

Parte III – Condições de Saúde e Afecções Específicas

18. Atenção à Criança com Infecções Respiratórias Agudas em Serviço de Saúde

Cecília Helena Siqueira Sigaud
Alberto Olavo Advíncula Reis

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SIGAUD, C.H.S., and REIS, A.O.A. Atenção à Criança com Infecções Respiratórias Agudas em Serviço de Saúde. In: CUNHA, A. J. L. A., BENGUIGUI, Y., and SILVA, M. A. S. F., orgs. *Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 357-375. ISBN: 978-85-7541-604-4. Available from: doi: [10.7476/9788575416044.0019](https://doi.org/10.7476/9788575416044.0019). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/v3d7g/epub/cunha-9788575416044.epub>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

ATENÇÃO À CRIANÇA COM INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS EM SERVIÇO DE SAÚDE

18

*Cecília Helena Siqueira Sigaud
Alberto Olavo Advíncula Reis*

INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias agudas (IRA) têm elevada incidência na população infantil. A maioria das IRA corresponde a “infecções virais das vias respiratórias altas que em geral são auto-limitadas e curam espontaneamente com cuidados caseiros” (Antuñano, 1998) e apenas uma pequena parcela dos agravos corresponde a casos graves como pneumonia e bronquiolite. Estes últimos acometem com maior frequência as crianças de pouca idade e se constituem os principais responsáveis pelos óbitos de causa respiratória e pela hospitalização infantil (Benguigui, 1998; Brasil/MS/Datasus, 2003).

No Brasil, as doenças do aparelho respiratório ocupam o terceiro lugar entre as principais causas de morte em crianças menores de cinco anos, seguindo as afecções originárias no período perinatal e as doenças infecciosas e parasitárias (Brasil/MS/Datasus, 2003). No estado e no município de São Paulo, as doenças respiratórias se constituem a segunda causa de óbitos nesse grupo etário, totalizando 979 e 357 mortes respectivamente, sendo precedidas apenas pelas afecções perinatais. Entre as crianças de um a quatro anos da capital, esse conjunto de causas ocupa o primeiro lugar (Brasil/MS/Datasus, 2003).

Para lograr o controle das IRA é imprescindível que as famílias desempenhem seu papel adequadamente, no que diz respeito à saúde da criança, tanto por terem ao seu encargo o cuidado da criança no domicílio, como também por definirem quando ela está doente e que atitudes e ações devem assumir frente ao problema.

A percepção que a família tem dos sinais de doença da criança determina a precocidade da consulta a um serviço de saúde e tem grande influência na frequência de aparição de casos graves de doença, na maioria das vezes associados à demora no início do tratamento e à ocorrência de mortes domiciliares. A conduta familiar com relação às recomendações de tratamento oferecidas pelo pessoal de saúde também tem uma importância fundamental na evolução da doença da criança.

Entretanto, numerosos fatores relacionados à organização e às características da atenção prestada nos serviços de saúde influem na conduta dos pais, entre os quais a inexistência de serviços de saúde para atendimento infantil próximos à população, a indisponibilidade de transporte eficiente e a ausência de recursos financeiros suficientes para custear tanto um como outro. Além disso, por vezes a população não busca os serviços precocemente em razão das dificuldades vivenciadas em atendimentos prévios, tais como espera prolongada ou tratamento inadequado.

Outros fatores relacionados ao processo de comunicação também podem estar associados ao não cumprimento das recomendações propostas pelos profissionais de saúde, como informação inadequada e, principalmente, forma imprópria de compartilhá-la com a família. A inadequação da forma se faz presente seja porque é utilizada linguagem técnica seja porque não se dá oportunidade aos pais de se expressarem, impedindo-lhes de tirar suas dúvidas e discutir suas dificuldades. Assim, para se produzir ações de maior impacto no campo da saúde infantil, é fundamental que os profissionais encarregados do atendimento estejam atentos ao processo de comunicação que se estabelece com a família em seus vários aspectos.

Nesse contexto, a importância das crenças e práticas culturais para maior efetividade das ações básicas de saúde tem sido cada vez mais

reconhecida (Chevallier, 1993; Charaly, 1998), pois condicionam a abordagem e tratamento da criança doente. Assim, considerando que a maioria dos casos de IRA são tratados em casa e as práticas de cuidado domiciliar são vitais para o manejo da criança com IRA, a mortalidade e morbidade por IRA poderiam sofrer reduções substanciais com a implantação de atividades educativas em saúde, que, por sua vez, só seriam efetivas se baseadas na compreensão acurada das concepções, atitudes e práticas da população.

Voltadas à finalidade de aprofundar conhecimentos sobre as percepções de familiares sobre IRA e o cuidado realizado à criança doente em casa, foram conduzidas diversas investigações em diferentes regiões do mundo. Entretanto, a maioria delas foi desenvolvida em comunidades rurais (Campbell, Byass & Greenwood, 1990; Hudelson et al., 1995; Teka & Dagneu, 1995; Iyun, 1996; Grace, 1998; Maynard-Tucker, 1998; Collet et al., 1999; Pebley, Hurtado & Goldman, 1999), cuja cultura e organização social assumem características muito peculiares. Entre os trabalhos realizados em populações urbanas, grande parte teve lugar em países africanos e asiáticos (Denno et al., 1994; Aung et al., 1994; Amofah et al., 1995; Khan et al., 1995; Muhe, 1996; Khamgaonkar et al., 1999) e alguns em países latino-americanos de língua espanhola (Rodriguez et al., 1990; Toro et al., 1992), revelando resultados pouco transponíveis a nossa realidade social e cultural.

Em território brasileiro foram realizados poucos estudos abordando o tema em questão (Mendes et al., 1995; Chiesa, 1999; Monteiro, Enders & Mota, 2002). Tratam-se de estudos comunitários, realizados em centros urbanos de diferentes regiões do país, que ofereceram valiosas contribuições, inclusive no que diz respeito ao desenvolvimento de propostas educativas (Mendes et al., 1995).

Tendo em vista o exposto, evidencia-se a necessidade de serem desenvolvidas mais investigações a fim de subsidiar os programas de controle e as propostas de educação em saúde, as quais visam a redução da morbimortalidade por IRA em nossa realidade. Considerando a amplitude e a riqueza das percepções existentes, os resultados obtidos pelas pesquisas

não podem ser generalizados, pois guardam estreita relação com a história de vida e posição social ocupada pelos sujeitos participantes.

Assim, este estudo teve como objetivo geral compreender as percepções – das mães – relacionadas com a pneumonia e suas práticas de cuidado domiciliar à criança menor de cinco anos. Houve interesse particular pelo comportamento da população no que diz respeito à busca de atenção à criança doente em serviço de saúde, uma vez que tal ação é decisiva para o diagnóstico oportuno e tratamento adequado do problema. Por essa razão, aqui são descritos aspectos importantes que caracterizam essa prática, quais sejam: os sinais indicativos de adoecimento infantil que motivaram a busca de atenção, a escolha do serviço de saúde e as dificuldades encontradas para a obtenção do atendimento.

METODOLOGIA

De antemão, cabe destacar que este protocolo de pesquisa foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da USP de acordo com os requisitos da Resolução CNS/196/96, em reunião realizada em 11 de setembro de 2001.

Entendendo-se que o estudo das creanças pertence ao domínio das Ciências Sociais e é viável por meio do enfoque qualitativo, optou-se por desenvolver uma pesquisa de natureza qualitativa.

Constituíram-se sujeitos desta pesquisa 20 mães que tinham pelo menos um filho com idade entre dois meses e quatro anos, na ocasião. Tal delimitação etária está relacionada ao fato de esse grupo populacional apresentar maior vulnerabilidade para adoecer e morrer por pneumonia, constituindo-se alvo da estratégia AIDPI. Exclui-se o segmento de menores de dois meses em função de a doença se manifestar de forma muito peculiar no mesmo.

O conjunto de mães participantes deu origem a dois grupos de sujeitos: um formado por mães cujos filhos não haviam contraído pneumonia até o momento da pesquisa (14); e outro, constituído por aquelas que tinham vivido a experiência de ter ao menos um filho acometido de pneumonia (Campbell, Byass & Greenwood, 1990). Partiu-se do pressuposto de que as

percepções acerca da pneumonia e dos cuidados prestados à criança doente podem variar, entre outros fatores, devido às diferentes experiências pessoais dos sujeitos. Nesse sentido, ter vivido ou não a experiência de ter um filho acometido por pneumonia poderia contribuir para a (re)formulação de concepções, acrescentando elementos referentes às práticas tradicionais de cuidado à criança enferma e às recomendações dos profissionais de saúde.

Optou-se por buscar as mães no Centro de Saúde Escola Prof. Samuel Barnsley Pessoa (CSE), da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. As mães foram abordadas na sala de espera do Setor de Saúde da Criança, enquanto aguardavam atendimento para o filho. Na análise e discussão do material levou-se em conta o fato de as mães serem usuárias de serviço de saúde escola, o que certamente marcou suas concepções e práticas relacionadas à saúde/doença de seus filhos. O CSE possui características particulares que o diferenciam dos serviços da rede de um modo geral, destacando-se pela qualidade do atendimento prestado à clientela.

A fim de obter os dados que interessavam à investigação, foram realizadas entrevistas individuais e semi-estruturadas, utilizando-se um roteiro de tópicos de interesse explorados ao longo de seu curso. Tal estratégia permitiu a apreensão do significado pessoal atribuído pela mãe ao cuidado da criança com pneumonia, significado este construído a partir dos elementos produzidos pelo grupo social, constitutivos do pensamento coletivo (Minayo, 1992).

As conversas duraram em média 25 minutos e foram conduzidas pela pesquisadora, em espaço reservado na própria unidade. Ocorreram no período de 9 de outubro a 11 de dezembro de 2001, antes e/ou após a consulta pediátrica. Foram respeitados os princípios éticos estabelecidos para abordagem dos sujeitos.

O material obtido (depoimentos maternos) foi tratado segundo o método de análise de conteúdo. Optou-se pela análise temática por esta se aplicar a estudos sobre motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências etc. (Minayo, 1992; Bardin, 1977).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA

Predominaram na pesquisa mulheres jovens com idade variando entre 20 e 29 anos (60%), casadas (70%), com um ou dois filhos (95%), que residiam no distrito do Rio Pequeno (55%) ou no Butantã (45%). Quanto a sua procedência, a maioria (65%) era natural do estado de São Paulo, sendo 90% da capital, e as demais (35%) oriundas de outros estados do Brasil, estando em média há nove anos no município de São Paulo.

De um modo geral, as entrevistadas tinham baixo nível socioeconômico familiar. Sua escolaridade era de 7,2 anos de estudo completos em média, tendo algumas (40%) concluído o ensino fundamental e outras (45%) não, e apenas 15% haviam concluído o ensino secundário. Quanto à ocupação, 55% restringiam suas atividades ao âmbito da própria casa ('donas de casa') e 35% realizavam trabalho remunerado. Estas últimas, entretanto, desempenhavam funções predominantemente femininas, que gozam de menor prestígio social e freqüentemente não são regularizadas (sem registro em carteira de trabalho), tendo como consequência a baixa remuneração.

Os chefes de família possuíam média de escolarização ainda menor (5,4 anos de estudo completos), tendo apenas 20% completado o ensino fundamental. Pouco mais da metade dos responsáveis pelas famílias (55%) desempenhavam ocupações manuais de baixo prestígio social, o que conforme já foi dito implica baixa remuneração e muitas vezes ausência de vínculo formal de trabalho. Outros 20% realizavam atividades que exigem maior qualificação e gozam de relativo prestígio social, correspondendo a níveis pouco melhores de remuneração. Predominava entre as famílias (75%) renda mensal inferior a cinco salários mínimos.

Vale acrescentar que 35% das famílias eram chefiadas por mulheres. Essas famílias com freqüência se definem pela ausência do cônjuge e, por razões óbvias, contam com um orçamento mais reduzido, em que a mulher responde pela renda principal.

CATEGORIAS DE ANÁLISE

As mães se mostraram muito atentas a seus filhos, especialmente quanto ao surgimento de sinais e sintomas que indicam adoecimento. Essa preocupação se deve ao fato de a criança ser percebida como um ser mais frágil e, conseqüentemente, mais vulnerável a doenças. Ademais, tal condição de fragilidade e susceptibilidade colocaria a criança em situação de maior risco de ocorrência de problemas de saúde de maior gravidade. Assim, diante da percepção de adoecimento infantil, a procura de atendimento especializado foi mais precoce e mais freqüente.

A busca de atenção em serviço de saúde ocorreu motivada pelo reconhecimento de alguns sinais e sintomas sugestivos de doença na criança. Dentre o conjunto de sinais e sintomas, a febre foi o mais citado, configurando-se o principal sintoma de doença infantil para as mães.

Não é surpreendente a febre figurar em primeiro lugar, pois é um dos sinais de adoecimento mais comuns na infância e, historicamente, vem sendo associada a problemas muito graves (Penna, 1988). Em razão disso, a febre desperta medo nas pessoas e, quando ocorre em uma criança, os pais reagem com grande apreensão.

Foram apontados, com bastante freqüência, alguns sinais relacionados a comprometimento respiratório, entre eles cansaço, tosse, ruídos respiratórios alterados, secreção pulmonar, falta de ar e cianose.

Além dos sinais descritos anteriormente, foram também mencionados outros que motivaram a mãe a levar a criança ao médico. Entre esses podemos citar dor, vômito, inapetência, lesão de pele, problema de ouvido e alterações do comportamento. Tais manifestações são muito sutis, às vezes, evidenciando a necessidade de atenção e sensibilidade da mãe em relação à criança. Entre os comportamentos citados estão: choro, expressão de tristeza, desânimo, diminuição da atividade, choro freqüente e em tom diferente do habitual, 'moleza', sonolência excessiva e agitação ou irritação.

De um modo geral, os sinais apontados como indicativos de quadro de doença de maior gravidade foram os mesmos, assinalando-se apenas

a piora ou a maior intensidade de sua manifestação como, por exemplo, 'febre terrível', 'febre alta', 'bem roxinha', 'muito agitada', 'muito triste' e 'muito mal'.

Pela riqueza de informações oferecidas pelas mães, pode-se perceber que elas têm uma percepção aguçada em relação aos filhos, absolutamente necessária para a identificação da existência de problemas de saúde. Entretanto, ficou também evidente que não há uma diferenciação entre os sinais, colocando-se praticamente todos em pé de igualdade quanto a sua importância no que diz respeito à necessidade de avaliação profissional.

Foi possível notar, ainda, que as mães não reconhecem os sinais indicativos de pneumonia preconizados pela estratégia AIDPI – frequência respiratória aumentada e tiragem subcostal – (Brasil/MS/OMS/Opas, 1999), muito embora identifiquem e valorizem sinais de comprometimento respiratório. Pode-se supor que alguns desses sinais respiratórios mencionados pudessem se relacionar com aqueles propostos pela AIDPI. No entanto, há que se fazer verificação acurada sobre o entendimento materno acerca dos termos empregados.

Subentende-se que, uma vez sensíveis aos sinais respiratórios, pode-se direcionar o olhar materno para o reconhecimento de sinais objetivos e de maior valor preditivo para pneumonia, como a frequência respiratória aumentada e a tiragem subcostal, e que diante dos mesmos elas decidam pela busca imediata de atenção à criança em serviço de saúde. Tal passo é fundamental para o diagnóstico oportuno e o adequado tratamento das IRA.

Cabe aqui tecer comentário acerca dos relatos de ocorrência de pneumonia, que, graças à gravidade do quadro, exigiram a hospitalização das crianças. Segundo as mães, a hospitalização infantil se deu no momento em que foi diagnosticada a enfermidade, o que significa que o estado de saúde da criança já era grave quando a mesma foi levada para atendimento em serviço de saúde. Houve caso em que a criança recebeu atendimento médico na fase inicial do processo de doença, sem terem, contudo, sido oferecidos parâmetros que indicassem necessidade de retorno imediato ao serviço para reavaliação do problema.

Tendo em vista essa realidade, é primordial se investir em atividades de educação, na área da saúde, que enfatizem tal conteúdo.

Entre o reconhecimento de sinais de adoecimento e a busca efetiva de atendimento para a criança, as mães entrevistadas revelaram prazos bastante variáveis, podendo tardar até três dias.

Quando não sabiam o que se passava com a criança, isto é, não identificavam ou não estavam aptas a lidar com o problema de saúde, as mães relataram procurar o serviço de saúde em um dia, no máximo. Isso ocorreu também quando o estado de saúde infantil era considerado grave. Nesses casos, o recurso ao serviço de saúde se mostrou uma exigência, pois o médico surge como a única pessoa habilitada a tratar da criança.

Em situação de doença infantil, as mães recorrem ao médico com maior rapidez, em parte por não poderem contar com a colaboração da criança para se avaliar o problema. Tal fato gera nelas insegurança e ansiedade, fazendo com que procurem o médico, autoridade no assunto, para compartilhar as responsabilidades do cuidado infantil.

Havendo familiaridade com os sinais alterados e certo domínio em relação às ações de cuidado passíveis de serem realizadas no domicílio, as mães se percebem autorizadas a tratar sozinhas de seus filhos e então põem em prática seus conhecimentos acumulados em experiências semelhantes anteriores. Nesses casos, a procura do serviço de saúde fica condicionada à não remissão dos sinais ou à piora do estado geral infantil.

Foi possível constatar que o tratamento dispensado à criança no domicílio foi moldado pelas práticas médicas. Assim, embora o recurso ao serviço não tenha sido considerado necessário, o profissional permaneceu vivo no horizonte materno, definindo suas práticas. Boltanski (1989), analisando o comportamento das pessoas de classes populares, afirma que “longe de praticarem uma medicina paralela, as mães administram aos filhos remédios que o médico prescreveu anteriormente para tratar de doenças similares”. Assim, as mães se espelham na conduta dos médicos, ou melhor, naquilo que elas podem apreender das práticas médicas para prestarem o cuidado à criança em casa.

É merecedor de atenção também o fato de algumas mães terem se referido à necessidade de aguardar três dias para levar a criança febril para atendimento, alegando que antes desse período não seria possível o diagnóstico do problema existente. Segundo tais mães, a origem dessa prática estaria nas recomendações dos próprios profissionais de saúde do serviço.

Não se pode afirmar que profissionais tenham feito tal recomendação às mães, mas seja qual for a orientação profissional quanto aos critérios para procura de atendimento infantil em serviço de saúde, certamente esse foi o entendimento de algumas delas. É indubitável que esse entendimento seja problemático e que demande correção urgente, pois quando se trata de um agravamento à saúde de evolução rápida, a procura tardia de atenção pode comprometer a recuperação da criança, resultando até em sua morte.

Sabe-se que os serviços têm limitações quanto a sua capacidade de atendimento e que a grande maioria das doenças infantis cursa com febre, sem que muitas vezes se encontre causa que justifique intervenção clínica. Entretanto, a ida dos familiares ao serviço, mediante reconhecimento de sinais de doença infantil, deve ser sempre estimulada e elogiada.

Estudos mostram que uma pneumonia não tratada pode matar em um curto intervalo de tempo – três a cinco dias – e que uma grande proporção de mães de crianças que morreram não tinham se apercebido de que os filhos estavam doentes até que já se encontrassem em estado muito grave (Murray et al., 1997). A procura de atenção no serviço, seja o primeiro atendimento ou um retorno, é de fundamental importância para o diagnóstico oportuno e tratamento adequado dos problemas de saúde infantis, conforme já foi insistentemente alertado.

Nesse sentido, deve-se rever com as famílias os critérios de que se utilizam para tomar essa decisão, suprimindo-as com informações objetivas para que possam avaliar a situação de saúde da criança e reconhecer quando esta precisa de atenção, conforme preconizado pela estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) (Brasil/MS/OMS/Opas, 1999). Esta propõe a adoção dos seguintes indicadores

para a ida imediata ao serviço: a criança não consegue beber ou mamar, há uma piora do estado geral, aparecimento ou agravamento da febre, respiração rápida e dificuldade para respirar. A decisão de levar a criança para atendimento deve estar pautada em indicadores objetivos e não num critério temporal arbitrário como o referido pelas mães entrevistadas.

Diante do reconhecimento da necessidade de se buscar atendimento infantil, as mães se dirigiram a diferentes serviços de saúde. Os critérios maternos utilizados para escolha do serviço foram fundamentalmente pautados em suas experiências anteriores e nas questões relacionadas a acesso.

O acesso da população à saúde ou a oferta de serviços é mais do que simplesmente a existência dos mesmos (Opas, 1978). É preciso assegurar a acessibilidade aos serviços no sentido mais amplo do termo, que compreende as abordagens geográfica, financeira, cultural e funcional (Unglert, Rosenburg & Junqueira, 1987).

A maioria das mães recorreu a serviços hospitalares justificando que as unidades básicas disponibilizam apenas atendimento previamente agendado ('consulta marcada'). Já os prontos-socorros e prontos-atendimentos hospitalares se destinam aos casos de doença aguda e eventos não previstos e por essas razões foram escolhidos.

Observou-se que o Hospital Universitário (HU) da Universidade de São Paulo foi o mais procurado. Sua escolha se deu pela facilidade de oferecer atendimento durante 24 horas, de estar situado próximo ao local de residência das mães e por ser uma unidade de referência do CSE. Isso demonstra que as mães têm clareza a respeito da lógica de funcionamento e utilização dos serviços, fazendo com que orientem sua procura de atenção de forma a obterem sucesso.

Quanto ao atendimento em si recebido no serviço mencionado, houve manifestações de satisfação e insatisfação em relação à competência dos profissionais que prestaram atendimento infantil. No primeiro caso, destacou-se a qualidade do atendimento, traduzida pela prontidão e habilidade dos profissionais, além da relação de confiança estabelecida nas experiências vividas anteriormente. Já o descontentamento decorre

do entendimento de que houve falta de preparo profissional e, por isso, falha no diagnóstico e tratamento propostos, acarretando prejuízo à saúde da criança. Tal entendimento resultou da não recomendação médica do uso de medicamentos, antibióticos principalmente, à criança.

Por vezes, os critérios utilizados pelas pessoas para fazer uma avaliação da competência profissional do médico não são específicos e objetivos, por falta de informações relativas à área de conhecimento. Assim, avaliam competência em função de critérios difusos, abrangendo inclusive índices relativos aos modos de a pessoa se comportar, como boa vontade e amabilidade (Brasil/MS/OMS/Opas, 1999).

Há uma cultura intervencionista vigente na atualidade, gerada pelo modelo biomédico de assistência à saúde (Capra, 1987; Vilela, 1996). Esse modelo de assistência curativa por excelência privilegia o uso sistemático do medicamento como arma para o combate aos problemas de saúde. Assim, quando a avaliação médica não resulta em intervenção medicamentosa, situação raramente encontrada, o cliente tem suas expectativas frustradas. Como consequência disso, ocorre o fenômeno de peregrinação dos usuários pelos serviços até que sintam seus anseios correspondidos por meio da obtenção de uma prescrição medicamentosa.

Foram descritas algumas dificuldades encontradas para a busca de atendimento à criança no serviço, entre elas o transporte. Houve queixas relacionadas à longa espera pela chegada do veículo coletivo e à distância que tem que ser percorrida a pé entre o ponto de parada mais próximo e a entrada do hospital. Nas situações de urgência, devido à maior gravidade do estado de saúde infantil, restou-lhes contar com o auxílio de terceiros para efetuarem o percurso em veículo particular.

Ainda hoje a população de São Paulo enfrenta problemas de fácil solução, como o relatado, que dificultam sobremaneira o acesso aos serviços de saúde. Bastaria uma iniciativa do setor público no sentido de rever os trajetos percorridos pelos veículos de transporte coletivo na área, pois a dificuldade de acesso geográfico, ainda que não seja impeditiva para a utilização do serviço de saúde, é um fator limitante para a população usuária.

A atividade de trabalho da mãe se revelou outra dificuldade na busca de atendimento ao filho doente, ao representar uma restrição da disponibilidade materna para o cuidado da criança, resultando no retardo de sua ida ao serviço de saúde.

Na verdade, a inserção da mulher no mercado de trabalho guarda um duplo aspecto no tocante aos cuidados infantis. Por um lado, os rendimentos advindos da atividade remunerada de trabalho incrementam o orçamento familiar, trazendo maior acesso aos bens necessários à família e, desse modo, melhoram suas condições de vida. Por outro, coloca a mulher em situação de indisponibilidade ao menos parcial para os assuntos da casa e dos filhos, refletindo-se numa menor atenção dispensada a ambos.

Isso acarreta a vivência de um grande dilema por parte de muitas mulheres trabalhadoras que, quando o filho adoecer, sentem-se culpadas por não poderem dispensar-lhe toda a atenção que gostariam ou que pensam que seria necessária. Nessa situação, faz-se presente o ideal de maternidade existente no ideário coletivo e internalizado por todos, que culpabiliza a mãe por todos os problemas existentes com os filhos (Badinter, 1985; Brioschi, 1989).

Trata-se de uma concepção perversa, que aprisiona as mulheres, por um lado, e as desampara, por outro. Além disso, aborda a questão da saúde/doença infantil desvinculada do contexto social, entendendo o processo de adoecimento como resultado de forças de âmbito individual tanto da mãe como da criança.

CONCLUSÕES

A busca de atendimento em serviço de saúde foi citada pelas mães entrevistadas como ação relevante diante do reconhecimento de sinais de doença na criança. Elas se mostraram aptas a reconhecerem diversos sinais de doença, enfatizando febre e sinais de comprometimento respiratório. Entretanto, mediante o reconhecimento dessas evidências, por vezes não compreendem a necessidade de procurarem atendimento imediato, o que pode contribuir para o agravamento do quadro infantil.

As mulheres relataram dar preferência aos serviços hospitalares nos, casos de doença infantil, em função dos aspectos funcionais dos mesmos. Revelaram enfrentar algumas dificuldades para a obtenção do atendimento, entre elas: longo tempo de espera no serviço, desconfiança em relação à competência dos profissionais da saúde, ausência de transporte coletivo nas imediações do serviço e falta de disponibilidade materna para levar a criança ao serviço por causa de sua atividade de trabalho.

As contribuições oferecidas pelo presente estudo podem ser de grande valia para subsidiar atividades educativas na área da saúde infantil, uma vez que, “para ser efetiva, a educação em saúde deve ter por base um entendimento exato do conhecimento, das crenças e das práticas prevalentes na comunidade” (Benguigui, 1997).

O modelo de assistência à saúde tradicional tem uma intenção educativa, porém adota uma postura autoritária, centrada na mudança de comportamento. Essa concepção de educação responsabiliza e culpabiliza o indivíduo por seus problemas de saúde, limitando-se a mudar condutas de risco (Pereira, Penteadó & Marcelo, 2000).

Há que se adotar uma nova prática educativa, baseada em outras bases conceituais, as quais incorporem o conceito de *empowerment* ou fortalecimento pessoal, entendido como um processo de desenvolvimento pessoal ou ampliação do poder político e de participação comunitária. Caracteriza-se pelo seu papel libertador e problematizador, pelo que as ações assumem caráter mais abrangente, destacando-se o direito à saúde e a capacidade de escolha dos indivíduos (Chiesa, & Veríssimo, 2001).

Na nova perspectiva educacional, pressupõe-se que os indivíduos possam ampliar o controle sobre suas vidas promovendo transformações das realidades social e política. As ações de saúde não devem ficar restritas à oferta de serviços à população, mas deverão contemplar a atuação inter-setorial no nível dos determinantes de saúde.

E, finalmente, a comunicação ocupa posição central, pois é o meio de veiculação do processo educativo. A base do processo comunicativo é o conhecimento recíproco entre usuários e trabalhadores da saúde. A

partir da troca de informações, crenças e valores pretende-se “chegar a acordos que orientem positivamente os fazeres dos profissionais e usuários para o atendimento às necessidades de saúde destes últimos” (Chiesa & Veríssimo, 2001).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMOFAH, G. K. et al. Intended response of caretakers of pre-school children to acute respiratory infection in a rural district in Ghana. *East African Medical Journal*, 72(10): 619-622, 1995.
- ANTUÑANO, F. J. L. Epidemiologia das infecções respiratórias agudas em crianças: panorama regional. In: BENGUIGUI, Y. et al. (Eds.) *Infecções Respiratórias em Crianças*. Washington, D.C.: Opas, 1998. p.3-22. (Opas. Série HCT/AIEPI-1.P)
- AUNG, T. et al. Knowledge, attitudes and practices of mothers on childhood acute respiratory infections (ARI). *The Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health*, 25(3): 590-593, 1994.
- BADINTER, E. *Um Amor Conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BENGUIGUI, Y. Controle das infecções respiratórias agudas. In: BENGUIGUI, Y. et al. (Eds.) *Ações de Saúde Materno-Infantil a Nível Local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância*. Washington, D.C.: Opas; 1997. p.101-37. (Opas. Série HCT/AEPI-4)
- BENGUIGUI, Y. Magnitude e controle das IRA em função das metas da cúpula mundial em favor da infância. In: BENGUIGUI, Y. et al. (Eds.) *Infecções Respiratórias em Crianças*. Washington, D.C.: Opas; 1998. p. 23-41. (Opas. Série HCT/AIEPI-1.P)
- BOLTANSKI, L. *As Classes Sociais e o Corpo*. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

- BRASIL. Ministério da saúde. Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde (OMS/OPAS). Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação. Brasília: Ministério da Saúde, 1999 (Módulos 1-7).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Datasus. Informações de saúde. Indicadores de saúde. Indicadores e Dados Básicos – IDB 2002. Indicadores de Mortalidade. Disponível em <<http://www.datasus.gov.br>> Acessado em: 25 jul. 2003.
- BRIOSCHI, L. R. & TRIGO, M. H. B. Família: representação e cotidiano. Reflexões sobre um trabalho de campo. São Paulo: Ceru, 1989. (Col. Textos, 2ª. série, n. 1)
- CAMPBELL, H.; BYASS, P. & GREENWOOD, B. M. Acute lower respiratory infections in Gambian children: maternal perception of illness. *Annals of Tropical Paediatrics*, 10(1): 45-51, 1990.
- CAPRA, F. O modelo biomédico. In: CAPRA, F. *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Cultrix, 1987. p. 116-155.
- CHARALY, M. D. M. Resultados de estudos etnográficos em relação ao controle das IRA na Bolívia. In: BENGUIGUI, Y. et al. (Eds.) *Infecções Respiratórias em Crianças*. Washington, D.C.: Opas, 1998. p. 383-394. (Opas. Série HCT/AIEPI-1.P)
- CHEVALLIER E. Importância do trabalho sobre as representações na formação dos agentes sanitários e sociais. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, (1): 160-162, 1993.
- CHIESA, A. M. *A equidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na infância*, 1999. Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- CHIESA, A. M. & VERÍSSIMO, M. D. L. O. A educação em saúde na prática do PSF. In: INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

- COLLETT, C. A. et al. Parental knowledge about common respiratory infections and antibiotic therapy in children. *Southern Medical Journal*, 92(10): 971-976, 1999.
- DENNO, D. M. et al. Maternal knowledge, attitude and practices regarding childhood acute respiratory infections in Kumasi, Ghana. *Annals of Tropical Paediatrics*, 14(4): 293-301, 1994.
- GRACE, J. The treatment of infants and young children suffering respiratory tract infection and diarrhoeal disease in a rural community in Southeast Indonesia. *Social Science & Medicine*, 46(10): 1291-1302, 1998.
- HUDELSON, P. V. et al. Ethnographic studies of ARI in Bolivia and their use by the National ARI Programme. *Social Science & Medicine*, 41(12): 1677-1683, 1995.
- IYUN BE, TOMSON G. Acute respiratory infections – mother's perceptions of etiology and treatment in south-western Nigeria. *Social Science & Medicine*, 42(3): 437-445, 1996.
- KHAMGAONKAR, M. B. et al. Awareness of urban slum mothers regarding home management of diarrhoea and symptoms of pneumonia. *Indian Journal of Medical Science*, 53(7): 316-318, 1999.
- KHAN, A. Z. et al. Mothers' attitudes to children's chest infections in India. *Journal of The Royal Society of Health*, 115(5): 314-317, 1995.
- MAYNARD-TUCKER, G. Parents' management of ARI in the region of Marrakech. *Journal of Tropical Pediatrics*, 44(1): 59-62, 1998.
- MENDES, A. B. et al. Doenças respiratórias: em busca da prevenção. *Semina*, 16 (ed. especial): 73-80, 1995.
- MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.
- MONTEIRO, A. I.; ENDERS, B. C. & MOTA, E. A. F. Promoção de saúde da criança no seio familiar: uma estratégia de cuidar das infecções respiratórias agudas [resumo]. In: LIVRO PROGRAMA DO 2º.

- ENCONTRO INTERNACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM: TRAJETÓRIA ESPAÇO-TEMPORAL DA PESQUISA. Out 28-31, 2002. Águas de Lindóia, São Paulo. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2002. p.196.
- MUHE, L. Mothers' perceptions of signs and symptoms of acute respiratory infections in their children and their assessment of severity in an urban community of Ethiopia. *Annals of Tropical Paediatrics*, 16(2): 129-135, 1996.
- MURRAY, J. et al. *Ênfase Comportamental na Saúde Materno-Infantil: focalizando o comportamento das pessoas que cuidam de crianças (pais e encarregados da educação para o desenvolvimento de programas de saúde materno-infantil nas comunidades)*. Arlington (EUA): Basics, 1997.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Extension de la cobertura de servicios de salud con las estrategias de atencion primaria y participacion de la comunidad. Washington, D.C.: Opas, 1978. (Documentos Oficiais, 156)
- PEBLEY, A.; HURTADO, E. & GOLDMAN, N. Beliefs about children's illness. *Journal of Biosocial Science*, 31(2): 195-219, 1999.
- PENNA, H. A. O. Febre. In: MARCONDES, E. et al. (Coords.) *Pediatria em Consultório*. São Paulo: Sarvier, 1988. p.223-232.
- PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z. & MARCELO, V. C. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. *Mundo da Saúde*, 24(1): 39-44, 2000.
- RODRIGUEZ, A. E. P. et al. Actitudes y practicas de madres o tutores frente a las infecciones respiratorias agudas. *Revista Cubana de Pediatría*, 62(5): 666-677, 1990.
- TEKA, T. & DAGNEW, M. Health behaviour of rural mothers to acute respiratory infections in children in Gondar, Ethiopia. *Eastern African Medical Journal*, 72(10): 623-625, 1995.

- TORO, J. A. et al. *Conocimientos, Creencias y Praticas de las Madres en Infecciones Respiratorias Agudas y Traumatismos Infantiles*. Santiago: Ministerio de Salud del Chile/Unicef, 1992.
- UNGLERT, C. V. S.; ROSENBERG, C. P. & JUNQUEIRA, C. B. Acesso aos serviços de saúde: uma abordagem de geografia em Saúde Pública. *Revista de Saúde Pública*, 21(5): 439-446, 1987.
- VILELA, E. M. *Desmedicalizando o conceito de saúde*, 1996. Dissertação de Mestrado, Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.