O QUE SABEM E O QUE FAZEM? COMO OS FAMILIARES CUIDAM DAS CRIANÇAS COM INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA?

WHAT DO THEY KNOW AND WHAT DO THEY DO? HOW DO THE RELATIVES TAKE CARE OF THE CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTION?

Daniela Pozzebon Caurio
Enfermeira e Obstetra. Especialista em Saúde da Família pela UPF
Rejane Maria Agne de Carvalho
Orientadora e professora titular do Curso de Enfermagem da UPF
Adriana Martins Madalosso
Co-orientadora e professora titular I do Curso de Enfermagem da UPF

Instituição: Universidade de Passo Fundo - UPF

RESUMO
As Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) constituem uma das principais causas de morbimortalidade na infância. Pensando em contribuir para reverter esta realidade, este trabalho tem como objetivo identificar os cuidados domiciliares prestados, pelos familiares, às crianças de zero a cinco anos de idade, com manifestações de IRA, previamente ao atendimento de saúde. Caracterizou-se como um estudo qualitativo do tipo descritivo, no qual foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, com doze cuidadores/responsáveis pela criança, representados em sua maioria pela figura materna. Na análise das informações, foram estabelecidas duas categorias, identificadas como "o que sabem e o que fazem sobre os sinais e sintomas" e "o que sabem e o que fazem na terapêutica". Dentre as manifestações de IRA, reconhecidas pelos sujeitos do estudo, a febre e a dificuldade respiratória foram as mais lembradas. Os principais cuidados identificados foram a hidratação, na forma de chás e remédios caseiros, o uso de antitérmico, a mudança de dieta e cuidados com o frio e o repouso. A base do cuidado domiciliar dispensado mostrou a grande influência das crenças e hábitos introjetados no grupo social/familiar, como experiências prévias de doença respiratória e auxílio de benzedeiras. Percebeu-se a necessidade de ampliar, reforçar e integrar harmonicamente as estratégias do Ministério da Saúde, como o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), com intuito de capacitar os profissionais de saúde a prepararem estes familiares na forte intenção de obter resultados mais positivos nos indicadores de saúde infantil.

PALAVRAS-CHAVE
Bem-estar da criança, cuidado, crianças, infecções respiratórias.

ABSTRACT
The Acute Respiratory Infections (ARIs) are one of the main morbimortality causes in childhood. Thinking about contributing to reverse this reality, this survey aims at identifying the home cares rendered by the family to the zero-to-five-year old children with symptoms of ARI, before the Health Service. It was characterized as a qualitative, descriptive-type study, in which semi structured interviews were used, with twelve child's carers greatly represented by the mother In the information analysis, two categories were established, identified as "what they know and what they do in relation to signs and symptoms" and "what they know and what they do in therapeutics." Among the manifestations of ARI, recognized by the survey subjects, fever and respiratory difficulty were the most reminded. The main cares identified were hydration, with teas and household remedies, the antipyretic utilization, change in diet and cares in relation to cold and rest. The base of the home care given showed the great influence of faiths and habits introjected into the familiar/social group, as previous experiences of respiratory disease and woman healer's help. It was observed the need of enlarging, reinforcing and harmonically integrating the strategies of Health Department, such as the Family Health Program (PSF) and the Program of Integrated Attention to Prevalent Childhood Diseases (AIDPI) aiming at qualifying the health professionals to prepare these parents with the strong intending to obtain more positive results in the Childhood Health Indicators.

KEY WORDS
Child welfare, care, children, respiratory infections.

INTRODUÇÃO

Muitos trabalhos vêm sendo realizados, mundialmente, com a finalidade de melhorar a qualidade de saúde das crianças, valorizando-as como cidadãos e reconhecendo-as na sua fragilidade em relação às doenças e nas especificidades de atenção e cuidados. Quem cuida das crianças e constrói seu ambiente são seus pais e/ou responsáveis. Considera-se esses cuidadores, portanto, como essenciais para intervir no processo saúde-doença deste grupo.

A possibilidade de precário conhecimento da família para prevenção, controle e tratamento das doenças e/ou inferência dos conhecimentos populares pode prejudicar algumas circunstâncias do cuidado na saúde da criança, tardando a busca pelos serviços de saúde e/ou determinando retornos, muitas vezes evitáveis.

Os cuidados de saúde em geral, especialmente os relacionados às Infecções Respiratórias Agudas (IRAs), foco deste estudo, são influenciados pelas crenças e hábitos introjetados no grupo social/familiar. Daí a importância de os profissionais de saúde conhecerem esta realidade para poderem intervir positivamente sobre ela, reforçando-a e/ou transformando-a.

Cuidados simples em nível da atenção primária à saúde, o próprio cuidado domiciliar, como o uso correto da medicação, a identificação dos sinais da doença e a hidratação adequada podem prevenir internações, re-internações e complicações graves.

Na infância, as infecções respiratórias agudas constituem uma das principais causas de morbimortalidade em todo o mundo, em especial em regiões subdesenvolvidas, onde os óbitos atingem, principalmente, as crianças menores de 1 ano de idade. Estima-se que ocorram, anualmente, em menores de 5 anos, cerca de 4 milhões de mortes por IRA no mundo. (BARATA, 1996).

Os dados publicados pela Vigilância Epidemiológica de 2001, no estado do Rio Grande do Sul, apresentaram 199 casos de óbito em crianças até 1 ano de idade por doenças do aparelho respiratório, e 75 casos, na faixa de 1 a 4 anos de idade. No total geral da população de Três Passos/RS, campo deste estudo, o total de óbitos por esta causa foi de 20 casos, no ano de 2001, sem delimitação de faixa etária específica.

Esses números são significativos e mostram a necessidade de se identificar os fatores desencadeadores. Portanto, o estudo propõe-se a levantar subsídios na intenção de contribuir para reverter esta realidade desagradável da saúde infantil e melhorar a qualidade dos serviços prestados, através da atenção voltada aos pais/responsáveis destas crianças.

Nesta perspectiva, é que o estudo estabelece, como objetivo, identificar os cuidados domiciliares prestados pelos familiares às crianças de zero a cinco anos de idade com manifesta-

ções de infecção respiratória aguda, previamente ao atendimento de saúde.

O interesse pelos problemas da infância data da mais remota antiguidade. Encontramos relatos históricos que defendiam a família, bem como o tratamento humanitário para as crianças. Crespin (1999, p.25) destaca que as crianças "eram cuidadas com esmero, banhadas diariamente e vestidas com alvas roupas de linho e tinham seus cabelos cortados periodicamente". Entretanto, infelizmente, muitas crianças eram vítimas do infanticídio ou abandono, tanto que, em 315 D.C. foi fundado, em Roma, o primeiro Asilo do Espírito Santo, destinado a recolher, tratar e educar as crianças abandonadas. Percebe-se que, ao mesmo tempo em que havia um interesse pelo cuidado em algumas civilizações, também existia o desprezo e abandono por outras. O cuidado, antigamente, baseava-se muito no cuidado pessoal, com o corpo, com os desejos pessoais e com a busca da harmonia e felicidade. (CRESPIN, 1999).

Com o Cristianismo, muitos fatos passaram a ser vistos como pecado e moralmente condenados dentro de regras humanitárias que, de certa forma, protegiam a criança. O cuidado passou a ser englobado pela família (pai-mãe-filhos) e, de forma expressiva, na figura materna. O pai era responsável pelo trabalho árduo fora de casa, para garantir o sustento dos seus dependentes, como chefe da família. A mãe se responsabilizava pelos afazeres domésticos e o cuidado dos filhos. Este cuidado, entretanto, era precário, pois as condições de profilaxia e de higiene eram muito rudimentares. As crianças conviviam muito próximas e as doenças eram transmitidas pelo contato com outras pessoas. O desconhecimento e precariedade da saúde eram representados pelos altos índices de mortalidade infantil e doenças existentes.

Apesar do movimento feminista do século XX, quando as mulheres, na sua maioria, começaram a trabalhar fora de casa, a figura de cuidador manteve-se com elas, comprometendo a qualificação do cuidado prestado.

Com a evolução da ciência e os sucessos advindos dos sistemas de saúde, muitas melhorias qualificaram a saúde das populações mundiais. No Brasil, os anos 70 e 80 marcaram um período de longo processo de discussão sobre um novo paradigma para a saúde, o que colaborou para a construção dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988. A credibilidade da Saúde Pública aumentou e os governos brasileiros investiram em programas de saúde preventiva, dentre esses, o Programa Saúde da Família (PSF), que tem como objetivo reorganizar os modelos existentes de assistência, através do trabalho comunitário com famílias de uma área adstrita, podendo, com isto, manter certo controle sobre os moradores da localidade, conhecer seus hábitos e costumes, bem como avaliar a assistência necessária para cada membro da família. (BRASIL, 2002).

Hoje, o Ministério da Saúde também aposta na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde/ Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/ OPS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que tem por objetivo contribuir para a redução da taxa de mortalidade infantil, dando prioridade máxima às crianças com mais possibilidades de adoecer e morrer.

A estratégia do AIDPI preconiza uma visão de integralidade do ser humano/criança, de cidadania e de direito, enfoca, articuladamente, os principais problemas que põem em risco a saúde da criança, incluindo as IRAs, prevê o aperfeiçoamento e a capacitação dos profissionais em relação às questões de saúde envolvendo, dentre eles, a Equipe de Saúde da Família (ESF), que trabalha mais próximo à comunidade. A interação com a Equipe e a confiança das famílias nela

podem ajudar na qualidade dos resultados possíveis de serem alcançados pelo PSF. Esta forma de atenção reduz os retornos freqüentes ou desnecessários aos serviços de saúde pelos mesmos motivos, e/ou o risco de agravamento de determinadas situações de doença. O trabalho do PSF é um processo que envolve a família como unidade de cuidado. Para melhorar a assistência prestada, na visão deste Programa, torna-se importante conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, suas dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidades. (BRASIL, 2000).

Ainda, o AIDPI expõe conceitos, sinais e sintomas, fatores e situações de riscos que exigem providências urgentes, bem como sinais e situações de alerta que necessitam de cuidados específicos e ações de promoção, prevenção e acompanhamento.

A saúde da criança tem por base manter e incentivar os trabalhos preventivos já existentes e os resultados alcançados, desde o acompanhamento pré-natal, imunizações, aleitamento materno e demais ações. Através do PSF e da implementação do AIDPI, a Equipe procura ter o controle destes dados e trabalha preventivamente na participação regular do cuidador/responsável durante todas atividades desenvolvidas pela ESF.

Segundo Bruner e Suddartth (1999), o cuidado domiciliar envolve conhecer o estilo de vida das pessoas, suas situações e práticas de saúde, que, às vezes, são consideradas atividades difíceis ou inaceitáveis pelos profissionais de saúde.

Segundo Bee (1997, p.63), "o comportamento do principal provedor de cuidados (comumente a mãe) é fundamental ao estabelecimento, pela criança, de um senso de confiança básica." Daí, a necessidade de envolver os pais no cuidado da criança, pois "cuidar também significa satisfazer o atendimento da auto-realização de quem cuida, do contrário o cuidado é negativo." (PATRÍCIO, 1993, p.75).

O impacto das ações e serviços oferecidos pelas equipes, em especial, às gestantes e crianças menores de um ano, revela-se através da redução da taxa de mortalidade infantil geral, bem como, da taxa de mortalidade infantil por causas específicas, destacando-se as infecções respiratórias e as diarréias. A taxa geral de mortalidade infantil em 1999, 2000 e 2001 foi respectivamente: 37,04 – 31,67 – 31,40, e a taxa de mortalidade por IRA, tema do estudo, foi de: 4,54 – 4,45 – 4,15. (BRASIL, 2002).

Nesta perspectiva, é que o estudo estabelece como questão problema: quais são os cuidados domiciliares prestados pelos familiares à criança de zero a cinco anos com manifestações de Infecção Respiratória Aguda, previamente ao atendimento de saúde?

OS CAMINHOS METODOLÓGICOS

Este estudo caracteriza-se como uma pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo. O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade de Passo Fundo/RS (UPF).

Os sujeitos do estudo foram todos aqueles cuidadores/responsáveis por crianças de zero a cinco anos de idade atendidas pela ESF, na sua área adscrita, que procuraram o Serviço de Saúde devido a manifestações de IRA, na segunda quinzena de agosto de 2003, e que aceitaram participar da pesquisa, mediante termo de consentimento informado.

A técnica de coleta das informações foi a utilização de entrevista semi-estruturada, abordando dados de identificação, caracterização dos sujeitos envolvidos e aspectos do cuidado das crianças com IRA, dispensados por seus familiares, previamente ao atendimento de saúde. As questões norteadoras destas entrevistas com os cuidadores/responsáveis são descritas a seguir:

– Quando você considera que a criança está com uma doença respiratória?
– Quais condutas que toma antes de procurar o atendimento de saúde? Você acha que dão resultado?
– Quem passa as orientações e cuidados para você? E que importância você dá a essas pessoas?

As entrevistas dos selecionados foram realizadas no turno da tarde, durante o mês de setembro de 2003, através de visita domiciliar. Cada entrevista durou cerca de 20 minutos. Elas foram gravadas, transcritas logo após em Diário de Campo[1] e identificadas por uma numeração, conforme ordem de realização, garantindo o anonimato do entrevistado e fidedignidade dos dados.

Os 12 primeiros sujeitos entrevistados representaram o grupo de amostra do estudo, já que, com estes, houve a saturação das informações. O fator da baixa escolaridade e uso freqüente de linguagem popular dos cuidadores exigiram uma maior atenção na realização das entrevistas, devido à dificuldade de compreensão dos mesmos. Foi necessário um segundo encontro com os três primeiros cuidadores para complementação de dados e revalidação das informações.

A análise das informações foi efetuada após leitura e releitura das informações colhidas, que foram agrupadas e categorizadas segundo os temas emergentes das falas dos sujeitos. (MINAYO, 2002).

O CAMPO DO ESTUDO

Três Passos é um município de relevância da Região Celeiro, noroeste do estado do Rio Grande do Sul. Possui uma área de 438,07 km^2, e uma população de 25.795 habitantes, sendo 16.310, na área urbana, e 6.952, na área rural. O município faz parte da 19ª CRS – Coordenadoria Regional da Saúde de Frederico Westphalen/RS, e suas principais atividades são agroindustriais.

Atualmente, o índice de desemprego está se elevando significativamente, girando em torno de 4,2%, devido à migração da zona rural para urbana, da migração do interior de outros municípios circunvizinhos e, também, das áreas pobres da Argentina, próximas ao município. Somente neste início de ano, no local de abrangência da ESF, migraram 9 famílias oriundas da Argentina, em péssimas condições econômicas e de saúde.

O município de Três Passos, atualmente em gestão semiplena de atenção básica, foi um dos primeiros do estado a municipalizar sua saúde, a partir de 1986, com amplo envolvimento da comunidade.

Possui um sistema diferenciado de atendimento à saúde da criança, sendo referência regional, e é realizado através de um convênio terceirizado com a Clínica Carrossel[2]. Neste serviço, não há restrição quanto ao número de consultas, e o atendimento é gratuito aos usuários.

Apesar de facilitar e garantir o acesso à saúde, este Programa recebe críticas dos usuários devido ao fato de não enfocar a prevenção, embora, para crianças menores de 5 anos, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento seja realizado, com ênfase na prevenção e controle das doenças prevalentes na infância e nas imunizações.

Para evitar situações de risco indesejadas e controlar a mortalidade neonatal e infantil, são desenvolvidos, pela rede pública do município, programas de: Planejamento Familiar, Grupo de

[1] Documentação do processo de pesquisa consistia na transcrição fiel dos dados e registro da observação sob ponto de vista do pesquisador.

[2] Clínica Pediátrica particular que presta serviços à Prefeitura Municipa.l

Gestantes, Visitas Domiciliares aos Recém-Nascidos, Teste do Pezinho, Imunizações, Grupo do Bebê Sadio, Bolsa-Alimentação, Grupo de Risco e/ou Desnutridos e Acompanhamento às Creches.

As ESF no município são em número de quatro, o que corresponde cerca de 43% da cobertura populacional. No local onde foi realizada esta pesquisa, a maioria da população possui baixa renda, existindo cerca de 250 crianças menores de cinco anos. A média de atendimentos a esta população é de 100 consultas/mês, sendo que cerca de 60% devido às IRAs.

OS CUIDADORES DOMÉSTICOS

O cuidador/responsável pela criança, que procura o serviço de saúde para consulta, com queixas de IRA, foi representado, em sua maioria, pela figura da mãe. A faixa etária média do cuidador/responsável manteve-se entre 20 e 30 anos. Apenas em dois casos, o cuidador da criança era a irmã mais velha, de apenas 11 anos e uma babá parente da família. Nota-se que, nestes dois casos, apesar de a mãe não estar presente durante o dia com a criança, é ela quem ensina e dirige as ações relacionadas ao cuidado de quem fica temporariamente responsável, olhando pela criança. Nesses casos, constatou-se que o cuidador só toma alguma atitude se tiver ordem verbal da mãe, como destacam as seguintes falas:

> *"[...] a mãe dele manda dar bastante chá [...], aprendi com ela (mãe da criança)." (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 7).*

> *"[...] a mãe ensinou levar ela na benzedeira [...], se 'tá' muito doente, ela pede para avisar a mãe..." (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 8).*

Apesar desses dois sujeitos não serem a mãe da criança, eles são considerados como cuidadores. Este entendimento está baseado em Sawaya (2002, p.15), que classifica o cuidador como mãe ou responsável; define-o como: "a pessoa que responde pela criança [...]."

Observa-se que o caso da irmã cuidadora caracteriza uma situação comum no cotidiano das famílias, quando a responsabilidade é atribuída a uma criança no cuidado de outras crianças. Tal situação, apesar de ser uma realidade freqüente, tem merecido uma atenção importante pelas repercussões de risco que pode impor.

Essas situações merecem uma maior atenção pela comunidade, para que a legislação seja cumprida, evitando que a criança assuma a complexa tarefa de cuidar, colocando em situação de risco aquele que é cuidado, bem como aquele que cuida. Neste intuito, os Direitos da Criança/Adolescente são defendidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), que co-responsabiliza pais e/ou cuidadores pelo bem-estar da criança, juntamente com a sociedade e o poder público. O PSF, fazendo parte do poder público, integrado ao Sistema Único de Saúde, trabalhando e interagindo com as famílias, deve contribuir para o cumprimento e prática deste estatuto.

A baixa escolaridade dos cuidadores foi considerada um fator de grande importância para o cuidado, pois são dificultados, ao cuidador, o entendimento e compreensão de todo processo de saúde e doença, especialmente a infantil.

Feliciano (2001) relata que nem sempre existe continuidade entre as condutas maternas ou dos cuidadores e as necessidades a serem satisfeitas para proteger a criança. Ressalta que são marcantes as diferenças de significado e valor resultantes das múltiplas idéias sobre saúde e doença presentes na população e nos serviços, e um dos fatores que delimitam esta realidade é a escolaridade destas pessoas. No tocante a este aspecto no grupo de sujeitos do estudo, a escolaridade de maior grau de instru-

ção foi a 5ª série do ensino fundamental, existindo dois casos de analfabetismo.

Paiva (1998) reconhece a educação dos pais como fator de risco sócio-econômico para hospitalização e morte por pneumonias, o que é reforçado por Duarte (2000), em seu estudo sobre prevalência de IRA em menores de cinco anos, no qual refere ser o nível de escolaridade materna o fator de risco associado mais importante.

Nesta perspectiva, existe um trabalho de educação em saúde a ser realizado com os cuidadores dessas crianças, mas, para isso, é necessária a identificação dos cuidadores, envolvendo a realidade em que vivem e o que já conhecem sobre o assunto a ser orientado. De acordo com o estudo de Carvalhes (2002, p.159), que trata sobre o conhecimento das mães em relação ao estado nutricional dos filhos, pode-se destacar que:

> *[...] 63,3% das mães das crianças com déficit de peso não reconheceram esta condição. Da mesma forma, 86,4% das mães não identificaram o excesso de peso de seus filhos, sendo que, mediante ações de cuidado, na prevenção de problemas ou na recuperação nutricional, a primeira condição das mães é o conhecimento adequado da situação nutricional da criança.*

Aragão (1993, p.25), em seu estudo com familiares de crianças internadas, sobre as condutas adotadas pela família antes da internação, identificou que:

> *[...] os familiares de crianças internadas pertencem, em sua maioria, à classe de baixa renda, e apenas um quarto consegue completar o primário, existindo um índice elevado de analfabetismo e, [...] constata-se que ainda é o pai o principal responsável pelo sustento do lar, já que menos da metade das mães trabalham.*

Conhecendo, ainda, a conjuntura de vida destes sujeitos, durante a coleta de dados, nas visitas domiciliares, pode-se observar as condições de moradia de cada família participante do estudo, caracterizada por casas simples, em precárias condições de construção e de higiene, com poucos cômodos, e a maioria constituída de 2 a 6 filhos. Todas as famílias possuem cadastro no Cartão Único, que é feito a famílias com renda mensal inferior a de R$90,00 por pessoa, classificando-as como de baixa renda.

Em estudo realizado em Pelotas/RS, por Victória, referenciado por Paiva (1998, p.101), mostra-se nítida relação entre baixa renda e mortalidade por pneumonia "[...]. Na faixa de renda mensal superior que a 300 dólares, não houve mortes por pneumonia, enquanto que nos com renda inferior a 50 dólares mensais, faleceram 12/1000 nascidos vivos".

Prietsch et al. (2002, p.417), no estudo realizado sobres as das condições ambientais como fator de risco, com maior destaque na cadeia causal das IRA, referem que: "o nível sócio-econômico exerce influência sobre as características reprodutivas maternas e sobre os fatores ambientais, pois estabelece condições de exposição." Essas exposições referem-se à aglomeração, o que "é extremamente comum nas famílias das regiões menos desenvolvidas, nas quais a taxa de natalidade é quase sempre muito elevada, e as condições de moradia são ruins" (PRIETSCH et al., 2002, p.417).

Ainda, ressaltam a exposição à fumaça de fogão à lenha e outros resíduos provenientes da combustão devido ao alto custo, à limitada disponibilidade de eletricidade e recursos como fonte de energia para cozinhar e aquecer o ambiente, a exposição a aeroalérgenos, especialmente ao ácaro do pó doméstico, a componentes da saliva e aos pêlos de animais e o fumo do tabaco, considerado o principal poluente doméstico. Estes são fatores de risco muito presentes nesta realidade.

O cuidador responsável pela criança sofre muita influência do ambiente onde vive, sendo vítima de situações que lhe são impostas devido às condições sócio-econômicas e às características pessoais desenvolvidas. Silva (1995) descreve o perfil de morbidade das crianças de 0 a 2 anos em Teresópolis, Rio de Janeiro, relata a evidência do papel desempenhado pelas desigualdades sociais no processo saúde-doença das crianças e demonstra que os esforços, na promoção de estratégias capazes de favorecer os grupos mais vulneráveis para prevenção de morbidades na infância, necessitam ser intensificados, melhorando a qualidade de assistência prestada.

A REVELAÇÃO DE UMA REALIDADE DE CUIDADOS

Analisando a realidade revelada, foram identificadas duas grandes categorias que permearam as entrevistas realizadas. A primeira foi identificada como "o que sabem e o que fazem sobre os sinais e sintomas de IRA", e, a segunda, "o que sabem e o que fazem na terapêutica da IRA".

Estas duas categorias mostraram-se impregnadas de fatores culturais que, muitas vezes, demonstraram um entrelaçamento íntimo, dificultando os limites de cada categoria.

O que sabem e o que fazem sobre os sinais e sintomas

Sinais e sintomas de IRA foram referidos pelos cuidadores das crianças, quando questionados como reconheciam a doença respiratória na criança. Nas falas, observa-se o uso de uma linguagem informal e popular:

> *"[...] o nariz fica entupido e começa chia o peito [...]" (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 1).*

> *"[...] dá febre, chio no peito, o fôlego fica bem ligeiro, não come nada [...]" (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 3).*

> *"[...] ele não quer comer, dá febre alta e tosse [...]" (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 4)*

> *"[...] fica difícil de respirar, e dá bastante tosse, até chio no peito, escorre o nariz, não quer comer [...]" (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 7)*

A febre foi citada, pela maioria dos sujeitos, como um sinal de maior risco da doença e motivo para levar a criança ao Serviço de Saúde.

> *"[...] se tem febre, a gente tem que levar consultar, isso[2] pode estender uns dias mais, mas acaba tendo que levar." (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 4).*

Conforme preconizado pelo AIDPI, no Ministério da Saúde, (BRASIL, 2001, p.147, grifo do autor), "a febre em criança maior de 2 meses não é sinal de gravidade, sendo apenas uma reação comum do organismo às infecções. Como ela causa mal-estar, deve ser tratada, mas não se recomendam medidas drásticas [...]". Na classificação de IRA, neste programa, é referenciado que:

> *As infecções respiratórias agudas são as infecções do aparelho respiratório, que podem afetar o nariz, a garganta, os ouvidos, a laringe, os brônquios e os pulmões. A criança, com infecção respiratória aguda, pode ter tosse, nariz entupido ou escorrendo (coriza), dor de ouvido, dor de garganta, chiado no peito ou dificuldade para respirar. Além disso, a criança perde o apetite, pode ficar muito*

[1] Relacionado a dar chás.

irritada e chorosa. Algumas ficam com os olhos vermelhos e lacrimejando.

Segundo este protocolo, a presença de um ou mais destes sintomas já caracteriza uma IRA.

Em Aragão (1993, p.27), encontramos dados de que apenas 24% dos familiares com criança internada possuem conhecimento sobre sua doença, sendo que a maioria (46%) identifica o nome da doença, porém não sabe explicá-la. Neste estudo, as doenças respiratórias abrangeram as IRA, tanto do trato respiratório inferior quanto superior, solicitando ao cuidador para identificar manifestações da doença e cuidados, visto que todos participantes fizeram relatos de alguns sinais e sintomas, apesar de não reconheceram dor de garganta e dor de ouvido como doença do aparelho respiratório.

Dentre as manifestações de IRA identificadas pelo cuidador/responsável neste estudo, a dificuldade respiratória e a febre foram citadas um número de vezes. Duarte (2000) refere que a tosse e coriza são os sintomas mais freqüentes no perfil clínico de crianças menores de cinco anos com IRA. Acredita-se que a dificuldade respiratória e a febre são mais lembradas, apesar de menos freqüentes, devido à gravidade que estes sintomas representam, necessitando de maior atenção e cuidados da mãe/responsável, e gerando ansiedade relacionada ao estado da doença, como se pode identificar no seguinte relato do Cuidador/responsável 11:

"[...] o fôlego não puxa direito, e que mais ataca a respiração é de noite, aí a gente não consegue dormir."

Ainda, a tosse e coriza, por serem mais freqüentes, e, muitas vezes, evoluírem para melhora, sem necessidade de intervenção medicamentosa, fazem com que os cuidadores desconsiderem tais sinais/sintomas como doença respiratória.

Na estratégia AIDPI, encontram-se as condutas preconizadas frente aos problemas apresentados pela criança, conforme a idade e gravidade de cada caso. Essas condutas estão sendo divulgadas em treinamentos para profissionais de saúde de todo Brasil, através do Ministério de Saúde, mas, raramente, a família é orientada suficientemente, no sentido de reconhecer sinais e sintomas, fatores de risco e medidas preventivas das doenças respiratórias agudas. Este desconhecimento pode intervir negativamente na detecção precoce e nas medidas intervencionistas que vão evitar e/ou tornar menos grave a situação de saúde/doença das crianças afetadas por IRA. Os cuidadores demonstraram reconhecer alguns dos sintomas de IRA, do trato respiratório inferior, porém, falta conhecimento suficiente para tomar uma decisão quanto à conduta.

Quando questionados com relação à respiração da criança, os sujeitos referiram que não sabem como avaliá-la, mas identificam se está normal, rápida ou dificultosa (presença da tiragem), como mostram estes relatos:

"[...] eu só noto que é mais rápido e fica difícil, chega a aparecer as costelinhas." (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 9).

"[...] eu noto que é assim, mais ligeiro. Esses dias, eu percebi que ela tinha assim uma dificuldade por causa do catarro, mas não estava mais puxada." (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 6).

"[...] noto que não respira direito [...]" (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 5).

Na verdade, pode-se afirmar que existe a percepção de que a criança não está bem e que o problema está relacionado com o aparelho respiratório, devido às mudanças vistas na criança pelo cuidador que a acompanha no dia-a-dia.

Uma mãe relata a importância da experiência e contato afetivo de quem cuida com a criança que é cuidada:

> *"[...] a experiência que se tem é muito importante, porque nós, mães, conhecemos os filhos da gente, desde o olhar, o jeito que eles olham para nós, logo a gente percebe se eles estão doentes." (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 6).*

Levando-se em conta estes aspectos, destaca-se, como fator importante, que os profissionais de saúde, que trabalham com a criança, estabeleçam o elo de confiança com seus cuidadores e valorizem as informações obtidas, não agindo como dominadores do saber. O convívio diário com a criança proporciona, ao cuidador, maior facilidade de percepção e entendimento de processos, muitas vezes, de difícil percepção ao profissional. Ouvir as informações que a mãe e/ou cuidador fornece sobre o quadro geral e os sinais e sintomas identificados é qualificar o atendimento de saúde para criança, pois a mãe conhece o filho mais do que qualquer outra pessoa.

O que sabem e o que fazem na terapêutica

Quanto aos cuidados prestados à criança com IRA, previamente ao atendimento de saúde, a primeira opção é a oferta de chá caseiro que é feito de ervas naturais típicas do local, tendo sido relacionadas mais de 15 espécies de ervas utilizadas. Dos 12 participantes do estudo, 11 citaram o uso de chás, como por exemplo:

> *"Eu logo faço chá, é de cidreira, de endro, folha de bergamota ou aquele de erva da pontada..." (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 2).*

Porém, constatou-se que a forma de uso do chá não segue nenhuma fórmula pré-estabelecida, como coloca o cuidador/responsável 4:

> *"Eu faço no dia e dou à vontade, umas 3 ou 4 vezes por dia, mais ou menos. Não dou sempre o mesmo chá, no outro dia, eu faço outro tipo..."*

Percebe-se que não existe uma erva específica para as doenças respiratórias. Cada mãe citou três ou mais tipos de chás que prepara para a criança, alternando-os no uso, não tendo uma receita para a preparação e nenhuma dosagem específica, sendo, na maioria das vezes, oferecidos três ou mais vezes ao dia, conforme tolerância e aceitação.

O remédio caseiro à base de guaco, citado pelas mães como cuidado alternativo, foi descrito com dados de preparo e medidas exatas, e é oferecido em dosagens controladas à criança que apresenta tosse e/ou chio no peito. Wong (1997, p.38) refere que "alguns remédios caseiros são compatíveis com o esquema médico e podem ser utilizados para reforçar o plano de tratamento."

O antitérmico é o único medicamento que a maioria das mães referiu ter em casa para os casos de hipertermia. Apesar de não possuírem termômetro para verificar a temperatura, elas identificam a presença da febre pelo aumento do calor corporal e então medicam. A maioria das mães/responsáveis aguarda o segundo dia de manifestação de febre que não cede para levar a criança ao Serviço de Saúde, como coloca o cuidador/responsável 11:

> *"[...] dá febre, e se começa a ter febre, aí ela só chora, [...] eu dou dipirona, mas se eu já dei duas vezes e a febre volta, então eu levo consultar."*

A insistência para que a criança se alimente também é um cuidado citado pelas mães. Elas referem que intensificam a amamentação e mu-

dam a alimentação, conforme preferências e aceitação das crianças. O depoimento da cuidadora 4 reforça esta posição:

> *"Insisto para ele comer, faço papinhas diferentes,* 'dô' *bastante chá."*

As questões relacionadas ao clima/mudanças de temperatura, para os cuidadores/responsáveis, estão interligadas às doenças respiratórias, principalmente, o frio. Desta forma, cuidados, como abrigar bem a criança, mantê-la dentro de casa, não deixar sair no frio ou molhado, não andar descalço, banho com água morna e, até mesmo, não tomar banho são normas que as mães estipulam e preservam para o cuidado do filho, para evitar que a criança desenvolva ou agrave os sintomas respiratórios.

Mesclando os aspectos de medicação caseira e o cuidado ambiental, identificados nas estratégias do AIDPI (BRASIL, 2001), recomenda-se, aos pais, que, na hidratação da criança, sejam oferecidos líquidos, dentre estes, os chás e amamentação mais freqüente. Também são orientados quanto ao uso de xaropes caseiros naturais à base de limão e mel para hidratação, melhora da tosse e eliminação do catarro. Ainda, o conforto, repouso e higiene da criança são incentivados, assim como o banho, que pode e deve ser dado na criança, mesmo doente. Nesta perspectiva, as condutas preconizadas devem ser trabalhadas, reforçando a importância da educação aos principais provedores do cuidado.

O saber do cuidador domiciliar sofre grande influência dos conhecimentos populares no que se refere ao cuidado para com a criança. A origem do cuidado é mencionada como se mantendo na família:

> *"Eu mesma sei, ninguém precisa me dizer o que fazer, isso é de família, vem da mãe."(CUIDADOR/RESPONSÁVEL 9).*

> *"Eu aprendi com minha mãe, desde pequena eu fui aprendendo [...]" (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 10).*

Verifica-se que o conhecimento está baseado na aprendizagem com a própria mãe, com a família e experiências com os demais filhos. Para Hudak e Gallo (1997), as atitudes, que são carregadas com sentimentos sobre a natureza da experiência, sobrevivem. Estas atitudes moldam as crenças das pessoas e contribuem para formar as expectativas e atitudes de futuro. É importante que a família e o paciente tenham a experiência mais positiva possível, independente do resultado. Neste entendimento, a ESF deve atuar como mediador nas ações de cuidado da criança, melhorando o seu estado de saúde, através de uma vida saudável, demonstrando que experiências positivas, que evitam/diminuem o sofrimento causado pelas doenças têm maiores possibilidades de aceitação e credibilidade na comunidade.

Wong (1997) recomenda aos profissionais de saúde que se evite criticar diretamente as crenças e práticas culturais de saúde tradicionais ou apontar as medidas biomédicas como único meio correto e eficaz de evitar ou tratar a doença, pois essas atitudes resultam na rejeição dos profissionais e de seus ensinamentos sobre saúde. Quando as práticas culturais não interferem no bem-estar do paciente, elas não precisam ser desencorajadas. Pode ser alcançado um compromisso que realize o objetivo da equipe de saúde, mantendo a dignidade e a auto-estima das pessoas envolvidas, sem um confronto entre o conhecimento popular e o profissional.

Pessoas idosas da comunidade, ou as benzedeiras, também influenciam na crença dos cuidadores/responsáveis de hoje, como primeiro recurso a usar, pela credibilidade de suas histórias de vida e papéis que desempenham. Observou-se que certas pessoas são tidas como de re-

ferência na comunidade, pois demonstram interesse sincero pela família e por seu problema e, de certo modo, foram líderes comunitários, assim como o agente de saúde, também referenciado por alguns cuidadores:

> *"[...] tem que levar para benzer, assim não dá tanta doença, [...] eu levo seguido, quase todo mês [...], as benzedeiras são importantes, elas falam coisas certas e o que tem que fazer, mas se vejo que aperta mais a febre aí eu levo no doutor." (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 1).*

> *"[...] eu sempre pergunto pra M[4] qualquer coisa é sempre ela que nos diz o que fazer. Ela é nossa salvação." (CUIDADOR/RESPONSÁVEL 3).*

Torna-se importante que o agente de saúde trabalhe interligado com a equipe de PSF, assim, revelar-se-á um agente transformador e facilitador do cuidado, pois ele possui a confiança da comunidade, é ele quem acompanha mais de perto e fornece as orientações para família. A equipe também deve se mostrar mais atuante e próxima, usando dos recursos disponíveis no Programa, como a visita domiciliar e o trabalho de grupo, inovando e lançando estratégias para melhorar as condições de saúde preventiva, principalmente em relação à IRA, muito freqüente nas crianças.

O enfermeiro deve estar envolvido diretamente no acompanhamento destas crianças e na realização de ações educativas para ampliar a capacidade do cuidador/responsável em fornecer um cuidado saudável. Sá (2002) reforça a necessidade de qualificar a atenção integral à saúde da criança oferecida pelo PSF, através de capacitações e treinamentos na área de saúde e doença infantil aos profissionais da equipe, já que esta área é prioridade nos programas de saúde nas diferentes esferas. Nesta perspectiva, desenvolver-se-ia uma relação de confiança com estes profissionais que assumiriam grandes desafios em trabalhar com a criança na sua dinâmica familiar, haveria maior participação de ações de promoção da saúde comunitária, mobilização e educação popular e integração com atividades de outros segmentos institucionais (educação, ação social, saneamento...), ampliando, desta forma, a resolutividade das condições de saúde das crianças e seus familiares/cuidadores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi importante, pois se pôde perceber a necessidade de conhecer o que as famílias já sabem, suas crenças e hábitos de saúde e a realidade em que vivem e convivem, para determinar ações no serviço de saúde, especialmente no PSF, que focaliza seu trabalho no cuidado integral à família.

Um dos fatos, constatados pela pesquisa, foi a baixa escolaridade dos cuidadores, o que exigiu uma maior atenção na realização das entrevistas devido à dificuldade de compreensão. Foi necessário um segundo encontro com os três primeiros cuidadores para complementação de dados e revalidação das informações. O uso da linguagem popular é muito comum e a crença popular predomina frente aos saberes da academia e das ciências da saúde.

Na educação em saúde, devemos sempre ter claro que mudanças de atitude de uma população não ocorrem em curto prazo. Desta forma, os mitos devem ser trabalhados, os cuidadores devem ser bem esclarecidos nas orientações fornecidas, garantindo o entendimento dos cuidados e conhecimentos sobre o processo saúde-doença. Para isso, é essencial o traba-

[4] Citado o nome do agente comunitário da micro-área.

lho da equipe de PSF, que acompanha a família, conhece suas dificuldades e suas potencialidades, ressaltando o papel do enfermeiro, sua responsabilidade e potencialidade como educador e, que conta com o apoio do agente comunitário de saúde, importante elo de ligação da família com o serviço de saúde.

Ainda, percebe-se que a estratégia, adotada pelo Ministério de Saúde, através do AIDPI, condiz com as necessidades levantadas, pois traz, em linguagem clara e de fácil compreensão, conhecimentos básicos que todo cuidador domiciliar deveria ter, como a identificação dos sinais e sintomas, bem como medidas adequadas para cada situação nas doenças mais freqüentes na infância, incluindo as IRA, alertando para os sinais de perigo. A capacitação dos profissionais do PSF no programa AIDPI e a orientação adequada dos responsáveis/cuidadores domiciliares das crianças são uma possibilidade que pode facilitar o processo de mudanças no trabalho de promoção de saúde e prevenção das doenças na população infantil.

REFERÊNCIAS

ARAGÃO, Cinara Pierezan de et al. Conhecimento e prática de saúde da família da criança hospitalizada um estudo exploratório. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 2, p. 23-32, jul./dez. 1993.

BARATA, Rita C. B. et al. Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de 5 anos em área da região sudeste do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 6, dez. 1996.

BEE, Helen. **O ciclo vital.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Enfermagem PSF.** Brasília, DF, 2000.

_____ . **Atenção básica à saúde da criança:** texto de apoio para o agente comunitário de saúde. Brasília, DF: Liceu, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Criança. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília, DF, 1991. 110p.

BRUNER; SUDDARTTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 8. ed. Guanabara/Koogan, 1999. 2 v.

CARVALHAES, Maria A. de B. Leite; GODOY, Ilda de. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 15, n. 2, p. 155-162, maio/ago. 2002.

CRESPIN, Jaques. **Puericultura ciência, arte e amor.** 2. ed. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1999.

DUARTE, Dirce M. G. Perfil clínico de crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 76, n. 3, p. 207–219, maio/jun. 2000.

FELICIANO, Kátia V. O; KOVACS, Maria Helena. Concepções maternas sobre a diarréia infantil. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 6, p. 487-495, 2001.

HUDAK, Carolyn M.; GALLO, Barbara M. **Cuidados intensivos de enfermagem:** uma abordagem holística. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara/Koogan, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

PAIVA, Maria A. de S. et al. Pneumonias na criança. **Jornal de Pneumologia**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 101-108, mar./abr. 1998.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. O processo de trabalho da enfermagem frente às novas concepções de saúde: repensando o cuidado/ propondo o cuidado (holístico). **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 67-81, jan./jun. 1993.

PRIETSCH, Silvio O. M. et al. Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 78, n. 5, p. 415-422, 2002.

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. Brasília, DF: Ministério da Saúde, v. 2, n. 5, maio, 2002. Edição especial.

SÁ, Henrique L. do Carmo. Construindo parcerias entre pais e médicos de crianças na abordagem de aspectos psicossociais: o ponto de vista de um pediatra. **Revista de Pediatria do Ceará**, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 78-82, maio/ago. 2002.

SAWAYA, Ana Lydia. **Vencendo a desnutrição:** na família e na comunidade. São Paulo: Salus Paulista, 2002. Coleção Vencendo a Desnutrição.

SILVA, Cláudio da Fonseca e. **Inquérito de morbidade em crianças de 0 a 2 anos no município de Teresópolis**. 1995. Dissertação (Mestre em Saúde Pública) – Instituto Fernandes Figueira do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1995.

WONG, Donna L. **Enfermagem pediátrica:** elementos essenciais à intervenção efetiva. 5. ed. Rio de Janeiro: [s.n.], 1997.