

## CRIANÇAS COM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS: COMO SÃO CUIDADAS EM CASA?

### CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATORY INFECTIONS: HOW ARE THEY CARED FOR AT HOME?

### NIÑO CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA: CÓMO É CUIDADO EN DOMICILIOS?

AKEMI IWATA MONTEIRO<sup>1</sup>

BERTHA CRUZ ENDERS<sup>2</sup>

JOVENAL DANTAS DE MEDEIROS<sup>3</sup>

Objetivou-se, neste estudo exploratório/descritivo, identificar conhecimentos e necessidades dos cuidadores da criança com Infecção Respiratória Aguda (IRA) através de uma amostra de 129 crianças atendidas no serviço de crescimento e desenvolvimento de uma unidade de saúde. Foram aplicados formulários junto aos cuidadores, em seu domicílio, nos meses de fevereiro e março de 2002. Os cuidadores eram do sexo feminino, a maioria jovem, com ensino fundamental incompleto e com renda de 1 a 2 salários. Em relação aos primeiros cuidados com a criança doente, 48,2% dos cuidadores procuram o médico, 36,6% medicam por conta própria e 13,2% utilizam fitoterápicos. Como medidas de prevenção contra pneumonia em crianças com IRA leve, os cuidadores utilizam medidas de senso comum e sabem reconhecer sinais de gravidade das doenças, por experiências anteriores, revelando uma lacuna do conhecimento dos principais sinais e sintomas de doenças graves do trato respiratório.

**UNITERMOS:** Cuidado de enfermagem; Criança; Infecção respiratória aguda.

*This exploratory -descriptive study aimed to identify the knowledge and needs of child caretakers with regards to acute respiratory infection. A sample of 129 children that had random numbers. Forms were applied to the caretakers in their homes during February and March 2002. The majority of caretakers were young women, had an incomplete elementary education, and income of 1-2 minimum salaries. With regards to the initial actions undertaken when the child is ill, 48,2% reported seeking a physician, 36,6% medicate the child on their own, and 13,2% use biotherapy. To prevent against pneumonia, the majority of the caretakers use common sense and they recognize the aggravating symptoms of diseases based on previous experiences, therefore pointing out a deficiency of knowledge of the signs and symptoms of the serious respiratory tract infections.*

**KEY WORDS:** Nursing health care; Child; Acute respiratory infections.

*Este estudio exploratorio descriptivo objetivo identificar el conocimiento y las necesidades de los cuidadores de niños con infección respiratoria aguda. Una muestra de 129 niños fue escogida utilizando numeros al acaso de entre aquellos que fueron atendidos en el servicio de crecimiento y desarrollo de una unidade de salud. Formularios fueron aplicados en los domicilios durante los meses de Febrero e Marzo 2002. La mayoría de los cuidadores son del sexo femenino, jóvenes, no completaron la escuela primaria y ganan 1 a 2 salarios mínimos. Con relación a los primeros cuidados con el niño, 48,2% procuran el médico, 36,6% dan medicación, y 13,2% usan plantas medicinales. Usan medidas del senso común para prevenir la pulmonía y saben los síntomas del agravamiento de las enfermedades porque tuvieron experiencias anteriores, demostrando que existe una deficiencia de conocimientos sobre los síntomas de las enfermedades graves del trato respiratorio.*

**PALABRAS CLAVES:** Cuidado de enfermería; Niño; Infección respiratoria aguda.

<sup>1</sup> Enfermeira Doutora, docente do departamento de Enfermagem da UFRN. R. Prf. Adolfo Ramires, 2069, Capim Macio, Natal-RN, 59078-460 email: akemiiwata@hotmail.com

<sup>2</sup> Enfermeira Doutora, docente do departamento de Enfermagem da UFRN

<sup>3</sup> Jovenal Dantas de Medeiros, aluno, – 1 – bolsista PIBq



## INTRODUÇÃO

Trata-se de um estudo realizado com pessoas que cuidam da criança no seu domicílio, no que se refere ao processo saúde/doença, mais especificamente as Infecções Respiratórias, responsáveis por situações de morbi-mortalidade, as quais vêm produzindo repercussões sociais significativas em todos os países em desenvolvimento, inclusive o Brasil. É uma das doenças prevalentes da infância que atinge, com frequência, as crianças menores de um ano.

A criança é um ser que tem relações de dependência direta com o adulto, na figura da mãe, do pai ou com toda a família, os quais proporcionam a sua existência social e a caracterizam como um ser histórico. Daí, não ser possível concebê-la isoladamente do núcleo familiar e da comunidade, o que ocorria no modelo tradicional de assistência individualizada à saúde da criança, modelo este que não atendia as suas necessidades, bem como não apresentava resultados eficazes para a resolutividade dos problemas identificados nesta clientela.

Apesar de, hoje, o índice de mortalidade ter diminuído para 32,7/1000 nascidos vivos, as crianças ainda adoecem e morrem por doenças preveníveis, tais como: desnutrição, diarreia, desidratação, infecção respiratória aguda, doenças imunopreveníveis e enfermidades perinatais (BRASIL, 2003). Se comparar esse índice de mortalidade com o da década de 80, observa-se que houve uma mudança positiva no quadro de saúde da criança, o que não aconteceu por conseqüências de mudanças econômicas e sociais (IBGE, 1999). Isso ocorreu por décadas de atuação do Ministério da Saúde na atenção focalizada à criança, através de vários Programas de Saúde, tais como: Programa Nacional Materno-Infantil (PNMI), Programa Nacional de Imunização (PNI), Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), Programa de Assistência Integrada da Saúde da Criança (PAISC), Programa de Assistência Integrada da Saúde da Mulher (PAISM) e, por último, o mais recente Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS). Desse modo, percebe-se que a queda dos índices de mortalidade infantil não assegura melhores condições de saúde a essa população. O desenvolvimento destes programas vinha interferindo na situação de saúde da população, apesar da vigência do modelo de saúde clínico individual, pois, a in-

tervenção ocorria enfaticamente no diagnóstico e tratamento da doença, embora timidamente houvesse ações na área de prevenção e educação em saúde coletiva. Com a modalidade de assistência pautada no Sistema Único de Saúde, o PSF se encontra estrategicamente, atuante no domicílio e comunidade, ocasionando mudanças no quadro epidemiológico da população, conseqüentemente um novo paradigma que fortalece o modelo de vigilância à saúde.

O Enfermeiro, nesse novo cenário, e mais especificamente na saúde da criança, tem sido um profissional muito ativo no papel assistencial e educador. Além disso, exerce a função de gerente da assistência nas várias atividades preventivas, devido à sua formação nortear, principalmente nesta área, a educação em saúde de acordo com os preceitos instituídos pela Constituição de 1988.

A conformação prática do novo conceito de saúde desenvolve-se, no cotidiano dos serviços, numa dinâmica histórica e social contraditória, sendo influenciada pelo poder do modelo assistencial curativo medicalizante, representado por lutas diárias travadas pelos profissionais sensibilizados pelos novos conceitos teóricos da saúde incorporados pelo SUS. A sua forma de existir na prática vem sendo fortalecida, apesar de este crescimento ainda estar aquém das expectativas desejadas há mais de 10 anos. Significa que, apesar de ser um conceito pautado num modelo de saúde ampliado e avançado, e por isso é real, este vem sofrendo as interferências econômicas, políticas e sociais, que estão muitas vezes acima da capacidade de enfrentamento e organização política dos profissionais dessa área no confronto com essa complexa rede de interesses.

A não superação do modelo de saúde tradicional traz como conseqüência a permanência da alta ocorrência de diarreia, desidratação, desnutrição e doenças imunopreveníveis, cuja redução se deve ao uso de tecnologia simples, de baixo custo, como incentivo ao aleitamento materno, Imunização, Terapia de Reidratação Oral (TRO), diferentemente da infecção respiratória aguda (IRA) que não é tão fácil de ser controlada.

Dentre as IRAs, de difícil controle, destaca-se a pneumonia que pode levar a criança à morte em poucos dias, caso não tenha acesso fácil e rápido à terapia antimicrobiana. Isto exige que os responsáveis pelas crianças saibam identificar os sinais clínicos da doença, como: respiração rápida, estridor e tiragem grave; e o momento de buscar atendien-



to médico fora de casa. Mas, para que os familiares desenvolvam esta mentalidade, é necessário que os profissionais do PSE, devidamente capacitados, realizem trabalhos de orientação com a população envolvida (BENGUIGUI, 1997).

O controle da IRA está diretamente relacionado com a situação socioeducacional/econômico, tais como: as condições de moradia, a ausência da prática natural da amamentação, o estado nutricional, as imunizações recebidas, entre outras causas. As crianças de origem socialmente desfavorecida adoecem cerca de 4 a 6 vezes por ano de IRA (ANTUNANO, 1998). São crianças de família com renda mensal em torno de meio – dois salários/mês, o que desrespeita a consolidação do novo conceito de saúde (IBGE, 1999).

As infecções respiratórias atingem as vias aéreas, tais como nariz, ouvidos, faringe, laringe, traquéia, brônquios ou bronquíolos e pulmões. Seus sinais e sintomas são: tosse, dificuldade de respirar, dor de garganta, corrimento nasal ou problemas de ouvido. Além disso, é comum ter febre nas Infecções Respiratórias Agudas (IRAs). Nesse sentido, o ensinamento aos responsáveis na detecção precoce de sinais graves de doença – letargia, “vomitar após ingestão dos alimentos” e convulsão – e de IRA – tosse, taquipnéia, tiragem subcostal e estridor –, além de diarreia, desidratação, desnutrição, conforme prega a estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância e orientada pelo Ministério da Saúde, torna importante a atuação domiciliar e ambulatorial dos profissionais, em favor da saúde da criança (BRASIL, 2003). A AIDPI representa o resultado da mobilização de organismos internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e o Fundo das Nações Unidas para Desenvolvimento da Infância (UNICEF).

No contexto do processo saúde/doença, o sujeito principal que primeiro toma conhecimento e cuida da criança é a pessoa que faz parte da família e, muitas vezes, depende dela a melhora ou piora da doença, conforme tomada de decisões e procedimentos de cuidados diante do estado geral apresentado e reconhecido. Segundo a Declaração Mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança nos anos 90, a família é a principal responsável pela alimentação e proteção da criança, da infância à adolescência, uma vez que a iniciação das crianças na cultura, nos valores e nas normas de sua sociedade começa na família. Para um desenvolvimento completo e harmonioso de sua

personalidade, a criança deve crescer num ambiente familiar, numa atmosfera de felicidade, amor e compreensão. A fim de que isto ocorra, todas as instituições da sociedade devem respeitar e apoiar os esforços dos pais e de todos os demais responsáveis para alimentar e cuidar da criança em um ambiente familiar (KALOUSTIAN, 1997).

Nesse sentido, o Estatuto da Criança e do Adolescente reza no seu artigo 4º que “é dever da família em geral e do Poder Público assegurar, com absoluta prioridade, a efetividade dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”. A família é o espaço indispensável para a garantia da sobrevivência, desenvolvimento e proteção integral dos filhos e demais membros, independentemente do arranjo familiar ou da forma como vem se estruturando a família, pois esta propicia os aportes afetivos e sobretudo materiais necessários ao desenvolvimento e bem-estar dos seus componentes. Além disso, desempenha um papel decisivo na educação formal e informal das crianças, transmitindo valores éticos e humanitários (FERRARI; KALOUSTIAN, 1997).

No tocante à forma de agregação, observa-se que a família tem uma dinâmica de vida própria, facilmente afetada pelo processo de desenvolvimento socioeconômico e pelo impacto da ação do Estado através de suas políticas econômicas e sociais. Esta dinâmica encontra-se diretamente associada a sua situação de pobreza e ao perfil de distribuição de renda no país.

No Brasil, os programas de transição econômica e de ajuste macroeconômico têm funcionado como um fator desagregador, o que leva a formação de famílias monoparentais, em especial aquelas na qual a mulher assume a chefia do domicílio. A dificuldade de acesso aos serviços urbanos básicos, aos recursos produtivos, entre outros, são algumas das questões que afetam diretamente o entorno familiar, sobretudo daquelas famílias caracterizadas pela situação de pobreza e vulnerabilidade, afetando principalmente as crianças (FERRARI; KALOUSTIAN, 1997).

Nesse sentido, é difícil e complicada a atuação da enfermagem no Programa Saúde da Família- PSE, numa comunidade, onde a maioria da população vive com salário mínimo ou sem renda. Mas, não é impossível realizar os trabalhos educativos, principalmente discutindo com os



responsáveis e a sua família o cuidado diário da criança, que podem ser desenvolvidos através de diálogos sobre amamentação, alimentação, higiene, proteção, lazer, afeto/carinho e educação, entre outros.

### Objetivo Geral

Descrever os conhecimentos e as ações dos cuidadores da criança com infecção respiratória aguda no seio familiar.

### Objetivos Específicos

1. Identificar os conhecimentos das mães ou responsáveis sobre a infecção respiratória aguda;
2. Identificar as necessidades das mães ou responsáveis no cuidado diário da criança;
3. Descrever as ações realizadas pelo cuidador, frente às infecções respiratórias agudas que acometem a criança.

### METODOLOGIA

Trata-se de um estudo exploratório/descritivo, com dados quantitativos. Para definir a população estudada foi selecionada, em primeiro lugar, a área de atuação das 04 equipes do PSF da Unidade Básica de Saúde, de um bairro do município de Natal-RN. Em seguida, realizou-se a identificação de prontuários de famílias com crianças que foram atendidas no serviço de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento- CD, nos meses de fevereiro e março de 2003, época na qual foi realizada a coleta. Dessa forma, foram identificados 860 prontuários que constituíram a população de estudo. Uma amostragem de 129 famílias foi selecionada, utilizando tabela de números aleatórios, o que corresponde a 15% da população. Os respondentes foram pessoas que se identificaram como cuidadores da criança no domicílio e que se encontravam presentes na residência no momento da coleta de dados. O instrumento de coleta foi um formulário contendo perguntas abertas e fechadas sobre os primeiros cuidados à criança doente, as ações de prevenção de Infecções Respiratórias Agudas (IRA) e conhecimento de sinais de gravidade da IRA conforme a "A Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI),

investida pelo Ministério da Saúde". Assim, foram aplicados 129 formulários em domicílios sob a responsabilidade de um bolsista e voluntários, previamente habilitados, de acordo com o número de prontuários e endereços, mediante a explicação da finalidade do estudo a fim de obter autorização dos participantes. Além disso os mesmos foram informados de que seria mantido o anonimato e a liberdade de permanecer ou não na referida pesquisa.

Os dados foram inicialmente organizados e analisados conforme sua natureza. Os numéricos foram quantificados de acordo com estatística descritiva e as respostas abertas, classificadas e categorizadas segundo a sua temática. Após este procedimento, foram discutidos e apresentados em números absolutos e relativos.

### RESULTADOS OBTIDOS

Neste estudo, em primeiro lugar, foi feita a caracterização do cuidador da criança, a fim de se compreender melhor os dados que se seguem.

Os cuidadores da criança em família são constituídos, em sua maioria, de pessoas do sexo feminino, sendo 56 (43,4%) mulheres entre 20-39 anos de idade, com ensino fundamental incompleto, representada geralmente pela figura da mãe que vive com uma renda mensal entre 1-3 salários mínimos.

FAIXA ETÁRIA, ESCOLARIDADE E RENDA DOS CUIDADORES, NATAL-RN, 2002

FAIXA ETÁRIA	FA	%
15-19	18	14,0
20-29	56	43,4
30-39	40	31,0
40 e mais	15	11,6
Total	129	100,0
ESCOLARIDADE		
Alfabetizado	21	16,3
1º incompleto	83	64,3
1º completo	25	19,4
Total	129	100,0
RENDA		
< 1sal. Mínimo	20	15,5
2 sal. mínimo	101	78,3
Acima de 3 sal.	8	6,2
Total	129	100,0

Em relação aos primeiros cuidados à criança doente, 62 (48,2%) dos cuidadores procuram a unidade de saúde

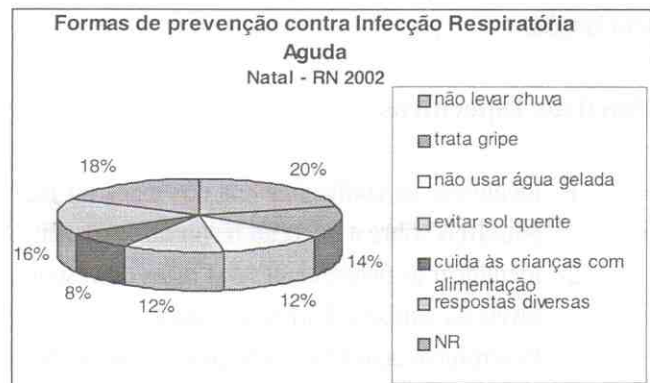
quando detectam qualquer sinal de alteração do estado geral; 47 (36,6%) fazem medicação por conta própria e apenas 17 (13,2%) utilizam fitoterápicos. Estes resultados denotam a incorporação de valores arraigados na concepção de saúde baseada no modelo curativo e medicalizante – uma valorização histórica/social e econômica e a prática médica curativa vigente nos serviços de saúde, na qual a equipe do PSF luta na perspectiva de superá-la através de investimentos no trabalho de educação em saúde na comunidade e domicílios. Esta, se contar com a participação ativa e consciente da comunidade, pode contribuir para minimizar o quadro precário de saúde que vive.



Entretanto, no cotidiano da unidade de saúde, a grande demanda busca o atendimento médico curativo, o que exige medicamentos e exames complementares, conforme os respondentes. Porém, acredita-se que existem ainda aqueles cujas doenças são tratadas através de ervas medicinais e aqueles que utilizam outras formas, como os 13,2% que fazem uso de chás ou lambedores antes de procurarem os serviços de saúde. Isso demonstra a manutenção da cultura da cura por meio dos medicamentos fitoterápicos caseiros, os quais evitam em muito a automedicação.

Os cuidadores expressaram fazer uso de prevenção da pneumonia em crianças com IRA leve através de medidas básicas, como: não levar chuva (27 pessoas), tratar a gripe (18 pessoas), não usar água gelada (16 pessoas) e evitar exposição ao sol (15 pessoas), respostas variadas do tipo “faz tudo que precisa” (23 pessoas) e não responderam (20 pessoas). Apenas 10 pessoas disseram que cuidam da criança gripada com a alimentação e ninguém mencionou aspectos emocionais de cuidado. Essas medidas são de senso comum, entre a população, no tratamento das doen-

ças de um modo geral. O senso comum, nesse caso, contém inumeráveis interpretações pré-científicas e quase científicas sobre a realidade cotidiana que admite como certas (7). A pouca ênfase sobre a alimentação, como uma das medidas para o tratamento da IRA leve, pode sugerir que os cuidadores desconhecem a visão da saúde para além da ausência de doenças, conforme o que está divulgado no Sistema Único de Saúde.



Quanto ao reconhecimento de sinais de gravidade – letargia, “vomita tudo que come” e convulsão –, conforme a classificação AIDPI, 116 (89,9%) dos respondentes afirmaram saber identificá-los, enquanto 13 (10,1%) não sabem identificar. O desconhecimento desses últimos, segundo suas justificativas é devido não ter tido filho com tais doenças com respectivos sinais. Além disso, a maioria dos 116 aponta como grave ou muito grave os sinais de tosse, febre, respiração aumentada e vômitos, e referem saber priorizar o cuidado imediato necessário à criança com IRA no domicílio. Esse percentual pode indicar que o trabalho de educação em saúde e de prevenção investida pela equipe da UBS, vem produzindo um resultado positivo, pois, segundo a estratégia AIDPI, ensinar às mães como identificar sinais de gravidade em crianças é uma forma integrada de trabalhar no serviço de saúde e no domicílio, o que representa um novo paradigma. Por isso, é estratégico realizar recomendações às famílias quanto ao momento que devem procurar atendimento no serviço de saúde para a criança doente ou fazer as visitas de rotina para a vacinação e controle de crescimento e desenvolvimento e, ainda, aconselhar sobre os cuidados da criança em casa e como trabalhar as medidas de prevenção, o que representam um novo paradigma na promoção de saúde da criança.



## CONCLUSÃO

Os cuidadores, em sua maioria mulheres jovens de condição social e econômica desfavorecidas, cuidam suas crianças no processo saúde/doença dentro da visão do modelo curativo, o qual é conferido pelas respostas, quando, a qualquer sinal de alteração de estado geral, levam ao médico ou fazem automedicação. Algumas pessoas utilizam plantas medicinais e outras medidas populares. Vale ressaltar que muitos cuidadores não responderam ou não consideram a alimentação como uma das medidas básicas de cuidado para promover a saúde. Essa situação é reforçada nas respostas dos cuidadores que utilizam as medidas gerais e básicas de conhecimentos respaldados no senso comum para prevenir o agravamento da IRA leve para pneumonia; mas também foram poucos os que lembraram a alimentação.

No que se refere aos seus conhecimentos sobre sinais de gravidade das doenças em geral e especificamente de pneumonia, os cuidadores, na sua maioria, demonstraram saber identificá-los, mas esse saber só foi adquirido através de experiências, concretamente vividas –IRA/pneumonia- pois aqueles que não tiveram seus filhos doentes 13 (10,1%) afirmaram não saber identificar tais sinais.

Desse modo, percebe-se que há necessidade dos cuidadores em conhecer essas doenças e seus sinais e sintomas, antes da ocorrência da doença nos seus filhos, para aprenderem os sinais de perigo. Por isso, é estratégico realizar esses ensinamentos – processo saúde/doença- com cuidadores, em forma de discussões e de diálogos sobre as

doenças prevalentes na infância, a partir das suas realidades culturais, sociais e econômicas, aproveitando visitas domiciliares, nas ocasiões de consultas e trabalhos de grupos de mães, mantendo o paradigma de integralidade, a fim de ter um sujeito como aliado atuante, com conhecimento para promover a saúde infantil.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTUNANO, F. J. L. Epidemiologia das infecções respiratórias agudas em crianças: panorama regional. In: BENGUIGUI, Y. **Infecções respiratórias em crianças**. Washington: OPA, 1998. p. 3-19.
- BENGUIGUI, Y. **Infecções respiratórias agudas: fundamentos técnicos das estratégias de controle**. Washington: OPS, 1997.
- BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 16. ed. Petrópolis: Vozes, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Situação de saúde da criança de risco no Brasil, 2001**. Disponível em: <URL: <http://www.saudedacrianca.org.br/cis/indic/situacao-de-saude-da-crianca-de-risco-no-brasil.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2003.
- FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. M. Introdução. In: KALOUSTIAN, S. M. **Família brasileira, a base de tudo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.
- IBGE. **Crianças e adolescentes: indicadores sociais**. Rio de Janeiro, 1999. v. 4.
- KALOUSTIAN, M. S. **Família brasileira, a base de tudo**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

RECEBIDO EM: 24/09/2003

APROVADO EM: 14/11/2003