



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

NOME DO CURSISTA

YANISLEIDIS RODRIGUEZ COS

TÍTULO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Comportamento das Infecções Respiratórias em crianças de 0 a 5 anos na
Unidad Basica de Saude de São Francisco Quiterianópolis.



NOME DO CURSISTA

YANISLEIDIS RODRIGUEZ COS

TÍTULO DO PLANO DE INTERVENÇÃO

Comportamento das Infecções Respiratórias em crianças de 0 a 5 anos na
Unidad Básica Saude de São Francisco Quiterianópolis.

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à
Coordenação do Curso de Especialização em
Saúde da Família, modalidade semipresencial,
Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) -
Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em
Educação a Distância Em Saúde, Universidade
Federal do Ceará, como requisito parcial para
obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Profº. Paulo Iury Gomes Nunes

FORTALEZA

Ano 2018

Catálogo na fonte

S379t Silva, Maria da
Título do TCC ou Monografia/ Maria da Silva, nome do orientador.
_Local, ano.
Total de folhas : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade do
Estado do Pará, Belém, 2008.

1.Assunto. 2.Assunto. 3.Assunto. I. Título.

Classificação (CDD)

Yanisleidis Rodriguez Cos

TÍTULO DO PLANO DE INTERVENÇÃO:

Comportamento das Infecções Respiratórias em crianças de 0 a 5 anos na
Unidad Basica de Saude São Francisco. Quiterianópolis.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: __/__/__

BANCA EXAMINADORA

Prof.

Prof

RESUMO

As doenças respiratórias na infância representam importante problema de saúde pública, gerando grande demanda aos serviços médicos. Realizou-se um estudo transversal, descritivo com procedimentos técnicos bibliográficos em crianças de 0 a 5 anos, pertencentes a nossa área de abrangência. O objetivo deste trabalho é verificar o comportamento das infecções respiratórias agudas em crianças de 0 a 5 anos na UBS São Francisco no período Julho/ dezembro 2017. A população de estudo foi escolhida segundo critérios de inclusão com o consentimento informado dos pais ou cuidadores. A coleta de dados foi iniciada com a confirmação do diagnóstico médico por meio de consultas e revisão dos prontuários de atenção individual, tendo como objetivos específicos: Identificar o total de casos segundo fatores sócio-demográficos; identificar o comportamento das IRAs segundo tipo e entidades específica; relacionar as Infecções respiratórias agudas (IRAs) com fatores de riscos associados. Determinou-se que do total da mostra estudada o 58,7% pertenceram ao sexo feminino e 41,2% ao sexo masculino; a cor da pele predominante foi a raça branca; e a idade de ocorrências das Infecções Respiratórias agudas (IRAs) achou-se nas idades de 0- 1 ano (31,2%), seguido das idades de 3-5 anos (26,5%). As doenças respiratórias agudas foram pela ordem de frequência: Resfriado comum (98,7%); Amigdalites (22,1%); Otite Media aguda (9,9%), relacionadas com fatores de risco como o desmame precoce, inadequado aleitamento materno, baixo grau de instrução materna, baixo poder socioeconômico e presença de até três crianças menor de 5 anos no domicílio. Por isso a equipe propõe-se realizar ações de promoção e prevenção em saúde.

Palavras chaves: Doenças respiratórias; fatores de risco; promoção em saúde; equipe de saúde.

ABSTRACT

Respiratory diseases in childhood are an important public health problem, generating great demand for medical services. We conducted a cross-sectional descriptive study of bibliographical technical procedures in children 0-5 years old, belonging to our coverage area. The objective of this work is to verify the behavior of acute respiratory infections in children 0-5 years in UBS San Francisco in the July/December period 2017. The study population was selected second inclusion criteria with the informed consent of parents or caregivers. Data collection began with the confirmation of medical diagnosis through consultation and review of individual attention from medical records, with the following objectives: Identify the total number of cases according to sociodemographic factors; Identify the behavior of respiratory tract infections according type and specify entities; Relate respiratory tract infections with associated risk factors. It was determined that the total study shows the 58.7% belonged to females and 41.2% males; the predominant skin color was the white race; and the age of occurrence of respiratory tract infections was found in the 0-ages 1 year (31.2%), followed by ages 3-5 years (26.5%). Acute respiratory diseases were the order of frequency: Common cold (98.7%); Tonsillitis (22.1%); Acute otitis media (9.9%), related to risk factors such as early weaning, inadequate breastfeeding, low maternal education, low socioeconomic status and presence of up to three children under 5 years old in the household. By all this the team proposes to carry out actions of health promotion and prevention.

Key words: Respiratory diseases; risk factors; health promotion; health team.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	PROBLEMA.....	10
3	JUSTIFICATIVA.....	11
4	OBJETIVOS.....	12
4.1	OBJETIVO GERAL.....	12
4.2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	12
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	13
6	METODOLOGIA.....	21
6.1	Tipo de estudo.....	21
6.2	Desenho de estudo.....	21
6.2	Critérios de inclusão e exclusão.....	21
6.3	Procedimento para coleta e análise de dados.....	21
7	CRONOGRAMA.....	22
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	23
9	RESULTADOS ESPERADOS.....	24
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	25
	APÊNDICE.....	
	ANEXO.....	

INTRODUÇÃO

A UBS São Francisco está localizado na área rural de Quiterianópolis. O horário de funcionamento é de 07h00min a 5.00 horas conforme definido pela secretaria municipal de saúde. Atende um total de 612 famílias com 1954 habitantes, após reunião com a equipe de saúde foi identificado como problema prioritário o elevada incidência das doenças respiratórias nas idades pediátricas em nossa área de abrangência, cujo nos critico são falta de conhecimentos das mães dos pacientes sobre a doença, hábitos e estilos de vida inadequados (não aleitamento materno, desmame precoce) estação climática, tabagismo passivo, processo de trabalho na equipe inadequado e falta à consulta de pacientes.

As doenças respiratórias constituem importante causa de adoecimento e morte em adultos e crianças no mundo, acometem 15% da população do planeta e respondem por 1/5 dos óbitos no mundo. Espera-se que a atenção primária à saúde (APS), primeira instância da assistência médica, solucione de 80% a 85% dos problemas de saúde em geral. (Ministério da Saúde, 2010).

As infecções respiratórias agudas (IRAs) foram incluídas entre os três principais problemas de saúde pública da infância em finais da década de 60, junto 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 a causa mais frequente pela qual uma criança perdia sua saúde durante seus primeiros anos de vida. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), estas doenças representam cerca de 8% do total de mortes em países desenvolvidos e 5% em países em desenvolvimento. A OMS estima ainda que, em 1995, 4,3 milhões de crianças com idade inferior a cinco anos morreram por doenças respiratórias agudas nos países em desenvolvimento, sendo a principal causa as pneumonias. Estas doenças têm também um papel de destaque na morbidade da população, sendo frequente causa de absenteísmo na escola e no trabalho, além de exercer enorme pressão sobre os serviços de saúde. Por exemplo, estima-se que cerca de 40 milhões de crianças menores de cinco anos adquirem pneumonia anualmente e que entre 5% a 15% dos adultos em países industrializados têm doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) (Oliveira LF, Carvalho (2009).

Estima-se que aproximadamente 70.000 crianças com menos de cinco anos morram anualmente no continente americano em consequência de infecções respiratórias agudas. Essas doenças causam, aproximadamente, 15% de todas as mortes que ocorrem anualmente de crianças com menos de cinco anos, porém sua importância como causa de óbito difere de país para país. Enquanto que no Canadá e nos Estados Unidos da América elas são responsáveis por 2% das mortes de crianças de 0 a 5 anos, nos outros países elas são a causa de 21% (Guatemala) ou de 39% (Haiti) das mortes neste grupo etário (DATASUS, 2009; 2013).

No Brasil, as doenças respiratórias agudas e crônicas também ocupam posição de destaque. Entre as principais causas de internação no Sistema Único de Saúde – SUS, em 2001, estas doenças ocuparam o segundo lugar em frequência, sendo responsáveis por cerca de 16% de todas as internações do sistema (Costa GD, 2011).

A melhora das condições sanitárias básicas de grandes grupos populacionais, ocorrida nas últimas décadas, resultando em maior acesso à água potável e à eliminação sanitária dos dejetos, juntamente com um melhor conhecimento por parte da população a respeito dos riscos associados com a falta de higiene pessoal e doméstica reduziu, consideravelmente a incidência de diarreia. A implementação da terapia de reidratação oral (TRO), que evitou a desidratação e a morte associada à diarreia, permitiu uma redução considerável no número de óbitos por esta causa). Como resultado, as IRAS que no princípio dos anos 80 ocasionavam menos mortes que as doenças diarreicas, passaram a ocupar o primeiro lugar como causa de mortalidade por doenças infecciosas na população infantil (Oliveira LF, 2009; DEL FIORI, F.S. et al. 2010).

A grande frequência com que as crianças de 0 a 5 anos sofrem de doenças respiratórias determina que tanto as famílias como os serviços de saúde devem investir uma boa parte do tempo na assistência aos casos. Parte das medidas de tratamento posta em prática em casa e, especialmente, nos serviços de saúde tem a ver com a administração de uma diversidade de medicamentos diferentes, muitos deles desnecessários para a evolução adequada dos quadros e alguns cujo emprego pode estar associado a diferentes riscos para a saúde da criança. Além disso, para ser adequado, o atendimento dos casos em casa e nos serviços de saúde requer um claro reconhecimento daqueles casos que não podem ser

resolvidos no nível de atendimento onde se encontram, já que este depende do acesso precoce ao tratamento mais apropriado para cada quadro das doenças .

Estas informações podem ser úteis para o planejamento de ações e para a gestão do sistema de saúde no nosso município.

PROBLEMA

As doenças agudas das vias aéreas são os principais motivos de manutenção das altas taxas de morbidade e mortalidade em menores de cinco anos, nos países em desenvolvimento, responsáveis por 4 milhões de óbitos por ano nestes países. No Brasil, as grandes desigualdades socioeconômicas, particularmente na região nordeste, refletem-se no importante papel que as doenças infecciosas, em especial a diarreia aguda e a infecção respiratória aguda (IRA), ainda conservam como causa de doença e morte em crianças menores de cinco anos.

A alta frequência de casos de doenças respiratória nas crianças de 0 a 5 anos e a relação destes com fatores de riscos, presentes na comunidade atendida pela equipe de saúde São Francisco, estimulam o estudo do comportamento desta doença no período. A través desta pesquisa a gente propõe-se determinar o comportamento das infecções respiratórias agudas nas idades pediátricas na nossa área de abrangência.

JUSTIFICATIVA

As infecções respiratórias agudas são doenças de etiologia virais ou bacterianas que acometem qualquer segmento do trato respiratório e cujo início se deu a menos de sete dias, quando não é tratada adequadamente traz graves complicações causando altas taxa de morbidade e mortalidade em crianças.

Considerando a necessidade de realizar o acompanhamento adequado das crianças portadores de doenças respiratórias que residem no território sob responsabilidade da equipe de saúde da família, torna-se necessário realizar ações encaminhadas à promoção de saúde e prevenção de complicações, além de aumentar o nível de conhecimento dos pais, cuidadores e população em geral sobre sintomas e sinais das IRAs, educação em saúde, promover hábitos higiênicos saudáveis, minimizar os fatores de risco; com o fim de diminuir a morbidade e mortalidade nesta fase etária.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Verificar o comportamento das infecções respiratórias agudas nas idades pediátricas na UBS São Francisco. Quiterianópolis.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1-Identificar o total de casos segundo fatores sócio-demográficos.
- 2-Identificar o comportamento das IRAs segundo tipo e entidades específicas.
- 3-Relacionar as IRAs com fatores de riscos associados.

REVISÃO DA LITERATURA

As Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) na infância são conceituadas como processos infecciosos do aparelho respiratório, cuja duração é de cerca de uma semana (Prato MIC, et al. 2014).

O diagnóstico das IRAs pode ser feito segundo a sua localização em altas e baixas; as altas acometem as vias aéreas que se localizam entre as fossas nasais e parte inferior da traqueia, e as baixas acometem as regiões a partir da cartilagem cricóide da traquéia até os pulmões. As síndromes clínicas infecciosas que acometem as vias aéreas superiores compreendem a amigdalite, otite média aguda, sinusite, rinofaringite aguda, laringite; o acometimento das vias aéreas inferiores compreende a pneumonia, a bronquite, a bronquiolite, a epiglote e traqueobronquite (Lima JAB et al, 2010).

As infecções respiratórias agudas caracterizam-se pela presença de um ou mais dos sinais a seguir: tosse, dificuldade para respirar, chiado, coriza, dor de ouvido, dor de garganta, com evolução média de sete dias (Costa GD, 2011). O Ministério da Saúde em 1984 estabeleceu um grupo de sinais clínicos que possibilitassem o diagnóstico através dos diferentes graus de gravidade, separados de forma crescente, em leve, moderada e grave (Brasil, Ministério Da Saúde 2012,2013).

Revisões posteriores levaram o Ministério da Saúde, em 1992, a adotar o sistema de gravidade decrescente, isto é, procurando diagnosticar prioritariamente processos mais graves que colocam em risco a vida do paciente e, em segundo plano, as demais infecções (Mouro A et al, 2010).

As IRAs leves caracterizam-se por obstrução nasal, secreção nasal clara, dor de garganta, garganta avermelhada, tosse, ronco e chiado; as IRAs moderadas caracterizam-se pela presença de coriza purulenta, garganta com placas de pus, dor de ouvido com secreção purulenta, tosse e febre maior que 39º; as graves caracterizam-se por agitação acentuada ou prostração, palidez, tiragem sub-esternal e intercostal, batimento da asa do nariz e cianose (BB Duncan; MI Schmidt, 2014).

Em 1984, o Ministério da Saúde com apoio da Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS) iniciou ações para o controle das INRA como parte integrante de um programa cujos objetivos eram: reduzir a

mortalidade; reduzir o número de casos graves e de complicações das infecções de vias respiratórias superiores e inferiores; e diminuir o uso inadequado de antibióticos e outros medicamentos (DEL FIOLE, F.S. et al, 2010). 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 comunidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012 apud XAVIER. 2009).

Tomando-se por base os critérios clínicos de gravidade em leve, moderada e grave, através dos diversos sinais e sintomas, é possível agrupar as afecções das vias aéreas superiores e inferiores em diversas graduações, podendo assim traçar diferentes condutas para cada caso (Aranha MAF, 2011).

Considera-se que haja risco de vida quando estão presentes um ou mais dos seguintes sinais ou sintomas: febre ou hipotermia (baixa temperatura); importante em menores de dois meses e desnutridos graves; palidez cutaneomucosa acentuada; desnutrição grave; edema generalizado; desidratação; impossibilidade de beber ou sugar; convulsão ou estado pós-convulsivo; alternância entre prostração acentuada e agitação; estridor em repouso; crises de apneia; cianose; insuficiência respiratória. As crianças menores de 2 meses têm características especiais por apresentarem maior risco de morrer por infecções bacterianas graves, além disso quando estão doentes apresentam normalmente sinais inespecíficos como dificuldade para alimentar-se, distensão abdominal, febre ou hipotermia. A retração intercostal leve é normal nos lactentes pequenos em função da estrutura da caixa torácica ser pouco rígida. O que diferencia a criança menor de 2 meses em relação a classificação é que a tiragem deve ser subcostal e acentuada e a respiração com frequência respiratória acima de 60 incursões respiratórias por minuto, para ser considerada sinal de pneumonia; e qualquer pneumonia é considerada grave nesse grupo etário (Meiriane M S Retrão et al, 2014).

Epidemiologia

As doenças agudas das vias aéreas são os principais motivos de manutenção das altas taxas de morbidade e mortalidade em menores de cinco anos, nos países em desenvolvimento, responsáveis por 4 milhões de óbitos por ano nestes países

(Ribeiro BB, 2012). Elas correspondem a cerca de 30 a 50% das consultas pediátricas nos serviços de saúde e de 20 a 40% das internações hospitalares (OLIVEIRA, 2009).

Um aspecto observado foi a sazonalidade, isto é, as infecções respiratórias são mais frequentes no inverno, principalmente na região sul do país, onde observa-se que, embora a taxa de mortalidade infantil seja uma das mais baixas do país, ela acompanha o perfil das outras regiões. É nessa estação onde se verifica o maior número de casos de óbitos por gripe e pneumonia. Estudos de demanda dos serviços de saúde nessa região, no período 1983-1984, permitiram mostrar que a distribuição de frequência das doenças respiratórias agudas foi a seguinte: resfriado comum 50%; amigdalite 14%; laringotraqueobronquites, 9,3%; otite média aguda, 8,7%; pneumonia, 8,1%; bronquiolite, 1,1%; outras causas em percentual inferior a 2%. Esta distribuição, possivelmente, ocorre em todo o país e de forma semelhante (Prato MIC, Silveira A et al, 2014).

No Hospital Municipal Salles Netto (RJ), os pacientes com queixas respiratórias corresponderam a 48% da demanda ambulatorial no mês de maio, e destes 50% apresentava gripe ou resfriados. A maior concentração dos atendimentos respiratórios se deu no grupo de crianças com idades entre 1 e 4 anos sem predomínio de sexo (MS Assumpção, RM Gonçalves, 2014). Segundo OLIVEIRA E CARBALHO (2009), após estudos, não se comprovou nenhuma relação entre a gripe e o clima, o que ocorre é que no inverno as pessoas convivem em ambientes mais fechados, facilitando assim o contágio.

As crianças menores de 5 anos, em zonas urbanas, contraem de 6 a 8 episódios de IRAs anualmente. Diversas pesquisas realizadas em países desenvolvidos e em desenvolvimento permitem estimar entre 5 e 8 o número de episódios de IRAs de crianças residentes em zona rural ou urbana, durante os 5 primeiros anos de vida. As infecções de vias aéreas superiores estão entre as mais frequentes da infância, principalmente em centros populacionais densos (DATASUS, 2009; Ribeiro BB 2012).

De acordo com os dados da Organização Pan Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), dispõe-se de pouca informação sobre incidência e prevalência das distintas doenças respiratórias que compõem o grupo das IRAs. No

entanto, em 37 países estudados, todos concordam que a causa principal de consulta externa pediátrica está representada pelas IRAs.

As condições demográficas da família (escolaridade da mãe, densidade domiciliar e óbitos de irmãos menores de cinco anos) e os antecedentes das crianças (quem cuida na ausência da mãe, peso ao nascer e doença crônica) constituem importantes fatores associados a internações hospitalares (Aranha MAF, 2011; Lima JAB et al, 2010).

No Brasil, as grandes desigualdades socioeconômicas, particularmente na região nordeste, refletem-se no importante papel que as doenças infecciosas, em especial a diarreia aguda e a infecção respiratória aguda (IRAs), ainda conservam como causa de doença e morte em crianças menores de cinco anos (Fioravanti C, 2015).

De um modo geral a procura dos serviços de saúde por enfermidades respiratórias varia em torno de 22 e 42% para todas as idades, sendo que as crianças procuram de 4 a 6 vezes por ano os serviços pediátricos, com variações sazonais, o que implica uma demanda de atenção médica muito alta (Costa GD, 2011; Mouro A, 2010). Das enfermidades por infecções respiratórias, 70 a 80% é decorrente de infecções do trato respiratório superior, onde o resfriado comum tem sido reconhecido como a condição aguda mais frequente, afetando indivíduos de todas as idades (De Oliveira A D, 2011; AC Esperança, 2006).

Em diversos estudos realizados, os homens parecem ser mais afetados pelas INRA do que as mulheres. Em estudos baseados em clínicas, no entanto, não se pode descartar a possibilidade de viés para sexo em relação à procura do atendimento. O risco atribuível ao sexo masculino foi confirmado por dois estudos de casos recentes e controles de pneumonias no Brasil. Em um deles, o predomínio masculino foi observado como inversamente relacionado com a idade: enquanto 74% dos casos em crianças menores de 6 meses foi de meninos, esta proporção foi de apenas 51% entre crianças maiores de um ano (Piassi de S JB, 2014).

Os microrganismos atingem as vias aéreas de diferentes maneiras: por inalação direta de partículas infectadas do ar ambiente, ou por aspiração de material infectado; por penetração exógena no tecido pulmonar (Oliveira LF, 2009; DE OLIVEIRA A D,2011). A maioria das IRAs são de causa viral, benignas e autolimitadas, porém um número significativo de casos apresenta uma evolução

grave levando ao óbito. Os agentes virais mais comuns em ordem decrescente de frequências são: o vírus respiratório sincicial (VRS), parainfluenza 1,2 e 3, influenza A e B, adenovírus e coronavírus (American Thoracic Society, 2014).

Os vírus respiratório sincicial (VRS) e parainfluenza são os principais causadores da bronquiolite, pneumonia e laringotraqueobronquites, sendo o VRS o principal agente da bronquiolite e o parainfluenza 1, da laringite. Os casos graves de infecção viral, eventualmente fatal, são causados por vírus influenza e adenovírus.

A maioria das crianças que evoluem para óbito apresentam doença subjacente ou complicação bacteriana por pneumococo ou estafilococo (Zar HJ et al 2014). Enquanto nos países desenvolvidos a maioria das infecções tanto de vias aéreas superiores como inferiores são de causa viral, porém são as bactérias capazes de produzir, frequentemente as pneumonias, fundamentalmente pneumococo e hemófilo (WHO 2009; Mouro A et al, 2010). O micoplasma passa a ter importância a partir dos 3 anos de idade, se tornando consideravelmente notável na juventude e na adolescência. O estreptococo do tipo A é responsável pelas amigdalites das crianças maiores de dois anos, e o tipo B assume um papel relevante na etiopatogenia das pneumonias do recém-nascido, juntamente com os bacilos gram-negativos. O hemófilo é um dos agentes causal da epiglote, infecção grave das vias aéreas inferiores responsáveis por inúmeros casos de morte por IRA (WHO 2009; Mouro A et al, 2010).

As infecções virais atuam como depressoras dos mecanismos de defesa da árvore respiratória por lesão do epitélio brônquico com o conseqüente prejuízo do mecanismo mucociliar e alteração na função dos neutrófilos, macrófagos alveolares e linfócitos T. A desnutrição, a higiene precária, o desmame precoce e cuidados maternos inadequados são fatores importantes na determinação de colonização das vias aéreas superiores e invasão das inferiores por bactérias patogênicas. As infecções bacterianas pós-influenza ou sarampo foram muito identificadas. Mais recentemente têm sido descritas complicações bacterianas pós-infecções por rinovírus e adenovírus (WHO 2009; Mouro A et al, 2010).

Fatores de risco:

Segundo Cintra OAL, 2006, as causas mais frequentes de adoecimento de crianças menores de cinco anos e da demanda aos serviços de saúde são as

afecções do aparelho respiratório, entre as quais se destacam as “Infecções Respiratórias Agudas”. Vários são os fatores de risco associados as IRAs: sexo masculino, baixo poder socioeconômico, local da residência, fundamentalmente as da área rural e da periferia das grandes cidades do terceiro mundo, exposição ao fumo, frio e umidade, desnutrição, desmame precoce, baixo grau de instrução materna, maior densidade domiciliar (Cintra OAL, 2006; Aranha MAF et al, 2011; Ribeiro BB,2012).

Ainda que a incidência geral das IRAs esteja razoavelmente estabilizada durante os primeiros 5 anos de vida, a mortalidade é maior durante a infância. De fato, cerca da metade das mortes por causa de doenças respiratórias entre as crianças menores de 5 anos acontece nos primeiros 6 meses de vida (Aranha MAF et al, 2011). Este dado tem grande importância para as campanhas de prevenção, já que mostra a necessidade de centralizar a atenção nas crianças menores. Os fatores responsáveis pela concentração tão precoce de mortes incluem imaturidade imunológica, baixo peso ao nascer, nascimento prematuro e desmame precoce (Piassi de S JB, 2014; Aranha MAF et al, 2011).

A primeira indicação de que as IRAs estão associadas a fatores sócio econômicos é a ampla diferença na distribuição renda entre os países. Ainda que as crianças menores de 5 anos de todo o mundo apresentem aproximadamente o mesmo número de episódios de IRAs (cerca de 5 episódios por ano) a incidência anual de pneumonia vai de 3 a 4 % nas áreas desenvolvidas e 10 a 20% nos países em desenvolvimento (Piassi de S JB, 2014; Aranha MAF,2011).

Apresentam-se diferenças dentro de um mesmo país ou até mesmo dentro de uma mesma cidade, quanto à mortalidade é referido. No sul do Brasil, a taxa de mortalidade por IRAs nas crianças de famílias com uma renda menor que US\$ 50 mensais foi de 12 por 1.000 nascidos vivos; 16% de todas crianças neste grupo de renda familiar foi admitido ao hospital com IRAs por volta da idade de 20 meses. Entre mais de 600 crianças de famílias com uma renda mensal maior que US\$ 300 não houve mortes por pneumonia e apenas 2% foi admitido com IRA (Meiriane M S Retrão et al, 2014; Del Fiol, F.S. et al, 2010). Verifica-se, portanto que o maior índice de mortalidade em crianças, é verificado em famílias com baixo poder aquisitivo, que por ter menos acesso aos serviços de saúde, retardam a procura por atendimento adequado, favorecendo, assim, o agravamento das doenças (Aranha MAF,2011).

A poluição ambiental compreende fundamentalmente a fumaça do cigarro e a proveniente da combustão de materiais usados para cozimento e aquecimento em até 90% das casas das áreas rurais e 30% das áreas urbanas, nos países subdesenvolvidos (Lima JAB et al, 2010; Aranha MAF,2011). O alto custo e a limitada disponibilidade de eletricidade tornam frequente o uso de combustíveis orgânicos como fonte de energia para cozinhar ou aquecer ambientes nas comunidades pobres, muitas vezes sem o devido cuidado com a eliminação da fumaça e de outros resíduos provenientes da combustão (Lima JAB et al, 2010).

A fumaça do cigarro contém quantidades mensuráveis de monóxido de carbono, amoníaco, nicotina, cianureto de hidrogênio, assim como diferentes partículas e certo número de carcinógenos (Lima JAB et al 2010). O fumo do tabaco é o principal poluente doméstico. Como a prevalência do hábito de fumar é alta, especialmente nas áreas urbanas dos países menos desenvolvidos, onde cerca de um terço das mulheres e quase a metade dos homens são fumantes, as taxas de exposição ao fumo passivo, para as crianças estão entre 38% a 45%. (Wilma T. et al, 2013).

A associação entre a fumaça ambiental do tabaco – frequentemente em referência aos fumantes passivos – e as doenças respiratórias na infância foi claramente estabelecida por um grande número de estudos. As crianças, cujos pais são fumantes, não apresentam bons resultados nas provas de função pulmonar e mostram incidência de 1,5 a 2,0 vezes maiores de infecções das vias aéreas inferiores que os filhos dos não fumantes (De Oliveira AD,2011).

A aglomeração é extremamente comum nas famílias das regiões menos desenvolvidas, nas quais a taxa de natalidade é quase sempre muito elevada e as condições de moradia são ruins (Ministério da Saúde, 2010).

O confinamento também contribui para a transmissão de infecções mediante gotas de secreções, e sua associação com as infecções respiratórias já foi demonstrada claramente. Variáveis relacionadas fortemente com o confinamento, tais como a ordem no nascimento e o número de crianças menores de 5 anos no domicílio, também estão associadas ao risco de IRAs. Um estudo no Brasil mostrou que a presença de 3 ou mais crianças menores de 5 anos no domicílio, também favorece o aumento de 2,5 vezes na mortalidade por pneumonia (Ministério da Saúde, 2010).

Um fator fortemente associado às IRAs é a utilização de berçários e/ou creches, onde as mães deixam seus filhos enquanto trabalham. Estudos mostraram que a permanência das crianças em creches influi bastante na contaminação destas por pneumonia. O confinamento, portanto, seja em casa ou em instituições, constitui um dos fatores de risco melhor estabelecidos para as “Infecções Respiratórias Agudas” (Xavier FLH, 2009).

O número de episódios de IRAs é independente do estado nutricional, mas a chance de um resfriado evoluir para infecções de vias aéreas inferiores aumenta cerca de 20 vezes nas crianças desnutridas. As infecções das vias aéreas dificultam o processo de nutrição, além disso, quando o alimento é escasso, a desnutrição causada favorece a instalação de novas infecções, formando assim um ciclo vicioso, tornando o quadro cada vez mais grave (SEC Macedo, 2007; 2014).

Outros fatores de risco são as condições de saúde da criança por ocasião do nascimento e o baixo peso ao nascer (Aranha MAF,2011). Aproximadamente 16% das crianças nascidas no mundo têm baixo peso ao nascer (BPN). Isto representa 20 milhões de crianças a cada ano, das quais 90% nascem nos países em desenvolvimento (DATASUS, 2007; American Thoracic Society,2014). Essa proporção tão elevada não depende da prematuridade, mas do crescimento fetal retardado, causado por alimentação insuficiente da mãe, trabalhos físicos forçados ou infecções durante a gestação (American Thoracic Society, 2014; Aranha MAF,2011). As crianças nascidas com baixo peso (<2.500 g) estão mais sujeitas a infecções do trato respiratório nos primeiros anos de vida (Aranha MAF,2011).

O aleitamento materno pode proteger a criança contra as IRAs não só pelo suprimento calórico-protéico e vitamínico, mas também mediante o certo número de mecanismos, incluindo substâncias antivirais e antibacterianas, células imunologicamente ativas e os estimulantes do sistema imunológico das crianças (BARRETO, JO M, 2012).

METODOLOGIA

➤ Tipo de estudo:

Realizou-se um estudo transversal, descritivo com procedimentos técnicos bibliográficos em crianças de 0 a 5 anos, pertencentes a UBS São Francisco, no município Quiterianópolis no período Julho/Dezembro 2017.

➤ Desenho de estudo:

Para a realização deste projeto foi realizado primeiramente o plano de ação no Posto de saúde na nossa área de abrangência. Houve uma previa revisão da bibliografia para a seleção do tema e posteriormente para ampliar o estudo. Após a seleção do tema foi capacitado o pessoal de apoio, enfermeira, técnica de enfermagem, Agentes Comunitárias de saúde e gerentes do posto. Após a coleta de dados a equipe reuniu-se novamente para a discussão do projeto.

➤ Critérios de Inclusão e exclusão:

Como critério de inclusão utilizou-se fontes voltadas para Infecção Respiratória Aguda em crianças de 0 a 5 anos, de ambos os sexos, a fim de identificar o comportamento das IRAs, bem como os sinais e sintomas principais fatores causadores das IRAs, característicos atingindo assim, aos objetivos específicos. Para análise foram excluídos artigos indisponíveis para consulta e impressão.

➤ Procedimentos para coleta e análise de dados:

A coleta de dados foi iniciada com a confirmação do diagnóstico médico por meio das consultas médicas e visita domiciliar, logo foi realizada a revisão dos prontuários de atenção individual para identificar dados sociodemográficos, além da identificação do total de casos. Da totalidade de crianças de 0 a 5 anos (241) foram escolhidas 131 que cumprirem os critérios de inclusão. Buscaram-se dados bibliográficos compatíveis, como livros de editoras especializadas na área e artigos

científicos completos em língua portuguesa, localizados nas bases de dados SCIELO, MEDLINE e LILACS através dos seguintes descritores: “Doença respiratória”, “criança”, e “atenção básica”. Os resultados foram analisados segundo as fundamentações teóricas colhidas ao longo da mesma. Posteriormente, esses dados foram interpretados e sistematizados ressaltando-se as orientações básicas da atenção familiar bem como a importância de uma assistência humanizada.

RECURSOS NECESARIOS:

Recursos Humanos: Profissional médico, enfermeiro, técnica de enfermagem, agentes comunitárias de Saúde.

Recursos avançados: Uso da Internet para revisão da literatura.

Itens de Costeio	Quantidade	Valor unitário* em reais	Valor Total em reais
Material de consumo			
Resma de Papel A4	02	13	26
Caixa de Caneta (24 UNIDADES)	02	14	28
Caneta esferográfica	02	7	14
Cartucho HP 60 preto	02	55	110
Cartucho HP 60 cor	02	50	100
Material Permanente			
Computador Notebook	01	1900	1900
Serviços de terceiros/Pessoas jurídicas			
Cartilhas	50	5	250
Fichas de avaliação	500	0,10	50
Combustível (gasolina comum)	50	3,40	170
Total Gral			2648

RESULTADOS ESPERADOS:

A UBS São Francisco tem o total de população de 1954 pacientes, dentro destes as crianças de 0-5 anos representam o 10% da população geral (241 crianças). Foram escolhidas para o estudo 131 crianças (54,3%); 58,7% pertenceram ao sexo feminino e 41,2% ao sexo masculino. Determinou-se que a cor da pele predominante foi a raça branca; e a idade de ocorrências das IRA achou-se nas idades de 0- 1 ano (31,2%), seguido das idades de 3-5 anos(26,5%) e as idades de 1- 2 anos em 22,9 % . As doenças respiratórias agudas foram pela ordem de frequência: Resfriado comum (98,7%) em todo grupo etário; Amigdalites (22,1%) com 13 casos no grupo de 2- 3 anos; Otite Media aguda (9,9%); não se reportando casos de laringites, possivelmente devido ao registro estatístico não confiável.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Conclui-se que fatores de risco como: Baixo poder socioeconômico, desmame precoce, baixo grau de instrução materna, presença de três ou mais crianças menores de 5 anos no domicílio estão muito relacionados a incidência de IRA, apresentando-se no 69% dos casos.

Este Projeto de Intervenção propôs que a assistência às crianças com IRAs seja mais atuante e acessível à população e demonstrar a alta frequência das doenças respiratórias agudas. Soma-se a isto, prevê-se a divulgação dos sintomas e sinais das IRAs, além das principais complicações, por meio de aulas expositivas em creches, maternidade, contribuindo na melhoria do nível de informação da população em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

AC Esperança, RB Cavalcante. Estudo da demanda espontânea em uma unidade de saúde da família de uma cidade de médio porte do interior de Minas Gerais, Brasil 2006 – Disponível em <http://www.reme.org.br>. Acesso 13 Julho 2017.

American Thoracic Society [homepage on the Internet]. New York: the Society. [cited 2014 Apr 11]. Respiratory diseases in the world: realities of today-opportunities for tomorrow. An advocacy statement of the Forum of International Respiratory Societies (FIRS). Available from: <http://www.thoracic.org/newsroom/firs.php>. Acesso em Agosto 2017.

Aranha MAF, Grisi SJFE, Escobar AMU. Relação da doença respiratória declarada pelos pais e fatores socioeconômicos e culturais. Rev. paul. pediatr. 2011; 29(3): 352-55. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v29n3/a08v29n3.pdf>. Acesso em Setembro 2017.

Banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Mortalidade Infantil: Mortalidade proporcional por infecção respiratória aguda em menores de 5 anos de idade. Capítulo C, 2007. Ministério da Saúde 2008. Diagnóstico Local de Saúde: Município de Uruguaiana. Acesso em 13 Julho 2017.

Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/2ed/CapituloC.pdf>

BARRETO, J.O. M; NERY, I.S; COSTA, M.S.C. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, mar. 2012. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300012. Acesso em Julho 2017.

BB Duncan, MI Schmidt, ERJ Giugliani, MS Duncan. Medicina Ambulatorial:-
Conduas de Atenção Primária Baseadas em Evidências - 2014 –
<https://books.google.com.br>. Acesso em Agosto 2017.

Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar [homepage na internet].
Assistência Médica por Competência segundo Faixa etária. Acesso 2017 Julho 02.
Disponível em: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/tabnet?dados/tabnet_02.def.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de
Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas, Secretaria de Atenção à Saúde.
Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 160 p (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
(Cadernos de Atenção Básica, n. 25).

Brasil. Ministério da Saúde. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. Brasília:
Ministério da Saúde; 2012. Acesso 2017 Setembro/ 03. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. Brasília:
Ministério da Saúde; 2012. [acesso 2017 setembro 3]. Disponível em:
<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil. Ministério da Saúde. Departamento de Informações e Informática do SUS.
Rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015: edição 2015. Acesso
2017 julho 11. Disponível em:
<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?pacto/2015/cnv/coapcires.def>

Costa GD, Cotta RMM, Reis JR, Ferreira MLSM, Reis RS, Franceschini SCC.
Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no
município de Teixeira, MG. Ciênc. saúde colet. 2011;16(7):3229-40.

CHOBY, B.A. Diagnosis and treatment of Streptococcal pharyngitis. American Family Physician, v.79, n.5, 2009. Disponível em: <<http://www.aafb.org/afb/200990301/383-51>>. Acesso em: 10 set. 2017.

CHOW et al. IDSA clinical practice guidelines for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. Clinical Infectious Diseases, v. 54, n. 8, p. 72-112, 2012.

Cintra OAL, Rey LCS. Segurança, imunogenicidade e eficácia da vacina contra o vírus influenza em crianças. Jornal de Pediatria 2006; 82: 83-90.

DE OLIVEIRA A D. Fatores associados às doenças respiratórias em menores de cinco anos no Centro-Oeste brasileiro. Dissertação de Mestrado para obtenção do Título de Mestre em Medicina Tropical e Saúde Pública Goiânia-GO 2011.

Disponível em

<https://posstrictosensu.iptsp.ufg.br/up/59/o/DarlanAndrade2011Vers%C3%A3o>

DEL FIOLE, F.S. et al. Prescription patterns and antibiotic use in community-based infections. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 43, p. 68-72, 2010.

DATASUS. Secretaria de Atenção à Saúde. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2009 Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>. Acesso em 01 Agosto. 2017.

DATASUS. Indicadores e Dados Básicos - Brasil - 2012 IDB-2012. Departamento informático do SUS 2013. Disponível em <http://datasus.saude.gov.br/indicadores-e-dados-basicos-idb>. Acesso em 02 agosto 2017.

Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

Ferkol T, Schraufnagel D. The global burden of respiratory disease. Ann Am Thorac Soc. 2014;11(3):404-6. <http://dx.doi.org/10.1513/AnnalsATS.201311-405PS>

Fioravanti C. Progress and challenges for respiratory health in Brazil. Lancet Respir Med. 2015;3(5):348-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(15\)00152-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(15)00152-6). Acesso junho 2017

KAC Komarsson, AB Ferreira, PC Almeida. Problemas respiratórios em crianças na primeira infância: conhecimento dos profissionais da creche 2008. Disponível em <http://reme.org.br>. Acesso Agosto 2017.

Lima JAB, Fisher GB, Sarria EE, Mattiello R, Solé D. Prevalência e fatores de risco para sibilância no primeiro ano de vida. J Bras Pneumol 2010; 36: 525-31.

Meiriane M S Retrão, E A Rodrigues Oliveira, et al. Hospitalizações de menores de cinco anos em hospital público: um estudo descritivo 2014. Disponível em https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/viewFile/72/pdf_134. Acessado 23 julho 2017.

Mouro A, Black Tabacow HL, Dalla V M, Pasternak J. Prevalência das infecções de vias aéreas superiores em um hospital terciário na cidade de São Paulo. Einstein (São Paulo) vol.8 no.2 São Paulo Abr./Junho 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S167945082010000200197&script=sci_arttext&lng=pt. Acesso em setembro 2017.

MS Assumpção, RM Gonçalves, LG Ferreira. Respire bem e cresça melhor: características de um projeto de extensão universitária-DOI: <http://dx.doi.org/>

org/10.15602/1983-9480/cmbs. v15n30p91-100 2014 – Disponível em <https://metodista.br>. Acesso em julho 2017.

Oliveira LF, Carvalho TS. Epidemiologia dos vírus respiratórios no município de Porto Velho- RO. Saber científico 2009; 2 (1): 70-82.

Piassi de S JB, Moreira C PA, Souza da Cruz Filho AA, De Amorim CR. Precisão diagnóstica de doenças respiratórias em unidades primárias de saúde. Rev. Assoc. Med. Bras. vol.60 no.6 São Paulo Nov./Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.60.06.021>. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302014000600599&script=sci_arttext. Acesso em Agosto 2017.

Prato MIC, Silveira A, Neves ET, Buboltz FL. Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa. Rev Soc Bras Enferm Ped. 2014;14(1):33-9. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol14-n1/v14_n1_artigo_revisao_1.pdf. Acessado em julho 2017.

Ribeiro BB, Eckert JB, Figueiredo AC, Galhardi WMP, Campanaro CM. Experiência de Ensino em Medicina e Enfermagem: Promovendo a Saúde da Criança. Rev Bras Educ Méd 2012; 36(1supl II):89-96. 12.

SEC Macedo, AMB Menezes. Risk factors for acute respiratory disease hospitalization in children under one year of age - Revista de Saúde 2007 – Disponível em <http://www.scielos.org>. Acesso julho 2017.

WHO. Asthma. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento, Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). <http://www.who.int/respiratory/asthma/en/index.html> (acessado em 05/Julho/2017).

Wilma T. Consenso sobre Rinossinusites: evidências e experiências. São Paulo 2013. Brazilian Journal of Otorhinolaryngology. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/bjorl/v81n1s1/pt_1808-8694-bjorl-81-01-S1.pdf. Acesso em Agosto 2017.

Xavier FLH. Relação entre os sinais clínicos de doença de vias aéreas inferiores em crianças observadas em sala de emergência e a decisão de tratamento [dissertação de mestrado] [internet]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do RS (PUCRS), 2009. [acesso em 2017 dez. 12]. Disponível em: http://tede.pucrs.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2340.

Zar HJ, Ferkol TW. The global burden of respiratory disease-impact on child health. *Pediatr Pulmonol.* 2014; 49(5): 430-4. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/ppul.23030>. Acesso em Agosto 2017.