saúde do indivíduo encontram-se a família, a escola, os grupos sociais, a comunidade, destacando-se aqui as agências de saúde. Estas, de ordem preventiva ou curativa, contam com situações extremamente oportunas para promover experiências de aprendizagem. Aplicando-se aqui a teoria de "Campo de Forças" de Kurt Lewin, relatada por MAILHIOT^{5 8} verifica-se que essas experiências serão responsáveis pela formação de forças internas que, se negativas, originarão o aparecimento de barreiras à aquisição de comportamentos desejáveis à saúde.

Com base no exposto pode-se concluir que a educação em saúde tem muito a contribuir para o êxito da programação desenvolvida em agências de saúde.

A revisão da bibliografia mostra que ultimamente a educação do paciente em ambiente hospitalar tem sido foco de inúmeros estudos, ao contrário do que ocorre nas agências de caráter preventivo.

SCHOENRICH^{9 7} diz que programas de educação do paciente devem se preocupar com o esclarecimento de dúvidas referentes a seu estado de saúde, em identificar suas necessidades educativas, em oferecer informações compreensíveis, assegurando-se de que essas informações produzam as mudanças de comportamento necessárias à melhoria da saúde do indivíduo. Es

te conceito comprova o que CANDEIAS & MARCONDES¹⁶ enfatizam: educação vai muito além da simples informação, uma vez que esta, simplesmente, não garante a mudança de comportamento almejada. HAMILTON e col.⁴³ corroboram esta afirmação quando alertam para o fato de que avaliações de programas realizados com base no modelo CAP têm gerado dúvidas quanto à garantia de que conhecimentos corretos e atitudes favoráveis influenciam o comportamento final dos indivíduos de maneira positiva. PILON⁷⁶ afirma que educação em saúde não consiste em "transferir para o cliente um acervo de informações, mas em estabelecer uma relação pedagógica entre a agência e a clientela, de maneira a preparar esta última a beneficiar-se dos conhecimentos colocados, no momento oportuno, à sua disposição".

Pressupõe-se que as unidades sanitárias (hospitalares ou ambulatoriais) têm consciência de seu papel educativo e conhecem as estratégias para atingir sua clientela. Todavia, segundo FRÉOUR³³, o fato da educação em saúde aparecer, frequentemente, como um conjunto de medidas utilizadas pelo poder constituído e transmitidas por seus agentes de maneira autoritária constitui fonte de resistência à sua aceitação. A situação denunciada por FRÉOUR, real também entre nós, vem colidir com um princípio de educação em saúde que preconiza que o indivíduo seja agente e paciente das ações de saúde que o afetam ou ao seu ambiente. Sua participação no processo é importante para a consecução das mudanças de comportamentos pretendidas. Nesse sentido GODIN e SECOURS³⁸ observam que, na promoção da saúde, o principal objetivo é que o cidadão venha a assumir responsabilidade frente à sua

saúde e, sob este enfoque, educação em saúde representa um aspecto importante dos programas de saúde de caráter preventivo.

BECKER⁸ afirma que uma das variáveis que influem na adoção de comportamento adequado de saúde é a motivação dos indivíduos relativa a assuntos de saúde. De acordo com ARVIDSON e col.⁴, os pacientes que compreendem os mecanismos da própria doença e o papel que lhes cabe desempenhar nos cuidados à sua saúde necessitam de menor número de internações e de visitas ao médico e cumprem melhor as prescrições. SWEZEY & SWEZEY¹⁰³ declaram que, em última análise, o objetivo final do médico é transformar o comportamento do paciente no comportamento desejado, visando a conseguir otimização do programa terapêutico. Desse ponto de vista, as agências de saúde deveriam integrar atividades preventivas e educativas ao seu programa assistencial que possibilitem alcançar seu principal objetivo - a saúde de seus clientes⁷⁰.

Se se aceita o fato de que toda ação técnica destinada a manter e elevar o nível de saúde de uma população compreende um componente educativo destinado a fazer perdurar esta ação e transformá-la em instrumental futuro do indivíduo, é necessário que todas as oportunidades existentes para desenvolver esse componente sejam aproveitadas^{35, 114}.

Estudo realizado por BARTLETT⁷ revelou que, entre trinta e duas possíveis funções do médico, educação do paciente foi considerada a terceira mais importante por internos, pediatras, cirurgiões, obstetras e ginecologistas. É ainda

BARTLETT⁷ quem afirma que educação do paciente não só compreende grande parte da prática médica, mas também é considerada por ele como importante modalidade terapêutica. Segundo ZABOLOTSKAIA¹¹⁹, a educação desempenha papel chave na supervisão médica dos pacientes. As razões são óbvias: o melhor tratamento pode tornar-se ineficiente se o paciente e seus familiares não seguirem as recomendações e prescrições do médico. Corroborando essas idéias CANDEIAS¹⁴ enfatiza que o êxito das ações de saúde está sempre preso a um elemento condicional se: se as pessoas seguissem as orientações recebidas, se os serviços oferecessem as orientações necessárias. SUCHMAN¹⁰² e VILLAS-BOAS¹¹¹ recomendam, porém, que qualquer tentativa para se mudar atitudes ou práticas de saúde deve levar em conta que elas resultam da combinação de valores culturais, pressões sociais e necessidades do indivíduo, além da influência dos fatores ligados ao ambiente físico, familiar e social. Lidar com problemas dessa ordem é competência da educação em saúde. CARVALHO¹⁸ comenta que educação em saúde é "parte integrante da qualidade da assistência à saúde e é responsabilidade dos profissionais e das instituições e organizações que eles representam estabelecer, manter e avaliar tais serviços".

SOMERS, citado por CARVALHO¹⁸ e ARVIDSON e col.⁴ recomendam que os hospitais e outras instituições promovam, organizem, estimulem e avaliem programas de educação em saúde. SHAPIRO⁹⁹, citando recomendação contida no documento "HEALTH IS A COMMUNITY AFFAIR", de 1966, relata que a educação em saúde é aspecto fundamental dos serviços de saúde comunitários e para todos os programas de saúde. Ela deveria esti-

mular os indivíduos a assumirem responsabilidade pela manutenção de sua saúde e a participar das atividades de saúde comunitárias. A comunidade deve promover a realização de atividades educativas permanentes que tenham por objetivo esclarecer seus membros sobre os recursos de saúde disponíveis, assim como a melhor maneira de se utilizarem deles. É preciso reconhecer, porém, que a grande dificuldade que a educação em saúde enfrenta diz respeito à parcela mais carente da sociedade, que apresenta taxas mais altas de morbidade e mortalidade, além de oferecer maior dificuldade de comunicação. A isto se sobrepõe o fato de que apresenta maior facilidade para aceitar a inevitabilidade da doença, assim como a incapacidade para evitá-la^{45,74}.

Segundo CANDEIAS¹⁴, a aceitação de que a doença pode ser prevenida depende de diversos fatores, entre os quais: a capacidade de perceber a existência da relação de causa-efeito associada com o fenômeno doença; de acreditar que o homem é capaz de controlar o agente etiológico; de compreender e aceitar a possibilidade de que, embora realizada a ação preventiva, o resultado obtido seja ineficaz. A esse respeito, PILON⁷⁶ afirma que a consciência de saúde, elemento indispensável para a consubstanciação do direito à saúde, é desigualmente distribuída entre a população; assim, há os que têm alta consciência de saúde, enquanto em outros essa consciência é igual a zero. JAMPLIS⁴⁷, citando SIMONDS, comenta que entre as maiores causas de doença e morte várias podem ser afetadas pelo comportamento individual; entretanto, a educação em saúde dirigida no sentido de estimular o indivíduo a agir na prevenção de doenças e manutenção da

saúde tem sido seriamente negligenciada e insuficientemente financiada.

O "Presidents Committee on Health Education" dos Estados Unidos sabiamente recomenda que a educação do paciente esteja presente não somente nos hospitais, mas também em outras unidades de saúde e consultórios médicos⁴⁷.

SINGH¹⁰⁰ afirma que o hospital, sem dúvida, constitui excelente ambiente para a educação em saúde dos pacientes, familiares e visitantes e, certamente, esta afirmação pode ser estendida a serviços de saúde com características de prevenção, embora o impulso que gera a procura de ambos tenha diferentes origens e, portanto, diferentes resultados. Assim, é importante que em qualquer das situações cada membro da equipe de saúde esteja preparada para atender o cliente em todos os aspectos preventivos e curativos da doença. Tese apresentada no VII Congresso de Higiene, em 1948, por WALDOMIRO DE OLIVEIRA⁶⁶, já enfatizava a importância da educação em saúde nos Centros de Saúde. Dizia ele que a educação em saúde atendia às necessidades da pessoa humana, tão complexa, encarando-a em um contexto mais amplo, familiar e social. A preocupação dos Centros de saúde de então era realmente educar; faziam-no convivendo com as pessoas e seus problemas, instruindo mães e trabalhadores, modificando o ambiente, assistindo todos e fazendo de todas as suas ações, ações educativas. Entre as recomendações do relatório final elaborado pelo "ADVISORY COMMITTEE ON HEALTH EDUCATION AND COMMUNICATIONS"⁹⁹, figura que as habilidades e conhecimentos de especialistas em educação em saúde, divulgação junto ao público e outras áreas de comunicação sejam incor-

poradas de forma apropriada a cada etapa da formulação de programas e políticas no contexto do Serviço de Saúde Pública.

Em conferência sobre educação em saúde em hospitais, Scott Simonds, citado por LESPARRÉ⁵⁷ e SHAPIRO⁹⁹, levantou alguns pontos que podem, perfeitamente, ser extrapolados para um sistema de valores centralizado no paciente, que deve:

- ser respeitado e assistido como ser humano;
- ser reconhecido como tendo um passado socio-psicológico, cultural e familiar único, relevante para sua condição e para a comunicação com ele em relação à sua condição;
- ter acesso e oportunidade para obter as informações e orientação que julga necessárias à sua condição, assim como ajuda para utilizar as informações obtidas;
- ter oportunidade para participar ativamente de seu próprio tratamento, na medida em que o deseja e tenha capacidade;
- ser estimulado, por meio de estratégias educativas, a adquirir novos conhecimentos, atitudes e práticas que o habilitarão a cuidar de si próprio mais adequadamente e a manter sua saúde em nível ótimo;
- ser assistido por serviços organizados a promover e apoiar aprendizagem e comportamentos adequados à sua condição e à manutenção de sua saúde.

Se todos os serviços de saúde adotassem esses pontos como normas de ação, provavelmente os níveis atuais de mortali-

dade e morbidade em todo o mundo já teriam sido afetados positivamente.

PAULSON⁷² levanta algumas questões relevantes na área da educação do paciente. Por exemplo: o que se pretende com educação: mudar conhecimentos e crenças ou mudar comportamentos? De quem é a responsabilidade pelas ações educativas do médico, da enfermeira, do educador, de todos eles? Como avaliar a qualidade das ações educativas? Estas questões ainda permanecem sem resposta, embora estudos venham sendo realizados para esclarecê-las. CURRIE & RENNER²⁸ afirmam que os médicos de família têm educado seus pacientes de maneira intuitiva, aconselhando sobre possíveis efeitos colaterais de medicamentos, sobre alto risco do fumo, obesidade, álcool e prescrevendo regimes para uma vida sadia (dietas para perda de peso, exercícios regulares e férias). Neste relacionamento os médicos presumem que suas mensagens serão seguidas e apenas um pequeno esforço é feito visando à compreensão do cliente. Entretanto, voltamos ao princípio de que o conhecimento por si só não assegura a prática correspondente^{16, 52}.

Também COOPER e col.²⁵ afirmam que, geralmente, quando fazem uma prescrição, os médicos esperam que os pacientes a cumpram. Entretanto, estudo que realizaram evidenciou que, com frequência, os pacientes não seguem as prescrições médicas, por razões tais como: a dosagem prescrita é considerada desnecessária, não encontram no médico a motivação necessária para seguirem o tratamento, o custo da medicação é incompatível com suas disponibilidades financeiras.

Assim, para que haja condições de surtir efeito é preciso que a mensagem do médico esteja inserida em um contexto mais amplo, pressupondo entre outras coisas um bom relacionamento entre ele e os clientes. Para isso é necessário criar um ambiente descontraído, em que as pessoas se sintam confortáveis para fazer perguntas de interesse para ambos. COHEN²⁴ aponta algumas barreiras à educação do paciente:

- enfermeiras e médicos, tradicionalmente, não estão preparados para ensinar;
- existe multiplicidade de profissionais cobrindo o mesmo conteúdo de saúde;
- a educação do paciente não é considerada atividade prioritária pelo pessoal administrativo e técnico.

WAGGONER¹³ identifica três variáveis que podem influir na opção dos pacientes em seguirem as orientações recebidas:

- inadequada educação em saúde desenvolvida pelo médico;
- deficiência na prestação de cuidados;
- relacionamento impessoal, tanto do médico como do pessoal auxiliar, nos contatos com a clientela.

KLUEMPER & JOHNSON⁵² sugerem alguns objetivos a serem alcançados pela educação em saúde na assistência primária:

- ajudar as pessoas a fazerem melhor uso dos serviços de saúde;
- estimular o público a assumir responsabilidade pessoal por seu estado de saúde;
- capacitar as pessoas a tomarem decisões acertadas a respeito do comportamento que vão adotar;

- estimular as pessoas a mudarem seu comportamento em relação à saúde e assisti-las nesta mudança.

Estes objetivos, embora necessários, não são de fácil consecução e as barreiras existentes, citadas anteriormente, têm que ser realisticamente reconhecidas para que possam, na medida do possível, ter seus efeitos negativos neutralizados.

ROSS⁹², examinando os fatores que afetam a utilização dos serviços de saúde de caráter preventivo, esclarece que um fato importante a ser considerado é que o indivíduo que procura esse tipo de serviço de saúde não está doente, mas sadio, o que significa que para agir da forma desejada precisará sofrer intensa ação educativa. E isso, como afirma SHAPIRO⁹⁹, não se consegue apenas com programações educativas concebidas principalmente em termos de folhetos e cartazes. Segundo o autor, esse tipo de educação em saúde é primitivo.

SIMMONDS, citado por Lesparre⁵⁷, alerta para o fato de que é sempre problemático solicitar às pessoas que adotem práticas de saúde, às vezes em desacordo com seu estilo de vida, visando a que, no futuro, não venham a sofrer consequências nefastas à sua saúde.

Embora o processo educativo se alicerce em três áreas básicas, cognitiva, afetiva e psico-motora, é esta última que realmente interessa ao educador, pois só quando essa área é atingida, produzindo ação ou prática permanente de saúde, é que o processo educativo se completou.

O COMPONENTE EDUCATIVO NA PROGRA-
MAÇÃO DE SAÚDE DE UNIDADES SANI-
TÁRIAS

O COMPONENTE EDUCATIVO NA PROGRAMAÇÃO DE SAÚDE DE UNIDADES SANITÁRIAS

Refere OLIVEIRA⁶⁶ que o decreto 3876, de 25 de julho de 1925 (que regia o funcionamento dos Centros de Saúde), colocava a educação em saúde como atividade prioritária dos Centros de Saúde com o objetivo de levar à população conhecimentos de higiene e auxiliá-la na conquista de uma consciência de saúde.

BARROS⁶ afirma que, a partir do momento em que se reconheceu a necessidade da participação espontânea dos indivíduos para a adoção de práticas de higiene, reconheceu-se também que não se podia contar apenas com leis e regulamentos como agentes de mudança. Surge então a educação em saúde como fundamento dos programas sanitários, uma vez que sem ela não é possível a aceitação de regulamentos ou a utilização de serviços.

Segundo MARCONDES⁶⁰, "analisando-se o grau de sucesso e fracasso de programas para melhorar o estado de saúde de uma comunidade, verificamos que os fatores que o limitam não dizem respeito apenas à falta de recursos econômicos; encontra-se que frequentemente esses fatores podem ser atribuídos à falta de compreensão sobre como saúde pode ser conseguida e à aceitação das práticas necessárias". E BOTOME¹¹, citando trabalho realizado em 1980, conclui que o comportamento humano constitui uma das variáveis que interferem nas condições de saúde. Desse modo, diz o Autor, "o que uma

pessoa faz em relação ao seu ambiente e a si próprio interfere com as condições de saúde". Nesse sentido os programas de saúde passam a depender da educação como elemento facilitador para a implantação de suas ações. Ao mesmo tempo, a educação em saúde não tem sentido como atividade isolada; deve estar sempre integrada aos programas de saúde.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde⁶⁹, os serviços de educação em saúde devem conhecer com a maior precisão possível a natureza dos problemas sanitários, sua importância para a comunidade, os fatores que repercutem na saúde dos indivíduos e o estado de saúde dos diferentes setores da população.

O componente educativo dos programas de saúde deve ter o homem por principal preocupação. Nesse sentido, HASOKAWA, citado por KLUEMPER & JOHNSON⁵², apresenta princípios, alguns baseados em ditos populares, a serem seguidos por aqueles que atuam na área da saúde:

- "Coloque a calçada onde as pessoas andam", ou seja, o interesse da população poderá ser útil como elemento motivador de determinada ação;
- "As pessoas têm o direito de ser incluídas nas decisões referentes à manutenção de sua própria saúde", princípio que estimula a participação e condena o paternalismo;
- "Ninguém pensa da mesma forma ou passa pelas mesmas experiências"; assim, não existe um plano mágico ou estratégia de educação em saúde que possa ser utilizado por todos em todas as situações;

- "As pessoas não podem ser categorizadas em tabelas quando se trata de educação em saúde"; isto significa que as pessoas e a comunidade frequentemente têm características variáveis que não responderão ao enfoque médico de sintoma + sintoma = doença = tratamento. Assim, não se pode limitar a informação a ser dada a uma pessoa com base na sua escolaridade. Isso se aplica principalmente a médicos e enfermeiras que, quando estão doentes, são alvo de um mínimo de ações educativas, pois presume-se que eles já sabem tudo;
- "Sapatos novos costumam a amaciar e a tornar-se confortáveis"; portanto, leva algum tempo para que os indivíduos passem a acreditar que, atualmente, têm um espaço garantido nas decisões relativas a cuidados de saúde e que têm responsabilidade sobre as decisões tomadas;
- "Pequenas mudanças no comportamento de saúde são mais fáceis de ser conseguidas do que grandes mudanças"; assim, qualquer ação de saúde a ser implantada deve basear-se nos costumes e práticas já existentes entre as pessoas;
- "Toda a aprendizagem ou mudança de comportamento deve ser reforçada e apoiada"; desta forma, é importante que a equipe de saúde elogie mesmo pequenas vitórias conseguidas na conquista de um objetivo maior.

Por outro lado, segundo afirma KAPRIO⁴⁹, não se pode cair no extremo de considerar que toda a responsabilidade por comportamentos na área da saúde constitui uma opção individual, desvinculada da sociedade que, sabidamente, exerce

pressão sobre as decisões de cada indivíduo.

Segundo VUORI¹¹², a responsabilidade pela educação em saúde dos indivíduos recai em primeiro lugar, sobre os pais e professores e não sobre o pessoal de saúde. Entretanto, o mesmo Autor reconhece que ela é essencial à atividade médica e que a melhor oportunidade para se oferecer educação em saúde ao cliente é quando ele entra em contato com os serviços de saúde; do ponto de vista organizacional, a educação em saúde faz parte do sistema de saúde e o seu desenvolvimento é responsabilidade do pessoal que integra o sistema.

Quanto à atuação dos serviços de saúde e à participação da educação na consecução de seus objetivos, vamos encontrar que ela deve estar presente em todas as atividades desenvolvidas pelo pessoal de saúde^{20, 77}. A esse respeito BOTOME¹¹¹ enfatiza a responsabilidade da instituição na aquisição de conhecimentos, formação de atitudes e adoção de práticas da população quando diz que a ação da agência de saúde determina em grande parte o que a população fará em relação à sua saúde. Confirmando esse ponto de vista, WESTPHAL e col.¹¹⁴ comentam que "sob o prisma educativo, a interação homem/ambiente, cliente/profissional só é conseguida quando há realmente participação do sujeito e objeto da ação, o próprio homem, em todo o processo". Todos os momentos de interação entre a equipe de saúde e os pacientes devem ser aproveitados no desenvolvimento de um programa educativo⁵⁷.

Tais afirmações sugerem que a educação em saúde implica em relacionamento equilibrado entre o pessoal de saúde e a po-

pulação, onde ambos tenham oportunidade de colocar seus pontos de vista sem que isto gere barreiras para qualquer dos dois.

CASTRO²⁰ afirma que "o pessoal de saúde, diante dos inúmeros e complexos problemas que se lhe apresentam, pode correr o grave risco de, absorvido com sua rotina de trabalho, com seu dia a dia, se distanciar do objetivo final da saúde pública: o bem-estar do homem. Todo seu trabalho terá valor quando colocado a serviço do homem, seu principal beneficiário". Corroborando essa afirmação OSHIRO e col.⁷¹ referem que, assim concebida, "a educação em saúde deixará de ser apenas um complemento das atividades médico-sanitárias e, ao tratar de resolver problemas reais da população e deixar de exercer domínio sobre ela, os profissionais de saúde contribuirão para que a população compreenda melhor a realidade e situe nela o processo saúde-enfermidade". Ainda os mesmos Autores enfatizam que cabe à educação em saúde formar nas pessoas uma consciência de saúde de maneira a que compreendam que esta constitui um dos direitos básicos do ser humano. Nesse mesmo sentido, WESTPHAL e col.¹¹⁴ afirmam que por intermédio da educação a população pode tornar-se responsável por sua saúde. SCHOENRICH⁹⁷ também salienta que a educação em saúde sistemática ajuda no uso efetivo dos serviços de saúde e RUBIN e col.⁹³ relatam que ela colabora na redução de interrupção de tratamentos, estimula o diagnóstico e seguimento do paciente, reduz a morbidade e mortalidade. Ainda sobre esse assunto, TERRIS¹⁰⁴ coloca que atualmente a educação em saúde está abandonando posições periféricas e ocupando posição central na solução dos pro -

blemas de Saúde Pública.

Assim sendo, supõe-se que a educação faça parte da atuação de todos aqueles que lidam com a população que frequenta os Postos de Saúde.

Entretanto, muitas vezes a preocupação do pessoal de saúde se canaliza apenas para atividades técnicas, específicas da sua profissão, deixando em segundo plano o componente educativo que necessariamente deveria acompanhá-las²⁰. SIMONDS, citado por LESPARE⁵⁷, afirma que é essencial que, para se evitar essa situação, as escolas de medicina e enfermagem aceitem a educação do paciente como parte integrante do seu programa de treinamento.

Assim, o conhecimento do cliente, como pessoa humana, tem ocorrido apenas por intermédio de formulários, com frequência excessivamente detalhados, mas que perdem sua utilidade à medida em que servem principalmente para o registro de dados. Por mais bem elaborado que seja, um formulário não pode registrar com fidedignidade as expectativas das pessoas, seus anseios, suas angústias, dúvidas e necessidades. Somente por meio do contato pessoal, do diálogo, do "feed-back" e do conhecimento mútuo o elo entre cliente e Unidade se aprofundará dando condições para que o processo educativo se concretize. A despersonalização que domina o atendimento em Unidades Sanitárias constitui um dos obstáculos a serem vencidos pela educação em saúde⁵⁷.

A fim de que todas as oportunidades sejam aproveitadas pelo pessoal de saúde para desenvolver simultaneamente ações técnicas e ações educativas, é preciso que cada elemento da equipe saiba o que é educação em saúde e qual sua responsabilidade específica na consecução do processo educativo. A importância desse aspecto em 1969 já fora identificada pela OMS⁶⁹ quando estabeleceu como um dos objetivos da preparação de recursos humanos para a saúde, "capacitar o pessoal para que integre a educação em saúde em suas atividades cotidianas". E ainda que "todas as atividades sob responsabilidade médica e desenvolvidas pela equipe de saúde devem integrar e desenvolver educação em saúde, que tem que ser parte de toda ação médica e social"¹¹⁵.

CASTRO²⁰ observa que, para a grande maioria do pessoal de saúde, "educação em saúde é uma atividade necessária, mas que não se incorpora à sua atuação".

CANDEIAS & MARCONDES¹⁶, citando ROKEACH, referem que as "práticas dos indivíduos decorrem de uma atitude em relação a dado objeto e em relação às circunstâncias que envolvem esse objeto". Assim, se o objeto da intervenção educativa é importante, bem como os conhecimentos que ele pressupõe, não menos importante é a situação em que ela ocorre. Algumas variáveis têm influência decisiva sobre a situação em que ocorre a ação de saúde; entre elas, o relacionamento pessoal de saúde X clientela. A partir da experiência de Autores como MARCONDES & SOSSAI⁶¹, NYSWANDER⁶⁵, PENTEADO⁷³, PHILLIP⁷⁵, RYAN⁹⁴ e WHO¹¹⁵, pode-se eleger alguns princípios de educação em saúde que se aplicam a situações de in-

teração entre Unidade e clientela:

- a aprendizagem começa com o conhecido;
- a educação deve ser ativa, sempre buscando a participação do educando;
- o conhecimento prévio da comunidade (ou cliente) é fator facilitador do processo educativo;
- a aprendizagem ocorre mais rapidamente quanto maior o número de exposições à mensagem;
- a comunicação deve ser bilateral; o processo de comunicação só se completa quando se confirma, na devolução da informação, a compreensão e reação do receptor;
- todas as pessoas podem aprender, independente de sexo, idade, escolaridade e condições socio-econômico-culturais, e fazem-no em ritmo próprio;
- quanto maior a identidade entre educador e educando, tanto do ponto de vista social como cultural, maior a eficiência do ensino;.
- toda a motivação decorre de necessidades; os indivíduos mudam mais facilmente seu modo de agir quando essa mudança responde a uma necessidade;
- as percepções que o educando tem do agente de mudança e que este tem do educando é de importância fundamental no processo educativo.

CANDEIAS¹⁴, aplicando esses princípios a situações reais a nível de serviço ambulatorial de pré-natal, recomenda ao pessoal de saúde:

- "diminuir níveis de tensão emocional, fazendo com que a cliente se tranquilize, antes de dar início ao processo

educativo; para isso, abordar assuntos gerais de interesse para ela;

- fazer com que a interação se fundamente em diálogo; ouvir o que a cliente quer dizer, não quer dizer ou não consegue dizer;
- utilizar palavras e expressões que se enquadrem dentro do universo terminológico da cliente, evitando "socioletos"; não agir com superioridade, evitando atitudes paternalistas;
- verificar o que a cliente já sabe a respeito da orientação a ser dada, antes de iniciá-la;
- repetir os pontos essenciais da mensagem, antes de terminar a entrevista, verificando o grau de interesse e de compreensão que despertaram".

RELACIONAMENTO ENTRE UNIDADE
SANITÁRIA E CLIENTELA

RELACIONAMENTO ENTRE UNIDADE SANITÁRIA E CLIENTELA

O período pré-natal parece ser ideal para conseguir que a mulher se prepare física e emocionalmente para o nascimento de um bebê sadio. É nesse período, principalmente, que as primíparas estão motivadas para "fazerem as coisas ~~co~~cêrtinhas"⁴⁸.

Durante o período pré-natal as Unidades Sanitárias têm oportunidade de educar a futura mãe, discutindo com ela assuntos relevantes, tais como importância do controle médico sistemático, aleitamento materno, relacionamento mãe/filho e primeiros cuidados com o recém-nascido. Entretanto, documentos elaborados pelo Ministério da Saúde e Secretaria de Higiene e Saúde/PMSP afirmam que "a educação em saúde, útil e necessária nessa fase, não é feita de maneira regular, dependendo da boa vontade de alguma funcionária mais conscientizada; assim, muitas gestantes referiram que gostariam de ter discutido no pré-natal direitos da mulher, desenvolvimento da gestação, amamentação, anti-concepção, e, isso não foi feito"^{63,79}.

ARAÚJO e col.³ afirmam que "vários Autores vêm salientando a importância da consulta pediátrica pré-natal mensal, com ambos os pais para o estabelecimento de uma amamentação bem sucedida".

Para ser realizado com alguma possibilidade de sucesso, esse trabalho prevê um relacionamento humano próximo, sem barreiras, entre o pessoal de saúde e os clientes dos Postos

de Saúde. Tal objetivo, todavia, não é de fácil consecução. Muitas atitudes são criadas na clientela durante o atendimento e podem ser positivas ou negativas⁴². A postura do pessoal de saúde pode determinar o aparecimento de barreiras indesejáveis, com potencial para prejudicar a aproximação da população⁵³. HUNTER⁴⁶, em trabalho realizado em 1981, buscou identificar as barreiras que impedem as pessoas de assumirem responsabilidade por sua própria saúde, levantando as seguintes questões: a raiz do problema estaria na falta de conhecimentos? No desinterêsse? Na pobreza dos programas de educação em saúde? Ou na indiferença dos profissionais de saúde no trato com a população? Sem dúvida, esses são pontos de importância ímpar a serem considerados na solução do problema.

A questão da saúde individual, assim como as soluções alternativas, devem ser compartilhadas por todos os interessados: pessoal de saúde e população.

GARFUNKEL³⁶ afirma que, em pesquisa realizada entre clientes de consultórios dentários em Dayton/Ohio, ficou evidenciado, por 89,2% dos entrevistados, que a característica mais importante na escolha do dentista recai sobre o fato do profissional apresentar ao paciente o seu problema dentário, discutindo com ele as alternativas de tratamento. Essa assertiva vem de encontro a um princípio básico da Saúde Pública que preconiza fazer com a população e não para a população.

DELGADO²⁹ - recomenda que os profissionais de saúde se familiarizem com a comunidade que eles servem, considerando tanto as instituições formais como as informais,

SCHOENRICH⁹⁷ enfatiza a necessidade de se encontrar caminhos que possibilitem a participação de todo o pessoal de saúde nos processos de educação em saúde e educação dos pacientes,

BROCKINGTON, citado por HILTON⁴⁵, caracteriza como muito importante na disseminação de conhecimentos o contato face-a-face entre o pessoal de saúde e o cliente.

A comunicação, sem dúvida, desempenha papel relevante na consecução dos objetivos da educação em saúde, dizem FLETCHER e col³².

Deveria ser claro para os profissionais da área da saúde que, frequentemente, o seu conhecimento sobre determinada palavra ou situação não coincide com o do cliente que tem à sua frente, comenta READER⁸⁹.

Trabalho realizado por DOAK & DOAK³¹ revela que 50% das pessoas têm dificuldade ou são incapazes de ler materiais instrucionais, o que os leva a aconselhar que se procure sempre conseguir o "feed-back" do cliente. Perguntas tais como "mostre-me como você faria... ou diga-me porque..." são essenciais. A comunicação entre médico e pacientes tem sido fartamente estudada e o resultado, de maneira geral, tem-se mostrado insatisfatório. Os resultados encontrados no

presente estudo comprovam essa afirmativa, tanto em relação aos médicos, como a todo o pessoal de saúde. Quando as clientes recebem um tratamento impessoal, mesmo se chamadas de "mãe" ou "querida", pode-se supor que seu relacionamento com o pessoal da Unidade Sanitária seja, se não bloqueado, pelo menos limitado. Essa é uma situação já denunciada por SCOTT SIMONDS, conforme relata LEPARRE⁵⁷ em conferência proferida em Chicago em 1969 na American Hospital Association,

O processo educativo em uma Unidade Sanitária de atendimento ambulatorial deve ser integrado à prestação dos serviços oferecidos e ao ambiente físico e emocional existente.

TOMLINSON¹⁰⁶ apresenta muito bem o problema do relacionamento entre médico e paciente, citando o caso da gestante que, após várias visitas à clínica de pré-natal, se sentia muito frustrada porque o médico parecia interessado apenas no seu abdômen, nunca lhe dando uma palavra ou lhe dirigindo o olhar; com a intenção de quebrar essa barreira e chamar sua atenção, em mais uma de suas visitas ao pré-natalista ela escreveu com letras garrafais no seu ventre - "Alo".

O fato da conduta médica ser perfeita do ponto de vista técnico não exime o profissional de procurar conhecer as preocupações e necessidades emocionais de seu cliente.

CARVALHO¹⁸, KORSCH e col.⁵⁴, OLIVER⁶⁷, RAIMBAULT e col.⁸⁷ e YORK & MATERU¹¹⁸ analisando aspectos da comunicação entre pacientes e médicos, afirmam que frequentemente o médico se

expressa utilizando linguagem científica, incompreensível para o cliente, esquecendo-se das consequências que essa conduta poderá acarretar (alteração ou não cumprimento da prescrição causada por timidez do cliente que não temer coragem de perguntar ao médico aquilo que não entendeu, choque cultural, entre outros), Geralmente, por falta de depopreparo específico, o médico utiliza na comunicação com seus clientes métodos centrados apenas na sua própria experiência sem o menor amparo didático³⁴. Preocupa-se com a doença, o "caso" e não com a pessoa. Hoje não se aceita mais a medicina centralizada apenas na doença; para atender às necessidades globais do cliente, deve haver preocupação com esses dois aspectos: a doença e o homem.

PAUL TOURNIER¹⁰⁷, clínico geral em Genebra durante quase 50 anos, declarou que "a terceira dimensão da medicina significa ajudar os pacientes a se tornarem pessoas, a se conscientizarem de sua responsabilidade por si mesmos. Na medicina puramente técnica eles entregam nas mãos dos outros homens a responsabilidade por suas próprias vidas. Na medicina tridimensional (psicossomática espiritual), eles se tornam novamente responsáveis por si mesmos". Está ainda RAIMBAULT e col.⁸⁷ quem afirma que "lidar com pacientes requer do médico tentar e manter-se constantemente atento às suas próprias reações diante do problema do paciente". Impaciência, irritabilidade, demonstração de superioridade podem ser fatais para os resultados do processo educativo. LARIMORE⁵⁵ comenta que, para ter um relacionamento satisfatório com seu paciente, o médico deve aprender a falar em lin

guagem simplificada, compreensível para ele. Muitas vezes o cliente, adotando um mecanismo de defesa, tenta adaptar o que ouviu aos seus conhecimentos anteriores, às suas crenças e valores, distorcendo assim a informação recebida; por isso, é importante que o médico se certifique de que sua mensagem foi bem compreendida, estimulando o cliente a repeti-la, tendo assim oportunidade de corrigir essas possíveis distorções. É ainda o mesmo Autor quem alerta para o perigo de que muitos médicos, devido ao acúmulo de responsabilidades, passam a delegar cada vez mais ao pessoal auxiliar de saúde a responsabilidade pelas orientações educativas que lhe caberiam. Esse fato faz parte da rotina diária de Unidades Sanitárias onde a responsabilidade pela maior carga de informações e orientações recai na auxiliar de enfermagem.

CLARKE e col.²³ e COPP²⁷ reafirmam que pacientes e médicos sempre têm questões que gostariam de ver respondidas; para isso sugerem como uma das possíveis alternativas a utilização de recursos audiovisuais na sala de espera como instrumentos educativos.

MARKS e col.⁶² declaram que pacientes com "status" socio-econômico baixo, mas que frequentam consultórios médicos particulares, apresentam uma taxa de vacinação mais alta do que aqueles que frequentam serviços públicos. Duas hipóteses são levantadas para explicar tal situação: a primeira, que nos consultórios particulares os médicos se empenham mais na motivação de seus pacientes visando a que cumpram o es-

queima de vacinação; a segunda, é que os pacientes que procuram médicos particulares já estão mais motivados no que diz respeito à saúde.

VASCONCELOS¹⁰⁹ comenta que "a consulta médica é um momento muito denso de educação em saúde e esta oportunidade não pode ser desperdiçada". Declara ainda que ouvir os pacientes com um mínimo de atenção facilita o relacionamento entre ambos. Nesse sentido KORSCH⁵⁴ menciona que muitos pediatras acreditam que oferecem aos pais ampla oportunidade de fazerem perguntas. Entretanto, pesquisa que se realizou com clientes desses pediatras mostrou que 10% das mães não fizeram nenhuma pergunta e 27%, uma ou duas, as quais nada tinham a ver com as orientações dadas pelo médico.

Alguns Autores chamam a atenção para o fato de que existe uma relação direta entre o processo de comunicação estabelecido entre médico e pacientes e os resultados obtidos em termos de melhoria da saúde^{19,109,115}. CARVALHO¹⁸ relata que "de fundamental importância são as características de personalidade, calor humano, delicadeza e habilidade do médico para se comunicar com o paciente, ministrando-lhe conhecimentos sobre como preservar a saúde".

Em pesquisa realizada por SANAZARO e WILLIAMSON, citados por BARTLETT⁷, entre 32 possíveis funções clínicas, a educação do paciente foi mencionada em 3º lugar, sendo precedida apenas pelo diagnóstico precoce e tratamento. É, pois, de causar surpresa, afirma BARTLETT⁷, que ela não constitua u-

ma disciplina obrigatória em nenhuma das 120 escolas médicas dos Estados Unidos.

Experiência soviética relativa à assistência materno-infantil revela que o pediatra, a fim de acompanhar o desenvolvimento físico e psíquico da criança, adota o seguinte cronograma: 3 consultas no 1º mês de vida, 1 vez ao mês nos 11 meses seguintes, 4 vezes durante o 2º ano e 1 vez ao ano nos anos seguintes. O principal objetivo dessas consultas é continuar a educação em saúde da mãe e comprovar que a criança recebe os cuidados necessários⁴⁴.

WESTPHAL e col.¹¹⁴ afirmam que nos ambulatórios onde se atende crianças sadias há possibilidade de que ocorra um processo educativo efetivo; este, entretanto, na realidade dos PAM, não deve nem pode ser de responsabilidade apenas do médico. A equipe de saúde como um todo, e atuando harmonicamente, deve responsabilizar-se pela educação em saúde da população que procura a Unidade Sanitária. Como diz CASTELLANOS¹⁹, é necessário que todos os membros da equipe aproveitem ao máximo as oportunidades que se apresentam para levar a cabo esse trabalho educativo. CANFIELD¹⁷ afirma que, embora o médico desempenhe um papel muito importante nesse processo, é aconselhável que ele conte com o auxílio de outros elementos da equipe visando a oferecer melhor e maior informação ao cliente sobre sua condição de saúde. É importante e necessário que o médico compartilhe e não delegue totalmente aos demais elementos da equipe de saúde a responsabilidade pela educação em saúde dos clientes da Unidade Sanitária.

De acordo com CANDEIAS¹⁵, "os conhecimentos, atitudes e práticas do indivíduo na área da saúde podem depender, dramaticamente, de contatos rápidos e mal planejados, com apenas um profissional de saúde que, dependendo de fatores circunstanciais, pode reforçar ou anular esforços que visam a levar o indivíduo a adotar o comportamento cientificamente desejável".

O DEPARTAMENTO DE SAÚDE
DA COMUNIDADE

O DEPARTAMENTO DE SAÚDE DA COMUNIDADE

O Departamento de Saúde da Comunidade (DSC), órgão executivo da Secretaria de Higiene e Saúde (SHS) da Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP), conta com 81 Postos de Assistência Médica (PAM) localizados, na sua grande maioria na periferia do Município e destinados a dar assistência, principalmente, a gestantes e crianças.

O documento Normas e Procedimentos de Assistência Materno-Infantil no DSC⁸³ estabelece, no capítulo referente à assistência à criança nos PAM, atividades nessa área como meta prioritária no atendimento à população.

O Programa de Assistência à Infância e Maternidade da Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal de São Paulo é semelhante ao da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. A nível de Prefeitura esse Programa destaca, entre outras, sua preocupação em "garantir que as ações relativas à manutenção e promoção da saúde aconteçam com a mesma intensidade que caracteriza as ações de recuperação da saúde"⁸³.

O êxito do Programa de Assistência Materno-Infantil depende da conciliação de diversas variáveis, entre as quais se destacam: a existência dos serviços, disponibilidade de recursos humanos e materiais, relacionamento do pessoal de saúde com a população, obediência às normas que orientam a execução do Programa.

Segundo BOTOMÉ¹¹, entre 1975 e 1978 houve um grande esforço do DSC para que a atuação dos PAM, através dos serviços de pediatria, pré-natal, clínica médica, odontologia, odontopediatria e vacinação, passasse a ser entendida como essencialmente preventiva e não apenas curativa.

O atendimento do período da manhã, denominado "ambulatorial", deveria cobrir a demanda do dia, não havendo agendamento, a não ser em casos especiais. As consultas seriam precedidas de pré-consulta e seguidas de pós-consulta opcionalmente, de acordo com a disponibilidade de pessoal existente na Unidade. No período da tarde o atendimento, denominado "programático", obedeceria a programação específica; as consultas médicas e atendimentos de enfermagem seriam agendados, precedidos de pré-consulta e seguidos de pós-consulta, obrigatoriamente.

De acordo com as normas do Programa de Saúde Materno-Infantil no DSC o cronograma de atendimento previsto para crianças e gestantes obedeceria o seguinte esquema:

CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO À CRIANÇA

15d	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	9m	10m	11m
M	E	E	M	E	M	E	M	E	M	E	M

M = consulta médica

E = atendimento de enfermagem

CRONOGRAMA DE ATENDIMENTO À GESTANTE

SUSP	GRAV N	1-4	5-8	9-12	13-16	17 a 20	21-24	25-28	29-32	33-36	37-40	40 e +
GRAV	CONF	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM	SEM
M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M

Durante a freqüência aos PAM, e através dos diferentes contatos com o pessoal de saúde, as gestantes e mães deveriam receber todo o conteúdo de saúde previsto na programação. Basicamente esse conteúdo, detalhado em 19 itens caracterizados como um "Sistema de Educação em Saúde"¹¹, incluía:

- "Serviços fornecidos pelo Posto e as atividades de cada área de atendimento à saúde.
- Uso de suplemento alimentar para gestantes e nutrízes.
- Escolha e aquisição de alimentos.
- Preparo e ingestão de alimentos.
- Cuidados especiais na gravidez.
- Uso de medicamentos na gravidez.
- Aleitamento materno.
- Primeiros cuidados com o recém-nascido.
- Banho e vestuário do bebê.
- Cuidados fundamentais no parto e puerpério.
- Utilização de cloro na água de beber.
- Uso de recursos da comunidade.
- Preparação da mamadeira e de líquidos para o bebê.
- Introdução de sucos e papa de frutas na alimentação do bebê.

- Uso de medicamentos para a criança.
- Introdução da gema de ovo e de sopa na alimentação da criança.
- Como agir em intercorrências de saúde da criança.
- Como cuidar da dentição e da higiene bucal da criança.
- Introdução dos alimentos da família na alimentação da criança".

O programa previa que esse conteúdo fosse levado ao conhecimento das gestantes e mães de maneira ordenada, em dias e horários próprios, de modo a que todas as usuárias, independentemente da precocidade com que comparecessem à Unidade, tivessem acesso, pelo menos, à orientação mínima necessária à sua condição.

Caberia ao pessoal auxiliar de enfermagem (auxiliares e atendentes), devidamente treinado, a responsabilidade pela transmissão desse conteúdo à população, através das pré e pós-consultas e da vacinação.

Devido à interferência de variáveis político-administrativas, houve mudanças na direção do DSC, o que ocasionou o cancelamento de todas as atividades não implantadas, embora planejadas. Entre elas figuravam as relativas à educação em saúde. Isto teve repercussões sérias na programação de saúde materno-infantil, que ficou com seu desenvolvimento e avaliação prejudicados.

Resta esclarecer que, como resultado de mecanismo de adaptação, orientações de saúde planejadas inicialmente passaram

a ser eventualmente desenvolvidas durante as consultas, as pré e pós-consultas e a vacinação.

Segundo WESTPHAL e col.¹¹⁴, nos locais onde os contatos são contínuos e a longo prazo, as possibilidades da realização do processo educativo efetivo são maiores. É o caso específico do atendimento oferecido pelo DSC às crianças de 0 a 11 meses de idade. Se matriculados no PAM logo no 1º mês de vida, essas crianças terão um contato de 11 meses com a Unidade, que dispõe desse período para atuar sobre as pessoas responsáveis por elas, sem negligenciar o período referente ao pré-natal.

A influência que o PAM exerce sobre a população se traduz por suas próprias ações. Assim, quando se pensou observar cada uma das atividades realizadas como parte do Programa de Assistência à Criança, tinha-se por objetivo conseguir a acompanhar o desenvolvimento do processo educativo em situações reais.

OBJETIVO

OBJETIVO

A educação em saúde constitui um dos componentes dos programas de saúde materno-infantil. Entretanto, para que sua ação possa gerar os efeitos desejados, entre outras variáveis, é necessário que integre as ações de todo o pessoal de saúde, responsável pelo atendimento de gestantes e mães em Unidades Sanitárias.

Com base nessa premissa resolvemos realizar o presente trabalho, com o objetivo de caracterizar a situação da educação em saúde em alguns PAM do Departamento de Saúde da Comunidade e, se necessário, propor medidas às autoridades competentes, a fim de assegurar sua integração à programação desses PAM.

Especificamente, pretendemos descrever o processo educativo que ocorre no atendimento à clientela nas diferentes atividades pelas quais, obrigatoriamente passa nos serviços de saúde da gestante e da criança.

METODOLOGIA

METODOLOGIA

População de Estudo

Entre as Unidades Sanitárias existentes no Município de São Paulo, optou-se, para a realização do presente trabalho, pelas pertencentes ao DSC/SHS/PMSP.

Entre as cinco Divisões Regionais de Saúde do DSC (Norte - DSC-1, Sul - DSC-2, Leste - DSC-3, Oeste - DSC-4 e Centro - Sul - DSC-5), foi escolhida a Divisão Regional de Saúde Oeste (DSC-4), cujos limites se estendem de Osasco a Caieiras, uma vez que os PAM por ela compreendidos se localizam em área mais próxima da Faculdade de Saúde Pública, sede de trabalho da Autora do estudo, facilitando seu acesso a cada um deles, embora situados em diferentes bairros da Regional:

- PAM JARDIM CIDADE PIRITUBA - Pirituba - AR-Perus/Pirituba
- PAM JARDIM SÃO JORGE - Jardim Arpoador - AR-Butantã
- PAM JOSÉ MARCÍLIO MALTA CARDOSO - Rio Pequeno - AR-Butantã
- PAM MOINHO VELHO - Vila Bonilha - AR-Lapa
- PAM ELÍSIO TEIXEIRA LEITE - Taipas - AR-Perus/Pirituba
- PAM JOSÉ DE BARROS MAGALDI - Itaim-Bibi - AR-Pinheiros
- PAM PIRITUBA - Chácara Inglesa - AR-Perus/Pirituba
- PAM VILA ROMANA - Vila Romana - AR-Lapa

Por outro lado, as atividades* desenvolvidas nessas unidades

* No presente trabalho denominam-se "atividades" as consultas médicas pré e pós-consultas e vacinação.

des obedecem à programação básica de todos os Postos do DSC: o período programático, destinado a atender crianças e gestantes saudáveis, pressupõe consultas de pediatria, pré-natal e puerpério precedidas de pré-consulta e seguidas de pós-consulta, vacinação de crianças e gestantes e atendimento odontológico para gestantes. O conteúdo de cada uma dessas atividades basicamente é o mesmo em todas as Unidades, com pequenas adaptações locais, pois a programação detalhada em normas e procedimentos é única para todo o Departamento.

Esta explicação não pretende, em nenhuma hipótese, generalizar os resultados obtidos no presente estudo, mas, apenas justificar a escolha de uma área limitada para sua realização.

O tempo disponível e o custo de um trabalho como este foram outras variáveis que influenciaram na decisão de se limitar o universo a ser estudado.

Dos dez PAM do DSC-4, foram utilizados oito, visto que dois só ofereciam atendimento a gestantes no período programático. Desse modo o universo de trabalho ficou constituído por oito PAM, sete dos quais com atendimento no período programático de crianças, gestantes e puérperas saudáveis e um com atendimento apenas de crianças.

Objetivo

Tendo em vista que o objetivo deste trabalho é constatar a integração da educação em saúde a programação de Postos de

Assistência Médica, considerou-se oportuno fazê-lo através da análise do componente educativo desenvolvido em atividades com gestantes e mães com vistas à saúde da criança de 0 a 1 ano de vida.

Método

Como método de trabalho optou-se pela Observação Sistemática Não Participante. Segundo SELLTIZ e col.⁹⁸, "a grande vantagem das técnicas de observação reside no fato de permitirem o registro do comportamento, tal como este ocorre". ANDER-EGG² e GOODE & HATT³⁹ afirmam que a observação é o mais antigo e ao mesmo tempo o mais moderno dos procedimentos de investigação.

No presente estudo a observação foi feita com o conhecimento dos sujeitos, estratégias que, segundo GOODE & HATT³⁹, é válida para a análise de situações reais.

SELLTIZ e col.⁹⁸ afirmam que, quando os sujeitos sabem que estão sendo observados, podem, eventualmente, tentar criar uma impressão específica; todavia, em situações reais, torna-se difícil a manutenção de um desempenho falso. Relatam ainda que muitos pesquisadores acreditam que a observação feita diretamente no ambiente de atuação dos indivíduos a serem observados, ou através de tela de visão unilateral, com ou sem conhecimento desses sujeitos, pouca influência tem sobre seu comportamento. A observação sistemática se utiliza de instrumentos auxiliares para o registro fiel dos comportamentos observados. Esses instrumentos (filmes, gra

vações, formulários, inventários) são indispensáveis para e vitar distorções no registro das observações³⁹.

Instrumentos

No presente estudo utilizaram-se roteiros como instrumento, cujos pontos básicos referiam-se a aspectos do ambiente físico e emocional, relacionamento humano, técnicas de ensino - aprendizagem e conteúdo de saúde, presentes nas diferentes atividades dos PAM.

Embora não explícito, o componente educativo está implícito em praticamente todos os procedimentos relacionados a essas atividades. Da sua concretização deve surgir o comportamento que se espera da cliente em relação à saúde. Entretanto, para que isso ocorra, é necessário que o pessoal de saúde tenha habilidade para lidar com duas diferentes dimensões da mesma atividade: o conteúdo e o processo. A educação só poderá resultar em comportamento voluntário e compatível com a situação de saúde de cada cliente quando essas duas dimensões forem trabalhadas.

A elaboração desses roteiros foi fundamentada em revisão bibliográfica e nas sugestões dos profissionais entrevistados e lotados nos PAM eleitos pela Autora para a realização do trabalho.

A revisão bibliográfica mostrou que os principais assuntos relativos à saúde da criança nessa faixa etária, e que devem fazer parte do cabedal de conhecimentos das mães, podem

ser agrupados em seis itens: alimentação, com ênfase no aleitamento materno, higiene, vacinação e imunização, crescimento e desenvolvimento, relacionamento mãe/filho e prevenção de acidentes^{1, 12, 13, 26, 78, 90, 101, 116}.

Com o objetivo de comparar esse quadro teórico com a realidade vigente nas Unidades Sanitárias Municipais entrevistaram-se todos os médicos e enfermeiras lotados em nível local (TABELA 2), identificando-se assim o conteúdo mínimo (Anexo 1) de responsabilidade dos PAM a ser oferecido às gestantes e mães sobre saúde da criança no primeiro ano de vida.

Não foram entrevistados os servidores que na época do levantamento estavam afastados por motivo de férias, licença ou qualquer outro tipo de afastamento que não caracterizasse falta ao trabalho no dia.

TABELA 2 - Distribuição dos profissionais entrevistados segundo formação universitária - Divisão Regional de Saúde-Oeste - DSC/SHS/PMSP, 1982.

FORMAÇÃO UNIVERSITÁRIA	PROFISSIONAIS ENTREVISTADOS				TOTAL	
	SIM		NÃO			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pediatras	11	91,7	1	8,3	12	100,0
Toco-ginec.	7	100,0	-	-	7	100,0
Enfermeiras	5	62,5	3	37,5	8	100,0
TOTAL	23	85,1	4	14,9	27	100,0

Inicialmente pensou-se em utilizar a entrevista aberta não estruturada para permitir que os profissionais tivessem oportunidade de, livremente, levantar todos os pontos que julgassem importantes referentes ao tema.

Entretanto, o pré-teste do instrumento revelou que essa estratégia não oferecia os resultados esperados, pois a proposição de um tema amplo, sem possibilidade de preparo prévio do entrevistado, fazia com que, frequentemente, fossem omitidos pontos importantes, muitos dos quais inerentes à conduta rotineira do profissional. Consultados sobre a possibilidade de se estruturar a entrevista com base nos seis temas identificados na literatura, todos concordaram, considerando unanimemente serem esses pontos de capital importância na educação de gestantes e mães. Atendendo a essa avaliação o instrumento foi reelaborado (Anexo 2) ainda como entrevista aberta, mas dirigida. Novamente testado, o instrumento foi aprovado, passando a ser utilizado na realização de todas as entrevistas.

O conteúdo sugerido nessas entrevistas foi tabulado e categorizado de acordo com a bibliografia consultada. A critério da Autora foram desprezadas as informações levantadas por apenas 10% ou menos dos entrevistados.

A comparação do elenco de informações assim obtido com aquele contido na programação do DSC mostrou que, de maneira geral, ambos enfocam os mesmos pontos, com exceção do tema "Prevenção de Acidentes", que não está previsto na programação do DSC.

O modelo CAP, apresentado por CANDEIAS & MARCONDES¹⁶ sob o enfoque da teoria da consistência contingente, demonstra que um conhecimento positivo (C+) pode ou não levar a uma atitude positiva (A+), dependendo do tipo de vivência ou expectativa que o indivíduo apresenta frente a determinada situação. Essa atitude, positiva ou negativa, dependendo do reforço recebido, leva a um comportamento final, positivo ou negativo.

Assim, a mãe pode ter o conhecimento correto sobre a importância da vacinação na prevenção de algumas doenças infectocontagiosas; entretanto, devido ao atendimento descortez ou deficiente recebido na Unidade, prefere não levar seu filho para vacinar, alterando a sequência entre Conhecimentos, Atitudes e Práticas. Segundo WESTPHAL e col.¹¹⁴, muitos profissionais de saúde desconhecem a influência que as experiências positivas e negativas, as crenças e valores têm no processo de adoção de um comportamento.

O enfoque da consistência contingente do Modelo CAP¹⁶ realça o papel desempenhado pelo ambiente emocional que cerca o desenvolvimento de uma atividade, na opção do indivíduo por um comportamento de saúde (positivo ou negativo).

Com base nessa teoria e em princípios de educação em saúde estabeleceu-se uma relação hierarquizada dos aspectos educativos a serem observados nas diversas atividades realizadas nos PAM.

Esse processo de hierarquização elegeu como importantes os seguintes aspectos:

- relacionamento pessoal de saúde/clientela
- orientações de saúde oferecidas
- obtenção de "feed-back"
- reforço das orientações fornecidas

Partindo do conteúdo assim levantado organizaram-se diferentes roteiros de observação, a serem utilizados nas consultas de pré-natal, puerpério e pediatria, pré-consulta de pediatria e pós-consulta de pré-natal, puerpério e pediatria, assim como na sala de vacinação (Anexos 3 a 10). O critério para seleção dessas atividades fundamentou-se no fato de que possuem um componente educativo. Esses roteiros, que constituíram o instrumento utilizado no levantamento de todos os dados do presente estudo, foram pré-testados no Centro de Saúde Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública/USP. A escolha dessa Unidade deveu-se ao fato de situar-se no prédio da Faculdade de Saúde Pública, local de trabalho da Autora e, de desenvolver todas as atividades a serem observadas nos PAM.

A aplicação dos instrumentos obedeceu cronograma pré-estabelecido, que previa a permanência do observador durante todo o atendimento do dia em cada uma das atividades dos Postos. O trabalho de campo teve início em 19 de outubro de 1982, prolongando-se até 29 de novembro do mesmo ano. Todos os chefes das Unidades foram contactados com antecedência, tendo sido esclarecido o objetivo do trabalho, para cuja reali

zação se solicitava sua permissão e colaboração.

Aos dados obtidos foi dado tratamento estatístico descritivo, através de frequências absolutas e relativas e os resultados apresentados por meio de tabelas e gráficos apropriados a cada situação. /

O intuito da Autora ao estabelecer os itens que constituíram os roteiros de observação foi o de identificar não a conduta técnica dos profissionais, mas seu desempenho como participantes do processo educativo. E, embora nem todos eles figurem nos documentos normativos do DSC referem-se a aspectos considerados importantes por seus médicos e enfermeiras quando entrevistados sobre o conteúdo mínimo a ser oferecido à gestantes e ou mães de crianças de 0 a um ano de vida.

RESULTADOS

RESULTADOS

Os dados apresentados retratam o que ocorre nos PAM observados em termos de educação em saúde. É uma atividade considerada importante por todos os que lidam com o público (profissionais e auxiliares), assim como pelos responsáveis pela programação desenvolvida nas Unidades Sanitárias. Está implícita em todas as atividades executadas nos Postos de Assistência Médica, constituindo, hipoteticamente, mecanismo indispensável para a consecução dos objetivos do Programa de Assistência Materno-Infantil.

A fim de operacionalizar a proposta apresentada foram observadas as atividades constantes da Tabela 3, totalizando 643 observações.

TABELA 3 - Distribuição, por atividade, das observações feitas em PAMs da Divisão Regional de Saúde Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

TIPO DE ATIVIDADE	NÚMERO
Consulta médica de pré-natal	64
Pós-Consulta de pré-natal	58
Consulta médica de puerpério	8
Pós-Consulta de puerpério	8
Pré-Consulta de pediatria	158
Consulta médica de pediatria	114
Pós-Consulta de pediatria	129
Vacinação	104
T O T A L	643

ASSISTÊNCIA MATERNA

A proposta de assistência à gestante no DSC estabelece que "a assistência materna não será constituída apenas de consulta médica de pré-natal, mas sim por um conjunto de ações que têm o objetivo de garantir, de uma maneira mais completa, que a gravidez culmine com a obtenção de uma criança sa dia em decorrência da assistência prestada à mãe"⁸⁴.

Consulta Médica de Pré-Natal

São os seguintes os procedimentos previstos para a consulta médica:

- verificar queixas
- medir pressão arterial
- proceder ao exame físico geral, se necessário
- proceder ao exame obstétrico
- avaliar clinicamente a evolução da gravidez
- registrar dados do exame obstétrico e exames complementares
- pedir exames complementares, se necessário
- determinar o prazo de agendamento
- indicar encaminhamentos, se necessário
- incentivar o aleitamento materno
- orientar as gestantes para comparecerem com a criança à consulta médica, 15 dias após o parto, aproximadamente⁸⁴.

A tabela 4 apresenta os aspectos observados nas consultas de pré-natal.

TABELA 4 - Distribuição do número e porcentagem de consultas médicas de pré-natal segundo a presença dos aspectos observados em PAMs da Divisão Regional de Saúde Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

ASPECTOS OBSERVADOS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recepção individual da cliente	64	100,0	-	-	64	100,0
Utilização do nome da usuária no relacionamento entre médico e cliente	39	60,9	25	39,1	64	100,0
Orientação sobre:						
- medicação prescrita	35	54,7	29	45,3	64	100,0
- alimentação	14	21,9	50	78,1	64	100,0
- vacinação	-	-	64	100,0	64	100,0
- cuidados gerais de saúde	-	-	64	100,0	64	100,0
- fumo	-	-	64	100,0	64	100,0
- vantagens do aleitamento materno	-	-	64	100,0	64	100,0
- cuidados com os seios	-	-	64	100,0	64	100,0
- identificação de barreiras ao aleitamento materno	-	-	64	100,0	64	100,0
- esclarecimentos de dúvidas referentes ao aleitamento materno	-	-	64	100,0	64	100,0
Orientação sobre*:						
- consulta de puerpério	-	-	16	100,0	16	100,0
- consulta do recém-nascido	-	-	16	100,0	16	100,0
- como proceder quanto ao aleitamento materno até a 1ª visita ao pediatra	-	-	16	100,0	16	100,0
Avaliação do "feed back" da cliente	-	-	64	100,0	64	100,0

* Somente a partir do 7º mês de gestação

A Tabela 4 mostra que todas as gestantes foram recebidas individuálmente pelo médico prê-natalista. O relacionamento entre elas e o médico é cordial e em 60,9% das consultas observadas as clientes foram tratadas pelo nome.

Quanto à orientação dada durante a consulta médica, a maioria diz respeito à prescrição de medicamentos, que alcançou 54,7% em 64 consultas observadas.

Em 21,9% das consultas houve orientação sobre alimentação e em 14,1%, sobre cuidados gerais de saúde durante a gestação. Em nenhuma foi abordado o problema do fumo, embora o hábito de fumar seja comum entre as gestantes; também em nenhuma oportunidade, mesmo nas primeiras consultas, foi dada qual quer orientação sobre vacinação de gestantes.

Em relação ao aleitamento materno, nenhum dos médicos obstetras abordou o assunto, independente do mês de gestação da cliente. Além disso, orientações a serem dadas a gestantes no último trimestre de gravidez não se concretizaram nas 16 consultas de clientes nessa faixa.

Em nenhuma das 64 consultas médicas observadas houve reforço ou avaliação da interpretação que a cliente dera as orientações oferecidas.

Observou-se durante as consultas médicas de prê-natal que geralmente as gestantes são passivas, contentando-se em responder as perguntas feitas pelo médico, quase sempre monossilábicamente. Em nenhum caso se observou diálogo entre

médico e cliente. O fato de em 60,9% das consultas os médicos se preocuparem em chamar as clientes pelo nome não basta para "quebrar o gelo" e permitir que elas se sintam à vontade para fazer as perguntas que esclareçam suas dúvidas.

A orientação sobre medicamentos ou alimentação dada em 54,7% e 21,9% das consultas, respectivamente, foi de caráter autoritário, enfatizando sempre o que fazer e raramente porque fazer.

Quanto ao fumo, embora em documento do próprio Departamento esteja explicitado que "o ideal será evitar o fumo no decorrer da gestação ou pelo menos diminuir o hábito a menos de cinco cigarros por dia", devido aos problemas que frequentemente causam para a mãe e para o bebê⁸², nada é orientado às clientes fumantes, mesmo porque não existe na rotina do atendimento pré-natal nenhum mecanismo que permita a identificação dessas gestantes, exceção feita à consulta médica que dispõe da anamnese.

Apesar da importância do tema, aleitamento materno não foi focalizado em nenhuma das consultas observadas. Tal fato assume maior gravidade quando complementado por dados referentes a essas informações a nível das maternidades. Segundo ULLOA¹⁰⁸, 91,0% da população de mães consideradas de baixo nível sócio-econômico receberam, nas maternidades, recomendação de oferecerem leite em pó para seus filhos. CANDEIAS¹⁵, em estudo referente ao desmame precoce, relata que apenas 0,8% das mães entrevistadas em Unidade de Maternidade receberam alguma orientação sobre aleitamento materno.

Existem, na consulta de pré-natal, algumas orientações pertinentes apenas para gestantes em final de gravidez. Assim, das 64 consultas, 16 foram de gestantes já no último trimestre de gravidez.

Para essas gestantes, e embora os assuntos constem da programação e tenham sido considerados importantes pelos próprios obstetras na entrevista inicial, nada foi orientado em termos de levar a criança ao pediatra quando comparecer à primeira consulta de puerpério, nem como evitar dar mamadeira ao bebê antes de conversar com o pediatra. Em decorrência, muitas mães já deixaram de amamentar ou o estão fazendo apenas parcialmente quando voltam ao PAM, após o parto.

Pós-Consulta de Pré-Natal

A pós-consulta de pré-natal é atividade obrigatória, realizada por atendentes de enfermagem. A finalidade é reforçar os aspectos abordados pelo médico. De acordo com as normas de atendimento à gestante do DSC, a pós-consulta implica na orientação sobre:

- preparo do suplemento alimentar
- medicamentos prescritos (posologia, tempo de tratamento, aplicação) e quaisquer outras prescrições
- uso do cloro
- vacinação
- coleta de material para exames de laboratório
- aleitamento materno (vantagens e técnica)
- parto, maternidade e outros recursos de saúde⁸⁴

As normas ainda preveem que a atendente de enfermagem se dirija à cliente chamando-a pelo nome e realize a pós-consul-ta em sala privativa.

A orientação sobre uso do cloro e suplemento alimentar para gestantes e nutrízes deixou de ocorrer nesta e em todas as demais atividades em que estava prevista por falta de tais produtos nas Unidades, por ocasião da observação.

A tabela 5 demonstra a forma como esses procedimentos foram concretizados, oferecendo um perfil da pós-consulta de pré-natal.

TABELA 5 - Distribuição do número e porcentagem de pós-con-sultas de pré-natal segundo a presença dos aspec-tos observados em PAMs da Divisão Regional de Saú-de-Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

ASPECTOS OBSERVADOS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recepção individual da cliente	58	100,0	-	-	58	100,0
Utilização do nome da usuária no relaciona-mento atendente de enfermagem/cliente	14	24,1	44	75,9	58	100,0
Convite para a cliente sentar-se	45	77,6	13	22,4	58	100,0
Orientação sobre: - medicação prescrita	55	94,8	3	5,2	58	100,0
- coleta de material pa- ra exames de labora- tório*	33	56,9	25	43,1	58	100,0
- alimentação	18	31,0	40	69,0	58	100,0
- vacinação	-	-	58	100,0	58	100,0
- cuidados gerais de saúde	2	3,4	56	96,6	58	100,0
- fumo	-	-	58	100,0	58	100,0
- vantagens do aleita- mento materno	-	-	58	100,0	58	100,0
- técnica de amamenta- ção	4	6,9	54	93,1	58	100,0
Orientação sobre:**						
- parto e recursos da comunidade	-	-	16	100,0	16	100,0
- consulta de puerpê- rio	1	6,2	15	93,8	16	100,0
- consulta de recém - nascido	1	6,2	15	93,8	16	100,0
Avaliação da compreen- são da cliente sobre:						
- consulta médica	-	-	58	100,0	58	100,0
- orientações da pós- consulta	14	24,1	44	75,9	58	100,0

* exames de laboratório só foram solicitados para 33 gestan-tes

** somente a partir do 7º mês de gestação.

A tabela 5 revela que todas as gestantes foram recebidas individualmente: dessas, 24,1% foram tratadas pelo nome; as demais 75,9% foram chamadas de "mãe".

Nem sempre as gestantes foram convidadas a sentar-se, a fim de receber orientação; em 22,4% das pós-consultas isso não ocorreu, ficando a cliente em pé, enquanto a atendente lhe entregava os medicamentos e dava alguns esclarecimentos. A pós-consulta enfatizou, principalmente, a medicação prescrita: em 94,8% das pós-consultas houve orientação sobre medicamentos prescritos, em 31,0% sobre alimentação, em 3,4% sobre cuidados gerais de saúde e em nenhuma sobre vacinação da gestante e tabagismo.

No que se refere a exames laboratoriais, todas as vezes em que foram solicitados houve orientação sobre coleta, acondicionamento e entrega do material no laboratório.

Sobre aleitamento materno, em 6,9% das pós-consultas foi feita referência a um ou outro aspecto da técnica de amamentação. As vantagens do aleitamento para a mãe e para a criança não foram esclarecidas em nenhuma das pós-consultas.

Finalmente, das gestantes que se encontravam no último trimestre de gravidez, apenas 6,2% foram orientadas sobre retorno para consulta de puerpério e primeira visita da criança ao pediatra. Orientação sobre o parto e escolha de maternidade também não ocorreu em nenhuma das pós-consultas destinadas às gestantes no último trimestre de gravidez. Ve

rificação da compreensão da mãe em relação às orientações dadas na pós-consulta ocorreu em 24,1% das situações.

O clima emocional observado na pós-consulta é bem mais descontraído do que o reinante na consulta médica. Apesar de 75,9% das gestantes não terem sido tratadas pelo nome pela atendente de enfermagem e 22,4% não terem sido, sequer, convidadas a sentarem-se, é possível que as características sócio-culturais da atendente facilitem o relacionamento entre ambas. Entretanto, um clima emocional favorável não supre por si só as necessidades a serem cobertas pela pós-consulta.

Assim, a explicação sobre os medicamentos prescritos, que aconteceu em 94,8% das pós-consultas não foi satisfatória. Os medicamentos distribuídos recebem sempre o rótulo de "vitaminas" que devem ser tomadas porque "fazem bem". As demais orientações mantêm o mesmo nível de superficialidade ; as gestantes são aconselhadas a se alimentar bem (31,0%) e a preocupar-se em manter equilíbrio entre esforço dispendido e repouso (3,4%) durante o período de gestação, porque "é preciso". A superficialidade dessas orientações afeta seriamente o processo educativo.

O aleitamento materno não originou qualquer tipo de esclarecimento em nenhum de seus aspectos (importância, vantagens, técnica de amamentação), assim como nunca se procurou identificar o CAP (conhecimentos, atitudes e práticas) da gestante em relação ao aleitamento materno.

As orientações específicas que deveriam ser dadas às gestantes no último trimestre da gravidez também não ocorreram. Assim, embora passe por todas as atividades previstas no Programa de Assistência Materna, a gestante chega ao parto sem ter tido qualquer orientação sobre os cuidados com o bebê.

Em termos de pré-natal, essas são oportunidades que o PAM deveria aproveitar, a fim de contribuir para a otimização da saúde da criança de 0 a 11 meses. É preciso ressaltar, entretanto, que se isso não ocorre, a culpa não pode ser imputada apenas à omissão ou incompetência do pessoal auxiliar, mas também às normas que estabelecem os procedimentos inerentes à pós-consulta de Pré-Natal.

Um aspecto a ser ressaltado é a mecanicidade do processo. As palavras e frases utilizadas em todas as entrevistas de pós-consulta são praticamente sempre as mesmas. Esse talvez seja um mecanismo utilizado para cobrir a deficiência desses servidores cuja habilidade para ler e escrever corretamente, frequentemente não é satisfatória e que, apesar de treinados para essa atividade, demonstram dificuldade em realizá-la, tanto do ponto de vista do conteúdo como do processo.

Consulta Médica de Puerpério.

Rotineiramente as clientes passam por duas consultas de puerpério: a primeira, aproximadamente 15 dias após o parto, e a segunda, 60 dias.

Dessas consultas fazem parte os seguintes procedimentos;

- anamnese
- exame geral e especializado
- prescrição de medicamentos, se necessários
- orientação sobre: importância do aleitamento materno, a alimentação da puérpera, cuidados com as mamas, episiorrafia e cicatriz cirúrgica abdominal, laqueação, época provável de retorno da menstruação⁸⁴.

A tabela 6 permite observar os procedimentos reais que, do ponto de vista educativo, mereceram destaque dentre todos aqueles que compõem a consulta de puerpério.

TABELA 6 - Distribuição do Número de Porcentagem de Consultas de Puerpério segundo a presença dos aspectos observados em PAMs da Divisão Regional de Saúde-Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

ASPECTOS OBSERVADOS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recepção individual da cliente	8	100,0	-	-	8	100,0
Utilização do nome da usuária no relacionamento entre médico e cliente	7	87,5	1	12,5	8	100,0
Orientação sobre:						
- medicação prescrita	5	62,5	3	37,5	8	100,0
- alimentação	-	-	8	100,0	8	100,0
- cuidados gerais de saúde	3	37,5	5	62,5	8	100,0
- menstruação	-	-	8	100,0	8	100,0
- vantagens do aleitamento materno	2	25,0	6	75,0	8	100,0
- técnica de amamentação	1	12,5	7	87,5	8	100,0
Identificação dos motivos alegados pelas mães que não amamentam	2	25,0	6	75,0	8	100,0
Esclarecimentos de dúvidas sobre aleitamento materno	2	25,0	6	75,0	8	100,0
Orientação sobre:						
- retorno para 2ª consulta de puerpério	2	25,0	6	75,0	8	100,0
- consulta do recém-nascido	-	-	8	100,0	8	100,0
Avaliação do "feedback" da cliente	1	12,5	7	87,5	8	100,0

Conforme a tabela 6, no período destinado à observação do a tendimento à gestante e puérpera realizaram-se 8 primeiras consultas de puerpério e nenhuma segunda consulta. As clientes foram recebidas individualmente em todas as consultas e em 87,5% foram tratadas nominalmente.

Quanto às orientações, observou-se que, em 62,5% das consultas, versaram sobre prescrição de medicamentos e, em 37,5%, sobre cuidados inerentes à fase de puerpério. Em nenhuma das consultas as clientes foram orientadas sobre época provável da menstruação e os cuidados que deveriam ter visando o espaçamento inter-gestacional necessário à recuperação de seu organismo.

Com respeito a aleitamento materno, verificou-se que em 25,0% das consultas o tema foi abordado em termos de estímulo ao aleitamento materno, esclarecimento de dúvidas da mãe e vantagens para a mãe e a criança. Apenas em 12,5% das consultas houve orientação sobre aspectos referentes a técnicas de amamentação. Em nenhuma ocasião foi oferecida orientação sobre alimentação da puérpera. Em 25,0% das consultas foi enfatizada a necessidade de retorno para a segunda consulta de puerpério e em nenhuma delas houve orienta-ção sobre controle de saúde do recém-nascido. A compreensão da cliente em relação às orientações dadas pelo médico foi verificado em apenas 12,5% das consultas, não ocorrendo nenhum tipo de reforço.

O objetivo da consulta de puerpério deveria abranger, além da avaliação do estado de saúde da mulher após o parto, orientações referentes às suas condições físicas e possibilidades de amamentar seu filho. Essa, entretanto, não foi a realidade observada, onde apenas 37,5% das puérperas receberam orientação sobre seu estado de saúde e 25,0% sobre vantagens do aleitamento materno, tanto para a mãe como para a criança e 12,5% alguma informação sobre técnica de amamentar.

Se o parto foi uma experiência positiva ou negativa para a cliente, não se fica sabendo, pois o assunto não é abordado, assim como também nada é orientado em relação à conduta da cliente na manutenção de um período inter-gestacional satisfatório tendo em vista especificamente seu estado de saúde.

Pós-Consulta de Puerpério

Segundo as normas estabelecidas no DSC⁸⁴, a pós-consulta de puerpério, que é realizada por atendente de enfermagem, implica em orientação sobre:

- uso do cloro
- preparo do suplemento alimentar
- medicamentos prescritos (posologia, tempo de tratamento, aplicação)
- recursos da comunidade

A tabela 7 mostra os aspectos educativos observados na pós-consulta de puerpério.

TABELA 7 - Distribuição do número e porcentagem de pós-consultas de puerpério segundo a presença de aspectos observados em PAMs da Divisão Regional de Saúde-Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

ASPECTOS OBSERVADOS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recepção individual da cliente	8	100,0	-	-	8	100,0
Utilização do nome da usuária no relacionamento atendente de enfermagem/cliente	-	-	8	100,0	8	100,0
Convite para a cliente sentar-se	-	-	8	100,0	8	100,0
Orientação sobre:						
- medicação prescrita	8	100,0	-	-	8	100,0
- alimentação	-	-	8	100,0	8	100,0
- cuidados gerais de saúde	-	-	8	100,0	8	100,0
- vantagens do aleitamento materno	1	12,5	7	87,5	8	100,0
- técnica de amamentação	1	12,5	7	87,5	8	100,0
Orientação sobre:						
- recursos da comunidade	-	-	8	100,0	8	100,0
- retorno para 2ª consulta de puerpério	-	-	8	100,0	8	100,0
- consulta do recém-nascido	-	-	8	100,0	8	100,0
Avaliação da compreensão da cliente em relação a:						
- consulta médica	1	12,5	7	87,5	8	100,0
- orientações da pós-consulta	-	-	8	100,0	8	100,0

A observação da tabela 7 revela que as clientes foram recebidas individualmente em 100,0% das pós-consultas, mas não chamadas pelo nome e nem mesmo convidadas a sentarem-se. O tratamento utilizado no contato entre atendente de enfermagem e cliente foi "mãe".

A orientação sobre medicação prescrita foi feita em todas as pós-consultas; porém, em nenhuma foram abordados os cuidados especiais que a mulher deve ter com sua saúde durante o período de puerpério. As vantagens do aleitamento materno, assim como técnicas de amamentação, originaram orientação em 12,5% das pós-consultas. Em uma única oportunidade procurou-se averiguar se a cliente havia compreendido as instruções dadas pelo médico e em nenhuma das pós-consultas se perguntou se havia compreendido as orientações dadas na própria pós-consulta. A necessidade de retorno não foi mencionada nem uma só vez, apesar de todas as puérperas estarem comparecendo pela primeira vez ao PAM após o parto. Nada também foi orientado sobre recursos de saúde da comunidade.

Na pós-consulta de puerpério todas as orientações dadas pelo médico deveriam ser reforçadas, assim como esclarecidas as dúvidas que por acaso permanecessem mesmo após a consulta médica.

Entretanto, como não se verifica quais as possíveis dúvidas (a não se esporadicamente) que a cliente tem em relação ao que foi dito na consulta médica, ou em relação a outros assuntos de seu interesse e pertinentes à sua saúde e da criança, a oportunidade não é aproveitada para se oferecer esclarecimentos.

Apesar de constar na tabela 7 que houve uma orientação sobre vantagens do aleitamento materno e técnica de amamentação, essa se restringiu a "amamentar faz bem para a criança" e "comece a amamentar sempre pelo seio que foi oferecido por último. Nada mais. Tais procedimentos vêm confirmar os resultados obtidos por CAVALCANTI²¹ em seu estudo sobre Conhecimentos, Atitudes e Práticas do pessoal de saúde sobre Aleitamento Materno. Assim, a pós-consulta limita-se a distribuir os medicamentos receitados e a orientar quanto à sua ministração.

ASSISTÊNCIA À CRIANÇA

A assistência à criança no DSC caracteriza-se por dois tipos de atendimento:

- ambulatorial - destinado a crianças de 2 anos e mais que não são abrangidos pelo período programático. Tem como características: atividades curativas, através da consulta médica por patologia; atendimento eventual e assistemático; atividades preventivas (vacinação e odontopediatria).
- programático - destinado, inicialmente, a crianças de 0 a 11 meses de idade e, posteriormente, até os dois anos. Como a extensão do programa de 1 para 2 anos foi feita re - centemente e de forma gradual, o presente estudo limitou-se a analisar a assistência destinada às crianças no 1º ano de vida.

O atendimento inclui: controle de saúde periódico, vacina - ção, orientações educativas, fornecimento de complementação alimentar, se necessário.

Pré-consulta de pediatria

A pré-consulta de pediatria é atividade obrigatória no DSC, de responsabilidade também da atendente de enfermagem.

Os procedimentos previstos para a pré-consulta de pediatria são:

- receber o responsável pela criança (chamando-o pelo nome que consta na ficha)
- preparar para a consulta médica, explicando:
 - . a importância de controlar a saúde da criança, mesmo que não esteja doente
 - . o que será feito na consulta médica
 - . informações que devem relatar ao médico sobre a saúde

- da criança
- . verificação de peso, altura, e temperatura e registro na folha competente
- . transcrição dos dados de vacina da caderneta de vacinação
- . encaminhamento para a consulta médica
- . preparo da sala para nova consulta⁸¹.

Na tabela 8 encontra-se a frequência com que esses procedimentos ocorrem durante a realização das pré-consultas de pediatria.

TABELA 8 - Distribuição do Número e Porcentagem de Pré-Con-sultas de Pediatria segundo a presença dos aspec-tos observados em PAMs da Divisão Regional de Saúde Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

ASPECTOS OBSERVADOS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recepção individual da cliente	38	24,1	120	75,9	158	100,0
Utilização do nome da usuária no relaciona-mento atendente de enfermagem/cliente	-	-	158	100,0	158	100,0
Interpretação para a mãe dos dados referen-tes a:						
- peso	-	-	158	100,0	158	100,0
- estatura	-	-	158	100,0	158	100,0
- temperatura	-	-	158	100,0	158	100,0
Orientação sobre:						
- importância do con-trole de saúde da criança	-	-	158	100,0	158	100,0
- como proceder duran-te a consulta médica	-	-	158	100,0	158	100,0
Verificação da caderne-ta de vacinação	158	100,0	158	100,0	158	100,0

A tabela 8 mostra que, em 158 pré-consultas observadas, 24,1% das mães foram recebidas individualmente; as restantes (75,9%) passaram pela pré-consulta em grupos de 2, 3 ou 4, simultaneamente.

Nenhuma vez na pré-consulta as mães foram chamadas pelo nome, prevalecendo o tratamento de "mãe". Embora em 100,0 % das pré-consultas tenham sido aferidos o peso, a estatura e a temperatura, esses dados não foram interpretados para as mães, assim como não se explicou a razão dessa verificação e a importância do controle da saúde da criança no 1º ano de vida.

Orientação sobre como proceder durante a consulta médica também não foi dada às mães em nenhuma das 158 pré-consultas observadas. Nada também foi orientado quanto às rotinas que compõem a consulta médica. Em contrapartida, nas 158 pré-consultas, foram verificadas as cadernetas de vacinação de cada criança e seus dados registrados nos prontuários.

Ao contrário do que se observou em todas as demais atividades dos PAM, em 75,9% das pré-consultas de pediatria as mães são recebidas em grupos de 2 e até de 4, simultaneamente; como, geralmente, além da criança que tem a consulta marcada levam outros filhos menores e como as atendentes não as chamam pelo nome, existe uma certa dificuldade na comunicação durante a realização dessa atividade. Enquanto uma mãe despe a criança e aguarda o tempo necessário para aferição da temperatura, a atendente faz a transcrição dos dados da caderneta de vacinação para o prontuário e já vai pesando e medindo outra criança. Embora a transcrição dos dados de vacinação seja feita nesse momento, nenhuma orientação é dada à mãe sobre o assunto.

Esse processo estende-se ininterruptamente, até que todas as crianças que passarão por consulta médica ou de controle de enfermagem sejam atendidas. Para manter o ritmo, necessário ao abastecimento dos consultórios médicos e de enfermagem, a atendente resume sua atividade a procedimentos mecânicos, limitando-se a citar os dados obtidos pela criança sem os interpretar para a mãe. Não é dada nenhuma orientação sobre como proceder durante a consulta médica ou de controle de enfermagem. O fato da mãe ter que despir inteiramente a criança, para que sejam tomados o peso e estatura, e vesti-la novamente também contribui para que ela se mantenha ocupada durante todo o tempo, não tendo sequer condições para ouvir ou pedir esclarecimentos. Um aspecto que merece ser analisado é que nem todos os procedimentos inerentes à pré-consulta estão padronizados; desta forma, há atenden-

tes que orientam as mães para trazerem sempre uma fralda destinada exclusivamente para forrar o divã onde a criança é despida, assim como a balança, enquanto outras apenas foram a balança com uma folha de papel que é trocada à medida em que se torna necessário, mas não após a pesagem de cada criança. Embora a pré-consulta ofereça inúmeras oportunidades para a educação dos clientes, nas Unidades Sanitárias observadas ela não passou de atividade essencialmente mecânica.

Consulta Médica de Pediatria

A consulta médica de pediatria, realizada por médico pediatra, implica em:

- verificação de queixas atuais
- indagação sobre intercorrências e esquema alimentar
- exame físico completo
- avaliação do desenvolvimento psico-motor
- registro de dados referentes a exames de laboratório
- atualização do esquema alimentar para a idade
- prescrição de polivitamínicos e outros medicamentos
- solicitação de exames complementares
- reavaliação de dados para prescrição de suplemento alimentar, se necessário
- agendamento de retorno
- encaminhamento para pós-consulta⁸³.

Em se tratando de primeira consulta, estes procedimentos são detalhados visando a identificar antecedentes pessoais e mórbitos da criança e de seus familiares.

A tabela 9 permite observar quais desses procedimentos, de interesse para a educação em saúde do cliente, ocorreram durante a consulta médica de pediatria.

TABELA 9 - Distribuição do Número e Porcentagem de Consultas Médicas de Pediatria segundo aspectos observados em PAMs da Divisão Regional de Saúde-Oeste DSC/SHS/PMSP - 1982.

ASPECTOS OBSERVADOS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	NNº	%
Recepção individual da cliente	98	86,0	16	14,0	114	100,0
Utilização do nome da usuária no relacionamento médico/cliente	-	-	114	100,0	114	100,0
Verificação das queixas da mãe	97	85,1	17	14,9	114	100,0
Interpretação de resultado exame clínico	84	73,7	30	26,3	114	100,0
Orientação sobre:						
- medicação prescrita*	81	71,1	30	26,3	111	97,4
- razões da prescrição	67	58,8	47	41,2	114	100,0
- alimentação	70	61,4	44	38,6	114	100,0
- vacinação	34	29,8	80	70,2	114	100,0
- higiene	30	26,3	84	73,7	114	100,0
- crescimento e desenvolvimento	34	29,8	80	70,2	114	100,0
- relacionamento mãe / filho	34	29,8	80	73,2	114	100,0
- prevenção de acidentes	4	3,5	110	96,5	114	100,0
- retorno	17	14,9	97	85,1	114	100,0
Avaliação da compreensão da cliente em relação às orientações dadas	1	0,9	113	99,1	114	100,0

* Das 114 consultas, em 3 não houve prescrição de medicamentos

A tabela 9 mostra que, em 114 consultas médicas de pediatria, 86,0% das mães foram recebidas individualmente. Nenhuma foi chamada pelo nome, mas por "mãe".

Em 85,1% das consultas observadas as mães relataram inicialmente o estado de saúde da criança: em 73,7% o pediatra interpretou para a mãe o resultado do exame clínico e em 26,3% não houve esclarecimento. Orientação sobre os medicamentos prescritos foi feita em 71,1% das consultas; em 58,8% foi oferecida à mãe explicação sobre as razões da prescrição. Um dado muito importante que se destaca na tabela 9 é referente ao "feed-back", isto é, à averiguação da compreensão da mensagem. Das 114 consultas observadas, em apenas 1 (0,9%) foi verificado se a mãe compreendera a orientação recebida.

Das orientações gerais sobre saúde da criança, a mais enfatizada foi alimentação, presente em 61,4% das consultas. Só um dos pediatras abordou o tema aleitamento materno com duas mães, estimulando uma para que continuasse amamentando seu filho e orientando outra que havia interrompido a amamentação para que voltasse a fazê-lo. Para essa criança não foi prescrito suplemento alimentar.

Após alimentação os temas mais abordados pelos médicos foram vacinação, crescimento e desenvolvimento e relacionamento mãe/filho presentes em 29,8% das consultas. Higiene foi assunto tratado em apenas 26,3% das consultas. Sobre prevenção de acidentes, as mães foram orientadas em

3,5% das consultas observadas. Orientação quanto a retorno para nova consulta médica ou controle de enfermagem ocorreu em 14,9% das consultas.

A consulta médica de pediatria constitui um momento muito importante na prestação de serviços de saúde às crianças de 0 a 11 meses, sendo considerada atividade nuclear. Para que dê os frutos que dela se espera é necessário que o médico, além do componente técnico, se preocupe também, e principalmente, com o componente educativo de sua atividade. Isto pressupõe o estabelecimento de um vínculo suficientemente profundo entre médico e cliente.

Nos Postos estudados, em 86,0% das 114 consultas médicas realizadas, as mães foram recebidas individualmente, fator que possivelmente favorece o relacionamento entre médico e cliente; entretanto, em 16,0% das consultas as mães foram recebidas em grupos de duas ou três. Neste caso, o contato foi sempre unilateral, não havendo diálogo. O fato de serem recebidas em conjunto provavelmente inibe as mães, limitando as oportunidades de fazerem perguntas. Tal situação é agravada pelo fato de não existir por parte dos pediatras o costume de tratar as clientes pelo nome, fato observado em 100,0% das consultas. O tratamento "mãe", por si só, já propicia afastamento da cliente. Também a pressa demonstrada por alguns médicos contagia as mães, colaborando para que se tornem tensas e impedindo que participem da consulta como seria desejável. Por outro lado, há que se salientar aspectos positivos do ponto de vista educativo,

quando em 85,1% das situações observadas o médico iniciou a consulta perguntando à mãe como a criança estava, só então passando à realização do exame clínico, que, em 73,7% das consultas, teve seu resultado interpretado para as mães. Entretanto, em 26,3% das consultas as mães saíram ignorando o estado de saúde de seus filhos. A maior ênfase dada pelos pediatras, preocupados em orientar as mães, é sobre prescrição de medicamentos e alimentação. Nesse caso se enquadram 71,1% e 61,4% das consultas, respectivamente. Sobre a leitamento materno, com exceção de um dos pediatras que insistiu com duas mães sobre a importância de amamentar seu filho, em todas as demais o profissional, eventualmente, perguntava se a mãe estava amamentando e, se não, por que. Os motivos alegados pelas mães e que as levaram a abandonar tal ou parcialmente a amamentação, confirmando estudos de CAVALCANTI²¹ e ULLOA¹⁰⁸, variavam desde "meu leite secou", até "meu leite era fraco" ou "meu leite causava cólicas no bebê". Tais alegações foram aceitas como fato consumado pelos pediatras, que não aproveitaram essas oportunidades para orientar as mães. Outro fato interessante observado foi que, embora os pediatras tenham considerado importante orientar as mães sobre o valor dos alimentos naturais, houve aqueles que sugeriram alimentos em "potinho" como alternativa para a alimentação da criança.

Outros temas, embora considerados importantes pelos próprios pediatras, foram apenas eventualmente abordados, talvez por não fazerem parte dos procedimentos a serem obedecidos durante a consulta médica. Entre esses assuntos destacam-se: vacinação, tema abordado em 29,8% das consultas, higiene, em

26,3%, crescimento e desenvolvimento, em 29,8%, relacionamento mãe/filho, em 29,8%, e prevenção de acidentes, em 3,5%.

A ênfase sobre a importância do retorno para a próxima consulta também foi dada em apenas 14,9% das consultas observadas, o que pressupõe que os pediatras esperam que alguém, possivelmente a auxiliar de enfermagem encarregada da pós-consulta, dê essa orientação às mães.

Como em 99,1% das consultas o "feed-back" da mãe não foi solicitado, torna-se impossível avaliar como ela interpretou as ações e orientações do médico. Tal comportamento por parte dos médicos leva a crer que têm certeza de que suas recomendações serão seguidas.

É preciso ressaltar que de acordo com o cronograma seguido no DSC, as consultas médicas são agendadas de forma a que a criança seja vista pelo médico sempre que alguma mudança na orientação a ser seguida pela mãe se faça necessária.

Assim, cada vez que a criança comparece à consulta, cabe ao médico fazer as recomendações específicas em relação à dieta alimentar, higiene, crescimento e desenvolvimento, relacionamento mãe/filho, acidentes, vacinação e ou medicação. Se o médico não assume a sua parte no processo educativo, quem o fará por ele?

Pós-Consulta de Pediatria

A pós-consulta de pediatria, também atividade obrigatória do Programa de Assistência à Criança, é realizada por auxiliar de enfermagem.

Os procedimentos previstos para serem cumpridos na pós-consulta, de acordo com o documento normativo do DSC "Ações de Enfermagem nos PAM⁸¹", são os seguintes:

- recebimento da cliente
- verificação das anotações do médico na ficha
- explicação sobre as recomendações do médico
- execução das solicitações do médico
- registro no prontuário de tudo que foi feito
- encaminhamento da cliente para vacina, exames de laboratório e agendamento da nova consulta
- orientação sobre:
 - . aleitamento materno (importância, higiene da mãe antes de amamentar, técnica de amamentação)
 - . hidratação oral (esterilização da mamadeira, preparo da solução)
- preparo do leite (concentração)
- preparo de diferentes sucos
- preparo de diferentes papas
- alimentos em geral (preparo da sopa, da gema do ovo)⁸¹.

A tabela 10 mostra a distribuição desses procedimentos na pós-consulta e a ênfase que lhes é dada pela auxiliar de enfermagem.

TABELA 10.- Distribuição do número e porcentagem de Pós-Consultas de pediatria segundo a presença dos aspectos observados em PAMs da Divisão Regional de Saúde-Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

ASPECTOS OBSERVADOS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Recepção individual da cliente	120	93,0	9	7,0	129	100,0
Utilização do nome da usuária na interação entre auxiliar de enfermagem/cliente	-	-	129	100,0	129	100,0
Verificação do que a cliente já sabe ou faz	70	54,3	59	45,7	129	100,0
Orientação sobre:						
. prescrição de medicamentos*	101	78,3	25	19,4	129	100,0
. introdução de novos alimentos	76	58,9	53	41,9	129	100,0
. funções dos alimentos	3	2,3	126	97,7	129	100,0
. necessidade de seguir a dieta prescrita	35	27,1	94	72,9	129	100,0
. vantagens dos alimentos naturais	2	1,6	127	98,4	129	100,0
. preparo do leite**	42	32,6	72	55,8	114	88,4
. preparo dos alimentos	76	58,9	53	41,9	129	100,0
. higiene da manipulação dos alimentos	9	7,0	120	93,0	129	100,0
. vantagens do aleitamento materno	3	2,3	126	97,7	129	100,0
. técnica de amamentação	4	3,1	125	96,9	129	100,0
. como evitar o desmame precoce	3	2,3	126	97,7	129	100,0
. higiene dos seios e das mãos	1	0,8	128	99,2	129	100,0
. banho	8	6,2	121	93,8	129	100,0
. troca de fraldas	2	1,6	127	98,4	129	100,0
. lavagem de roupas	3	2,3	126	97,7	129	100,0
. banho de sol	16	12,4	113	87,6	129	100,0
. adequação do vestuário à temperatura ambiente	7	5,4	122	94,6	129	100,0
. higiene do ambiente (incluindo fumo)	-	-	129	100,0	129	100,0
. higiene dos utensílios	8	6,2	121	93,8	129	100,0
. higiene dos alimentos	1	0,8	128	99,2	129	100,0
. finalidade das vacinas	8	6,2	121	93,8	129	100,0
. esquema básico	40	31,0	89	69,0	129	100,0
. reações	3	2,3	126	97,7	129	100,0
. crescimento e desenvolvimento	-	-	129	100,0	129	100,0
. relacionamento mãe/filho	3	2,3	126	97,7	129	100,0
. prevenção de acidentes	2	1,6	127	98,4	129	100,0
. retorno	61	47,3	68	52,7	129	100,0
Avaliação da compreensão da cliente em relação a:						
. consulta médica	13	10,1	116	89,9	129	100,0
. pós-consulta	-	-	129	100,0	129	100,0

* 3 das 129 consultas, nada foi prescrito

** 10 das 129 consultas as crianças só recebiam leite materno e 5 não recebiam mais mamadeira.

A tabela 10 possibilita observar que, em 93,0% das 129 pós-consultas, as mães foram recebidas individualmente, mas nunca chamadas por seu nome. O tratamento utilizado aqui, como na pré-consulta, foi "mãe". Em 126 pós-consultas houve medicamentos prescritos. Entretanto, orientação pela auxiliar sobre essa medicação só ocorreu em 78,3% dos casos e em 19,4% nada foi orientado.

Orientação sobre introdução de alimentos novos na dieta do bebê foi dada em 58,9% das pós-consultas; funções dos alimentos em 2,3%, necessidade de seguir a dieta prescrita em 27,1%, vantagens dos alimentos naturais em 1,6%, preparo do leite em 32,6%, preparo dos alimentos em 58,9% e higiene da manipulação dos alimentos em 7,0% das pós-consultas. Quanto ao aleitamento materno, foi assunto parcamente abordado na pós-consulta, tratado somente 11 vezes (8,5%) e, mesmo assim, de maneira incompleta.

Com relação à higiene do bebê, o item mais abordado foi "banho de sol", lembrado em 12,4% das pós-consultas; finalidade das vacinas, em 31,0%.

Assuntos referentes à higiene geral, crescimento e desenvolvimento, relacionamento mãe/filho e prevenção de acidentes foram eventualmente tratados, ou nunca lembrados.

A recomendação sobre o próximo retorno da criança ao PAM ocorreu em 47,3% das pós-consultas. Em apenas 10,1% das ocasiões foi averiguada a compreensão da mãe em relação aos medicamentos prescritos.

Em 54,3% das pós-consultas foi previamente verificado o que a mãe já sabe ou faz acerca das orientações que vai receber e nenhuma vez se procurou verificar sua compreensão sobre os assuntos tratados na pós-consulta.

De todas as atividades que fazem parte do Programa de Assistência à Criança no DSC provavelmente a pós-consulta de pediatria é a que compreende maior número de procedimentos a serem cumpridos. À auxiliar de enfermagem cabe a responsabilidade de esclarecer todas as dúvidas das mães resultantes da consulta médica; entregar o medicamento receitado e explicar posologia e ministração; entregar suplemento alimentar destinado à criança, quando houver indicação médica, orientando a mãe no preparo e manipulação correta da mamadeira; orientar as mães que amamentam, verificando seus procedimentos referentes à amamentação, ensinando como evitar o desmame precoce e estimulando-as a manterem o aleitamento, se possível até a criança completar seis meses de idade.

Quando outros alimentos, além do leite, passam a ser introduzidos na dieta do bebê, a ela cabe a tarefa de explicar às mães como prepará-los, assim como manipular alimentos e utensílios.

As orientações referentes à higiene do bebê, de suas roupas e do ambiente que o cerca também é sua responsabilidade. A verificação da caderneta de vacinação, com encaminhamento se necessário, ou orientação sobre a próxima vacina ou dose a ser aplicada também devem ser feitas na pós-consulta.

Os demais temas citados na literatura e considerados muito importantes pelos pediatras do DSC (crescimento e desenvolvimento, relacionamento mãe/filho e prevenção de acidentes) também deveriam ser reforçados na pós-consulta, de acordo com as necessidades de cada caso. No DSC é também a responsável pela pós-consulta que realiza o teste para detecção de fenilcetonúria em crianças de 0 a 60 dias cabendo-lhe orientar as mães, principalmente, sobre necessidade de voltarem para conhecer o resultado. Finalmente, na pós-consulta ainda deve ser recomendado à mãe que não deixe de trazer a criança no próximo retorno para vacinação, consulta médica e ou controle de enfermagem.

Para realizar tudo isso cada pós-consulta deve, de acordo com a programação estabelecida no DSC, ter uma duração de 10 minutos.

A observação de 129 pós-consultas mostrou que, na grande maioria (93,0%), as mães passam individualmente pela pós-consulta, que é realizada em sala destinada exclusivamente para essa atividade, o que constitui um ponto positivo para a concretização do processo educativo. Entretanto, a exemplo do que ocorre com as outras atividades, as mães não são tratadas pelo nome. O tratamento adotado nas pós-consultas é impessoal; todas as clientes são chamadas de "mãe". Apesar da variedade de orientações a serem oferecidas na pós-consulta, a ênfase maior recai na prescrição de medicamentos (78,3%) e introdução e preparo de alimentos (58,9%); as demais são realizadas apenas esporadicamente, como fica evidenciado na tabela 10.

As orientações dadas sobre alimentação partem dos conhecimentos e práticas da mãe só em 54,3% das pós-consultas, a identificação de possíveis dúvidas que possam ter em relação à prescrição de medicamentos ocorre em apenas 10,1% e a solicitação de "feed-back" das mães em relação às orientações dadas durante a pós-consulta não ocorre nunca.

Em termos de comunicação, as pós-consultas observadas deixam muito a desejar. Essa afirmação pode ser ilustrada com um fato ocorrido durante uma orientação sobre introdução da gema de ovo na dieta da criança: a mãe dizia para a auxiliar de enfermagem não poder dá-la ao filho por não dispor de dinheiro para comprar ovos. Apesar disso, a auxiliar insistiu em ensinar àquela mãe como preparar a gema de ovo corretamente, ignorando o problema colocado. Embora as mães que frequentam os PAM sejam, na sua maioria, de baixo poder aquisitivo, com frequência foram orientadas para incluir na dieta de seus filhos alimentos como "Danoninho", ricota, maçã e pera, da mesma forma como foi-lhes recomendado para oferecerem alimentos em "potinhos" para seus filhos.

Muitas vezes as questões referentes aos procedimentos da mãe sobre o preparo e manipulação de alimentos não originaram nenhum tipo de orientação, embora fosse necessário,

Se as clientes compreenderam as orientações recebidas é impossível saber, uma vez que apenas, eventualmente, foi dada a elas oportunidade de manifestarem suas dúvidas.

Vacinação

Nos Postos do DSC a vacinação é oferecida indiscriminadamente a crianças matriculadas ou não na Unidade. O esquema segue a orientação da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Da sua aplicação estão encarregadas auxiliares de enfermagem.

O Manual de Ações Básicas de Enfermagem⁸¹ estabelece que, antes da vacinação, a mãe seja esclarecida quanto à vacina que vai ser aplicada, tipo, doses e finalidade. Após a aplicação, a mãe deve ser orientada quanto às medidas a tomar em caso de reação.

Na tabela 11 observa-se como essas normas se concretizam na rotina diária dos PAMs.

TABELA 11 - Distribuição do número e porcentagem das Vacinações segundo a presença dos aspectos observados em PAMs da Divisão Regional de Saúde, Oeste DSC/SHS/PMSP - 1982.

ASPECTOS OBSERVADOS	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Atendimento individual da cliente	104	100,0	-	-	104	100,0
Utilização do nome da cliente na interação entre auxiliar de enfermagem e cliente	-	-	104	100,0	104	100,0
Orientação sobre vacinas:						
. tipo	67	64,4	37	35,6	104	100,0
. finalidade	46	44,2	58	55,8	104	100,0
. relações	60	57,7	44	42,3	104	100,0
. retorno	82	78,8	22	21,2	104	100,0
. valor da caderneta de vacinação	30	28,8	74	71,2	104	100,0

A tabela 11 mostra que, em 100,0% das 104 vacinações observadas, as mães foram recebidas individualmente, mas em nenhuma oportunidade foram chamadas por seu nome. Quanto à orientação a ser dada no momento da aplicação da vacina, a tabela 11 evidencia que foi sempre incompleta. Em 64,4% das situações foi esclarecido o tipo da vacina que estava sendo aplicado; em 44,2%, a finalidade, em 57,7%, possíveis reações e, em 78,8%, a necessidade de retorno para nova dose.

O valor da caderneta de vacinação como documento médico-social foi citado em apenas 28,8% das situações. Cabe esclarecer que, no presente estudo, foi considerado como unidade de observação o momento em que a mãe entrava na sala de vacinações.

Como a vacinação constitui uma atividade independente dentro do Posto, oferecida a crianças matriculadas ou não na Unidade, estas podem comparecer simplesmente para receber vacina, sem passar por nenhuma outra atividade. Desse modo, a programação estabelecida no DSC prevê que a responsável pela vacinação, além de aplicar as vacinas, dê à mãe todas as explicações necessárias. A análise da tabela 11 mostra que essa pressuposição não se concretiza da maneira como foi planejada, de modo que 35,6% das mães saem do Posto sem saber que vacina sua criança recebeu; 55,8% não são informadas qual a finalidade, 42,3% continuam ignorando as possíveis reações que as vacinas podem desencadear e como proceder nesses casos, e 21,2% das mães saem do Posto sem rece-

ber nenhuma recomendação quanto ao retorno para outras doses. A caderneta de vacinação é um documento importante, não só do ponto de vista médico sanitário, pois nela são registradas cada uma das doses de vacina aplicadas, mas também do ponto de vista social, uma vez que é exigida pelas empresas como pré-requisito para a liberação do salário-família.. Entretanto, em 71,2% das observações não foi recomendado às mães que cuidem desse documento, evitando perdê-lo ou danificá-lo.

Aqui, mais do que em qualquer das outras atividades do PAM, é evidente a distância entre os servidores encarregados do registro de dados e da aplicação da vacina e as mães. As orientações, quando acontecem, são sempre feitas de maneira autoritária e unilateral não se dando oportunidade para que os clientes manifestem suas dúvidas.

ANÁLISE GLOBAL

ANÁLISE GLOBAL

Nos PAM observados ficou evidenciado que os profissionais médicos, talvez por contarem com uma infra-estrutura já estabelecida em termos de pré e pós-consulta e de um setor específico de vacinação, limitam sua ação aos aspectos médicos apresentados pelo cliente, deixando que as orientações pertinentes e necessárias sejam dadas pela auxiliar de enfermagem na pós-consulta ou pela enfermeira ou educador de saúde pública em eventuais palestras ou reuniões de grupo.

Assim, acaba sendo delegada às atendentes e auxiliares de enfermagem a responsabilidade de dar orientação específica a cada cliente, além de responder às perguntas que as mães ou gestantes gostariam de ter feito ao médico. A alta demanda e a pressão da própria população que se cansa de ficar horas no Posto antes de ser liberada fazem com que, geralmente, as pós-consultas se limitem a esclarecer a prescrição de medicamentos feita pelo médico e a dar orientação superficial sobre alimentação no caso de crianças de 0 a 11 meses de idade,

É possível, portanto, que uma mulher que tenha frequentado um PAM durante todo o período de pré-natal e puerpério e 1º ano de vida de seu filho nunca tenha recebido qualquer orientação sobre parto, aleitamento materno e outros cuidados inerentes à saúde da criança.

As tabelas 12 e 13 e os gráficos 1 e 2 têm por objetivo mostrar a frequência com que alguns assuntos, tais como aleitamento materno e vacinação, são tratados nas diferentes atividades

dades dos PAM.

A análise da tabela 12 e gráfico 1 evidencia que o aleitamento materno é assunto que não faz parte da rotina da consulta e pós-consulta de pré-natal e pediatria. Eventualmente o assunto foi tratado, mas sempre de maneira incompleta e superficial. Esta situação talvez possa ser explicada pelo desconhecimento e despreparo do pessoal de saúde que limita sua contribuição para a solução de pequenos problemas reais ou imaginários da mãe que amamenta. Essa realidade se contrapõe à intenção do Departamento de Saúde da Comunidade de realizar atividades educativas na área de aleitamento materno, intenção essa expressa no "Projeto Educativo de Incentivo ao Aleitamento Materno"⁸⁵.

É possível que, se a presença do educador de saúde pública, profissional que atua em alguns PAM, fosse melhor explorada, a qualidade das atividades educativas do Programa de Saúde Materno-Infantil seria mais satisfatória. Os educadores de saúde pública, particularmente devido à não implantação das orientações educativas no Programa de Assistência Materno-Infantil, não encontram respaldo na programação em vigor para atuarem de maneira planejada. Sua ação tem se limitado a formar grupos de mães ou gestantes, nos quais são abordados assuntos de interesse dos membros ou recomendados pelo níveis superiores da administração. Geralmente trabalham com a clientela do dia, havendo, a não ser em casos excepcionais, muita dificuldade em agendarem esses grupos de modo a poderem realizar um trabalho com características de continuidade e possibilidade de avaliação, como foram originalmente planejado.

Na tentativa de vencer essas dificuldades os educadores vêm se dedicando cada vez mais ao treinamento de pessoal auxiliar; entretanto, devido ao pequeno número desses profissionais no Departamento, a supervisão do pessoal no que tange às ações educativas aprendidas no treinamento ainda é bastante precária.

Quanto à vacinação (tabela 13 e gráfico 2), a realidade não difere muito do observado em relação ao aleitamento materno. A frequência com que o assunto é abordado na consulta médica e pós-consulta de pediatria é baixa e, mesmo nos casos em que ocorre, a orientação é sempre incompleta. Na sala

de vacinação, onde seria de se esperar que o assunto fosse tratado em toda sua extensão, isso também não ocorreu (tabela 11). As orientações a^í oferecidas foram incompletas em 100,0% dos atendimentos. As tabelas 14, 15 e 16 e gráficos 3, 4 e 5 se referem a aspectos do ambiente emocional no atendimento à clientela dos PAM.

A análise da tabela 14 e gráfico 3 levam a pensar que, no planejamento das atividades do Programa, houve preocupação com o atendimento individual da clientela, uma vez que se destinou uma sala para cada atividade. Esse cuidado favorece a privacidade e, teoricamente, facilita o relacionamento entre pessoal de saúde e clientela.

No caso da pré-consulta de pediatria, a grande porcentagem de atendimento em grupo provavelmente pode ser explicada pela necessidade dos consultórios de pediatria e controle de enfermagem trabalharem sem solução de continuidade. Se o horário de agendamento fosse respeitado, tanto pelo PAM como pela clientela, possivelmente isso não ocorreria.

Em relação à consulta e pós-consulta de pediatria, o atendimento em grupo ocorreu esporadicamente, sempre devido a problemas pessoais do servidor encarregado daquelas atividades.

Na tabela 15 e gráfico 4 apresentamos a frequência com que as clientes são chamadas por seu próprio nome nas diferentes atividades por que passam no PAM.

Com exceção da consulta médica e pós-consulta de pré-natal

e consulta médica de puerpério, onde isso ocorreu em 60,9%, 24,1% e 87,5%, respectivamente, nas demais atividades o nome da cliente foi sempre substituído pelo tratamento impessoal de "querida" ou, na grande maioria das vezes, "mãe". Qualquer compêndio de Dinâmica de Grupo, por mais elementar que seja, ressalta a importância do tratamento pessoal nos contatos face-à-face como uma estratégia para se evitar barreiras e conseguir a adesão do indivíduo à atividade a ser realizada.

Se, por um lado, o atendimento individual e privado favorece o relacionamento com a clientela, por outro, o tratamento impessoal estabelecido como rotina pode gerar barreiras.

A tabela 16 e gráfico 5 dizem respeito à verificação de "feed-back" da clientela pelo pessoal de saúde nas diferentes atividades dos PAM.

Os estudiosos da comunicação vêm enfatizando a importância do "feed-back" na avaliação da compreensão da mensagem e são inúmeros os estudos que realçam esse aspecto na área da saúde^{9, 22, 37, 95, 96, 105}.

Nas 643 observações realizadas nos PAM verificou-se, entretanto, que em apenas 2,1% das situações isso ocorreu, o que sugere que foram mais fruto das circunstâncias do momento do que o seguimento de normas estabelecidas. O pessoal dos PAM (profissionais e auxiliares) não inclui como rotina no seu desempenho a verificação da interpretação que a cliente deu à sua orientação.

No dizer de CANDEIAS¹⁵ essa situação "evidencia claramente a perda do controle técnico do componente educativo de programas de saúde materno-infantil".

Tal problema, possivelmente, encontre sua solução na recomendação da Conferência de Alma-Ata segundo a qual "os governos devem apoiar atividades de reciclagem e treinamento para todos os níveis do pessoal de saúde; e que esse pessoal, principalmente médicos e enfermeiras sejam social e tecnicamente treinados e motivados a servir a comunidade¹¹⁷.

O treinamento de pessoal constitui o ponto chave da infraestrutura dos sistemas de saúde. Sem pessoal devidamente treinado, os demais recursos passam a ser subutilizados.

Visando a encontrar uma saída para tal situação a Organização Mundial da Saúde¹¹⁷ recomenda que os programas de treinamento de pessoal tenham por principal objetivo, estimular os treinandos a perceberem claramente a importância da contribuição da educação em saúde aos programas de assistência primária à saúde e, ajudá-los na aquisição de conhecimentos, atitudes e habilidades necessárias à sua participação nesse processo. Com base nessa premissa a OMS recomenda que os programas de treinamento de pessoal deveriam capacitar os treinandos a:

- preocuparem-se não só com prevenção e controle das doenças, mas também com seu desenvolvimento geral e com as novas tecnologias referentes à orientação da população;
- agirem como elementos facilitadores da ação das pessoas;

- promoverem, através de um fluxo ascendente/descendente, a transferência de tecnologia entre o sistema e a comunidade
- assumirem o papel de defensores do processo face à face entre comunidade e o poder decisório das agências de saúde;
- reconhecerem a contribuição que profissionais de outros setores podem oferecer à promoção da saúde.

Somente quando o pessoal de saúde estiver consciente e convencido da importância de sua atuação para a concretização do componente educativo das ações de saúde se poderá esperar a contribuição efetiva das Unidades Sanitárias para que sua clientela passe de expectadora a agente transformador de sua própria situação de saúde.

Em resumo, pode-se dizer que a integração da educação em saúde às atividades de rotina dos PAM é superficial, assistemática e inadequada.

TABELA 12 - Distribuição das diferentes atividades segundo presença de orientação sobre Aleitamento Materno em PAMs da Divisão Regional de Saúde Oeste DSC/SHS/PMSP - 1982.

PRESENÇA DA O RIENTAÇÃO ATIVIDADES	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consulta médica de-pré-natal	-	-	64	100,0	64	100,0
Pós-consulta de pré-na tal	4	6,9	54	93,1	58	100,0
Consulta médica de pediatria	2	1,8	112	98,2	114	100,0
Pós-consulta de pedia tria	11	8,5	118	91,4	129	100,0
TOTAL	15	6,0	236	90,4	251	100,0

GRÁFICO 1 - Distribuição das diferentes atividades segundo presença de orientações sobre Aleitamento Materno em PAMs da Divisão Regional de Saúde Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

A - Consulta Médica Prê-Natal
B - Pós-Consulta de Prê-Natal
C - Consulta Médica de Pediatria
D - Pós-Consulta de Pediatria

SIM
NÃO

TABELA 13 - Distribuição das diferentes atividades segundo presença de orientações sobre vacinação em PAMs da Divisão Regional de Saúde Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

<div> <div>PRESENÇA DA O RIENTAÇÃO</div> <div>ATIVIDADES</div> </div>	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Prê-consulta de pediatria	-	-	158	100,0	158	100,0
Consulta médica de pediatria	34	29,8	80	70,2	114	100,0
Pós-consulta de pediatria	51	39,5	78	60,5	129	100,0
TOTAL	85	28,2	216	71,8	301	100,0

GRÁFICO 2 - Distribuição das diferentes Atividades segundo presença de orientações sobre Vacinação em PAMs da Divisão Regional de Saúde Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

TABELA 14 - Distribuição das diferentes Atividades segundo presença do Atendimento Individual das clientes em PAMs da Divisão Regional de Saúde Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

ATIVIDADES	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consulta médica de Pré-Natal	64	100,0	-	-	64	100,0
Pós-Consulta de Pré-Natal	58	100,0	-	-	58	100,0
Consulta médica de Puerpério	8	100,0	-	-	8	100,0
Pós-consulta de Puerpério	8	100,0	-	-	8	100,0
Pré-Consulta de Pe diatria	38	24,1	129	75,9	158	100,0
Consulta médica de Pediatria	98	86,0	16	14,0	114	100,0
Pós-Consulta de Pe diatria	120	93,0	9	7,0	129	100,0
Vacinação	104	100,0	-	-	104	100,0
TOTAL	498	77,4	145	22,5	643	100,0

GRÁFICO 3 - Distribuição das diferentes Atividades segundo presença de Atendimento Individual das clientes em PAMs da Divisão Regional de Saúde Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

- A - Consulta Médica Pré-Natal
- B - Pós-Consulta de Pré-Natal
- C - Consulta Médica de Puerpério
- D - Pós-Consulta de Puerpério
- E - Pré-Consulta de Pediatria
- F - Consulta Médica de Pediatria
- G - Pós-Consulta de Pediatria
- H - Vacinação

SIM
NÃO

TABELA 15 - Distribuição das diferentes atividades segundo presença da variável "Clientes chamadas pelo no me" em PAMs da Divisão Regional de Saúde Oeste DSC/SHS/PMSP - 1982.

ATIVIDADES	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consulta médica de Pré-Natal	39	60,9	25	39,1	64	100,0
Pós-Consulta de Pré-Natal	14	24,1	44	75,9	58	100,0
Consulta Médica de Puerpério	7	87,5	1	12,5	8	100,0
Pós-Consulta de Puerpério	-	-	8	100,0	8	100,0
Pré-Consulta de Pe diatria	-	-	158	100,0	158	100,0
Consulta médica de Pediatria	-	-	114	100,0	114	100,0
Pós-Consulta de Pe diatria	-	-	129	100,0	129	100,0
Vacinação	-	-	104	100,0	104	100,0
TOTAL	60	9,3	583	90,7	643	100,0

GRÁFICO 4 - Distribuição das diferentes Atividades segundo presença da variável "Clientes chamadas pelo nome" em PAMs da Divisão Regional de Saúde Oeste DSC/SHS/PMSP - 1982.

- A - Consulta Médica Pré-Natal
- B - Pós-Consulta de Pré-Natal
- C - Consulta Médica Puerpério
- D - Pós-Consulta de Puerpério
- E - Pré-Consulta de Pediatria
- F - Consulta Médica de Pediatria
- G - Pós-Consulta de Pediatria
- H - Vacinação

SIM
NÃO

TABELA 16 - Distribuição das diferentes atividades segundo presença da verificação de "FEED-BACK" em PAMs da Divisão Regional de Saúde Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

ATIVIDADES	SIM		NÃO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Consulta médica de Pré-Natal	-	-	64	100,0	64	100,0
Pós-Consulta de Pré-Natal	14	24,1	44	75,9	58	100,0
Consulta Médica de Puerpério	-	-	8	100,0	8	100,0
Pós-Consulta de Puerpério	-	-	8	100,0	8	100,0
Pré-Consulta de Pe diatria	-	-	158	100,0	158	100,0
Consulta Médica de Pediatria	-	-	114	100,0	114	100,0
Pós-Consulta de Pe diatria	-	-	129	100,0	129	100,0
Vacinação	-	-	104	100,0	104	100,0
TOTAL	14	24,1	629	97,9	643	100,0

GRÁFICO 5 - Distribuição das diferentes Atividades segundo presença da verificação de "FEED-BACK" em PAMs da Divisão Regional de Saúde Oeste - DSC/SHS/PMSP - 1982.

- A - Consulta Médica Pré-Natal
B - Pós-Consulta de Pré-Natal
C - Consulta Médica de Puerpério
D - Pós-Consulta de Puerpério
E - Pré-Consulta de Pediatria
F - Consulta Médica de Pediatria
G - Pós-Consulta de Pediatria
H - Vacinação

SIM

NÃO

RECOMENDAÇÕES

RECOMENDAÇÕES

Uma situação como a descrita neste trabalho não muda simplesmente com mais normas. Provavelmente, se as existentes fossem aplicadas e as ações supervisionadas e corrigidas em sequência de um processo contínuo de avaliação, o resultado seria diferente e melhor.

Com vistas a assegurar a integração da educação em saúde à programação de saúde dos Postos de Assistência Médica recomendamos que:

1. Os dirigentes do Departamento de Saúde da Comunidade devem investir na educação em saúde como elemento indispensável à consecução de seus objetivos, bem como para obter a participação da população para resolver seus problemas de saúde. É imprescindível que adotem uma filosofia de trabalho compatível, que emane do poder central e ofereça o respaldo necessário ao desenvolvimento do componente educativo, da programação da agência,
2. No treinamento de todo o pessoal, universitário e auxiliar, já institucionalizado no DSC, seja discutido o componente educativo inerente às ações que devem realizar, sem o que o processo de treinamento resultará pouco eficaz e eficiente. Além disso, é necessário que a integração da educação às atividades dos PAM seja amplamente debatida em todos os níveis do DSC, como instrumento indispensável para assegurar o êxito dos procedimentos técnicos.

3. O componente educativo das ações de todo o pessoal de saúde dos PAM seja incluído entre os parâmetros que constituem o processo de avaliação do DSC, a fim de que se possa verificar a contribuição específica da programação do Departamento junto a sua clientela.
4. Como uma forma de garantir a concretização do processo educativo:
 - . o educador de saúde pública passe a integrar permanentemente a equipe que constitui o Núcleo de Desenvolvimento de Pessoal (NUDEPE), órgão responsável pelos programas de treinamento de pessoal da Secretaria de Higiene e Saúde a nível central, regional e local;
 - . o educador de saúde pública participe de todos os grupos de trabalho, a nível de Departamento e ou Secretaria, responsáveis pelo planejamento e implantação de novos projetos, e.
 - . o DSC garanta número adequado de educadores de saúde pública no seu quadro de pessoal e assegure sua atuação de modo que seu trabalho possa ser desenvolvido de maneira planejada e sistemática.

CONCLUSÕES

CONCLUSÕES

As seguintes conclusões podem ser tiradas deste trabalho:

1. Do ponto de vista técnico, a educação em saúde encontra-se em estágio rudimentar, sendo eventual e superficial e mente desenvolvida pelo pessoal de saúde. Isso se com prova na constatação de que:
 - . as consultas médicas de pré-natal, puerpério e pediatria limitam-se, com raras exceções, ao exame clínico e prescrição de medicamentos;
 - . em geral, nas pós-consultas tanto de pré-natal, como de puerpério e pediatria, a ênfase recai na orientação sobre medicamentos prescritos;
 - . o tratamento oferecido às clientes dos PAM pelo pessoal de saúde é despersonalizado, na medida em que o nome da cliente é sempre omitido.
2. O atendimento pré-natal não está cumprindo seu papel educativo no preparo das mulheres para o parto e maternidade, uma vez que durante esse período praticamente nenhuma orientação é dada às gestantes sobre o parto, aleitamento materno e primeiros cuidados com o recém-nascido.
3. Em todas as atividades desenvolvidas nos PAM as orientações relativas à saúde da criança de 0 a um ano de idade têm sido oferecidas de maneira superficial e incompleta.
4. A avaliação qualitativa do desempenho dos PAM no que se refere à educação em saúde vem sendo prejudicada, visto

que não faz parte da rotina do pessoal de saúde avaliar o nível de compreensão da clientela em relação às orientações recebidas, nem oferecer o reforço necessário. Da mesma forma, não se procura verificar a adoção de práticas, por parte da clientela, que contribuam para a melhoria de sua saúde.

5. Embora médicos e enfermeiras concordem sobre o conteúdo mínimo a ser ensinado para gestantes e mães sobre a saúde da criança de 0 a um ano de idade, restringem sua orientação frequentemente a medicamentos prescritos e dieta alimentar.
6. O desempenho do pessoal de saúde dos PAM observados é insatisfatório, tanto do ponto de vista do processo educativo, como do conteúdo de saúde.
7. Recomendações específicas para assegurar a integração da educação em saúde ao programa dos DSC são apresentadas,

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALCANTARA, P. et al. Mãe e filho. 3.^a ed. S.Paulo, Ed.Saraiva, 1968.
2. ANDER-EGG, E. Introducción a las técnicas de investigación social. Buenos Aires, Editorial Humanitas, 1969.
3. ARAUJO, E.F. et al. Estímulo ao aleitamento materno . J.Pediat., 41: 61-64, 1976.
4. ARVIDSON, E. et al. A health education model for ambulatory care. J.Nurs.Adm., 9: 16-21, 1979.
5. BANNITZ, J.N. Propaganda e educação sanitária. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, 7º, S.Paulo, 1978. Anais. S.Paulo, Tipografia do Departamento de Investigações, 1949. v. 1, p. 31-36.
6. BARROS, J.M. Programa de educação sanitária para dispensários do D.P.L. S.Paulo, Departamento de Profilaxia da Lepra, s.d. (mimeografado).
7. BARTLETT, E.E. The contributions of consumer health education to primary care practice: a review. Med. care, 18: 862-871, 1980.
8. BECKER, M.H. The health belief model and sick role behavior. Hlth Educ.Monogr., 2: (4): 409-419, 1974.
9. BERLO, D.K. O processo de comunicação. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1960.

10. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO (Fundação Serviços de Saúde Pública). Rio de Janeiro, 13 (26), 1981.
11. BOTOME, S.P. Administração de comportamento humano em instituição de saúde: uma experiência para serviço público. S.Paulo, 1981. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia da USP).
12. BUNDESEN, H.N. The baby manual. New York, Simon and Schuster, 1944.
13. CAMERON, M. & HOLFVANDER, Y. Manual sobre alimentação de lactantes y niños pequeños. 2.^a ed. Roma, Organización de las Naciones Unidas para Agricultura y la Alimentación, 1980.
14. CANDEIAS, N.M.F. Educação em saúde na prevenção do risco gravídico, pré-natal e interconcepcional. S. Paulo, 1979. (Tese de doutoramento, Faculdade de Saúde Pública/USP).
15. CANDEIAS, N.M.F. Educação em saúde na prevenção do risco do desmame precoce. S.Paulo, 1981. (Tese de Livre-Docência, Faculdade de Saúde Pública/USP).
16. CANDEIAS; N.M.F. & MARCONDES, R.S. Diagnóstico em educação em saúde: um modelo para analisar as relações entre atitudes e práticas na área da saúde pública. Rev. Saúde públ., S.Paulo, 13: 63-68, 1979.
17. CANFIELD, R.E. The physician as a teacher of patients. J.Med.Educ., 48 (12 part. 2): 79-87, 1973.

18. CARVALHO, L.F. O papel do hospital na educação em saúde de dos pacientes. Rev.paul.Hosp., 28: 197-203, 1980.
19. CASTELLANOS, R.A. Orientação sobre saúde bucal em um centro de saúde. Rev.Saúde públ. S.Paulo, 11: 248-257, 1977.
20. CASTRO, A.L. Um estudo relativo à Coordenadoria de Saúde da Comunidade. S.Paulo, 1970. (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública/USP).
21. CAVALCANTI, M.L.F. Conhecimentos, atitudes e práticas do pessoal de saúde sobre aleitamento materno. S. Paulo, 1982. (Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública/USP).
22. CHERRY, C. A comunicação humana. S.Paulo, Cultrix / EDUSP, 1971.
23. CLARKE, W.D. et al. Health education in the doctor's waiting room-an experiment. Hlth Educ.J., 35: 135-141, 1976.
24. COHEN, S.A. Patient education: a review of the literature. J.Advanc.Nurs., 6: 11-18, 1981.
25. COOPER, J.K. et al. Intentional prescription nonadherence (noncompliance) by the elderly. Amer.Geriatr. Soc., 30: 329-333, 1982.
26. COSTA, C.C. Puericultura. 4a. ed. Rio de Janeiro, Departamento Nacional da Criança, Ministério da Saúde, 1955.

27. COPP, L.A. The waiting room - a health teaching site.
Nurs.Outl., 19: 481-483, 1971.
28. CURRIE, B.F. & RENNER, J.H. Patient education developing a health care partnership. Postgrad.Med., 65: 177-182, 1979.
29. DELGADO, M. Health care and puerto ricans; a consultation and educational program. Patient Couns.Hlth Educ., 1: 164-168, 1979.
30. DERRYBERRY, M. Health education: its objectives and methods. Hlth Educ.Monogr., 8: 3-9, 1960.
31. DOAK, L. & DOAK, C.C. Patient comprehension profiles: recent finding and strategies. Patient CCouns.Hlth Educ., 2: 101-106, 1980.
32. FLETCHER, S.W. et al. Patient's understanding of prescribed drugs. J.Community Hlth, 4: 183 - 189, 1979.
33. FRÉOUR, P. Pourquoi des résistances à l'éducation pour la santé, Rev.int.Educ.Salud, 17: 170 - 174 , 1974.
34. FRÉOUR, P. La mission educative du médecin dans la défense de la santé. Bull.Acad.nat.Méd., Paris , 164: 644-648, 1980.
35. GARCIA, V. Atención médica infantil y educación para la salud. In: MENEGUELLO, V. Pediatría. Buenos Aires, Intermédica Editorial, 1972. p. 43-46,

36. GARFUNKEL, E. The consumer speaks: how patients select and how much they know about dental health care ~~service~~ personnel. J.prosth.Dent., 43: 380-384, 1980.
37. GIACOIA, A. Consideraciones sobre la comunicación inter e intra personal. (Trabajo presentado en el 3º Congreso Uruguayo de Administradores de Servicios de Salud. Montevideo, División Publicaciones y Ediciones, Universidad de la República, 1979,(Mimeografiado)).
38. GODIN, G. & SECOURS, A. L'éducation à la santé et la contribution de l'activité physique. Un.med. Can., 109: 743-750, 1980.
39. GOODE, W.J. & HATT, P.K. Métodos em pesquisa social. 4a. ed. S.Paulo, Companhia Editora Nacional, 1972.
40. GREEN, L.W. et al. Health education planning: a diagnostic approach. Palo-Alto, Calif., The Johns Hopkins University/Mayfield Publishing Company, 1980.
41. GROUT, R.E. Health teaching in schools. 3rd ed. Philadelphia, Saunders, 1958.
42. GRUNSPUN, H. & GRUNSPUN, F. Atitudes: uma abordagem operacional, atitudes familiares. Pediatria, S.Paulo, 4: 77-82, 1982.
43. HAMILTON, N.E. et al. An experimental evaluation of the KAP model for health education. Int.J.Hlth Educ., 23: 156-161, 1980.
44. LA HIGIENE materno-infantil en la URSS. Crón.Org.Mund. Salud, 16: 401-415, 1962.

45. HILTON, D.D. Health education in relation to health centre planning. Publ.Hlth, London, 95: 90-96, 1981.
46. HUNTER OF NEWINGTON, Lord Health education - whose responsibility? Community Med., 3: 191-198, 1981.
47. JAMPLIS, R.W. The practicing physician and patient education. Hosp.Pract., 10: 93-99, 1975.
48. KANTHOR, H.A. Car safety for infants: effectiveness of prenatal counseling. Pediatrics, 58: 320-322, 1976.
49. KAPRIO, L. Health for all by the year 2000: the role of health education. Int.J.Health Educ., 22: 136-137, 1979.
50. KIRSCHT, J. Patient education, blood pressure control and the long run. Amer.J.publ.Hlth, 73: 134-135, 1983.
51. KLEINSCHMIDT, H.E. & ZIMAND, S. Public health education: it's tools and procedures. New York, MacMillan, 1953.
52. KLUEMPER, M.A. & JOHNSON, K. Health education in the ambulatory setting: the potencial for family practice. J.Fam.pract., 8: 1229-1236, 1979.
53. KNUTSON, A. The individual, society, and health behavior. New York, Russel Sage Foundation, 1965.
54. KORSCH, B.M. et al. Gaps in doctor-patient communication. Pediatrics, 42: 855-871, 1968.

55. LARIMORE, G. Educación y trato con el paciente. Caracas, Facultad de Medicina, Escuela de Salud Pública, Universidad Central de Venezuela, s.d. (Mimeografado).
56. LESER, W.S.P. Relacionamento de certas características populacionais com a mortalidade infantil no Município de São Paulo, de 1950 a 1970. Probl.bras., 10: (109) 17-33, 1972/73.
57. LESPARRÉ, M. The patient as health student. Hospitals, 44 (6): 75-80, 1970.
58. MAILHIOT, G.B. Dinâmica e gênese dos grupos. 4.^a ed. S.Paulo, Livraria Duas Cidades, 1977.
59. MARCONDES, R.S. Educação sanitária em nível nacional. S.Paulo, 1964. (Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública/USP).
60. MARCONDES, R.S. O educador sanitário, mais um membro da equipe de saúde pública. Arq. Hig., S.Paulo, 26: 313-314, 1961.
61. MARCONDES, R.S. & SOSSAI, J.A. Educação em saúde pública: conceitos básicos. S.Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, DESP, 1977. (Mimeografado).
62. MARKS, J.S. et al. Risk factors associated with failure to receive vaccinations. Pediatrics, 64:304-309, 1979.
63. MINISTÉRIO DA SAÚDE Programa de assistência integral à saúde da mulher. Brasília, 1983. (Versão preliminar - Mimeografado).

64. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. Encontro de experiências de educação e saúde. Brasília, 1981.
65. NYSWANDER, D.B. Education for health; some principles and theirs applications. California's Hlth, 14:65-70, 1956.
66. OLIVEIRA, W. Educação sanitária através dos centros de saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE. 7º, 1948. Anais. S.Paulo, Tipografia do Departamento de Investigações, 1949. v. 1, p. 66-70.
67. OLIVER, M.F. The role of the physician in health education. Hlth Bull., 39: 296-298, 1981.
68. O'NEILL, M. La modificación de comportements reliés à la santé. Un.méd.Can., 109: 733-750, 1980.
69. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos de la OMS en Planificación y Evaluación de Servicios de Educación Sanitária, Ginebra, 1967. Informe. Ginebra, 1969. (OMS-Ser.inf.tecn., 409).
70. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Comité de Expertos sobre Organización de Servicios de Higiene Dental, Ginebra, 1964. Informe. Ginebra, 1965. (OMS-Ser.inf.tecn., 298).
71. OSHIRO, J.H. et al. Educación en salud: una experiencia en la Secretaria de Salud del Estado de São Paulo. Educ.Med.Salud, 14: 184-196, 1980.

72. PAULSON, J.A. Patient education. Pediat.Clin.N.Amer., 28: 627-641, 1981.
73. PENTEADO, J.R.W. A técnica da comunicação humana. S. Paulo, Pioneira, 1964.
74. PESSOA, S.B. Educação sanitária. Revista Brasileira se, (16): 105-117, 1958.
75. PHILLIP, L. Principles of public health education: a critical review. Int.J.Hlth Educ., 17: 106-113, 1974.
76. PILON, A.F. Educação para a saúde. Academus, 12: 15-17, 1970.
77. PILON, A.F. A integração de pessoal e a ação educativa. Academus, 35: 27-31, 1973.
78. PRADO, C.V. et al. Manual de pediatria e puericultura. S.Paulo, Departamento Estadual da Criança, 1964.
79. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria de Higiene e Saúde. Contribuição para o planejamento de um programa de saúde da mulher no Estado de São Paulo. S.Paulo, 1983. (Mimeografado).
80. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria de Higiene e Saúde. Educação para a saúde. S.Paulo, Grupo SOMA, 1981.
81. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria de Higiene e Saúde. Departamento de Saúde da Comunidade. Ações de enfermagem nos PAM. S.Paulo, 1982. (Do

cumento para treinamento de auxiliares de enfermagem e de atendentes de enfermagem).

82. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria de Higiene e Saúde. Departamento de Saúde da Comunidade . Assistência pré-natal. S.Paulo, s.d. (Mimeogrado).
83. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria de Higiene e Saúde. Departamento de Saúde da Comunidade. Normas e procedimentos da assistência à criança nos PAM do Departamento de Saúde da Comunidade. S.Paulo, 1982.
84. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria de Higiene e Saúde. Departamento de Saúde da Comunidade. Normas e procedimentos de assistência materna no DSC. S.Paulo, 1978.
85. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria de Higiene e Saúde. Departamento de Saúde da Comunidade. Projeto educativo de incentivo ao aleitamento materno. S.Paulo, 1981.
86. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria de Higiene e Saúde. Departamento de Saúde da Comunidade. Verificação do cumprimento das atividades programáticas do Programa de Assistência à Criança, para crianças de 0 - 1 ano no período de 1981-82. (Trabalho apresentado no II Congresso Paulista de S.Pública, S. Paulo, 1983).

87. RAIMBAULT, G. et al. Aspectos da comunicação entre pacientes e médicos: uma análise do diálogo durante as entrevistas. J.Pediat., 41: 67-71, 1976.
88. RAMOS, R. Indicadores do nível de saúde: sua aplicação no Município de São Paulo, (1894 - 1959). São Paulo, 1962. (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública/USP).
89. READER, G.G. The physician as a teacher. Hlth Educ. Monogr., 2: 34-38, 1974.
90. REUNIÃO CONJUNTA OMS/UNICEF SOBRE ALIMENTAÇÃO DE LACTENTES E CRIANÇAS NA 1ª INFÂNCIA, Genebra, 1979. Subsídios preparados pela OMS/UNICEF. Brasília, UNICEF, 1980.
91. ROBERTS, B.J. Research in educational aspects of health programmes: it's relationship with professional education and practice. Int.J.Hlth Educ., 13 (suppl. 1), 1970.
92. ROSS, C.K. Factors influencing successful preventive health education. Hlth Educ.Quart., 8: 187-208, 1981.
93. RUBIN, L.D. et al. Health education planning in health systems agencies. J.Sch.Hlth, 41: 487-491, 1981.
94. RYAN, W.C. Como as pessoas aprendem. S.Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, DESP, 1953. (Mimeografado).
95. SÁ, A. Fundamentos científicos da comunicação. Petrópolis, Vozes, 1973.

96. SANTOS, S.O. O processo de comunicação. S.Paulo, Faculdade de Saúde Pública/USP, DESP, 1973. (Mimeo - grafado).
97. SCHOENRICH, E.H. The potencial of health education in health services delivery. Hlth Serv.Rep., 89: 3-7, 1974.
98. SELLTIZ, C. et al. Métodos de pesquisa nas relações sociais. S.Paulo, Ed.Herder/EDUSP, 1967.
99. SHAPIRO, I. Health education horizons and patient satisfaction. Amer.J.publ.Hlth, 62: 229-232, 1972.
100. SINGH, N. Patient health education - an experiment. Med.J.Malaysia, 34: 343-346, 1980.
101. SPOCK, B. Como cuidar de seu filho: guia dos pais, Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1955.
102. SUCHMAN, E.A. Health attitudes and behavior, Arch. Enviromm.Hlth, 20: 105-110, 1970.
103. SWEZEY, R.L. & SWEZEY, A.M. Educational theory as a basis for patient education. J.chron.Dis., 29:417-422, 1976.
104. TERRIS, M. The primacy of prevention. Prev.med., 10: 689-699, 1981.
105. THOMPSON, J.J. Anatomia da comunicação. Rio de Janeiro, Block, 1973.
106. TOMLINSON, J.R.G. An educationalist looks at health education. Int.J.Hlth Educ., 22: 1950-1960, 1979.

107. TOURNIER, P. O relacionamento pessoal: terceira dimensão da medicina. CONTACT, Genebra, (5): 3 e 11, 1979.
108. ULLOA, A.G. Alimentação de crianças menores de um ano de idade. S.Paulo, Instituto de Saúde, Serviço de Educação em Saúde Pública, 1973.
109. VASCONCELLOS, E.M. Papel do médico em um serviço de atenção primária: reflexões. CONTACT, Genebra, (27): 18-23, 1982.
110. VILARREAL, R. Educación de la comunidad para la salud. Gac.med.Mex., 115: 291-296, 1979.
111. VILLAS-BOAS, A. Temas de saúde pública. Rio de Janeiro, Fundação Serviço de Saúde Pública, 1981.
112. VUORI, H. The medical model and the objectives of health education. Int.J.Hlth Educ., 23: 12 e 19, 1980.
113. WAGGONER, R.D.M. et al. Physician influence on patient compliance: a clinical trial. Ann.Emerg.med., 10: 348-352, 1981.
114. WESTPHAL, M.F. et al. A educação: uma força positiva dentro de uma instituição de saúde - o hospital infantil. Pediatria, S.Paulo, 1: 372-378, 1979.
115. WHO WORKING GROUP ON PRINCIPLES AND METHODS OF HEALTH EDUCATION, Dresden, 1977. Report, Copenhagen, Regional Office for Europe, 1979 (Euro Reports and Studies, 11).

116. WOISKI, J.R. Dietética pediátrica, Rio de Janeiro, Atheneu, 1981.
117. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Expert Committee on New Approaches to Health Education in Primary Health Care, Geneva, 1982. Report. Geneva, 1983 (WHO teach.reppser. 690).
118. YORK, P. & MATERU, N.L.B. Patient medication compliance in a developing country. J.Clin.Pathol., 5: 307-310, 1980.
119. ZABOLOTSKAIA, L. "Dispensarization"; the integration of health education in preventive and curative medicine in URSS. Int.J.Hlth Educ., 8: 41-44, 1965.

A N E X O S

ANEXO 1

Resultado das entrevistas realizadas com médicos e enfermeiras da Divisão Regional de Saúde Oeste-DSC-4/DSC/SHS/PMSP.

1. Conteúdo mínimo a fazer parte das orientações educativas para gestantes e ou mães, sobre saúde da criança de 0 1 ano de idade.

ALIMENTAÇÃO

Aleitamento materno

- Importância para a criança
 - . protege contra algumas doenças infecto-contagiosas
 - . evita diarreias
 - . diminui o risco da desnutrição
 - . contém todos os nutrientes de que a criança necessita
 - . colabora para um melhor crescimento e desenvolvimento da criança (físico e emocional).
- Importância para a mãe
 - . colabora para que os órgãos alterados durante a gravidez voltem ao normal
 - . é prático (pronto e na temperatura ideal - além de ser puro)
 - . é econômico
 - . colabora para um melhor relacionamento entre mãe e filho.

- Técnica de amamentação

- . posição - mãe deve amamentar (de preferência) sentada, com as costas apoiadas tendo a criança reclinada em seu colo. Segurar o seio de modo a que a criança respire livremente
- . horário entre as mamadas livres de acordo com a demanda da criança, (Quanto mais vezes a criança mamar, maior será a produção de leite)
- . oferecer cada seio de 10' a 15'
- . alterar, sempre, o seio que inicia a amamentação
- . amamentar em local tranquilo deixando que a criança mame normalmente, sem pressa.
- . massagear o seio e o mamilo para evitar dor.

- Contra-indicações para o aleitamento materno

- . doenças infecciosas: Tb e Ha

- Desmame

. Como evitar o desmame precoce

- não introduzir mamadeira enquanto a criança está sendo amamentada ao peito
- gestante deve se preparar para o aleitamento tomando GESTAL
- nutriz deve ter alimentação balanceada (carne, ovos, verduras, frutas e leite)
- nutriz deve tomar cerca de $1\frac{1}{2}$ litro de líquido por dia
- caroços ou rachaduras no seio não devem implicar em desmame. Procurar o médico para orientação

- leite fraco não existe. O leite materno pode ter aspecto diferente dos outros leites, o que não significa que seja fraco.
- gestante com mamilo retrovertido deve tentar correção com exercícios ensinados pelo pré-natalista. No caso da nutriz, a mesma coisa, não desistir de amamentar por problema físico que pode ser facilmente corrigido
- a mãe por qualquer motivo for obrigada a oferecer mamadeira a seu filho deve seguir orientação do pediatra quanto ao seu preparo
- Desmame normal
 - criança deve ser amamentada, pelo menos, até 6 meses
 - criança deve ser amamentada, de preferência até 12 meses
 - o desmame deve ser orientado pelo pediatra.
- Alimentação Artificial
 - introduzir novos alimentos na dieta do bebê de acordo com orientação do pediatra
 - orientar a mãe sobre finalidade de cada alimento a ser introduzido na dieta do bebê
 - orientar a mãe quanto à maneira de introduzir um alimento novo (um de cada vez, aumentando a quantidade, gradativamente, de forma a testar a aceitabilidade da criança)

- alimentos industrializados devem ser evitados.

VACINAÇÃO

- finalidade de cada vacina
- necessidade cada criança completar o esquema básico de vacinação para poder ser considerada imunizada
- necessidade de que as crianças sejam vacinadas
- como a mãe deve proceder frente à possíveis reações de cada vacina.

HIGIENE

Do bebê

- banho diário
- trocar as fraldas da criança todas as vezes em que estiver suja ou molhada.
- lavar a criança com água morna todas as vezes em que trocar as fraldas
- lavar as roupas da criança com água e sabão e separá-las das demais roupas da casa. Passar a ferro.

Banho de sol

- diário
- entre 8:00 e 9:30 h da manhã, (nunca através de vidros)
- iniciar com exposição de 5 a 10 minutos e aumentar gradativamente até 30 minutos. Cuidar para que a pele da criança não fique queimada
- expor a criança ao sol com pouca roupa ou totalmente despida, dependendo do tempo.

Da mãe

- lavar as mãos com água e sabão, antes de amamentar
- lavar os seios (mamilos) com água fervida antes de amamentar
- tomar banho diariamente
- lavar a cabeça regularmente
- lavar as mãos com água e sabão antes de preparar alimentos para o bebê.

Da casa, utensílios e alimentos do bebê

- evitar poeira
- evitar umidade
- evitar fumaça
- ambiente deve ser arejado
- ambiente deve ser ensolarado
- lavar com água e sabão todos os utensílios do bebê mantendo-os separados
- enquanto o bebê for muito pequeno, além de lavar com água e sabão, ferver os utensílios
- lavar com água todos os alimentos a serem oferecidos ao bebê (frutas, verduras e legumes)

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

- orientar a mãe sobre as mudanças que ocorrerão com a criança em cada período, com o objetivo de ensiná-la a observar a criança e perceber, precocemente, a ocorrência de qualquer anormalidade, colaborando com o pediatra na detecção de qualquer problema.

RELACIONAMENTO MÃE/FILHO

- orientar a mãe quanto a importância de seu relacionamento com a criança para que ele se desenvolva, satisfatoriamente, do ponto de vista emocional.

Para que isso ocorra é necessário que a mãe trate a criança com carinho:

- conversando com ela baixinho
- segurando-a ao colo
- mantendo ambiente de calma e tranquilidade ao seu redor.

ACIDENTES

- evitar situações que propiciem quedas: (deixar a criança sozinha ou irmãos menores segurá-la)
- evitar situações de perigo tais como:
 - . não deixar a criança a sós com irmãos menores (eles podem machucá-la)
 - . não deixar objetos que a criança possa puxar sobre si, asfixiando-se
 - . não deixar objetos pequenos que a criança possa engolir ou aspirar
 - . não deixar objetos cortantes ou contundentes próximos à criança
 - . não deixar substâncias tóxicas próximas à criança
 - . evitar que a criança fique próxima ao fogo
 - . evitar bolsas de água quente, ou recipientes com água fervendo perto da criança

- . proteger as tomadas impedindo o acesso da criança a e
las
- . fazer a criança eructar após mamar
- . colocar a criança para dormir, deitando-a de lado.

2. Responsáveis pelas orientações a serem oferecidas às ge
tantes e ou mães sobre saúde da criança de 0 1 ano de
idade:

- pediatras e pré-natalistas, durante as consultas;
- atendentes e auxiliares de enfermagem, nas pré e pós-
consultas
- enfermeiras e educadores de saúde pública em reuniões
de grupo especialmente destinados a essas orientações.

ANEXO 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Informações Gerais

Nome _____

Profissão _____ Especialidade _____

PAM _____

1. Na sua opinião, quais os conhecimentos mínimos, sobre saúde da criança de 0-1 ano de idade, que devem ser oferecidos às mães ou gestantes segundo os itens abaixo relacionados:

- alimentação
- imunização
- higiene
- crescimento e desenvolvimento
- relacionamento mãe/filho
- acidentes

2. Na sua opinião a quem cabe a responsabilidade de transmitir essas orientações às gestantes e ou mães?

ANEXO 3

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃOCONSULTA MÉDICA DE PRÉ-NATAL

SIM	NÃO
()	()

O médico:

1. recebe uma gestante de cada vez
2. trata a gestante pelo nome
3. orienta a gestante sobre:
 - medicação prescrita
 - alimentação
 - vacinação
 - cuidados gerais com sua saúde
4. esclarece a gestante sobre a importância de amamentar seu filho
5. pergunta a opinião da cliente sobre aleitamento materno
6. esclarece as dúvidas da cliente sobre aleitamento materno
7. esclarece sobre exercícios para correção, na eventualidade de ser detectado um problema corrigível de má formação do mamilo
8. esclarece a cliente sobre os cuidados que deverá dispensar aos seios durante a gravidez visando ao aleitamento materno

9. explica as vantagens do aleitamento materno:
 - para a mãe
 - para o filho
10. orienta a gestante, na última consulta antes do parto, a:
 - trazer a criança ao PAM para o pediatra examinar entre o 15º e o 30º dia após o parto
 - não dar mamadeira ao bebê antes de trazelo ao PAM para o pediatra examinar
 - voltar ao PAM após o parto para exame de puerpêrio no mesmo dia em que trouxer a criança para passar pelo pediatra
11. verifica o "feed-back" da cliente em relação às orientações dadas

ANEXO 4

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃOPÓS-CONSULTA DE PRÉ-NATAL

SIM NÃO
() ()

A atendente de enfermagem:

1. recebe uma gestante de cada vez
2. convida a gestante a sentar-se
3. trata a gestante pelo nome
4. indaga as dúvidas que tem em relação às orientações dadas pelo médico
5. esclarece as dúvidas da gestante
6. reforça as orientações dadas pelo médico sobre:
 - medicamentos prescritos
 - alimentação
 - vacinação
 - coleta de material para exames de laboratório
 - cuidados gerais de saúde
7. pergunta se a gestante compreendeu as orientações dadas
8. no caso da orientação não ter sido compreendida pela gestante, repete a referida orientação
9. orienta a gestante sobre aleitamento materno:

- importância para a mãe
- importância para a criança
- técnica de amamentação

10. orienta a gestante sobre:

- parto e recursos da comunidade
- consulta durante o puerpério
- consulta do recém-nascido

ANEXO 5

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃOCONSULTA MÉDICA DE PUERPÉRIO

SIM NÃO
() ()

O médico:

1. recebe uma cliente de cada vez
2. trata a cliente pelo nome
3. orienta a cliente sobre:
 - medicação prescrita
 - alimentação
 - cuidados gerais de saúde
 - menstruação
 - vantagens do aleitamento materno
 - técnica de amamentação
4. identifica os motivos que levam as mães a não amamentar
5. esclarece dúvidas das clientes em relação ao aleitamento materno
6. orienta sobre:
 - retorno para 2ª consulta de puerpério
 - consulta médica do recém-nascido
7. verifica o "feed-back" da cliente em relação às orientações dadas

ANEXO 6

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃOPÓS-CONSULTA DE PUERPÉRIO

	SIM	NÃO
A atendente de enfermagem	()	()
1. recebe uma cliente de cada vez		
2. trata a cliente por seu nome		
3. convida a cliente a sentar-se		
4. orienta sobre:		
- medicação prescrita		
- alimentação		
- cuidados gerais de saúde		
- vantagens do aleitamento materno		
- técnica de amamentação		
- recursos de saúde da comunidade		
- retorno para 2. ^a consulta de puerpério		
- consulta do recém-nascido		
5. verifica a compreensão da cliente sobre:		
- consulta médica		
- orientações da pós-consulta		

ANEXO 7

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃOPRÉ-CONSULTA DE PEDIATRIA

SIM NÃO

() ()

A atendente de enfermagem:

1. recebe uma mãe de cada vez
2. trata a mãe pelo nome
3. interpreta para a mãe ou responsável os dados referentes a:
 - peso
 - altura
 - temperatura
4. orienta a mãe como proceder durante a consulta médica
5. verifica a caderneta de vacinação

ANEXO 8

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃOCONSULTA MÉDICA DE PEDIATRIA

SIM	NÃO
()	()

O médico:

1. recebe uma mãe de cada vez
2. inicia a consulta indagando qual a "queixa"
4. explica o resultado do exame clínico da criança
5. explica a prescrição de medicamentos a ser seguida
6. explica o motivo da prescrição feita
7. orienta sobre cuidados gerais com a criança:
 - alimentação
 - vacinação
 - higiene
 - crescimento e desenvolvimento
 - relacionamento mãe/filho
 - prevenção de acidentes
8. verifica se suas orientações foram compreendidas pela mãe

ANEXO 9

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃOPÓS-CONSULTA DE PEDIATRIA

SIM	NÃO
()	()

A auxiliar de enfermagem:

1. recebe uma mãe de cada vez
2. trata a mãe pelo nome
3. pergunta se tem alguma dúvida em relação à consulta médica
4. esclarece as dúvidas apresentadas
5. explica como devem ser administrados os medicamentos receitados pelo médico
6. pede que a mãe repita a explicação
7. orienta sobre aleitamento materno:
 - vantagens para a mãe
 - vantagens para o bebê
 - técnica de amamentação
 - como evitar o desmame precoce
8. indaga o que a mãe já faz ou sabe a respeito da alimentação do bebê, antes de dar orientação
9. corrige ou reforça orientação sobre:
 - introdução de novos alimentos na dieta do bebê
 - finalidade de cada alimento

- importância de seguir o esquema de alimentação prescrito pelo pediatra
- vantagens dos alimentos naturais sobre os industrializados

10. orienta sobre cuidados higiênicos:

COM O BEBÊ

- banho diário
- troca de fraldas (todas as vezes em que a criança estiver suja ou molhada)
- banho parcial (lavar a criança com água todas as vezes que trocar as fraldas)
- lavagem das roupas
- banho de sol
 - . direto
 - . periodicidade
 - . horário
 - . duração
 - . traje da criança

COM A MÃE

- banho diário
- lavagem da cabeça
- higiene das mãos (lavagem) com água e sabão antes de amamentar
- higiene dos seios (mamilos) com água fervida antes de amamentar
- higiene das mãos antes de manipular os alimentos do bebê

COM A CASA, UTENSÍLIOS E ALIMENTOS DO BEBÊ

- limpeza com pano úmido
- ambiente arejado
- ambiente ensolarado
- não fumar no quarto ou perto do bebê
- lavar com água e sabão todos os utensílios do bebê
- manter os utensílios do bebê separados
- lavar com água corrente todos os alimentos a serem oferecidos ao bebê (frutas, verduras e legumes)

11. orienta sobre vacinação:

- finalidade de cada vacina
- necessidade de completar o esquema básico de vacinação
- reações
- procedimentos da mãe quando há reações
- importância da "caderneta de vacinação" como documento médico e social

12. orienta sobre as fases de crescimento e desenvolvimento

13. orienta sobre saúde mental da criança:

- importância do relacionamento mãe/filho
 - . tratar a criança com carinho
 - . conversar com ela baixinho
 - . segurá-la ao colo
 - . manter ambiente de calma e tranquilidade ao seu redor

14. orienta sobre prevenção de acidentes:

- evitar situações que propiciem quedas
- não deixar a criança a sós com irmãos menores
- não deixar a criança próxima a objetos que possa puxar sobre si
- não deixar objetos pequenos ao alcance da criança que ela pode engulir
- não deixar objetos cortantes ou contundentes ao alcance da criança
- não deixar substâncias tóxicas ao alcance da criança
- não deixar a criança próxima do fogão
- não deixar bolsas de água quente ou recipientes com água fervente ao alcance da criança
- proteger tomadas
- não colocar a criança para dormir, depois de ter mamado, sem que antes tenha eructado

15. pede que a mãe repita cada uma das informações, a fim de identificar dúvidas

16. repete as explicações pertinentes, se a mãe mostrar não ter compreendido

17. indaga se ainda há alguma dúvida

18. orienta a mãe a trazer a criança na próxima consulta

ANEXO 10

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃOVACINAÇÃO

SIM	NÃO
()	()

A auxiliar de enfermagem:

1. recebe a mãe individualmente
2. trata a mãe pelo nome
3. explica qual vacina será aplicada na crian_ça
4. explica a finalidade dessa(s) vacina(s)
5. cita possíveis reações da vacina
6. explica o que fazer, caso a vacina dê rea_ção
7. orienta sobre a necessidade do retorno pa_ra doses de reforço ou outras vacinas
8. verifica se as orientações foram compreen_didas
9. explica a importância da "carteira de vaci_nação" como documento médico-social