

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

PAULA MANOELA BATISTA POLETTO

**SALA DE ESPERA NA ATENÇÃO A CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS:
PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**

Porto Alegre

2010

PAULA MANOELA BATISTA POLETTTO

**SALA DE ESPERA NA ATENÇÃO A CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS:
PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso a ser submetido à avaliação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito para obtenção do título de enfermeiro.

Orientador: Enf^a Prof^a Dra. Maria da Graça Corso da Motta
Co-orientador: Enf^a Dda Viviane Marten Milbrath

**Porto Alegre
2010**

Dedicatória

Às crianças por me lembrarem do mundo
do faz-de-conta.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe por me ensinar amarrar o cadarço do sapato.

Ao meu pai por me ensinar andar de bicicleta sem rotinhas laterais.

À minha avó Yaya que mesmo longe faz parte da minha caminhada.

À minha família que me ensinou e continua me ensinando que as pessoas são diferentes e que esse é o melhor motivo para amá-las.

Aos meus primos e às minhas primas por serem as melhores recordações da minha infância.

Às minhas quatro dindinhas Nara, Patrícia, Paula e Carla por me ensinarem (ou tentarem ensinar) a ajudar sem receber nada em troca.

Ao meu namorado pelo companheirismo, pela compreensão e por fazer parte da minha vida.

Aos meus amigos Juju, Jayminho, Fer, Lica, Cris e Lucas, porque tê-los por perto me faz uma pessoa melhor.

Ao Flávio César pelos conselhos que produzem eco.

Aos amigos, colegas, funcionários e professores da Escola de Enfermagem pela companhia que fizeram desta uma trajetória menos difícil.

À minha orientadora Maria da Graça Corso da Motta por todos os ensinamentos, pelas oportunidades e pelo companheirismo.

À minha co-orientadora Viviane Marten Milbrath pela contribuição para realização desse estudo.

À doutoranda Maria de Lourdes Pedroso pela disponibilidade na última etapa do estudo.

Aos membros do Grupo de Estudos do Cuidado à Saúde nas Etapas da Vida (CEVIDA) pelos ensinamentos que contribuíram para minha formação acadêmica.

Aos pacientes que mesmo no adoecimento me permitiram interagir.

Às crianças e seus familiares que me possibilitaram conhecer como é viver com aids.

Aos profissionais participantes do estudo por disponibilizarem seu tempo e sua atenção e principalmente por compartilharem suas experiências, possibilitando a realização desse estudo.

RESUMO

O estudo objetivou conhecer como a equipe de saúde do serviço de atendimento especializado em DST/aids percebe a sala de espera na atenção às crianças que vivem com HIV/aids. Trata-se de investigação exploratória descritiva com abordagem qualitativa, realizado no ambulatório pediátrico do Hospital da Criança do Grupo Hospitalar Conceição, os participantes foram constituídos de oito profissionais de saúde que prestam cuidado as crianças que vivem com aids no mínimo há um ano, sendo a seleção por meio de convite. Obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC) de nº 10.149. A coleta das informações ocorreu por meio de entrevistas semi-estruturadas. Empregando a análise temática, na interpretação das informações, emergiram 4 categorias: cuidado à saúde da criança que vive com aids; a criança na sala de espera; sala de espera: limites e possibilidades; sala de espera como estratégia de cuidado – percepção da equipe de saúde. Destacam-se como aspectos relevantes desta investigação; a compreensão dos profissionais sobre a possibilidade da sala de espera constituir-se como espaço de educação em saúde para as crianças que vivem com aids e seus familiares/cuidadores, a utilização do lúdico como estratégia e a necessidade de um preparo da equipe de saúde e um espaço físico apropriado.

DESCRITORES: Criança. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Ambulatório Hospitalar. Profissionais da saúde.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 OBJETIVO	9
3 CONTEXTO TEÓRICO	10
3.1 Cuidado à criança no contexto da aids	10
3.2 O lúdico no processo de saúde e doença da criança	12
3.3 Sala de espera	14
4 METODOLOGIA	16
4.1 Tipo de estudo	16
4.2 Local de estudo	16
4.3 Participantes	17
4.4 Coleta das informações	17
4.5 Interpretação das informações	17
4.6 Aspectos éticos	18
4.7 Divulgação dos resultados	18
5 INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES	19
5.1 Cuidado à saúde da criança que vive com aids	19
5.2 A criança na sala de espera	25
5.3 Sala de espera: limites e possibilidades	30
5.4 Sala de espera como estratégia de cuidado – percepção da equipe de saúde	35
5.4.1 Sala de espera: um espaço a construir para a criança com doença crônica....	35
5.4.2 Educação em saúde – programa formal para as crianças com doença crônica	43
5.4.3 Família como multiplicador – recurso da sala de espera.....	48
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	53

REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista	59
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	60
ANEXO A – Carta de Aprovação da COMPESQ/EE	61
ANEXO B – Carta de Aprovação do CEP/GHC.....	62

1 INTRODUÇÃO

A escolha deste tema para o trabalho de conclusão do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, tem como motivação minha experiência durante a graduação nos serviços de atendimento especializado em DST/Aids. O encontro com as temáticas vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e síndrome da imunodeficiência adquirida (aids)¹ na criança iniciou-se com a minha inserção como bolsista de pesquisa no projeto intitulada “Impacto da adesão ao tratamento antirretroviral em crianças e adolescentes na perspectiva da família, da criança e do adolescente nos municípios de Porto Alegre e Santa Maria/RS”² e posteriormente no projeto “Transmissão Vertical do HIV-1 em crianças residentes em Porto Alegre e fatores associados identificados através da vigilância epidemiológica aprimorada”³. As vivências, durante a coleta de dados dessas pesquisas, possibilitaram o convívio com as crianças, os adolescentes e os familiares/cuidadores que utilizam os serviços, bem como com a equipe de saúde que presta o cuidado. Além do convívio com esses atores sociais as vivências propiciaram também momentos de observação das salas de espera desses serviços. Nesses momentos foi possível perceber que essas salas de espera são compartilhadas tanto pelas crianças e pelos familiares/cuidadores quanto pelos pacientes adultos atendidos nesses locais. Além disso, as crianças ficam por longos períodos aguardando a consulta e este local não possui um espaço lúdico destinado a elas.

A relevância desse estudo fundamenta-se no fato de que o cuidado a saúde de crianças com uma doença com características de cronicidade necessita de um cuidado terapêutico e uma educação em saúde constante, considerando a natureza do HIV/aids. O cuidado a saúde dessas crianças pela equipe de saúde precisa considerar as particularidades e as necessidades de cada faixa etária além de estar centrado na terapia antirretroviral, bem como considerar a importância do lúdico para

¹ Palavra aids será escrita em letras minúsculas, pois trata-se de um substantivo comum já incorporado ao dicionário da língua portuguesa.

² Projeto financiado pelo Programa Nacional de DST/aids – Ministério da Saúde e UNESCO

³ Projeto financiado pelo Programa Nacional de DST/aids – Ministério da Saúde e UNODC

o mundo da criança, o que caracteriza o cuidado na sua integralidade. Esse estudo busca conhecer a percepção dos profissionais de saúde sobre a importância de utilizar o espaço da sala de espera para a educação em saúde de crianças que vivem com HIV/aids utilizando como estratégia o lúdico.

2 OBJETIVO

Conhecer como a equipe de saúde do serviço de atendimento especializado em DST/aids percebe a sala de espera na atenção a crianças que vivem com HIV/aids.

3 CONTEXTO TEÓRICO

Esse capítulo contempla três sub-capítulos: cuidado à criança no contexto da aids, o lúdico no processo de saúde e doença da criança e sala de espera.

Esses temas serão apresentados de forma a dar consistência a análise e interpretação das informações coletadas.

3.1 Cuidado à criança no contexto da aids

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) constatou a necessidade de modificações do sistema de saúde nacional, culminando na criação do sistema único de saúde (SUS). As modificações propostas tinham a intenção de ir além das questões financeiras e administrativas criando a necessidade de ampliação do conceito de saúde (BRASIL, 1986). Entretanto, o conceito ampliado de saúde que objetiva um novo paradigma em saúde ainda enfrenta muitos obstáculos na sua implementação tanto na saúde em geral e como na saúde da criança (QUEIROZ, JORGE, 2006). As práticas de saúde ainda priorizam o tratamento clínico e curativo, colocando em segundo plano as questões sociais.

Ayres (2009) traz que o modo como os arranjos tecnológicos se configuram no cotidiano dos serviços de saúde produzem: uma visão segmentada; a impossibilidade de conseguir ver a totalidade do paciente e o paciente no seu contexto; uma abordagem muito centrada na patologia; a pobreza da relação e interação entre profissionais e usuários e entre os diversos profissionais da equipe; e, especialmente, o frágil compromisso com o bem-estar dos usuários. O mesmo autor afirma que “a ideia de cuidado vem justamente tentar reconstruir, a partir dos problemas e tensões apontados, uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, buscando recompor competências, relações e implicações ora fragmentadas, empobrecidas e desconexas” (AYRES, 2009, p18). Sob essa ótica o cuidado a criança que vive com HIV/aids, busca percebê-la em sua totalidade, em

seu contexto sócio-histórico, ultrapassando, as questões meramente fisiopatológicas da infecção pelo HIV.

A epidemia HIV/aids “surgida no início da década de 1980, durante mais de 20 anos manteve focos de disseminação pelos cinco continentes, independentemente de sexo, raça, idade, cor, credo ou orientação sexual” (MOTTA et al, 2009, p344). Os mesmos autores referem que algumas populações são mais vulneráveis à infecção pelo HIV ou ao adoecimento por aids e consideram que as crianças e adolescentes representam a parcela mais vulnerável dessas populações.

Em relação ao perfil epidemiológico nos últimos anos, a infecção pelo HIV vem acometendo principalmente mulheres em idade reprodutiva, com baixa renda e escolaridade e em cidades do interior do país, expondo o grupo de crianças e adolescentes da população (MOTTA et al, 2009).

A passagem do vírus HIV da mãe portadora para a criança, a chamada transmissão vertical do HIV, pode ocorrer durante a gravidez, no trabalho de parto e/ou no aleitamento materno. Essa forma de exposição ao HIV tem sido a principal fonte de infecção infantil, representando 86% dos casos de aids notificados de 1980 a junho de 2009 segundo os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

As crianças que vivem com HIV/aids têm, ao longo do tempo, recebido importância no contexto da epidemia por fatores como; o crescimento epidemiológico da epidemia em relação a feminilização da síndrome, o aumento da sobrevivência daqueles que foram contaminadas através da transmissão vertical e as vulnerabilidades dessa população (GOMES, CABRAL, 2009; MOTTA et al, 2009). Contudo, os estudos nessa área ainda apresentam foco na população adulta, nas questões fisiopatológicas e na terapia antirretroviral.

As ações de promoção da saúde devem ser realizadas por meio de estratégias que envolvam a coletividade em geral e a família, a qual é responsável pela criança e possuidora de um saber que não deve ser descartado, mas aperfeiçoado e/ou adaptado ao saber científico dos profissionais (QUEIROZ, JORGE, 2006). Segundo Milbrath (2008) faz-se necessário o estabelecimento de um diálogo horizontalizado entre os profissionais da saúde e as famílias das crianças que vivem com doenças crônicas, ou seja um diálogo que valorize, igualmente, tanto os saberes técnicos dos profissionais quanto os saberes não técnicos das famílias.

Desta forma, durante o encontro cuidador os profissionais da saúde devem se utilizar de todas as oportunidades para conversar e trocar experiências, com as famílias, para compreender as vivências dessas famílias na sua condição de cuidadores da criança, demonstrando uma atitude de compreensão e aproximação com a realidade das famílias, ou seja, estabelecendo uma relação intersubjetiva com essas pessoas que buscam os serviços de saúde (QUEIROZ, JORGE, 2006).

Entender que o cuidado a saúde das crianças ocorre em uma ação compartilhada entre o profissional, a criança e o familiar/cuidador, possibilita a interação necessária para que a atenção pela equipe de saúde ocorra de forma integral.

3.2 O lúdico no processo de saúde e doença da criança

A criança cresce e desenvolve-se por meio do brincar. É brincando que a criança explora e compreende o mundo ao seu redor, pela curiosidade descobre coisas e situações novas, desse mundo real tão assustador e encantador ao mesmo tempo (RAVELLI, MOTTA, 2005).

O mais importante para as crianças que vivem com doenças crônicas, não é em si a patologia que a leva a viver com a cronicidade, mas sim a atenção a sua experiência enquanto crianças e a valorização de seus processos de crescimento e desenvolvimento, que têm no brincar um suporte importante para a expressão. Sob esta ótica, pode-se dizer que olhar a criança apenas numa perspectiva da doença com a qual convive pode reduzir o potencial dessas crianças e impedir os recursos que ela pode desenvolver para lidar com as mesmas (MOREIRA, MACEDO, 2009).

A atenção a saúde dessas crianças, muitas vezes, com foco nas restrições biológicas que a doença apresenta, produzem rótulos e anulam a possibilidade de tê-las como atores importantes (MOREIRA, MACEDO, 2009). A criança que convive com o aids possui uma série de cuidados específicos, relacionados a patologia, mas não deixa de ser uma criança que precisa brincar, estudar, receber carinho, amor. O fato de possuir uma patologia crônica, não faz com que essa criança diferencie-se

das demais, no que se refere as suas necessidades existenciais, ela não deixa de ser criança (MILBRATH, 2008).

O brincar é um importante fator no desenvolvimento infantil, contribuindo no desenvolvimento social, motor, afetivo e cognitivo da criança (HUERA et al, 2006). Na interação lúdica com o mundo, por meio de desenhos, pinturas, danças, cantos, rabiscos, bagunça, brincadeiras, entre outros, a criança estabelece uma harmônica sintonia entre o mundo imaginativo e o mundo real, onde então acontece o aprendizado, o desenvolvimento e o crescimento (RAVELLI, MOTTA, 2005).

O processo de socialização é mediado pelo lúdico, pela brincadeira, que vai perpassar todos os momentos de vida das crianças, servindo como instrumento cultural de transmissão de valores e de construção de sociabilidade (MOREIRA, MACEDO, 2009).

Brincando as crianças desenvolvem suas potencialidades e podem reviver circunstâncias que lhes causaram excitação, alegria, ansiedade, medo ou raiva (PEDRO et al, 2007). Os momentos de descontração mediados pelo lúdico, nos serviços de saúde, possibilitam um encontro dos profissionais com as crianças. Nesse encontro os profissionais têm a possibilidade de interagir e conhecer a criança em um espaço destinado a ela em que a linguagem do brincar propicia à criança a expressão de seus pensamentos, desejos e anseios, e assim compreendendo a criança como ator importante no processo do cuidado. O conhecimento que adquirem sobre as crianças pode ser usado como ferramenta para construir as estratégias de cuidado.

O brincar pode ser utilizado para auxiliar a criança a ampliar sua capacidade de se relacionar com a realidade exterior, estabelecendo uma ponte entre seu próprio mundo e o espaço onde ocorre a assistência a sua saúde. Ao brincar, a criança modifica o ambiente hospitalar ou da sala de espera ambulatorial, aproximando-o de seu cotidiano. O envolvimento dos profissionais nas atividades lúdicas propicia interação com a criança (PEDRO et al, 2007). Dessa forma, o brincar torna os espaços destinados à ação dos profissionais, espaços destinados as crianças, e também espaços para continuarem sendo crianças. Essas atividades lúdicas que ocorrem em uma linguagem própria da criança podem ser um recurso utilizado pelos profissionais que prestam o cuidado como a forma principal de

interagir, adaptando o conhecimento científico as possibilidades de entendimento da criança.

3.3 Sala de espera

A sala de espera é constituída por seu território e o grupo que ali se estabelece. Sendo o território o local onde os pacientes aguardam o atendimento dos profissionais de saúde. Esse ambiente não é um espaço voltado para os profissionais de saúde, como consultório e enfermaria, mas um local dinâmico com trânsito de diferentes atores sociais. A interação nesse espaço possibilita às pessoas conversas, trocas de experiências, observações e emoções (TEIXEIRA, VELOSO, 2006).

As pessoas que se encontram na sala de espera não se conhecem e nem possuem vínculo, dessa forma não se constituem em um grupo, mas em um agrupamento. Um trabalho de grupo é estabelecido quando uma atividade em sala de espera ocorre pela iniciativa dos profissionais de saúde em um processo participativo de educação em saúde. Propiciando, então, uma interação entre os saberes populares com os saberes dos profissionais de saúde (TEIXEIRA, VELOSO, 2006).

Na mesma perspectiva, o Ministério da Saúde enfoca as salas de espera dos serviços de atendimento especializado em DST/aids como um espaço que possibilita diálogo entre a equipe de saúde e o usuário, permitindo que o momento de espera pela consulta possa ser utilizado como uma estratégia de cuidado para promover educação em saúde, aumentar a adesão a terapêutica e assim melhorar a qualidade de vida dos usuários. As atividades desenvolvidas podem contar com a participação da equipe de saúde, organizações da sociedade civil e usuários do próprio serviço e devem estar inseridas e relacionadas a um conjunto amplo de atividades oferecidas pelo serviço (BRASIL, 2007).

Na perspectiva de cuidado a criança, a sala de espera conta com o lúdico como estratégia de aproximar o ambiente do serviço de saúde ao mundo infantil. Brincando a criança pode conviver melhor com a espera no ambulatório para a

realização de consultas médicas ou outros atendimentos (POLETI et al, 2006). O envolvimento dos profissionais, nas atividades lúdicas, propicia uma maior interação com a criança, o que possibilita utilizar esse momento como uma estratégia de cuidado e educação em saúde.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e exploratório com abordagem qualitativa.

A pesquisa qualitativa é baseada no conhecimento e na experiência de vida real das pessoas que vivenciam o fenômeno. A descrição e a elucidação dos fenômenos é o principal objetivo de muitos estudos em enfermagem, em pesquisas qualitativas os pesquisadores utilizam métodos para descrever as dimensões, as variações, a importância e significado dos fenômenos. A pesquisa qualitativa exploratória busca desvendar as maneiras que um fenômeno se manifesta (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

4.2 Local de estudo

O estudo teve como campo de investigação o ambulatório pediátrico do Hospital da Criança Conceição/Grupo Hospitalar Conceição (HNSC/GHC) na cidade de Porto Alegre, RS.

O Hospital da Criança Conceição é um hospital geral pediátrico, dessa forma o ambulatório presta cuidado a crianças com diversas patologias ou para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

O espaço destinado à espera pela consulta desse ambulatório constitui-se em um corredor com cadeiras para os pacientes e seus acompanhantes e disponibiliza as crianças alguns brinquedos.

4.3 Participantes

Os participantes do estudo foram constituídos por oito integrantes da equipe de saúde⁴ que prestam cuidado as crianças atendidas no ambulatório e trabalham nesse serviço de saúde no mínimo há um ano. A seleção dos participantes ocorreu por convite.

A determinação do número de participantes em pesquisa qualitativa ocorre de acordo com a saturação das informações que acontece quando as informações no relato dos participantes tornam-se repetitivas (MINAYO, 2008).

4.4 Coleta das informações

A coleta das informações foi por meio de entrevista semi-estrurada (Apêndice A) com cada participante individualmente. Essa técnica de coleta de dados encoraja os participantes a elaborar o que é relevante e definir as dimensões importantes de um fenômeno (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004). As entrevistas tiveram duração aproximadamente 30 minutos, foram gravadas em áudio e ocorreram em local que possibilitou privacidade aos participantes. A coleta ocorreu no segundo semestre do ano de 2010.

4.5 Interpretação das informações

Neste estudo utilizou-se a modalidade de análise de conteúdo, que é a forma de interpretação de informações em pesquisa qualitativa, a análise temática foi empregada por ser considerada apropriada para investigações qualitativas em saúde. A análise temática desdobra-se em três etapas: pré-análise, exploração do

⁴ Os participantes não foram discriminados por categoria profissional por orientação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição em que foi realizada a pesquisa.

material, organização das informações obtidas e interpretação. Para a análise temática, o conceito central é o tema. Os temas são determinados a partir do agrupamento das unidades de significação em categorias temáticas (GOMES, MINAYO, 2008).

Esse estudo desvelou quatro categorias. A última categoria abrange três subcategorias.

4.6 Aspectos éticos

Os participantes do estudo após o aceite assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), conforme a resolução nº 196/96, e tiveram sua identidade preservada, respeitada a participação voluntária, garantia de que não teriam qualquer prejuízo ao seu vínculo empregatício com a instituição e liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo a sua pessoa. O Termo de Consentimento Livre Esclarecido foi apresentado em duas vias, e além da assinatura do participante, apresentou a assinatura do pesquisador, ficando uma via com o participante e outra com o pesquisador.

O projeto do estudo foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ) (Anexo A) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC/GHC) nº 10.149 (Anexo B) e teve a coleta das informações iniciada somente após tais aprovações.

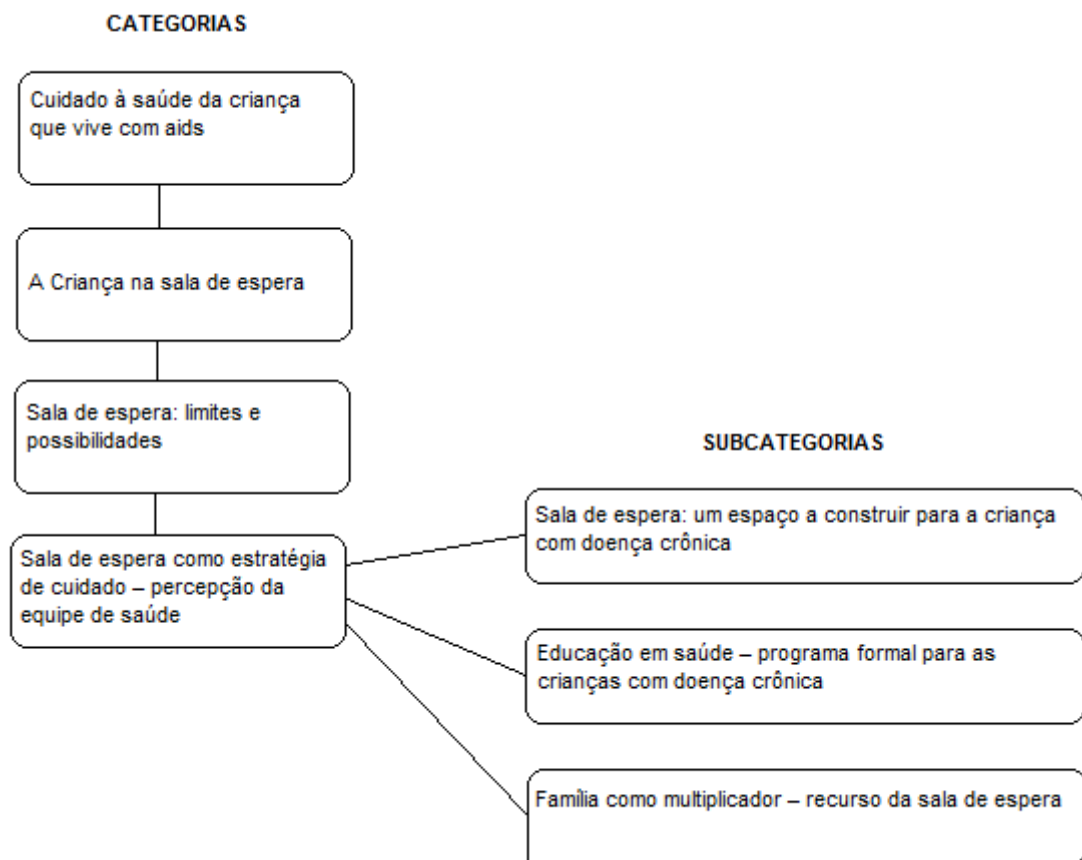
4.7 Divulgação dos resultados

As informações obtidas serão publicadas em veículos de comunicação acadêmica, científica e eventos pertinentes, sendo as mesmas armazenadas pelo pesquisador principal durante cinco anos e após totalmente destruídos conforme preconiza a Resolução 196/96.

5 INTERPRETAÇÃO DAS INFORMAÇÕES

Esse capítulo foi construído com base nas informações fornecidas pelos participantes. A interpretação das informações resultou em categorias temáticas e subcategorias, como mostra a figura a seguir:

FIGURA 1 – Diagrama das Categorias e Subcategorias



5.1 Cuidado à saúde da criança que vive com aids

O cuidado a saúde precisa contemplar todas as necessidades de manutenção da vida e de desenvolvimento, sendo visto como uma questão multidimensional, na qual não é possível fragmentar o objeto do cuidado, mostrando que para cuidar é necessária uma perspectiva do ser humano como um todo.

Segundo Waldow (1998), o processo de cuidado refere-se à forma como ocorre o cuidado, sendo definido como o desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos, na interação entre o cuidador e a criança cuidada, no sentido de promover, manter, recuperar a saúde. O cuidado, a ser dispensado à criança e a família, para ser considerado integral, necessita visualizar, também, a família como um todo, contextualizada em um ambiente, com crenças, culturas, peculiaridades que lhes são próprias (MILBRATH et al, 2009).

As falas a seguir explicitam essas ações de cuidado:

Eu considero [...] cuidar dessa criança como um todo [...] não consigo desmembrar a saúde [...] do resto (E1)

Acho que essa criança é um todo (E3)

O relato reforça a promoção da saúde na ação de cuidado:

Considero que tem que cuidar como um todo, da saúde dentro do meu atendimento, de [...] que essa criança tem que entender porque ela está ali, o que a gente está preservando e o que a gente está buscando (E1)

As questões relativas ao cuidado das crianças se complementam. Cada profissional possui a capacidade de priorizar suas condutas, de forma que possa elencar o que é mais importante. Alguns demonstram que algumas questões relativas ao cuidado possuem importâncias semelhantes demonstrando que este não se restringe apenas a assistência de saúde prestada, mas a inúmeros outros aspectos, tais como biológicos, psicológicos e sociais.

Os profissionais de saúde comprometidos com o processo de cuidar e acompanhar as famílias nas suas trajetórias de cuidado fornece informações ampliadas, diversificadas, específicas e compreensíveis, que instrumentalizam a família a cuidar do filho com doença crônica (ARAUJO et al, 2009).

As falas a seguir demonstram esse fato:

Medidas disponíveis para um bom atendimento; ter medicação, [...] orientar a família de uma forma adequada que ela pudesse entender bem o que é a doença, porque que tem que usar remédio e não falhar, porque que isso é a maior dificuldade da adesão, [...] é uma das coisas mais importantes. [...] ver que tipo de rede social essa criança tem, onde ela possa ser aceita com a sua patologia, sem ser discriminada [...] que as pessoas não tenham a ideia que ela seja diferente [...], quando a gente conseguir quebrar isso nós vamos melhorar muito a questão do cuidado. Acho que elas têm que ter acesso ao apoio psicológico, [...] a odontologia e elas tenham que fazer parte das políticas de atenção a criança (E4)

São vários aspectos [...] não é só a medicação acho que tem que cuidar de higiene. O ideal seria que essa família tivesse uma boa infra-estrutura [...] familiar, habitacional, às vezes ele não tem geladeira em casa para botar o remédio, eu acho que isso é fundamental para o tratamento da criança portadora do vírus HIV, [...] para que ela possa fazer realmente o uso adequado dessa medicação, além de estudar, de afeto, carinho e amor [...] isso são coisas importantes (E7)

O cuidado as crianças que vivem com aids vai além da adesão a terapia antirretroviral. Na percepção dos informantes, as necessidades de higiene, alimentação, educação e afeto precisam ser contempladas no cuidado. Como nos mostram os relatos a seguir:

Eu considero a limpeza, a higiene pessoal, a alimentação, a educação, principalmente, estudo. E a gente conversa com as mães sobre isso [...], que não é só tomar o remédio se não tem uma qualidade de vida boa, [...] tudo isso eu acho que faz parte da saúde (E5)

O cuidado na verdade deveria começar pela alimentação [...] a maioria das crianças [...] são muito mal alimentadas. Eu não sei se todo [...] lugar dá um suporte [...] de alimentação clínica, a maioria só dá o medicamento e deu [...]. É uma medicação muito forte e as

crianças, às vezes, não aguentam e possivelmente ficam internadas (E3)

As políticas de saúde relativas às pessoas que vivem com aids não contemplam de forma integral as necessidades de cuidados das crianças. Por se tratar de uma doença com caráter de cronicidade, se demonstra a necessidade de uma política de saúde direcionada a essa população.

O cuidado que é prestado a essas crianças, ocorre de forma compartilhada com os familiares e estes nem sempre optaram por se tornarem cuidadores, essa foi uma questão imposta devido às circunstâncias familiares, tais como falecimento ou abandono dos pais. Demonstrando que é necessária uma política que contemple essas especificidades.

Araujo et al (2009) considera que o tratamento de doenças crônicas geralmente é prolongado, complexo e exige cuidados constantes em relação à terapêutica em si e em relação a determinantes que possam agravar o estado de saúde da criança. Para tanto, a família necessita conhecer a patologia, suas manifestações e implicações, além de ter a sua habilidade de cuidar estimulada, a fim de melhor assistir à criança.

Conforme ilustra a fala abaixo.

Não existe uma política de atenção de aids a criança no país como um todo e nem no Rio Grande do Sul [...] e o atendimento das crianças é muito diferente do atendimento do adulto, porque em qualquer situação de atender criança tem que ter a participação de um cuidador (familiar).[...] muitas dessas crianças a mãe já morreu [...] ou abandonou, ou tem adição a droga e não vive mais na família, elas ficam sendo colocadas para algum familiar que para eles isso tem um peso muito grande, [...] a pessoa a que fosse entregue uma criança dessas tinha que ter as mínimas condições de poder acompanhar, isso é uma coisa super importante porque não tem uma política que privilegie o cuidador (familiar) de alguma maneira para que possa cuidar adequadamente da criança (E4).

O cuidado prestado à criança, e as peculiaridades do processo terapêutico modificam a dinâmica familiar independente de terem outras pessoas que vivem com aids convivendo juntas na mesma família.

A criança precisa do auxílio de um cuidador para a manutenção do tratamento devida à necessidade de cuidados inerentes da etapa evolutiva e a fragilidade relacionada à sua condição de saúde e doença, e essa dependência se acentua em relação ao tratamento medicamentoso (MOTTA et al, 2009). Percebe-se que os profissionais assumem a importância da participação ativa do cuidador familiar, como descrito nos relatos:

Cuidado à saúde da criança que vive com aids, na minha opinião, é entender que essa criança vive numa família e esse problema atinge não só a criança mas atinge toda a família, tenham ou não outras pessoas com HIV (E2)

Que a mãe tenha uma boa adesão com a criança [...] que leve para as consultas, que dê a medicação nos horários [...], cuide da alimentação, das vacinas, quando é bebê o leite, não amamentar (E8)

O cuidado à saúde de uma criança que vive com aids é um todo, cuidar da família, iniciar com a família, tu ter uma boa orientação com a mãe ou com o cuidador [...] porque muitas crianças que tem HIV não vivem com a mamãe ou com o papai e tem cuidadores que não são da família, ai tu tem que orientá-los, orientar desde a qualidade de vida, tomar medicamento, tudo. [...] questioná-los se essa criança se alimenta bem, se essa criança toma remédio dentro do horário previsto, [...] a higiene, tudo em fim a gente tem que checar e ver se o cuidador está fazendo certinho (E6)

Além da importância do papel do cuidador na terapêutica a compreensão da criança também é identificada como parte das ações dos profissionais de saúde. A criança deixa de ter um papel passivo diante das recomendações e prescrições dos profissionais, desempenhando um papel de ator social na percepção da equipe de saúde.

Quando se abre espaço para que a criança faça suas escolhas e mostre do que gosta e sabe, ela se torna agente de suas transformações transpondo seu papel de passiva e assumindo desempenho ativo em seu tratamento (PEDRO et al, 2007).

A fala abaixo ilustra essa situação:

Ela (criança) tem que entender o que é prevenção de saúde [...] o que é um tratamento preventivo e o que um tratamento curativo e dentro do entender dela o que vai ser isso a longo prazo, o que nós vamos conseguir começando desde cedo, a fazer esse tipo de abordagem (E1)

Diferente do cuidado ao adulto, o cuidado a criança precisa considerar as etapas do crescimento e do desenvolvimento. Dessa forma, o cuidado as crianças que vivem com doenças crônicas promove a saúde ao mesmo passo que seu crescimento e desenvolvimento.

Na atenção à saúde da criança, para Queiroz e Jorge (2006) há estreita relação entre a educação em saúde e a promoção da saúde, visto que as ações implementadas em todos os níveis de atenção, além de tratar e/ou prevenir doenças, destinam-se, também, a promover o crescimento e desenvolvimento infantil, numa perspectiva de qualidade de vida.

Conforme se verifica na fala a seguir:

O serviço de atenção a saúde de um criança que tenha aids, deve [...] contemplar as necessidades dessa criança [...] e tem que ser atendida em todas as suas necessidades porque independente da doença ela é uma criança que está em desenvolvimento, então a gente tem que providenciar cuidado a [...] outras questões que envolvem desenvolvimento (E2)

Constata-se que sob o olhar dos informantes o cuidado apresenta diferentes facetas, tendo como foco principal a saúde da criança. Entretanto, para que o cuidado ocorra precisa ser compartilhado com a família e/ou cuidador.

O cuidado é multidimensional e deve contemplar as necessidades de crescimento e desenvolvimento da criança, além das especificidades da criança que

vive com aids. Para tanto, as políticas públicas para essa área devem ser implementadas e/ou ampliadas.

O processo de cuidado envolve o profissional de saúde, a família e a criança, sendo o diálogo, entre esses atores sociais, um elemento primordial nesse processo.

5.2 A criança na sala de espera

O local da coleta das informações, por ser um ambulatório geral pediátrico, que atende crianças com diversas patologias ou para acompanhamento pediátrico, suscitou reflexões em relação ao fato das crianças independente da patologia estarem juntas na sala de espera enquanto aguardam a consulta.

A sala de espera pode ser considerada como um ambiente neutro, em que as crianças compartilham o mundo lúdico, interagem entre si e com os acompanhantes, além da habitual espera pela consulta. Para Teixeira e Veloso (2006) a sala de espera constitui-se em um território dinâmico, onde ocorre mobilização de diferentes pessoas a espera de um atendimento de saúde.

Como mostra a fala a seguir:

Trabalho num local onde existem outras crianças com doenças crônicas, não é só a criança com aids,[...] em relação, por exemplo, a medicação todas elas recebem medicação permanente, todas elas podem ou passam por alguma internação, então eu não vejo assim muita dificuldade (das crianças estarem juntas na sala de espera)
(E1)

O mesmo informante reforça que a sala de espera é um ambiente de convívio das crianças:

Vejo quando chego quando vou fazer o chamado de alguma das crianças da listagem, [...] vejo crianças brincando normalmente [...] são todas crianças doentes crônicas e que estão buscando mais saúde. Algumas estão com soro, porque estão internadas e foram

deslocadas para um atendimento no ambulatório, outras [...] usam máscaras, então são diversas crianças que de alguma maneira já passaram por algum tipo de internação, de exames mais constantes, então eu não vejo assim grande problema entre elas (E1)

Neste contexto, na percepção da equipe, as crianças interagem entre si independentes de suas patologias, brincam e compartilham a experiência existencial de viver com uma doença crônica, sem rótulos ou preconceitos como vemos na fala a seguir:

A gente vê na verdade que as outras crianças não têm nenhum preconceito, as crianças ficam na sala de espera brincam juntas e tal, que ninguém sabe que ali tem uma criança HIV positivo, ela transita como as outras sem nenhuma dificuldade (E4)

Entretanto, observa-se nas falas dos profissionais que, em alguns casos, os familiares/cuidadores assumem um comportamento de isolamento, tendo em vista o medo do estigma relacionado à aids,. Com o intuito de proteger a criança do preconceito, pois ao evitar a interação com as outras pessoas evita, também, ter que responder possíveis questionamentos sobre o motivo da consulta ou a saúde da criança.

Para Paula e Crosseti (2005) os familiares como uma forma de cuidado, se distanciam das outras pessoas no intuito de se proteger e proteger a criança de atitudes de discriminação.

A fala a seguir ilustra esse fato:

Ela é uma criança normal, comum ali nessa sala de espera. O que se percebe dos familiares é que eles ficam mais introvertidos, às vezes mais fechado pela questão do preconceito que ainda hoje existe se a gente falar sobre esse assunto. Mas a criança para ela é normal. Ela fica brincando junto com as outras crianças e a gente observa isso no nosso ambulatório. Para ela, não tem diferença, para ela não tem essa coisa da discriminação e ela brinca, ela participa das atividades como qualquer outra criança. O familiar é que fica mais retraído (E7)

Outro ponto levantado pelos participantes foi em relação ao comportamento das crianças na sala de espera, o qual é descrito como agitado e inquieto, enquanto aguardam a consulta. Entretanto, esse comportamento se modifica quando é ofertado à criança algum objeto que ela possa brincar na espera pelo atendimento.

Segundo Pedro et al (2007) o tempo de espera, durante o qual as crianças e seus acompanhantes aguardam para o atendimento ambulatorial, configura-se como fator desencadeante de situações, em sua maioria, de difícil manejo, causando a espera nas crianças ansiedade, agitação/inquietação, nervosismo, impaciência, choro, irritação, agressividade e cansaço.

Como mostra a fala:

Algumas ficam agitadas [...] depende da mãe, tem mães que largam as crianças e é a gente que tem que tomar conta, outras são mais comportadinhas. Têm umas que se jogam no chão, outras a gente dá os brinquedinhos para brincar e algumas ficam sentadinhas. Tem os brinquedos que a gente traz de casa (E5)

A atividade lúdica na sala de espera, segundo os informantes, é um elemento fundamental para manter as crianças tranquilas enquanto aguardam seu horário de atendimento:

Ela fica bem, não fica inquieta, [...] acho que desde nenezinho até os grandes que eu acompanhei eles participam bem, eles conversavam, [...] pegavam uma folha e desenhavam, brincavam, [...] se não tiver alguma atividade, alguma coisa para eles fazerem, eles ficam correndo, gritando, mas se tu dá uma folhinha, um livrinho, um brinquedinho eles ficam sentadinhos brincando. [...] é bom sempre ter alguma coisa para que eles possam se entreter, brinquedo, revista (E8)

A terapêutica da doença crônica impõe constante freqüência ao serviço de saúde e com o passar do tempo a criança desenvolve maior proximidade com os profissionais e com o ambiente.

Segundo Poletti et al (2006), brincando a criança pode lidar melhor com a espera no ambulatório para a realização de consultas ou outros atendimentos. O

envolvimento dos profissionais, nas atividades lúdicas, propicia uma maior interação com a criança.

Constata-se esta situação no relato do informante:

O fato das crianças já virem aqui há muito tempo, [...] eu observo assim que as crianças têm uma intimidade com o lugar e muitas vezes não se contentam em ficar na sala de espera, [...] freqüentam as salas em que eu fico esperando por elas [...] entram, saem, pedem material para desenho, vão e voltam, conversam, vêem trocar opiniões, vão de volta, então é uma coisa meio bagunçada [...] não tem essa coisa formal da sala de espera (E2)

Os questionamentos da criança relacionados à doença e ao tratamento passam a fazer parte do seu cotidiano à medida que adquire maior compreensão das suas diferenças em relação às outras crianças na mesma faixa etária. As crianças que vivem com aids com freqüência tomam a medicação antirretroviral, sem saber qual a patologia em tratamento e qual o tempo de duração do tratamento. Com o passar do tempo a criança começa questionar os profissionais de saúde e seus familiares/cuidadores sobre essa situação. A revelação do diagnóstico, neste momento, está em tempo de ocorrer, pois a criança está sinalizando aos familiares/cuidadores e profissionais essa necessidade.

Para Motta et al (2009) de acordo com a percepção da família, o momento identificado como um dos mais adequados para a revelação do diagnóstico é quando a criança/adolescente faz perguntas sobre o assunto. Além das pistas que as crianças/adolescentes revelam em suas conversas no dia-a-dia, o cotidiano medicamentoso também produz diálogos em que a criança quer saber porque deve tomar os remédios. Surge, então, a necessidade de contar-lhe sobre o diagnóstico.

Como mostra a fala a seguir:

Eles são tranquilos, quando uns crescem um pouquinho estão com 6, 7 anos já começam a fazer pergunta para gente: porque que eles tomam o remédio?, quanto tempo eles vão ter que tomar? Eles ficam assim bem ansiosos a partir dos 7, 8 anos, [...] chegam ali e já começam a perguntar: Eu tenho que tomar sempre? Tem que tomar

sempre. Tem que tomar sempre para ti ficar bem bonito e bem forte, tu pode internar e se tu internar é ruim para ti (E3)

A família ao não revelar o diagnóstico para a criança no intuito de protegê-la de atitudes de discriminação, assume uma atitude de silêncio diante da criança e da sociedade, construindo um segredo familiar, que muitas vezes modifica o seu cotidiano.

Com transcorrer do desenvolvimento infantil a criança passa a perceber formas de preconceito nos serviços de saúde, na escola, na comunidade e, muitas vezes, entre a própria família que apresenta dificuldades de convívio com pessoas soropositivas (PAULA, CROSSETTI, 2008)

Às vezes ela está bem acanhada, principalmente o adolescente, mas a grande maioria das crianças não sabe que são portadoras [...] eles são bem acanhados porque os pais super protegem. A grande maioria super protegem, não contam o porque, que remédio elas estão tomando, o remédio não é um antirretroviral, não é um remédio para o HIV [...] o remédio que tu está tomando é uma vitamina, é uma xaropinho, mas não contam. O diagnóstico é feito por uma equipe multidisciplinar, [...] vão informar a criança do diagnóstico quando ela já é adolescente, não quando criança [...] ela não sabe ainda o que ela tem, se ela é doente ou não (E6)

A doença crônica determina as crianças e seus familiares/cuidadores maior frequência aos serviços de saúde. Nessa habitual rotina, a criança passa a criar vínculos com os profissionais e com o ambiente.

Dessa forma, o lúdico pode proporcionar um ambiente adequado à criança na sala de espera. Elas compartilham o mundo lúdico independente do motivo da consulta ou doença que uniram elas nesse mesmo local. Quando elas não possuem tal atividade a espera pela consulta gera inquietação e agitação.

Os familiares/cuidadores, na sala de espera, assumem um comportamento de isolamento para proteger as crianças de atitudes preconceituosas, mesmo quando a criança ainda não consegue entender tais situações. Entretanto, com o crescimento e o desenvolvimento a criança passa a ter um maior entendimento e a questionar o

motivo da terapêutica e sua duração, além de perceber as formas de preconceito a aids na sociedade.

5.3 Sala de espera: limites e possibilidades

No intuito de contextualizar a sala de espera, os informantes apresentam a dinâmica desse ambiente, descrevendo que esse espaço disponibiliza a criança objetos lúdicos que beneficiam as crianças. Entretanto, os profissionais identificam a necessidade de uma atividade organizada que conte com o acompanhamento de um profissional da saúde.

O ambiente hospitalar ou da sala de espera ambulatorial são modificados quando a criança brinca, tornando-o similar ao seu cotidiano. Segundo Pedro et al (2007), a interação com a criança pode ser facilitada com o envolvimento dos profissionais nas atividades lúdicas. Essas atividades ocorrem em uma linguagem própria da criança, dessa forma os profissionais tem como recurso a possibilidade de adaptar o conhecimento científico as possibilidades de entendimento da criança.

Como o relato ilustra:

Tem esse pequeno pedacinho da recreação que já ajuda muito, as crianças brincam interagem ficam mais lá do que correndo, a gente tinha que ter uma coisa mais organizada, alguém acompanhando e com brincadeiras, eu acho que a gente ganharia muito se a gente conseguisse fazer um espaço, eu acho que eles já fizeram muito bem em aproveitar aquele cantinho ali já foi um grande avanço, no ambulatório nunca tinha acontecido nenhum cantinho, agora a gente tem o cantinho (E4)

Além da descrição de como é a sala de espera atualmente, os relatos fazem referência a como era estruturada a sala de espera quando iniciou o atendimento as crianças que vivem com aids nesse serviço. Os relatos retomam a importância da sala de espera ser para todas as crianças assistidas no ambulatório geral, como na categoria “A criança na sala de espera (5.2)”.

Assim ilustram as falas:

Tinha uma época que a gente no ambulatório velho tinha um espaço que na verdade foi criado para as crianças do HIV enquanto esperavam. Era uma sala que era dividida, e então elas ficavam sendo atendidas e o preceptor ficava na outra sala. Então se começou por ali. Na verdade o que a gente viu é que todas as crianças do ambulatório iam para aquele lugar brincar. Não queriam nem saber, nem estavam interessados se alguém tinha alguma doença ou outra ou meia doença, não interessava. As crianças migravam todas para aquele cantinho (E4)

A gente tinha uma televisão, tinha filme de orientação, era um espaço bem menor. A gente podia sentar e ficar conversando com esses familiares e enquanto a criança brincava. Não vejo que isso seja possível no ambulatório atualmente, acho que até daria, mas sem aquela questão que para determinadas pessoas só, é para todo mundo, no ambulatório de uma forma geral (E7)

Os participantes, quando abordam a utilização da sala de espera pela equipe de saúde, destacam que não existe um programa formal de atenção a saúde da criança na sala de espera. Entretanto, é disponibilizado material lúdico para brincar e desenhar enquanto aguardam a consulta.

Poleti et al (2005) em relato sobre a implementação de um projeto de recreação para crianças em ambulatório, mostra que o projeto tem que ter a ênfase no brincar, visando estabelecer um processo de comunicação terapêutica que possibilite compreensão acerca da situação que a criança está vivenciando.

Conforme se observa nos relatos:

Não tenho nenhum programa de sala de espera e porque [...] envolve muita gente, [...] tem um corredor de espera [...] então há pouco tempo a recreação colocou ali uns objetos, mas o ideal é que tivesse mais ilhas dessas aqui nesse corredor para eles poderem [...] brincar [...] como eu digo elas vêm, vão, entram, largam e pedem coisas, saem, me dão notícias delas, em algumas ocasiões elas me ajudam

em coisas que eu precise, se tenho que buscar prontuário, pego e saio com uma ou duas para ir buscar prontuário [...] Mas elas se sentem incluídas no serviço (E2)

A gente procura usar, mas não é muito [...] a não ser para brincar com as crianças, mas não para dar as informações (E8)

Apesar da falta de estrutura da sala os profissionais procuram dar condições mínimas de acolhimento, disponibilizando objetos lúdicos. A falta de estrutura é relacionada ao local destinado para a espera e a falta de recursos humanos específicos para a atividade.

Para Poletti et al (2005) as atividades são uma forma de estratégia terapêutica de intervenção na assistência à criança que permanece em sala de espera ambulatorial, contribuindo para a humanização da assistência delas e de seus familiares/cuidadores.

As falas abaixo mostram:

Elas brincam, a gente tem revistinha, [...] brincam entre eles, eu não tenho muito espaço para fazer uma brinquedoteca no caso, gostaria de conseguir, mas não tenho espaço, isso aqui fica lotado, é corredor e passam, é trânsito ali. Então eles brincam entre si, eles vêm conosco [...] mas eu não tenho um programa de atendimento a essas crianças no corredor, converso muito e sano informações com os cuidadores, com as crianças eu não consegui ainda parar. Tem um grupo de adolescentes, [...] mas com criança pequena a gente não tem um projeto ainda em andamento [...] se elas estão muito agitadas a gente entra e conversa, [...] a gente chama a mãe (E6)

Eu acho que não, até porque eu acho que a gente teria que fazer uma sala de espera (E4)

Aqui no ambulatório não existe uma sala de espera, mas existem [...] revistas, brinquedos, onde a criança pode se manter brincando até que seja chamada para consulta e senão ele fica ao lado da mãe, do familiar aguardando para ser atendido. Há uns anos atrás logo que a

gente começou fazer acompanhamento de aids em 93, 94 a gente tinha sala de espera, ai a gente fazia atividade com as crianças no ambulatório mesmo e o nosso serviço de recreação acompanhava, então eles ficavam brincando assim com joguinhos e tal até serem atendidos, hoje se tem essa atividade, ela já não é acompanhada por nenhum profissional, fica só o material ali para criança desenhar, pintar (E7)

O profissional reconhece que seria importante ter uma atividade formal na sala de espera. O tempo da espera para o atendimento é útil e adequado para atividades relacionadas à saúde, utilizando o lúdico como estratégia.

Impedir as crianças de exercerem o brincar o que é próprio da sua idade produz descontentamento. Exigir que as crianças permaneçam acomodadas em seus lugares, aguardando pelo atendimento é pedir algo que, muitas vezes, pode estar além da sua idade cronológica (PEDRO et al, 2007).

Geralmente ela brinca com as outras ou ela não faz nada, ela fica sentada ali sem nenhuma atividade que é uma pena, mas eu acho que isso não podia ser assim, [...] nos serviços de pediatria isso não é só das crianças com HIV. E aí as crianças em algum momento resolvem correr pular, bater nas portas e isso incomoda os profissionais e as pessoas acham que as crianças são mal educadas porque as mães não as contem e tal, mas a verdade que sentar numa cadeira esperando ser chamado para consulta é exigir demais das crianças (E4)

Acredita-se que as atividades de sala de espera estão para além de apenas ocupação do tempo ocioso das crianças. Considerando que a recreação é para as crianças um espaço propício para lidar com os sentimentos que o processo de saúde e doença suscita.

O maior desafio de uma sala de espera talvez seja o de permitir as crianças um espaço natural para brincar, receber informações sobre sua enfermidade e sobre o serviço de saúde, além de oportunidades para expressão de sentimentos, dúvidas, receios e desejos (JUNIOR et al, 2006).

O relato expressa este fato:

Então eu acho que a recreação tem esse papel, se tu for visitar a recreação dentro do hospital tu vai ver que ela tem completamente esse papel, é uma área estruturada com gente especializada e que sempre as crianças adoram, eu tenho o hábito de perguntar quando as crianças são maiores que vêm egresso do hospital “e ai tu foi na recreação?” e geralmente eles adoram, porque o espaço do sofrimento da doença já é muito grande. Um momento de lazer, de poder brincar, de ver outras crianças, de ver outras crianças também doentes, isso ajuda na recuperação (E4)

A recreação pode favorecer uma relação mais acessível entre crianças e profissionais, portanto constituir-se como uma estratégia de cuidado. Os profissionais ao participarem das atividades de sala de espera têm a oportunidade de interagirem em um espaço destinado as crianças, onde elas estão mais a vontade, desmistificando a relação paciente e profissional e possibilitando uma interação horizontal onde todos participam da construção da terapêutica.

Pedro et al (2007) demonstra em estudo que as crianças tornam-se mais acessíveis aos profissionais de saúde se houver a brincadeira para mediar a interação entre estes dois mundos.

O relato está em consonância com o estudo citado:

Facilita muito o meu trabalho (as atividades na sala de espera), porque [...] não recebo dentro do consultório uma criança estressada, recebo uma criança que, muitas vezes, não quer deixar o brinquedo [...]. Vejo também uma tranquilidade maior em relação aos pais (E1)

A fala, a seguir, acrescenta que mesmo quando são realizados procedimentos curativos a criança ainda se mantém acessível ao profissional quando a atividade lúdica antecedeu o atendimento:

Faço um atendimento com crianças que necessitam cuidados especiais são pacientes crônicos, então [...] elas entram muito mais tranquilas e não tenho muita dificuldade na abordagem, mesmo [...] que tenha que ter uma abordagem curativa [...] esse tipo de

atendimento, de assistência me facilita muito o trabalho dentro do consultório (E1)

Os informantes reconhecem a importância de estruturar uma atividade formal de sala de espera. No local da coleta das informações, apesar de não ter tal atividade estruturada são disponibilizados pelos profissionais objetos lúdicos.

A relevância das atividades lúdicas é demonstrada nas falas e ainda que sua função vai além de apenas ocupar o tempo ocioso. O contato com o espaço lúdico diminui a ansiedade da criança, pois o brincar na sala de espera modifica esse ambiente e o aproxima da sua realidade.

A recreação pode favorecer uma relação mais acessível entre crianças e profissionais, portanto constituir-se como uma estratégia de cuidado, adaptando a linguagem do profissional ao entendimento da criança.

5.4 Sala de espera como estratégia de cuidado – percepção da equipe de saúde

A categoria “Sala de espera como estratégia de cuidado – percepção da equipe de saúde” contempla três subcategorias: Sala de espera: um espaço a construir para a criança com doença crônica; Educação em saúde – programa formal para as crianças com doença crônica; Família como multiplicador – recurso da sala de espera.

5.4.1 Sala de espera: um espaço a construir para a criança com doença crônica

Ao dialogar sobre como a sala de espera poderia ser utilizada, os participantes do estudo descrevem que este espaço poderia ser aproveitado melhor, enfatizando a importância da presença do lúdico nesse ambiente, para que componha um ambiente de cuidado.

A brincadeira é de fundamental importância para o desenvolvimento infantil na medida em que a criança pode transformar e produzir novos significados (QUEIROZ, MACIEL, BRANCO, 2006).

A Importância das atividades lúdicas é demonstrada nas falas:

São espaços que se a gente quisesse aproveitar as crianças teria que ser com alguma coisa lúdica, nem palestras, e nem nada pronto, muito trazendo assim para desenho e para brincar que esteja tentando discutir todas as questões (E4)

Acho que deveria ter uma sala de espera com recreação, com joguinhos, com quadro-mural essas coisas para as crianças. Só que aqui a gente não tem, e não tem nem espaço para isso (E5)

Acho que como qualquer outra criança talvez alguma coisa mais prática trabalhando [...] algumas peças, bonecos, [...] isso ai de repente até poderíamos fazer (E1)

A criança evidencia diferentes interesses e habilidades para as atividades lúdicas conforme seu desenvolvimento psicomotor.

Quando há diversidade de faixa etária das crianças é necessário dispor de materiais para todas as idades, e deixá-las livres para escolher aquele que mais lhe agrade (POLETI et al, 2005).

Conforme fala a seguir:

Depende a idade da criança dá pra trabalhar bastante coisa, se é com bebê é mais difícil, agora se a criança tem 5,6 anos 7 (E5)

A atividade em sala de espera não pode ser vista pela criança como uma imposição, dessa forma ela tem a sua disposição os recursos da sala de espera, mas a escolha em participar e interagir é uma decisão dela.

A decisão atribuída à criança de participar da atividade na recreação possibilita a criação do mundo dela, em que as atividades escolhidas sejam relevantes para lidar com a situação pela qual estão passando e as experiências lhe propiciem satisfação e prazer (WEBER, 2010).

Como fala a seguir demonstra:

Só que a sala de espera também não é uma coisa que tenha que ser compulsória, chegou a sala de espera tem que fazer alguma coisa não, se não tiver com vontade não faz nada, não precisa fazer (E2)

As atividades de recreação em sala de espera ambulatorial parecem encontrar maiores dificuldades de serem organizadas do que a recreação em unidades de internação hospitalar. As dificuldades, no relato, são relacionadas à alta circulação de pacientes e a falta de recursos humanos específicos para organizar a atividade.

Pedro et al (2007) apresenta que o brincar no espaço ambulatorial também pode ser valorizado, pois a maioria das investigações encontradas na literatura refere-se ao uso desse recurso apenas em situações de internação da criança e o cuidado dessa, no ambulatório, também podem incorporar intervenções que valorizem a humanização e o processo de desenvolvimento infantil.

Acho que esses movimentos de fazer [...] sempre são muito importantes. [...] acho que sempre foi difícil em todos os lugares fazer um projeto para ambulatório pela circulação, [...] não é um lugar onde a gente fica um período do dia [...]. Sala de espera de um serviço de saúde ambulatorial não pode parar, o paciente não pode ficar preso ali que tem que ver até o fim. Então tem que ser atividades curtas quem ficar mais faz mais outras, mas eu acho que seria um espaço bem interessante (E4)

Teria que ter uma pessoa específica para isso, a gente não tem tempo, quando a gente tem tempo a gente até inventa uns joguinhos, um caderninho para escrever, uma folha de papel para riscar (E5)

Além dos relatos na categoria “A criança na sala de espera (5.2)”, sobre o ambulatório realizar atendimento geral e não apenas as crianças que vivem com aids, foi abordado, pelos profissionais, também se a sala de espera deveria ser organizada em separado ou mantida como ambulatório geral:

Que eu acho muito produtivo que essas crianças não tenham uma sala de espera só para eles, não vejo valor nenhum de uma sala de espera que faz exatamente separar (E1)

Sou completamente a favor da sala de espera, já trabalhei muito com sala de espera, mas tem que ser uma sala de espera que sirva a todos, porque o ambiente aqui é junto (E4)

O relato a seguir reforça que as atividades de sala de espera devem servir a todas as crianças assistidas, proporcionando convívio entre todos que frequentam o ambulatório:

Sala de espera separada foi decisão minha não ter [...]. Uma coisa que eu sempre fiz [...] é nunca fazer sala de espera separada [...]. Sempre teve incluído no ambulatório geral, por isso ele nunca teve placa, nunca teve símbolo nenhum na porta para não identificar quem está ali dentro. Mas eu acredito que é muito melhor que eu não faça a separação, para que eles possam conviver com esses outros (E2)

Talvez assim no ambulatório como o nosso que a gente pudesse discutir um pouco com as crianças fossem as diferenças. Que cada pessoa é diferente, um está aqui porque tem uma infecção urinária, outro está aqui porque tem HIV, outro está aqui porque tem outra coisa. Então é essa questão das diferenças que eu acho que ela é muito maior nos adultos que nas crianças a gente vê que as crianças nem querem saber quem é quem é brincar, são de fato gente que quer brincar (E4)

O relato mostra que a separação da sala de espera poderia produzir nos familiares/cuidadores um sentimento de exclusão:

Eu acho que são duas coisas se é para a família, a família que se sente excluída e se você fizer esse processo de colocar num local diferente que é os atendimentos dos outros, ela vai se sentir mais ainda excluída, ou sei lá quem sabe até discriminada, para criança

eu não vejo isso como um problema, para criança ela não tem a noção, ela é igual, mas para família sim. Eu acho que tem que ser como é hoje o ambulatório junto com os outros atendimentos, porque é uma doença, ele está fazendo seu tratamento e como qualquer outro paciente que está aguardando para ser atendido por um neuro, ou cardio, ou um pneumo, enfim eu acho que como é hoje é mais digno (E7)

O ambulatório de atendimento geral, para o informante, é mais adequado para o cuidado das pessoas que vivem com aids, pois por não ser destinado ao atendimento de uma patologia específica impossibilita que os demais pacientes ou acompanhantes identifiquem as pessoas que vivem com aids, preservando a identidade e a decisão de revelação do diagnóstico quando for de sua escolha.

Acho que deve ser assim (ambulatório que atente crianças com diversas patologias). Eu tenho pacientes aqui, que são egressos de lugares que eles pararam de ir porque identificava, tinha um símbolo enorme na frente um laço vermelho, ambulatório de HIV/aids. Isso em uma cidade pequena quem entrar ali tem. Não é correto fazer isso e essas pessoas vieram desses ambulatórios porque queriam passar despercebidas tinham problema de se identificarem. Então eu acho que não deve, o ideal é que ele seja incluído e para gente também passar a idéia para os que não tem de que alguém do lado dele pode ter, não é assim na vida? No mundo real é assim (E2)

Apesar da maioria dos relatos serem contrários a criação de uma sala de espera separa para as crianças que vivem com aids, essa situação poderia ser favorável e adequada quando questões relativas a revelação do diagnóstico de aids fossem trabalhadas. Entretanto, o local apropriado seria em uma ambiente mais reservado que não proporcionasse exposição das crianças ou de seus familiares/cuidadores.

Ali eles têm o espaço físico, o problema que eles não ocupam aquele espaço deles [...] acho que deveria, tem um espaço físico, acho que deveria ter uma recreação ali só para as crianças com HIV (E3)

Os relatos demonstram que as atividades de sala de espera são uma forma de recurso terapêutico que podem ser disponibilizadas não apenas as crianças que vivem com aids, mas a todos os serviços com atendimento pediátrico.

Mas aí vem uma coisa, por exemplo, de uma forma ampla se tu for fazer isso no nosso ambulatório tanto serve para criança portadora como para qualquer outra criança a higiene, cuidado de higiene, de escovação, pode ser de uma forma generalizada, não necessariamente ser para uma criança portadora (HIV) e que eu acho que pode ser feito, só que hoje agente não tem perna para isso (E7)

Os participantes relatam outras experiências que tiveram de sala de espera, demonstrando que mesmo quando identificam pontos positivos em tal experiência, ainda assim, não concordam quando o atendimento prestado nos serviços, de alguma forma, discrimina os pacientes e seus acompanhantes:

Era um setor mais reservado. Ao mesmo tempo em que era um setor mais reservado já se tinha essa questão assim ali só se eram atendidos pacientes que eram portadores do vírus HIV. Mas daí se tinha toda uma atividade com as crianças mesmo, porque ficava ao lado da recreação e eles podiam brincar enquanto aguardavam para a consulta. Com o tempo esse número de pacientes foi aumentando muito, aí a infra-estrutura desse local não comportava mais e aí por isso que as crianças passaram a ser atendidas no ambulatório do hospital (E7)

A forma como os pacientes são recebidos nos serviços de saúde é um determinante para estabelecer vínculo, quando acolhidos as intervenções dos profissionais tem maior possibilidade de promoverem a qualidade de vida dos pacientes.

Dessa forma, sob a ótica do cuidado a criança, na falta de acolhimento ela poderá sentir-se desmotivada para futuras visitas ao serviço, o que refletirá

negativamente na interação entre profissional, criança e acompanhante, prejudicando a própria qualidade da assistência oferecida (PEDRO et al, 2007).

O relato a seguir demonstra a importância do acolhimento. E ainda a necessidade de cuidado da criança na transição entre a infância, a adolescência e a fase adulta.

Um menino, por exemplo, ele está com 16 anos agora, quando começou (a ser atendida no serviço de saúde) [...] tomava medicação, agora a cuidadora dele diz que ele não quer saber e ele diz que não quer ir no médico [...] antes era um pediatra que tratava ele bem, agora ele está com um médico de adulto, [...] então ele não quer ir não quer tomar, tudo isso prejudica (E8)

A sala de espera se apresenta como um recurso de atenção a saúde, pois pode possibilitar a interação entre os atores sociais. O profissional da saúde quando participa das atividades de sala de espera, abandona a função de transmissor do conhecimento e assume papel de participante, o que proporciona uma maior interação com paciente.

Para Teixeira e Veloso (2006) a sala de espera não é um espaço voltado aos profissionais de saúde como consultório e enfermaria, mas um espaço público, onde os clientes transitam e aguardam atendimento. Entretanto, por meio da atividade de sala de espera, os profissionais passam a se inserir nesse espaço, podendo interagir e dialogar com os pacientes.

Um espaço disponível, eu acho muito tranquilo, facilita, me permite também até eu chegar na sala de espera [...] eu consigo sentar ver quem está [...] brincando, eu acho um momento muito especial, eu sou muito a favor de uma sala de espera com brincadeiras, com material que eles possam usar, para tornar todo o atendimento, tudo mais tranquilo [...] um espaço que eles possam relaxar a entrada no consultório vai ser muito mais tranquila (E1)

A sala de espera quando propicia um ambiente descontraído e alegre, minimiza os sentimentos negativos vivenciados pela criança e pelo familiar/cuidador, e possibilita relações harmoniosas entre eles e os profissionais de saúde. Essa

interação é facilitada pela oportunidade de um diálogo aberto, que vai além da transmissão de informações, em busca da comunicação efetiva (PEDRO et al, 2007).

Foi decisão minha estabelecer com eles um tipo de vínculo que envolve uma intimidade deles não me enxergarem como uma coisa que tenha um ritual, eles podem frequentar a sala trocar ideia, saem e voltam, muitas vezes [...] um chega mais cedo fica a tarde toda ali comigo conversando (E2)

Para criança ter uma boa adesão e seguir o tratamento e depois [...] a revelação, isso tem que ser desde o início, [...] e sempre tem que ter um vínculo maior com aquele funcionário que está ali [...]. Até se ele tem dificuldade de tomar uma medicação, se ele sabe que vai chegar e tem uma pessoa que não vai acolher bem ele, ele já não te diz “eu não vou tomar a medicação” (E8)

As atividades da sala de espera, para os informantes, têm na utilização do lúdico a forma de propor um ambiente de cuidado. As dificuldades para a organização e articulação de um programa de atividades em sala de espera ambulatorial são decorrentes da alta circulação de pacientes e da falta de profissional específico.

Nessa subcategoria retoma-se a questão da sala de espera destinar-se a diferentes especialidades do ambulatório geral, considerando que gera um sentimento de inclusão e convívio entre as crianças e os familiares/cuidadores. Entretanto, um espaço restrito seria necessário para a organização de atividades direcionadas às crianças que vivem com aids a fim de possibilitar dialogo sobre cuidados específicos, como a revelação do diagnóstico.

A participação dos profissionais, na sala de espera, propicia dialogo com as crianças, tornando elas mais acessíveis a interação. Ressalta-se a importância do acolhimento para estabelecer vínculo entre a equipe, as crianças e seus familiares cuidadores. E ainda adequação dos serviços de saúde ao cuidado da transição das fases infância, adolescência e idade adulta.

5.4.2 Educação em saúde – programa formal para as crianças com doença crônica

As atividades lúdicas apresentam-se em uma linguagem própria da criança (POLETI et al, 2006). Dessa forma, essas atividades possibilitam estratégias de cuidado para promover a educação em saúde e o autocuidado. Para tanto, é necessário que atividades façam parte de um programa formal que leve em consideração as lacunas de cuidado para promoção de saúde.

Os profissionais foram unânimes em descrever que a educação em saúde pode fazer parte das atividades de sala de espera:

Aproveitar aquele tempo em que a criança está ociosa com a família aguardando a consulta [...] fazer algum tipo de atividade recreativa ou não, mas que [...] esteja relacionada com a questão da doença e da saúde, não pode ser totalmente desvinculada. Mas se a gente considerar que a criança trabalha essencialmente com a imaginação se pode muita coisa na sala de espera, a gente pode estar falando de a adesão ao tratamento e pode estar falando do homem de ferro, do homem aranha enfim, pode juntar as coisas com uma facilidade porque está trabalhando com criança, no adulto isso é mais difícil (E2)

Acho que a sala de espera tem um grande espaço para que a gente pudesse fazer coisas lúdicas de educação da saúde, usando o espaço aqui, mas teria que ser através de um projeto de coisas lúdicas mesmo, de brincar, brincar com as crianças (E4)

O relato reforça a importância da educação em saúde para promover o autocuidado:

Talvez se a gente tivesse isso com mais frequência, se não tivesse tão ruim hoje, que é a questão [...] de muito pequeno começar a trabalhar autocuidado, ou seja passar para criança de um jeito dela brincando elaborar as questões de se cuidar e cuidar dos outros, isso é uma coisa assim que a gente não percebe, quando vê mães jovens

ou mesmo quando vê mães de crianças que precisam tomar medicações, uma dificuldade de produzir cuidado, de fabricar cuidado, é muito difícil (E2)

A frequência que as doenças crônicas, exigem das crianças e familiares/cuidadores nos serviços de saúde, possibilita vínculo no processo de desenvolvimento da criança, e esse pode ser utilizado na promoção de saúde quando há um profissional para conduzir as atividades e acompanhar a criança nesse processo.

Como mostra fala a seguir:

Como a gente vê elas nascer, e chegar a adolescência se tivesse alguém que trabalhasse em equipe com gente, a gente poderia fazer bastante coisa, essa parte de prevenção, de alimentação, brincando dá para fazer bastante coisa (E5)

A promoção da saúde abrange a valorização das subjetividades, tal como o sentimento de baixa autoestima.

A lipodistrofia é uma condição progressiva para as pessoas que vivem com aids, cuja severidade parece diretamente proporcional ao tempo de tratamento com medicação anti-retroviral. As mudanças corporais têm sido relacionadas à lipohipertrofia (aparecimento de gordura dorsocervical, expansão da circunferência do pescoço, aumento do volume dos seios e acúmulo de gordura na região abdominal) e à lipoatrofia (diminuição de gordura periférica, com perda de tecido subcutâneo na face, braços, pernas e nádegas) (SEIDL, MACHADO, 2008).

Dessa forma, os pacientes aderentes ao tratamento têm maior probabilidade de desenvolver os sintomas da lipodistrofia, e o impacto psicológico devido a sua ocorrência se evidencia por redução da autoestima, percepção negativa da imagem corporal, evitando os contatos sociais, a exposição de partes do corpo e a visualização de imagem no espelho, decorrentes do medo da revelação forçada do diagnóstico (SEIDL, MACHADO, 2008).

No relato, valorizar a autoestima é um aspecto importante que pode ser dialogado em sala de espera:

Quanto que é importante valorizar cada coisinha, a gente tem uma situação de um menino que [...] fez aplicação (aplicação de preenchimento em face como tratamento a lipodistrofia) [...] para o rosto e assim [...] precisa ver como ele mudou, [...] tu vê que a auto-estima deles muda, isso é uma coisa super importante para eles porque o aspecto fisionômico deles muda, não é de uma criança portadora é uma criança normal e a auto-estima deles melhora e o cuidado deles passa ser outro, eu acho que isso pode ser trabalhado em sala de espera (E7)

Reforça-se, na fala, a valorização dos sentimentos para a promoção da saúde e ainda fatores geradores de ansiedade, fantasias, perdas:

Toda a consulta gera tanto na família quanto na criança uma ansiedade, [...] que é uma coisa importante que tem que ser valorizada [...] então acredito que o ideal é que numa sala de espera essa criança possa ter atividades que trabalhem essa ansiedade que ela tem, trabalhem algumas fantasias que estão se criando, para trabalhar perdas recentes na família, para trabalhar situações específicas como infecções ou situações de limitação como perda de visão, ou outras perdas, mas o ideal é na sala de espera isso ser trabalhado (E2)

Conhecer o diagnóstico de aids na primeira infância torna questões, tais como medo, ansiedade, vergonha, culpa menos relevantes quanto mais cedo a criança ficar sabendo (PADOIN, 2006).

Entretanto, essa é uma decisão que se apresenta como um dos maiores desafios para os familiares/cuidadores, devido a epidemia ser acompanhada de estigma, gravidade e letalidade. A necessidade de revelar a forma de transmissão é outro fator que torna a revelação de diagnóstico um processo de difícil enfrentamento, expondo possíveis conflitos familiares que podem trazer desconfortos.

Depende muito da estrutura familiar, depende muito de como que essa família lida com isso, porque se a família tem uma coisa muito

fechada, preconceituoso, primeiro essa família tem que aceitar esse diagnóstico, enquanto essa família não aceita o diagnóstico é muito difícil para eles falarem para essa criança, então tanto faz aos 5, aos 9, aos 10 anos quando essa família tem uma estrutura psíquica e emocional e possa falar, então independe da idade, [...] são famílias bem desestruturadas tu sabe muito bem disso, as vezes é só a mãe, as vezes essas crianças são criadas pelas avós a grande maioria, esses grandes que a gente está tendo agora, porque a mãe faleceu, o pai nunca assumiu (E7)

A revelação da infecção pelo HIV torna-se o marco inicial para a construção de uma nova história e identidade (MARQUES et al, 2006). Entretanto, os relatos demonstram que os profissionais parecem encontrar dificuldades no desfecho da revelação do diagnóstico:

Não adianta contar para uma criança de 8 anos se ela chegar no colégio ela vai dizer “Eu sou HIV”, vão discriminar essa criança [...], eles preparam bem as crianças para que quando contar é um segredo da pessoa, ela divulga para quem ela quer, para criança não pode ser dito, nem os pais não dizem, a maioria esconde até a adolescência, na adolescência que é revelado, e eu acho que está certo (E5)

Para (MARQUES et al, 2006) a revelação é necessária e irremediável, a manutenção do segredo é desconfortável e angustiante. Os mesmos autores recomendam que a equipe de saúde identifique profissionais que possuam maior vinculação com os pacientes para utilizá-los como referência para auxiliar no processo de revelação do diagnóstico de aids à criança ou ao adolescente.

Dessa forma, a literatura encontrada não apresenta uma categoria de profissional de saúde mais apropriada ao processo de revelação do diagnóstico, mas enfatiza a importância do vínculo entre o profissional e a criança nesse processo.

Entretanto, o informante acredita que o diagnóstico de aids só pode ser transmitido pela categoria médica:

Para trabalhar diagnóstico o médico tem que estar presente, a gente não pode falar em diagnóstico, porque é de cunho médico, eu cuido, eu tenho que cuidar muito aqui (E6)

No relato, a sala de espera poderia ser utilizada com as crianças ou adolescentes que conhecem o diagnóstico de aids para realizar orientações e esclarecimentos em um dialogo aberto:

Tem crianças de todas as idades, tem crianças que sabem do diagnóstico, tem crianças que [...] não tem noção do que é [...], mas se poderia usar essa sala de espera para essas crianças que já são um pouquinho maiores que já tem compreensão do que é, que estão fazendo tratamento e usar isso como forma de esclarecimento, um espaço onde se possa conversar abertamente, principalmente a gente tem muita criança que está chegando na pré-adolescência e poder buscar com que eles possam lidar com essa doença daqui para frente, porque eles vão se tornar adolescentes e quem sabe adultos e ai são questões que eles tem que saber e se cuidar (E7)

Outra questão abordada diz respeito à forma como a família trata os questionamentos da criança. O profissional precisa conhecer a dinâmica familiar para não entrar em contradição com as respostas da família a criança:

Tu tem que conhecer o cuidador, para saber o que essa criança sabe e até aonde essa criança sabe, como é que ela trabalha o aspecto, ela vai dar a medicação para o filho, para o neto, para criança referida, o que ela diz?, é para que?, é uma vitamina?, é um xarope?, para que está tomando esse xarope?, é uma gripe?, essa gripe é eterna?, é uma doença que vai cuidar o resto da vida?, como é que ela desvia?, como é que ela trabalha os questionamentos dos porquês?, daí tu tem que conhecer o cuidador para trabalhar em cima disso, porque tu não pode contradizer [...] eu não posso contradizer o cuidador, eu posso trabalhar o cuidador para ele refazer suas idéias, mas eu não posso contradizer porque eu vou estar prejudicando a relação familiar (E6)

As atividades lúdicas por apresentarem uma linguagem própria da criança podem ser utilizadas como recurso de educação em saúde, dessa forma a organização de um programa formal, em sala de espera, constituir-se como estratégia de promoção da saúde.

O ambiente da sala de espera pode propiciar o dialogo de temas subjetivos, valorizando os sentimentos e discutindo os fatores geradores de ansiedade e fantasias.

A revelação do diagnóstico, pela sua importância no processo de desenvolvimento do autocuidado, também tem sua relevância em um programa formal. O profissional com maior vínculo com a criança pode auxiliar a família a conduzir a revelação.

5.4.3 Família como multiplicador – recurso da sala de espera

O cuidado a saúde das crianças por ser uma ação compartilhada com os familiares/cuidadores tem na adequada orientação desses um recurso importante para promover a saúde das crianças, bem como do grupo familiar.

Nesse contexto, é que a família precisa estar inserida no processo do cuidar da criança com doença crônica (ARAUJO et al, 2009)

Os relatos mostram como o tempo na espera pelo atendimento poderia ser utilizado:

Eu acho que deveria ter um profissional para orientar melhor a mãe [...] deveria ter um farmacêutico ou então um enfermeiro e trabalha com essa mãe, que às vezes as mães chegam aqui e não tem nem noção do que é a medicação, [...] eu acho que seria bom [...] para reforçar a importância do uso da medicação e [...] do custo benefício (E3)

Os informantes reforçam que as orientações relativas à administração da medicação, a vacinas e a revelação do diagnóstico seriam apropriadas nesse momento:

Como a criança vai com a mãe seria um momento bom para ti repassar para mãe as informações, tem muitas mães assim que não sabem que a criança tem que tomar certo tipo de vacina diferenciada das outras, que é importante que a criança não tenha um intervalo e que dê a medicação nos horários certos, as mães ficam preocupadas quando eu vou dizer para ele que ele é soropositivo, essas informações seriam boas de falar (E8)

Nos encontros com os familiares/cuidadores, os profissionais na intenção de melhor conhecer a realidade e as necessidades das famílias utilizam a escuta ativa e o diálogo.

Para Teixeira e Veloso (2006) é necessário adotar uma linguagem simples, porém não infantilizadora e nem carregada de preconceitos. É essencial que as pessoas falem de suas percepções e vivências cotidianas, e ainda que os profissionais de saúde sejam facilitadores de promoção a saúde por meio de uma reflexão participativa.

E trabalhar na linguagem deles, porque não adianta você me vir trazer palavras técnicas [...], a coisa tem que ser na prática e dentro da realidade deles, não posso falar em tomar banho de chuveiro se ela não tem, se ela tem apenas uma bandeja, uma bacia, uma banheira, se é esse o recurso que ela tem, então eu acho que tem que trabalhar as coisas assim dentro da realidade dessas pessoas, a escovação, cuidados de higiene (E7)

Ainda sobre a importância de utilizar uma linguagem acessível e simples, o relato indica que outra possibilidade seria disponibilizar meios, para os familiares/cuidadores que vivenciam situações parecidas consigam trocar experiências, e assim agir como facilitadores e/ou multiplicadores.

Para Ribeiro et al (2007) é comum ter na sala de espera, vários familiares/cuidadores aguardando os atendimentos, ocorrendo de maneira espontânea uma troca de informações entre eles nesse espaço.

Os recursos que eles podem buscar, o benefício assistencial, por exemplo, então uma pessoa que fez do grupo que ela fale como que ela fez do jeito dela, porque eles vão se entender os iguais se entendem melhor, o que eu fiz, eu fiz isso, eu fiz aquilo, eu acho que aproveitar esse espaço para essas coisas (E7)

No relato, o informante demonstra outra maneira para que os cuidadores possam agir como multiplicadores. Considerando que as orientações dos profissionais recebidas pelos familiares/cuidadores podem ser utilizadas no cuidado de outras crianças da mesma família.

Então nós trabalhamos muito com os pais ou cuidadores e de repente esses pais levam [...] a mesma orientação para usar em outras crianças [...] tem os cuidadores/pais que tem um filho com aids e [...] outros que não [...] o filho com aids tem mais atendimento, muito mais adequação do que outro que não tem. Esperar 2 anos 3 anos 1 ano que dormem na fila para conseguir uma consulta e os nossos não passam por isso. Se conseguir mostrar para criança e para o cuidador que está junto na sala no atendimento, [...] levar o que aprendeu ali pros outros filhos também. Então [...] é um tratamento integral a família, específico a família, é um dos objetivos [...] a família tem um ganho não só a criança e são multiplicadores (E1)

Os profissionais nos seus discursos assinalam a relevância do preparo técnico da pessoa que irá conduzir as atividades de sala de espera, além da importância de ter afinidade com as questões relativas ao cuidado das crianças.

Primeiro tem que ser uma pessoa que goste de criança, tem que ter paciência com criança e depois tem que ser uma pessoa que entenda o que vai repassar (E8)

Estamos com um voluntário [...] que está fazendo um trabalho com as crianças aqui no hospital sobre a escovação do dente, para criança portadora é fundamental esse cuidado, mas necessariamente tem que ser um dentista? Não, pode ser um profissional, uma pessoa

que esteja bem orientada para isso e possa fazer isso, como é a escovação do dente, quais são os cuidados de higiene que essa criança tem, a lavagem de mãos, isso uma enfermeira, um técnico de enfermagem são pessoas que podem fazer esse trabalho e que muitas coisas ajudariam para a saúde, para a qualidade de vida dessa criança, a higiene, os cuidados básicos mesmo que tu vê, que tem situações que a gente vê que é falta de orientação mesmo, falta de conhecer (E7)

Como visto na categoria “Sala de espera: limites e possibilidades (5.3)” e na subcategoria “Sala de espera: um espaço a construir para a criança com doença crônica (5.4.1)”, as dificuldades para implementar as atividades de recreação em espaço ambulatorial foram relacionadas a alta circulação de pessoas, a falta de recursos humanos específicos e ao local destinado a espera.

No relato, quando se apresenta a possibilidade de resolução da falta de recurso humano o informante acredita poder solucionar a falta de estrutura do local para melhor comportar as atividades.

Mas a partir do momento que eu tenho alguém que se disponha a fazer um trabalho de atendimento dessa criança, eu até redistribuo, eu até arranjo (local para a sala de espera) (E6)

O relato reforça a importância de um profissional responsável pelas atividades organizadas na sala de espera:

Eu gostaria que tivesse um profissional específico. Um assistente social, uma terapeuta se revezando. Podia ser acadêmico também, eu acho até que acadêmico ele tem mais empenho, sabe? Eu gosto de trabalhar com acadêmicos, pessoa vem, ela se empenha mais com o objetivo, com o projeto (E6)

Outra possibilidade, que os relatos apresentam, para solucionar a questão da falta de recursos humanos seria a introdução de estagiários acadêmicos bem orientados que tenham interesse e motivação sobre a temática da saúde da criança:

Eu acho que poderia ser uma estagiária (E5)

Ótimo seria um estagiário de enfermagem (E8)

Tendo o conhecimento e gostando de criança [...]. Podia ser estagiário, estagiário de enfermagem (E8)

A equipe de saúde tem na adequada orientação do familiar/cuidador um recurso para a promoção da saúde das crianças que vivem com aids. Como o cuidado da saúde da criança é uma ação compartilhada com a família a escuta ativa e o dialogo precisam mediar essa orientação, utilizando o profissional uma linguagem simples.

As orientações fornecidas podem ainda promover saúde a membros da mesma família e mais especificamente a outras crianças dessa família. A sala de espera também pode proporcionar um espaço de troca de experiências entre os familiares cuidadores, tornando-os multiplicadores na promoção da saúde.

As atividades de sala de espera para serem organizadas precisam de um profissional específico. Dessa forma, tal profissional tem no preparo técnico e no interesse sobre a saúde das crianças requisitos para ocupar essa função.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao compreender que as crianças que vivem com doença crônica passam parte do seu crescimento e desenvolvimento nos serviços de saúde, uma boa relação entre elas, os profissionais e seus familiares/cuidadores são fundamentais para que a terapêutica seja bem sucedida.

Sob a perspectiva do cuidado da criança que vive com aids, o cuidado transcende a adesão à terapia antirretroviral e ocorre em uma ação compartilhada com a família, tendo no dialogo entre o profissional de saúde, a família e a criança um elemento mediador fundamental para a interação. O cuidado apresenta diferentes facetas, tendo como foco principal a saúde da criança, e suas necessidades peculiares do processo de crescimento e desenvolvimento.

A sala de espera, no processo de cuidar, pode proporcionar um ambiente adequado às crianças, utilizando o lúdico para estreitar a relação entre as crianças, os familiares/cuidadores e os profissionais.

As crianças compartilham o mundo lúdico independente do motivo da consulta ou doença que fizeram com que elas se encontrassem nessa mesma sala de espera. Entretanto, os familiares/cuidadores de crianças que vivem com aids assumem um comportamento, por vezes, de isolamento, objetivando proteger as crianças do preconceito.

A criança que não tem conhecimento do seu diagnóstico de aids, com o crescimento e o desenvolvimento, passa a ter um maior entendimento e a questionar o motivo da terapêutica e sua duração, além de perceber as formas de preconceito a aids na sociedade.

Percebe-se a importância de estruturar uma atividade formal de sala de espera, constituindo-se como um espaço de educação em saúde para criança que vive com aids e seus familiares/cuidadores. Aponta-se como primordial a utilização do lúdico como estratégia nesse processo educativo.

Outro aspecto a ser considerado são as limitações relativas ao espaço físico apropriado, a falta de profissionais destinados a essa atividade, além do preparo específico. As orientações relacionadas aos cuidados específicos das crianças que

vivem com aids ficam prejudicados, considerando que a sala de espera destina-se as crianças com doenças crônicas seus familiares/cuidadores.

Dessa forma, acredita-se que a sala de espera pode configurar-se como um espaço de cuidado a saúde as crianças que vivem com aids e seus familiares/cuidadores. Entretanto, é necessário preparo específico da equipe de saúde tanto nos aspectos tecnológicos quanto nos aspectos subjetivos do cuidado, além disso, exige um espaço restrito para abordar temas específicos relacionados à doença, como por exemplo, a revelação do diagnóstico

Destaca-se ainda a relevância da adequação dos serviços de saúde ao cuidado da criança no período de transição da infância para adolescência.

RECOMENDAÇÕES

Reforça-se a necessidade de abranger as recomendações, a seguir, ao âmbito da pesquisa, do ensino, da assistencial e da extensão:

- Construir espaço lúdico adequado para a sala de espera de crianças com doença crônica.
- Criar espaço ou momento específico a criança que vive com aids com o objetivo de desenvolver atividades referentes a revelação do diagnóstico de criança que vive com HIV/aids.
- Utilizar o espaço da sala de espera para desenvolver programas formais de educação em saúde para as crianças e os familiares/cuidadores.
- Programa voltado ao cuidado da criança no período de transição da infância para adolescência.

REFERÊNCIAS

AYRES, C. M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**. v. 18, supl. 2, p.11-23, 2009.

ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**. v.13, supl.1, p.581-94, 2009.

ARAÚJO, Y. B.; COLLET, N.; MOURA, F. M.; NÓBREGA, R. D. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2009 Jul-Set; 18(3): 498-505.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Normas para Pesquisas Envolvendo Seres Humanos** (Res. CNS nº196/96 e outras). Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 64 p.

_____. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**: relatório final. Brasília, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. 2010; ano VI (1).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids**. 2007. 31p

GOMES, A. M. T.; CABRAL, I. E. O cuidado medicamentoso à criança com HIV: desafios e dilemas de familiares cuidadores. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 252-257, 2009.

GOMES, S. F. D. R.; MINAYO, M. C. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

HUEARA, L.; SOUZA, C. M. L.; BATISTA, C. G.; MELGAÇO, M. B.; TAVARES, F. S. O faz-de-conta em crianças com deficiência visual: identificando habilidades. **Revista Brasileira Educação Especial**, Marília, v. 12, n. 3, p. 351-368, 2006.

JUNIOR, A. L. C.; COUTINHO, S. M. G.; FERREIRA, R. S. Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. **Paidéia**, 2006, 16(33), 111-118

MARQUES, H. H. S.; SILVA, N. G.; GUTIERREZ, P. L.; LACERDA, R.; AYRES, J. R. C. M.; DELLANEGRA, M.; JUNIOR, I. F.; GALANO, E.; PAIVA, V.; SEGURADO, A. A. C.; SILVA, M. H. A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/aids e seus pais e cuidadores. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p.619-629, mar. 2006.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11.ed. São Paulo: Hucitec. 2008.

MILBRATH, V. M. **Cuidado da família à criança portadora de paralisia cerebral nos três primeiros anos de vida**. 2008. 188f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2008.

MOREIRA, M. C. N.; MACEDO, A. D. O protagonismo da criança no cenário hospitalar: um ensaio sobre estratégias de sociabilidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 2, p. 645-652, 2009.

MOTTA, M. G. C. GREFF, A. P. PAULA, C. C. COELHO, D. F. NEVES, E. T. ISSI, H. B. RIBEIRO, N. R. R. WACHHOLZ, N. I. R. KREITCHMANN, R. PADOIN, S. M. **M. Impacto da adesão ao tratamento antirretroviral em crianças e adolescentes na perspectiva da família, da criança e do adolescente nos municípios de Porto Alegre e Santa Maria/RS: DST-AIDS; relatório final do projeto [manuscrito]**. UFRGS-EE, Porto Alegre. 2009.

MOTTA, M. G. C.; PEDRO, E. M. R.; COELHO, D. F.; WACHHOLZ, N. I. R.; GREFF, A.P. Trajetória de uma pesquisa com a temática HIV/aids: limites e (im) possibilidades. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 343-347, 2009.

PADOIN, S. M. A possibilidade de integrar a família ao cuidado. IN: PADOIN, S. M.; PAULA, C.C.; SCHAURICH, D.; FONTOURA, V. A. **Experiências interdisciplinares em aids: interfaces de uma epidemia**. Ed da UFSM: 2006.

PAULA, C.C. ; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. A existencialidade da criança com aids: perspectivas para o cuidado de Enfermagem. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 12, p. 30-38, 2008

PEDRO, I. C. S.; NASCIMENTO, L. C.; POLETI, L. C.; LIMA, R. A. G.; MELLO, D. F.; LUIZ, F. M. R.; O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 15, n. 2, 2007.

POLETI, L. C.; NASCIMENTO, L. C.; PEDRO, I. C. S.; GOMES, T. P. S.; LUIZ, F. M. R. Recreação para crianças em sala de espera de um ambulatório infantil. **Revista Brasileira Enfermeira**, v. 59, n. 2, p. 233-235, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

QUEIROZ, M. V.; JORGE, M. S. Estratégias de educação em saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface Comunicação, Saúde e Educação**, v.10, n.19, p.117-130, 2006.

QUEIROZ, N. L. N.; MACIEL, D. A.; BRANCO, A. U. Brincadeira e Desenvolvimento Infantil: um olhar sociocultural construtivista. **Paidéia**, 2006, 16(34), 169- 179

RAVELLI, A. P. X.; MOTTA, M. G. C. O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 58, n. 5, p. 611-613, 2005.

RIBEIRO, S. F. R.; YAMADA, M. O.; TAVANO, L. D. Vivência de mães de crianças com deficiência auditiva em sala de espera. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 13, n. 1, p. 91-106, jun. 2007.

SEIDL, E. M. F.; MACHADO, A. C. A. Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/aids. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 13, n. 2, p. 239-247, abr./jun. 2008.

TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-325, 2006.

WALDOW, V. R. **O cuidado Humano: o resgate necessário**. Porto Alegre: Sagra Luzzatto. 1998. 204p.

WEBER, F. S. A influência da atividade lúdica sobre a ansiedade da criança durante o período pré-operatório no centro cirúrgico ambulatorial. **Jornal de Pediatria**, v. 86, n. 3, p. 209-214, 2010.

APÊNDICE A – Roteiro da Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL ESCOLA DE ENFERMAGEM TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Questões norteadoras:

O que você considera cuidado à saúde da criança que vive com aids?

Como você percebe a criança na sala de espera?

O que a criança faz enquanto espera a consulta?

A equipe de saúde costuma utilizar a sala de espera no cuidado à saúde dessas crianças?

Para que atividades a equipe de saúde costuma utilizar a sala de espera?

Como você acha que a sala de espera poderia ser utilizada no cuidado da criança?

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa de cunho acadêmico do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, intitulada: **“SALA DE ESPERA COMO UM ESPAÇO DE ATENÇÃO A CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE”**, que tem como objetivo principal conhecer como a equipe de saúde do serviço de atendimento especializado em DST/Aids percebe a sala de espera na atenção a crianças que vivem com HIV/aids. O tema escolhido se justifica pela importância de que a saúde de crianças com uma doença com características de cronicidade necessita de um cuidado terapêutico e uma educação em saúde constante, considerando a natureza do HIV/aids.

O trabalho está sendo realizado pela acadêmica de enfermagem Paula Manoela Batista Poletto e sob a supervisão e orientação da Enfª Profª Dra. Maria da Graça Corso da Motta e co-orientação Enfª Dda Viviane Marten Milbrath.

Para alcançar os objetivos do estudo será realizada uma entrevista individual, gravada em áudio, com duração aproximada de 45 minutos, na qual você irá responder a uma entrevista semi-estruturada. Os dados de identificação serão confidenciais e os nomes reservados. Os dados obtidos serão publicados em veículos de comunicação acadêmica, científica e eventos pertinentes, sendo os mesmos armazenados pelo(a) pesquisador(a) principal durante 5 (cinco) anos e após totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução 196/96).

Eu, _____ recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo.

Declaro que também fui informado:

- Da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

- De que minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isto traga prejuízo para a minha vida pessoal e profissional.

- Da garantia que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

- Sobre o projeto de pesquisa e a forma como será conduzido e que em caso de dúvida ou novas perguntas poderei entrar em contato com a pesquisadora: Paula Manoela Batista Poletto, telefone 9944-6851 ou 8409-9193, email: paulampoletto@gmail.com e endereço da Escola de Enfermagem (UFRGS): rua São Manoel, nº 963 Bairro Rio Branco – Porto Alegre.

- Também que, se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderei entrar em contato com o Dr. Daniel Demétrio Faustino da Silva, Coordenador-geral do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC pelo telefone 3357-2407.

Declaro que recebi cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, ficando outra via com a pesquisadora.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2010.

Assinatura do entrevistado

Nome:

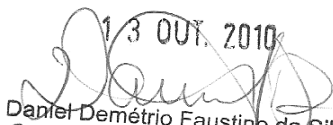
Data: ____/____/____

Assinatura da pesquisadora

Nome:

Data: ____/____/____

Versão Aprovada em

13 OUT. 2010

 Daniel Demétrio Faustino da Silva
 Coordenador-geral do CEP-GHC

ANEXO A – Carta de Aprovação da COMPESQ/EE



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto Docente: 004/2010 – TCC GRAD.

Versão Mês: 07/2010

Pesquisadores: Profa. Maria da Graça Corso da Motta e Paula Manoela Poletto

Título: SALA DE ESPERA NA ATENÇÃO A CRIANÇAS QUE CONVIVEM COM HIV/AIDS: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos éticos e metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 16 de julho de 2010.

Eliane Pinheiro de Moraes
Prof^a Dra Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ

ANEXO B – Carta de Aprovação do CEP/GHC



HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.
Av. Francisco Trévis, 596
CEP 91350-205 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.2000
CNPJ: 92.787.118/0001-20

HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO
(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa
Senhora da Conceição S.A.)

HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.
Rua Domingos Rubbo, 20
CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS
Fone: 3357.4100
CNPJ: 92.787.128/0001-76

HOSPITAL FÊMINA S.A.
Rua Mostardaro, 17
CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS
Fone: 3314.6200
CNPJ: 92.693.134/0001-53



Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 99.244/90

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/GHC

O Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS desde 31/10/1997, pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0001105) e pelo FWA - Federalwide Assurance (FWA 00000378), em reunião ordinária de 13 de outubro de 2010 analisou o seguinte projeto de pesquisa:

Projeto: 10-149

Versão do Projeto:

Versão do TCLE:

Pesquisadores:

PAULA MANOELA BATISTA POLETTO
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA

Título: SALA DE ESPERA NA ATENÇÃO A CRIANÇAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: PERCEPÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE.

Documentação: Aprovados

Aspectos Metodológicos: Aprovados

Aspectos Éticos: Aprovados

Parecer final: Este projeto, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obteve o parecer de APROVADO.

Considerações Finais: Toda e qualquer alteração do projeto, deverá ser comunicada imediatamente ao CEP/GHC. Lembramos do compromisso de encaminhar dentro dos prazos estipulados, o(s) relatório(s) parcial(ais) e/ou final ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição e ao Centro de Resultado onde a pesquisa for desenvolvida.

Daniel Demétrio Faustino da Silva
Coordenador-geral do CEP/GHC

Porto Alegre, 13 de outubro de 2010.