

A PARTICIPAÇÃO DAS CUIDADORAS EM UMA AÇÃO COLETIVA DESENVOLVIDA PELA ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Isabelle Pinheiro de Macedo¹, Ana Luiza da Silva Godeiro², Polyanna Keitte Fernandes Gurgel³, Isabel Brandão⁴, Akemi Iwata Monteiro⁵

- ¹ Discente de pós-graduação nível mestrado pelo programa de pós-graduação em enfermagem da UFRN, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Rua Professor Boanerges Soares 155, Pitimbú, Natal/RN, Isabelle_shalom@yahoo.com.br
- ² Discente do sétimo período de graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Rua Francisco Maia Sobrinho 2002, Lagoa Nova, Natal/RN, ana.lsg@hotmail.com
- ³ Discente do sétimo período de graduação em enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Rua Potengi 449, Petrópolis, Natal/RN, polyanna_keitte@hotmail.com
- ⁴ Discente de pós-graduação nível mestrado pelo programa de pós-graduação em enfermagem da UFRN, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Rua Joaquim Patrício 2598, Praia de Cotovelo, Condomínio Corais de Cotovelo, Apto 202 AZ, isabrandao_ab@hotmail.com
- ⁵ Doutora em Enfermagem. Docente Associada II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Departamento de Enfermagem, Rua Professor Adolfo Ramires, nº2069, Capim Macio, Natal/RN, akemiiwata@hotmail.com

Resumo- O acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento (CD) coletivo é uma ação inovadora que acontece na Unidade Básica de Saúde da Família de Cidade Nova (UBSFCN) em Natal/RN. Envolveu as quatro enfermeiras e vinte e seis cuidadores de crianças da área de abrangência da unidade. Sob supervisão das enfermeiras e facilitadoras, as cuidadoras realizam a mensuração antropométrica de suas crianças, registram os dados encontrados na Caderneta de Saúde da Criança e discutem os achados clínicos em grupo. Nesse contexto, objetiva-se descrever a participação das cuidadoras neste acompanhamento do CD coletivo. Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como método a pesquisa-ação, sendo destacado a etapa da descrição da ação. Buscou-se basear a ação coletiva no princípio Freireano que afirma que é preciso partir da realidade vivenciada pelos sujeitos. A maioria das cuidadoras se comportou de modo participativo, fazendo vários questionamentos e compartilhando saberes sobre os cuidados prestados à criança. Percebeu-se que os encontros grupais permitiram a iniciativa e a participação para algumas cuidadoras, possibilitando situações de ensino-aprendizagem entre elas, além de intercâmbio verbal.

Palavras-chave: Atenção Básica; Serviços de Saúde da Criança; Crescimento; Enfermagem Pediátrica.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde: Enfermagem

Introdução

Segundo Demo (1996), a participação pode ser compreendida como “conquista para significar que é um processo, no sentido legítimo do termo: infundável, em constante vir-a-ser, sempre se fazendo. Assim, participação é em essência autopromoção e existe enquanto conquista processual.”

A carta de Otawa reforça esse pensamento ao definir promoção à saúde (OPAS, 1986, p.01) como sendo “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação neste processo”.

No âmbito da promoção da saúde voltada para a clientela infantil, a “Agenda de

Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” criada em 2005 apresenta as linhas de cuidado que devem ser priorizadas nas ações de saúde dirigidas à criança, dentre elas destaca-se o incentivo e a qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. (BRASIL, 2005)

No acompanhamento tradicional da criança através da consulta de enfermagem verifica-se que a participação das usuárias é bastante pequena, há pouco entendimento e conhecimento do que está sendo realizado pelos profissionais por parte das cuidadoras, restringindo a consulta à escuta de queixas, sem estímulo ao diálogo, o que acarreta na passividade do sujeito (SANTOS et al, 2009).

Uma alternativa possível para modificar a realidade atual de acompanhamento do CD das crianças na ESF, seria a mudança do atendimento individual exclusivo para o coletivo, com consultas grupais, nas quais possa haver a troca de conhecimentos entre usuários e profissionais em um contexto interdisciplinar. (GEHRMANN et al., 2007)

Este acompanhamento vem sendo desenvolvido através de uma abordagem coletiva na Unidade Básica de Saúde da Família de Cidade Nova (UBSFCN) no município de Natal/RN. Nele, os usuários (pais/ mães/ responsáveis pelas crianças) discutem os cuidados a serem prestados às crianças, realizam as medições antropométricas e registram os dados na Caderneta de Saúde da Criança (MACEDO, 2010).

Diante disso, tem-se o objetivo de descrever a participação das cuidadoras durante o acompanhamento coletivo do crescimento e do desenvolvimento da criança realizado em uma Unidade Básica de Saúde da Família.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, tendo como método a pesquisa-ação. Essa permite planejar, implementar, descrever e avaliar uma mudança na prática, que além da participação, pressupõe desenvolver uma forma de ação planejada de caráter social, educacional, técnico ou outro, seguindo os rigores metodológicos inerentes à pesquisa científica.

Portanto, na pesquisa-ação a intervenção acontece concomitante aos problemas identificados e sentidos pelos sujeitos da ação durante a pesquisa (THIOLLENT, 2008). Neste estudo destaca-se a etapa da descrição da mudança da prática assistencial em direção ao fazer coletivo, a fim de destacar a participação das cuidadoras nesse novo fazer, contemplando o diálogo e o empoderamento dos sujeitos.

Foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família de Cidade Nova (UBSFCN) – Natal/RN. Totalizou 17 encontros no período de fevereiro a junho de 2010 e envolveu como sujeitos vinte e seis mães/pais/responsáveis pelas crianças (menores de dois meses) atendidas na área de abrangência da UBSFCN.

Vale salientar que os encontros foram coordenados pelas enfermeiras das quatro equipes de saúde da família pertencentes aquela unidade de saúde.

Como técnicas de coleta de dados utilizaram-se a observação participante, aplicação de entrevistas e questionários, grupo de avaliação, bem como houve o registro dos dados no diário de campo e gravador de voz.

A análise da participação das cuidadoras no grupo baseou-se nos princípios freireanos, que discutem o envolvimento dos sujeitos e o processo de aprendizagem (FREIRE, 2005).

Freire afirma que é preciso partir da realidade vivenciada pelos sujeitos (FREIRE, 2005), sendo solicitado, a cada grupo, que as cuidadoras que possuíam mais de um filho pudessem partilhar como era realizado o atendimento ambulatorial de suas crianças.

Então, explicava-se a proposta do modelo de atendimento coletivo, considerando-o como uma alternativa de mudança que possibilitaria maior aprendizado das cuidadoras e, por consequência, maior autonomia nos cuidados prestados.

Foi explicado para as cuidadoras que o atendimento individual prestado às crianças está sendo realizado centrado nas queixas e na aferição das medidas antropométricas. Nesse instante ressaltou-se que a proposta do acompanhamento coletivo do CD busca envolvê-las com os conhecimentos necessários à prestação de cuidados mais efetivos, melhorando a condição de saúde da criança em longo prazo.

A cada encontro, o acompanhamento iniciava por meio do questionamento: “como está sua criança?”. Desenvolvendo-se o levantamento da condição de saúde atual das crianças.

Em seguida, a realização do exame físico, discutindo no grupo os achados clínicos, e valorizando as partilhas dos cuidadores. Ao final, era feito o registro do perímetro cefálico, comprimento, peso, desenvolvimento, vacinação e estado nutricional na Caderneta de Saúde da Criança e evolução, intercorrências e condutas no prontuário familiar.

O estudo foi realizado mediante o uso do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por todos os participantes, sendo previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer 201/2009 CEP-UFRN.

Desta forma, buscou-se cumprir as condições necessárias para a realização de pesquisa envolvendo seres humanos atendendo aos seus preceitos éticos assegurados pela resolução 196, de 10 de Outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados

Dentre os sujeitos, houve predominância do sexo feminino, na faixa etária de 15 a 19 anos, solteiras, tendo de 1 a 2 filhos. Conforme demonstrado no quadro abaixo em que trazemos suas principais características sócio-demográficas:

Quadro 1. Caracterização dos cuidadores envolvidos no acompanhamento coletivo do crescimento e do desenvolvimento das crianças.

IDADE	ETNIA	ESCOLARIDADE	Nº DE FILHOS
15 - 19	10 Branca	05 Ens. Fund. Incompleto	08 Não especificaram
20 - 24	08 Amarela	01 Ens. Fund. Completo	05 1 - 2
25 - 29	04 Parda	15 Ens. Médio incompleto	05 3 - 4
30 - 34	- Negra	03 Ens. Médio completo	07 5 - 6
35 - 39	04 Indígena	02 Ens. Superior	01 7 - 8
Total	26 Total	26 Total	26 Total

SEXO	NATALIDADE	RENDA FAMILIAR (em s/m)	ESTADO CIVIL
Feminino	25 Natal	24 1 - 2	20 Solteiro
Masculino	01 Fortaleza	02 3 - 4	04 Casado
Total	26 Total	26 Sem renda fixa	02 União consensual
		Total	26 Total

Fonte: própria pesquisa

Participaram dos encontros 26 cuidadores de crianças, com faixa etária entre zero e dois meses. Os dados encontrados no quadro divergem do estudo de Prado e Fujimori (2006) que, ao caracterizarem os 94 responsáveis pelas crianças atendidas em uma unidade de saúde da família, observaram que mais de 80% eram mães, com faixa etária entre 28 e 30 anos, e em sua maioria (aproximadamente 78%) viviam em união consensual.

Vale ressaltar que três pais freqüentaram o atendimento coletivo com a sua criança e a sua esposa, porém somente um esteve presente durante todo o grupo e assinou o termo de consentimento livre e esclarecido. Nenhum pai compareceu sozinho com a criança ao serviço de saúde.

Das cuidadoras incluídas na faixa etária de 35 a 39 anos, uma tinha 3 filhos, possuía ensino fundamental incompleto e renda familiar não fixa e a outra, 7 filhos, ensino fundamental completo e renda familiar de 4 salários mínimos.

Vale salientar que ambas participaram ativamente nas discussões dos grupos trazendo contribuições com suas experiências de vida e de maternidade. Outro dado importante é que ambas permaneceram em aleitamento materno exclusivo até os seis meses.

Figura 1: Participantes em um dos encontros de acompanhamento coletivo na Unidade Básica de Saúde



Fonte: Própria pesquisa

As mães, em sua maioria, relatavam que suas crianças estavam em Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e sem alterações nos padrões fisiológicos.

Algumas crianças apresentaram problemas de saúde, que foram discutidos no grupo, como cólicas, obstrução nasal e granuloma umbilical.

Buscou-se entre as outras cuidadoras se mais alguma criança havia apresentado tais alterações e diante da ocorrência foram ressaltados tipos de procedimentos para solucionar o problema, permitindo que elas opinassem sobre o assunto, discutindo sobre os problemas e dando os devidos encaminhamentos.

A cuidadora da criança com granuloma umbilical pôde aprender com outra cuidadora, cujo filho já havia apresentado tal problema de saúde, como fazer a aplicação do medicamento e os cuidados domiciliários.

Uma das crianças apresentou infecção respiratória aguda, precisando ao final da identificação, ser encaminhada ao médico da unidade. Sua mãe relatou estar lhe oferecendo leite artificial devido a fissuras mamárias, iniciando assim uma discussão sobre os fatores que podem ter contribuído para tal problema, bem como os benefícios do aleitamento materno.

Esta mesma mãe partilhou com a enfermeira de sua área após a consulta grupal, que gostaria de retornar ao aleitamento materno exclusivo. Tal fato pode ter sido influenciado pelos depoimentos das outras cuidadoras, que ressaltaram a associação do aleitamento materno à diminuição da freqüência de quadros patológicos na criança.

Neste sentido, as partilhas foram intermediadas entre as cuidadoras e fomentada através da troca de experiências. Quando nenhuma outra cuidadora desejava partilhar, o fechamento do assunto era feito, partindo para novas discussões.

A maioria das cuidadoras foram bem participativas, fazendo vários questionamentos sobre os cuidados prestados à sua criança. Porém, algumas restringiram-se a responder às perguntas.

Sob supervisão das enfermeiras e facilitadoras, as cuidadoras faziam mensurações, registro dos dados na Caderneta de Saúde da Criança (CSC) e discussão dos achados clínicos.

Não foram demonstradas dificuldades na realização dos procedimentos, tendo também alcançado maior participação das cuidadoras no decorrer dos encontros.

Buscou-se estimular a participação ativa delas, destacando que a finalidade do acompanhamento coletivo também era a troca de experiências.

No entanto, diante do questionamento sobre seu aprendizado, algumas cuidadoras não conseguiram se lembrar o que tinham feito e

discutido, lembrando somente das ações de pesar e medir a criança.

Em diversos momentos houve predominância das falas das enfermeiras (coordenadoras da ação), denotando dificuldades em trabalhar segundo os princípios Freireanos (FREIRE, 2005), havendo ainda o julgamento de que o profissional detém o conhecimento certo e que precisa ser passado para os usuários, colocando-os novamente em uma posição passiva de mero receptor das informações.

No entanto, percebeu-se que o grupo permitiu a iniciativa bem como aceitou a participação de algumas cuidadoras, possibilitando situações de ensino-aprendizagem entre elas e intercâmbio verbal (SHOR; FREIRE, 1986).

Uma das mães relatou que aprendeu como amamentar corretamente sua criança, demonstrando que o grupo favoreceu a aprendizagem e também oportunizou a colocação daquilo que foi apreendido por parte das cuidadoras (FERICINI, 2008).

Com o passar dos encontros, as cuidadoras se demonstraram mais familiarizadas com a condução do grupo. Por exemplo, quando uma foi questionada sobre o quanto pesou sua criança, a mesma relatou o valor e tomou a iniciativa de abrir a caderneta da criança e marcar no gráfico de peso/idade.

Em alguns momentos, as próprias cuidadoras iniciavam um diálogo, como por exemplo, sobre o método contraceptivo a ser adotado durante o aleitamento materno, demonstrando a iniciativa das cuidadoras e que estas trazem também as demandas suas e da família para o atendimento da criança (FIGUEIREDO; MELO, 2003).

Em outro encontro, uma cuidadora abriu a caderneta da criança e começou a ler o que tinha escrito ao longo do mês na página “anotações”: os eventos mais marcantes da situação saúde-doença da criança, contemplando a data de início e término, sintomas apresentados e cuidados prestados.

As cuidadoras afirmaram gostar da experiência grupal, destacando que tiveram a oportunidade de retirar as dúvidas de todas as mães, diferente da consulta individual que, por ter outras cuidadoras esperando pelo atendimento, elas têm pouco tempo para discutir com o profissional a situação de saúde de suas crianças.

Discussão

Fazendo uma analogia com Freire (1979, p. 28) o qual destaca que “se num grupo de camponeses conversamos sobre colheitas, devemos ficar atentos para a possibilidade de eles saberem mais do que nós”, assim, no

acompanhamento coletivo é preciso reconhecer que as cuidadoras sabem muito mais sobre ser mãe daquelas crianças, naquele contexto, tendo muito mais experiência, lhes faltando somente o saber sistematizado.

Alves (2005), por sua vez, ao abordar sobre a educação em saúde afirma que o modelo tradicional, focalizado na doença, tem como modelo de prática educativa ações individuais, com informações verticalizantes que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde. Já a educação em saúde, apresenta o diálogo como instrumento principal, considerando o conhecimento dos usuários, crenças, hábitos e papéis, e as condições objetivas em que vivem.

O modo de transmissão das informações pelas enfermeiras no momento da consulta é também criticado por Freire (1979) quando ele afirma que o coordenador da ação será capaz de realmente fazer educação quando se converter a uma atitude dialógica junto aos seus educandos.

Corre-se o risco de, dominados pelo método da transferência de conhecimentos no qual o coordenador foi educado, não incentivar e até não saber atuar a partir do diálogo. Então, buscou-se o policiamento quanto à escuta e incentivo ao diálogo.

Constata-se que não se pode iniciar uma ação já presumindo a motivação dos sujeitos, mas esta se dá no decorrer da ação, e o envolvimento do sujeito ocorre na medida em que se busca aproximar o contexto acadêmico, com sua linguagem científica e conceitual, à realidade de vida de cada um, levando as discussões do abstrato para próximo do concreto.

Assim, ele será capaz de compreender a linguagem científica desde que o coordenador da ação seja capaz de traduzir os conceitos para o concreto da linguagem popular. (SHOR; FREIRE, 1986)

Quanto ao fato das cuidadoras só lembrarem as ações de pesar e medir a criança quando questionadas sobre seu aprendizado, foi constatado também em alguns estudos, onde afirmam que aparentemente a inter-relação das atividades educativas e preventivas com a consulta de enfermagem não é visível pelas mães. (ARAUJO, ENDERS, 2005)

Todo o entendimento e aplicação do conhecimento discutido em consultas passadas demonstrado pelas cuidadoras, e o compromisso com a saúde de sua criança, corrobora com Freire (1979), que diz que na medida em que o homem conhece, tende a se comprometer com a própria realidade.

O empoderamento refere-se ao “incremento do poder dos sujeitos na fixação de prioridades, na tomada de decisões e na definição

e implementação de estratégias para alcançar um melhor nível de saúde, ou seja, à aquisição de poder técnico e consciência política para atuar em prol de sua saúde” (BUSS, 2003, p. 27). Esse processo, entre outras ações, depende substancialmente da garantia de acesso da população à informação, às oportunidades de aprendizagem e ao planejamento das ações.

A valorização da participação dos pais/responsáveis nos cuidados às crianças nos serviços de saúde foi visualizada em estudos relacionados principalmente a algum distúrbio patológico e a nível hospitalar. Como exemplo, o estudo de Tronco et al. (2010) que relatou a necessidade de estímulo à família na prestação dos cuidados ao recém-nascido pré-termo internado em uma unidade de terapia intensiva, como maneira de facilitar os cuidados a serem continuados posteriormente em casa.

Já o estudo de Frota, Albuquerque e Linard (2007, p.251) abordou esta inserção dos pais/responsáveis nos cuidados através de um trabalho em grupo envolvendo a educação popular em saúde no cuidado a criança desnutrida. Considerando que a prática educativa em saúde precisa ponderar as “necessidades reais das pessoas e populações, favorecendo sua autonomia, liberdade e participação na prevenção, promoção e restabelecimento de sua qualidade de vida”.

Alonso (1999) afirma que ao partilhar suas vivências, informações, apoio e conselhos, os indivíduos são capacitados a enfrentar os seus desafios com estratégias mais eficazes.

O grupo promove o encontro de pessoas que desenvolvem entre si uma relação de confiança mútua, afeto e solidariedade, bem como interesse pelos problemas, pelos sentimentos e pela história de cada um e de todos (SILVA, 2003).

Sobre isso, Vasconcelos (1997), discutindo sobre as atividades coletivas no interior do centro de saúde, afirma que a educação individual tem seus limites, na medida em que ao ser discutido um problema de saúde durante uma consulta, por exemplo, será mais difícil mostrar ao indivíduo que este é um problema coletivo e que também deve está atingindo seus vizinhos, bem como que teriam soluções a serem desenvolvidas coletivamente. O diálogo tende a ser mais pobre e menos educativo, pois não contará com a partilha de outras pessoas que enfrentaram ou enfrentam aquele problema, assim como o tempo será limitado devido à alta demanda de atendimentos.

O indivíduo se sente muito bem no grupo, porque está entre pessoas com características semelhantes e compartilha com elas as ansiedades e medos do cotidiano, abrindo-se à possibilidade de viver bem. (SANTANA, 2000)

Assim, o estímulo à participação dos cuidadores foi um momento oportuno de promover a interação com a criança e favorecer o seu cuidado e a prática de ações de promoção à saúde.

Conclusão

A mudança da prática do acompanhamento individual para o coletivo foi muito bem aceita pelas usuárias que por muitas vezes demonstraram satisfação. A maioria das cuidadoras foram bem participativas, o que proporcionou a cada consulta uma maior autonomia, através da troca de experiências e aquisição de novos conhecimentos, que contribuíram para a prestação de cuidados mais efetivos, o que pode ter proporcionado a melhoria da condição de saúde da criança e prevenção de futuras doenças.

A partir do momento que os usuários tornam-se sujeitos ativos do processo, a adesão e continuidade da assistência serão favorecidas e os índices de mortalidade, assim como rege o Ministério da Saúde, poderão ser reduzidos de forma significativa.

Entretanto, ainda há várias dificuldades a serem enfrentadas. Dentre elas a valorização do modelo de assistência curativa e individualizado pelas cuidadoras, enquanto as enfermeiras conservam as atitudes que mantém as demandas passivas frente às discussões pertinentes aos saberes populares.

Por isso, percebe-se que as discussões que são realizadas nos serviços e nas academias sobre as práticas de enfermagem e modelo assistencial devem englobar também esse ponto de vista e o conhecimento dos usuários.

Referências

ALONSO, I.L.K. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. **Texto e Contexto Enferm.** V.8, n.16, p.122-32, jan/abr, 1999.

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation. **Interface – Comun., Saúde, Educ.** Botucatu, v.9, n.16, p.39-52, set/fev.2005.

ARAÚJO, M. O. de.; ENDERS B. C. A mãe nas ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, vol.19/vol.20, n. 1/2/3; p. 93-103, jan/dez 2004, jan/dez 2005.

DEMO, P. **Participação é conquista:** noções de política social participativa/Pedro Demo. 3.ed. São Paulo: Cortez, 1996.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C. M. de. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

FERICINI, G. M. **Aprendendo e ensinando sobre os cuidados com o filho prematuro:** a vivência de mães em um programa de educação em saúde. São Paulo/SP, 2008. 178f. Dissertação (doutorado em enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. A prática de enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 544-551, 2003.

FREIRE, P. **Pedagogia da indignação:** cartas pedagógicas e outros escritos. 8ª ed. São Paulo: UNESP, 2005.

FREIRE, P. **Educação e mudança.** Rio de Janeiro: Paz e terra, 1979.

FROTA, M. A.; ALBUQUERQUE, C. M.; LINARD, A. G. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. **Texto contexto - enferm.** [online]. v.16, n.2, p.246-53, 2007.

GEHRMANN, T. et al. O grupo como estratégia para a atenção integral da criança lactente. **Ciência, Cuidado e Saude**, Maringá, v. 6, n. 1, p. 120-125, 2007.

MACEDO, I. P. de. **Acompanhando o crescimento e desenvolvimento da criança: Uma intervenção integrada entre enfermagem e família.** Natal: UFRN, 2010. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, curso de pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande do Norte, 2010.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Carta de Ottawa.** Primeira conferência

internacional sobre promoção da saúde. Ottawa: 1986.

SANTANA, M.G. O corpo do ser diabético: significados e subjetividades. 2000. [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.

SANTOS, A. D. B.; MARCEDO, I. P.; ARAÚJO, R. A.; OLIVEIRA, V. G., BAY JUNIOR, O. G.; SANTOS, P. F. B. B.; MONTEIRO, A. I. **A percepção de mães/pais sobre o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD) da criança realizado por enfermeiros (as).** In: IX CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA. 2009. **Anais...** Recife: 2009b.

SHOR, I.; FREIRE, P. **Medo e ousadia.** Rio de Janeiro: Paz e terra, 1986.

SILVA, D.G.V. Grupos como possibilidade para desenvolver educação em saúde. **Texto e Contexto Enferm.** V.12, n.1, 97-103, Jan/Mar. 2003.

THIOLLENT, M. **Metodologia da Pesquisa-ação.** 16. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

TRONCO, C. S. et al. Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, 108-13, jan./mar. 2010.

VASCONCELOS, E. **Educação popular nos serviços de saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1997.