



Artigo original

Contribuição de familiares na idealização de cartilha educativa sobre cuidados à criança após alta hospitalar

Contribution of family members in the idealization of an educational booklet on child care after hospital discharge

Contribución de los familiares en la creación de un folleto educativo sobre el cuidado del niño tras el alta hospitalaria

Raquel Cardoso Teixeira¹ , Jhonatan Jhobber Santana¹ ,
Aline Cerqueira Santos Santana da Silva¹ , Fernanda Garcia Bezerra Góes¹ ,
Leila Leontina do Couto Barcia¹ , Mariana Tavares da Silva¹ 

¹ Universidade Federal Fluminense, Rio das Ostras, Rio de Janeiro, Brasil

Resumo

Objetivo: descrever as contribuições de familiares na idealização de cartilha educativa sobre cuidados domiciliares prestados à criança após a alta hospitalar. **Método:** pesquisa qualitativa, desenvolvida em hospital público no interior do estado do Rio de Janeiro, por meio de roteiro semiestruturado com 30 familiares de crianças hospitalizadas, cujos dados foram processados no *Software* IRAMUTEQ. **Resultados:** o agrupamento em classes permitiu o elenco de tópicos a serem abordados na cartilha educativa, a saber: cuidado com a criança em si, ambiente domiciliar, roupa, banho, medicação, animal de estimação, tapetes, cortinas, identificação de quadros respiratórios, sintomas e da alergia à proteína do leite. Ademais, familiares almejam ser acolhidos pelos profissionais de saúde e a cartilha deve apresentar informações simplificadas, lúdicas e convidativas. **Conclusão:** os depoimentos dos familiares contribuem para construção de uma tecnologia educacional em saúde pautada nas necessidades da população-alvo, facilitando a continuidade do cuidado no domicílio após a alta hospitalar.

Descritores: Saúde da Criança; Tecnologia Educacional; Alta do Paciente; Família; Enfermagem

Abstract

Objective: to describe the contributions of family members in the creation of an educational booklet on home care provided to children after hospital discharge. **Method:** qualitative research, developed in a public hospital in the countryside of the state of Rio de Janeiro, through a semi-structured script with 30

family members of hospitalized children, whose data were processed in the IRAMUTEQ Software. **Results:** the grouping into classes allowed the list of topics to be addressed in the educational booklet, namely: care for the child, home environment, clothing, bath, medication, pet, carpets, and curtains, identification of respiratory conditions, symptoms and allergy to milk protein. In addition, family members seek to be welcomed by health professionals and the booklet should present simplified, playful and inviting information. **Conclusion:** the testimonies of family members contribute to the construction of an educational health technology based on the needs of the target population, facilitating the continuity of care at home after hospital discharge.

Descriptors: Child Health; Educational Technology; Patient Discharge; Family; Nursing

Resumen

Objetivo: describir las contribuciones de los familiares en la creación de un folleto educativo sobre los cuidados domiciliarios brindados a los niños después del alta hospitalaria. **Método:** investigación cualitativa, desarrollada en un hospital público del interior del estado de Río de Janeiro, mediante un guión semiestructurado con 30 familiares de niños hospitalizados, cuyos datos fueron procesados mediante el software IRAMUTEQ. **Resultados:** la agrupación en clases permitió abordar la lista de temas a tratar en el folleto educativo, a saber: cuidado del niño en si, ambiente del hogar, vestimenta, baño, medicamentos, mascota, alfombras, cortinas, identificación de afecciones respiratorias, síntomas y alergia a la proteína de la leche. Además, los familiares quieren ser bien recibidos por los profesionales de la salud y el folleto debe presentar información simplificada, divertida y atractiva. **Conclusión:** los testimonios de los familiares contribuyen para la construcción de una tecnología educativa en salud basada en las necesidades de la población objetivo, facilitando la continuidad de la atención en el domicilio después del alta hospitalaria.

Descriptoros: Salud infantil; Tecnología Educacional; Alta del Paciente; Familia; Enfermería

Introdução

O processo de alta hospitalar se apresenta como um desafio para a família, pois esta, muitas vezes, se sente despreparada para assumir o cuidado da criança no domicílio. Esse despreparo, geralmente, se deve à forma como ela é inserida no cuidado durante a hospitalização. O envolvimento familiar no plano de cuidados ainda é incipiente e demonstra que os conflitos resultam de informações insuficientes, ausência de diálogo, falta de empatia e relações interpessoais difíceis que podem influenciar, sobretudo, a compreensão e aprendizagem, prejudicando a formação de vínculo e a qualidade do cuidado no domicílio.¹⁻²

Esse processo sem o adequado preparo, dificulta o manejo dos cuidados no domicílio, ocasionando dúvidas nos familiares. Essa lacuna, por vezes, resulta em readmissões frequentes das crianças, que normalmente decorrem de lacunas no preparo e planejamento de alta durante a permanência da família no hospital com desvalorização de suas singularidades e necessidades, impactando na garantia da continuidade dos cuidados após a alta hospitalar.³

Desse modo, considerar a experiência e as dúvidas de familiares no cuidado da criança é essencial para que o profissional de saúde possa planejar a atenção a essa criança e seu familiar após a alta hospitalar. Identifica-se a necessidade de compreensão pelos profissionais de saúde sobre as peculiaridades da coordenação do processo de transição para o domicílio e da importância da equipe interprofissional desenvolver ações conjuntas no cuidado planejado para além da hospitalização.¹

Para tal, faz-se necessário que os familiares façam parte de todo o processo e que o preparo de alta hospitalar se assente em pilares como a individualidade e o fornecimento de apoio e orientações claras, sucintas e de fácil entendimento para os familiares.⁴ Ao considerar que a utilização de tecnologias educacionais contribui para o sucesso da educação em saúde, destaca-se a viabilidade de utilizar uma cartilha educativa visando o acompanhamento do familiar no domicílio, por ser um instrumento que pode reforçar as orientações verbais, servir como guia no domicílio, por exemplo, diante de dúvidas no desenvolvimento da prestação do cuidado e dificuldades no manejo.⁵⁻⁷

Identificar as contribuições de familiares referentes à implementação de cuidado da criança no domicílio diante da alta hospitalar para a criação de uma tecnologia educacional que auxilie o ensino-aprendizado desses indivíduos, a exemplo de uma cartilha educativa, poderá contribuir para o fortalecimento do exercício do cuidado pelo familiar para que se torne efetivo, além de mitigar a piora clínica e, conseqüentemente, a readmissão da criança. A tecnologia educacional em forma de cartilha apresenta-se relevante devido ao destaque que esses materiais impressos vêm alcançando, por serem bem aceitos e utilizados como ferramenta educacional capaz de ampliar o conhecimento, por sua fácil aplicabilidade e leitura. Por esse motivo, a cartilha educativa é uma das mais utilizadas para diversos segmentos, como familiares, quando o objetivo é fornecer orientações de forma clara e sucinta.⁷

O presente se justifica pela importância de práticas educativas diante da continuidade do cuidado da criança pelos familiares na alta hospitalar, além da carência de publicações relacionadas ao tema.⁸ A utilização da cartilha decorre da necessidade de disponibilizar materiais educativos escritos para dar suporte aos familiares, no que tange à continuidade do cuidado da criança diante da alta hospitalar, tornando-se relevante para essa prática, prevenindo agravos e, conseqüentemente a readmissão da criança no hospital. A idealização da cartilha a partir das contribuições dos familiares possibilita atender suas singularidades e

necessidades o manejo da criança em razão da alta hospitalar. Portanto, considerando as lacunas existentes entre o conhecimento e a prática no cuidado dessas crianças pelo familiar no domicílio, objetivou-se: descrever as contribuições de familiares na idealização de cartilha educativa sobre cuidados domiciliares prestados à criança após a alta hospitalar.

Método

Pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, que apresenta a primeira etapa do projeto matricial intitulado: “Elaboração e validação de cartilha educativa acerca dos cuidados prestados à criança pelo familiar no domicílio diante da alta hospitalar”. Para tal, foi desenvolvida em um hospital público localizado no interior do estado do Rio de Janeiro, Brasil, especificamente no setor de internação pediátrica. Para a descrição da pesquisa, adotou-se os Critérios Consolidados de Relatos de Pesquisa Qualitativa (COREQ).⁹

O cenário do estudo foi um hospital público de autarquia municipal, destinado ao atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A referida instituição foi elencada devido à alta rotatividade de pacientes, recebendo não somente a população do município onde está localizado, como também de regiões vizinhas, configurando porta de entrada para unidades solicitantes, por ser de grande porte e possuir maternidade de referência na região. Além disso, conta com berçário, emergência pediátrica e unidade de internação pediátrica, que atendem ampla variedade de diagnósticos clínicos. Possui duas enfermarias com três leitos cada e dois leitos destinados para o isolamento. Todavia, não dispõe de centro de terapia intensiva pediátrica e neonatal, mas, nestes casos, conta com a central de regulação de vagas para referenciar crianças de maior gravidade.

Os critérios de inclusão foram: familiar com 18 anos ou mais que tivesse uma relação de convivência direta com a criança e que permanecesse internado há pelo menos três dias no setor de internação pediátrica (esperava-se que o participante estivesse adaptado ao cenário conferindo informações concernentes ao objeto em estudo), independentemente de ser a primeira internação da criança. Como critérios de exclusão: familiar que, apesar de manter convivência direta com a criança, apresentasse incapacidade mental e/ou cognitiva.

A respeito da amostra, os participantes foram selecionados por conveniência durante o período de coleta de dados, de julho a setembro de 2022, por meio de convite feito pessoalmente a participarem da pesquisa pela aluna de graduação acompanhada da

orientadora com título de doutora em enfermagem e experiência no desenvolvimento de pesquisas qualitativas. Elas se apresentaram ao pretense participante, o responsável, explicando de forma detalhada e clara, por meio de linguagem coloquial, a que se referia à pesquisa e os seus objetivos. Ainda, explicou-se que a entrevista teria em média a duração de 20 minutos, seria gravada em mídia digital e, posteriormente, transcrita na íntegra.

As entrevistas estruturadas foram realizadas nas enfermarias em momento oportuno quando estivesse apenas a pesquisadora, o familiar e a criança, na ocasião em que esta se apresentava confortável, calma e serena respeitando o momento do sono.

A coleta ocorreu até a saturação teórica dos dados, respeitando o mínimo necessário para análise pelo *Software Interface de R pour Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRAMUTEQ), que recomenda entre 20 e 30 textos.¹⁰

As entrevistas face a face seguiram um roteiro semiestruturado elaborado por dois dos pesquisadores com título de doutor em enfermagem e previamente testado mediante aplicação com dois responsáveis, o que possibilitou identificar uma fragilidade e necessidade de adaptação em duas das perguntas abertas, tornando-as mais claras para o entendimento do depoente. Ressalta-se que estas entrevistas não foram incluídas. Ademais, nenhum dos participantes, durante a coleta de dados ou após, manifestou o desejo em retirar-se do estudo.

O roteiro semiestruturado, dividido em duas partes, a primeira contendo questões referentes à caracterização do perfil sociodemográfico dos responsáveis, como: idade, sexo, raça, grau de parentesco, escolaridade, diagnóstico da criança internada, dentre outros.

A segunda parte com questões direcionadas ao objetivo do estudo, sendo elas: 1) Você foi orientada durante a internação de como cuidar do seu filho depois da alta? Se sim, quais orientações você recebeu?; 2) Se não, sobre o que você gostaria de ser orientada antes da alta do seu filho?; 3) Sem essas orientações, você acredita que conseguirá cuidar dele(a) em casa diante das recomendações médicas?; 4) Você acredita que uma cartilha com orientações para a implementação dos cuidados prestados ao seu filho (a) no domicílio poderá ajudar? Se sim, explique como a cartilha poderá ajudar?; 5) Quais orientações você gostaria que estivessem na cartilha para cuidar do seu filho(a) no domicílio? 6) Se você pudesse escolher, como você construiria a cartilha para que todo mundo desejasse ler? (como ela seria?); 7) Existe algo que você queira mencionar que ainda não foi exposto na entrevista? Tem alguma sugestão?

Foi esclarecido ao familiar que sua participação poderia gerar desconfortos por revisitar

momentos e histórias vivenciadas junto às crianças durante a internação. Caso ocorresse desconforto de qualquer natureza, a entrevista seria interrompida imediatamente ficando este responsável livre para decidir se continuaria ou não a participar do estudo.

Após a transcrição das entrevistas, estas constituíram a fonte primária de dados submetida à análise lexicográfica, por meio do *Software* IRAMUTEQ e dos métodos da Estatística Textual Clássica e Classificação Hierárquica Descendente (CHD).¹⁰ Salienta-se que o processamento dos dados no IRAMUTEQ foi realizado por dois alunos no mesmo momento, os quais estavam acompanhados da professora orientadora.

O conteúdo das respostas (segmentos de texto) foi baseado nos pressupostos metodológicos da Análise Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentidos que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência significam algo para o objeto analítico. Para tal, resgatou-se as formas ativas de cada classe de segmentos de texto, incluindo substantivos, adjetivos e formas não reconhecidas, com destaque para as que obtiveram no teste qui-quadrado (χ^2) um valor $\geq 3,84$ e um $p < 0,05$ e com ($p < 0,0001$), que revela a força associativa entre as palavras na sua respectiva classe. A partir desse resgate, buscou-se alcançar o núcleo de compreensão das respostas dos participantes, realizando-se inferências e interpretações de acordo com os marcos conceituais do estudo.¹¹

Os aspectos éticos foram atendidos de acordo com a Resolução nº 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e todos os participantes assegurados sobre o sigilo e anonimato de suas informações mediante o aceite do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal Fluminense e teve seu Parecer aprovado sob o nº. 5.341.703 em 09 de abril de 2022. A fim de preservar a identidade dos participantes, utilizou-se um código alfanumérico como forma de identificação, a saber: "Part" (referente a participante), acompanhada de número ordinal sequencial (Part 01).

Resultados

Participaram do estudo 30 responsáveis de crianças internadas na unidade pediátrica, sendo em sua maioria 27 (90%) do sexo feminino, que se autodeclararam como pardos 15 (50%), seguido de 11 (36,6%) que se declararam pretos. Com relação ao grau de parentesco, 26 (86,6%) eram mães das crianças internadas, com idades que variavam entre 18 e 38 anos, seguidas dos pais 3 (10%) pais e 1 avó (3,3%). Quanto ao estado civil, 15 (50%) eram casados e

do total de participantes 16 (53,3%) possuíam o ensino médio completo. Quanto ao diagnóstico da criança internada, a pneumonia somou o maior quantitativo com 16 (53,3%), seguida de bronquiolite com cinco (17,7%).

Perante a Estatística Textual Clássica, selecionou-se o recurso com lematização, ou seja, um processo de reduzir a palavra à sua raiz.¹² O *corpus* textual gerado foi formado por 30 textos, com um total de 16042 ocorrências/palavras, 1219 formas (unidade lexical) e 533 (43,7%) de única ocorrência (hápx).

Nessa análise estatística descritiva, obteve-se o diagrama de *Zipf* (Figura 1), que apresenta o comportamento das frequências das palavras no *corpus*, num gráfico que ilustra no eixo vertical (y) a posição das frequências das palavras por ordem decrescente e no eixo horizontal (x) as frequências das formas. Assim, o eixo (y) demonstra quantas vezes uma palavra e suas formas associadas (derivadas) aparecem, enquanto o eixo (x) mostra a sua quantidade. Desse modo, é possível observar no eixo (y) que quanto maior é a frequência de uma forma/palavra, menor é a sua quantidade no texto, logo, apresenta poucas palavras que foram repetidas várias vezes, enquanto o eixo (x) apresenta o inverso, um maior número de palavras que se repetiram poucas vezes.

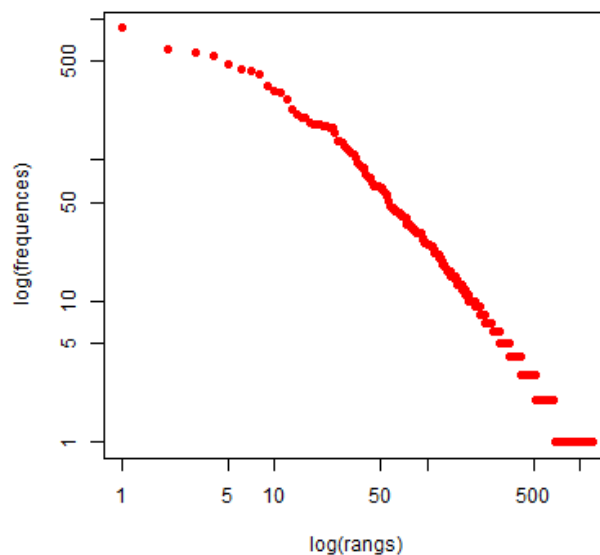


Figura 1 - Gráfico de *Zipf*. Rio das Ostras, RJ, Brasil, 2022.

Ao analisar os termos que foram preponderantes no conjunto de termos analisados, perante o objeto investigado, contribuições de familiares na idealização de cartilha educativa sobre cuidados domiciliares prestados à criança após a alta hospitalar, as seis formas mais

ativas por ordem de ranqueamento mais frequentes foram: não (fr= 536); porque (fr= 264); coisa (fr=200); como (fr=183); então (fr=178) e saber (fr=170). O advérbio “não” foi o termo mais frequente quando os familiares relataram não ter sido orientados durante a internação da criança. De igual maneira, os termos “porque”, “coisa”, “como”, “então” e “saber” foram reportados pelos familiares como uma dificuldade para a continuidade do cuidado da criança diante da alta hospitalar, porque sem orientação sobre as “coisas” em casa e de “como” “saber” cuidar no domicílio, o risco da criança ser readmitida no hospital aumenta.

[...] Mas assim é para a gente saber como prevenir para não ter que voltar para o hospital de novo [...]. (Part 01)

Sobre comida também, porque em casa ela come, mas aqui ela come outros tipos de coisas, com relação a isso elas nunca me deram instrução. (Part 02)

Eu gostaria de saber se aqui ela está ficando melhor e quando chegar em casa ela piorar, alguma coisa eles fazem bem aqui e eu não faço em casa. (Part 03)

Outra análise realizada foi o Método de *Reinert* ou Classificação Hierárquica Descendente (CHD). A partir da segmentação do *corpus* textual por classes de segmentos de textos e seus vocábulos, por meio da CHD, foram evidenciadas as ideias centrais advindas das respostas dos participantes. Assim, a análise hierárquica reteve 476 segmentos de texto, classificando 476, logo, aproveitando 100% desses segmentos, formando quatro classes, ou seja, quatro agrupamentos de segmentos de texto que possuem vocábulos semelhantes e correlacionados. Após a análise, os dados foram organizados em um dendrograma (Figura 2) que apresenta palavras com força associativa confirmada pelos resultados do teste qui-quadrado ($Qui^2 \geq 3, 84$), que ilustra as relações entre as classes e o percentual de cada uma delas.

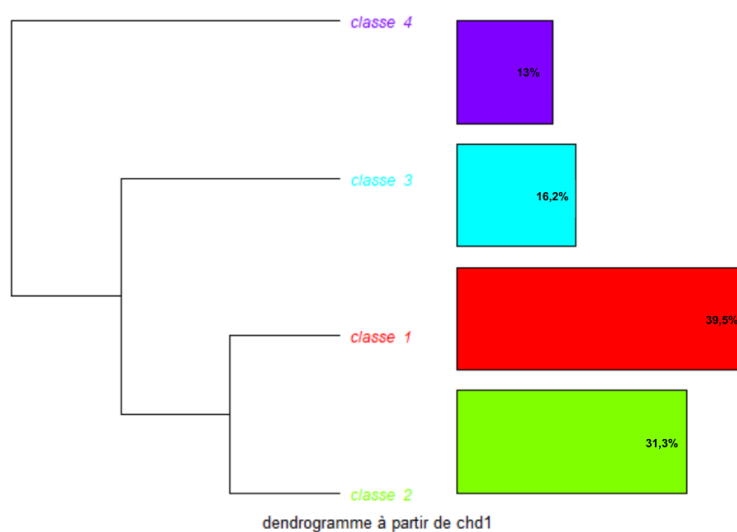


Figura 2 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente. Rio das Ostras, RJ, Brasil, 2022.

No dendrograma, o *corpus* textual se dividiu em três *subcorpus*. O primeiro foi composto pela Classe 4 em roxo (13%), o segundo por uma subdivisão abarcando a Classe 3 em azul (16,2%), que por sua vez se subdividiu e deu origem ao terceiro subcorpo composto pela Classe 2 em verde (31,3%) e a Classe 1 em vermelho (39,5%). Diante da análise do *corpus* pelo *software* é possível compreender que as Classes 1, 2 e 3 estão associadas entre si e a Classe 4 se opõe, em termos lexicais, a estas classes. Os segmentos de texto de cada *cluster* foram resgatados e interpretados de forma detalhada, em que cada classe, frente seus núcleos de sentido, recebeu uma denominação. A Figura 3 apresenta palavras com força associativa em cada classe confirmada pelos resultados do valor de ($p < 0,05$) e das palavras extremamente significantes com ($p < 0,0001$).

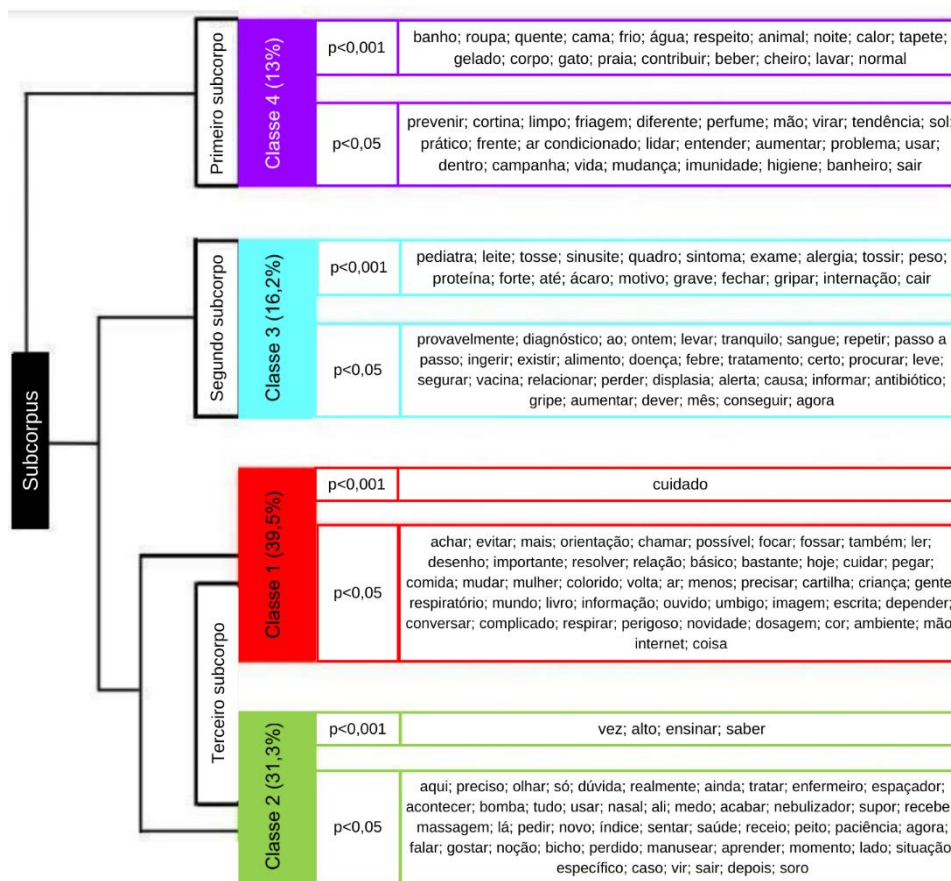


Figura 3 - Distribuição das formas ativas com p de ($p < 0,05$) e com ($p < 0,0001$), conforme divisão do *corpus* textual em *subcorpus*. Rio das Ostras, RJ, Brasil, 2022.

Primeiro subcorpo – cuidados ambientais no domicílio após a alta hospitalar

A classe quatro reuniu grande quantitativo de vocábulos que apresentam elevada significância, desvelando tópicos essenciais para compor a cartilha diante das dúvidas dos familiares em relação à implementação de cuidados à criança no domicílio no que tange ao cuidado com o ambiente, com a roupa, com o animal de estimação, uso de tapetes, cortinas, banho, dentre outros. Nesta classe, os termos voltam-se para o cuidado da criança no dia a dia em casa visando à prevenção de doenças.

Se pode tomar banho frio, se tem que tomar banho quente, se pode lavar a cabeça, estou com dúvidas que poderiam conter nessa cartilha. (Part 05)

No caso de pneumonia, é bom água fria, ou água quente ou água morna? Essa questão da mudança do tempo, animal em casa, essas coisas são importantes para não voltar para o hospital. (Part 20)

Quais são os procedimentos em casa? Como faz com roupa de cama, o banho, como você dá o banho nele e sobre o cuidado com a casa? Pode usar cortina, tapete? Como devo limpar? (Part 15)

Segundo subcorpo - identificação de doenças pelos familiares no contexto domiciliar

De igual maneira, a classe três também reuniu grande quantitativo de vocábulos com maior conexão entre eles. Familiares relataram a importância de compartilhar informações no que diz respeito à identificação oportuna de quadros respiratórios, como a pneumonia, além de informações sobre alergia causada pela proteína do leite, tornando esses tópicos essenciais para compor a cartilha.

A gente pesquisa na internet, mas ela engana muito porque meu esposo foi pesquisar as coisas que ela estava sentindo e deu sintoma de sinusite, e ela está com pneumonia. (Part 14)

A colega falou sobre a cartilha para nos orientar, porque a gente quase não ouve falar sobre a alergia ao leite e não sabe a gravidade, como eu não sabia. (Part 13)

Ninguém me explicou, os sintomas de pneumonia para a mãe ficar ciente. Colocar os sintomas, porque senão as mães têm que ficar pesquisando no Google. (Part 17)

Ainda nesta classe, foi possível observar por meio dos agrupamentos textuais que os familiares apontam que a falta de conhecimento sobre os sintomas atrelada à má condução da assistência de saúde prestada contribuíram negativamente para a piora clínica da criança, como pode ser testificado nos fragmentos textuais.

Primeira coisa seria incluir alguns prováveis sintomas para o diagnóstico correto, pois eu só tive o diagnóstico dele tardio, eu passei por vários pediatras e eu sugeria,

perguntava: “será que ele não é alérgico ao leite?” (Part 13)

Várias vezes eu vim aqui e não me deram o diagnóstico certo. Por que meu filho chegou a esse quadro? Ele chegava tossindo, e eles diziam que era uma gripe, para ele chegar hoje do jeito que está. (Part 17)

Provavelmente vou ter que voltar aqui ou vou ter que arrumar outro pediatra, pois eu preciso de uma explicação melhor sobre os exames dela ou então devo ter que procurar outro pediatra, para evitar isso tudo de novo. (Part 01)

Terceiro subcorpo - a cartilha educativa na gestão do cuidado da criança no domicílio

Na Classe 1, o termo cuidado é o principal desta classe, apresentando elevada significância. A partir do agrupamento de fragmentos textuais, familiares expressam uma preocupação perante a implementação do cuidado em si diante da alta hospitalar da criança.

Os cuidados porque é uma infecção séria, pois hoje eu não sei o cuidado que eu tenho que ter com a saúde dele em casa, então tendo essa cartilha vai ajudar e, creio que não só eu, mas outras mães também. (Part 13)

Querida saber mais sobre os cuidados, a prevenção, o que pode e o que não pode fazer para ele não adoecer. (Part 19)

Sobre cuidado com a medicação, se seria contínua ou só na crise, a bombinha que a gente fica bem assustada porque dizem que acelera o coração. (Part 22)

Ainda na vertente do cuidado, familiares relataram a importância da cartilha conter informação de forma simplificada, lúdica e convidativa, a fim de atrair os leitores, visando atenuar as dúvidas e expectativas diante da implementação do cuidado da criança no domicílio.

Seria mesmo um mini manual, não precisa ser nada muito grande, extenso, elaborado, coisas básicas mesmo, cuidados básicos e que fazem a diferença, seria mais ou menos um livro de mão com algumas dicas, enfim. (Part 11)

Desenhos que indiquem e sinalizem, uma coisa padrão para todo mundo entender a cartilha, além de frases com instruções com desenhos, sinalizando é legal. (Part 06)

Eu acho que ela deveria ser bem clara e explicativa, entendeu? Nos termos mais populares do que nos termos médicos, mais clara possível. (Part 16)

Na classe 2, as formas ativas que apresentaram maior significância em ordem decrescente foram: “vez”, “alto”, “ensinar” e “saber”. A partir do conteúdo semântico foi possível observar que essas famílias almejam que os profissionais de saúde acolham suas expectativas ao realizarem o planejamento da alta hospitalar.

Depois da alta não, a médica só orientou procurar atendimento pediátrico, mas não ensinou nada específico sobre os cuidados pós-alta. (Part 30)

eu gostaria de saber realmente e ser orientada sobre a doença, o que ela pode usar? O que eu devo fazer para ajudar evitar? (Part 05)

Qual foi a principal causa dele ter agravado e ficar internado? Preciso saber para não acontecer de novo, saber sobre os cuidados pós-internação. (Part 12)

Discussão

O agrupamento em classes permitiu a identificação de distintos temas que contribuíram para o elenco de tópicos a serem abordados na construção da cartilha educativa, a saber: cuidados com a criança em si, com o ambiente domiciliar, roupas, animais de estimação, tapetes, cortinas, banho, medicação, alimentação, além da identificação de quadros respiratórios, sintomas e da alergia à proteína do leite. Ademais, os familiares almejam ser acolhidos pelos profissionais de saúde e que a cartilha apresente informações de forma simplificada, lúdica e convidativa.

Sabe-se que, para atender as demandas de cuidado, o responsável pela criança precisa ser orientado de modo que compreenda como proceder diante da implementação destes cuidados no domicílio, sendo acompanhado na realização ainda durante a internação. Desse modo, o preparo seguro para a alta, concreto e eficaz é decorrente de ações de educação em saúde permeadas pelo diálogo, escuta e vínculo, com vistas a empoderar a família e favorecer sua autonomia a fim de implementar os cuidados em âmbito domiciliar com segurança.¹³

Pesquisa realizada em uma unidade pediátrica de um hospital público federal de médio porte, localizado em Natal, no Rio Grande do Norte, relata que a equipe de saúde no preparo de alta hospitalar deve trabalhar com a família orientações elementares a serem fornecidas durante o período de internação relacionadas com a alimentação, higiene do ambiente, do corpo, o clima e a presença de animal doméstico no domicílio, com vistas ao pleno restabelecimento de saúde, facilitando a adesão da criança e de sua família ao tratamento. Todavia, diante dessas necessidades, na educação em saúde, se faz necessário o estabelecimento de parcerias entre esses familiares e profissionais no manejo desse processo, a fim de que estratégias adequadas de capacitação sejam desenvolvidas perante a necessidade de cada família a fim de garantir a continuidade do cuidado no contexto domiciliar.¹

Uma pesquisa observou que o planejamento de alta hospitalar, ao invés de ser uma ação colaborativa de cuidado centrado na família e nas suas reais necessidades, se limita a prescrição de tratamentos e planejamento de cuidados verticalizados, deficiente no suporte aos pais enquanto gerenciadores do cuidado de seus filhos no domicílio.¹⁴

A falta de um planejamento multidisciplinar para a alta, o qual permitiria uma organização prévia das atividades educativas a serem realizadas desde o início da hospitalização, dificulta a aquisição das informações pela família, o que reduz a percepção de

dúvidas e sequer permite em muitos casos que a equipe avalie o quanto essas orientações foram ou não compreendidas pelos familiares. Por outro lado, uma sobrecarga de informações realizadas pontualmente no momento da alta faz com que os pais não consigam processá-las ou contribuir efetivamente nas discussões do cuidado.²

À vista disto, as famílias na atualidade buscam de alguma maneira satisfazer suas necessidades de entendimento sobre as informações oferecidas de forma superficial, incompletas ou no caso da inexistência destas. Nesta pesquisa, familiares relataram o uso da rede virtual como meio para atender essas carências informativas. Estudo aponta que, ao deterem destas informações, o paciente e/ou familiar acreditam estarem mais bem preparados para debater questões relacionadas à saúde/doença com o profissional de saúde. Neste caso, abre-se espaço para realizar questionamentos a esse com maior aporte teórico sobre o assunto em questão e participar do aconselhamento quanto ao tratamento mais adequado ao quadro clínico apresentado pelo indivíduo.¹⁵

Compreende-se, portanto, que conhecer as necessidades de informação das famílias de recém-nascidos ou crianças em unidades de saúde pode auxiliar na reorganização da prática profissional, aprimorar o cuidado prestado e inserir a família como parte efetiva do cuidado nessas unidades, de modo que o vínculo com esta seja fortalecido e o internamento vivenciado de forma menos traumática possível.¹⁵

A criação de material educativo por profissionais de saúde junto aos familiares colabora no processo de capacitação familiar e constitui-se como estratégia promissora no preparo de alta hospitalar. Esse material impresso, no formato de cartilha, reforça as orientações como também serve de instrumento de consulta em caso de dúvidas quando a família desenvolve os cuidados no domicílio, como foi relatado pelos familiares no presente estudo.¹⁶

Sobre este aspecto, uma revisão integrativa acerca das contribuições das tecnologias em saúde para a promoção do aleitamento materno evidenciou que as tecnologias educacionais predominaram em relação às assistenciais e gerenciais e apresentaram contribuições muito valiosas para a promoção da saúde. Além de ressaltar o benefício do formato impresso, por potencializar a aquisição de informações diante da carência de cuidados essenciais entre os usuários a qualquer tempo e lugar.¹⁷

Outro aspecto relatado pelos familiares volta-se para a falta de conhecimento sobre sinais e sintomas de algumas doenças respiratórias que, atrelada à má condução da assistência

de saúde prestada e a abordagem pouco acolhedora e respeitosa por parte dos profissionais de saúde, se apresentam como barreiras para o estabelecimento de vínculo, que somadas contribuíram negativamente para a piora do quadro clínico da criança.

Cabe salientar que, as afecções respiratórias, com destaque para a pneumonia, foram os agravos prevalentes nesta análise. Tal fato pode ser explicado em razão das crianças serem mais susceptíveis e sensíveis às variações climáticas, além de apresentar imaturidade do sistema imunológico e calibre reduzido das vias aéreas, o qual pode ser com maior intensidade reprimido no período do inverno, análogo ao período de coleta de dados, corroborando para a construção da cartilha sobre estes agravos.¹⁸

Percebe-se a necessidade da criação de uma cultura de apoio aos familiares diante do preparo para a alta hospitalar. Compreende-se a importância da equipe multiprofissional distanciar-se de uma atuação mecânica e verticalizada e desenvolver estratégias de educação e cuidado, compartilhando conhecimento entre os profissionais e a família convidando-a ser ativa no processo de saúde-doença dos seus filhos, compreendendo a doença, prevenção, condições adequadas de higiene, favorecendo adesão terapêutica, além de informações acerca do processo de preparo de alta hospitalar, possibilitando a continuidade do cuidado. Ações educativas, simulação dos procedimentos e criação de material escrito com base ilustrativa e científica, quando desenvolvidas pelos profissionais de saúde pautadas pelo diálogo e interação, fortalecem o processo de ensino-aprendizagem dos envolvidos com o cuidado direto da criança em ambiente domiciliar.¹⁹ No entanto, para que familiares e crianças construam esse saber, os profissionais de saúde devem estar disponíveis para dialogar, ouvir e apoiar.²⁰

A carência de informações relatada pelos familiares no que tange à implementação dos cuidados à criança no domicílio após a alta hospitalar pode ser minimizada pelos profissionais da saúde, como mostra uma investigação que identificou estratégias utilizadas para qualificar as orientações fornecidas. Ainda, destaca que, para uma prática educacional efetiva, não basta identificar as informações essenciais, é necessário também qualificar os métodos utilizados para tal. Desta maneira, os profissionais de saúde devem levar em consideração as necessidades e particularidades de cada criança e sua família, no que se refere à capacidade e ao tempo necessário para a compreensão das informações, bem como as condições sociais, econômicas e letramento da família, adequando as recomendações às suas realidades.²¹ Aspectos valorizados no presente, diante da participação de familiares na idealização da

cartilha, tornam possível atender às reais necessidades e singularidades mediante a implementação das orientações do cuidado no ambiente domiciliar.

Os familiares destacaram como essencial que a cartilha compartilhe informações de forma simplificada, lúdica e atrativa. Corroborando com esse achado, uma pesquisa identificou como instrumentos e métodos utilizados para a realização das orientações, as práticas lúdicas e demonstrativas, o emprego de materiais impressos, a repetição das informações pelo profissional e principalmente pelo cuidador, dentre outros. Ademais, afirma que tais instrumentos e métodos corroboram com as recomendações indicadas para aumentar a qualidade do cuidado e a segurança da criança em tratamento perante a alta hospitalar.²²

Como limitações, a idealização dessa tecnologia educacional se volta para afecções respiratórias que tendem a seguir um padrão sazonal (relação com as condições climáticas) que frequentemente acomete este segmento populacional concernente ao período de inverno correlato a coleta de dados. Observou-se que mesmo limitando-se a este período, foram observadas dúvidas que foram essenciais no sentido de apontar as reais necessidades dos familiares, constituindo-se em tópicos a serem abordados na cartilha educativa.

Ademais, o incipiente número de pesquisas específicas sobre a construção de cartilha educativa em saúde⁸ para a implementação de cuidados elementares diante da alta hospitalar sob a ótica dos familiares, mas especialmente por sua realização em um único cenário, limitou a generalização dos achados. Apesar de ter alcançado o objetivo, ressalta-se a necessidade de novas pesquisas com diferente desenho metodológico e em novos cenários visando ampliar o conhecimento não só sobre estes agravos, mas como distintos tipos de doenças.

A utilização de palavras simples por meio de abordagem lúdica, interativa e atrativa, além da profícua participação dos familiares, faz com que a construção da pretensa cartilha se diferencie dos demais materiais impressos disponíveis. Entretanto, alguns aspectos devem ser observados, tais como a preparação textual que deve estar adequada ao nível educacional e cultural do público que se destina, o que contribui para a credibilidade e aceitação da tecnologia educativa²³ pelo público-alvo.

Configurando uma ferramenta de educação em saúde, ratifica-se a contribuição deste estudo não só para os familiares, mas para a prática clínica da enfermagem no que tange ao compartilhamento de orientações seguras e qualificadas acerca da implementação do cuidado à criança no domicílio após a alta hospitalar.

Conclusão

A partir da contribuição dos familiares, perante a idealização da cartilha educativa, nota-se a premência de informações direcionadas, principalmente, para cuidados domiciliares com o ambiente, roupas, animais de estimação, tapetes, cortinas, banho, medicação, alimentação, além da identificação de quadros respiratórios e da alergia à proteína do leite, que se constituirão em temas a serem abordados na cartilha em construção. Compreende-se, portanto, que os depoimentos dos familiares contribuíram para a idealização de uma tecnologia educacional em saúde pautada nas necessidades da população-alvo, o que favorece a continuidade do cuidado à criança no domicílio após a alta hospitalar.

Ressalta-se ainda que a inovação desta tecnologia educacional em construção consiste na disponibilização de informações orientadas pela incorporação dos depoimentos dos participantes, podendo contribuir para o manejo da criança no domicílio. Logo, a idealização da cartilha a partir da ótica desses se configura como ferramenta autoexplicativa com potencial para estimular reflexões e o processo de aprendizagem desse público-alvo para a implementação do plano terapêutico prestados à criança no domicílio. Dirige-se, também, às instituições e profissionais da área da saúde como material de apoio por meio da padronização de informações de forma assertiva, qualificada, simplificada, lúdica e atrativa no processo de educação em saúde diante da alta hospitalar.

Referências

1. Ramalho ELR, Nóbrega VM, Mororó DDS, Pinto JTJM, Cabral CHK, Collet N. Atuação da enfermeira no processo de alta hospitalar de criança com doença crônica. *Rev Gaúcha Enferm.* 2022;43:e20210182. doi: 10.1590/1983-1447.2022.20210182.en
2. Kuntz SR, Gerhardt LM, Ferreira AM, Santos MT, Ludwig MCF, Wegner W. First transition from hospital to home care for children with cancer: guidance from the multidisciplinary team. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2021;25(2). doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2020-0239
3. Nóbrega VM, Viera CS, Fernandes LTB, Collet N. Preparo para alta de crianças com doenças crônicas: olhar freiriano em aspectos influenciadores do cuidado no domicílio. *Interface (Botucatu).* 2022;26. doi: 10.1590/interface.210666
4. Palomares González L, Hernández Caravaca I, Gómez García CI, Sánchez-Solís de Querol M. A presença dos pais durante procedimentos pediátricos invasivos: depende de quê? *Rev Latinoam Enferm.* 2023;31:e3828. doi: 10.1590/1518-8345.6101.3829
5. Lima KF, Gomes ALA, Melo ESJ, Vasconcelos FX, Sousa JL, Martins MC, et al. Content validation of an educational booklet for asthma control and management in children. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(Suppl 5). doi:

10.1590/0034-7167-2020-0353

6. Rodrigues LN, Santos AS, Gomes PPS, Silva WCP, Chaves EMC. Construction and validation of an educational booklet on care for children with gastrostomy. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(3). doi: 10.1590/0034-7167-2019-0108

7. Santos AS, Rodrigues LN, Andrade KC, Santos MSN, Viana MCA, Chaves EMC, et al. Construction and validation of an educational technology for mother-child bond in the neonatal intensive care unit. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(4). doi: 10.1590/0034-7167-2019-0083

8. Costa EAF. Produção de cartilha educacional acerca de cuidados com pacientes pediátricos do serviço de atenção domiciliar [dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2022 [acesso em 2023 set 09]. Mestrado em Saúde da Família. Disponível em: https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/27003/1/EdgarAdolfoFreitasCosta_Dissert.pdf

9. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ checklist. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. doi: 10.37689/actape/2021AO02631

10. Soares SSS, Costa CCP, Carvalho EC, Queiroz ABA, Peres PLP, Souza NVDO. Teaching Iramuteq for use in qualitative research according to YouTube videos: an exploratory-descriptive study. *Rev Esc Enferm USP.* 2022;56:e20210396. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0396

11. Lima VMR, Amaral-Rosa MP, Ramos MG. Software-supported discursive textual analysis: IRaMuTeQ and subcorpus analysis. *New Trends Qual Res.* 2021;1-9. doi: 10.36367/ntqr.7.2021.1-9

12. Sousa YSO, Gondim SMG, Carias IA, Batista JS, Machado KCM. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. *Pesqui Prát Psicossociais [Internet].* 2020 [cited 2022 Jan 11];15(2). Available from: http://www.seer.ufsj.edu.br/revista_ppp/article/view/e3283/2355

13. Delmiro ARCA, Pimenta EAG, Nóbrega VM, Fernandes LTB, Barros GC. Multi-professional team in hospital discharge of children and adolescents with chronic conditions. *Sci Care Health.* 2020;19. doi: 10.4025/ciencuidsaude.v19i0.50418

14. Vasconcellos RN, Souza MHN, Nóbrega VM, Collet N. A família da criança com necessidades especiais de saúde e suas relações sociais. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(Suppl 2). doi: 10.1590/0034-7167-2021-0031

15. Lima VF, Mazza VA. Information needs of families on the health/disease of preterm infants in a neonatal intensive care unit. *Texto Contexto Enferm.* 2019;28. doi: 10.1590/1980-265X-TCE-2017-0474

16. Rossetto V, Toso BRGO, Rodrigues RM, Viera CS, Neves ET. Development care for children with special health needs in home care at Paraná - Brazil. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2019;23(1). doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2018-0067

17. Silva NVN, Pontes CM, Sousa NFC, Vasconcelos MGL. Tecnologias em saúde e suas contribuições para a promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. *Ciênc Saúde Colet.* 2019;24(2):589-602. doi: 10.1590/1413-81232018242.03022017

18. Xavier JMV, Silva FDS, Olinda RA, Querino LAL, Araújo PSB, Lima LFC, et al. Climate seasonality and lower respiratory tract diseases: a predictive model for pediatric hospitalizations. *Rev Bras Enferm.* 2022;75(2). doi: 10.1590/0034-7167-2021-0680

19. Dias CS, Mingoti SA, Ceolin APR, Dias MAS, Friche AAL, Caiaffa WT. The influence of climatic conditions on hospital admissions for asthma in children and adolescents living in Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil. *Ciência Saúde Colet.* 2020;25(5):1979-91. doi: 10.1590/1413-81232020255.04442018

20. Nornberg PKO, Gomes GC, Rodrigues A, Nobre CMG, Minasi ASA, Alvarez SQ. The itinerary of families to obtain the diagnosis of the children with special healthcare needs. *Ciênc Cuid Saúde.* 2022;21. doi:

10.4025/ciencuidsaude.v21i0.58689

21. Rodrigues BC, Uema RTB, Rissi GP, Felipin LCS, Higarashi IH. View of Family centered care and practice in the neonatal intensive care unit. Rev Rene. 2019:e3967. doi: 10.15253/2175-6783.20192039767

22. Silva-Rodrigues FM, Bernardo CSG, Alvarenga WA, Janzen DC, Nascimento LC. Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia. Rev Gaúcha Enferm. 2019; 40. doi: 10.1590/1983-1447.2019.20180238

23 Alves LL, Silva LF, Cursino EG, Góes FGB, Sousa ADRS, Moraes JRMM. Preparation of the discharge of relatives of children using antibiotics: contributions of nursing. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2019;23(4). doi: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0108

Contribuições de autoria

1 - Raquel Cardoso Teixeira

Autor Correspondente

Enfermeira - cardosoraquel@id.uff.br

Concepção e desenvolvimento da pesquisa; redação do manuscrito; revisão e aprovação da versão final.

2 - Jhonatan Jhobber Santana

Acadêmico de Enfermagem - jhonatans@id.uff.br

Concepção e desenvolvimento da pesquisa; redação do manuscrito; revisão e aprovação da versão final.

3 - Aline Cerqueira Santos Santana da Silva

Enfermeira - alinecer2014@gmail.com

Concepção e desenvolvimento da pesquisa; redação do manuscrito; revisão e aprovação da versão final.

4 - Fernanda Garcia Bezerra Góes

Enfermeira - ferbezerra@gmail.com

Concepção e desenvolvimento da pesquisa; redação do manuscrito; revisão e aprovação da versão final.

5 - Leila Leontina do Couto Barcia

Enfermeira - leila_leontina@hotmail.com

Concepção e desenvolvimento da pesquisa e redação do manuscrito.

6 - Mariana Tavares da Silva

Enfermeira - marianatavaresds@gmail.com

Revisão e aprovação da versão final.

Editora Científica Chefe: Cristiane Cardoso de Paula

Editora Associada: Aline Cammarano Ribeiro

Como citar este artigo

Teixeira RC, Santanajj, Silva ACSS, Góes FGB, Barcia LLC, Silva MT. Contribution of family members in the idealization of an educational booklet on child care after hospital discharge. Rev. Enferm. UFSM. 2023 [Access at: Year Month Day]; vol.13, e43:1-18. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769284175>