

**UNIVERSIDAD FEDERAL DE SÃO PAULO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA.**

**ESTRATÉGIA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA MELHORAR O GRAU
DE CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE IRA EM CRIANÇAS DE 01 A 05
ANOS DE IDADE.**

AUTORA: MARIANELA LEYVA PINA.

ORIENTADORA: RAQUEL MACHADO CAVALCA COUTINHO.



SÃO PAULO

2015

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	01
2. OBJETIVOS	05
2.1 Objetivo geral	05
2.2 Objetivos específicos	05
3. METODOLOGIA	06
3.1 Universo e a Mostra	07
3.2 Critérios de Inclusão	07
3.3 Critérios de exclusão	07
3.4 Critérios de saída	07
4. METODICA	08
5. TECNICAS E PROCEDIMENTO	10
6. RESULTADOS ESPERADOS	12
7. QUADROS	13
8. GRAFICOS	17
9. CRONOGRAMA	18
10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19
11. ANEXO I Questionario	22
ANEXO II Tabela para avaliar os conhecimentos das mães sobre IRA segundo a classificação e pontuação	25
ANEXO III: Tabelas de Peso, Estatura e IMC	26

Introdução:

As Infecções do Trato Respiratório (ITR), pela freqüência com que ocorrem e pelo amplo espectro de suas manifestações clínicas, constituem um dos motivos mais constantes, de consulta médica nos Serviços de Urgência, e a principal causa de absenteísmo no trabalho em nosso meio, O sistema respiratório é um complexo sistema orgânico composto de múltiplos tipos celulares envolvidos em uma variedade de funções. O desenvolvimento do sistema respiratório ocorre desde a embriogênese até a vida adulta, passando por várias fases distintas de maturação e crescimento¹.

São infecções que acometem às vias respiratórias da pessoa, que se manifestam até sete dias, incluem um grande número de processos inflamatórios, que envolvem primariamente o nariz, os seios paranasais, o ouvido médio, o tecido laringeoepiglótico e, talvez o mais importante, a região amigdalofaríngea. Podem ser do trato respiratório superior (amigdalite, otite, rinofaringite, sinusite) ou inferior (pneumonia, bronquiolite).O trato respiratório superior consiste nas vias áreas a partir das narinas até as cordas vocais incluindo os seios paranasais e orelha média. O trato respiratório inferior cobre a continuação das vias aéreas a partir da traqueia e brônquios até os bronquíolos e alvéolos.²

O conhecimento da flora normal das vias aéreas é importante para o reconhecimento dos principais agentes etiológicos das infecções que nelas se assentam. Além da laringe, as vias aéreas são mantidas estéreis pelos mecanismos de defesa vistos anteriormente.

As infecções respiratórias agudas (IRAs) são consideradas importantes doenças, não somente pelo número de pessoas acometidas, mas também por sua gravidade e transmissibilidade³A Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhece que as doenças infecciosas são uma ameaça global constante e de grande impacto à saúde pública⁴

Estudos prévios listaram os fatores de risco para adquirir infecções respiratórias, entre os quais se destacam: fatores socioeconômicos (renda familiar restrita, baixo nível de escolaridade dos pais, alta densidade de moradores por domicílio), interrupção precoce do aleitamento materno, baixo peso ao nascer, desnutrição, tabagismo passivo e freqüência à creche ⁵;⁶. Além disso, fatores ambientais como poluição do ar respirado e variáveis climáticas estão relacionados ao aumento dos casos e da gravidade das IRA em menores de cinco anos de idade ⁷;⁸.Em todas as IRA, também há predomínio do sexo masculino, sendo o gênero, neste caso, considerado um fator de risco para esse tipo de infecção⁹;¹⁰.Existem muitos motivos pelos quais as crianças são mais propensas a desenvolver IRAs, incluindo certas características anatômicas e fisiológicas do trato respiratório, especialmente o tamanho menor das vias aéreas e menor complacência pulmonar¹¹.Possam ocorrer também em indivíduos saudáveis, o habitual é que estejam associadas a condições que alteram um ou mais dos mecanismos de defesa do trato respiratório. Estes mecanismos podem ser arbitrariamente divididos em sistêmicos (dependentes fundamentalmente da integridade do sistema imunológico) e locais. Os fatores que alteram estes mecanismos de defesa podem atuar isoladamente (p. ex., deficiências imunológicas) ou, o que é mais freqüente, agir simultaneamente em mais de um destes mecanismos (p. ex., tabagismo, alterações do estado de consciência etc.)Além disso, a

maior incidência de IRAs em crianças pode ser explicada pelas limitações de suas defesas imunológicas. Estudos demonstraram que fatores imunes associados à primeira infância, como a redução de interferon- γ e o aumento de interleucina-4, tornam as crianças mais suscetíveis às IRAs¹².

Embora exista frequentemente superposição dos locais anatômicos comprometidos, é vantajoso localizar o sítio específico envolvido primariamente. Isto permite que se chegue a um diagnóstico aproximado dos possíveis agentes etiológicos, fornecendo as bases racionais para a terapêutica, as infecções respiratórias são causadas principalmente por vírus ou bactérias.

Os agentes que causam a maior parte das infecções respiratórias são de origem viral. Embora quase todos tenham sido reconhecidos por mais de 40 anos, poucos estudos epidemiológicos de longa duração avaliaram como as infecções ocorrem em relação ao tempo, lugar e pessoa¹³, e Agora têm um impacto significativo na área da saúde em todo o mundo, a maioria absoluta (aproximadamente 95%) das ITR é causada por vírus¹⁴. Um grande número de vírus é conhecido por estar associado a doenças respiratórias em humanos. Adenovírus, coronavírus, enterovírus humanos, rinovírus humanos, vírus influenza, vírus parainfluenza e vírus sincicial respiratório são conhecidos agentes de IRAs tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento.¹⁵ Não se encontrando, desta forma, base microbiológica que justifique a prescrição freqüente e desnecessária de drogas antimicrobinas, e a faringite estreptocócica aguda, a infecção mais importante do trato respiratório, por sua potencialidade evolutiva e para a qual existe terapêutica específica, constitui menos de 3% destas infecções e, na maioria das vezes, não pode ser diagnosticada em bases puramente clínicas, os vírus são responsáveis pelo resfriado comum (gripe) tipos de pneumonia. As bactérias, geralmente são mais graves e podem infectar o trato superior alguns or (sinusite) como o inferior (pneumonia), então, como distinguir os 5% de pacientes portadores de ITR causadas por bactérias, *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae* são os patógenos predominantes em infecções respiratórias na infância, para as quais existe um terapêutica antimicrobiana específica, daqueles 95% de pacientes com infecções não-bacterianas, para as quais a única terapêutica indicada são as medidas sintomáticas.¹⁶

O mais importante fator de virulência do *Streptococcus pneumoniae* é a cápsula de mucopolissacarídeos que protege o micro-organismo da opsonização e fagocitose¹⁷. Da mesma forma, o *Haemophilus influenzae* dispõe de fatores de virulência contra as defesas do hospedeiro, como a presença de proteínas da membrana externa e cápsula de lipoligossacarídeos.¹⁸

Existem vacinas para alguns dos agentes etiológicos que causam infecção respiratória aguda (*H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *B. pertussis*). Infelizmente, essas vacinas são muito caras o que limita o seu uso para casos especiais (crianças imunodeprimidas). A vacina contra coqueluche já faz parte do calendário vacinal normal.¹⁹

O perfil epidemiológico aponta que as doenças respiratórias são o primeiro motivo de consulta em ambulatórios e serviços de urgência infantis, anualmente, as crianças costumam apresentar de seis a nove episódios de infecções do trato respiratório superior (IRSs), o que diminui para duas a quatro IRSs ao ano em adolescentes e adultos²⁰. Infecções agudas do

trato respiratório inferior (IRIs) ocorrem com menor frequência, mas a um custo muito mais elevado. Aproximadamente um terço das crianças desenvolve uma IRI no primeiro ano de vida. Isso diminui para 5% a 10% das crianças em idade escolar, menos de 5% entre adultos saudáveis e sobe lentamente para 17% em idosos²¹. As IRAs representam entre 30-50% de consultas médicas pediátricas e entre 20-40% das internações hospitalares em crianças, o Brasil é um dos 15 países com maior número de casos anuais de pneumonia clínica⁵. A principal atitude dos pais é saber diferenciar um resfriado comum de uma pneumonia. Procurar manter-se seguro para tomar decisões certas, como quando levar à criança ao médico o mais breve possível para evitar as complicações, ou quando não levar nos casos de resfriado comum. Quando a criança não melhora ou piorar e se apresenta taquipnéia (respiração rápida) deve-se levá-la ao médico.

As IRAs foram incluídas entre os três principais problemas de saúde pública da infância em todo o mundo no final da década de 1960, juntamente com as doenças diarreicas e a desnutrição. Essas três doenças, ou problemas de saúde, foram considerados responsáveis pela maioria das mortes antes dos cinco anos de idade, e eram as causas mais frequentes pelas quais uma criança perdia sua saúde durante os primeiros anos de vida²². Em 1988, Bulla e Hitze descreveram que os óbitos por IRA no mundo variavam de 60 a 1.000 por 100.000 habitantes. Destes, 40% a 60% eram menores de cinco anos e a pneumonia era a principal causa de mortalidade²³. Em 1991 o seminário OMS/OPAS atualizou informações sobre a epidemiologia das IRAs. Os principais fatores de risco foram indicados como aglomeração doméstica, tabagismo dos pais e poluição doméstica, período de 1991-2006, a taxa de mortalidade de crianças menores de 5 anos diminuiu 28% no mundo e 61% no Brasil.³

Em 2008 o número global de mortes entre crianças menores de 5 anos de idade foi de 8,8 milhões, correspondendo a 24.000 mortes por dia, as menores taxas correspondem a Cuba e ao Canadá e as maiores, ao Haiti e a Bolívia²⁴. Em 2010, 58% das mortes em crianças com menos de cinco anos de idade foram causadas por doenças infecciosas. Pneumonia, diarreia e malária foram responsáveis por um terço das mortes nessa faixa etária²⁵. De acordo com a ONU, a média mundial de mortalidade infantil no ano passado era de 48 para cada mil nascidos. No Brasil, em 2012, esse índice era de 12,9. A dos Estados Unidos, por sua vez, era de 7 mortes para cada mil nascimentos²⁴.

Em resposta a esta situação o Ministério da Saúde, com o apoio da Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial da Saúde, iniciou em 1984 uma série de ações para o controle das IRAs como parte integrante do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança. Os objetivos eram: reduzir a mortalidade, em especial por pneumonia, reduzir os números de casos graves e de complicações de infecções das vias aéreas superiores e inferiores e diminuir o uso inadequado de antibióticos e de outros medicamentos²⁶. Ainda em 1984, a OMS publicou um programa estabelecendo três níveis de intervenção referentes às IRAs: imunização, educação sanitária e tratamento de casos²⁷. As ações enfatizavam a capacitação dos profissionais de saúde no manejo padronizado de casos de IRAs, a organização dos serviços, incluindo o abastecimento regular de antibióticos e suprimentos nas unidades de saúde e a educação aos responsáveis e à comunidade²⁸.

Na UBS Marinópolis, município Guarulhos, SP, observamos um alto crescimento das IRAs (Infecções Respiratórias Agudas), em crianças de 01 a 05 anos de idade, para um total de 906 crianças apresentaram essa doença, deles na área 108 obtive um total de 217 crianças. Tendo em vista a importância dos pais no cuidado com a saúde da criança, e reconhecendo a importância desses indicadores, o presente estudo tem como objetivo analisar qual é o grau de conhecimento das mães das crianças de 01 até 05 anos de idade sobre as IRAs. Mas será que existe relação entre orientação recebida pela mãe sobre a IRA e conhecimentos da mesma sobre o assunto? Pode ajudar a diminuir a incidência das doenças respiratórias agudas.

OBJETIVOS:

Objetivo geral:

Criar uma estratégia de intervenção educacional para determinar o grau de conhecimento das mães sobre IRA em crianças de 01 a 05 anos de idade na área numero 108, UBS Marinópolis, município Guarulhos.

Objetivos específicos:

1-Determinar a incidência das crianças de 01 a 05 anos de idade segundo:

- Idade
- Sexo
- Estado nutricional

2- Avaliar o grau de conhecimento que possuem as mães sobre IRA antes e depois da Intervenção educativa.

3-Avaliar a incidência e comportamento das IRA antes e depois da Intervenção educativa.

METODOLOGIA:

A intervenção educativa consistiu em uma investigação de campo, com características quantitativas, realizou-se um estudo observacional analítico, de corte transversal e de intervenção comunitária com análises antes e depois da intervenção. Na UBS Marinópolis, tem 4 equipe de saúde e um total de 22.985 habitantes, as crianças cadastradas de 01 a 05 anos de idade foram de 1773 deles um 51.3 % são masculino e 48.7 % do sexo feminino. A intervenção foi realizada na área 108 que consta com 288 crianças cadastradas de 01 a 05 anos de idade, deles 217 crianças apresentarem Infecções respiratórias agudas das quais 90 mães das mesmas são a mostra para o estudo. O objetivo é aplicar uma estratégia de intervenção educativa sobre IRA em mães de crianças de 01 a 05 anos de idade, para diminuir a incidência das IRA e assim melhorar a qualidade de vida das crianças e elevar o conhecimento das mães sobre a doença.

Delimitação deste projeto de intervenção:

- Delimitação Espacial: Este projeto foi realizado na UBS Marinópolis, Barrio Presidente Dutra.
- Delimitação de Voluntários: Participaram 90 mães de crianças de 01 até 05 anos de idade com IRAs residentes na comunidade.

Universo e a Mostra:

A mostra coincide com o Universo, que são 90 crianças e cumprem com os critérios de inclusão e exclusão.

Critérios de Inclusão:

- As crianças de 01 até 05 anos de idade que suas mães desejam participar.
- Que tenham residências permanentes na área 108 da UBS Marinópolis

Critérios de exclusão:

- As crianças de 01 a 05 anos de idade que suas mães não desejem participar da investigação.
- Que não tenham residências permanentes na área 108 da UBS Marinópolis.

Critérios de saída:

- Que permaneçam ausentes na área 108 por um período prolongado de mais de 06 meses durante a investigação.
- Que causem baixas na área 108 da UBS Marinópolis por óbito ou transferido a outra área de saúde durante a investigação.

METODICA:

Para dar saída **No objetivo nº 1** teve em conta:

- As idades das crianças:
 - 1 ano
 - 2 anos
 - 3 anos
 - 4 anos
 - 5 anos
- Os sexos:
 - Feminino
 - Masculino
- Os Estados Nutricionais: O índice de massa corporal (IMC) ou índice de Queteleté obtido dividindo-se o peso em quilogramas, pela estatura ao quadrado, em metros ($IMC = \text{peso (kg)} / \text{estatura}^2(\text{m})$) Anexos .A classificação que adotamos são os recomendados pela OMS para meninos/meninas de 01 a 05 anos de idade. Os pontos de corte utilizados nas distintas curvas estão representados em escores Z, que indicam unidades do desvio padrão do valor da mediana (escore z 0) cujas correspondências em percentis são:
 - Magreza acentuada: < -3 e escores z.
 - Magreza: < -2 e > -3 escores z.
 - Peso adequado: < +1 e > -2 escores z.
 - Risco de sobrepeso: < +2 e > +1 escores z.
 - Sobrepeso: < +3 e > +2 escores z.
 - Obesidade: > +3 escores z.

No objetivo nº 2: Para avaliar o grau de conhecimentos das mães se uso uma pontuação de escala qualitativa de acordo com o questionário (anexo #1) e a classificação seguinte:

- Não tem conhecimento: é considerada uma pontuação até 50 pontos.
- Conhecimento regular: é considerada uma pontuação desde 51 até 75 pontos.
- Bom conhecimento: é considerada uma pontuação desde 76 até 100 pontos.

No objetivo nº 3: Analisa-se a incidência e comportamento das IRA antes e depois da Intervenção educativa segundo a classificação:

- IRAs altas : afetam o trato respiratório superior (coriza ou constipação comum, amigdalofaringite, adenoidites, otites).
- IRAs baixas: afetam o trato respiratório inferior (bronquiolite, pneumonia).

TECNICAS E PROCEDIMENTO:

O procedimento avaliativo deste projeto de intervenção constou com 3 etapas: diagnóstico, intervenção e avaliação: Na etapa diagnóstica aplica-se um questionário (anexo 1) as mães das crianças de 01 até 05 anos de idade, para identificar as necessidades de aprendizagem que tem sobre as IRA, tendo em conta os objetivos da investigação, com várias perguntas realizadas, além disso se teve em conta os dados pessoais das crianças como idade, sexo, estado nutricional, algumas variáveis como fatores de risco, os sintomas, a incidência, o período de duração e medidas de prevenção. O resultado do mesmo se converteu no registro da investigação. Depois passamos a segunda etapa.

Estratégia de intervenção educativa: Os temas a ser apresentados foram:

- Palestra educativa # 1: Que são as IRA (Infecções Respiratórias Agudas)
- Palestra educativa # 2.Quais são os fatores de risco mais frequentes?
- Palestra educativa # 3.Quais são as causas que provocam esta doença?
- Palestra educativa # 4.Quais são os sintomas e complicações mais frequentes?
- Palestra educativa #5.Quais são as medidas de prevenção ?

Para a seleção dos temas foram desenvolvidos em aulas demonstrativas e praticas, e dinâmica de grupos. Realizamos controle periódico a traves de consultas e visitas domiciliares programados para as crianças dessas idades, os dados da anamneses e exame físico foram recolhidos no prontuário de cada criança com o objetivo de determinar a incidência e comportamento das IRA para avaliar o grau de conhecimento que tem as mães antes e depois da intervenção.

Estas atividades foram programadas de forma periódica durante seis meses que a investigação permaneceu. Para constatar os resultados obtidos no presente investigação voltamos aplicar o questionário inicial (anexo 1) com o objetivo de avaliar o grau de conhecimento das mães se houve mudanças favoráveis.

Processos e Analises: Os resultados obtidos foram resumidos em gráficos, para os procedimentos estadísticos das informações através dos analises das frequências absolutas e percentuais.

Discussão e Sínteses: Procedemos aos analises e discussão dos resultados, onde se realizou uma descrição de cada quadro estadístico antes e depois da intervenção, logo foi realizada uma comparação com outros estudos, dando a explicação sobre os resultados e finalmente depois as conclusões, tendo em conta algumas recomendações.

Análise e Discussão dos Resultados esperados:

Com esta intervenção educativa esperamos lograr um maior nível de conhecimentos das mães sobre IRA e por enquanto uma diminuição da incidência e prevalência da doença nas crianças estudadas de 01 a 05 anos de idade. Para dizer que as mães têm conhecimentos corretos se utilizou uma escala qualitativa de valorização de conhecimentos aplicados em educação e aprendizagem. A continuação será explanada, o progresso que se espera alcançar com a intervenção, o mesmo será feito com a intenção desenvolvimento de médio e longo prazo com propósito de melhorar a qualidade de vida das crianças e elevar o conhecimento das mães sobre a doença.

Os quadros abaixo e as gráficas são uma projeção de como ficarão representados os resultados de os objetivos a estudar e também os conhecimentos das mães antes e depois da intervenção.

No quadro 1, a Distribuição de idade e sexo: Vai ser demonstrado qual sexo e qual idade teve a maior incidência nas IRA antes e depois da intervenção educativa. **No quadro 2**, Estado nutricional: Vai mostrar-se qual estado nutricional predominou mais antes e depois da intervenção. **No quadro 3**, Grau de conhecimento das mães sobre IRA: Segundo a classificação poderemos observar antes da intervenção qual predomínio mais se depois da intervenção novamente se obtiver uma influência favorável que ajude a elevar o conhecimento das mães sobre as IRA. **No quadro 4**, Incidência e comportamento das IRA: Observaremos a frequência que apresentarem as IRA antes da intervenção nas crianças de 01 a 05 anos de idade que estão sendo estudadas, para saber se após a intervenção tem algum impacto, uma vez melhorado o conhecimento das mães.

No quadro 1, a Distribuição de idade e sexo:

Idade	Masculino		Feminino		total	%
	#	%	#	%		
1	18	20.0	11	12.2	29	32.2
2	7	7.8	6	6.7	13	14.5
3	9	10.0	7	7.8	16	17.8
4	11	12.2	6	6.7	17	18.9
5	8	8.8	7	7.8	15	16.6
Total	53	58.8	37	41.2	90	100

No quadro 2, Estado nutricional:

Estado nutricional	#	%
Magreza acentuada	0	0.0
Magreza	2	2.2
Peso adequado	82	91.1
Risco de sobrepeso	1	1.1
Sobrepeso	2	2.3
Obesidade	3	3.3
Total	90	100

No quadro 3 , Grau de conhecimento das mães sobre IRA:

Classificação do conhecimento sobre as IRA	Antes		Depois	
	#	%	#	%
Bom conhecimento	14	15.6	57	63.3
Conhecimento regular	71	78.8	32	35.6
Não tem conhecimento	5	5.6	1	1.1
Total	90	100	90	100

No quadro 4, Incidência e comportamento das IRA:

Idade	Incidência das IRA											
	Antes				total	%	Depois				total	%
	Alta		Baixa				Alta		Baixa			
	#	%	#	%	#	%	#	%				
1	57	39.6	31	31.8	88	36.4	32	36.8	23	30.8	55	34.0
2	26	18.0	19	19.3	45	18.6	16	18.4	16	21.2	32	19.8
3	22	15.2	17	17.3	39	16.1	13	15.0	15	20.0	28	17.2
4	18	12.6	16	16.3	34	14.0	14	16.0	12	16.0	26	16.0
5	21	14.6	15	15.3	36	14.9	12	13.8	9	12.0	21	13.0
Total	144	100	98	100	242	100	87	100	75	100	162	100

Gráficas: Avaliar o grau de conhecimento das mães em IRA e sua Incidência antes e depois da Intervenção educativa:

Gráfico #1: Antes da Intervenção educativa.

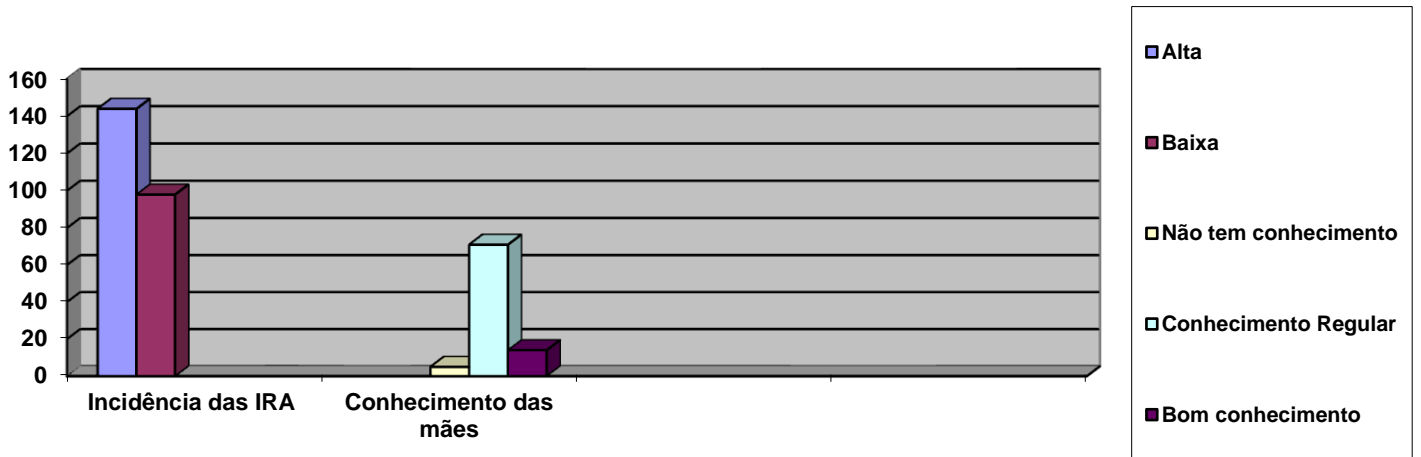
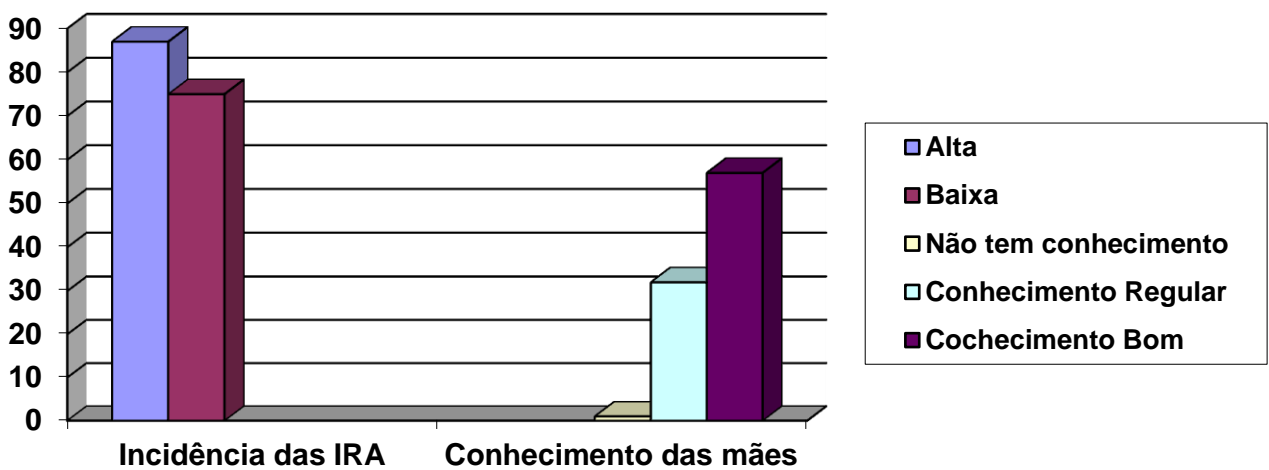


Gráfico #2: Depois da Intervenção Educativa:



CRONOGRAMA

Atividades	J	F	M	J	J	A
Identificação do Problema	X					
Elaboração do Projeto de Intervenção		X				
Aprovação do projeto						X
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados	X	X	X			
Discussão e Análise dos Resultados				X		
Revisão Final e Digitação					X	
Entrega do Trabalho Final						X
Socialização do Trabalho						X

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1-Pinkerton, KE; Joad, JE. The Mammalian respiratory system and critical windows of exposure. Environ health perspect. 2000;108(3):457-62.
- 2-Simões EAF, Cherian T, Chow J, Shahid-Salles SA, Laxminarayan R, John TJ. Acute respiratory infections in children. Disease control priorities in developing countries. 2. ed. Washington (DC): World Bank; 2006
- 3-World Health Organization. Acute respiratory infections: the forgotten pandemic. Bull WHO. 1998;76:101-103.
- 4-The world health report 2007. Global public health security in the 21st Century: a safer future. Geneva: WHO, 2007.
- 5-Lopes CR, Berezin EN. Fatores de risco e proteção à infecção respiratória aguda em lactentes. Rev Saude Publica. 2009;43(6):1030-34. Rodriguez L, Cervantes E, Ortiz R. Malnutrition and Gastrointestinal and Respiratory Infections in Children: A Public Health Problem. Int J Environ Res Public Health. 2011;8: 1174-1205.
- 6-Tregoning JS, Schwarze J. Respiratory viral infections in infants: causes, clinical symptoms, virology, and immunology. Clin Microbiol Rev. 2010;23(1):74-98.
- 7-Aldous MB, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Evaporative cooling and other home factors and lower respiratory tract illness during the first year of life. Group Health Medical Associates. Am J Epidemiol. 1996;143(5):423-30.
- 8-Silvio OM. Doença respiratória em menores de 5 años no sul do Brasil: influencia do ambiente doméstico. Rev Panam Salud Pública 2003

- 9-Singleton RJ, Wirsing EA, Harbeling DL, Christensen KY, Paddock CD, Hilinski JA, et al. Risk Factors for Lower Respiratory Tract Infection Death Among Infants in the United States, 1999-2004. *Pediatrics*. 2009;124(4):768-77.
- 10-Abreu SG. Factores de riesgo en las IRA. Colección de pediatría. Ciudad de la Habana: ECIMED; 2005, 9:p 44-45
- 11-Andres S, Bauer G, Rodriguez S, Novali L, Micheli D, Fariña D. Hospitalization due to respiratory syncytial virus infection in patients under 2 years of age with hemodynamically significant congenital heart disease. *J Pediatr*. 2012;88(3):246-52.
- 12-Joshi P, Shaw A, Kakakios A, Isaacs D. Interferon-gamma levels in nasopharyngeal secretions of infants with respiratory syncytial virus and other respiratory viral infections. *Clin Exp Immunol*. 2006;131(1):143-7. Kristjansson S, Bjarnarson SP, Wennergren G, Palsdottir AH, Arnadottir A, Haraldsson A, et al. Respiratory syncytial virus and other respiratory viruses during the first 3 months of life promote a local T(h)2-like response. *J Allergy Clin Immunol*. 2005;116 (4):805-11. Legg JP, Hussain IR, Warner JA, Johnston SL, Warner JO. Type 1 and type 2 cytokine imbalance in acute respiratory syncytial virus bronchiolitis. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;168(6):633-9.
- 13-Monto, AS. Occurrence of respiratory virus: time, place and person. *Pediatr Infect Dis J*. 2004;23(1):58-64.
- 14-Christ-Crain M, Müller B. Biomarkers in respiratory tract infections: Diagnostic guides to antibiotic prescription prognostic markers and mediators. *Eur Resp J*. 2007;30(3):556-73.
- 15-Van den Hoogen BG, De Jong JC, Groen J, Kuiken T, de Groot R, Fouchier RA, Osterhaus AD. A newly discovered human pneumovirus isolated from young children with respiratory tract disease. *Nat Med*. 2001;7(6):719-24.
- 16-Jacobs, MR. Worldwide trends in antimicrobial resistance among common respiratory tract pathogens in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2003;22(8):109-19.
- 17-Alanee SR, McGee L, Jackson D, Chiou CC, Feldman C, Morris AJ, et al. Association of serotypes of *Streptococcus pneumoniae* with disease severity and outcome in adults: an international study. *Clin Infect Dis*. 2007;45(1):46-51.
- 18-Halström T, Riesbeck K. *Haemophilus influenzae* and the complement system. *Trends Microbiol*. 2010;18(6):258-65.
- 19-Rev Cubana *Pediatr* v.75 n.4 Ciudad de la Habana oct,.dic. 2003 ... Prevención de las infecciones respiratorias agudas. Presente y futuro.
- 20- Álvarez CM, Castro AR, Abdo RA, Orta HSD, Gómez MM, Álvarez CMP. Infecciones respiratorias altas recurrentes. Algunas consideraciones. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2008 Vol.II: 57
- 21-Henrickson K J. Advances in the laboratory diagnosis of viral respiratory disease. *Pediatr Infect Dis J*. 2004;23(1):6-10. Wright AL, Taussig LM, Ray CG, Harrison HR, Holberg CJ. The Tucson Children's Respiratory Study. II. Lower respiratory tract illness in the first year of life. *Am J Epidemiol* 1989;120:1232-46).
- 22-Benguigui, Y; OPAS/OMS. As infecções respiratórias agudas na infância como problema de saúde pública. *Boletim de Pneumologia Sanitária*. 2002;10(1):13-22.

23-Giménez SF, Sánchez MA, Battles GJM, López SJA, Sánchez-Solis QM. Características clínico-epidemiológicas de la neumonía adquirida en la comunidad en niños menores de seis años. An Pediatr (Barc) 2007

24- operamundi.uol.com.br

25-World Health Organization. Causes of child mortality for the year 2010 [Internet]. [acesso em: 2012 Nov 07]. Disponível em: http://www.who.int/gho/child_health/mortality/causes/en/index.html

26-Pío A, Leowski J, Luelmo F. The World Health Organization Program for acute respiratory infections in children. Bol Oficina Sanit Panam. 1984;96(4):283-95.

27-Douglas RM, Kumar V, Miller DL. A programme for controlling acute respiratory infections in children: memorandum from a WHO meeting. Bull World Health Org. 1984;62(1):47-58.

28-Chatkin JM, Aché BI. Avaliação do programade controle das infecções respiratórias agudas – Rio Grande do Sul, Brasil, 1984-1992. Benguigui Y, editor. Washington, DC: OPAS. 1997; 193-8.

Anexo I

Dados Pessoais:

➤ Marque com X qual idade tem sua criança:

() 1 ano () 2 anos () 3 anos () 4 anos () 5 anos

➤ Marque com X qual sexo tem:

() Masculino () Feminino

➤ Escriba o que peso e altura tem sua criança para conhecer o estado nutricional :

Peso:_____ Altura:_____

Estado Nutricional: Magreza acentuada____ Magreza: ____Obesidade:_____

Peso adequado:____ Risco de sobrepeso:____ Sobrepeso:____ Obesidade:_____

➤ Durante o período de um ano, Marque com X a frequência com que sua criança sofreu de Infecções Respiratórias:

Uma vez:____ Duas vezes:____ Três vezes:____ Quatro vezes:____

Mas de Cinco vezes:_____

Perguntas:

1.Sabe identificar quais são as infecções respiratórias? Marque com uma X cinco das quais você acredita.

1)____ Dengue hemorrágico.

2)____ Febre reumática.

3)____ Pneumonia.

4)____ Hepatites virais.

5)____ Sinusite.

6)____ Asma brônquica.

- 7)____ Amigdalite. 8)____ Leptospira.
9)____ Gripe. 10)____ Infecção urinaria

2. Marque com uma X cinco sintomas que podem alerta o aparecimento de IRA:

- a)____ Dificuldade respiratória. b.____ Urina com sangue.
c. ____ Secreção nasal. d.____ Diarréias.
e.____ Dor abdominal. f.____ Febre alta
g.____ Dor de garganta. h.____ Tosse umeda e expectoração
i ____ Convulsões j.____ Vômitos.

3- Se uma criança os sintomas persistirem por um período de 14 dias ou mais. Considera isso, como parte do curso normal da doença?. Marque com uma X sua resposta:

Sim:_____ Não:_____

4- Marque com uma X cinco fatores que você conheça que podem influenciar a ocorrência de Infecções Respiratórias:

- 1)____ Contaminação ambiental. 2)____ Nenhuma prática do aleitamento materno exclusivo.
3)____ Mãe solteira. 4)____ Tabagismo.
5)____ Muitas pessoas morando na mesma casa. 6)____ Desnutrição
7)____ Malformações congênitas. 8)____ Mãe com gripe.
9)____ Obesidade. 10)____ Ansiedade.

5- Marque com uma X cinco medidas preventivas que você conhece:

- 1)____ Manter uma boa higiene pessoal e do lar. 2)____ Sempre administrar antibiótico.
3)__ Morar com animais domésticos.4)___ Morar com parentes que praticam hábitos de fumar.
5)___ Evitar morar com muitas pessoas na mesma casa. 6) ___Aumentar a ingestão de líquidos.
7) _____ Tomar toda as vacinas. 8)____ Tomar vitaminas.
9)____ Evitar o aumento de febre. 10)____ Administrar sempre medicamentos para a tosse.

Anexo II: Tabela para avaliar os conhecimentos das mães sobre IRA segundo a classificação e pontuação:

Para dizer que uma mãe tem conhecimentos corretos deve responder da seguinte maneira, frente aos questionamentos acima realizados: O questionário conta com 05 perguntas cada uma com 10 itens, com exceção da pergunta 03 que conta com dois itens, cada pergunta tem uma pontuação de 20 pontos para um total de 100 pontos. As perguntas que tem 10 itens devem responder só 05 itens que são os corretos e tem uma pontuação de 04 pontos cada uma. A pergunta 03 tem dos itens onde o correto tem uma pontuação de 20 pontos. Devem marcar com um X as respostas adequadas. Para a pontuação dos itens sobre o nível de conhecimentos acerca de IRA se utilizou uma escala qualitativa ordinal de valoração de conhecimentos aplicados em educação e aprendizagem, dependendo da pontuação classificamos o grau de conhecimento, cuja distribuição se realizará conforme a tabela seguinte:

- Bom conhecimento: é considerada uma pontuação desde 76 até 100 pontos.
- Conhecimento regular: é considerada uma pontuação desde 51 até 75 pontos.
- Não tem conhecimento: é considerada uma pontuação até 50 pontos

Anexo III: Tabelas de Peso, Estatura e Índice de massa corporal (IMC) para crianças de 01 a 05 anos de idade.