



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO – MESTRADO EM ENFERMAGEM

**MAÍRA DOMINGUES BERNARDES SILVA**

**SABERES E PRÁTICAS DO CUIDADO MATERNO NA DOENÇA  
RESPIRATÓRIA INFANTIL**

**Rio de Janeiro  
Dezembro— 2011**

**MAÍRA DOMINGUES BERNARDES SILVA**

**SABERES E PRÁTICAS DO CUIDADO MATERNO NA DOENÇA  
RESPIRATÓRIA INFANTIL**

Dissertação de Mestrado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, do Adolescente e da Criança.

Orientadora: Dra. Leila Rangel da Silva

**Rio de Janeiro  
Dezembro - 2011**

S586 Silva, Maíra Domingues Bernardes.  
Saberes e práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil / Maíra Domingues Bernardes Silva, 2011.  
xiv, 98f.

Orientador: Leila Rangel da Silva.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2011.

1. Doenças respiratórias infantis – Cuidado e tratamento. 2. Enfermagem transcultural. 3. Crianças – Cuidado e higiene. 4. Etnoenfermagem. I. Silva, Leila Rangel da. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde Curso de Mestrado em Enfermagem. III. Título.

CDD – 618.922

**SABERES E PRÁTICAS DO CUIDADO MATERNO NA DOENÇA  
RESPIRATÓRIA INFANTIL**

**MAÍRA DOMINGUES BERNARDES SILVA**

**Dissertação submetida à Banca Examinadora da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre.**

**APROVADA EM 13 DE DEZEMBRO DE 2011.**

---

**Profª Drª Leila Rangel da Silva  
Presidente**

---

**Profª Drª Marialda Moreira Christoffel  
1ª Examinadora Externa  
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ**

---

**Profª Drª Inês Maria Meneses dos Santos  
2ª Examinadora Interna  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO**

---

**Profª Drª Marisa Monticelli  
Suplente Externa  
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC**

---

**Profª Drª Maria Aparecida de Luca Nascimento  
Suplente Interna  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO**

**Rio de Janeiro  
Dezembro – 2011**

*Orientadora*

**Professora Doutora**

**LEILA RANGEL DA SILVA**

**Meu agradecimento sincero e especial pelos cinco anos de relacionamento, desde a graduação, com orientações, apoio, companheirismo e principalmente, amizade. Por acreditar em mim, ensinando-me os valores e prazeres pela investigação científica. Pelo apoio e seriedade na realização desta conquista. Por me ajudar nas diferentes fases do meu aperfeiçoamento pessoal e profissional. Agradeço muito a Deus por ter você na minha vida. Nossa amizade e carinho são eternos. Nossa parceria científica é contínua: rumo às publicações!**

**Dedicatória**

- ❖ À minha mãe **Nelma**, companheira eterna e sempre presente ao meu lado, meu maior amor e exemplo de garra, perseverança e força. À minha irmã **Táisa**, melhor amiga que sempre me ajuda com maravilhosos conselhos e quem admiro muito. Ao meu pai **Luiz Carlos**, que também contribuiu com muito amor, muitos ensinamentos e criatividade na minha formação pessoal. Eu amo muito vocês.
- ❖ Ao meu namorado, melhor amigo, companheiro, conselheiro, ouvinte e futuro esposo **Vinicius** que sempre me traz sorrisos, carinho, motivação, incentivo e paz. Eu te amo.
- ❖ Às **crianças** que tanto amo

### **Agradecimentos Especiais**

- ❖ A **Deus**, por ter esta vida maravilhosa e por me dar tantas oportunidades de aprendizado. Por me dar força para superar as dificuldades. Por ter minha cachorrinha Buba tão saudável, de 15 anos, que tanto traz alegria e amor para nossa família. Obrigada Senhor.
- ❖ À minha família, por vibrar sempre pelas minhas vitórias: **Mãe, Pai e Taísa**, amo vocês! Ao meu tio **Mauro**, padrinho do meu coração que tanto amo, obrigada por tudo. Meus familiares de Juiz de Fora. À toda família, muita obrigada e tenham certeza que cada conquista é de todos nós.
- ❖ Ao meu amado **Vinicius Ramires Leite**, pelo amor e carinho presentes em todos os seus pensamentos e atos para mim. Por ser meu porto seguro, meu consultor de informática, tradutor, cozinheiro, motorista e tudo mais que eu preciso. Amo você!
- ❖ À minha segunda família: **Família Ramires e Família Leite** pelo carinho, torcida, por acreditarem e depositarem muita confiança em mim.
- ❖ A todos meus amigos de ontem, hoje e sempre: **Adriano, Alana, Aline, Amanda, Anninha, Bianca Gindre, Bruno Cotta, Bruno Medeiros, Camila, Desireé, Gabrielle, Jonathan, Marcos José, Natália Andrade, Nathália Martins, Patricia Gaia, Paula Leal, Rocky, Rodrigo Medeiros, Thamyriz Prata, Thiago Kikuts**, que sempre estão na corrente positiva para que tudo sempre dê certo. Minha admiração por vocês é enorme!
- ❖ Aos grandes amigos da pós-graduação na UNIRIO: **Lilia, Elisa, Swya, Márcia, Fábio, Antônio, Monik, Luciana, Cristiane e Díbulo** por compartilharmos e caminharmos juntos na pós graduação. Pela motivação, incentivo, sorrisos e abraços. Em especial, minha amiga Lilia, pelos maravilhosos sorrisos desde o momento em que a conheci e pela força que sempre me deu. À minha amiga Márcia Paiva, pelo carinho e por ter aceitado me orientar na monografia da especialização de enfermagem pediátrica, onde o trabalho desenvolvido contribuiu ricamente para esta dissertação. À Luciana, que tanto me deu força para seguir em frente nos últimos meses do mestrado, me apoiando e incentivando sempre. Elisa e Swya, obrigada pelo carinho de vocês, preocupação e força.
- ❖ Às professoras doutoras, **Inês Maria Meneses dos Santos, Maria Aparecida de Luca Nascimento, Adriana Teixeira Reis, Marisa Monticelli e Marialda Christoffel**, pela disponibilidade de participar das bancas de exame de qualificação e defesa final de dissertação. Agradeço pela compreensão e contribuições dadas ao estudo. Em especial, à Inês e Cida, meu carinho e agradecimento especial pelos ensinamentos e contribuições em diferentes etapas da construção da dissertação.

❖ Aos meus segundos pais: **Marcos Henrique, Marcus Assis, Rosângela e Irani** que tanto me ensinaram com maravilhosos exemplos de vida.

**Agradecimentos:**

- ❖ Às queridas Agentes Comunitárias de Saúde **Mônica** e **Grazielle**, que me auxiliaram no cenário de estudo, guiando-me tão carinhosamente no período da coleta de dados.
- ❖ Às **mães** entrevistadas que tão generosamente abriram seus lares para a pesquisa.
- ❖ Ao **Médico Gumercindo** e à **Enfermeira Graça** que me autorizaram a utilizar o Programa de Saúde da Família para a pesquisa, e me apoiaram durante todo trabalho de campo.
- ❖ À **Natália Andrade** que prontamente auxilia na confecção e revisão do abstract, sempre que necessito, em todos meus trabalhos científicos.
- ❖ Ao programa de Bolsas da **CAPES**, que me possibilitou a dedicação integral à pesquisa e integração acadêmica, apoiando-me financeiramente.
- ❖ E a **todos** aqueles que, de uma forma ou de outra, deram-me apoio, estímulo, incentivo, amizade e atenção.

**“Vida**  
**É o amor existencial**  
**Razão**  
**É o amor que pondera**  
**Estudo**  
**É o amor que analisa**  
**Ciência**  
**É o amor que investiga**  
**Filosofia**  
**É o amor que pensa**  
**Religião**  
**É o amor que busca a Deus**  
**Verdade**  
**É o amor que eterniza**  
**Ideal**  
**É o amor que se eleva**  
**Fé**  
**É o amor que transcende**  
**Esperança**  
**É o amor que sonha**  
**Simpatia**  
**É o amor que sorri**  
**Trabalho**  
**É o amor que constroi**  
**Caridade**  
**É o amor que auxilia**  
**Fraternidade**  
**É o amor que se expande.”**  
**(Francisco Cândido Xavier)**

## SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	xii
<b>ABSTRACT</b> .....	xiii
<b>RESUMEN</b> .....	xiv
<b>CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	1
1.1 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO.....	1
1.2 O IMPACTO DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NO BRASIL E NO MUNDO: SÉRIO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA .....	2
1.3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL E INTERNACIONAL RELACIONADA ÀS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS AGUDAS EM CRIANÇAS.....	4
1.4 SABERES E PRÁTICAS POPULARES NO CONTEXTO DA DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA INFANTIL .....	5
<b>CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	9
2.1 TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER .....	10
2.2 MODELO DE SUNRISE .....	11
<b>CAPÍTULO 3 - CAMINHAR METODOLÓGICO</b> .....	14
3.1 NATUREZA DO ESTUDO .....	15
3.2 CENÁRIO DO ESTUDO .....	16
3.3 PRECEITOS ÉTICOS NA PESQUISA .....	21
3.4 DEFINIÇÃO DOS SUJEITOS E PRODUÇÃO DE DADOS .....	21
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	26
<b>CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	28
4.1 PERFIL DAS INFORMANTES CHAVE E DOS INFORMANTES GERAIS.....	28
4.2 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS .....	42
<b>CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS DADOS</b> .....	47
<b>CATEGORIA 1 - Cuidado Materno no Processo Saúde-Doença na Criança com Doença     Respiratória Aguda</b> .....	47
1.1 (Des) Conhecimento sobre o conceito da Doença Respiratória Aguda Infantil .....	47
1.2 (Falta de) Prevenção na Doença Respiratória Aguda Infantil.....	55
<b>CATEGORIA 2 - Saber Popular x Saber Profissional na Doença Respiratória Aguda     Infantil</b> .....	63
2.1 Saber Popular e Práticas do Cuidado Materno na Doença Respiratória Aguda Infantil .....	64
2.2 Saber Profissional na Doença Respiratória Aguda Infantil.....	76

<b>REFERÊNCIAS</b> .....	85
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
APÊNDICE 1 - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SMS/RJ .....	91
APÊNDICE 2 - GUIA DE OBSERVAÇÃO-PARTICIPAÇÃO-REFLEXÃO .....	93
APÊNDICE 3 - FORMULÁRIO DO PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO-CULTURAL.....	94
APÊNDICE 4 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM AS INFORMANTES-CHAVE (Mães) .....	95
APÊNDICE 5 – ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS INFORMANTES GERAIS (Agentes Comunitários de Saúde) .....	96
<b>ANEXOS</b> .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>
ANEXO 01 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/RJ .....	97
ANEXO 02 – Fotografias .....	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

**SILVA, Maíra Domingues Bernardes.** Saberes e Práticas do Cuidado Materno na Doença Respiratória Infantil. Rio de Janeiro. 2011. 98 fls. xiv  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

## RESUMO

Trata-se de uma pesquisa etnográfica com base na etnoenfermagem, de abordagem qualitativa, tendo como objeto de estudo os saberes e práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil. Os objetivos foram: identificar e analisar os saberes e as práticas do cuidado materno relacionados à doença respiratória de seus filhos. O referencial teórico metodológico utilizado foi a Teoria do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. O cenário da pesquisa foi a Estratégia de Saúde da Família e os domicílios da comunidade do Morro do Fubá, no Bairro de Cascadura, localizado na área programática 3.3 da cidade do Rio de Janeiro. As informantes-chave foram 21 mães de crianças com doença respiratória aguda e os informantes gerais foram 5 agentes comunitários de saúde, moradores da comunidade. O período de coleta de dados foi de 18 de Agosto a 15 de Dezembro de 2010. Foram utilizados três capacitadores designados para a obtenção dos dados de etnoenfermagem: observação-participação-reflexão (OPR), formulário sócio-econômico-cultural e entrevista semiestruturada. A análise dos depoimentos foi fundamentada na análise de dados da etnoenfermagem resultando em duas categorias: 1) Cuidado materno no processo saúde-doença na criança com doença respiratória aguda e 2) Saber popular x Saber profissional na Doença Respiratória Aguda (DRA) na Criança. Pode-se constatar que os saberes e as práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil são passados de geração a geração, baseados no contexto popular, que está diretamente relacionado com o processo de cuidar dessas mães. Constatou-se também que alguns fatores facilitam (Tecnológicos, Religiosos e Filosóficos, Companheirismo e Vida Social), e outros, dificultam (Valores Culturais e Modos de Vida: o ambiente domiciliar, Econômicos, Educacionais) o cuidado materno com os seus filhos com doença respiratória, neste contexto onde habitam as famílias da comunidade do Morro do Fubá na cidade do Rio de Janeiro. O que se mostrou surpreendente no estudo foi o desconhecimento das mães em relação à doença respiratória do filho, o que nos faz refletir sobre o processo educativo como instrumento de prevenção e promoção de saúde nas unidades de saúde. Este estudo também evidenciou que a maior parte das mães apresentou dúvidas de ordem conceitual, etiológica, sobre a defesa imune do organismo contra as bactérias e vírus que causam estas afecções, a hereditariedade da doença, a cura e/ou tratamento, os cuidados e as diferenças entre outras doenças respiratórias. O enfermeiro precisa ter essa percepção para conscientizar esta mãe sobre a doença respiratória de seu filho, sem desmerecer seus saberes, mas, sim, somar o conhecimento popular desta mãe com o conhecimento profissional do enfermeiro. Neste contexto, as ações e decisões do cuidado de enfermagem propostas por Madeleine Leininger, como a preservação, acomodação e/ou negociação são essenciais para o bem estar destas crianças com doenças respiratórias agudas, visto que é a escuta dos saberes e das práticas do cuidado materno a essas crianças com DRAs que pode auxiliar na construção do melhor cuidado profissional.

Palavras-chave: Enfermagem Transcultural; Etnoenfermagem; Saúde da Criança; Doenças Respiratórias

**SILVA, Máira Domingues Bernardes.** Knowledge and Practices of Maternal Care of Respiratory Tract Diseases in Children. 2011. 98 fls. xiv  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

### ABSTRACT

The aim of this research is to analyze the knowledge and practices of maternal care related to childhood respiratory tract diseases. For this, it will be applied a qualitative approach. The main objectives of this study are the following: identifying and analyzing the knowledge and the practices related to maternal care of respiratory illnesses in their children. The methodology used in my analysis takes into consideration the Ethnonursing approach and, as theoretical source, the Culture Care Theory by Madeleine Leininger has been used. This research was carried among the community of Morro do Fubá, in Cascadura, located in the program area 3.3, in the city of Rio de Janeiro. The key-informants were 21 mothers of children with respiratory tract diseases. Data collection for the research took place from August 18 to December 15, 2010. Three approaches were used in the process of Ethnonursing data collection: Observation-Participation-Reflection (OPR), a form for socio-economic-cultural data collection, and semi-structured interviews. The data analysis was performed according to the requirements of Ethnonursing methodology which results in two (2) categories: 1) Maternal Care in the health-disease process in children with respiratory tract diseases; and 2) Popular knowledge x Professional knowledge in respiratory tract diseases in Children. It can be noticed that knowledge and practices of maternal care in respiratory diseases in children are passed from generation to generation, based on the popular context, which is directly related to the process of caring for these mothers. It was also found that some factors facilitate (Technological, Religious and Philosophical, and Social Life Fellowship), and others difficult (Cultural Values and Livelihoods: the home environment, economic, educational) the maternal care of children with chronic respiratory, in this context where the families live in the community of Morro do Fubá, in the city of Rio de Janeiro. What proved surprising in the study was the lack of knowledge of mothers in relation to respiratory disease in their child, which makes us think over the educational process as a means of prevention and health promotion in healthcare facilities. This study also showed that most mothers had conceptual questions\_ etiologic\_ about the body's immune defense against bacteria and viruses that cause these diseases, the heredity of the disease, the cure and/or treatment, care and the differences among respiratory diseases. The nurses must have this perception in order to help mothers raise their awareness about the respiratory illness of their children, without taking for granted their knowledge, but rather add the popular knowledge of mothers to the professional knowledge of nurses. In this context, the actions and decisions of nursing care proposed by Madeleine Leininger, such as preservation, accommodation and/or negotiation are essential to the well being of these children with acute respiratory diseases. It is the listening of the knowledge and practices of maternal care in children with DRA's that can help in developing the best professional care.

Keywords: Transcultural nursing; Ethnonursing; Child Health; Respiratory Tract Diseases

**SILVA, Maíra Domingues Bernardes.** Conocimientos y prácticas de cuidado materno em Niños com Enfermedades Respiratórias. Rio de Janeiro. 2011. 98 fls. xiv  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

## RESUMEN

Se trata de un estudio etnográfico sobre la base de etnoenfermería, con enfoque cualitativo, teniendo como objeto de análisis el conocimiento y la práctica de la atención materna en niños con enfermedad respiratoria. Sus objetivos fueron: identificar y analizar los conocimientos y prácticas de la madre relacionados con la enfermedades respiratorias de sus hijos. El referencial teórico fue la Teoría del Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. El escenario de la pesquisa fue la Estrategia de Salud de la Familia y las casas de la comunidad de Morro do Fubá en Cascadura, en la ciudad de Río de Janeiro. Los informantes clave fueron 21 madres de niños con enfermedad respiratoria aguda. En periodo de coleta de dados fue de 18 de Agosto hasta 15 de Diciembre de 2010. Fueran utilizados tres capacitadores designados para facilitar la obtención de los datos de etnoenfermería: Observación-Participación-Reflexión (OPR), Formulario socio-económico-cultural e Entrevista semiestructurada. La analice de las declaraciones fue fundamentada en la analice de dados de Etnoenfermería resultando en dos categorías: 1) Atención materna en la salud-enfermedad en niños con enfermedad respiratoria aguda y 2) Saber popular x Saber profesional en la enfermedad respiratoria aguda en niños. Evidente que el conocimiento y las prácticas de la atención materna en las enfermedades respiratorias en los niños se pasan de generación en generación, basada en el contexto popular, que está directamente relacionada con el proceso de cuidar a las madres. También se encontró que algunos factores facilitan (Tecnología, religiosas y filosóficas, y la Beca de la vida social), y otros difíciles (los valores culturales y medios de vida: el ambiente familiar, económico, educativo) de atención materna a sus hijos con enfermedades respiratorias, en este contexto donde las familias viven en la comunidad de Morro do Fubá en la ciudad de Rio de Janeiro. Lo que resultó or prendente en el estudio fue la falta de madres en relación con las enfermedades respiratorias en el niño, que nos hace reflexionar sobre el proceso educativo como medio de prevención y promoción de la salud en las unidades de salud. Este estudio también mostró que la mayoría de las madres tenía dudas de orden conceptual, etiológicos, en la defensa inmune del cuerpo contra las bacterias y virus que causa nestas enfermedades, la herencia de la enfermedad, la curación y/o tratamiento, atención y diferencias entre las otras enfermedades respiratorias. Las enfermeras deben tener la percepción de que la madre para crear conciencia sobre las enfermedades respiratorias de su hijo, sin despreciar sus conocimientos, sino añadir el conocimiento popular de las madres con el conocimiento profesional de las enfermeras. En este contexto, las acciones y decisiones de cuidados de enfermería propuesto por Madeleine Leininger, como la preservación, el alojamiento y/o negociación son esenciales para el bien estar de estos niños con enfermedades respiratorias agudas, ya que es la escucha de conocimiento y práctica de la atención la madre de estos niños con autoridades reguladoras de medicamentos que pueden ayudar en la construcción de la mejor atención profesional.

Palabras clave: Enfermería transcultural, Etnoenfermería; Salud del Niño; Enfermedades Respiratorias

## CAPÍTULO 1 – CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### 1.1 MOTIVAÇÃO PARA O ESTUDO

Durante a formação acadêmica, desenvolvi um estudo como bolsista de Iniciação Científica da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), que versou sobre o cuidado materno no manejo da asma infantil, cujos dados foram discutidos à luz dos conceitos da enfermagem transcultural de Madeleine Leininger, o que trouxe uma aproximação e compreensão dos aspectos culturais envolvidos no cuidado materno à criança com asma, pautado em diversos saberes e práticas populares como, por exemplo, a utilização de variados tipos de plantas medicinais, frutos e legumes e que são repassados de geração a geração (SILVA, SILVA e SANTOS, 2009).

Uma das recomendações desta investigação foi ampliar o cuidado cultural materno frente à doença respiratória infantil, partindo para uma análise na perspectiva *emic*, também conhecido como cuidado popular ou genérico, que segundo Leininger e McFarland (2006) refere-se ao conhecimento e às práticas locais que são aprendidas e transmitidas com o objetivo de melhorar o bem estar do indivíduo e também ajudar em caso de morte e/ou outras condições humanas.

Sendo assim, torna-se fundamental a contribuição da Etnoenfermagem, de Madeleine Leininger, método de pesquisa utilizado para compreender o processo cultural do cuidado materno à criança com Doença Respiratória Aguda (DRA).

Historicamente, as investigações transculturais sobre as afecções respiratórias infantis foram iniciadas na década de 90, por Gove e Pelto (1994), Hudelson (1994), Hudelson *et al.* (1995) e Nichter e Nichter (1994), desenvolvidos e publicados na América Latina e na África. Gove e Pelto (1994) foram os pioneiros no desenvolvimento de uma sistematização para estudos transculturais nas Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) ao utilizarem a etnografia para investigar as percepções e crenças das mães de crianças com IRA, onde utilizaram o Procedimento Avaliativo Rápido (RAP), que procura realizar uma combinação da metodologia qualitativa e quantitativa em pequeno espaço de tempo, visando identificar elementos focalizados na doença, ao invés de aprofundar no conhecimento do contexto sociocultural (GOVE; PELTO, 1994; HUDELSON, 1994; HUDELSON *et al.*, 1995).

No ano de 2010 ao realizar o Trabalho de Conclusão de Curso da Especialização de Enfermagem Pediátrica do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), intitulado:

“Assistência à Saúde da Criança com Doença Respiratória Aguda: uma revisão integrativa das publicações científicas nacionais e internacionais” (SILVA, 2010), foi possível constatar que apesar do alto índice de mortalidade infantil pelas afecções respiratórias na criança, existe uma inversão proporcional na quantidade de estudos realizados e publicados online, na íntegra, com enfoque no cuidado, voltados para o aspecto sociocultural e com abordagem qualitativa na temática da doença respiratória aguda na criança.

Cabe destacar que apenas 9% de estudos na temática de doenças respiratórias na infância foram realizados e publicados online, na íntegra, na cidade do Rio de Janeiro, no Brasil, no período de 1988 a 2009, o que reforça a justificativa desta presente investigação, em uma comunidade da zona norte desta cidade brasileira (SILVA, 2010).

Partindo destes achados, com o intuito de dar continuidade à investigação iniciada e entendendo que o papel da mãe é fundamental no cuidado da criança, o objeto deste estudo são os saberes e as práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil.

Considera-se, após o exposto, como fundamental para o direcionamento do estudo, as seguintes questões norteadoras: O que as mães sabem sobre as doenças respiratórias agudas? Quais são as práticas utilizadas pelas mães no manejo da doença respiratória do filho?

Para responder as questões norteadoras, foram traçados como objetivos do estudo:

- ❖ Identificar e analisar os saberes e as práticas do cuidado materno na doença respiratória aguda de seus filhos

## **1.2 O IMPACTO DAS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NO BRASIL E NO MUNDO: SÉRIO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA**

Sabe-se que as doenças respiratórias agudas (DRA) abrangem amplo espectro de eventos mórbidos de diferentes etiologias e de distinta gravidade que comprometem o aparelho respiratório. Suas principais manifestações clínicas são tosse, dificuldade respiratória, corrimento nasal, dor de garganta e dor de ouvido (BRASIL, 1993).

A DRA é todo processo inflamatório, podendo ser infecciosa (resfriado, otite, sinusite, amigdalite, problema das vias inferiores, epiglote, bronquite e pneumonia) ou não infecciosa (como rinite alérgica e asma), sofrendo a influência de patógenos (bactérias e vírus), alérgenos (fatores químicos e físicos) e traumas (SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, 2002).

Podem ser classificadas em altas e baixas, diferenciando-se pelo grau de acometimento do trato respiratório. As doenças respiratórias altas têm, em geral, curso benigno e são

autolimitadas. Por outro lado, as doenças respiratórias baixas tendem a se estender por períodos maiores de tempo e, se não tratadas, podem colocar em risco a vida das crianças. (SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, 2002).

Dentre as DRAs, as Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) são mundialmente conhecidas como sendo uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todas as idades, particularmente em crianças (OMS, 2009). Anualmente, as IRAs são causas de mortalidade em cerca de dois milhões de crianças menores de cinco anos no mundo (OMS, 2009).

Em 2010, ocorreram 1.450.653 internações por doenças do aparelho respiratório no Brasil, com um impacto importante na faixa etária pediátrica, sendo internadas 664.203 crianças menores de 14 anos, o que representou 46% do valor total dessas internações no Sistema Único de Saúde (SUS) neste ano base, sendo essas afecções o principal motivo de consulta pediátrica nos serviços de saúde (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Vale destacar que, neste mesmo ano de 2010, ocorreram 485.162 internações por essas afecções no sistema respiratório em menores de 5 anos, o que confirma que essa faixa etária é a mais vulnerável ao acometimento dessas afecções, sendo importante considerar a subnotificação da referida doença no país (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Sem dúvida, os dados epidemiológicos revelam que as doenças respiratórias na infância representam um sério problema de saúde pública em todo o mundo. No entanto, é imperioso ressaltar que existe uma forte desigualdade em termos de distribuição dessas doenças entre países desenvolvidos e em países em desenvolvimento. Enquanto 1 a 3% das crianças menores de cinco anos de idade morrem por doenças respiratórias (pneumonias, bronquiolites e bronquite) nos países desenvolvidos, os índices aumentam para 10 a 25% nos países em desenvolvimento, estimando-se que 90% dessas mortes sejam devido à pneumonia (BENGUIGUI *et al.*, 1998).

De 2000 a 2006, essas doenças ocuparam a quarta causa de morte em crianças, e em 2005, representaram a primeira causa de internamentos hospitalares pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Como esses dados são provenientes dos serviços do SUS e, considerando que uma parcela da população tem dificuldade de acesso ao sistema, como também apenas uma parte da população tem condições financeiras para utilizar o serviço privado de saúde, imagina-se um quadro bem mais dramático das doenças respiratórias na população brasileira menos favorecida.

No Rio de Janeiro, as doenças respiratórias em crianças na faixa etária de um a cinco anos de idade, ganharam expressivo espaço, pois, de 2001 a 2006, a proporção de óbitos

aumentou de 7,99% para 9,01% (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). E no período de 2000 a 2007, a maior causa de internação em instituições hospitalares conveniadas com o SUS, de crianças nesta faixa etária, ocorreu por conta dessas doenças (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011)

De acordo com os Indicadores de Saúde por Área Programática (A.P.) do Município do Rio de Janeiro, o maior quantitativo de doenças respiratórias se encontra na A.P. 3.3, entre os anos de 2005 a 2008 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2009), onde se localiza o Morro do Fubá no bairro de Cascadura, região onde se realizou a presente investigação.

Pela magnitude global e local das doenças respiratórias em crianças menores de 5 anos é necessário que, tanto as famílias, quanto os serviços de saúde, destinem grande parte do tempo na assistência desses casos.

Com esses altos índices, espera-se que mais investimentos ocorram na promoção e prevenção das doenças respiratórias na infância e para isso, se faz necessário que o cuidado cultural seja valorizado, para mostrar que, tanto na saúde pública, como na privada, é a prevenção primária, com foco na promoção de saúde e nos aspectos culturais, uma área humanitária e de respeito aos indivíduos.

### **1.3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA NACIONAL E INTERNACIONAL RELACIONADA ÀS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS AGUDAS EM CRIANÇAS**

Os estudos realizados e publicados na área da enfermagem abordando a temática do cuidado materno relacionado às doenças respiratórias infantis são escassos, o que chamou a atenção frente às estatísticas tão altas acerca da incidência dessas afecções no Brasil e no mundo. Uma revisão integrativa sobre a doença respiratória aguda na criança, realizada na base de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE) e Scientific Electronic Library Online (SciELO), no período de 1988 a 2009, encontrou 53 publicações online, na íntegra, a partir da relação entre os descritores *Doenças Respiratórias AND Criança* (SILVA, 2010).

Com esta revisão, constatou-se que dentre as publicações estudadas, apesar de abordarem inúmeros assuntos, pautados pelo delineamento quantitativo, cuja importância é inquestionável, apontam para a existência de lacunas quanto ao cuidado a essas crianças com doença respiratória, mormente com relação a estudos qualitativos que versem sobre o cuidado

familiar ou materno a essa população, visto que eles estão intimamente ligados à melhora clínica destes indivíduos.

Também foi evidenciada outra lacuna a ser preenchida: a falta de estudos voltados para os aspectos socioculturais do cuidado a essas crianças, principalmente do cuidado materno, tendo em vista que esse tipo de cuidado está permeado de uma cultura/conhecimento popular.

Estes achados também são descritos por Souza *et al.* (2006), quando diz que o conhecimento popular está presente na maioria das famílias, fato que nos aponta a necessidade dos profissionais de saúde o considerarem no planejamento de suas ações, buscando a produção do conhecimento acerca dos recursos populares adotados em práticas de saúde para que aumente as possibilidades e melhorias da atuação profissional ao prestar uma assistência que se afine com a realidade cultural dessas famílias.

Além disso, constatou-se que a maioria dos estudos, nessa temática, é realizada pela medicina, o que aumenta o conhecimento nesta área da saúde, colaborando com a busca de medidas estratégicas cada vez mais eficazes para assistir essas crianças, mas também desperta para a motivação, impulsionando as outras áreas da saúde a produzirem conhecimentos sobre essa temática no que concerne à sua prática assistencial (SILVA, 2010).

Também foi encontrado um estudo sobre a frequência de publicações sobre a asma em periódicos de enfermagem indexados em bases de dados brasileiros, baseado em dados coletados através de formulário, utilizando-se os descritores de assunto *asthma* e *asma* para busca das produções (LIMA, GOMES, BRAGA, 2006). Neste estudo, foram identificados 56 artigos internacionais e três nacionais nos anos de 1994 à 2004; apontando a necessidade de maior produção e/ou divulgação do conhecimento produzido, principalmente em publicações brasileiras.

#### **1.4 SABERES E PRÁTICAS POPULARES NO CONTEXTO DA DOENÇA RESPIRATÓRIA AGUDA INFANTIL**

Em muitas sociedades, as pessoas, quando estão doentes ou sofrendo de algum mal, utilizam práticas terapêuticas que fazem parte do saber popular, com o propósito de curar e prevenir seus males (KLEINMAN, 1980). Essas práticas surgem como consequência da necessidade de resolução para os problemas diários e “[...] pelo fato de darem certo, se transformam em convicções, em crenças que são repassadas de um indivíduo para o outro e de uma geração para a outra [...]” (KOCHER, 1997, p. 23).

Estudos evidenciam a determinação dos indivíduos de não abandonarem a prática popular, mesmo diante de orientações de profissionais de saúde porque acreditam em sua eficácia (SIQUEIRA *et al.*, 2006). Também foi constatado por Siqueira *et al.* (2006), que as pessoas que utilizam práticas populares não se preocupam com a cientificidade dos recursos utilizados no tratamento de doenças, e sim com as respostas às suas necessidades em determinado momento.

Em um levantamento realizado em comunidades de alguns países como Bolívia, Brasil, Colômbia, Paraguai, Peru e República Dominicana, relacionado com a presença de sinais e sintomas de doenças respiratórias em crianças com menos de cinco anos e sobre as decisões tomadas pelos pais sobre o tratamento, constatou-se que a quantidade de crianças que tomam um xarope antes da consulta é maior que aquelas que são levadas imediatamente à consulta (BENGUIGUI, 2002).

Apesar de não ser necessário que todos os casos de doenças respiratórias sejam atendidos em um serviço de saúde, é importante que o cuidador da criança saiba reconhecer os sinais de alarme precoce, a fim de não pôr em perigo a vida desta. (BENGUIGUI, 2002). No entanto, sabemos também que vários estudos já demonstraram haver grande proporção de casos de crianças com infecções respiratórias tratados, desnecessariamente, com antibióticos, o que pode causar resistência das bactérias a esses medicamentos, agravando mais ainda a situação, além de serem, também, submetidas a exames complementares que, muitas vezes, não fornecem elementos para determinar qual deve ser o tratamento adequado. (BYINGTON *et al.*, 2002; BENGUIGUI, 2002)

Nessa pesquisa, optou-se por falar sobre os saberes e as práticas do cuidado materno, visto que o papel da mãe é fundamental no manejo e tratamento das doenças respiratórias infantis. Segundo Badinter (1985), quando a sociedade se interessa pela criança, por sua sobrevivência e educação, o foco é apontado para a mãe que se torna personagem essencial, em detrimento do pai.

Atualmente estamos vivendo uma transição cultural nas famílias, onde a presença de outros cuidadores é valorizada. No entanto, a mãe ainda assume para si, o papel de cuidadora principal, ao proporcionar um cuidado verdadeiro, atencioso, integral e dedicado, para garantir a criança um crescimento e desenvolvimento adequados (WINNICOTT, 1982).

Porém, para que esse cuidado materno seja exercido, o pai tem a função de apoiar a mãe para que esta possa exercer a maternagem, e com isso, ele acaba cuidando também, indiretamente, desta criança, o que foi ratificado neste estudo, pois, na maioria das vezes, as

mães refiram a ausência da participação paterna nos cuidados diretos, exercendo o tradicional papel masculino de provedor do sustento familiar.

Esse cuidado materno inicia-se a partir da concepção, entretanto configura-se imediatamente após o nascimento, pois, mesmo possuindo todas as potencialidades para a sua sobrevivência, a criança é totalmente dependente no autocuidado, sendo a mãe, na maioria das vezes, a sua cuidadora. (SILVA, SILVA e SANTOS, 2009)

O cuidado em si é definido por Leininger como ação, atitudes e práticas para assistir ou ajudar outros no sentido da cura e do bem-estar. De onde se conclui que o cuidado é popular e praticado pelas mães aos filhos, ou seja, aprendido e transmitido de forma tradicional, local e popular. (LEININGER & McFARLAND, 2006)

Dessa forma, a mãe, detentora de saberes e práticas, assume um papel importante em todo esse processo: o de cuidar e educar. Para tanto, necessita de apoio a fim de que possa assumir esta responsabilidade, uma vez que seus entendimentos e condutas influenciarão ricamente no potencial de crescimento e desenvolvimento infantil. (MOTTA, 1996)

Para a enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger, o enfermeiro é o profissional responsável por interligar o saber científico aos procedimentos usados por essas mães no cuidado que prestam aos filhos. Além disso, a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) preconiza as atividades educativas em saúde como uma das frentes para o controle das IRAs (BENGUIGUI, 1998). Isto se justifica, porque as medidas apropriadas de prevenção, detecção precoce de sinais de doença, principalmente sinais de gravidade, e manejo adequado dos principais agravos que acometem crianças pequenas, dependem do conhecimento que sustenta as práticas de cuidado no domicílio e em outros locais onde as crianças permanecem no seu dia a dia.

Nessa perspectiva, torna-se necessário conhecer o contexto sócio-econômico e cultural das mães, identificar seus saberes e práticas de cuidado e dar crédito às suas crenças em práticas alternativas de cuidado e cura. Somente dessa forma, o enfermeiro terá uma visão mais holística e será capaz de oferecer uma prática profissional culturalmente embasada, sem choques culturais, conceituada, planejada e operacional. (LEININGER & McFARLAND, 2006)

Proporcionar um cuidado que valorize significados, padrões, valores e modo de vida da mãe respeitando a sua cultura não significa abandonar ou desprezar o sistema profissional de saúde, mas sim, interagir com essas formas de cuidar. (LEININGER, 1991). Entendendo que o cuidado dos filhos, oferecido pelas mães, tem determinantes culturais que influenciam diretamente no processo de saúde e doença da criança, é preciso conhecer, junto às mães,

esses saberes e práticas, para preservar, negociar ou, até mesmo, reestruturar um cuidado, a fim de gerar um conhecimento mútuo, visando a qualidade de vida da criança. (LEININGER & McFARLAND, 2006)

Justifica-se esse estudo pela necessidade de dar visibilidade a essas mães que possuem um conjunto de saberes e práticas pautados na experiência empírica, vivência, experimentação e avaliação do sucesso ou fracasso dessas estratégias que são passadas de geração a geração.

Sendo assim, frente à necessidade de perceber e compreender a diversidade das atitudes das mães que se encontram em processo de cuidar do filho com doença respiratória aguda, a Teoria do Cuidado Cultural (TCC) fornece aos profissionais de saúde e em especial aos enfermeiros, subsídios para a busca de maneiras de cuidar apoiadas em um modelo de preservação da identidade cultural materna. Com isso, faz-se necessário conhecer as características sociais e culturais das mães que cuidam de filhos com doenças do aparelho respiratório para que se possa adaptá-las ao cuidado profissional, respeitando a cultura da comunidade, e dessa forma, obter-se-á uma resposta satisfatória.

Na perspectiva de promover a saúde dessas crianças, tornamo-nos responsáveis por pesquisar sobre o cuidado cultural materno na doença respiratória infantil, com o intuito de colaborar na melhoria da qualidade de vida desta população.

É imperioso destacar a relevância deste estudo para a assistência, extensão, ensino, pesquisa e formulação de políticas públicas de saúde, oferecendo subsídios para melhorar as condições e a qualidade da assistência oferecida à essas crianças, como também para preencher as lacunas do conhecimento relacionados a este tema.

Na assistência, o estudo oferecerá subsídios aos profissionais de saúde, em especial da área pediátrica ao possibilitar um maior entendimento sobre os modos de vida, as crenças e, principalmente, os saberes e as práticas do cuidado materno à criança com doença respiratória, para que se possa oferecer um cuidado culturalmente coerente com as necessidades desses indivíduos.

No tocante ao ensino, o estudo contribuirá para que docentes da área da saúde da criança possam conhecer o cuidado popular realizado pelas mães destas crianças com afecções respiratórias. Somado a isto, a pesquisa poderá estimular a realização de trabalhos nesta temática, contribuindo para um fortalecimento dessa linha de pesquisa e, futuramente, para a adequação de um modelo assistencial baseado na realidade cultural brasileira.

Este estudo contribuirá ainda para que os gestores de saúde percebam a importância da formulação de novas políticas públicas na atenção à criança com problemas respiratórios, mormente quanto à realização de campanhas públicas voltadas para o tabagismo passivo às

crianças, pois, estas ainda são inexistentes. Além disso, este estudo aponta para a realização de políticas sanitárias para prevenção das DRAs infantis, especialmente no que se refere aos aspectos socioculturais e ambientais.

Na área da extensão, a pesquisa poderá contribuir para promover treinamentos, reciclagens, acompanhamento e supervisão das atividades desenvolvidas nas unidades de saúde, principalmente nas unidades de atenção básica onde a promoção e prevenção da saúde são os principais objetivos.

O presente estudo está inscrito no Núcleo de Pesquisa, Estudos, Experimentação em Enfermagem na Área da Mulher e da Criança – NuPEEMC, do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto / UNIRIO. Esta pesquisa, portanto, tem como objetivo fornecer subsídios para a renovação do conhecimento de ensino em Enfermagem na Área da Saúde da Criança.

## **CAPÍTULO 2 - REFERENCIAL TEÓRICO**

### **2.1 TEORIA DA DIVERSIDADE E UNIVERSALIDADE DO CUIDADO CULTURAL DE MADELEINE LEININGER**

Para fundamentar este estudo, foi escolhida a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural da enfermeira e antropóloga Madeleine Leininger, construída com o objetivo de mostrar a necessidade do melhor entendimento da cultura para ajudar as pessoas com um cuidado integral e culturalmente embasado.

Na década de 40, nos Estados Unidos, os pacientes, que eram cuidados por Madeleine Leininger, expressavam, frequentemente, seu apreço por curá-los através das suas ações de cuidado. Foi a partir dessa experiência, de observações diretas com pacientes de diversas culturas, que Leininger percebeu que o modo humano de cuidar era importante para a recuperação de doenças e a manutenção da saúde e do bem-estar (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Na década de 50, período pós-guerra, a alta tecnologia penetrou no ambiente hospitalar, e de acordo com Leininger (1991), a maioria das enfermeiras estava esquecendo-se do cuidado humanístico e primário focando sua atenção nesta nova tecnologia. Desta forma, podemos perceber que as enfermeiras, à época, estavam mais preocupadas e interessadas nas explicações biológicas do cuidado, não se importando com influência dos aspectos culturais no cuidado de enfermagem.

Foi então nesta década, quando a teórica trabalhou num centro de orientação infantil, com crianças que tinham distúrbios mentais e de diversas origens culturais, que ela viu as diferenças no cuidado cultural às crianças africanas, alemãs, judias e outras (LEININGER & McFARLAND, 2006). A partir disso, nos anos 60, Leininger, que ainda não tinha um conhecimento aprofundado sobre as culturas, decidiu seguir um programa acadêmico de doutorado em Antropologia Cultural.

Vale ressaltar que, nos Estados Unidos, nas décadas de 50 e 60, muitas enfermeiras estavam absorvidas no estudo médico de doenças, sintomas e regimes de tratamento para muitas doenças, centralizando o cuidado no saber biomédico. Durante esses anos, a maioria das enfermeiras tornou-se ajudante de médicos, distanciando-se do cuidado, no entanto, Leininger continuou seu estudo da enfermagem junto à antropologia para criar uma teoria de enfermagem e a estruturação de uma identidade profissional (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Segundo Leininger (1991, p.47), a cultura “são os valores, crenças, normas e modos de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada”.

Para Leininger, trazer a cultura e o cuidado juntos, em um relacionamento novo conceitual e teórico, foi seu maior desafio. Assim, ao identificar a cultura e o cuidado como dimensões principais que faltavam na enfermagem e nos serviços de cuidado à saúde, ela elaborou e publicou a Teoria do Cuidado Cultural, em 1991, constatando que as crenças no cuidado, valores e práticas foram previstos como meios explanatórios, poderosos, não só para descobrir e compreender a saúde, como também para explicar a falta de saúde ou prever as condições de doença (LEININGER & McFARLAND, 2006).

A Enfermagem Transcultural foi definida por Leininger (1991, p.15) como:

Sub-campo ou ramo da enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à enfermagem e às práticas de cuidados de saúde-doença, às crenças e os valores, objetivando proporcionar um serviço de atendimento de enfermagem significativo e eficaz para as pessoas de acordo com os seus valores, culturas e seu contexto.

A finalidade da Teoria foi descobrir as Diversidades e Universalidades do ser humano, no contexto mundial, e os meios de prover o cuidado culturalmente coerente às pessoas de culturas diferentes (diversidade) ou semelhantes (universalidade). O propósito é manter o bem-estar (saúde), ou enfrentar a doença de modo culturalmente apropriado, tendo em vista que a saúde é o estado percebido ou cognitivo de bem-estar, que capacita o indivíduo ou o grupo a efetuar as atividades segundo os padrões desejados em determinada cultura (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Na Teoria de Leininger, ambos os conhecimentos *emic* (conhecimento interno feito pelos informantes, ou seja, o cuidado popular) e *etic* (conhecimento profissional da enfermeira, ou seja, cuidado profissional) contribuem para o cuidado cultural de enfermagem. É importante destacar que o termo “intervenções de enfermagem” não é utilizado na enfermagem transcultural, pois ele é visto por várias culturas como demasiadamente controlador, o que representa uma imposição cultural da prática de enfermagem (LEININGER & McFARLAND, 2006).

## **2.2 MODELO DE SUNRISE**

Leininger, segundo Braga (1997), propôs o Modelo de Sunrise, simbolizado pelo nascer do sol, para auxiliar a análise do significado do cuidado para diversas culturas. Com

esse modelo é possível operacionalizar a Teoria de Leininger, orientando o estudo para a diversidade e universalidade do cuidado de enfermagem.

Concordo com Almeida (2000) quando afirma que o Modelo Sunrise, como todos os modelos, não representa a teoria em si, porém revela um mapa cognitivo, ou um esboço conceitual de seus componentes e visão integral de suas dimensões, e o modo como influenciam o cuidado e o estado de saúde de indivíduos, grupos, famílias e instituições considerando os aspectos sociais e culturais.

É a partir do modelo de Sunrise (FIGURA 01) e de outros capacitadores que se pode prover uma imagem completa e acurada do domínio de inquirição. Os capacitadores (também chamados de facilitadores), como o nome indica, facilita aos informantes, dividir suas ideias e achados de modo natural e casual, e são meios que o pesquisador utiliza para analisar as principais tendências da Teoria e do domínio de inquirição (LEININGER & McFARLAND, 2006).

O Modelo Sunrise é um capacitador proposto por Leininger, usado como o guia principal do estudo, para obter um amplo conhecimento a cerca do domínio de inquirição, e no caso desta investigação, o domínio de inquirição é o cuidado materno na criança com doença respiratória aguda. Este modelo não é uma teoria, porém seleciona múltiplos fatores que influenciam nas expressões do cuidado cultural servindo como um mapa cognitivo para descobrir os fatores embutidos no domínio de inquirição (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Na porção superior do círculo estão os fatores interdependentes da estrutura cultural e social que facilitam a visão do mundo e que influenciam no cuidado e na saúde por meio da linguagem e do contexto ambiental. Esses fatores estão conectados ao sistema de saúde, compostos pelo sistema popular, profissional e o de enfermagem que se encontram na parte inferior do modelo. As porções superiores e inferiores descrevem um sol completo que corresponde o universo.

Como podemos observar, esse modelo é constituído de quatro níveis, conforme explica Dias, Araújo e Barroso (2001), o nível I é constituído pelos componentes interdependentes da estrutura social e visão de mundo que segundo a enfermeira, nos leva ao estudo do significado, da natureza e dos atributos do cuidado. Incluem-se, nesta fase, idioma, contexto ambiental do cliente, fatores tecnológicos, religiosos, filosóficos, políticos, econômicos, educacionais bem como grau de parentesco, estrutura social, valores e crenças culturais.

O nível seguinte, baseado no conhecimento do nível anterior, citado também por Dias, Araújo e Barroso (2001), é a aplicação deste conhecimento à situação do cliente em estudo (indivíduo, família, grupo ou instituição), onde se observa significado e expressões específicas acerca do cuidado e da saúde.

O terceiro nível permite identificar, caracterizar os valores, crenças, comportamentos populares, profissionais e a enfermagem. Sendo possível identificar semelhanças e diferenças, ou seja, características universais e específicas da cultura do cliente em estudo. As atividades desenvolvidas nesse nível são correspondentes à elaboração de diagnósticos de enfermagem (LEININGER & McFARLAND, 2006).

O quarto nível do modelo é o resultado prático desse sistema interligado, onde estão as decisões e as ações do cuidado de enfermagem, divididas em três modalidades de ação ou modos de decisão para prover culturalmente o cuidado de enfermagem congruente, a saber:

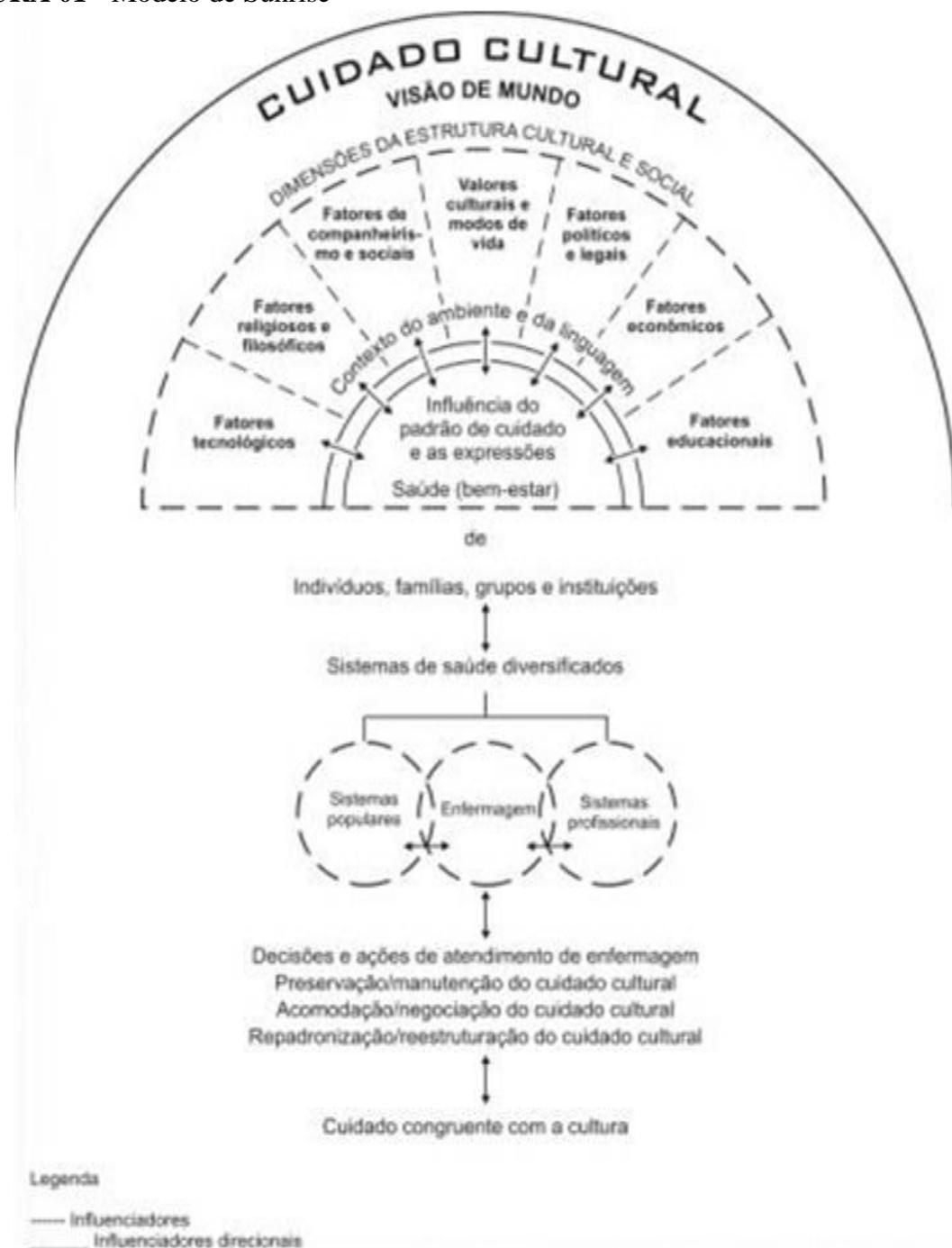
1. Preservação e/ou Manutenção do Cuidado Cultural – refere-se aos atos ou decisões assistenciais, de apoio, facilitadores ou de capacitação profissional que ajudam as culturas a manter, preservar ou reter as crenças e valores benéficos do cuidado ou para enfrentar deficiências e a morte (LEININGER & McFARLAND, 2006).
2. Acomodação e/ou Negociação do Cuidado Cultural – refere-se às ações e decisões que assistem, acomodam, facilitam ou capacitam o cuidado e que ajudam as culturas a se adaptar ou negociar um cuidado congruente, seguro, e efetivo para sua saúde, bem-estar, ou lidar com a doença ou com a morte (LEININGER & McFARLAND, 2006).
3. Repadronização e/ou Reestruturação do Cuidado Cultural – refere-se às ações e decisões mútuas, assistenciais, de apoio, facilitadoras ou de capacitação que ajudam as pessoas a reordenar, modificar, mudar ou reestruturar seu modo de vida e as instituições para melhores padrões (ou benéficos) de cuidado à saúde, práticas, ou resultados (LEININGER & McFARLAND, 2006).

De acordo com Leininger & McFarland (2006), esses três modos de ação são essenciais para cuidar. No entanto, apesar deste nível fazer parte do domínio total de inquirição proposto por Leininger, nesta pesquisa, o quarto nível não será incluído, afinal os estudos com desenho etnográfico não, necessariamente, precisam ser interventivos mas, sim, compreensivistas e/ou interpretativos.

Além disto, segundo o objeto deste estudo, existe maior preocupação com os níveis I, II e III do Modelo Sunrise, sendo assim, como pesquisadora não é objetivo prestar cuidado direto a esta população, mas, sim, tenho como finalidade pesquisar como as mães realizam

este cuidado aos seus filhos com doença respiratória e quais conhecimentos elas utilizam na operacionalização do cuidado materno para no final, fazer as recomendações e divulgação da pesquisa junto aos profissionais de saúde envolvidos com a comunidade estudo.

**FIGURA 01** - Modelo de Sunrise



Fonte: LEININGER & McFARLAND, 2006, p.25

## CAPÍTULO 3 - CAMINHAR METODOLÓGICO

### 3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Dado o referencial teórico e o problema proposto, a metodologia considerada adequada ao estudo é a qualitativa. Nas palavras de Minayo (2010, p. 21), esse tipo de pesquisa “se ocupa com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, trabalha-se com o universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, das representatividades e dos fenômenos que não podem ser reduzidos em números e indicadores quantitativos.

Trata-se de um estudo etnográfico com base na etnoenfermagem, que é uma ferramenta rigorosa, sistemática e profunda para o estudo de múltiplas culturas (LEININGER & McFARLAND, 2006). E para conhecer os saberes e as práticas populares do cuidado materno na doença respiratória da criança, a participação na vida cotidiana das mães pesquisadas se faz muito importante para o desenvolvimento da reflexão sobre os comportamentos, atitudes e costumes favorecendo as futuras descrições.

Como método científico, proporciona contribuições importantes para averiguação do objeto de estudo, adaptando às tendências da Teoria do Cuidado Cultural. A habilidade em compreender e usar a etnoenfermagem tem como objetivo focar os em significados de cuidado e experiências de vida (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Esse método capacita o profissional a descobrir a diferença entre o cuidado genérico ou nativo popular, aprendido informalmente do conhecimento passado de geração a geração e do conhecimento profissional de enfermagem, aprendido formalmente nos sistemas educacionais, em diversas culturas (LEININGER & McFARLAND, 2006).

O método da etnoenfermagem foi designado para que o pesquisador pudesse descobrir tanto o macro quanto os micros fenômenos dependendo do domínio de inquirição. O domínio de inquirição é o foco principal do pesquisador, o seu objeto de estudo, e nesta investigação, são os saberes e as práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil.

No contexto dinâmico da etnografia, entende-se ser a mãe responsável pelo cuidado do filho, podendo fornecer dados sobre a influência cultural do cuidado. Etnografia representa ciência e a arte tentando informações sobre as características do mundo dos entrevistados, tendo como princípio escutar e observar o comportamento (SPRADLEY, 1980).

Leininger desenvolveu o método da etnoenfermagem para sistematicamente e rigorosamente descobrir o domínio de inquirição (DOI) referente ao cuidado cultural. Este método se faz necessário quando o objetivo é descobrir, documentar e interpretar os significados do cuidado e as experiências de diferentes grupos culturais (LEININGER & McFARLAND, 2006).

A etnoenfermagem foi desenvolvida como um método de pesquisa para ajudar na percepção e compreensão das enfermeiras sobre o cuidado cultural das pessoas em diferentes e semelhantes contextos ambientais e para isso, torna-se necessário que o pesquisador em etnoenfermagem entre em um mundo altamente desconhecido, permanecendo com as pessoas um período maior para apreender e aprender as construções específicas significativas no contexto natural ou na vida ambiental das pessoas (LEININGER & McFARLAND, 2006).

O conhecimento desenvolvido na etnoenfermagem, citado por Silveira *et al.* (2009) e Rosa *et al.* (2003), envolve duas perspectivas: a *emic*, que é o modo pelo qual os seres humanos expressam suas visões de mundo, significados, atitudes de uma cultura particular; e a *ethics*, que se constitui na interpretação ou entendimento dos significados e experiências dos seres humanos, numa visão mais universal a respeito da enfermagem, cuidado, saúde. Portanto, uma perspectiva *emic* é utilizada como linha de base de conhecimento, necessária para contrastar as descobertas com os pontos de vista *etic*, na análise dos dados obtidos.

Com a utilização desse método proposto por Leininger, a enfermeira pode obter uma visão ampliada dos aspectos culturais predominantes no contexto estudado, e com isso, este novo conhecimento pode servir como base para a tomada de decisões e ações de um cuidado com qualidade e coerência, adequado à realidade dos indivíduos.

Na etnoenfermagem, existem dois tipos de informantes: o informante chave, que conhece ou vivencia o fenômeno estudado, e o informante geral, que fornece as informações adicionais, por meio de suas opiniões, a partir do convívio com os informantes chave. De acordo com Leininger, citado por Bezerra e Cardoso (2005), pode-se estudar um fenômeno com um número pequeno de informantes, pois, o mais importante é a qualidade e o significado dos depoimentos e não a quantidade destes, para que se atinjam as propostas e metas de uma pesquisa qualitativa.

### **3.2 CENÁRIO DO ESTUDO**

Para conhecer os saberes e as práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil foram utilizados dois cenários. O primeiro contato ocorreu em uma Unidade Básica de

Saúde da Estratégia de Saúde da Família (ESF) de Cascadura localizado na Área Programática (A.P.) 3.3 do município do Rio de Janeiro, onde foi feita a seleção das mães informantes. Essa A.P. foi escolhida, por apresentar a maior incidência de doenças respiratórias no município do Rio de Janeiro, entre os anos de 2005 e 2008 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DESEFA CIVIL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2009).

A área programática 3.3 do município do Rio de Janeiro é composta pelos seguintes bairros: Acari, Anchieta, Barros Filho, Bento Ribeiro, Campinho, Cascadura, Cavalcanti, Coelho Neto, Colégio, Costa Barros, Engenheiro Leal, Guadalupe, Honório Gurgel, Irajá, Madureira, Marechal Hermes, Oswaldo Cruz, Pavuna, Quintino Bocaiúva, Ricardo de Albuquerque, Rocha Miranda, Turiaçu, Vaz Lobo, Vicente de Carvalho, Vila Cosmos, Vila da Penha, Vista Alegre e Parque Anchieta.

Dentre estes bairros, está o bairro de Cascadura, que possui área territorial de 283,90 ha, sendo o Campinho (complexo onde se localiza o Morro do Fubá) com 98,45 ha. O último registro de residentes, no bairro de Cascadura, foi no ano de 2000, com 33.526 residentes (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO; 2011)

Sobre a comunidade foi possível entrevistar duas das primeiras moradoras possibilitando uma síntese a partir dos relatos, construindo um breve histórico do Morro do Fubá.

Em 1955, quando a primeira moradora chegou à comunidade com cerca de 21 anos, encontrara mais vegetação do que pessoas e casas. Relatou a moradora, que era uma grande fazenda de um dono desconhecido, e que só foi possível ocupá-la por doação, mas, não se sabe quem foi o doador, essa notícia logo se espalhou, fazendo com que houvesse o povoamento rápido do morro.

Não havia energia elétrica, e por isso, utilizavam a lamparina. Não havia também fornecimento de água potável, e por isso, pegavam água do poço. Relatou também que não havia rede de esgoto.

A partir de relatos dos primeiros moradores, o nome Morro do Fubá foi devido ao tipo de solo, pois, quando chovia, todo o solo virava lama com aspecto de fubá, e para subir ou descer o morro, os moradores amarravam sacolas de plástico nos pés.

É importante destacar que o morro era uma área de treinamento do Quartel Requimec do Exército, que foi desativado e onde, atualmente, funciona o Supermercado Wal´mart® na Avenida Ernani Cardoso. Quando a comunidade foi crescendo, novos moradores foram chegando.

Em 1996, veio o Programa Favela Bairro, quando instalaram a energia elétrica, luz elétrica e água potável para a maioria dos moradores. Hoje, a comunidade possui igrejas católicas e evangélicas, centros espíritas, escolas, creches, vila olímpica, associação de moradores, padarias, mercadinhos, salão de beleza, Unidade Básica de Saúde da Estratégia de Saúde da Família Fubá, Policlínica Alberto Borgerth, Posto de Saúde Mário Olinto de Oliveira, Unidade de Pronto Atendimento Madureira e Hospital Municipal Francisco da Silva Telles. Vale destacar que a Fundação Técnico Educacional Souza Marques foi fundada nesta área, em 1966, onde até hoje, permanece.

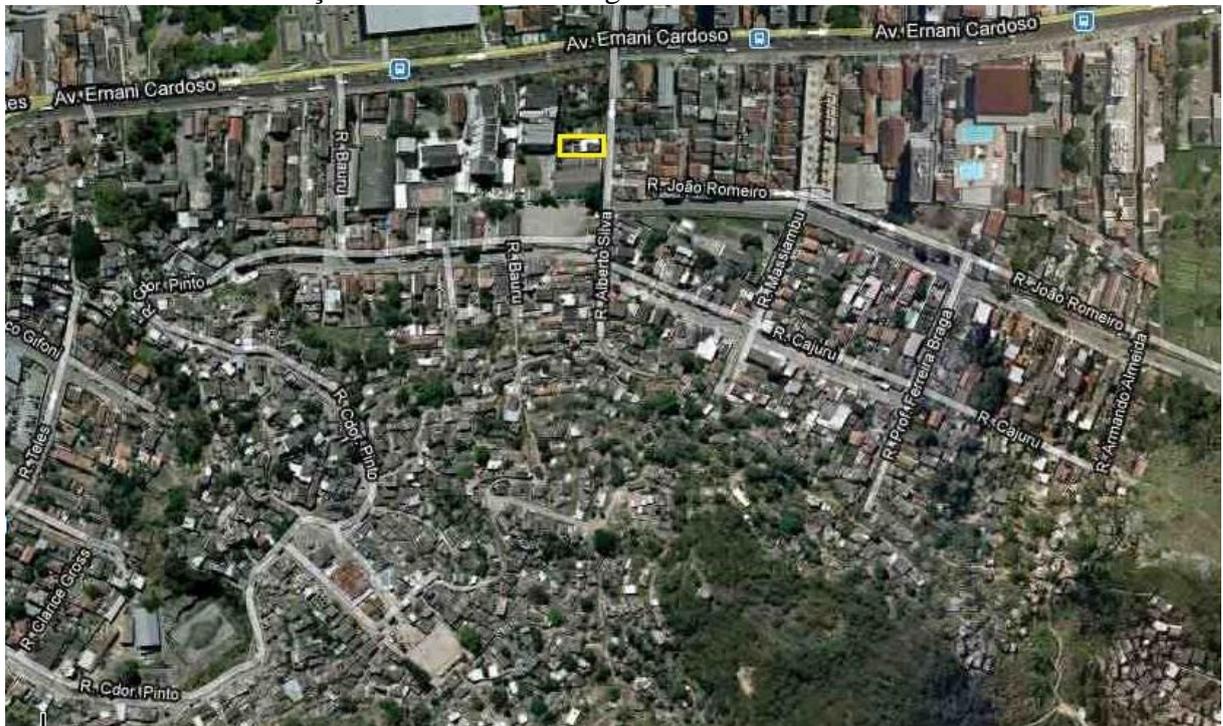
O grau de instrução da maioria dos moradores é o Ensino Fundamental incompleto, poucos têm o Ensino Médio, e raros o Ensino Superior. O principal local de elo de aproximação da população foi através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Fubá/Campinho. É uma unidade de saúde composta por um médico, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, tendo os seguintes programas em funcionamento: Tuberculose, Hipertensão Arterial, Diabetes, Saúde da Criança e do Adolescente, Saúde do Homem e Saúde da Mulher.

**FIGURA 02** – Unidade do Programa de Saúde da Família no Morro do Fubá



Foto autorizada

**FIGURA 03** – Localização da Unidade do Programa de Saúde da Família no Morro do Fubá



Fonte: Google Maps

Legenda: Unidade Básica de Saúde da Estratégia de Saúde da Família em destaque amarelo

Cada agente comunitário de saúde é responsável por uma microárea. A pesquisa foi realizada nas microáreas 02 e 03. Na microárea 03, existem 556 pessoas cadastradas e 162 famílias, e destas, 78 são crianças menores de 5 anos, sendo que deste total de crianças, 52 possuem algum problema respiratório, segundo prontuário da família, que pode ser acessado dentro da referida unidade de saúde. Esta microárea localiza-se próximo à avenida central de Cascadura, possui casas onde a rua é asfaltada, e fica próximo à unidade básica de saúde.

A microárea 02 encontra-se no alto do morro, sendo mais difícil o acesso, com passagens estreitas, muitas pedras e terra, possui 725 pessoas cadastradas, que formam 202 famílias, e destas, 84 são crianças menores de cinco anos, sendo que 65 possuem/foram acometidas por alguma afecção respiratória.

**FIGURA 04** – Mapa da Unidade Básica de Saúde da Estratégia de Saúde da Família do Morro do Fubá

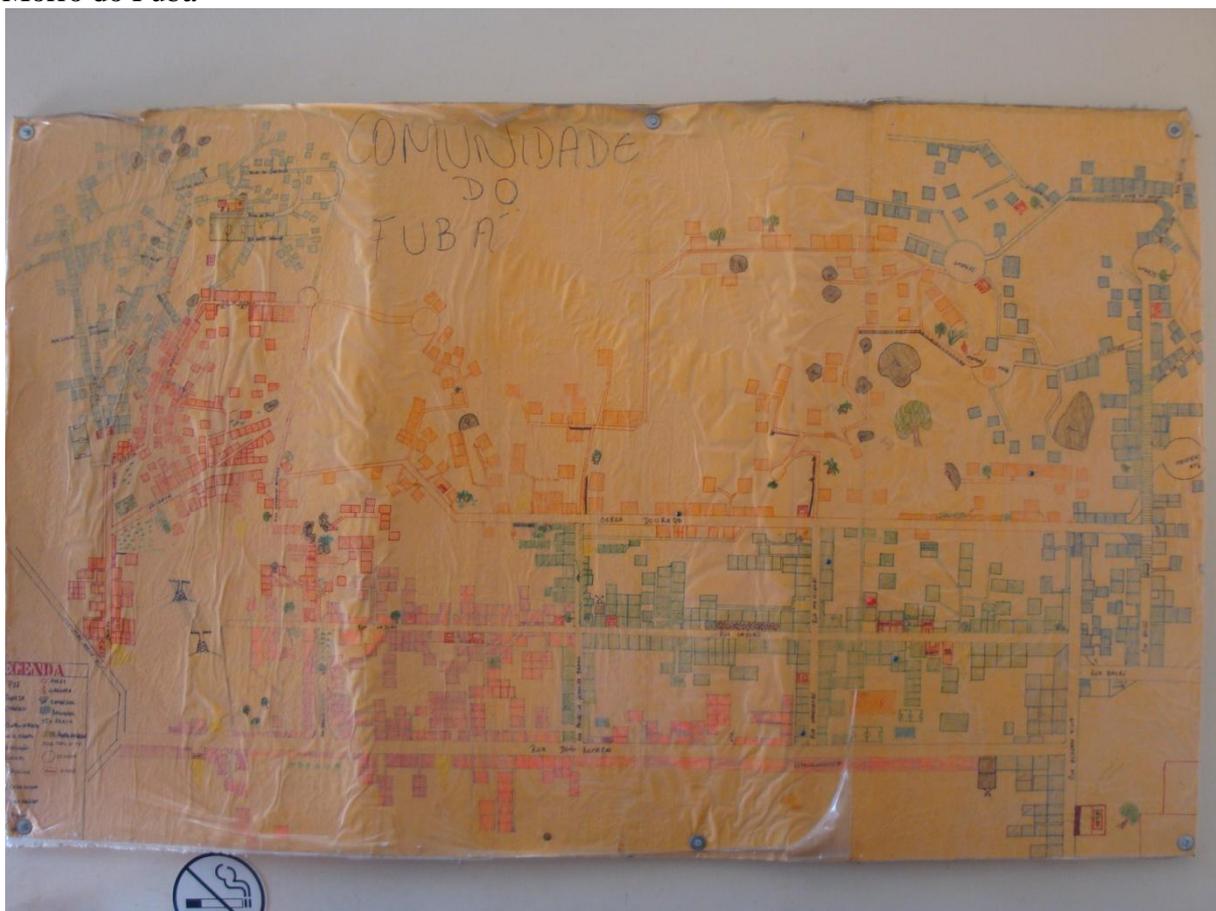


Foto autorizada

Legenda: As casas em verde pertencem a microárea 03; as casas em amarelo pertencem a microárea 02;

O segundo cenário da pesquisa foi o domicílio das mães cuidadoras dos filhos com doença respiratória, buscando assim, compreender os saberes e as práticas no cuidado materno. Para utilização do método de pesquisa etnoenfermagem, é necessário que o investigador entre no ambiente domiciliar, penetrando também na realidade cultural do cuidado materno em suas residências, para poder descrever, observar e refletir com maior veracidade o objeto do estudo.

Sendo assim, a escolha do domicílio se deu pela necessidade do contato mais íntimo da mãe com a pesquisadora, e em razão da maior probabilidade de fidedignidade dos depoimentos, considerando que o ambiente também retrata os saberes e as práticas do cuidado das mães com os filhos que apresentam doença respiratória.

Ao contrário do que muitos podem pensar, é de extrema relevância o envolvimento do entrevistado com o entrevistador, pelo fato dessa atitude não se constituir numa falha ou num risco comprometedor da objetividade, mas sim, por ser condição de aprofundamento da investigação e da própria objetividade, pois sabe-se que os melhores trabalhadores de campo

são os mais simpáticos e que melhor se relacionam com os entrevistados (MINAYO, 2010, p.67).

### **3.3 PRECEITOS ÉTICOS NA PESQUISA**

A fim de garantir o cumprimento das questões éticas, o estudo foi aprovado, sem restrições (ANEXO 1), pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP SMS/RJ), protocolo nº 37/10, considerando-se o que prevê a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde, a qual estabelece normas para a pesquisa com animais e seres humanos (BRASIL, 1996).

Ressalta-se que, todos os sujeitos foram informados sobre a justificativa, os objetivos e a metodologia do estudo. Foi assegurada a confidencialidade dos dados, bem como o respeito ao anonimato dos sujeitos envolvidos. Estes, após receberem todos os esclarecimentos pertinentes ao estudo, assinaram, voluntariamente, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE 1).

A fim de atender a Resolução nº 196/96 quanto ao anonimato dos informantes do estudo, foi-lhes atribuído nomes fictícios utilizando a nomenclatura de flores para as mães, e seus filhos, muito citados nas entrevistas, receberam nomes de anjos, escolhidos pela própria pesquisadora. Para os informantes gerais, foram atribuídas numerações. Foi utilizado o recurso da gravação, em MP3, como forma de obter maior segurança quanto à fidelidade das informações. A média de duração de todas as entrevistas foi de cinco horas e meia e a transcrição das entrevistas resultou em 81 páginas, com espaçamento duplo para facilitar o momento da análise.

### **3.4 DEFINIÇÃO DOS SUJEITOS E PRODUÇÃO DE DADOS**

Foram convidadas a participar desta pesquisa, mães biológicas ou adotivas de crianças com faixa etária de até 5 anos, cadastradas na Unidade Básica de Saúde da Estratégia de Saúde da Família Fubá da A.P. 3.3 e que aceitassem participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. A seleção das informantes-chave se deu pelos prontuários da família, das microáreas 02 e 03, que atendesse a todos os critérios de participação. A idade entre zero e cinco anos foi escolhida, pois Benguigui (2002) considera ser esta faixa etária a mais frequentemente vulnerável ao acometimento das doenças respiratórias.

Para compor os sujeitos do estudo, foram entrevistadas 21 mães biológicas de crianças com doença respiratória (informantes-chave) e os cinco agentes comunitários de saúde,

moradores da comunidade (informantes-gerais). Vale ressaltar que nenhuma mãe se apresentou como mãe adotiva da criança com DRA. Nesta pesquisa, a obtenção dos dados levou cinco meses, de agosto à dezembro de 2010, totalizando quatorze dias no cenário de estudo - dias 18/08; 25/08; 01/09; 08/09; 22/09; 07/10; 14/10; 28/10; 3/11; 10/11; 1/12; 6/12; 13/12; 15/12.

De acordo com o método da etnoenfermagem, os informantes-chaves são os mais conhecedores da inquirição escolhida pelo enfermeiro e, usualmente, são interessados em participar da pesquisa; em contraste, os informantes gerais usualmente não são profundos conhecedores do assunto, mas têm ideias gerais sobre o domínio de inquirição e querem partilhar seu conhecimento (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Segundo o método, a pesquisa realizada em uma comunidade pequena, é considerada um estudo mini de etnoenfermagem, e necessita apenas de 6 a 8 informantes-chaves e 12 a 16 informantes-gerais. No entanto, neste estudo mini de etnoenfermagem, todas as mães foram consideradas informantes-chave, visto que todas vivenciam e conhecem o domínio de inquirição deste estudo. Determinou-se então que os agentes comunitários de saúde, moradores da comunidade, seriam os informantes-gerais, pois, apesar de não serem profundos conhecedores, estão próximos do domínio de inquirição, já que realizam as visitas domiciliares destas famílias, e conseqüentemente, possuem uma ideia geral sobre o cuidado materno a essas crianças com DRA.

Vale destacar que a quantidade de informantes foi determinada após a obtenção do ponto de saturação. A saturação refere-se há uma redundância de informações, nas quais o pesquisador consegue a mesma informação em vários momentos e as informantes não tem mais nada a oferecer, pois disseram e compartilharam tudo (LEININGER, 1991).

Corroborando com Deslandes (2010, p. 48), nas pesquisas sociais

costumeiramente se opta por definir o número de sujeitos por inclusão progressiva (sem demarcar a priori o número de participantes) que é interrompida pelo critério de saturação, ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação.

Para viabilizar a utilização da etnoenfermagem, é necessário que o pesquisador desenvolva os capacitadores (facilitadores) para que eles auxiliem na investigação sobre a cultura e o cuidado materno. Na pesquisa, os capacitadores são os meios para se levantar dados e analisar as principais tendências do cuidado materno (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Nesta investigação foram utilizados três capacitadores designados para a obtenção dos dados: 1. Observação-Participação-Reflexão (OPR) onde foram registradas em diário de campo (APÊNDICE 2); 2. Formulário do perfil sócio-econômico e cultural (APÊNDICE 3) e 3. Entrevista semiestruturada com as informantes-chave (APÊNDICE 4) e com os informantes-gerais (APÊNDICE 5). Os instrumentos para produção dos dados serão guardados por cinco (05) anos e incinerados após esse período.

A OPR (Observação-Participação-Reflexão) foi utilizada com a finalidade de explorar o contexto em que a mãe e a criança vivem e conhecer como essas mães cuidam dos seus filhos com doença respiratória. Este capacitador orienta o pesquisador a obter informações focalizadas dos informantes em seu ambiente familiar e natural de vida (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Ao usar este facilitador, é possível mover-se gradualmente da observação para a participação e desta para a reflexão, confirmando continuamente os resultados durante e após cada período de observação com os informantes (LEININGER & McFARLAND, 2006).

A observação participante, na pesquisa qualitativa, é um método que, em si mesmo, permite a compreensão da realidade (MINAYO, 2010, p. 70). Esse capacitador, em etnoenfermagem de Leininger, possui quatro fases, que podem ser observadas no Quadro 01:

**QUADRO 01** – As quatro fases da Observação-Participação-Reflexão

Fases	1	2	3	4
	Observação & ação ativa de ouvir (sem participação ativa)	Observação com participação limitada	Participação com observações continuadas	Reflexão e reconfirmação de resultados com os informantes

Fonte: Leininger e McFarland, 2006

Na fase 1 – Observação & ação ativa de ouvir: o pesquisador concentra-se nas observações. Observar e escutar são aspectos essenciais. O observador busca obter uma visão ampla da situação e, gradualmente, faz observações detalhadas. É essencial que seja reservado algum tempo para a documentação detalhada das observações, antes que haja interação ou participação mais direta com as pessoas, pois isto permite verificar o que está ocorrendo antes que a situação seja influenciada pela participação de um estranho (LEININGER E MCFARLAND, 2006; ROSA, *et al.*, 2003).

Na primeira fase, onde o foco é a observação do contexto cultural, foi possível conhecer o cenário do estudo, de modo a ter uma visão mais ampla e próxima do contexto de moradia das informantes. Nesta etapa, foram agendados, previamente, dois dias de visita à comunidade, no mês de julho de 2010, guiados por duas agentes comunitárias de saúde, das

respectivas microáreas 02 e 03, onde foi possível conhecer os domicílios, das mães das crianças com DRA, onde foi realizada a pesquisa.

Ao chegar na comunidade, as agentes comunitárias de saúde me aconselharam a usar o jaleco para ser identificada, pela comunidade, como profissional da saúde e com isso, não encontrar problemas para a realização da pesquisa. No primeiro momento, onde foi possível conhecer toda a microárea 02 e 03, tive receio, principalmente na microárea 02, tanto de estar sendo observada e da própria violência reconhecida das comunidades do Rio de Janeiro, como também pela subida bastante íngreme do local.

Além disso, ao realizar este estudo no campo, deparei-me com tristes situações sociais e econômicas de parte desta população que habita nesta comunidade, como casas com apenas um cômodo, sem janelas; casas construídas com restos de portas e janelas que são jogados fora; casas em que o assento sanitário se localiza na porta de entrada da casa; casas em que existe enorme manifestação das larvas dos *Aedes Aegypti* próximo à moradia segundo os agentes de endemia; casas em que a condição social dos indivíduos era precária, pois pareciam vestir a mesma roupa há dias, por estarem tão sujos.

Neste momento da primeira fase da OPR, constatou-se a diferença entre as duas microáreas da comunidade, pois a microárea 03 possui melhores moradias, sendo localizada próximo à avenida principal do bairro de Cascadura, e segundo a agente comunitária de saúde, até a forma de comunicação é diferente de uma microárea para a outra. Por outro lado, na microárea 02, localizada no alto do morro, as casas são menores, geralmente com um a três cômodos, onde as famílias são economicamente mais desfavorecidas

Na fase 2 – Observação com participação limitada: esta observação é contínua, mas alguma participação ocorre, o foco são as informantes no contexto cultural. (LEININGER e MCFARLAND, 2006; ROSA, *et al.*, 2003). Nesta segunda fase, foi realizada a observação com alguma participação, onde estabeleceu-se a interação com as mães e as crianças com doença respiratória, na própria unidade de saúde da ESF, não necessariamente todas as crianças e mães que participariam do estudo, pois, nessa etapa, o objetivo era a aproximação com as informantes-chave dentro deste contexto cultural. Nesta fase, as mães foram selecionadas a partir da identificação do registro de alguma doença respiratória dos filhos nos prontuários da família, e que atendessem a todos os critérios de participação do estudo.

Na fase 3 – Participação com observações continuadas: o pesquisador torna-se um participante nas atividades dos informantes, ficando difícil fazer observações detalhadas de todos os aspectos. Ele desenvolve vários níveis de participação para aprender com as pessoas, sentir e experimentar através do envolvimento direto nas atividades (LEININGER e

MCFARLAND, 2006). É a fase onde o foco da observação é direcionado para o fenômeno de estudo em seu contexto cultural (ROSA, *et al.*, 2003)

Na terceira fase da mini-etnoenfermagem, houve a participação plena de forma mais ativa das atividades dos informantes, reduzindo as atividades de observação. Nessa etapa de maior integração e envolvimento, foram realizadas as entrevistas com as mães no próprio domicílio.

Na fase 4 – Reflexão e reconfirmação de resultado com os informantes: o pesquisador faz observações reflexivas para determinar o impacto dos eventos, ou dos acontecimentos na vida das pessoas. Isso auxilia o pesquisador a complementar a influência sofrida e a exercida nas pessoas (LEININGER e MCFARLAND, 2006).

A última fase foi realizada na unidade básica de saúde da Estratégia de Saúde da Família, onde a observação do domicílio, como pesquisadora, e todos os dados obtidos pelas mães foram complementados quando necessário nos prontuários da família. Cabe destacar que nesta etapa, foi identificado que muitas mães não dizem a quantidade exata de cômodos no domicílio, como por exemplo, numa casa onde existem apenas 3 cômodos, o quarto, a sala e cozinha dentro de um mesmo cômodo, e o banheiro, é visto pela mãe como uma moradia que possui 4 cômodos, e na verdade, possui apenas 2. Esse conflito de dados sobre a quantidade de cômodos aconteceu principalmente com as mães que vivem em moradias pequenas, com no máximo 3 cômodos.

Para a produção dos dados, foram utilizadas a observação, participação e reflexão, conduzidas por um roteiro (APÊNDICE 2), e que foram registrados no diário de campo. O roteiro constituiu-se em um guia para ressaltar aspectos do cuidado materno na doença respiratória infantil, bem como as impressões da pesquisadora, que foram registrados no diário de campo.

O formulário (APÊNDICE 3) foi constituído com perguntas fechadas que versavam sobre a identificação e caracterização sócio-econômica e cultural dos sujeitos com objetivo de certificar os dados levantados na OPR. Este formulário contempla os sete fatores do primeiro nível do Modelo de Sunrise.

A entrevista semiestruturada (APÊNDICE 4) foi gravada em MP3, e o seu roteiro foi constituído de questões abertas que favoreceram a análise dos saberes e práticas do cuidado materno na doença respiratória aguda na criança a fim de contemplar os objetivos do estudo.

É por meio das entrevistas que realizamos pesquisas baseadas em narrativas de vida, como por exemplo, etno-histórias, etnobiografias, constituindo uma representação da

realidade: crenças, ideias, maneiras de pensar e de atuar, condutas e comportamentos (MINAYO, 2010, p. 65).

Esta estratégia utilizada no trabalho de campo deve vir, sempre que possível acompanhada e complementada por informações provenientes de observação participante, com isso, para a pesquisa baseada na etnoenfermagem, além da fala que é o material primordial, o investigador qualitativista também terá elementos de relações e práticas que pontuam o cotidiano (MINAYO, 2010, p. 65).

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos depoimentos foi fundamentada na análise de dados de etnoenfermagem. Segundo Leininger e McFarland (2006) esta é uma análise sistemática, profunda e rigorosa da pesquisa qualitativa, dividida em quatro fases:

**Fase I - Coleta, Descrição e Documentação de Matéria Prima.** O pesquisador coleta, descreve, registra e começa a analisar os dados relativos aos objetivos, domínio de inquirição ou das questões em estudo;

**Fase II - Identificação e Categorização de Narradores e Componentes.** Os dados são codificados e classificados de acordo com o domínio da inquirição e, às vezes, as questões em estudo;

**Fase III - Padrão e Análise Contextual.** Os dados são escrutinados para descobrir a saturação de ideias e os padrões recorrentes de significados semelhantes ou diferentes, expressões, formas estruturais, interpretações, ou explanação de dados relativos ao domínio da inquirição. Os dados são também examinados para mostrar a padronização com respeito aos significados no contexto e junto com outros dados confiáveis e de confirmação, realizando assim uma re-codificação;

**Fase IV - Temas principais, resultados de Pesquisas, Formulações Teóricas e Recomendações.** Esta é a mais alta fase de análise de dados, sínteses e interpretação. Requer a síntese de pensamento, análise da configuração, resultados de interpretação e formulação criativa de dados das fases anteriores. A tarefa do pesquisador é abstrair e confirmar os principais temas, resultados de pesquisas, recomendações e, às vezes, fazer novas formulações teóricas. (LEININGER E MCFARLAND, 2006)

Para a análise dos dados, o pesquisador inicia pela Fase I analisando dados estabelecidos e detalhados antes de passar para a Fase II. Neste segundo estágio, o pesquisador identifica os “representados”, “indicadores” e as “categorias” dos primeiros

dados na Fase I. Na Fase III, o pesquisador identifica os “padrões recorrentes” dos dados como derivados das Fases I e II. Na Fase IV, os “temas” do comportamento e de outros “resultados sumarizados da pesquisa” são apresentados e abstraídos dos dados como derivados das três fases anteriores. Em todos os estágios, os resultados de pesquisa da análise dos dados podem ser transportados de volta, a cada fase e aos dados estabelecidos na Fase I, para confirmar e conferir os resultados em cada fase. (LEININGER & MCFARLAND, 2006)

## CAPÍTULO 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

### 4.1 PERFIL DAS INFORMANTES CHAVE E DOS INFORMANTES GERAIS

Para facilitar a compreensão, os dados de identificação, assim como os sete fatores das dimensões da estrutura cultural e social (Vide Modelo de Sunrise – Figura 01) das mães, foram capturados do formulário sócio-econômico-cultural e da Observação-Participação-Reflexão, distribuídos nos próximos quadros a seguir. No Quadro 02, é apresentada a caracterização das 21 mães entrevistadas e da doença respiratória que o filho apresenta. Nos Quadros 04 a 10, são apresentados dados referentes à estrutura social, econômica e cultural, permeando os fatores tecnológicos, de religião e filosofia, companheirismo e social, valores culturais e modos de vida, econômicos e educacionais. Essas informações detalham, assim, o perfil sócio-econômico-cultural dessas mães. Já os fatores políticos e legais serão apresentados neste trabalho em forma de parágrafo.

**QUADRO 02** – Caracterização das Mães das Crianças com Doença Respiratória Aguda (DRA)

Mães	Idade	Naturalidade da mãe	Criança com DRA	Idade da criança	Doença respiratória da criança	Nº de filhos
Magnólia	34 anos	Rio de Janeiro	Gabriel Miguel	4 anos 1 anos	Resfriado Amigdalite	3
Orquídea	23 anos	Sapé (interior de Alagoas)	Ariel Juliel	5 anos 2 anos	Rinite alérgica	3
Hortênci	25 anos	Rio de Janeiro	Rafael	5 anos	Asma, bronquite e pneumonia	4
Bromélia	42 anos	Rio de Janeiro	Aniel	5 anos	Bronquite e já teve bronquiolite	1
Margarida	33 anos	Pernambuco (Recife)	Caliel Omael	4 anos 4 anos	Bronquite	2
Azaleia	45 anos	Rio de Janeiro	Rochel	5 anos	Bronquite e pneumonia	1
Violeta	36 anos	Pernambuco (Recife)	Vehui	2 anos	Resfriados e gripe	1
Camélia	23 anos	Bahia (Caldeira Grande)	Haiaiel	5 anos	Amigdalite e resfriado	1
Rosa	43	Minas Gerais	Sitael	4 anos	Rinite alérgica e	2

	anos	(Estaobim)			pneumonia	
Girassol	29 anos	Rio de Janeiro	Elemiah	5 anos	Bronquite e resfriado	3
Cravo	30 anos	Rio de Janeiro	Daniel	3 anos	Resfriado	2
			Lelahel	2 anos	Amigdalite	
Crisântemo	44 anos	Rio de Janeiro	Haziel	4 anos	Rinite alérgica e resfriado	3
Jasmin	20 anos	Rio de Janeiro	Hariel	1 ano	Bronquiolite e pneumonia	1
Íris	26 anos	Rio de Janeiro	Nanael	3 anos	Bronquite e resfriado	3
Gerânio	24 anos	Rio de Janeiro	Nithael	5 anos	Bronquite	3
Lírio	28 anos	Rio de Janeiro	Menadel	3 anos	Bronquite	3
Alfazema	25 anos	Rio de Janeiro	Manakel	4 anos	Bronquite	3
Tulipa	28 anos	Rio de Janeiro	Anauel	4 anos	Bronquite	7
			Lecabel	3 anos	Asma	
Prímula	24 anos	Rio de Janeiro	Anauel	3 anos	Bronquite	7
Papoula	29 anos	Rio de Janeiro	Mebahel	5 anos	Bronquite	3
Gérbera	24 anos	Rio de Janeiro	Poiel	4 anos	Bronquite e resfriado	2

**Fonte:** Formulário do perfil sócio-econômico-cultural (APÊNDICE 3)

**Legenda:** N°: número

Dentre as 21 mulheres, 04 são do Nordeste, sendo 02 de Pernambuco, 01 da Bahia e a outra de Alagoas. Apenas uma é procedente de Minas Gerais e as outras 16 mães são naturais do Rio de Janeiro. A faixa etária variou entre 20 e 45 anos. Podemos verificar a presença de três diferentes décadas de mulheres no estudo: 13 mulheres com idade entre 20 e 29 anos, 04 mulheres com idade entre 30 e 39 anos e 04 mulheres entre 40 e 49 anos. A diferença de idades é de grande valia para a pesquisa, já que, a cada década de idade, é possível vislumbrar mudanças culturais em uma sociedade (LARAIA, 2003).

Quanto ao número de filhos, 05 mães possuem apenas 1 filho, 04 mães possuem 2 filhos, 09 mães possuem 3 filhos, 01 mãe possui 4 filhos e 2 mães possuem 7 filhos. Dessas crianças, 13 possuem bronquite, 02 possuem asma, 04 tiveram pneumonia, 02 tiveram bronquiolite, 02 apresentaram amigdalite, 03 possuem rinite alérgica, 08 tiveram resfriado, 01

teve gripe. O resfriado, embora seja a DRA de menor gravidade, causa mal-estar, pois, provoca febre, tosse, dor ou dificuldade para respirar e inapetência (PRADO, FUJIMORI, 2006)

Para promover um estudo em etnoenfermagem é necessário levantar dados relacionados aos fatores da dimensão sócio-cultural sugeridos pelo Modelo de Sunrise (Figura 1). Identificar esses fatores implica em conhecer a cultura da informante e seu meio social. O estudo dessas particularidades é importante - notadamente no cuidado materno à criança com doença respiratória, objeto deste estudo - pois o meio e a cultura influenciam diretamente nos padrões de cuidado e expressão de saúde dessas crianças (LEININGER & McFARLAND, 2006).

Quanto aos informantes gerais do estudo, utilizo o quadro 03 para facilitar a observação do perfil destes informantes. São seis agentes comunitários de saúde que trabalham no PSF, no entanto, uma estava de licença maternidade, e atua na microárea 5.

**Quadro 03 – Perfil dos Informantes Gerais – Agentes Comunitários de Saúde**

<b>Informantes Gerais</b>			
<b>Agentes Comunitários de Saúde</b>	<b>Quanto tempo mora na comunidade?</b>	<b>Quanto tempo trabalha no PSF?</b>	<b>Microárea</b>
Agente 1	5 anos	4 anos e meio	4
Agente 2	31 anos	4 anos e meio	2
Agente 3	30 anos	2 anos e meio	1
Agente 4	20 anos	4 anos e meio	3
Agente 5	25 anos	2 anos e meio	6

Fonte: Entrevista

O primeiro fator a ser abordado é o tecnológico. Para observar a tecnologia em uma comunidade do Rio de Janeiro, é necessário conhecer o meio social onde essas pessoas vivem e o que é considerado tecnológico para esta comunidade. Esses fatores tecnológicos são apresentados respectivamente no Quadro 04, distribuídos por cada informante chave do estudo. Vale frisar que as primeiras doze informantes (Magnólia, Orquídea, Hortência, Bromélia, Margarida, Azaleia, Violeta, Camélia, Rosa, Girassol, Cravo e Crisântemo) pertencem a microárea 03 (mais plana) e as demais habitam a microárea 02, localizada no alto do Morro do Fubá.

**QUADRO 04** – Fatores Tecnológicos

Mãe	Luz na residência	Água na residência	Transporte	Coleta de lixo na comunidade**	Coleta de lixo ao redor da casa	Possui nebulizador e/ou vaporizador
Magnólia	Sim	Sim (F)	Ônibus, trem, kombi	Coletado semanalmente	É coletado pois, pertence a microárea 03	NBZ
Orquídea	Sim	Sim (F)				NBZ
Hortência	Sim	Sim (SF)				NBZ
Bromélia	Sim	Sim (F)				NBZ
Margarida	Sim	Sim (F)				NBZ
Azaleia	Sim	Sim (F)				NBZ
Violeta	Sim	Sim (F)				Não
Camélia	Sim	Sim (F)				Não
Rosa	Sim	Sim (F)				NBZ
Girassol	Sim	Sim (F)				Não
Cravo	Sim	Sim (F)				Não
Crisântemo	Sim	Sim (F)	Não			
Jasmin	Sim	Sim (F)			Não é coletado,	NBZ
Íris	Sim	Não, pega na casa da tia ao lado			e por isso, precisam	NBZ
Gerânio	Sim	Não, pega na casa da tia ao lado			levar o lixo até a microárea	Não
Lírio	Sim	Sim (F)			3, que fica no	NBZ
Alfazema	Sim	Sim (F)			início do morro	NBZ
Tulipa	Sim	Sim (F)				NBZ
Prímula	Sim	Sim (F)				NBZ
Papoula	Sim	Sim (F)				NBZ
Gérbera	Sim	Sim (F)				Não

**Fonte:** Formulário do perfil sócio-econômico-cultural (APÊNDICE 3)

**Legenda:** NBZ: Nebulizador; F: Filtrada; SF: Sem filtro

Nota:\* Acesso às microáreas localizadas no alto do morro, só de moto, por se tratar de rua estreita ou viela. As entrevistadas referiram uso restrito devido ao custo da passagem

\*\* Lixo coletado semanalmente - 3 vezes por semana - pela Companhia Municipal de Limpeza Urbana (COMLURB) em pontos definidos nas microáreas mais planas como a 03 e 04

Quanto à utilização de água, 02 mães precisam pegar água na casa vizinha (casa onde mora a avó das crianças), pois, não possuem água e 01 mãe até possui água, mas, não é potável e usa direto da torneira.

Quanto à luz na residência, todas possuem, o que confirma o relato histórico sobre a comunidade da agente comunitária de saúde, onde a energia elétrica chegou ao Morro do Fubá, a partir de 1996, com o Programa Favela Bairro.

O Programa Favela Bairro, criado em 1994 e finalizado em 2000, pela Prefeitura do Rio de Janeiro, fez intervenções em 62 comunidades e tinha como principal missão integrar e solucionar problemas como saneamento básico, drenagem, contenção e serviços sociais. Para ser incluída no Programa Favela-Bairro, a comunidade precisava ter de 500 a 2.500 domicílios, apresentar déficit de infraestrutura, possibilidade de urbanização e carência socioeconômica. Este programa tornou as comunidades acessíveis a serviços públicos, construindo internamente espaços públicos que permitiram a convivência (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2003)

Podemos perceber que as mães e crianças que moram na microárea 03, possuem o lixo coletado semanalmente (3 vezes por semana) pela COMLURB (Companhia Municipal de Limpeza Urbana) em pontos definidos próximo às suas casas, já para as moradoras da microárea 02, é necessário que estas levem o lixo ensacado nas mãos até a microárea 03 que fica na região mais plana da comunidade, próximo à avenida principal de Cascadura (Avenida Ernani Cardoso).

A COMLURB é a maior organização de limpeza pública na América Latina. Seu principal objetivo é a limpeza urbana no município do Rio de Janeiro, tendo como principais atribuições os serviços de coleta domiciliar, limpeza dos logradouros públicos, das areias das praias, de parques públicos, do mobiliário urbano, dos túneis, viadutos, e, em especial, a limpeza e higienização de hospitais municipais (PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO, 2011)

Com relação ao transporte, nenhuma mãe possui automóvel próprio e utilizam os seguintes meios de transporte: ônibus, trem e kombi® que passam na avenida principal de Cascadura, ou próximo a ela. É importante ressaltar que na comunidade existe um serviço de mototáxi, mas, nenhuma mãe relatou usar, pois, o serviço é pago e preferem subir o morro andando para economizar.

Quanto ao nebulizador e/ou vaporizador, a maioria possui nebulizador (14 mães) e nenhuma mãe possui vaporizador. Foi usado este fator tecnológico para entender um pouco mais sobre o domínio de inquirição (cuidado materno na doença respiratória infantil), visto que a mãe pode utilizar este fator para o melhor cuidado ao seu filho.

Já o levantamento de dados religiosos é de extrema importância para estudos com enfoque no aspecto cultural, já que a religiosidade, assim como a filosofia de vida, influencia

o modo das pessoas viverem e verem o mundo que as cerca (LEININGER & McFARLAND, 2006). Foi possível identificar a existência de três religiões das 21 mães moradoras da comunidade do Morro do Fubá: católica, espírita e evangélica. É importante frisar que 08 mães foram criadas em uma religião, mas, atualmente, não professam uma religião específica, sendo que destas, 05 referem ter “fé em Deus”, conforme Quadro 05.

**QUADRO 05** – Fatores Religiosos e Filosóficos

<b>Mãe</b>	<b>Em qual religião foi criada?</b>	<b>Qual religião pratica agora?</b>
Magnólia	Nenhuma	Nenhuma
Orquídea	Evangélica	Católica
Hortência	Evangélica	Evangélica
Bromélia	Católica	Prefere não ter religião, apenas fé em Deus
Margarida	Católica	Evangélica
Azaléia	Católica	Prefere não ter religião, apenas fé em Deus
Violeta	Católica	Espírita
Camélia	Católica	Católica
Rosa	Católica	Católica
Girassol	Evangélica	Prefere não ter religião, apenas fé em Deus
Cravo	Católica	Católica
Crisântemo	Evangélica	Evangélica
Jasmin	Evangélica	Evangélica
Íris	Evangélica	Evangélica
Gerânio	Católica	Evangélica
Lírio	Nenhuma	Nenhuma
Alfazema	Evangélica	Evangélica
Tulipa	Evangélica	Nenhuma
Prímula	Evangélica	Evangélica
Papoula	Nenhuma	Prefere não ter religião, apenas fé em Deus
Gérbera	Nenhuma	Prefere não ter religião, apenas fé em Deus

Fonte: Formulário do perfil sócio-econômico-cultural (APÊNDICE 3)

Podemos perceber, de acordo com estes dados, que 04 são católicas, 08 são evangélicas e 01 é espírita kardecista. O mais interessante é que das 21 mães, 10 mudaram a religião e/ou a forma de expressar a fé, esse fato pode ser explicado pela necessidade materna em encontrar fontes de conforto e esperança, fortalecendo-as e promovendo bem-estar. A

religiosidade influencia no cuidado, pois, conforme sustentam Leininger & McFarland (2006), essas crenças frequentemente direcionam o cuidado popular no processo saúde-doença.

Outro fator abordado com as mães na comunidade do Morro do Fubá foi o companheirismo e a vida social. A presença do companheiro é sempre positiva no processo do cuidado materno nas crianças com doença respiratória. Pode ser percebido que a maior parte das mães vive com um companheiro, que em sua maioria é o pai da criança, no entanto, mesmo com a presença paterna, grande parte das mães relatou cuidar sozinha do filho quando este apresenta a doença respiratória. No Quadro 06, as informantes chave foram caracterizadas de acordo com o estado civil e tempo da relação.

**QUADRO 06 - Fatores de Companheirismo e Vida Social**

<b>Nome da mãe</b>	<b>Você vive com alguém?</b>	<b>Há quanto tempo vocês vivem juntos?</b>
Magnólia	Não	----
Orquídea	Sim	8 anos
Hortência	Sim	6 anos
Bromélia	Não	----
Margarida	Sim	8 anos
Azaléia	Sim	13 anos
Violeta	Não	----
Camélia	Sim	6 anos
Rosa	Sim	8 anos
Girassol	Sim	9 anos
Cravo	Sim	7 anos
Crisântemo	Sim	9 anos
Jasmin	Sim	2 anos
Íris	Sim	2 anos
Gerânio	Sim	4 anos
Lírio	Sim	13 anos
Alfazema	Sim	10 anos
Tulipa	Sim	10 anos
Prímula	Sim	11 anos
Papoula	Não	----
Gérbera	Não	----

Fonte: Formulário do perfil sócio-econômico-cultural (APÊNDICE 3)

De acordo com o Quadro 06, podemos notar que grande parte das mães possui uma relação duradoura com o companheiro, pois 16 disseram viver com alguém, ou seja, têm um companheiro, e a duração das relações variou de 02 a 13 anos.

Para analisar o cuidado materno do filho com doença respiratória, é necessário levar em conta os aspectos culturais de uma comunidade, e também levantar os fatores relativos aos valores e modos de vida. Um deles diz respeito à questão da moradia em que a mãe e a criança convivem, e por este motivo, é relevante conhecer, detalhadamente, o ambiente no qual a criança cresce e recebe o cuidado materno. O ambiente do lar está disposto nos Quadros 07 e 08.

**QUADRO 07: Valores Culturais e Modos de Vida: o ambiente domiciliar**

Nome da mãe	Alguém que mora na casa fuma? Quem?	Possui animal de estimação? Ele fica aonde?	A casa é arejada? Tem janelas?	A casa possui pisos?
Magnólia	Sim, somente a mãe	Sim, cão e gato que ficam dentro de casa	Sim	Sim
Orquídea	Sim, o pai e a mãe	Tinha animal quando morava na Paraíba, mas, hoje não tem mais	Tem apenas uma janela em cima da pia	Sim
Hortência	Não	Não mas, já teve cão e pássaros	Sim	Sim
Bromélia	Não	Não	Sim	Sim, somente no quarto
Margarida	Sim, a mãe	Não	Sim	Sim
Azaléia	Não	Sim, cachorro que fica fora de casa	Sim	Sim
Violeta	Sim, a mãe e o tio	Sim, cachorro que fica fora de casa	Sim	Sim
Camélia	Não	Não	Não	Não
Rosa	Fumava mas, quando ficou grávida, parou	Sim mas, já deu para a sogra	Sim	Sim
Girassol	Sim, o pai, mas, a mãe disse que briga com o pai para fumar fora de casa	Sim mas, já deu para a sogra	Sim	Sim
Cravo	Não	Não	Sim	Sim
Crisântemo	Não	Não	Sim	Sim
Jasmin	Não, nenhuma das 12 pessoas fuma dentro de casa	Sim mas, fica fora de casa	Sim	Sim
Íris	Já fumou mas, parou quando engravidou	Sim mas, fica fora de casa	Sim	Não
Gerânio	Pai e mãe fumam	Sim mas, fora de casa	Sim	Não
Lírio	Mãe fuma	Tem mas, fica fora de casa	Sim	Sim

Alfazema	Não	Não	Sim	Sim
Tulipa	Não	Sim, cachorro, dentro de casa	Sim	Sim
Prímula	A mãe fuma	Sim, cachorro, fora de casa	Sim	Sim
Papoula	Não	Sim, 4 cachorros que ficam fora de casa	Sim	Não
Gérbera	A mãe e a avó fumam	Sim, tartaruga	Não	Não

Fonte: Formulário do perfil sócio-econômico-cultural (APÊNDICE 3)

Das 21 mães, 8 declararam ser fumantes, sendo que em três casos, o pai também é fumante, e desses, somente em um domicílio, o pai é o único fumante. Este resultado nos mostra que, apesar da evidência de que o fumo passivo aumenta a incidência das infecções respiratórias e de já terem sido criadas leis (*Lei n. 9.294* de 1996) proibindo o fumo em alguns locais públicos, são elevadas as taxas de exposição de crianças ao tabagismo passivo no Brasil (DUARTE, BOTELHO, 2000; BOTELHO *et al.*, 1987; PEREIRA *et al.*, 2000; BOTELHO *et al.*, 2003; SILVA *et al.*, 2006). Com isso, constatou-se o alto índice de crianças expostas ao tabagismo domiciliar, principalmente o tabagismo materno, conforme vemos neste estudo.

Importante atentar para os pontos positivos dos domicílios observados, onde a maioria possui casa arejada, com pelo menos uma janela, e com pisos. Entretanto, esta observação positiva não aconteceu em todas as casas, já que algumas informantes mostraram não possuir pisos e muito menos um ambiente arejado, com janelas. Desta forma, as crianças com problemas alérgicos podem ter suas crises desencadeadas pelo ambiente quente e úmido, no qual os ácaros vivem e se multiplicam.

Além disso, sabemos que ocorre a morte de grande número de bactérias, causadoras de infecções respiratórias, na presença de luz solar. Por este motivo, é extremamente necessário manter um ambiente arejado e exposto ao sol para evitar que a criança adquira alguma doença respiratória infecciosa.

Quanto à presença de animais, 18 informantes disseram ter a presença de cão/gato, no entanto, apenas 2 permitem que o animal doméstico fique dentro de casa. De acordo com Nunes, Solé e Naspitz (1997), a presença do pêlo do animal exacerba as crises alérgicas no aparelho respiratório, e por este motivo, a criança atópica, deve evitar contato direto com estes alérgenos. Atopia, segundo Abbas, Lichtman e Pober (2005), é uma predisposição genética a uma elevada produção de Imunoglobulina E (IgE) específica para alérgenos ambientais.

**QUADRO 08** - Valores Culturais e Modos de Vida

Nome da mãe	Quem mora na sua casa?	Como é a casa?	Local onde a mãe dorme?	Local onde a criança dorme?	Possui banheiro dentro de casa?
Magnólia	4 (M/3F)	Tijolo embolsado 4 cômodos	Na cama	No quarto da mãe, sendo que o bebê dorme no berço no mesmo quarto	Sim (1)
Orquídea	5 (M/P/3F)	Tijolo embolsado 1 cômodo (dividido em cozinha, banheiro e quarto)	Na cama	Na mesma cama da mãe junto com o pai	Sim (1)
Hortênci	6 (M/P/4F)	Tijolo embolsado, com 3 cômodos (1 quarto, 1 banheiro e 1 sala)	Na cama	Na mesma cama dentro do mesmo quarto	Sim (1)
Bromélia	3 (M/F/A)	Tijolo embolsado 6 cômodos	Na cama	Em outra cama no mesmo quarto da mãe	Sim (1)
Margarida	4 (M/P/2F)	Tijolo embolsado 3 cômodos	Na cama	Na mesma cama com os pais porque só tem um quarto	Sim (1)
Azaléia	3 (M/P/F)	Alvenaria 6 cômodos	Na cama	No quarto separado dos pais	Sim (2)
Violeta	7 (M/P/2F/2 T)	Alvenaria 5 cômodos	Na cama	Dorme na cama com a mãe	Sim (1)
Camélia	5 (M/P/F/A/ T)	Tijolo embolsado 2 cômodos (Banheiro e quarto)	Na cama	Na mesma cama com a filha e o pai	Sim (1)
Rosa	4 (M/P/2F)	Alvenaria 6 cômodos	Na cama	No quarto separado dos pais	Sim (2)
Girassol	5 (M/P/3F)	Tijolo embolsado 4 cômodos	Na cama	No quarto separado dos pais	Sim (1)
Cravo	4 (M/P/2F)	Tijolo embolsado 4 cômodos	Na cama	No mesmo quarto dos pais	Sim (1)
Crisântemo	5 (M/P/3F)	Tijolo embolsado 4 cômodos	Na cama	Em quarto separado dos pais	Sim (1)
Jasmin	12 (M/P/F/A/ 8T)	Tijolo embolsado 4 cômodos	Num colchonete na cozinha	No mesmo colchonete com a mãe e o pai	Sim (1)
Íris	5 (M/P/3F)	Tijolo embolsado 1 cômodo	No único cômodo, no colchonete	No único cômodo na cama	Não
Gerânio	5 (M/P/3F)	Tijolo embolsado 3 cômodos	Na cama	Na mesma cama com pai e mãe, somente a maior que dorme no outro colchonete	Sim (1)
Lírio	5 (M/P/3F)	Tijolo embolsado 4 cômodos	Na cama	Dorme com a mãe e o pai	Sim (1)
Alfazema	5 (M/P/3F)	Tijolo embolsado 5 cômodos	Na cama	No quarto separado dos pais	Sim (1)

Tulipa	9 (M/P/7F)	Tijolo embolsado 4 cômodos	Na cama	No mesmo local que os pais dormem	Sim (1)
Prímula	9 (M/P/7F)	Tijolo embolsado 4 cômodos	Colchonete na sala	No quarto, juntos	Sim (1)
Papoula	2 (M/F)	Tijolo embolsado 3 cômodos	Na cama	Com a mãe	Sim (1)
Gérbera	5 (M/3F/A)	Pedaços de portas e janelas juntadas 1 cômodo	No colchonete	Com a mãe, irmãos e a avó	Sim (1)

Fonte: Formulário do perfil sócio-econômico-cultural (APÊNDICE 3)

Legenda: M: Mãe; P: Pai; F: Filho; A: Avó; T: Tio

Quanto ao local em que as crianças dormem, 15 informantes relataram que seus filhos dormem na mesma cama dos pais. Segundo Barata *et al.* (1996), as crianças submetidas às condições habitacionais precárias, com maior aglomeração de pessoas dormindo no mesmo quarto e com antecedentes mórbidos do trato respiratório apresentam, se comparadas com as não expostas a esses fatores, incidências mais elevadas de IRA. Além disso, estudos realizados em países não industrializados têm apontado a associação desses fatores com o aumento de pneumonias que requerem tratamento hospitalar (TANSFIELD, SHEPARD, 1993; TUPASI *et al.*, 1988).

Com relação à quantidade de pessoas que habitam o mesmo ambiente domiciliar, podemos perceber, de acordo com Quadro 08, que 07 famílias possuem número igual ou menor que 4 habitantes no ambiente domiciliar, no entanto, a maioria, com total de 14 famílias, possui número maior ou igual a 5 habitantes na mesma casa, chegando a ter dois domicílios, um com 09 habitantes e outro com 12 pessoas. Segundo Prietsch *et al.* (2002), a aglomeração familiar e fumo materno apresentaram claramente efeito dose-resposta: quanto maior o número de pessoas no domicílio e maior a quantidade de cigarros fumados pela mãe, maior o risco de doença aguda das vias aéreas inferiores das crianças.

Durante a observação do ambiente domiciliar, foi possível perceber as condições habitacionais que possivelmente podem influenciar o comportamento das DRA nas crianças, sendo adequadas para 7 famílias estudadas, no entanto, 13 famílias habitavam construções em condições inadequadas de espaço, ventilação e iluminação e 1 das crianças (Poel, filho de Gérbera) reside em habitação precária (barraco).

Outro dado relevante levantado na pesquisa é a condição econômica, conforme apresentado no Quadro 09 das famílias estabelecidas no Morro do Fubá. O Quadro 09 apresenta a renda familiar e a fonte de renda referente a cada mãe. A renda de uma família tem um peso grande na maneira como os filhos são cuidados. De acordo com Silva (2009), é o poder econômico que determina, entre outras coisas, o poder de compra de medicamentos

para as crianças. Esses aspectos impactam diretamente na qualidade de vida das crianças e de suas famílias, conforme veremos adiante nos depoimentos.

**QUADRO 09:** Fatores Econômicos

Nome da mãe	Renda da família	Você trabalha?	Fonte de renda
Magnólia	1 a 2 salários mínimos	Não	Trabalho do pai
Orquídea	1 salário mínimo	Não	Trabalho do pai
Hortênci	½ a 1 salário mínimo	Não	Trabalho do pai
Bromélia	½ a 1 salário mínimo	Sim	Próprio da mãe
Margarida	2 salários e ½	Não	Trabalho do pai
Azaléia	3 salários	Não	Trabalho do pai
Violeta	2 salários mínimos	Sim	Próprio da mãe
Camélia	½ a 1 salário mínimo	Não	Trabalho do irmão
Rosa	2 salários e ½	Não	Trabalho do pai
Girassol	1 salário e ½	Não	Trabalho do pai
Cravo	Desempregados	Não	INSS e seguro desemprego
Crisântemo	4 a 5 salários mínimos	Sim	Trabalhos do pai e da mãe
Jasmin	1 salário mínimo, mas varia de mês em mês	Não	Trabalho do pai de vendedor
Íris	1 salário mínimo	Não	Trabalho do pai
Gerânio	1 salário mínimo	Não	Trabalho do pai
Lírio	3 salários mínimos	Sim	Trabalhos do pai e da mãe
Alfazema	2 salários mínimos	Não	Trabalho do pai
Tulipa	1 salário mínimo	Não	Trabalho do pai
Prímula	1 salário mínimo	Não	Trabalho do pai
Papoula	1 salário mínimo	Não	Trabalho do pai
Gérbera	Sem fonte de emprego – dinheiro pego em biscate	Não	Sem fonte de renda

Nota: Salário mínimo no valor de R\$ 510,00 - Medida Provisória nº 474, de 23 de dezembro de 2009.  
Fonte: Formulário do perfil sócio-econômico-cultural (APÊNDICE 3)

A renda familiar das famílias estudadas é baixa, sendo a maioria entre 1 a 2 salários mínimos (salário mínimo no valor de R\$ 510,00 - Medida Provisória nº 474, de 23 de dezembro de 2009). E o mais interessante, que deve ser destacado, é que apenas 4 mães contribuem com a renda familiar, sendo que as demais vivem com fonte da renda vinda pelo pai ou irmão, ou em alguns casos seguro desemprego.

A influência dos fatores econômicos sobre a morbimortalidade nas doenças respiratórias na infância é bem descrito na literatura (PRIETSCH *et al*, 2002; MACEDO *et al*,

2007). De acordo com Rasanen (2000), a situação sócio-econômica se relaciona a condições deficientes da casa (facilitando o acúmulo de alérgenos), educação inadequada dos pais (levando a cuidados incorretos e até à falta de cuidados com a criança) e dificuldade de acesso à assistência médica e aquisição de medicamentos.

Foi possível obter informações sobre o nível de escolaridade das mães, um dado importante, capital e influenciador do cuidado materno (LEININGER & McFARLAND, 2006). No Quadro 10, foram levantados o grau de escolaridade das mulheres e os motivos que fizeram com que elas interrompessem os estudos formais.

#### **QUADRO 10 – Fatores Educacionais**

<b>Nome da mãe</b>	<b>Estudou?</b>	<b>Frequentou a escola até quando?</b>	<b>Porque interrompeu os estudos?</b>
Magnólia	Sim	8ª série (fundamental incompleto)	Porque não deu para trabalhar e estudar
Orquídea	Sim	5ª série (fundamental incompleto)	Porque engravidou
Hortênci	Sim	2º ano do 2º grau (médio incompleto)	Porque engravidou
Bromélia	Sim	Superior incompleto	Porque não tem dinheiro para pagar a faculdade
Margarida	Sim	2º grau incompleto (médio incompleto)	Porque não tinha dinheiro para continuar os estudos
Azaléia	Sim	2º grau completo (médio completo)	Porque não quis continuar os estudos
Violeta	Sim	2º ano do 2º grau (médio incompleto)	Porque não conseguiu conciliar os estudos com filha pequena e amamentando
Camélia	Sim	2º grau incompleto (médio incompleto)	Porque não conseguiu conciliar os estudos com a gravidez
Rosa	Sim	Médio completo. Possui técnico em Enfermagem	Porque quer ganhar experiência com o aprendizado no técnico
Girassol	Sim	2º grau completo (médio completo)	Porque não quis continuar os estudos
Cravo	Sim	2º grau completo (médio completo)	Porque não conseguiu conciliar estudos com a gravidez e o casamento
Crisântemo	Sim	Ensino superior completo	
Jasmin	Sim	1º ano do ensino médio (médio incompleto)	Porque não conseguiu conciliar estudos com a maternidade
Íris	Sim	7ª série do ensino fundamental (fundamental incompleto)	Porque não quis continuar os estudos
Gerânio	Sim	5ª série do fundamental (fundamental incompleto)	Porque não conseguiu conciliar estudos com a maternidade

Lírio	Sim	6ª série do fundamental (fundamental incompleto)	Porque não quis continuar os estudos
Alfazema	Sim	8ª série do fundamental (fundamental incompleto)	Porque não conseguiu conciliar estudos com a maternidade
Tulipa	Sim	Ainda esta no 9º ano (fundamental incompleto)	Continua os estudos
Prímula	Sim	3ª série do fundamental (fundamental incompleto)	Porque estava na bagunça e não quis continuar os estudos
Papoula	Sim	8ª série do fundamental (fundamental incompleto)	Porque engravidou e quis parar de estudar
Gérbera	Sim	4ª série do fundamental (fundamental incompleto)	Porque parou de pagar a escola e não quis mais voltar

Fonte: Formulário do perfil sócio-econômico-cultural (APÊNDICE 3)

A partir dos dados obtidos no Quadro 10, muitas mães (9) não continuaram os estudos quando engravidaram, pois não conseguiram conciliar a maternidade com a escola. No entanto, também têm mães (6) que pararam os estudos pelo simples motivo de não desejarem.

É conhecida a influência do nível educacional na doença respiratória infantil. Em um estudo sobre o perfil clínico de crianças menores de 5 anos com infecção respiratória aguda, verificou-se a ocorrência de IRA e a relação entre distribuição dos casos de infecção das vias aéreas superiores (IVAS) e infecção das vias aéreas inferiores (IVAI) com o nível de escolaridade materna, e constatou-se que quanto menor o nível de escolaridade, maior a proporção de IVAI (DUARTE, BOTELHO, 2000), conforme Tabela 01:

**TABELA 01** - Distribuição de acordo com classificação anatômica das crianças com IRA e nível de escolaridade materna

IRA	Escolaridade Materna							
	1º grau incompleto		2º grau incompleto		3º grau incompleto		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
IVAS	251	73,6	95	80,5	29	90,3	375	76,4
IVAI	90	26,4	23	19,5	3	9,6	116	23,6
Total	341	100	118	100	32	100	491	100

Fonte: DUARTE, BOTELHO, 2000

Diversos estudos revelam que o menor grau de escolaridade materna esta associado com maior prevalência de IRA (MACEDO *et al.*, 2007; ESCOBAR; GOMES, 2005; CUJIÑO, MUÑOZ, 2001; DUARTE, BOTELHO, 2000; ROQUE, CANALEJO, 1999; SUTMOLLER, MAIA, 1995; RAMOS, *et al.*, 1991; MONTEIRO, BENÍCIO, 1987). A mesma revelação também acontece nas doenças respiratórias alérgicas, como a asma (CHATKIN *et al.*, 2000; RASANEN *et al.*, 2000; BRITTO *et al.*, 2000).

Esta constatação reforça ainda mais a necessidade premente da educação em saúde, baseada nos modos de vida das mães e crianças com doença respiratória aguda para que este cuidado de atenção primária seja oferecido de acordo com a realidade individual de cada família.

Segundo Macedo *et al* (2007), a escolaridade materna se mostra como um fator de risco mais forte do que a renda familiar. Tal resultado sugere que a escolaridade materna tenha um papel independente de outras características socioeconômicas familiares. A maior escolaridade propiciaria um conjunto de ações relacionadas ao cuidado mais adequado da criança e ao conhecimento de medidas preventivas de saúde, as quais reduzem a morbidade por doença respiratória. Além disso, há a influência e a interação do nível de escolaridade da mãe sobre outras variáveis relacionadas ao risco de doença respiratória, como tabagismo e desmame precoce.

Quanto ao líder comunitário (fator político e legal do Modelo Sunrise), este é escolhido pela comunidade, para ser o presidente da associação de moradores. No entanto, não foram oferecidas mais informações sobre o líder comunitário. Além disso, para minha proteção como pesquisadora, preferi não buscar mais informações sobre este aspecto.

A partir dos quadros até aqui apresentados, foi possível construir o perfil das mães das crianças com doença respiratória, e traçar o ambiente domiciliar onde a criança vive. Foram utilizados dados que versaram sobre suas histórias pessoais e as dimensões culturais e sociais permeados pelos fatores tecnológicos, de religião e filosofia, companheirismo, valores culturais e modos de vida, econômicos e educacionais.

## **4.2 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS**

O processo sistemático de análise de dados foi extremamente detalhado e rigoroso, pois só assim é possível entender os dados e reverter em resultados e conclusões. O detalhamento e o rigor são essenciais na procura pelos critérios da análise qualitativa, mostrando como o pesquisador encontrou os critérios de credibilidade, padronização recorrente, confirmação, significado no contexto, e outros critérios do estudo qualitativo (LEININGER & MCFARLAND, 2006). Esta análise dos dados se baseou no método da etnoenfermagem de Madeleine Leininger.

Na primeira fase desta etapa da pesquisa, foi realizada a leitura e releitura, descrição e documentação de toda a matéria prima, para dar início à análise dos dados de acordo com o domínio da inquirição, questões norteadoras e objetivos do estudo. Foi utilizada, nesta fase, a

técnica de recorte e colagem. Após a leitura prévia de todas as entrevistas impressas, todo o material foi lido e relido, sendo anotado a lápis, nas laterais das falas, as primeiras impressões da pesquisadora.

Em seguida, na segunda fase, onde ocorre a identificação e categorização de narradores e componentes, os dados foram codificados e classificados de acordo com o domínio da inquirição (cuidado materno na doença respiratória infantil) em consonância com as questões do estudo. Neste estágio, o pesquisador identifica as “categorias” dos primeiros dados na Fase I. Na prática, as entrevistas foram separadas por temas, e nestes, foi atribuído um título principal para representá-los como, por exemplo: prevenção da doença respiratória aguda na criança.

Na terceira fase, realizou-se a análise contextual, que aconteceu na terceira leitura, onde os dados foram escrutinados para descobrir a saturação de ideias e os padrões recorrentes de significados semelhantes ou diferentes, expressões, formas estruturais, interpretações, ou explanação de dados relativos ao domínio da inquirição. Assim, foram captadas as falas com os temas em comum, filtradas e reunidas por aproximação numa mesma unidade temática, em uma folha A4.

Na última e mais alta fase da análise de dados, síntese e interpretação, foi realizada uma síntese de pensamento para confirmar os principais temas encontrados. Em todos os estágios, os resultados de pesquisa da análise dos dados podem ser transportados de volta, a cada fase e aos dados estabelecidos na primeira fase, para confirmar e conferir os resultados em cada fase. Realizou-se, por fim, nesta fase, a CODIFICAÇÃO e assim emergiram 33 UNIDADES TEMÁTICAS, a saber:

- 1) Conhecimento sobre o conceito da doença respiratória aguda do (a) filho (a)
- 2) Desconhecimento sobre o conceito da doença respiratória aguda do (a) filho (a)
- 3) Conhecimento sobre a causa da doença respiratória do (a) filho (a)
- 4) Desconhecimento sobre a causa da doença respiratória do (a) filho (a)
- 5) Prevenção materna na doença respiratória aguda do (a) filho (a)
- 6) Falta de prevenção materna na doença respiratória aguda do (a) filho (a)
- 7) Mães fumantes
- 8) Pais fumantes
- 9) Filhos (as) que dormem na mesma cama dos pais
- 10) Sofrimento materno com a doença respiratória aguda do (a) filho (a)
- 11) Culpabilidade materna por sentir que não pode fazer tudo que os médicos orientam

- 12) Cuidado redobrado ao (à) filho (a) após esta ter adquirido alguma doença respiratória aguda
- 13) Responsabilidade materna na doença respiratória aguda do (a) filho (a)
- 14) Participação paterna no cuidado ao (à) filho (a) com doença respiratória aguda
- 15) Falta de participação paterna no cuidado ao (à) filho (a) com doença respiratória aguda
- 16) Uso de medicamentos alopáticos prescritos pelo médico
- 17) Uso de medicamentos alopáticos por conta própria
- 18) Avaliação materna do (a) filho (a) com doença respiratória – incorporação do saber profissional
- 19) Uso de remédios caseiros como ervas, frutas, mel, legumes e peixes
- 20) O remédio caseiro é feito pelas avós
- 21) Percepção materna da melhora da doença respiratória do (a) filho (a) após uso de remédios caseiros
- 22) Percepção materna da ineficácia dos remédios caseiros
- 23) O (a) filho (a) não precisa ser encaminhado (a) ao médico após perceber que o remédio caseiro melhorou os sintomas respiratórios
- 24) Melhora da doença respiratória com as simpatias
- 25) Não acreditam em simpatias para melhora da doença respiratória do (a) filho (a)
- 26) Cuidado passado de geração a geração (ensinado pela avó, mãe, tias, vizinhas)
- 27) Existência de dúvidas sobre a doença respiratória do (a) filho (a)
- 28) Falta de interesse materno em saber sobre a doença respiratória e seus cuidados ao (à) filho (a)
- 29) O (a) filho (a) é levado (a) ao médico somente quando a doença respiratória esta grave
- 30) Reconhecimento materno sobre os benefícios da amamentação para a prevenção de doença respiratória do (a) filho (a)
- 31) Seguem fielmente e valorizam a orientação médica
- 32) Ensinando saberes e práticas para o (a) filho (a) com doença respiratória
- 33) Fé no alívio e/ou cura da doença respiratória do (a) filho (a)

Após a codificação, foi realizada uma nova leitura das entrevistas impressas, em sua íntegra, comparando-as (as entrevistas) com as unidades temáticas. A partir disso, foi identificada a possibilidade de descobrir novos temas e de realizar os agrupamentos das unidades temáticas. Após esse exercício, pode-se chegar a 02 AGRUPAMENTOS que são chamados, aqui, de RE-CODIFICAÇÃO.

PRIMEIRO AGRUPAMENTO: Processo Saúde e Doença/Conhecimento/Prevenção

- a) Conhecimento sobre o conceito da doença respiratória aguda do (a) filho (a)
- b) Desconhecimento sobre o conceito da doença respiratória aguda do (a) filho (a)
- c) Conhecimento sobre a causa da doença respiratória do (a) filho (a)
- d) Desconhecimento sobre a causa da doença respiratória do (a) filho (a)
- e) Prevenção materna na doença respiratória aguda do (a) filho (a)
- f) Falta de prevenção materna na doença respiratória aguda do (a) filho (a)
- g) Mães fumantes
- h) Pais fumantes
- i) Reconhecimento materno sobre os benefícios da amamentação para a prevenção de doença respiratória do (a) filho (a)
- j) O (a) filho (a) é levado (a) ao médico somente quando a doença respiratória esta grave
- k) Falta de interesse materno em saber sobre a doença respiratória e seus cuidados ao (à) filho (a)
- l) Existência de dúvidas sobre a doença respiratória do (a) filho (a)

SEGUNDO AGRUPAMENTO: Saber popular x Saber Profissional na Doença Respiratória Aguda na Criança/Práticas Maternas de Cuidado à Criança com Doença Respiratória Aguda/Culpa/Responsabilidade/Significado

- a) Uso de medicamentos alopáticos prescritos pelo médico
- b) Uso de medicamentos alopáticos por conta própria
- c) Avaliação materna do (a) filho (a) com doença respiratória – incorporação do saber profissional
- d) Uso de remédios caseiros como ervas, frutas, mel, legumes e peixes
- e) O remédio caseiro é feito pelas avós
- f) Percepção materna da melhora da doença respiratória do (a) filho (a) após uso de remédios caseiros
- g) Percepção materna da ineficácia dos remédios caseiros
- h) O (a) filho (a) não precisa ser encaminhado (a) ao médico após perceber que o remédio caseiro melhorou os sintomas respiratórios
- i) Seguem fielmente e valorizam a orientação médica
- j) Crianças que dormem na mesma cama dos pais
- k) Participação paterna no cuidado ao (à) filho (a) com doença respiratória aguda

- l) Falta de participação paterna no cuidado ao (à) filho (a) com doença respiratória aguda
- m) Sofrimento materno com a doença respiratória aguda do (a) filho (a)
- n) Culpabilidade materna por sentir que não pode fazer tudo que os médicos orientam
- o) Cuidado redobrado com o (a) filho (a) após esta ter adquirido alguma doença respiratória aguda
- p) Responsabilidade materna na doença respiratória aguda do (a) filho (a)
- q) Fé no alívio e/ou cura da doença respiratória do (a) filho (a)
- r) Ensinando saberes e práticas para o (a) filho (a) com doença respiratória Mães que acreditam na melhora da doença respiratória com as simpatias
- s) Não acreditam em simpatias para melhora da doença respiratória na criança
- t) Cuidado passado de geração a geração (ensinado pela avó, mãe, tias, vizinhas)

Após o agrupamento foi realizada nova leitura, que chamamos de SÍNTESE, onde emergiram duas grandes categorias analíticas com subcategorias:

CATEGORIA 1 – Cuidado materno no processo saúde-doença na criança com doença respiratória aguda

- a) (Des) Conhecimento sobre o conceito da doença respiratória aguda infantil
- b) (Falta de) Prevenção na doença respiratória aguda infantil

CATEGORIA 2 - Saber popular x saber profissional na doença respiratória aguda infantil

- a) Saber popular e práticas do cuidado materno na doença respiratória aguda infantil
- b) Saber profissional na doença respiratória aguda infantil

## **CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO DOS DADOS**

A trajetória de aproximação com o objeto de estudo deu-se por meio da leitura dos discursos dos sujeitos. O agrupamento de seus discursos em categorias e subcategorias forneceu elementos para uma leitura dos saberes e das práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil.

Neste capítulo, apresentamos a discussão dos dados dispostos em duas categorias. A primeira delas trata do cuidado materno dentro do processo saúde e doença da criança com problemas respiratórios, focando no conhecimento e na prevenção materna na doença respiratória infantil. A segunda categoria discorre sobre os saberes populares e as práticas maternas de cuidado à criança com doença respiratória aguda e os saberes profissionais da doença respiratória na criança.

### **CATEGORIA 1 - Cuidado Materno no Processo Saúde-Doença na Criança com Doença Respiratória Aguda**

Nesta categoria são discutidos os cuidados das mães no processo de saúde e doença da criança com problemas respiratórios. O perfil das informantes, certamente, influenciou no cuidado à criança com doença respiratória, determinando o modo como vivenciam o processo de saúde e doença deste membro da família.

Leininger & McFarland (2006) se debruçaram sobre o assunto. De acordo com estes autores, cuidar em situações de adoecimento do filho, ou de prevenção de doenças específicas, representa um atendimento a uma necessidade evidente. Ou seja, a mãe, através do cuidado, procura promover a cura ou prevenção específica de alguma patologia respiratória diagnosticada por ela e que pode comprometer a saúde de seus filhos.

#### **1.1 (Des) Conhecimento sobre o conceito da Doença Respiratória Aguda Infantil**

Esta subcategoria foi construída a partir dos relatos maternos sobre o que sabem a cerca da doença respiratória do seu filho, e será discutida a partir do conhecimento e do desconhecimento materno sobre a doença respiratória de seus filhos.

Neste estudo, encontramos, na maioria das mães, um desconhecimento sobre a DRA dos filhos, semelhante ao estudo de Zhang *et al.* (2005) onde encontraram 93,1% de 87 pais com conhecimento insuficiente sobre a doença respiratória do filho.

Em um estudo quantitativo, realizado em uma unidade de saúde primária e também em um hospital em Havana, capital de Cuba, foi avaliado o nível educacional materno e os conhecimentos, atitudes e práticas frente às infecções respiratórias agudas de seus filhos menores de cinco anos, onde concluíram que quanto maior o nível educacional materno, maior será o conhecimento para realizar às melhores práticas e atitudes no manejo da infecção respiratória aguda (ROQUE, CANALEJO, 1999).

Roque e Canalejo (1999) mostraram a partir desta investigação que a variável nível educacional tem forte influência no cuidado materno quanto ao manejo preventivo e curativo das infecções respiratórias agudas.

Em geral, a capacidade materna em reconhecer os sinais que indicam que a criança está com pneumonia, em levá-la à uma Unidade de Saúde, em administrar corretamente o tratamento prescrito pelo médico, e regressar a uma Instituição, é um elemento essencial no desenlace desta doença, pois, influencia diretamente na vida da criança. (CAMPBELL, 1993; CAMPBELL, 1995)

Neste contexto, a melhora do conhecimento, atitude e prática das mães, e também dos familiares, é uma das estratégias principais do Programa Global da Organização Mundial de Saúde para o Controle das IRA, pois, contribui para a diminuição da morbimortalidade por tais infecções (OPAS, 1988).

Destacamos que, quando apresentado os fatores educacionais, das 21 mães participantes desta investigação, 10 não possuem o ensino fundamental completo e 05 não terminaram o ensino médio, o que confirma a baixa escolaridade, e conseqüentemente nos explica o fato da maioria das mães não conhecerem a doença respiratória que o seu filho possui.

Assim como existem uma série de estudos (MACEDO *et al.*, 2007; ESCOBAR, GOMES, 2002; CUJIÑO, MUÑOZ, 2001; DUARTE, BOTELHO, 2000; CHATKIN *et al.*, 2000; RASANEN *et al.*, 2000; BRITTO *et al.*, 2000; ROQUE, CANALEJO, 1999; SUTMOLLER, MAIA, 1995; RAMOS, *et al.*, 1991; MONTEIRO, BENÍCIO, 1987) que verificaram a existência de uma forte relação entre o nível educacional e o conhecimento e manejo materno na doença respiratória infantil, esta pesquisa também traz, em dados qualitativos, essa constatação que é reafirmada pelos depoimentos maternos ao questionar o que Girassol, Íris, Lírio, Alfazema e Gérbera sabiam sobre a bronquite do filho:

Não, não sei não. Acho que é bactéria né? (Girassol)

Nada, só que ela fica cansada. (Íris)

(Silêncio) Sei que quando muda o tempo, mais o quê? O que você quer saber? Se eu sei o que provoca? Sei que dá cansaço nela, é...deixa eu ver mais o que.....que, conforme, é....o catarro, ele, é, ele entope os brônquios, não é isso? Aí não dá para ela respirar direito. Mas o que é... (silêncio) (Lírio)

(Muitos risos) Sei nada. (Alfazema)

Não sei nada não. (Gérbera)

Nesses relatos, percebemos a incompreensão sobre a doença respiratória dos filhos, que pode estar relacionado à falta de informações/orientações por parte dos profissionais de saúde às mães na ocasião das consultas de pediatria e nos atendimentos de emergência e, também, à baixa escolaridade. Portanto, o conhecimento sobre a doença tem estreita relação com grau de escolaridade das mães, e por sua vez exerce influência na aquisição de doenças respiratórias na infância. Quanto maior o grau de instrução da mãe, menor a chance da criança apresentar doença respiratória (ESCOBAR; GOMES, 2005).

Em virtude disso, faz-se necessário que os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, que mais atua em salas de espera nas unidades de saúde, se aproximem mais da educação em saúde, conscientizando as mães, e também os familiares, sobre cada doença respiratória aguda na infância para que possa haver o melhor manejo e tratamento dessas afecções. Segundo Santos, Martins e Frota (2008), somente o assistencialismo técnico não produz autonomia e, se for mal feito, produz dependência irreversível.

A mesma falta de conhecimento materno na doença respiratória infantil também foi verificada a partir de um estudo quantitativo sobre o conhecimento das mães de crianças com asma, onde constataram que apenas 26% de um total de 258 mães possuíam conhecimento adequado sobre asma do filho (STEPHAN e COSTA, 2009).

Além disso, o desconhecimento materno também esteve presente em um estudo qualitativo sobre o cuidado materno no manejo da asma infantil, realizado com 18 mães, no ano de 2008, em um ambulatório pediátrico de um Hospital Geral da cidade do Rio de Janeiro, onde as autoras verificaram que muitas mães desconhecem ou são inseguras quando questionadas sobre o conceito/significado da asma (SILVA, SILVA e SANTOS, 2009). Esses dados reforçam a importância e a necessidade de medidas educativas e/ou orientações para as mães a cerca da doença respiratória do filho.

Algumas mães, quando questionadas sobre o que sabiam e entendiam sobre a doença respiratória do filho, associaram aos sinais e sintomas apresentados por seus filhos, conforme relatos de Margarida, Íris e Gerânio:

Lá a gente nem chama de bronquite, chama de criança cansada, cansaço. Porque fica (ah ah ah) aí tem que bota aquele remedinho, como é o nome?? Não é prednisona não, é o outro. É um remédio aí que eu esqueci. (Margarida)

Assim, sempre que ataca, ela fica muito cansada, não consegue respirar, não fala. Não consegue falar, ela fica muito muito muito cansada mesmo. (Íris)

Ahhhh, Ele fica muito nervoso, agitado, não consegue dormir, ele fica muito sufocação, não fala direito, ele fica muito cansado mesmo, muito, não fala direito. Fica tentando respirar e não dá. (Gerânio)

Neste caso, é imperioso destacar que estas mães de crianças com asma ou bronquite se referem a estas doenças como “cansaço”, esta característica linguística da comunidade do Morro do Fubá deve ser validada como informação na consulta de enfermagem e/ou médica. Importante também destacar que existe, por parte destas mães, um reconhecimento quanto a um dos principais sintomas que são manifestados na doença respiratória que é a dispneia e isso deve ser valorizado pela equipe de enfermagem e/ou médica.

No entanto, apesar disto, é importante orientar a mãe quanto ao conceito da doença respiratória que o seu filho apresenta, para que esta se aproprie mais do que está acontecendo e entenda melhor o cuidado que pode oferecer ao seu filho.

Outras mães associaram o conceito da afecção respiratória com a sua causa, trazendo argumentos, certos ou errados. Nos relatos de Azaleia, Crisântemo e Jasmin, podemos verificar a explicação materna sobre o aparecimento da doença respiratória do filho:

Ficar perto de poeira, ácaro e pêlo. Ela começou e nunca mais ficou muito doente não, acho que ela pegou quando começou a frequentar a escola, veio mais a tona. Quando ela começou a ter contato com criança que ela começou a ter. (Azaleia)

Quando levei ela no posto, o médico falou comigo que ela tem muita dobrinha, aí ele falo essa menina tem muita dobrinha, que a gente acha bonitinha, isso já é sinal de que ela vai ter alergia. Aí ele falo que essa dobrinha que as pessoas acham bonitinha, é sinal de que ela é propensa a ter alergia. (Crisântemo)

Não sei se foi o banho quente, ou frio, eu não sei, talvez eu possa ter mudado um pouco a temperatura da água dela e isso pode ter feito ela pega pneumonia. (Jasmin)

Nesta investigação, as mães confundem o conceito com a causa da doença, no entanto, estão mais próximas da fisiopatologia da doença do que os sujeitos, pais, do estudo de Zhang *et al.* (2005), onde 96,6% de um total de 87 pais desconhecem a natureza da inflamação nas vias aéreas na síntese dos sintomas da asma do seu filho.

Apesar de algumas mães desconhecerem a fisiopatologia da doença respiratória e até fazerem algumas associações errôneas, é extremamente importante que reconheçam sinais e sintomas precocemente, como, por exemplo, Gerânio, que descreve o quadro clínico da doença respiratória de seu filho, pois o baixo nível socioeconômico e o tratamento profilático inadequado são apontados como fatores de risco para a hospitalização infantil (LASMAR *et al.*, 2002).

Houve também uma mãe que justificou o porquê não sabe nada sobre a bronquiolite e bronquite que a filha tem, dizendo que a única coisa que ela quer saber é o que a filha dela sente e por este motivo, nunca pesquisou além disto. No discurso de Bromélia, podemos observar essa justificativa:

Nunca pesquisei, nunca entrei em detalhes porque eu sempre.... assim: a minha filha vai ficar boa disso, e eu coloquei isso na minha cabeça, então eu não queria pesquisar, não queria saber o que é, eu só quero que ela fique boa. Não, por não, mas aí você diz: poxa, mas você não sabe o que ela sentia, eu sei, sei que ela sentia dor no peito, sei que era difícil para ela respira, sei que os brônquios podiam ta obstruídos e tal mas, eu não queria saber mais que isso, eu queria saber só essa parte, eu não queria ir a fundo porque eu quero que ela fique boa disso. (Bromélia)

Além da justificativa, percebemos o medo da mãe Bromélia em conhecer mais sobre a doença. Esse medo é explicado na dissertação sobre as respostas emocionais maternas no cuidado do filho asmático (LIMA, 2005), quando diz que a presença de doenças crônicas na infância leva ao aparecimento de sentimentos negativos nos pais destas crianças. E por este motivo, o enfermeiro deve estar atento para investigar e perceber esses fatores emocionais para que dê o suporte necessário às mães, desmistificando a patologia, oferecendo maiores informações sobre a doença, seu manejo e tratamento, para que a mãe possa se sentir mais segura nesse cuidado.

Além disso, foi surpreendente encontrar duas mães, Tulipa e Gérbera, onde demonstraram desinteresse em saber e conhecer a doença respiratória do filho. Quando questionada sobre a bronquite de seu filho, obteve-se como resposta o seguinte relato de Tulipa:

Ahhh menina, eu não me interesso muito não, sou sincera sabe. Só quando ele da crise de ficar muito cansado, aí corro com ele para emergência. (Tulipa)

Gérbera também mostrou desinteresse, durante a entrevista, em saber o que é a enfermidade do filho, ao se questionar se já procurou saber, e também, quando foi incentivada a questionar qualquer dúvida que tinha sobre a doença, onde respondeu com a seguinte frase:

(risos) (silêncio) Fala aí então, o que que é ? (Gérbera)

O desinteresse percebido, como enfermeira pesquisadora, gera sentimento de surpresa e desânimo, pois, sabemos que para o melhor manejo da doença respiratória na criança e seu tratamento, é necessário que a mãe, e os familiares também, sejam orientados, mas desejem isso, e também entendam os cuidados preventivos e curativos para a melhor qualidade de vida da criança. Além disso, a Agente Comunitária de Saúde que me acompanhava nesta microárea, relatou que esta mãe, Gérbera, não cuidava adequadamente de seu filho quanto à higiene oral, e até mesmo, negligenciava muitos cuidados importantes para o adequado crescimento e desenvolvimento do seu filho.

Quando questionado às mães o que gostariam de saber sobre a doença respiratória do filho, percebemos que muitas mães dizem não ter dúvidas, muitas vezes, as mesmas mães que não souberam dizer o conceito da doença respiratória do filho:

Não ...sempre dá nele...normal. (Magnólia)

Nada, acho que não tem nada não. (Alfazema)

Não tem nada não. (Tulipa)

Esse desinteresse em saber sobre a doença respiratória do filho em um menor quantitativo de mães também aconteceu no estudo sobre o conhecimento de pais de crianças asmáticas sobre a doença no momento da admissão a um serviço especializado, onde 11,5% de 87 pais não mostraram interesse em conhecer mais sobre o problema respiratório do filho (ZHANG, *et al.*, 2005)

Uma mãe mostrou não ter dúvidas já que sabe que não existe a cura para a asma do filho:

Cura acho que não tem, então, dá para melhorar a vida convivendo com ela, então nem tenho dúvida não. (Hortênciã)

Já outras mães mostraram mais interesse em conhecer a doença, trazendo dúvida sobre tudo relacionado ao que o filho tem:

Ah, eu quero saber o que é isso.....quero saber o porque. Desse catarro, porque vem? Quando ela ta com nariz escorrendo....(Orquídea)

É alérgico não é? Não tenho certeza, queria saber isso. (Violeta)

Porque ela tem isso? (Crisântemo)

Eu queria saber o que causa a pneumonia? Porque eu não entendo e não sei isso. (Jasmin)

O que causa isso, o que faz atacar? (Íris)

Eu queria saber como que cura isso. (Prímula)

Podemos perceber que as dúvidas maternas são de ordem conceitual, etiológica, sobre a defesa imune do organismo contra as bactérias e vírus que causam estas afecções, a hereditariedade da doença, a cura e/ou tratamento, os cuidados e as diferenças entre outras doenças respiratórias. Neste caso, todas as dúvidas foram sanadas a partir das orientações feitas às mães, e seguindo o contexto social e cultural, foram realizadas as ações e decisões de enfermagem para os cuidados maternos que deveriam ser preservados, acomodados ou reestruturados.

Vale destacar que duas mães demonstraram pequeno conhecimento sobre a bronquite dos seus respectivos filhos, no entanto, possuem conhecimento parcial, pois, não entendem a etiologia da doença, conforme discurso abaixo:

Que é causada por pneumococos, assim obviamente, mas eu não entendi até hoje, como foi que ela pegou a pneumonia. (Jasmin)

O que eu sei, é o básico, que casa úmida, fumaça de cigarro, poeira, ela não pode, urso de pelúcia também não, mudança de tempo também. (Girassol)

A partir dos relatos, podemos perceber a necessidade da conscientização das mães, pelo enfermeiro, sobre a doença respiratória do filho. Os agentes comunitários de saúde (ACS), na Estratégia de Saúde da Família, também têm grande responsabilidade no repasse de informações.

E para isto, é necessário que os enfermeiros capacitem esses agentes para que eles aprendam sobre a DRA. Isso pode ter um resultado excelente como nos aponta um estudo recente sobre a aplicação de jogos educativos para capacitarem agentes comunitários de saúde sobre as doenças respiratórias infantis (ANDRADE, *et al.*, 2008).

No estudo de Andrade *et al.* (2008), observou-se a eficácia do uso de jogos educativos para a capacitação dos ACS sobre as doenças respiratórias infantis, sendo um instrumento que atende as demandas de educação em saúde relacionada ao atual contexto dos serviços de saúde, especialmente da Estratégia de Saúde da Família, tornando assim, importante a presença do ACS.

Quanto às dúvidas, quando as informantes foram questionadas se gostariam de sanar alguma dúvida, algumas negaram ter dúvidas sobre toda a doença respiratória aguda (DRA) que o filho tem, outras dizem que já aprenderam tudo, outras querem entender a etiologia, também encontramos informantes que querem entender se é hereditária, outras acreditam não ter dúvidas já que sabem que não existe cura para o filho, as que querem saber se existe algum

remédio ou tratamento que cura o mais rápido possível, e se existe a cura para a DRA do filho:

Não. Eu tinha dúvidas antes...mas minha mãe me ensinou antes de morrer. (Magnólia)

O que causa isso, o que faz atacar? (Íris)

Queria saber assim, a bronquite vem de família mesmo, ou a criança acontece do nada? Minha mãe disse que meu irmão teve bronquite, na família do pai ninguém teve. (Girassol)

Cura acho que não tem, então, dpa para melhora a vida convivendo com ela, então nem tenho dúvida não. (Hortênciã)

Gostaria de saber sim. Se tem alguma coisa mais rápido, sem ser o xarope para ele melhora logo. (Cravo)

Eu queria saber como que cura isso. (Prímula)

Também verificamos informantes que têm medo de conhecer mais sobre a doença, também têm as que querem saber tudo sobre a doença e, finalmente, as que querem entender a diferença entre algumas doenças respiratórias porque se sente confusa:

(risos) não sei se eu quero saber. (risos) (Bromélia)

Tudo. (risos) (Alfazema)

Gostaria, apesar de que tenho livro de bronquite, o médico me falou que é rinite, porque ela espirra muito. Porque que uns dizem que é bronquite e outros dizem que é rinite? Tem dia que ela espirra o dia todo. Porque o medico já me explico mais ou menos o que é, mas, n sei porque deu água na pleura... ele não me falou porque..... Foi da força que ela fez para respirar deu água na pleura. (Azaleia)

Não tem nada não. Eu não sei nada de bronquite, só sei que quando ele ta cansado, eu corro para emergência e ele fala que é crise de bronquite, e o outro tem asma também. (Tulipa)

Jasmin não entende o porque a filha adquiriu DRA se ela amamentou:

Não tinha como evitar contato com ela porque ela mamava, dizem que o peito tem defesa né? Que ajuda que ela não fica doente, então não entendi porque ela teve pneumonia, catapora. Porque eu tive catapora, era pra ela tá imune já que ela mamou no meu peito. (Jasmin)

Em geral, pôde ser observado, a partir dos relatos maternos, que a maioria das mães desconhece a doença respiratória do seu filho, e muitas gostariam de saber e entender mais o que é esta doença, cabendo à enfermeira esta função, de orientar, explicar e sanar dúvidas, utilizando os momentos de sala de espera, das consultas de enfermagem e no contato com os pacientes internados no ambiente hospitalar, para conscientizar as mães sobre o conceito, a etiologia e os principais sinais e sintomas da doença respiratória do filho, para que assim possam reconhecer toda a afecção respiratória do filho, encaminhando ao atendimento

médico, quando ocorrer quaisquer sinais de alarme, ou então, oferecer o adequado manejo, no ambiente domiciliar, para evitar o desenvolvimento destas afecções.

## **1.2 (Falta de) Prevenção na Doença Respiratória Aguda Infantil**

Por ser, a doença respiratória aguda, em especial a infecção respiratória aguda, definida como uma das “três grandes” doenças fatais da primeira infância, junto com a diarreia e a desnutrição protéico-calórica, uma das estratégias de controle dessas afecções é a educação da mãe quanto aos sinais de alarme e aos cuidados domiciliares (BENGUIGUI, *et al.*, 1998).

Nesta subcategoria, podemos perceber que as causas observadas, pelas mães, para o surgimento da DRA, incluem influências naturais. À guisa de exemplo, dentre as causas, uma doença leve pode ser atribuída à exposição da criança ao frio. No entanto, outras mães, com nível de conhecimento maior sobre a DRA, sabe que o próprio ambiente domiciliar e o ambiente ao qual a criança esta exposta, reflete muito no seu surgimento.

Por este motivo, torna-se importante entendermos como as mães realizam a prevenção da DRA nos seus filhos, para que possamos atuar e ajudá-las, com adequada educação em saúde, baseado no seu contexto social e cultural, para quem assim sejam feitos os melhores cuidados e atenção à essa criança

Como exemplo de relatos das mães que atribuem as causas da DRA, às influências naturais, temos Magnólia, Camélia e Gerânio:

Ahhh não deixo ele sair na chuva, quando tá vento bota a camisa, casaco. Aí ele não fica brincando sem camisa. (Magnólia)

Agasalho ela sempre. (Camélia)

Quando o tempo muda, ele piora. (Gerânio)

Dessa forma, quando a mãe entende que as influências naturais têm forte impacto no surgimento da DRA dos seus filhos, elas acabam prevenindo a DRA com agasalhos, janelas e ambiente fechados, para que ele não se exponha à mudança de temperatura. Sendo assim, é importante que o profissional de saúde perceba esta prevenção materna, pois, no caso do ambiente fechado, como dito anteriormente, é maléfico para as crianças alérgicas, e por este motivo, é necessário que o enfermeiro reestruture este cuidado materno ao explicar, às mães, as desvantagens desta prática.

Por outro lado, a irritação das vias aéreas pela baixa temperatura não diminui com o acúmulo de agasalhos, por isso, agasalhar o filho é uma atitude materna que pode ser preservada visto que não influencia negativamente no aparecimento da DRA.

Já outras mães, quando questionadas se faziam alguma coisa para a prevenção, muitas associaram a prevenção ao dar banho gelado, pois, quando a criança tomava banho quente, ela piorava, conforme discurso abaixo:

Não. Mas, por exemplo, banho, nela é sempre frio, até ela já sabe disso, se o chuveiro tá ligado, ela mesmo avisa: mãe tá no quente. Mesmo no frio, ela tem que tomar banho frio..... Eu quem percebi, porque se ela toma banho quente, ataca ela. Então isso eu já vi, entendeu? E ela toma banho frio, ela mesmo fala para mim, a água ta quente. (Crisântemo)

Não, porque o dela eu achei que diminuiu o ataque depois que eu passei a dar banho só de água gelada, agora ela só toma banho de água gelada até hoje. Isso melhorou muito. (Íris)

Não faço nada não, só o banho. Ele não toma muito banho. A água..... porque a água deles é gelada, quando a minha mãe da água quente, ele piora. Aí quando eu dou gelada, ele não tem nada. (Gérbera)

Íris e Gérbera justificam que não fazem nada para prevenir a DRA nos seus filhos, já que perceberam a diminuição dos ataques respiratórios ao dar o banho gelado. Elas podem não ter percebido, mas, previnem também de certa forma, a DRA, em especial, a rinite alérgica e também a asma, pois, com o banho quente, a interação (variação brusca de temperatura ou choque térmico) entre a temperatura e a umidade do ar respirado dentro do banheiro (onde a temperatura é mais alta aquecendo também a mucosa respiratória), e, a temperatura, e, a umidade do ar fora do banheiro (onde a temperatura é mais baixa), predispõe a essas afecções, provavelmente devido à hiperemia (aumento da circulação sanguínea local levando à congestão vascular) nessas crianças (ABBAS, LICHTMAN, POBER, 2005).

Com esses relatos, afirmamos a necessidade de elaborar programas de educação, pautados no contexto social e cultural da comunidade, sobre as doenças respiratórias na infância para que as atitudes e crenças maternas em relação às doenças possam ser mantidas, se assim não prejudicarem a criança. Além disso, estas práticas também podem ser negociadas, adaptando o cuidado congruente, seguro e efetivo para a saúde da criança, ou reestruturadas, quando se faz necessário modificar as crenças e práticas inadequadas à criança com problemas respiratórios.

A conscientização das mães e familiares acerca da doença respiratória infantil é essencial para o sucesso do manejo e tratamento adequados nestas doenças, melhorando assim a qualidade de vida da criança. Assim, o enfermeiro tem um papel imprescindível neste plano

de ação preventivo das doenças respiratórias na infância a partir da conscientização/educação em saúde, pois trabalha juntamente às famílias para assegurar uma maior adesão destas ao tratamento alopático e não alopático da criança. Além disso, também pode ser considerado como atribuição do enfermeiro neste processo, o esclarecimento das famílias sobre a patologia, os fatores desencadeantes, o uso correto da medicação e o reconhecimento dos sinais de alarme das doenças.

Um outro fator importante observado nos depoimentos das informantes, é que além de evitarem a água quente, algumas mães também evitam que a criança brinque com a terra:

Não deixar ele brincar com terra...(Hortência)

Eu, eu, é porque ele fica muito...ele fica muito na terra, e sempre ataca. Aí tem que tirar ele, porque ele é um levado. (Gerânio)

Ela não brinca com terra e nem bebe água muito gelada, eu não deixo ela fazer nada disso. Eu fumo fora de casa. E aí ela não tem tanta crise, porque ela adora brincar com terra, mas, eu não deixo. (Prímula)

Neste caso, entendemos a proibição materna do contato do filho com a terra, pois a poeira da terra contém esporos de fungos que estimulam reações de hipersensibilidade imediata nas crianças alérgicas, no entanto, esse cuidado pode ser negociado com as mães, ao orientá-las e estimulá-las na participação e/ou visualização da criança ao brincar com a terra, pois essa brincadeira estimula o desenvolvimento infantil, e para que não seja desencadeado um processo alérgico, após a brincadeira, a mãe pode levar a criança imediatamente para higienização das mãos e do rosto.

Um fator importante, e que deve ser bastante considerado na prevenção da DRA nessas crianças, é a presença do tabagismo no domicílio. Com este estudo, verificamos, a partir do formulário social, econômico e cultural, que das 21 mães, 8 declararam ser fumantes, sendo que somente em um caso, o pai é o único fumante no ambiente domiciliar. E naquele momento, quando a mãe foi questionada se existia algum fumante no domicílio, as 08 responderam que são fumantes. Abaixo selecionou-se fala três mães para demonstrar seus relatos:

Só eu, pai não. Só eu que me poluo. (risos) (Margarida)

Eu fumo, meu irmão. (Violeta)

Eu e meu marido. (Gerânio)

Ainda neste aspecto, também foi encontrado no estudo de Zhang *et al.* (2005), 65,5% de 87 pais que não tinham consciência da importância da influência do ambiente domiciliar na gênese e/ou deflagração dos sinais e sintomas respiratórios da criança, além disso, encontrou grande frequência na presença de fumantes no domicílio.

No entanto, desses três relatos selecionados das mães fumantes, apenas uma se preocupou em dizer, na questão da prevenção, que fuma longe da criança:

Eu não fumo em casa.... eu fumo fora de casa. (Prímula)

Esta atitude materna é de extrema importância, e foi bastante elogiada, visto que a mesma se preocupa com a exposição do filho ao tabaco, e sabe que este tem grande influência negativa no seu sistema respiratório.

Apesar de todo arsenal de conhecimentos científicos sobre os efeitos maléficos do tabagismo passivo, da existência de campanhas públicas para adultos que revelam esses malefícios como, por exemplo, as imagens impressas nas embalagens do cigarro lançadas pelo Ministério da Saúde, em colaboração com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), assim como legislações existentes para limitarem o tabagismo passivo, ainda observa-se, na maioria das vezes, a relação entre fumante e fumante passivo que se concretiza nas figuras de pais e filhos. Diante disso, podemos concluir que ainda existe grande desconhecimento sobre os malefícios do tabagismo passivo para a criança, cabendo a realização de campanhas públicas focadas para a criança para alertar sobre este fato.

Quanto a este aspecto da prevenção, quando questionado aos informantes gerais, a sua percepção sobre a prevenção materna no criança com DRA, obtivemos os seguintes discursos:

Alguns cuidados são essenciais para ela evitar entrar em crise. Poucas dão importância, elas sabem, mas, poucas dão importância a esses cuidados. Elas sabem do cuidado básico, como por exemplo: evitar varrer a casa, e sim passar pano, elas sabem o cuidado básico, mas, não dão importância devida. (Agente 2)

Eu acho que elas são bem cuidadosas, a maioria, o que pecam muito é no fator higiene, a higiene é muito precária, em geral. É horrível. (Agente 3)

É muito, eu acho que elas são muito cuidadosas, demais. Exemplo, o filho da Camélia fica até, ela atropela todo mundo para atender ele....nossa, a mãe dele fica com ele, corre atrás de medicamento. Tem outras eu percebo que não ligam tanto, outras ocultam a verdade, não querem saber, e preferem fugir. Tem mãe que fala que o filho não tem nada, mas a gente vê o filho com nariz escorrendo, mas elas falam que não tem, eu percebo isso. Eu não tenho muita criança com problema respiratório, mas as que têm, elas cuidam bem dos filhos, a maioria. A Hortência, nossa, ela cuida mesmo, ela tira tapete, ela tem todo cuidado para filho dela não entrar na crise de asma. Tem mãe que realmente veste a camisa e cuida do filho. (Agente 4)

Com estes relatos sobre a prevenção materna, observada pelos informantes gerais, percebemos que as mães não realizam a prevenção do ambiente, tão importante para a não

deflagração das doenças respiratórias alérgicas e/ou infecciosas. Por isto, é extremamente necessário, que o médico, a enfermeira e os agentes comunitários de saúde, do Programa de Saúde da Família, realizem constante conscientização sobre a prevenção das DRA a partir do ambiente domiciliar, principalmente a proibição do tabagismo passivo na criança.

Outra atitude materna de preocupação e cuidado com o filho acerca desta exposição se deu no caso da família, em que apenas o pai é o fumante:

Ele fuma, às vezes na porta, aí brigo com ele para ele ir pra fora de casa. (Girassol)

Apesar de inúmeros estudos, e divulgação na mídia, que o tabagismo passivo prejudica muito a saúde dos não fumantes, ainda assim, existe grande quantidade de crianças expostas ao tabaco, principalmente usado pelas mães (DUARTE, BOTELHO, 2000; BOTELHO *et al.*, 1987; PEREIRA *et al.*, 2000; BOTELHO *et al.*, 2003; SILVA *et al.*, 2006).

É extremamente importante, e comprovadamente eficaz, a implantação de programas educacionais para cuidadores e/ou pessoas com doença respiratória (ANDRADE, 2008; JOHNSON *et al.*, 2009). Por este motivo, a enfermagem deve atuar, não só nas unidades primárias, secundárias e terciárias de saúde, mas, também, se apropriar dos métodos de ensino-aprendizagem, dentro dos hospitais universitários e discutidos nas grades curriculares das universidades, que também podem ser fundamentais para a adesão e o controle das doenças respiratórias em serviços educacionais e de saúde.

Quanto ao animal de estimação, quando questionadas se tinham algum no domicílio, todas as mães mostraram que sabem que este pode influenciar positivamente na exacerbação da DRA.

Cachorro e gato nunca tive não. O pêlo do gato, se pegar no nariz da criança, dá puxado. (Orquídea)

Não, nunca tive, principalmente pelo filho mais velho. (Hortência)

Nunca deixei ela ter animal de estimação. Ela adora cachorro, ela tem medo, mas gosta de ter ele, ela tem um na casa da minha irmã, a gente vai lá, ela vê o cachorro, visita o cachorro e vem pra casa, toma banho e pronto (risos). Mas é lá na casa da tia dela, aqui não. Eu procurei fazer tudo, todo procedimento de um asmático, para ela não ter problema. (Bromélia)

Não, agora tem um cachorro e fica lá atrás. (Violeta)

Já tive cachorro, mas, não tenho mais. Eu briguei com ele porque não queria mais cachorro por causa da minha filha, aí ele levo pra casa da mãe dele. (Girassol)

Tem um cachorro, fora de casa. Ele tem 15 anos, não posso jogar ele fora né, porque ele chegou depois dela. (Azaleia)

Estes discursos são de extrema importância para demonstrar que, mesmo a maioria das mães desconhecendo a DRA e sua etiologia, elas sabem que a presença dos animais faz com que os sinais e sintomas respiratórios alérgicos apareçam. Sabemos que o pêlo dos animais provoca e ativa a hipersensibilidade das crianças atópicas, e por isso a importância da negociação e/ou reestruturação, tão bem descrita por Madeleine Leininger, para os casos em que existe um animal doméstico como o cão e o gato, e que a mãe não entenda a influência destes nas crises alérgicas do filho.

Vale registrar que, segundon Abbas, Lichtman e Pober (2005), indivíduos atópicos são aqueles que apresentam uma predisposição genética para desenvolver doença alérgica. A atopia é uma resposta imunológica exacerbada face a partículas aparentemente inócuas, os alergenos, com a produção contínua de anticorpos de tipo IgE. A alergia, que acontece na hipersensibilidade do tipo I, é a expressão clínica da sensibilização atópica mediada pela IgE. Assim, um indivíduo atópico pode sensibilizar-se aos diversos alergenos à medida que tem contato com este. Quando esta sensibilização se manifesta sob a forma de sintomas estamos em presença de alergia.

Neste contexto, a negociação visa não deixar o animal próximo à criança, caso esta queira ter aquele pelo carinho e amor que já foi cultivado ao animal, como o exemplo do cuidado de Bromélia, que se preocupou em manter o cão longe da sua filha, mas, ao mesmo tempo, num ambiente familiar, onde a criança poderia vê-lo quando fosse visitar a família materna.

No entanto, nos casos de Azaleia e Violeta, foi importante frisar a elas que o animal precisa realmente ficar fora do ambiente domiciliar, e nunca deixá-lo subir na cama onde a criança dorme. Com essa negociação do cuidado, demonstrando a sua importância, a mãe se sentiu melhor em saber que desta forma, pode cuidar do seu filho, e ainda deixá-lo satisfeito.

Já a reestruturação pode acontecer no caso em que a criança não se importa com o animal, e para isso, a mãe e/ou familiar, pode doar o animal para outra família e/ou instituição.

Quanto ao brinquedo que muitas crianças gostam, o bicho de pelúcia, observamos tanto a adequada prevenção materna, como a falta desta também. A prevenção foi verificada nos seguintes relatos maternos quando questionadas se a criança tinha algum bicho de pelúcia, e também na observação, como pesquisadora, do ambiente domiciliar, onde foi possível perceber, na topografia externa de todo o domicílio, que realmente não havia bichos de pelúcia:

Tem cortina, mas, bichinho eu dei todos. (Hortência)

Não, aqui em casa nem pode muito, ela até ganhou, mas, fica guardado porque ela tem alergia. (Crisântemo)

Não, não pode nem ter. (Gerânio)

Sabe-se que os bichos de pelúcia contêm ácaros, e estes são os alérgenos mais prevalentes em nosso meio, provocando as rinites alérgicas (DOLCI, DOLCI; 2010). É de extrema importância que a enfermeira, usando a negociação, oriente as mães para o adequado cuidado com a criança que possui os bichos de pelúcia. No caso de Bromélia, temos um bom exemplo, da negociação do cuidado de enfermagem, onde esta, sabendo que o brinquedo é especial para a sua filha, se dedica a lavá-lo duas vezes por semana, para que a filha possa brincar à vontade:

Tem. Ela ganhou muito, durante o tempo que eu percebo que ela tá em crise, ou que vai entrar, eu pego e escondo todos eles no armário. Aí deixo todos lá, ela não tem acesso a nenhum. Só a Catita que é muito importante, é um bebezinho que dorme com ela desde nenenzinho, a Catita sempre toma banho. Ela toma banho duas vezes por semana, por causa da poeira. (Bromélia)

Todavia, encontramos também, nesta investigação, mães que não se preocupam com a presença do bicho de pelúcia próximo ao filho, e quando questionadas sobre a prevenção, não relataram em nenhum momento a lavagem deste brinquedo. Margarida até guarda o brinquedo mas explica que o motivo é devido a obra que acontece em sua casa e não pelo fato de seu filho poder estar exposto ao ácaro:

Tem urso de pelúcia, mas fica guardado, tô esperando ajeitar o quarto deles para colocar lá. (Margarida)

E também, no caso das mães Azaleia e Violeta, podemos perceber que estas não dão muita importância para o bicho de pelúcia já que acreditam que seus filhos não gostam deste brinquedo. No entanto, apenas o fato do bicho de pelúcia estar presente no quarto das crianças, já faz com que haja um acúmulo de ácaros.

Tem mas, ela não brinca muito não, ela não é de brinca não. (Azaleia)

Eles têm mas, não brincam muito, porque não gostam. (Violeta)

Como último ponto, não menos importante, para poder finalizar esta categoria, é importante destacar o esforço materno para o adequado manejo da DRA no filho.

Eu procuro não, assim, troco as roupas de cama, ela fica rindo. Eu troco duas vezes na semana para não ter poeira, tento lavar sempre pra não acumular poeira. Tento limpar o chão para não ter muita poeira, abro bem a janela para arejar, dou banho nela na temperatura bem ambiente mesmo, porque quebro a friagem. (Jasmin)

Eu sempre limpo né, por causa da poeira, evito cigarro, essas coisas né. (Girassol)

Bom, lá no quarto dela, eu sempre limpo, limpo em dia alternando, com pano, para tirar a poeira. Tiro colchão, tiro forro e lavo. Tem tapa sol no quarto dela, aí eu limpo também. (Rosa)

Este esforço se mostra a partir dos relatos em que as mães dizem que não conseguem fazer tudo o que é pedido, e porque não dizer, imposto, no momento de consulta na Unidade de Saúde.

Quando limpo quarto dela, ela fica na sala. Não dá para limpar todo dia, não tem como. (Azaleia)

Tudo que ela sente, ela fala, outro dia, quando minha mãe tava internada, eu quase não tava vindo em casa, ela disse: “mãe, olha só, você já percebeu que essa semana você não trocou esse lençol? Eu não aguento mais dormir nesse lençol assim” aí eu tive que tirar, ela se cuida muito, ela me lembra. Ela me diverte muito, tem coisa que não da, tem coisa que passa despercebido, muito trabalho, muito tudo e eu ainda arrumei curso para fazer (risos). Aí ela disse: mãe nosso quarto tá muito ruim, aí eu disse: mas você não me ajuda, eu boto tudo no lugar e você tira tudo do lugar. Aí ela falou: mãe, amanhã vou chegar cedo da escola e eu te ajudo a arrumar tudo, porque assim não da. Aí ela me ajudou a arrumar tudo. Porque eu sozinha não aguento. A primeira coisa que ela faz é: vamos tirar esse lençol para lavar antes de tudo porque assim não vai dar não. (Bromélia)

Bromélia sabe que é importante manter a limpeza dos lençóis, a limpeza do ambiente domiciliar, e até limpar a casa com pano úmido ou aspirar, mas, relata, na sua fala, que é difícil fazer tudo sozinha, e acaba pedindo a ajuda da filha de 5 anos.

Quando a minha filha teve bronquiolite, minha casa nunca era varrida, era feita aspiração, claro e evidente, não comprei napa para forrar o colchão, se eu disser que comprei tô mentindo porque não comprei.

Eu pegava a fronha da Aniel e trocava todos os dias, porque era o jeito dela não respirar aquilo, entendeu. Aquela poeira toda que ficava, eu trocava tudo, travesseiro tudo para ajudar ela. (Bromélia)

Neste relato, percebemos o esforço materno em realizar o adequado manejo da DRA da sua filha, mas também percebemos que a mãe tenta explicar que não comprou a napa, que poderia mentir dizendo que comprou, mas, prefere não mentir. Neste momento da fala, a expressão da depoente, segundo observação, era de culpa por não poder fazer tudo que foi pedido na consulta na Unidade de Saúde. Além disso, é importante considerar também o custo de determinadas recomendações que são feitas às mães, sem o prévio conhecimento do contexto social e econômico e cultural desta família.

Assim como no estudo de Stephan e Costa (2009), onde as mães, apesar de terem recebido orientações, apenas um terço efetuou mudanças ambientais e comportamentais, neste estudo, percebemos que poucas mães relataram essa mudança do ambiente em preocupação com a exposição do filho.

Sendo assim, acreditamos que a enfermeira deve utilizar, quando em contato com a mãe da criança que possui alguma DRA, os cuidados de enfermagem, baseados nos aspectos sociais e culturais, para que estas mães possam oferecer, um cuidado condizente com a realidade em que se encontram e com isso haver a melhora da qualidade de vida da criança.

Não devemos também deixar de ressaltar, a grande importância desses dados qualitativos, do (des) conhecimento e a (falta de) prevenção materna para que em conjunto com os estudos quantitativos sobre esta temática, possam motivar a publicação de novos programas de atenção a criança com doenças respiratórias, e também a implementação de atividades educativas, baseadas nos aspectos sócio-culturais das famílias, e assim colaborar com as mães no cuidado à essas crianças com DRA.

## **CATEGORIA 2 - Saber Popular x Saber Profissional na Doença Respiratória Aguda Infantil**

Para discussão desta categoria, é necessário compreendermos o conceito de cuidado. Neste sentido, o cuidado, definido por Madeleine Leininger, são “os fenômenos concretos e abstratos relacionados com a assistência, apoiando ou capacitando as experiências ou comportamentos para outros ou por outros com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar uma condição humana ou modo de vida” (LEININGER, 1991:46).

Leininger assinala que o cuidado é dividido em popular e profissional. A prática do cuidar tem como objetivo identificar diferenças e semelhanças entre as culturas, influenciando sua aplicação na saúde ou no bem-estar dos diversos contextos culturais (LEININGER & McFARLAND, 2002, 2006).

O cuidado popular (genérico), também chamado de *emic*, refere-se ao conhecimento culturalmente aprendido e transmitido, tradicional ou popular, para prestar assistência, suporte, capacidade e facilidade aos atos para outro ou por outro indivíduo com necessidades de saúde evidentes ou antecipadas (LEININGER, 1991:48). Sua finalidade é melhorar o bem-estar ou ajudar em caso de morte ou deficiência (LEININGER & MCFARLAND, 2006).

Já o cuidado profissional, também chamado de *etic*, refere-se ao conhecimento e práticas, formalmente ensinado, aprendido e transmitido pelo profissional de saúde, através

das instituições educacionais/profissionais (usualmente não genéricos). Assim é que as enfermeiras são orientadas a oferecer assistência e suporte ao indivíduo ou a um grupo a fim de melhorar sua saúde, prevenir as doenças, ou, conforme assinalado anteriormente, ajudar com a morte ou em outras condições humanas (LEININGER 1991; LEININGER e McFARLAND, 2002, 2006).

Esta categoria discute os relatos maternos, baseados nos conceitos de saber popular e saber profissional de Madeleine Leininger. Além disso, foi construída com o fito de expor as práticas de cuidado materno às crianças com doença respiratória, e deste modo, capacitar e incentivar a enfermagem a oferecer uma assistência culturalmente coerente com a realidade desta comunidade da zona norte do Rio de Janeiro. Muitas das práticas observadas nos depoimentos, nesta categoria, são peculiares à comunidade estudada, por isso é necessário um estudo sistemático de maneira que as ações do cuidado de enfermagem propostas sejam coerentes com a realidade dessas famílias, por vezes acomodando, reestruturando e, sempre que possível, preservando o valor cultural.

Nesta categoria são discutidas as práticas maternas, abordando o cuidado redobrado que as informantes relataram possuir após o filho ter adquirido uma doença respiratória aguda. Será discutido também a responsabilidade, a culpabilidade e o sofrimento materno com o problema respiratório do filho, trazendo a questão da (falta de) participação paterna nessa vivência.

Além disso, serão expostas a religiosidade envolvida e a crença ou não de simpatias para a melhora da doença respiratória dos filhos dessas informantes chave, onde abordaremos os cuidados que são passados de geração a geração e com isso, os ensinamentos dos saberes e das práticas para o próprio filho com a doença respiratória.

## **2.1 Saber Popular e Práticas do Cuidado Materno na Doença Respiratória Aguda Infantil**

Para o cuidado materno, será utilizado, nesta subcategoria, o conceito de cuidado popular, uma vez que a atenção materna é baseada no conhecimento popular, apreendido e transmitido constantemente entre as mães que moram na comunidade. Essa transmissão é feita de modo tradicional entre as gerações, acontecendo no convívio diário entre as informantes, de modo a oferecer aos seus filhos a manutenção da saúde e bem-estar, ajudando no controle e tratamento das doenças respiratórias.

Percebemos nos depoimentos das informantes que o cuidado da criança com doença respiratória, muitas vezes, é realizado com a utilização de ervas, frutas, mel e legumes, pois,

acreditam que com estas práticas terapêuticas não alopáticas ocorra a melhora da doença respiratória aguda do filho. Esses dados corroboram com estudos que constataram a utilização de medicações não alopáticas para o cuidado do filho com alguma afecção respiratória (SILVA, 2009; GONDIM, 2007; MEDEIROS, CABRAL, 2001)

No entanto, existe também a prática materna em oferecer medicações alopáticas, sem prescrição médica, para o seu filho quando apresenta alguma sintomatologia do aparelho respiratório. Nesses casos, a enfermeira deve estar atenta para reestruturar o cuidado, explicando à mãe, as intercorrências advindas desta atitude, e principalmente, a piora do estado clínico da criança.

Segundo Stheapan e Costa (2009), a minoria das mães leva o filho ao médico sem iniciar medicação alopática no domicílio, no manejo inicial do episódio de sibilância. Esta constatação também foi encontrada por Cuijño e Muñoz (2001), onde viram que as mães utilizam antipiréticos, antibióticos e principalmente, descongestionantes, sem prescrição médica. Neste estudo, também encontramos os mesmos discursos de algumas depoentes quando eram questionadas sobre o que fazem no momento em que o filho esta com a doença respiratória.

Eu boto sorinho no nariz para desentupir, não sei nome. Eu compro na farmácia um de gotinha de bota no nariz, de vidro. (Orquídea)

Eu tento medicar ele em casa, ele usava aquelas bombinhas, citirisina, nebulização quando é preciso, e xaropinho de salbutamol e aerolin. (Hortência)

O que eu já dei foi antialérgico, que ela resolve. Quando ela começa espirrar, dou xarope antialérgico. (Azaleia)

Eu coloco soro fisiológico e nasonex, direto no nariz. Nasonex que descongestiona e o soro, que ela melhora, e quando tá muito mal, o antibiótico. (Rosa)

Eu dou berotec® e atrovent®, boto no nebulizador, na tosse eu já faço isso. Quando vejo ela com dificuldade de respirar, tosse grossa, sei que ta atacando, aí já uso nebulizador. (Girassol)

Quando da febre, eu dou novalgina infantil. (Cravo)

Até dei transpulumim (supositório), mas fiquei com medo. (Jasmin)

Eu dou o remédio que ele passou que eu tenho sempre em casa, que é um comprimido, que é o polaramine. Ele passou e disse que sempre que atacasse, para dar para ela antes de chegar no hospital por causa do cansaço que da nela. (Íris)

Sabemos da importância do manejo materno na doença respiratória infantil como, por exemplo, o controle do ambiente doméstico, no entanto, a prática da automedicação, sem a prescrição médica, deve ser erradicada.

Quanto à automedicação de antibióticos, encontrada no estudo de Cuijño e Muñoz (2001), felizmente não verificamos esta prática específica neste estudo, o que pode ser explicado com a implementação e divulgação da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº20/2011, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. No entanto, acreditamos que com esta excelente determinação da ANVISA, engendrou um aumento da automedicação de anti-inflamatórios, pelas mães, nas crianças com doença respiratória aguda.

O discurso de Bromélia nos chama bastante atenção, pois, além de aplicar descongestionante na criança, por conta própria, também relata ter tratado sua filha com bromidrato de fenoterol e brometo de ipratrópio durante meses, e ainda medicava a filha com dipirona quando esta apresentava febre.

Ela já sabe, ela já pinga soro no nariz, hoje é mais tranquilo. Antes era muito difícil a lavagem porque quando jogava era muito ruim, muito difícil, de tanto ela recusar, eu pensava, nossa tenho que saber porque que ela recusa tanto, porque que ela não gosta de colocar o soro, aí coloquei no meu nariz, e vi que ardia. Aí pensei, caramba que horror, devia arder muito mais no nela sabe. Era rinosoro a 3%, ele arde, qualquer um a 3% da uma ardida. Aí nós tratamos com alivium, a Aniel foi nebulizada com berotec e atrovent, por muito tempo, uns 6 a 8 meses, na época da bronquiolite, e depois um tempo a mais também. Ela passou por esse período e vivia cansada, aquela coisa toda, ela dormia demais, devido os antialérgicos todos que ela tomava. A minha geladeira era muito bonita (risos), tinha muitos remédios, aí fez febre, esse não passava, dava novalgina em suspensão, porque não passava com qualquer remédio. Aí qualquer sintoma que ela tinha já dava... (Bromélia)

Estas práticas da automedicação alopática pelas mães devem ser reestruturadas pela enfermeira, visto que podem causar grande prejuízo e muitas complicações para a criança. O uso de dipirona, sem prescrição médica, pode acarretar sérios problemas na infância, desde alergias ao medicamento, causar hipotensão, e, além disso, mascarar toda a sintomatologia da doença respiratória, dificultando posteriormente uma avaliação médica, o que pode trazer consequências maléficas para a criança.

Não só nesta investigação, mas, outros levantamentos feitos nos domicílios mostram que uma proporção significativa das famílias declarou ter utilizado medicamentos alopáticos para tosse e para resfriado, durante as duas últimas semanas, para tratar casos de IRA em seus filhos com menos de cinco anos. Não se indica o uso desses medicamentos por não serem úteis para a cura da doença e alguns, inclusive, podem ser prejudiciais (BENIGUI, 2002).

É importante destacar que as mães da comunidade do Morro do Fubá estão próximas, e, portanto, têm acesso, à Unidade do Programa de Saúde da Família Fubá, bem como à Policlínica Alberto Borgerth, o Posto de Saúde Mário Olinto de Oliveira, a Unidade de Pronto Atendimento Madureira e o Hospital Municipal Francisco da Silva Telles, da área programática 3.3, e por este motivo, não justifica a prática da automedicação.

Entretanto, ressalta-se que, nos casos urgentes, como por exemplo, as crises de asma, é permitido o manejo materno da asma infantil com a administração dos medicamentos sintomáticos, desde que o (a) pediatra prescreva previamente, e oriente às mães como e quando deve ser feita a administração dos medicamentos. Além disso, após seguir a orientação médica no domicílio, nestes casos, a mãe deve buscar à unidade de saúde mais próxima, imediatamente, para dar continuidade ao tratamento por um (a) pediatra.

Por outro lado, sabemos que as mães utilizam recursos caseiros para aliviar os sintomas do seu filho. Essa alternativa, na maioria das vezes, não prejudica a criança, todavia, é extremamente necessário que o enfermeiro, e também toda a equipe de saúde envolvida na saúde da criança, conheça todas as medicações não alopáticas utilizadas pelas mães no cuidado à criança com DRA, para que possa preservar, acomodar ou reestruturar o cuidado materno.

O conhecimento e o uso de medicações não alopáticas são transmitidos pelas mães, e também entre gerações, pois, acreditam que estas aliviam a sintomatologia da DRA na criança. Nesta investigação, a maioria das mães relatou utilizar alguma planta medicinal, ou até mesmo frutas e peixes. Foi elaborado para facilitar a visualização o Quadro 11, com todas as plantas medicinais relatadas e utilizadas pelas informantes chave, moradoras da comunidade Morro do Fubá. Somado a isto, também foi possível tirar fotografias (ANEXO 02) de algumas plantas medicinais plantadas no próprio quintal da moradia, dentro da comunidade.

**QUADRO 11** – Plantas Medicinais na Doença Respiratória Infantil

<b>Nome Científico</b>	<b>Nome popular</b>	<b>Propriedades Terapêuticas</b>	<b>Indicações Terapêuticas</b>	<b>Cuidados</b>
Ananas sativus	Abacaxi	Ação mucolítica e expectorante. Refrescante e anti-inflamatória	Tosse	Altas quantidades podem irritar a mucosa estomacal
Nasturtium officinalis	Agrião	Depurativo, expectorante cicatrizante	Tosse, bronquite, afecções pulmonares, tuberculose	Grandes quantidades podem provocar irritações na mucosa estomacal e urinária
Glycyrrhiza	Alcaçuz	Antitussígeno, anti-	Tosse, gripe,	Altas doses retêm

glabra L.		histamínico e expectorante	resfriado	sódio e elimina potássio, causando aumento da pressão sanguínea, portanto não se usa em hipertensos.
Allium sativum L. LILIACEAE	Alho	Expectorante, antigripal, anti-inflamatório, antibiótico e antisséptico	Gripe, resfriado, tosse, rouquidão, dor de ouvido	Problemas estomacais e úlceras, inconveniente para recém-nascidos e mães em amamentação. Dermatites. Em doses elevadas, pode provocar dor de cabeça, de estômago, rins e até tonturas.
Vernonia polyanthes Less	Assa peixe	Antiasmática, antigripal, expectorante e tônico pulmonar	Asma, Bronquite, tosse, gripe, pneumonia	X
Beta vulgaris	Beterraba	Anti-inflamatória e expectorante	Pneumonia, resfriado, bronquite	X
Cymbopogon citratus	Capim Limão	Expectorante	Tosse, resfriado e gripe	Não usar nos casos de dor abdominal e gastrite
Allium cepa L.	Cebola	Anti-inflamatória	Afecções das vias respiratórias (resfriado, gripes, coriza e tosse)	X
Eucalyptus globulus Labill	Eucalipto	Descongestionante, broncodilatador, expectorante	Asma, secreção pulmonar, tosse crônica, gripe e resfriados.	Doses excessivas podem causar náuseas, vômitos, dor de cabeça, vertigem e convulsão.
Mikania glomerata	Guaco	Broncodilatador, expectorante, antiasmático	Prevenção e tratamento da asma, bronquite e pneumonia	X
Mentha piperita L.	Hortelã	Broncodilatador e expectorante	Asma e bronquite	Em lactentes pode causar dispnéia e asfixia
Citrus limon L. Brum	Limão	Expectorante	Amigdalite, asma, gripe, resfriado e tosse	Doses elevadas podem causar tremores, convulsões e delírios.
Malva sylvestris L.	Malva	Mucolítico e anti-inflamatória	Bronquite, tosse, asma, e amigdalite	X

Mentha pulegium L.	Poejo	Expectorante	Bronquite, tosse, resfriado, gripe.	X
Punica granatum L.	Romã	Anti-inflamatória	Amigdalite e inflamações gengivais	X
Kalanchoe brasiliensis Cambess	Saião	Anti-inflamatória	Infecção pulmonar	X

Fonte: Primária (depoimento das informantes chave) e Secundária (Escola Superior de Agronomia “Luiz de Queiroz” da Universidade São Paulo - ESALQ/USP - online)

Esses saberes e práticas passados de geração a geração são confirmados pelos seguintes depoimentos quando as mães eram questionadas quem ensinou o xarope ou o remédio caseiro que estas faziam para o filho com a doença respiratória:

Eu via minha mãe fazendo, e aprendi. (Orquídea)

Mãe do meu marido. (Girassol)

A gente quando era menor, minha mãe fazia, ela que ensinou. (Crisântemo)

De família já, a gente aprende. (Lírio)

Essa transferência de saberes e práticas começam também a ser passada para a criança que esta sendo cuidada, quando esta começa a querer utilizar mesmos saberes e práticas da mãe pra seu cuidado. No relato abaixo, podemos perceber que Bromélia fazia gargarejo de romã para a filha que foi apreendendo este cuidado. Aniel, então, passou a buscar melhor este conhecimento e até plantar a romã para a melhora dos seus sintomas quando apresentasse a amigdalite:

A Aniel gosta de romã, mas, ela gosta. Eu fazia, mas, ela gosta. Ela já gargarejou, mas é porque ela gosta. Ela foi ali na vizinha, ela simplesmente virou amiga da vizinha e pediu assim: ‘eu preciso de uma romã dessa’, é assim, ela é assim. Aí a vizinha: ‘pra que?’ Aí ela: ‘ah, porque minha garganta doi e eu preciso fazer um chá’. Aí a vizinha deu para ela, ela trouxe, e ela falo que não era para usar a semente não porque ela ia plantar. Aí ela pediu para vizinha ensinar ela a fazer o chá, e ela chego em casa me ensinou tudo. Ela plantou a romã aqui em casa, porque sempre que ela precisar, ela pode pegar para ela. Ela plantou só para poder fazer gargarejo para ela quando ela tiver dor de garganta. (Bromélia)

No caso de Magnólia, quando foi questionada o que ela fazia quando seu filho apresenta resfriado, como fazia e de que forma oferecia o remédio caseiro, temos o seguinte discurso:

Aí eu faço xarope de saião com saião, mel e limão. Bato eles no liquidificador com água e cuo. Dou na mesma hora, não boto na

geladeira não porque tem que dá na temperatura ambiente, porque dar gelado com resfriado. (Magnólia)

Esta mesma mãe acredita que o xarope de saião, mel e limão alivia todos os sintomas do resfriado de seu filho, não precisando levá-lo ao médico, exceto se ele piorar. Não só Magnólia, mas Orquídea e Margarida também fazem remédio caseiro para seus filhos, utilizando beterraba, abacaxi, hortelã, saião, agrião, alho roxo, chambá e genipapo

Fazia xarope de mate e erva. Boto muita erva, hortelã, saião, beterraba, alho roxo. Nós fazia de muito lá, fazia de uma cebolinha branca que tem lá, só ela, botava no sereno, aí vira melzinho e dá à criança. A beterraba é do mesmo jeito, bota com açúcar e vira mel. E também, quando a mais nova era mais novinha, ela pegou tosse muito forte, falavam que era coqueluche, doutor não passava remédio e pedia para fazia melxiz, que era o abacaxi, o médico de lá que falou. Eu fazia da casca do abacaxi verde, botava no forno para cozinhar, com açúcar e virava melzinho. (Orquídea)

Já fiz de abacaxi, a gente usa muito abacaxi lá, agrião. É....abacaxi com açúcar, puxa muito catarro. Esse fazia lá, beterraba também. Aqui eles não ficam muito gripados não. Na beterraba bota açúcar e deixa a aguinha ir soltando, o mel puxa muito catarro. Lá é, tem muito lambedor, lá chama de lambedor. A gente sempre faz com 3 ou 7 ervas, tem agrião, chambá, uma erva que tem muito boa lá que puxa muito catarro. Nunca vi aqui não, é uma florzinha branquinha. E também tem a hortelã, aí fazia os três com açúcar no fogo, e no caso de erva bota no figo. Quando solta água, não bota no fogo. Aí bota açúcar e ele vai soltando, porque fica molhado, a pessoa toma e solta tudo. O melhor é do abacaxi, genipapo, aqui no Rio, não acho genipapo. (Margarida)

No entanto, apesar destes xaropes acima não fazerem mal a criança, e até ser indicado para casos de resfriado e gripe, Orquídea adquiriu, também, um saber popular com o uso de banha de galinha no mingau da criança, saber este apreendido onde nasceu e cresceu, no interior do Nordeste, e que é inadequado para a criança, visto que esta apresenta êmese e diarreia logo após a ingestão da banha de galinha, que pode ser explicado pela dificuldade de absorção desse alimento com excesso de gordura, e que pode engendrar numa desidratação. Assim, a mãe, ao tentar resolver pequenos agravos, acaba agravando o problema respiratório de seu filho:

Eu botava banha de galinha, na Paraíba, as mulheres fazem isso. Para puxar o catarro. Sai o catarro todinho. Bota no pulmão da criança e uma colher de chá na mamadeira. É instantâneo, em alguns minutos, ou ela evacua muito e sai nas fezes, ou sai no vômito. Passa nas costas, só de noite. Aí bota no mingau, dentro da mamadeira, uma colherzinha dessa banha. Eu fiz muito com minha filha, tem que ser da galinha. Na Paraíba, o povo faz muito isso. Você derrete a banha, deixa esfriar, aí bota no mingau. Solta mesmo, muito catarro. Ela

vomita ou evacua. Passava cinco minutos, e ela vomitava tudo e dava para ver o catarro. (Orquídea)

Este cuidado materno deve ser reestruturado pela enfermeira, explicando à mãe as complicações do trato gastrointestinal que a banha de galinha pode gerar na criança, fazendo com que a mãe entenda e compreenda todos estes malefícios, para que assim, perceba que esta prática é desnecessária, e principalmente, inadequada para a criança.

Felizmente, neste estudo, a maioria das mães utiliza xaropes que não prejudicam a saúde da criança, e inclusive, possuem indicação para determinadas doenças respiratórias. À guisa de exemplo, Hortência utiliza o poejo e também, assa peixe, plantas que são bastante recomendadas nos casos de gripe:

Eu fazia de poejo. É uma planta, pega ela, ferve na água, e dá o chazinho para ele. Eu não botava nem açúcar. Ou procurava dar cravo da índia, aí pega ele, um pouquinho, e bota água quente no recipiente com o cravo da índia dentro, espera 15 minutos e dá para ele, aí a secreção saía para fora, na mesma hora que tomava isso. Assa peixe, minha mãe me ensinou, é mesma coisa do poejo. (Hortência)

Este saber popular ensinado pela avó é utilizado frequentemente por Hortência, e também por outras mães moradoras da comunidade:

Eu já fiz chá de poejo para o resfriado, e também já dei romã para dor de garganta. (Camélia)

Teve uma época que ela tinha muito catarro, aí me ensinaram assa peixe, minha irmã me ensinou. Pega folha de assa peixe, bota mel, com uma outra erva. (Rosa)

Geralmente, minha cunhada, às vezes, ela faz mel, agrião, alho, poejo e a gente dá para ela e pra ele (marido) também. (Crisântemo)

Eu fiz poejo com mel. Minha sogra que faz uma fusão, ela bota no copo e tampa, aí ele né, vai pegando mais, aí ela bota mel depois, aí dei uns 3 dias para ele. (Jasmin)

Dei o xarope caseiro que ele pediu pra fazer em casa, poejo, limão que ele mandou bota mel. (Íris)

Aaaah ela (referindo a avó) fez xarope caseiro para ele. Guaco, é...éé, o saião. Aí mistura os dois. Não bota os dois juntos. Tem o mentruz (no nordeste fala mastruz), é para catarro também. (Gerânio)

Fiz assa peixe agrião e hortelã, aí misturei com açúcar, deixei ferver e dei para eles. (Prímula)

Não só as informantes chaves, mas, também algumas informantes gerais, compartilham dos mesmos saberes e utilizam estas alternativas caseiras:

Nas primeiras vezes, levei ao hospital, aí logo após, procurei fazer xarope caseiro, que minha mãe me ensinava: guaco, saião, poejo, alho.

São praticas alternativas que podem dar certo, se ela souber fazer o xarope, porque tem xarope que impede que a criança entre na crise, tem que saber fazer o xarope, saber fazer a associação das ervas, porque não é qualquer uma que cessa a crise não, e se der qualquer coisa, pode piorar. (Agente 2)

Ah, fazia assim botava paninho com álcool no pescoço, até chegar socorro médico, porque isso aliviava, não sei, me falavam que era bom, e eu botava. A minha mãe me ensinou, dizia que alivia a dor de garganta. (Agente 3)

No relato da Agente 2, que também é mãe, tem dois filhos com bronquite, percebemos que esta utiliza uma interrelação dos saberes popular com saber profissional, onde percebe que os medicamentos caseiros, também possuem a possibilidade da planta conservar algum efeito indesejável pelo uso indiscriminado ou por excesso de dosagem, conforme explicação do quadro 12, e com isso precisam ser administrados com cautela.

No relato da Agente 3, também mãe de três filhos, sendo um deles recidivante de amigdalite, onde ela utilizava a prática do pano com álcool sobre o pescoço, para aliviar a dor. Este cuidado popular, ensinado por sua mãe, pode ser negociado, visto que o pano com álcool no pescoço, pode, em excesso, provocar queimaduras na pele de crianças menores de 1 ano e o cheiro forte pode irritar a mucosa das vias áreas da criança. No entanto, se for aplicado com cautela, com o pano úmido e não molhado, pode ajudar a reduzir a temperatura, visto que existe a troca de calor. Desta forma, este cuidado não precisa ser retirado da prática materna, mas deve ser explicado e negociado com a mãe, a melhor forma de realizá-lo.

Com o relatos do uso, pelas mães, das plantas medicinais, frutas e até peixe no cuidado ao seu filho com DRA, verificamos também que algumas mães percebem a eficácia desse cuidado na melhora da sintomatologia da criança, ao serem questionadas se achavam que este cuidado dava certo, respondendo o seguinte:

Dá sempre certo, nem precisa estar levando ao médico. (Magnólia)

Soltava o catarro sim, melhorava. Porque ela botava pra fora, quando tossia., tossia tossia tossia e botava para fora. (Girassol)

Sim, ela respirava melhor e dormia melhor (Bromélia)

Melhora, solta tudo pelo nariz, eu vou limpando”. (Cravo)

O poejo dá muito certo. (Crisântemo)

Com certeza. Ela melhorou, no outro dia, ela botou bastante catarro pra fora. (Jasmin)

Na tosse, no chiado, melhora sim. (Alfazema)

Melhora a tosse. O ronco não melhora não, só quando vou no Salgado Filho, e lá fazem nebulização de lá que melhora. (Prímula)

Não só Magnólia acredita que o filho não precisa ser levado ao médico, quando este apresenta sintomas leves de alguma DRA, pois, ao perceber que seu filho está com resfriado, ela faz um xarope de saião, mel e limão, e com a melhora do quadro respiratório, ela não o leva ao médico. Também foi observada essa atitude materna, no estudo de Gondim (2007), onde as mães definem o tipo de problema em função da seleção da busca por recursos terapêuticos estabelecidos por elas.

No entanto, as pesquisadoras Monticelli e Elsen (2006), encontraram, em seu estudo, trabalhadores de enfermagem que interpretam a cultura das famílias como algo residual, irrelevante e como um obstáculo a ser superado, e que essa cultura apresenta-se como um conhecimento que tem pouco ou nenhum *status*, principalmente se equiparado com o conhecimento biomédico necessário para o cuidar.

Além disso, um outro estudo realizado, em 2004, em um Programa de Saúde da Família no Ceará, também conclui que a maioria das enfermeiras relatam que as práticas e crenças populares das mães influenciam negativamente na assistência de enfermagem à criança e, somente uma enfermeira referiu ser benéfica esta influência, visto que poderia atuar em parceria com a família para proporcionar um cuidado melhor (OLIVEIRA, MOREIRA, MACHADO, NETO, MACHADO, 2006).

Por este motivo, é necessário deixar claro que não negamos o valor da ciência, como também não afirmamos que as práticas culturais das mães sejam mais eficazes que a medicina tradicional e que esses cuidados garantam a saúde dessas crianças sem as práticas das instituições de saúde. Na verdade, a intenção é fazer com que a enfermagem tenha uma visão holística dos saberes e crendices que permeiam o cuidado materno diante da doença respiratória infantil.

Algumas informantes-chaves afirmam que o remédio caseiro é feito pelas avós e/ou tia, pois, são elas que sabem preparar adequadamente:

Minha mãe que faz, tem agrião, mel, ervas, mas não sei como é não. Ela que sabe fazer o forte. (Cravo)

Minha sogra que sabe fazer. É uma fusão, ela bota no copo e tampa, aí ele né, vai pegando mais, aí ela bota mel depois, aí dei uns 3 dias para ele. (Jasmin)

A minha tia aqui faz muito, quando ataca, ela faz e me dá pronto. (Íris)

Aaaah é a avó que fez o xarope caseiro para ele. (Gerânio)

Assim, eu não, mas, minha sogra faz. Eu não sei o que ela faz não. (Tulipa)

Já outras mães preferem associar o uso desses medicamentos não alopáticos com a orientação médica, pois percebem que apenas seu cuidado caseiro não melhora a criança integralmente.

Parou nada, teve que levar pro hospital. (Orquídea)

Não, porque sei que não melhora. (Azaleia)

Eu dei e não adiantou muito não. (Rosa)

Quando ela ta, aí dou uma semana, se ataca hoje, eu já começo a dar alho e limão, mas isso não melhora não. Só quando o médico passa ampicilina e histamin, aí só. Isso melhora, pode dar o que for, até nebulização, se começar agora, não melhora. Pode dar até aliviada com nebulizador, mas, melhorar, não melhora. (Lírio)

Já Papoula refere que a criança piorou após uso da medicação não alopática:

Uma vez eu dei xarope que a vizinha deu, e ele quase morreu, nunca mais eu vou dar nada, menina ele piorou. Eu não sei o que tinha não. (Papoula)

É importante salientar que a fitoterapia requer uma relação do cuidado que vai além da perspectiva física, pois demanda intervenção educativa, investigativa e social (MEDEIROS, CABRAL, 2001). À guisa de exemplo, Matos (1999) fez um alerta sobre a planta sene (*Cassia acutifolia*) que também é utilizada pela população para gripe e resfriados de crianças, ao dizer que devemos dar atenção especial ao uso desta planta na forma de lambedor, e que esta não deve ser dada às crianças, para o tratamento caseiro de gripe e bronquite, devido a ação tóxica das antraquinonas sobre os rins, que pode chegar a ser mortal. Sendo assim, é necessário que a enfermeira conheça o cuidado que a mãe oferece ao seu filho para os problemas respiratórios para que assim possa ajudá-la a manter um cuidado saudável que traga bem estar à saúde de seu filho, e não o seu prejuízo.

Quanto ao uso de simpatias, foi possível perceber que a maioria das mães desta investigação não as utilizam, pois, não acreditam em sua eficácia. Apesar de estudos como os de Gondim (2007) e de Silva, Silva e Santos (2009) abordarem o amplo uso de simpatias pelos cuidadores na doença respiratória da criança, este estudo constatou que a maioria das mães não acreditam em sua eficácia:

Já mas não quero, sabe porque? Porque minha sobrinha vive fazendo, porque ela tem asma, e a mãe dela faz várias, mas ela ta pior que a Aniel entendeu.(Bromélia)

Não acredito em simpatias não. (Magnólia)

Não, nunca fiz não. Não acredito. Já me ensinaram, mas eu não acredito muito não. (Girassol)

Não fiz porque não acredito, (risos) não acredito. (Alfazema)

No entanto, uma minoria relatou utilizar simpatias para cura do filho com doença respiratória, como por exemplo, caso de Íris e Azaleia, com o uso de pregos e até peixes, mesmo tipo de simpatia encontrado no estudo de Silva, Silva e Santos (2009):

Meu pai que fez, com fio de cabelo na porta. Ele mediu tamanho dela na porta, e fez um buraquinho com prego e botou fio do cabelo dela e prego na porta. Ele disse que era para bronquite. E melhorava depois que pregava na porta, tinha que fazer isso 7 vezes, são 7 pregos. Eu achei que melhorou depois disso sim. (Íris)

Fiz do cavalo marinho torrado, fiz uma vez só, e da 7 dias para criança. Todo dia da para ela, na comida, aí fiz essa. Consegui o cavalo marinho no mercadão. (Azaleia)

A fé na cura da doença respiratória do filho foi muito expressada, conforme podemos ler nos depoimentos de Hortência e Bromélia:

Só Deus mesmo pode fazer ele curar. (Hortência)

Eu agradeço muito também a Deus, a oração do povo que era muita gente, muitas preces em vários lugares, independente de religião, por isso que te digo que eu não sou nada hoje, porque foi independente de religiões, o pensamento positivo. Quem era espírita kardecista levava nome dela, crente também, católica também, por esse motivo que eu prefiro não ter religião, porque eu sei que o que vale é o pensamento forte. E sei que a fé é a melhor coisa. Ela tá aí, linda e bela. (Bromélia)

Corroborando com o estudo de Silva, Silva e Santos (2009), o uso de estratégias espirituais de enfrentamento pode aumentar o autofortalecimento, levando o indivíduo à busca do significado e do propósito na enfermidade. Isto implica dizer que o cuidado holístico incorpora a facilidade de várias estratégias espirituais de enfrentamento para a proteção e a total integridade do ser humano.

Outro fator encontrado foi o sofrimento e a culpabilidade materna, que são desenvolvidos durante os períodos de crise da doença respiratória dos filhos, conforme relatos de Orquídea, Hortência, Girassol e Íris:

Eu sinto, ainda mais quando ele fica com nariz entupido, não consigo dormir porque ele não consegue dormir. A mais velha foi internada duas vezes. A mais velha teve problema de bronquite, e teve forte, parece que ia morrer. Eu já levei ela no hospital. (Orquídea)

Fico aflita, muito aflita mas, não consigo resolver. Nem dormir direito, a gente dorme. (Hortência)

Sofro bastante muito com a bronquite dela. (Girassol)

Não dá pra sentir nada, é aquele desespero, porque quando ela ataca, é uma crise atrás da outra, mais de uma vez por dia. Ficava desesperada porque ela não consegue respirar, não consegue falar. (Íris)

Somado a isto, foi possível perceber também o cuidado redobrado que as mães relatam ter com seu filho após adquirir a doença respiratória e também a responsabilidade desse cuidado materno para resolver essa doença do filho:

Tem uma coisa: o tratamento de cada mãe! Não adianta você levar no médico, ele passa nebulização, hoje você vai, amanhã você não vai e depois também não, isso não resolve. Ou você segue tratamento a risca ou você não segue e aí você vai ter um filho problemático, aí lá no final você vai chorar aquilo que você não fez direito ontem, porque seu filho não vai ter saúde e a única pessoa culpada é você, você é a mãe. Porque se você, o meu raciocínio é assim: se você se cuidasse sozinha quando criança, precisaria ter pai e mãe, para que?? entendeu?? Então a mãe é a responsável por isso, eu sempre levo casaco na bolsa, sempre. (Bromélia)

Essa pneumonia nela significou eu ter mais cuidado com ela, porque eu já tenho mas, depois disso, eu fiquei pior no cuidado com ela, não deixo nem colocar ela no sofá, eu boto pano no sofá para colocar ela no sofá. Não dou nada pra ela, tentei dar leite, mas, fiquei com medo e dei não. Eu fiquei com cuidado redobrado. (Jasmin)

Este cuidado redobrado e a responsabilidade que as mães sentem no cuidado do filho com doença respiratória pode estar atrelado a falta da participação paterna que foi encontrada no relato da maioria das informantes chave quando foi questionado às mães se o pai participa de alguma forma no cuidado ao filho quando apresenta a doença respiratória:

Não...ele não fica em casa. Só ajuda com remédio (Magnólia)

Não, ele nem aparecia. (Bromélia)

Pai só foi...só fez (Violeta)

São 3 filhos né, às vezes ele não consegue ajuda porque é muita coisa, aí fica pesado para mim. Só quando ela ficou internada que ele ajudou, mas, sempre sou eu. (Girassol)

## **2.2 Saber Profissional na Doença Respiratória Aguda Infantil**

Nesta subcategoria são abordados os saberes profissionais que foram incorporados pelas mães no cuidado ao seu filho com doença respiratória. Além disso, é feita a discussão, sobre a importância do saber profissional aliado ao saber popular materno para um cuidado de enfermagem culturalmente coerente.

Magnólia, quando questionada sobre o que faz quando seu filho apresenta amigdalite, doença respiratória do trato superior percebemos que a informante reincorpora um saber profissional, ao tentar avaliar a criança em casa, para saber se leva ou não seu filho ao médico:

Porque quando ele tá assim muito quieto....aí pego meu dedo...aí mando ele abrir a boca e abaixar a língua...aí quando abaixa a língua da pra ver se tem pus. Aí já sei que é a garganta... aí levo no médico e o médico passa o remédio e eu começo a dar. É..porque assim ele não sabia falar...só fica com a mão na boca...mão na boca...toda hora...fica assim...numa coisa... aí eu lavei o dedo e botei que nem os médicos fazem... (Magnólia)

Desta forma, o saber popular deve ser intermediado com o saber profissional e científico dos enfermeiros educadores, para que a mãe possa cuidar do seu filho, sem prejuízos a saúde, colaborando também com o médico, ao fornecer explicações e a sintomatologia que acompanha o filho doente do aparelho respiratório.

Podemos perceber também a valorização da orientação médica por Bromélia, Azaleia, crisântemo, Papoula e Gérbera:

Se você não cuidar, se for uma coisa mal cuidada, ela vai virar uma bronquite, e muita gente não leva em consideração, tá preocupado com outras coisas, mas você pode siiim, acaba com bronquiolite basta você querer acabar com ela, basta você....aaah porque o médico falou, porque muita gente acha assim: ah o médico disse mas poxa eu não vou fazer o que o médico falo, só que é importante você fazer o que o médico falo, entendeu? (Bromélia)

Levo no hospital, na mesma hora. Não faço xarope, porque sei que não melhora. Já comecei fazer nebulização, mas, quando tá na crise não resolve. (Azaleia)

Não, eu sempre tive medo de dar remédio sem prescrição médica, sempre tive muito medo. (Crisântemo)

Não, dou só remédio que o médico passa. (Papoula)

Só remédio que o médico passa. (Gérbera)

Percebemos que não só as informantes chave relatam a importância que dão à orientação e prescrição médica, como também alguns informantes gerais, os agentes comunitários de saúde, confirmam esta prática:

Sempre levam no médico, então agora tem a UPA, elas levam lá. (Agente 3)

A maioria, uns 90% fazem só o que médico prescreve, pega e segue orientação corretamente. Mas os 10% dão outra coisa, dão chás, mais o pessoal nordestino né. Simpatia também. (Agente 4)

Com o PSF, eles têm procurado fazer o que o médico manda, porque depois de uma semana o médico pede para voltar para revisão, aí geralmente eles fazem mesmo, e voltam. (Agente 5)

No entanto, os informantes gerais, moradores da comunidade, e que mais realizam a visita domiciliar, percebem que as mães utilizam os saberes passados de geração a geração, e somente quando não dá certo, procuram o atendimento médico:

Uma já me disse que fez simpatia da beterraba para bronquite. Ela cortou a beterraba, pegou açúcar e botou no sereno, e deu o caldo pra criança. Melhorou, é uma simpatia, e ela me contou. (Agente 1)

Algumas tentam remédio caseiro antes de ir pro medico, aí quando vê que não tem resultado, vai pro médico. (Agente 2)

Mel com própolis, chazinho, é remédio por conta própria. E aí quando vê eu não ta resolvendo, procura a gente pra marca consulta. Nesse tratamento, eu acredito que elas façam com orientação das pessoas mais velhas, no início pode até da certo, mas, depois que você vê que não ta melhorando, aí elas correm pro posto. (Agente 5)

Quando a mãe não consegue reconhecer os sinais de alarme do aparelho respiratório, e ainda assim, ocorre a demora para levar seu filho com DRA à consulta médica, esta criança piora seu quadro, e isso pode trazer enormes prejuízos a sua saúde, como bem relatado por um informante geral:

A gente fala: ‘Há quanto tempo ele ta assim? Aí a mãe: ‘Há uns 15 dias’, aí a gente: ‘mas e porque você não veio antes?’ ‘Ah porque tava tentando melhorar ela em casa, e não melhorou’. Aí quando chega aqui, o caso fica bem mais grave do que poderia estar, fica internado. Teve um caso de uma menina com pneumonia que a mãe dava dipirona para a criança quando dava febre, dava mel, a folhinha que a vizinha falou que é bom, a outra lá a avó falou que era bom, e aí ia fazendo tudo e quando foi ver a criança já tava com água na pleura. (Agente 5)

Por este motivo, é importante salientar que o atendimento dos casos em casa e nos serviços de saúde requer, um claro reconhecimento daqueles casos que não podem ser resolvidos à nível domiciliar, já que este depende do acesso precoce ao tratamento mais apropriado para cada quadro da doenças. Neste contexto, os estudos realizados em relação a diferentes aspectos da assistência dos casos de IRA mostram, no entanto, que muitas medidas de tratamento e de atendimento não são as apropriadas e podem, inclusive, pôr em perigo a saúde das crianças com menos de cinco anos (BENIGUI, 2002).

Sendo assim, ainda que não seja estritamente necessário que todos os casos de IRA sejam atendidos em um serviço de saúde, selecionar quais os que devam ser atendidos por profissional de saúde requer que a mãe, na maioria das vezes, responsável pelo cuidado da criança em casa, reconheça os sinais de alarme precoce, de forma a não pôr em perigo a vida da criança.

O tratamento inadequado, que Benguigui (2002) aponta, com a utilização desnecessária de antibióticos e/ou investimentos em exames complementares que muitas vezes não ajudam no diagnóstico precoce também foi identificado neste estudo. Quando questionado ao informante geral o que este achava sobre a medicação caseira utilizada pela mãe no cuidado ao seu filho com DRA, temos o seguinte discurso:

Eu acho excelente, cada um faz o melhor pro seu filho, e para elas isso é o melhor. Muitas vezes o antibiótico não surtia efeito, e a medicação oral, tem prazo para surtir o efeito. E aí o que as mães fazem? Na aflição de ver os filhos na agonia, se o chá faz o efeito mais rápido, aí elas fazem o chá. Não suspendem a medicação, elas continuam com a medicação do médico. (Agente 4)

A partir do relato do Agente 4, o uso dos antibióticos inadequado de antibióticos quando, muitas vezes a DRA tem etiologia viral, ou mesmo nos casos em que o antibiótico se faz necessário, também observou uma escolha pouco eficiente do medicamento a ser usado, como também indicações inadequadas com relação à dose, frequência e duração do uso dos antibióticos (BENGUIGUI, 2002).

Dessa forma, a mãe, utiliza os recursos mais rápidos e econômicos na ansiedade de ver a melhora da sintomatologia do seu filho, utilizando alternativas caseiras, que empiricamente percebem o sucesso nesta utilização.

## CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando nos reportamos ao início da pesquisa, ao desejo de desenvolver o objeto de estudo e projetando o percurso acadêmico trilhado, relembro que tudo teve início pela motivação de estudar o cuidado materno nas doenças respiratórias infantis, visto que estas afecções são responsáveis por grande parte da alta taxa de morbimortalidade nessa faixa etária, e o cuidado materno é essencial para promover, prevenir e tratar esta criança, menor de 5 anos, que se encontra com sistema respiratório imaturo por conta da idade.

Pelo fato de pesquisar essa temática, há cinco anos, surgiu a necessidade de entender e compreender os aspectos culturais envolvidos no cuidado materno nas doenças respiratórias infantis. Sabemos dos altos índices de crianças acometidas com as doenças no trato respiratório e são inúmeros os estudos desenvolvidos sobre os fatores de risco, fatores ambientais e também os fatores econômicos e sociais que podem deixar a criança mais vulnerável a adquirir essas doenças, e por este motivo, esta investigação, com enfoque nos aspectos culturais do cuidado materno na doença respiratória infantil nos fornece grandes subsídios ao trazer, a partir do uso da etnografia, os saberes e as práticas do cuidado materno para essas crianças.

Nesta investigação, buscou-se identificar os processos sociais e culturais do cuidado materno na doença respiratória na criança, visando compreender os saberes e práticas de mães moradoras de uma comunidade do Rio de Janeiro, localizada em uma área programática da cidade que possui o maior índice de doenças respiratórias nos últimos anos. Para tal, partimos para a compreensão desse cuidado, a partir de uma perspectiva *emic*.

De acordo com as perguntas norteadoras desta dissertação: O que as mães sabem sobre as doenças respiratórias agudas? Quais são as práticas utilizadas pelas mães no manejo da doença respiratória do filho? Pode-se constatar que os saberes e as práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil são passados de geração a geração, baseados no contexto popular, que esta diretamente relacionado com o processo de cuidar dessas mães.

Constatamos também que essa transferência de saberes e práticas é repassada para a criança, quando esta começa a querer utilizar os mesmos cuidados da mãe pra seu autocuidado, como, por exemplo, o caso de Bromélia que fazia gargarejo de romã para a filha quando apresentava amigdalite, e a filha foi apreendendo este cuidado ao buscar melhor este conhecimento e até plantar a romã para a melhora dos seus sintomas quando apresentasse a amigdalite.

A perspectiva transcultural, adotada nesta pesquisa, permitiu identificar as características do contexto social e cultural das mães do Morro do Fubá, como também guiar o trabalho do enfermeiro para diferentes populações. A etnoenfermagem permitiu ao longo da pesquisa, a construção do conhecimento a cerca dos saberes e práticas do cuidado materno na criança com doença respiratória.

Os dados encontrados, nesta investigação, e principalmente, as categorias construídas proporcionaram o encontro com o objeto de estudo, o que nos conduz a muitos esclarecimentos. O que se mostrou surpreendente no estudo foi o desconhecimento das mães em relação à doença respiratória do filho, o que nos faz refletir sobre o processo educativo como instrumento de prevenção e promoção de saúde nas unidades de saúde.

Neste contexto, devemos refletir sobre a necessidade de orientação sobre a doença respiratória aguda/falta de realização desta, que pode levar as famílias a utilizarem somente os saberes e práticas populares sem somar a estes o saber profissional que deve ser passado pelo enfermeiro na consulta e/ou qualquer contato com estas mães, afinal, os saberes populares podem auxiliar na resolução de pequenos agravos, mas, também podem colaborar para o agravamento destes, como o exemplo da banha de galinha no mingau da criança. Por este motivo, reforço que uma das estratégias do Programa Global da Organização Mundial de Saúde para o Controle das IRA é a melhora do conhecimento, atitudes e práticas das mães, e também dos familiares, para contribuir na diminuição da morbimortalidade por tais infecções.

Este estudo também evidenciou que a maior parte das mães apresentaram dúvidas de ordem conceitual, etiológica, sobre a defesa imune do organismo contra as bactérias e vírus que causam estas afecções, a hereditariedade da doença, a cura e/ou tratamento, os cuidados e as diferenças entre outras doenças respiratórias. Neste caso, é essencial sanar todas as dúvidas maternas a partir das orientações, seguindo o contexto social e cultural, e também a partir das ações e decisões de enfermagem para os cuidados maternos, percebendo quais devem ser preservados, acomodados ou reestruturados.

Além disso, vimos durante o estudo, a importância e a presença dos Agentes Comunitários de Saúde, nas visitas domiciliares, no repasse de informações. E para isto, é necessário que os enfermeiros capacitem esses agentes para que eles aprendam sobre a DRA, e assim, possam colaborar na promoção e prevenção das doenças respiratórias nas crianças.

Sabe-se que uma das estratégias de controle das afecções respiratórias é a educação da mãe quanto aos sinais de alarme e aos cuidados domiciliares, principalmente, atuando na prevenção. E sob este aspecto, constatamos que muitas mães relacionam a prevenção com as condições naturais, e por este motivo, realizam a prevenção da DRA com agasalhos, janelas

fechadas, dentre outros, já outras mães previnem a doença respiratória ao proibir o banho gelado para seu filho, e também encontramos mais que relacionam a prevenção das doenças respiratórias à restrição de comportamentos da criança para evitar estas afecções, como por exemplo, a criança não poder brincar com a terra. Por este motivo, torna-se importante entendermos como as mães realizam a prevenção da DRA nos seus filhos, para que possamos atuar e ajudá-las, com adequada educação em saúde, baseado no seu contexto social e cultural, para quem assim sejam feitos os melhores cuidados e atenção à essa criança

Foi possível nos aproximarmos da estrutura social, econômica e cultural, permeado pelos fatores tecnológicos, de religião e filosofia, companheirismo e social, valores culturais e modos de vida, econômicos e educacionais das informantes chave. Nesta aproximação, pude constatar que alguns fatores facilitam (Tecnológicos, Religiosos e Filosóficos, Companheirismo e Vida Social), e outros, dificultam (Valores Culturais e Modos de Vida: o ambiente domiciliar, Econômicos, Educacionais) o cuidado materno com os seus filhos com doença respiratória, neste contexto onde habitam as famílias da comunidade do Morro do Fubá na cidade do Rio de Janeiro.

Quanto aos fatores sociais e econômicos que dificultam o processo de cuidar da criança com a doença respiratória, percebemos e observamos o que muitos estudos quantitativos constataram: o baixo nível educacional e a baixa renda familiar estão fortemente associados à vulnerabilidade da criança em adquirir uma doença respiratória. Como bem citado por Minagawa (2007), embora a melhoria nas formas de trabalhar, e conseqüentemente da renda familiar e na educação das informantes chave estudadas aparentemente não seja atribuição dos profissionais de saúde, por exigirem transformações em nível estrutural, estes devem se responsabilizar pela conscientização da população e sua mobilização em torno de objetivos comuns, em busca de uma melhor integração social.

Além disso, o ambiente domiciliar e os modos de vida também possuem grande impacto negativo neste cuidado, ao percebermos que, apesar de inúmeros meios de conhecimento quanto ao efeito maléfico do tabagismo passivo, ainda encontramos, mesmo em quantidade pequena de sujeitos, já que se trata de uma pesquisa qualitativa, um grande número de crianças expostas ao tabaco. Somado a isto, encontramos também algumas mães que não se preocupam com a exposição ambiental de poeiras, ácaros e pêlos de animais nas crianças susceptíveis à crises alérgicas, como asma e rinite alérgica.

A etnoenfermagem de Madeleine Leininger me proporcionou o contato mais próximo com a realidade dessas mães e crianças com doença respiratória. Às idas aos domicílios, as diferenças entre microáreas de uma mesma comunidade, às diferenças entre as famílias, esse

contato com a comunidade, e principalmente, entrar nesses domicílios onde estas crianças vivem dia após dia, me fez conhecer e entender mais o cuidado materno à essas crianças.

Com esta vivência dos saberes e práticas das mães para os seus filhos com doença respiratória, reforço que, embora a mãe possua um saber, passado de geração a geração, e também pelas vizinhanças, o enfermeiro precisa ter essa percepção para conscientizar esta mãe sobre a doença respiratória de seu filho, sem desmerecer seus saberes, mas, sim, somar o conhecimento popular desta mãe com o conhecimento profissional do enfermeiro.

Neste contexto, as ações e decisões do cuidado de enfermagem propostas por Madeleine Leininger, como a preservação, acomodação e/ou negociação são essenciais para o bem estar destas crianças com doenças respiratórias agudas, visto que é a escuta dos saberes e das práticas do cuidado materno a essas crianças com DRAs que pode auxiliar na construção do melhor cuidado profissional.

Constatamos que as práticas dos informantes, moradores da comunidade do Morro do Fubá, na doença respiratória infantil incluem o uso de diversas crendices, fé, além dos mais variados tipos de plantas medicinais, ervas, frutas, mel, legumes e até algumas simpatias com pregos e peixe como cavalo marinho. Concordo com Silva (2009) quando diz que as mães buscam com os procedimentos adotados atender às necessidades evidentes e antecipadas para promover o bem-estar dos filhos.

Ainda de acordo com esta autora, as chamadas necessidades de saúde evidentes são levantadas a partir da observação dos filhos na rotina diária, demonstrando experiência e uma percepção aguçada para identificar os sintomas nas crianças. Não raro, elas não só levantam diagnósticos, mas traçam os planos da cura. Um bom exemplo disso, foi Magnólia quando percebe que o filho está mais quieto, sem falar, sem comer direito, e a partir desses sintomas, com seu próprio dedo, avalia a garganta do seu filho para ver se está vermelha e com pus.

Algumas das informantes chave demonstram largo conhecimento fitoterápico e, mesmo aquelas que não dominam este saber, o utilizam no dia a dia, através de informações que são passadas entre as gerações e pelas vizinhanças, seja isoladamente ou associando os medicamentos não alopáticos aos alopáticos.

A partir destas práticas percebemos como é essencial respeitarmos a cultura e os modos de vida das mães cuidadoras das crianças com doença respiratória aguda, para que, ao longo do atendimento de enfermagem, possam ser preservados, acomodados e até mesmo reestruturados os seus valores. Essas três modalidades de Madeleine Leininger guiam as decisões ou ações do cuidado cultural para que este seja satisfatório, benéfico, coerente e significativo para os indivíduos que são atendidos por esses profissionais.

Percebemos também, nesta pesquisa, a religiosidade envolvida no cuidado materno, trazendo esperança, conforto e bem estar para a mãe ao cuidar de seu filho, afinal sabemos que o uso de estratégias espirituais de enfrentamento aumenta o autofortalecimento, levando o indivíduo à busca do significado e do propósito na enfermidade.

Em virtude do exposto, e ao final deste percurso, reforço a importância da continuidade do estudo, pois, com uma contínua descoberta, ampliação, reflexão e discussão, novas posturas emergirão para o tema dessa pesquisa – *Saberes e práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil*

Para finalizar, reafirmamos a necessidade do enfermeiro entender a influência cultural na dimensão do ser com o fito de garantir a assistência individual e coerente à sua realidade, mormente no respeito à identidade cultural destes indivíduos.

## REFERÊNCIAS

ABBAS, A.K.; LICHTMAN, A.H.; POBER, J.S. **Imunologia celular e molecular**. 5.<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Informe Técnico sobre a RDC nº 20/2011**. Orientações de procedimentos relativos ao controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição isoladas ou em associação. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3e7837004743536fb2e3b69bf2caff8e/Informe\\_Tecnico\\_sobre\\_a\\_RDC\\_n\\_20\\_2011.pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/3e7837004743536fb2e3b69bf2caff8e/Informe_Tecnico_sobre_a_RDC_n_20_2011.pdf?MOD=AJPERES)>. Acesso em: 25/06/2011.

ALMEIDA, F. D. **O cuidado à puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio: uma abordagem cultural**. 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ANDRADE, R.D.; MELLO, D.F.de.; SCOCHI, C.G.S.; FONSECA, L. M. M. Jogo educativo: capacitação de agentes comunitários de saúde sobre doenças respiratórias infantis. **Acta Paul Enferm** 2008; v. 21, n. 3, p. 444-8.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. 7<sup>o</sup> Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARATA, R.C.B.; WALDMAN, E.A.; MORAES, J.C.de; GUIBU, I.A.; ROSOV, T.; TAKIMOTO, S. Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de 5 anos em área da região Sudeste do Brasil, 1986-1987. **Rev. Saúde Pública**, 1996; v. 30, n. 6, p. 553-63.

BENIGUI, Y. As Infecções Respiratórias Agudas na Infância como problema de Saúde Pública. **Boletim de Pneumologia Sanitária** - Vol. 10, Nº 1 - jan/jun - 2002

BENIGUI, Y. *et al.* **Infecções Respiratórias em Crianças**. Washington: Organização Mundial da Saúde, 1998, p. 496. Disponível em: <<http://www.paho.org/Portuguese/AD/DPC/CD/aiepi-1-0.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2009.

BEZERRA, M. G. A.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Fatores interferentes no comportamento das parturientes: enfoque na Etnoenfermagem. **Rev Bras Enferm**, 2005; v. 58, n. 6, p. 698-702

BOTELHO, C.; BARBOSA, L. S. G.; SILVA, M. D.; BARROS, M. D. Sintomas respiratórios e tabagismo passivo em crianças. **J Pneumol** 1987; v. 13, n. 3, p.136-43

BOTELHO, C.; CORREIA, A. L.; SILVA, A. M. C.; MACEDO, A. G.; SILVA, C. O. S. Fatores ambientais e hospitalizações em crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. **Cad Saúde Pública** 2003; v. 19, n. 6, p. 1771-80

BRAGA, C. G. Enfermagem Transcultural e as crenças, valores e práticas do povo cigano. **Rev Esc Enf USP**, 1997, v. 31, n. 3, p. 498-516.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Criança – Ações Básicas**. Brasília, DF. 1993.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Morbidade Hospitalar do SUS por Internação 2010**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/niuf.def>>. Acesso em: 27 mai. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Mortalidade do SUS (SIM/SUS). **Mortalidade por Grupo de Causas 2010**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/c04.def>>. Acesso em: 27 mai. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). **Internação Hospitalar por Grupo de Causas 2010**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2008/d13.def>>. Acesso em: 27 mai. 2011.
- BRITTO, M. C. A.; BEZERRA, P. G. M.; FERREIRA, O. S.; MARANHÃO, I. C. V.; TRIGUEIRO, G.A. Asthma prevalence in schoolchildren in a city of Northeast of Brazil. **Ann Trop Paed**. 2000; v. 20, n.2, p. 95-100
- BYINGTON, C. L.; CASTILLO, H.; GERBER, K.; DALY, J. A.; BRIMLEY, L. A.; ADAMS, S.; CHRISTENSON, J. C.; PAVIA, A. T. The effect of rapid respiratory viral diagnostic testing on antibiotic use in a children's hospital. **Arch Pediatr Adolesc Med**, 2002; v. 156, n. 12, p.1230-4.
- CAMPBELL H. Es indispensable conocer la actitud de la población local. **Noticias sobre IRA** (OPS, Washington, DC). 1993; Sept(24): 1
- \_\_\_\_\_. Escuchar y conversar con las madres. **Noticias sobre IRA** (OPS, Washington, DC). 1995; Marz-Jun(30): 1
- CHATKIN, M.; MENEZES, A. M. B.; ALBERNAZ, E.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. Fatores de risco para consultas em pronto-socorro por crianças asmáticas no sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 491-498, 2000
- CUJIÑO, M. A.; MUÑOZ, L. Conocimientos y prácticas de las madres y acciones de promoción y prevención, desarrolladas por los agentes de salud, para el manejo de la infección respiratoria aguda, no neumonía, em menores de cinco años. **Colombia Médica**, 2001; v. 32, n. 1, p. 41-8.
- DESLANDES, S.F. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010. cap2. p. 48.
- DIAS, M. S. A. de, ARAÚJO, T. L. de, BARROSO, M. G. T. Desenvolvendo o cuidado proposto por Leininger com uma pessoa em terapia dialítica. **Rev Esc Enf USP**, 2001, v. 35, n. 4, p. 354-60.
- DOLCI, J. E. L.; DOLCI, E. L. L. Rinite alérgica. **Rev Bras de Medicina**. [online] 2010; v. 67, n. 12, p. 95-9. [Acesso em 24 de jun de 2011]. Disponível em: [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=4536](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4536)
- DUARTE, D. M. G.; BOTELHO, C. Perfil clínico de crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. **J Pediatr (Rio J)** 2000; v. 76, n. 3, p. 207-12
- ESCOBAR, A. M. U.; GOMES, F. M. S. Fatores de risco para doenças respiratórias. In. GRISE, S.; OKAY, Y.; SPEROTTO, G. **Estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância**. Washington, D.C: OPAS, 2005
- GONDIM, A. P. S. **Comportamento e ações populares no enfrentamento de doenças respiratórias infantis em um assentamento urbano**. 2007. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, Bahia.

- GOVE, S.; PELTO, G. Focused ethnographic studies in the WHO programme for the control of acute respiratory infections. **Medical Anthropology**, New York, v. 4, n. 5, p. 409-424, 1994.
- HUDELSON, P. M. The management of acute respiratory infection focused ethnographic study (FES). **Medical Anthropology**, New York, v. 15, n. 4, p. 435-446, 1994.
- HUDELSON, P. M.; *et al.* Ethnographic studies of ARI in Bolivia and their use by the national ARI program. **Social, Science and Medicine**, New York, v. 41, n. 12, p. 1677-1683, 1995.
- JOHNSON, L.; CIACCIO, C.; BARNES, C. S.; KENNEDY, K.; FORREST, E.; GARD, L. C.; *et al.* Low-cost interventions improve indoor air quality and children's health. **Allergy Asthma Proc.** 2009; v. 30, n. 4, p. 377-85.
- KLEINMA, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social, Science and Medicine**, Ney York, v. 12, p. 85-93, 1978.
- KOCHER, J. C. **Fundamentos da metodologia científica**. Rio de Janeiro: Vozes; 1997. p. 23.
- LARAIA, R. B. **Cultura: um conceito antropológico**. 2003. Rio de Janeiro (RJ): Jorge Zahar; p. 21 a 40.
- LASMAR, L. *et al.* Fatores de risco para hospitalização de crianças e adolescentes asmáticos. **Rev Saúde Pública**. São Paulo, v.36, n.4, p.409-19, 2002
- LEININGER, M. M. **Culture care diversity & universality: a theory of nursing**. New York (US): National League for Nursing Press; 1991.
- LEININGER, M. M.; FARLAND, M. R. **The theory of culture and the etnonursing research method**. In. M. Leininger & McFarland (eds). *Transcultural nursing: concepts, theories, research and practices*. 3rd ed. pp. 71-116. New York: McGraw-Hill, 2002.
- \_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality – a worldwide nursing theory**. 2º Ed. New York: Jones and Bartlett Publishers, Inc., 2006.
- LIMA, L. H. O. de. Vivenciando o cuidar do filho asmático: respostas emocionais das mães. 2005. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- LIMA, L. H. O. de; GOMES, E. M.; BRAGA, V. A. B. Frequência de publicações sobre a asma em periódicos de enfermagem indexados em bases de dados brasileiros: uma revisão da literatura. **Acta Paul Enferm**. 2006, v. 19, n. 4, p. 414-19.
- MACEDO, S. E. C.; MENEZES, A. M. B.; ALBERNAZ, E.; POST, P.; KNORST, M. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. **Rev Saúde Pública**, 2007, v.41, n. 3. p. 351-8.
- MATOS, F. J. Os riscos das plantas medicinais. **Jornal Diário de Fortaleza**, Fortaleza, 14 março. 1999. p. 12.
- MEDEIROS, L.C.M.; CABRAL, I.E. O cuidar com plantas medicinais: uma modalidade de atenção à criança pelas mães e enfermeira-educadora. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** [online]. 2001, v.9, n.1, p. 18-26.
- MONTEIRO, C. A. & BENÍCIO, M. H. D. Estudo das condições de saúde das crianças no Município de São Paulo, SP (Brasil), 1984/1985. VI - Doença respiratória. **Revista de Saúde Pública**, 1987, v. 21, p. 380-6.

MONTICELLI, M.; ELSEN, I. **A cultura como obstáculo: percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto**. Revista Texto Contexto Enfermagem, v. 15, n. 1, p.26-34, 2006.

MOTTA, M. G. C. A criança na perspectiva do processo de desenvolvimento humano. In: EINLOFT, L.; ZEN, J.; FUHRMEISTER, M.; DIAS, V. L. **Manual de enfermagem em UTI pediátrica**. Rio de Janeiro: MEDSI; 1996. p. 4-18.

MINAGAWA, A.T. **Problemas respiratórios em crianças menores de dois anos e reprodução social das famílias (estudo populacional no Município de Itupeva SP)**, 2007. Tese [Doutorado em Enfermagem]. Programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

MINAYO, M. C. de S. O desafio da Pesquisa Social. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010. cap1. p. 21.

\_\_\_\_\_. Trabalho de Campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2010. Cap3. p. 65-70.

NICHTER, M.; NICHTER, M. Acute respiratory illness: Popular health culture and mother's knowledge in the Philippines. **Medical Anthropology**, New York, v. 15, n. 4, p. 353-375, 1994.

NUNES, I.C.C.; SOLÉ, D.; NASPITZ, C.K. Fatores de risco e evolução clínica da asma em crianças. **J. pediatr.** (Rio J.). 1997; v. 73, n.3, p. 151-60.

OLIVEIRA, A. T. S. A. de; MOREIRA, C. T.; MACHADO, C. A.; NETO, J. A.V.; MACHADO, M. F. A. S. Crendices e Práticas Populares: Influência na assistência de enfermagem prestada à criança no Programa de Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**; 2006; v. 19, n. 1, p.: 11-18

OMS (Organização Mundial de Saúde). **Saúde de crianças e adolescentes**. Disponível em: <[http://www.who.int/child\\_adolescent\\_health/documents/ari\\_93\\_29/en/index.html](http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/ari_93_29/en/index.html)>. Acesso em: 28 set. 2009.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Infecciones respiratorias agudas: guía para la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de control dentro de la atención primaria de salud**. Washington, DC: OPS; 1988 (Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud; No. 17).

PEREIRA, E. D. B.; TORRES, L.; MACEDO, J.; MEDEIROS, M. M. C. Efeitos do fumo ambiental no trato respiratório inferior de crianças com até 5 anos de idade. **Rev Saúde Pública** 2000; v. 34, n. 1, p.39-43

PLANTAS MEDICINAIS. **Escola Superior de Agronomia “Luiz de Queiroz” da Universidade São Paulo (ESALQ/USP)**. [online]. [Acesso em 25 de jun de 2011]. Disponível em: <http://ci-67.ciagri.usp.br/pm/index.asp>

PRADO, S. R. L. A. de; FUJIMORI, E. Conhecimento materno/familiar sobre o cuidado prestado à criança doente. **Rev Bras Enferm** 2006. v. 59, n. 4, p. 492-6.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. **Bairros cariocas**. Armazém de dados. Disponível em: <[http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/index\\_bairro.htm](http://portalgeo.rio.rj.gov.br/bairros Cariocas/index_bairro.htm)>. Acesso em: 03 mai. 2011

\_\_\_\_\_. **O Rio de Janeiro e o Favela Bairro**. Coleção estudos da cidade. Armazém de dados. 2003. Rio Estudos, nº 120. Disponível em: <[http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/64\\_o%20rio%20de%20janeiro%20e%20o%20favela-bairro.PDF](http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br/arquivos/64_o%20rio%20de%20janeiro%20e%20o%20favela-bairro.PDF)>. Acesso em: 20/05/2011.

\_\_\_\_\_. **COMLURB – Companhia Municipal de Limpeza Urbana**. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/comlurb/exibeconteudo?article-id=91790>>. Acesso em: 27/05/2011.

PRIETSCH, S. O.M.; FISCHER, G. B.; CESAR, J. A.; FABRIS, A. R.; MEHANNA, H.; FERREIRA, T. H.; *et al.* Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. **J Pediatr** (Rio J). 2002; v.78, n.5, p.415-22

RAMOS, E. G.; SUAREZ, E. P.; SAPIAN; L. A. & FUENTE, G. L. Estudio Epidemiológico y etiológico de las infecciones respiratórias agudas (IRA) em niños menores de cinco anos. **Revista Latino-americana de Microbiologia**, 1991, v.33, p.109-19.

RASANEN, M.; KAPRIO, J.; LAITINEN, T.; WINTER, T.; KOS-KENVUO, M.; LAITINEN, L.A. Perinatal risk factors for asthma in Finnish adolescent twins. **Thorax**. 2000; v. 55, n.1, p. 25-31

ROSA, N. G.; LUCENA, A. F. da; CROSSETTI, M. G. O. Etnografia e Etnoenfermagem: métodos de pesquisa em enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, 2003; v. 4, n. 1, p.14-22.

ROQUE, A.I.V.; CANALEJO, H.M. Nivel educacional de las madres y conocimientos, actitudes y prácticas ante las infecciones respiratorias agudas de sus hijos. **Rev Panam Salud Publica**, 1999, v.6, n.6, p.400-7.

SANTOS, R. C. A. N.; MARTINS, M. C.; FROTA, M. A. Significados culturais da asma infantil. **Rev Saúde Pública** 2008; v. 42, n. 3, p. 512-6.

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA. **Boletim de Saúde de Fortaleza: Doenças respiratórias agudas**. Fortaleza: Prefeitura Municipal de Fortaleza; 2002. Disponível em: <[http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/internet/cevepi\\_web/boletins/i\\_cevepi\\_boletim\\_dra2002.asp](http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br/internet/cevepi_web/boletins/i_cevepi_boletim_dra2002.asp)> Acesso em: 29 set. 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. **Indicadores de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro por Área Programática (AP) - 1997 a 2008**. Disponível em: <[http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/sys/reader/htm/preindexview.htm?editio\\_nsectionid=123&user=reader](http://www.saude.rio.rj.gov.br/cgi/public/cgilua.exe/sys/reader/htm/preindexview.htm?editio_nsectionid=123&user=reader)> Acesso em: 29 set. 2009.

SILVA, M. D. B. **Assistência à Criança com Doença Respiratória Aguda: uma revisão integrativa das produções científicas nacionais e internacionais**. 2010. Monografia (Especialização em Enfermagem Pediátrica). Instituto Fernandes Figueira, FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

SILVA, M. D. B.; SILVA, L. R. da; SANTOS, I. M. M. Cuidado Materno no Manejo da Asma Infantil. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 out-dez; v. 13, n.4, p.772-79

SILVA, R. M. V. G.; VALENTE, J. G.; SANTOS, M. G. F. L.; SICHIERI, R. Tabagismo no domicílio e doença respiratória em crianças menores de cinco anos. **Cad Saúde Pública**, 2006, 22(3):579-586.

SILVA, R. F. da. **Valores culturais que envolvem o cuidado materno ribeirinho: subsídios para a enfermagem**. 2009. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Escola de

Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SILVEIRA, R. S. da; MARTINS, C. R.; LUNARDI, V. L.; FILHO, W. D. L.  
Etnoenfermagem como metodologia de pesquisa para a congruência do cuidado. **Rev Bras Enferm**, 2009 ; v. 62, n. 3, p. 442-6

SIQUEIRA, K. M.; BARBOSA, M. A.; BRASIL, V. V.; OLIVEIRA, L. M. C.; ANDRAUS, L.M.S. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2006; 15(1):68-73.

SOUZA, M. A. de; MELO, M. B. de; JÚNIOR, R. S. S.; BARBOSA, M. A.; SIQUEIRA, K. M.; MARTINS, C. A.; SOUZA, M. M. de; BRASIL, V. V. Práticas populares adotadas nos cuidados em saúde da criança. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 out-dez; v. 14, n. 4, p.512-7.

SPRADLEY, J. P. **Participant observation**. New York: Holt Rinehart and Winston; 1980.

STANSFIELD, S.K.; SHEPARD, S.D. Acute respiratory infection. In: JAMISON, D.T. *et al.* **Disease control priorities in developing countries**. Oxford, Oxford University Press., 1993. p. 67-97 - (Oxford Medical Publications).

STEPHAN, A. M. S.; COSTA, J. S. D. DA. Conhecimento sobre asma das mães de crianças acometidas pela patologia, em área coberta pelo Programa Saúde da Família. **Rev Bras Epidemiol**, 2009; v.12, n. 4, p. 671-9.

SUTMOLLER, F.; MAIA, P.R. Acute respiratory infections in children living in two low income communities of Rio de Janeiro, Brazil. **Mem Inst Oswaldo Cruz** 1995; v. 90, n.6, p.665-74

TUPASI, T.E. *et al.* Determinants of morbidity and mortality due to acute respiratory infections: implications for intervention. **J. Infect. Dis.**, 1988; v. 157, p. 615-23.

WINNICOTT, D.W. **A criança e o seu mundo**. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1982. 270p

ZHANG, L.; COSTA, M. G.; ÁVILA, L. H.; BONFANTI, T.; FERRUZZI, E.H.  
Conhecimentos de pais de crianças asmáticas sobre a doença no momento da admissão a um serviço especializado. **Rev Assoc Med Bras** 2005; v. 51, n. 6, p. 342-7.

**APÊNDICES**

---

**APÊNDICE 1 - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA SMS/RJ**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Você foi selecionada (o) e está sendo convidada (o) para participar da pesquisa **intitulada**: Saberes e Práticas do Cuidado Materno na Doença Respiratória Infantil, que tem como **objetivos**: identificar e analisar os saberes e as práticas populares do cuidado materno relacionados à doença respiratória de seus filhos e propor decisões e ações do cuidado cultural de enfermagem na perspectiva da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório. Para a coleta de dados serão utilizados três instrumentos: a observação-participação e reflexão que serão registradas em diário de campo, um questionário para traçar o perfil sócio-econômico e uma entrevista semiestruturada a fim de identificar os saberes e as práticas do cuidado materno aos seus filhos com doença respiratória. A pesquisa terá duração de dois (02) anos, com o término previsto para dezembro de 2011.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode **recusar-se** a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados, como também na que trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de questionário e entrevista. A entrevista será gravada em mp3 para posterior transcrição – Os instrumentos para obtenção dos dados serão guardados por cinco (05) anos e incinerados após esse período.

Você não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionados a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de ampliar o conhecimento científico na área da saúde da criança e enfermagem e também estará colaborando na melhoria da qualidade de vida dessas crianças, bem como, na prevenção e controle da doença de seus filhos.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail e o endereço do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

\_\_\_\_\_  
 Prof.a Dr.a Leila Rangel da Silva

Professora e Orientadora  
 (DEMI / EEAP / UNIRIO)

Cel: (021) 9469-0139

e-mail: rangel.leila@gmail.com

\_\_\_\_\_  
 Máira Domingues Bernardes Silva

Enfermeira e Mestranda  
 (EEAP/UNIRIO)

Cel: (021) 8893-1680

e-mail: mairinhadbs@hotmail.com

CEP SMS/RJ 3971-1590 e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE 2 – Guia de observação-participação-reflexão****Data:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**Horário:****Número da observação:****Local (descrição):****Doença respiratória da criança:****Conhecimento da mãe sobre a doença respiratória:****Prática de cuidado materno ao filho com doença respiratória:****Observações/Anotações:**

**APÊNDICE 3 - Formulário do perfil sócio-econômico-cultural**

Rio de Janeiro, de de Hora:	
Nome da mãe: Idade:	
Naturalidade da mãe:	
Nome da criança: Idade (meses): Sexo:	
Qual doença respiratória do filho?	
Quem cuida do filho?	
N° de filhos:	
Se possui outro filho(s), ele(s) também possui (em) doença respiratória?	
Quantas pessoas da família possuem doença respiratória? Quais?	
<i>Perfil Sócio-Econômico-Cultural</i>	<i>Respostas</i>
<b>Tecnológicos</b>	
Possui luz na residência?	
Possui água na residência?	
Qual a forma de transporte?	
Como é feita a coleta de lixo na comunidade?	
E ao redor da casa?	
Possui nebulizador e/ou vaporizador?	
<b>Religião e filosofia</b>	
Em que religião foi criada?	
Qual religião pratica agora?	
<b>Companheirismo e sociais</b>	
Você vive com alguém? Há quanto tempo?	
<b>Modos de vida</b>	
Quem mora na sua casa?	
Como é a casa?	
Local onde você dorme?	
Local aonde a criança dorme?	
Possui banheiro dentro de casa?	
Possui cortinas, ursos de pelúcia, carpete, tapetes?	
Alguém que mora na casa fuma? Quem?	
Possui animal de estimação? (Ele fica aonde?)	
A casa é arejada? (Tem janelas?)	
A casa possui pisos?	
<b>Políticos e legais</b>	
Qual o líder político?	
Sistema de escolha de liderança local?	
<b>Econômicos</b>	
Renda da família	
Você trabalha? Fonte de renda	
<b>Educacionais</b>	
Você estudou?	
Frequentou a escola até quando?	
Interrompeu os estudos por quê?	

#### **APÊNDICE 4 – Roteiro de entrevista com as informantes-chave (Mães)**

##### **Cuidado materno na doença respiratória infantil**

- ❖ O que você sabe sobre a doença respiratória do seu filho?
- ❖ O que significa, para você, a doença respiratória do seu filho?
- ❖ Quais os cuidados que você tem com seu filho para prevenir essa doença respiratória?
- ❖ Como você cuida do seu filho quando está com essa doença respiratória?
- ❖ De que forma o pai participa no cuidado do filho quando está com alguma doença respiratória?
- ❖ Quando ele esteve doente, você deu somente o remédio da farmácia ou procurou outras práticas?
- ❖ Em caso de ter procurado outras práticas, deram certo?
- ❖ Quem lhe ensinou esses cuidados?
- ❖ Será que você poderia me ensinar como são essas práticas?
- ❖ Alguém da sua família ou algum conhecido já te ensinou alguma simpatia para a cura e/ou cuidado do seu filho com essa doença respiratória?
- ❖ Você realizou alguma? Deu certo?
- ❖ Será que você poderia me ensinar como faz essa simpatia?
- ❖ O que você gostaria de saber sobre a doença respiratória do seu filho?

**APÊNDICE 5 – Roteiro de entrevista com os informantes gerais (Agentes Comunitários de Saúde)**

- ❖ O que você acha da prevenção e dos cuidados que as mães têm quando o filho está com a doença respiratória?
- ❖ De que forma você percebe a participação do pai no cuidado do filho quando está com alguma doença respiratória?
- ❖ Você percebe se as mães dão somente a medicação prescrita ou procura outras práticas quando a criança apresenta doença respiratória?
- ❖ Em caso de ter procurado outras práticas, você acha que elas dão certo? O que você pensa sobre essas práticas?
- ❖ Você sabe se elas fazem alguma simpatia para a cura e/ou cuidado do seu filho com doença respiratória?
- ❖ Quais simpatias você conhece que as mães usam para esse cuidado? O que você pensa sobre essas simpatias?

**ANEXO**

---

## ANEXO 01 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da SMS/RJ



## Comitê de Ética em Pesquisa

ra

Parecer nº 60A/2010

Rio de Janeiro, 22 de março de 2010.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil - CEP SMSDC-RJ, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

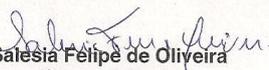
<p><b>Coordenadora:</b> Salesia Felipe de Oliveira</p> <p><b>Vice-Coodenadora:</b> Suzana Alves da Silva</p> <p><b>Membros:</b> Alice de C. A. Vinhaes Andréa Ferreira Haddad Carlos Alberto Pereira de Oliveira Clotilde Teixeira José M. Salame Nara da Rocha Saraiva Pedro Paulo Magalhães Chripim Rodrigo de Carvalho Moreira Sérgio Luis Aquino Sônia Ruth V. de Miranda Chaves</p> <p><b>Secretárias Executivas:</b> Carla Costa Vianna Renata Guedes Ferreira</p>	<p style="text-align: center;"><b>PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 37/10</b> <b>CAAE: 0037.0.314.000-10</b></p> <p><b>TÍTULO:</b> Saberes e práticas do cuidado materno na doença respiratória infantil.</p> <p><b>PESQUISADOR RESPONSÁVEL:</b> Maíra Domingues Bernardes Silva.</p> <p><b>UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:</b> PSF Fubá.</p> <p><b>DATA DA APRECIACÃO:</b> 22/03/2010.</p> <p><b>PARECER:</b> APROVADO.</p>
--	---

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata (*item V.13, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

O CEP/SMSDC-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (*item V.4, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/SMSDC-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (*item IV.1.f, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (*item IV.2.d, da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

  
**Salesia Felipe de Oliveira**  
**Coordenadora**  
**Comitê de Ética em Pesquisa**

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil  
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 715 – Cidade Nova – Rio de Janeiro  
CEP: 20211-901 Tel.: 3971-1590  
E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br) - Site: [www.saude.rio.rj.gov.br/cep](http://www.saude.rio.rj.gov.br/cep)

FWA nº: 00010761  
IRB nº: 00005577