

Parte III – Condições de Saúde e Afecções Específicas

16. Cuidado Domiciliar a Crianças Menores de Cinco Anos Pós- Internação por IRA

Fernanda Torquato Salles
Anna Maria Chiesa
Rosemary Aparecida Fracoli

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

SALLES, F.T., CHIESA, A.M., and FRACOLLI, R.A. Cuidado Domiciliar a Crianças Menores de Cinco Anos Pós- Internação por IRA. In: CUNHA, A. J. L. A., BENGUIGUI, Y., and SILVA, M. A. S. F., orgs. *Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006, pp. 311-334. ISBN: 978-85-7541-604-4. Available from: doi: [10.7476/9788575416044.0017](https://doi.org/10.7476/9788575416044.0017). Also available in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/v3d7g/epub/cunha-9788575416044.epub>.



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

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

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

CUIDADO DOMICILIAR A CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS PÓS-INTERNAÇÃO POR IRA

16

*Fernanda Torquato Salles
Anna Maria Chiesa
Rosemary Aparecida Fracolli*

INTRODUÇÃO

Os agravos respiratórios representam elevada morbidade, em todos os países, dentro da faixa etária abaixo dos cinco anos, especialmente nos centros urbanos. Vários estudos realizados internacionalmente revelam que se constituem no principal motivo das consultas da população infantil aos serviços de saúde (Monto & Ullman, 1993; Leowiski, 1993; Borrero & Fajardo, 1993). Outros estudos sobre morbidade das infecções respiratórias realizados em comunidade apontam para uma prevalência bastante elevada, de aproximadamente 30%, sendo os agravos das vias altas três vezes mais comuns do que os das vias baixas (Monteiro & Benício, 1997). Algumas investigações evidenciam que o aumento da incidência desses agravos respiratórios, em âmbito mundial, encontra-se relacionado a fatores de ordem ambiental sobretudo decorrentes da poluição do ar e da sociabilização precoce da criança que freqüenta ambientes coletivos por períodos prolongados antes dos dois anos de idade. (Costa & Campos, 1993; Opas, 1993).

Estima-se que uma criança residente em área urbana tenha anualmente entre cinco e oito episódios de problemas respiratórios, tanto de vias superiores como inferiores, nos cinco primeiros anos de vida. Nos grandes centros urbanos, a incidência das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) tende a elevar-se muito, como observado por alguns autores (Barata et al., 1996), que

encontraram 11,8 episódios em cem crianças/ano, com duração média de 6,8 dias.

Apesar da relativa homogeneidade mundial em termos de morbidade, nos países economicamente menos desenvolvidos observa-se uma mortalidade acentuada em decorrência desses agravos. Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), mais de cem mil crianças menores de um ano de idade morrem nas Américas vítimas de infecções respiratórias. Cerca de 90% dessas mortes se devem à pneumonia e 99% ocorrem nos países em desenvolvimento da América Latina e do Caribe (Chiesa & Bertolozzi, 1997). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) indicam que as doenças respiratórias são responsáveis por aproximadamente 10% das mortes entre menores de um ano no Brasil, com predominância das pneumonias bacterianas neste último grupo. Mesmo em São Paulo, estado que conta com os melhores índices de sobrevivência para a população de 0 a 6 anos de idade, as infecções respiratórias são responsáveis pelo terceiro lugar em morte na população infantil (Chiesa & Bertolozzi, 1997).

Em países em desenvolvimento, as IRA despertam enormes preocupações, pois não estão relacionadas apenas com os aspectos climáticos de uma dada região, mas também com os aspectos relativos à organização social, que influencia nas condições de vida dos diferentes grupos sociais que conformam a população (Victora, 1998). A detecção precoce e o tratamento adequado desses agravos poderiam reverter a magnitude das IRA no quadro de mortalidade de um país. Para que isso ocorra no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve funcionar em sua totalidade, com coerência em seus princípios de hierarquização e descentralização das ações de saúde, intervindo na garantia de se fazer valer o direito universal à saúde para todos de maneira adequada. Tal situação impõe aos profissionais de saúde atuantes nesse âmbito (SUS) o desafio de buscar estratégias que permitam o melhor atendimento de tal clientela, fazendo dessa maneira o reconhecimento dos perfis epidemiológicos que caracterizam a população e a implantação de ações de alcance e impacto no coletivo (Chiesa & Bertolozzi, 1997).

Uma das principais estratégias para melhorar o atendimento na área da atenção básica em saúde para a população da cidade de São Paulo é o Programa Saúde da Família (PSF), implantado em de janeiro de 2001. O programa permite a atenção junto à coletividade e ao indivíduo enquanto membro de uma família inserida em uma sociedade, possibilitando que as patologias e as ações educativas sejam abordadas no âmbito coletivo. O PSF, após sua implantação, teve como meta promover uma reorganização no acesso da população aos serviços de saúde. Com as equipes de saúde da família o Programa possibilitou a resolução de um considerável percentual de problemas prevalentes na população residente na área de abrangência das unidades básicas de saúde (UBS), mediante ações de promoção e prevenção da saúde, caracterizando alguns dos princípios do SUS como universalidade, equidade e integralidade (Prefeitura Municipal de SP/SMS, 2002).

Outras ações de alcance coletivo também têm sido utilizadas em nosso país, no âmbito da saúde infantil. No Brasil, desde 1994 as ações de controle da IRA passaram a integrar a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), que combina a atenção aos problemas de saúde da infância com a avaliação nutricional e o incentivo à vacinação, além de outros aspectos que também influem sobre a saúde das crianças. Dessa maneira, desloca-se o foco da atenção do aspecto eminentemente curativo, centrado na queixa, para a avaliação integral da criança no momento do atendimento, quer seja numa situação de consulta agendada ou eventual. A finalidade principal dessa estratégia é a melhoria das práticas de atenção nos serviços de saúde, sobretudo no nível local, por meio do reconhecimento e da intervenção precoce sobre os problemas de saúde, otimizando as oportunidades de prevenção, detecção precoce e tratamento dos agravos. A estratégia enfatiza, ainda, a importância das ações educativas e o apoio às famílias com relação ao cuidado das crianças no domicílio (Chiesa, 1999).

Com a AIDPI, o componente educativo assume importância destacada no conjunto de ações, que incluem capacitação de habilidades de comunicação interpessoal junto aos profissionais de saúde. Esse aspecto

centrado na comunicação tem inclusive fomentado o desenvolvimento de estudos etnográficos, sobretudo nos países da América Latina que contam com diferentes dialetos regionais e culturais, objetivando uma maior aproximação do técnico à clientela, para que o atendimento possa se configurar num momento comunicativo em que haja efetivamente o diálogo entre ambos (Charaly, 1998).

Este estudo enfocou os aspectos relevantes para o conhecimento da adequação do tratamento domiciliar pós-internação por IRA, investigando condições ambientais de risco que comprometeriam o estado clínico da criança na volta para casa. Teve assim como objetivos:

- avaliar a percepção e o conhecimento dos responsáveis pelas crianças acerca das orientações para o cuidado domiciliar;
- avaliar o seguimento e a adequação das recomendações de cuidado da criança no domicílio;
- descrever as práticas que compõem o cuidado domiciliar pós-internação hospitalar.

METODOLOGIA

O estudo, do tipo 'inquéritos domiciliares', foi desenvolvido na cidade de São Paulo, tendo como área de abrangência o Distrito de Saúde Escola do Butantã, que engloba os subdistritos do Butantã, Jaguaré, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sonia, com uma população estimada de 418.355 habitantes, sendo o número de crianças menores de cinco anos de aproximadamente de 44.241. Cabe ressaltar que tal área coincide com a de atuação de um Hospital Universitário que atua na região como retaguarda para internação em nível secundário.

As variáveis mais relevantes que contribuíram para o conhecimento da adequação do tratamento domiciliar pós-internação e para outros fatores que poderiam levar ao comprometimento clínico da criança na volta para casa foram coletadas na entrevista domiciliar com a mãe ou responsável pelo cuidado da criança e são as seguintes:

- idade das crianças: faixa etária de maior acometimento por IRA;
- amamentação: aleitamento exclusivo, aleitamento misto e idade do desmame;

- composição familiar: tipo de família; escolaridade do cuidador/responsável;
- condições de moradia: foi considerada moradia inacabada aquela que não apresentava reboco nas paredes e chão e que não tinha uma vedação adequada do teto. Consideraram-se também as condições de ventilação, umidade da moradia e número de pessoas que dormem no quarto com a criança (aglomeração);
- medicação: acesso à medicação; tipo de medicações após alta hospitalar prescritas; seguimento da medicação pós-alta hospitalar; orientação quanto à indicação da medicação e posologia;
- conhecimento para avaliação da criança: cuidador orientado sobre sinais de melhora ou piora da criança;
- entraves: dificuldades encontradas pelas famílias.

Foram realizadas entrevistas domiciliárias, no período de dois meses, com as famílias das crianças internadas por IRA no Hospital Universitário, entre uma semana e dez dias após a alta hospitalar. Utilizou-se a denominação de Infecções Respiratórias Agudas (IRA) para o conjunto das seguintes doenças: otite, sinusite, amigdalite, bronquiolite, epiglote, asma e pneumonia.

O instrumento utilizado nas entrevistas no domicílio (ver Anexo) foi adaptado a partir do protocolo de investigações operacionais da Opas e buscou abranger dados relevantes para o conhecimento da adequação do tratamento domiciliar pós-internação, além de também outros fatores que poderiam levar ao comprometimento clínico da criança na volta para casa.

Semanalmente, o serviço de processamento de dados do hospital fornecia a listagem de pacientes menores de cinco anos que haviam sido internados no Hospital Universitário por agravos respiratórios com as seguintes patologias: pneumonia, pneumonia com derrame pleural, bronquiolite, pneumonia com refluxo gastroesofágico, otite média aguda com bronquiolite. Após a localização do endereço no mapa para confirmar a localização da residência na área do Distrito de Saúde Escola Butantã, a pesquisadora fazia contato com todas as famílias da listagem para agendar a visita ao domicílio. Todos os responsáveis foram esclarecidos sobre os

objetivos do trabalho e sobre a possibilidade de não participarem, ressaltando-se que a recusa não acarretaria qualquer prejuízo à criança. Os dados obtidos com as entrevistas foram processados no aplicativo Epi-Info, para sistematização e análise.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

De um total de 34 crianças, com cinco anos de idade, que receberam alta por IRA no período de dois meses, foi possível incluir no estudo as famílias de 13 (38,23%). O número reduzido de entrevistas está relacionado às dificuldades no cumprimento do cronograma relativo aos trâmites burocráticos para obtenção dos dados. As perdas foram relativas a endereços não localizados, não existentes no mapa, ou falsos (32,5%); por recusa em participar ou dificuldade de agendamento em função de os responsáveis trabalharem fora de casa (20,58%); e porque as famílias não se encontravam em suas residências (8,82%).

IDADE

Constatou-se que 85% encontravam-se na faixa etária de 1 a 2 anos e apenas 15% tinham entre dois e cinco anos de vida completos. As IRA são causa de 4,3 milhões de mortes em crianças menores de cinco anos anualmente, representando 21,3% de todas as mortes nesse grupo de idade (Victora, 1998). Os menores de cinco anos sofrem entre cinco e oito episódios de IRA ao ano. Isso significa que ocorrem pelo menos dois milhões de episódios anualmente nos países em desenvolvimento. Já no território nacional as doenças respiratórias constituem a segunda causa de óbito na população de 0 a 1 ano de idade e a primeira causa entre crianças de 1 a 4 anos (Silva, 1996).

Em estudo realizado no município de São Paulo, com amostra total de atendimentos médicos na rede municipal de saúde nos anos de 1991 e 1993, as doenças respiratórias constituíram 42,8% dos atendimentos a menores de um ano de idade e 47% na faixa etária de 1 a 4 anos (Bertolozzi et al., 1998).

Na faixa etária de 0 a 2 anos, um dos fatores que proporcionam essa alta morbidade estão relacionados à fragilidade imunológica, pois as

crianças recebem a imunidade passiva temporária por intermédio da amamentação, mas com o advento do desmame precoce as crianças tornam-se mais susceptíveis ao adoecimento. Além disso, questões ambientais como precárias condições de moradia, exposição ao fumo e à poluição ambiental são fatores de risco importantes para o aumento da morbidade por IRA, principalmente nessa faixa etária.

ALEITAMENTO MATERNO

Somente 15% das crianças do estudo receberam aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, enquanto as outras 62% sofreram com a introdução de outro alimento quando tinham até três meses de idade. O tempo de amamentação mista (leite materno mais alimentação artificial) também foi avaliado e identificou-se que 15% receberam outro tipo de alimentação desde o primeiro dia de vida, 39% entre dois e três meses e 23% entre os cinco e os seis meses.

O desmame precoce, anterior aos seis meses de vida, foi encontrado para 45% das crianças. Em 23% das entrevistas, revelou-se que as crianças ainda estavam recebendo apenas leite materno até o momento.

Os dados encontrados sobre aleitamento materno permitem observar a precocidade do desmame das crianças, o que pode contribuir para a maior susceptibilidade no desenvolvimento dos episódios respiratórios do trato inferior em idades bastante precoces, aumentando o risco de letalidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que a criança receba o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Contudo, a frequência de aleitamento varia acentuadamente entre e mesmo no interior dos diferentes países em desenvolvimento. Em algumas áreas urbanas pobres a duração média do aleitamento é curta (cerca de três meses), enquanto em algumas áreas rurais o aleitamento materno é universal até algo em torno dos 12 aos 18 meses, ainda que sejam introduzidos precocemente os suplementos alimentícios. A grande maioria da população dos países em desenvolvimento encontra-se entre esses dois extremos (Benguigui et al., 1998). Estudos destacam que lactentes não amamentados têm de 1,5 a 4

vezes mais riscos de adoecerem por pneumonia. O aleitamento materno pode proteger contra as IRA, pois a mãe transmite ao filho substâncias antivirais e antibacterianas, estimulando o sistema imunológico da criança para a criação de uma defesa imunológica temporária (Victoria, 1998). Sabe-se que no município de São Paulo, como em todo o Brasil, o aleitamento materno exclusivo é insatisfatório, deixando dessa maneira a criança mais vulnerável ao adoecimento por IRA. Essa é uma das ações a serem fortalecidas pelos serviços de saúde.

USO DA MEDICAÇÃO RECOMENDADA

Após ficarem hospitalizadas em média quatro dias com IRA, as crianças recebiam alta e iam para suas residências com algum tipo de prescrição médica. Dentre as medicações receitadas, as mais frequentes foram antibióticos, acrescidos de inalação, no domicílio, com broncodilatador (23%); antibióticos associados a glicocorticóides, em 15% dos casos; 8% utilizaram antibiótico, glicocorticóide e inalação com broncodilatador; e por fim, 8% fizeram apenas uso do antibiótico. Portanto, o antibiótico foi prescrito em mais de 54% dos casos. Os glicocorticóides, em conjunto com inalações de broncodilatador, resultaram em 23% e apenas a inalação com broncodilatador representou também 23% dos casos. É relevante ressaltar que para toda criança para a qual havia prescrição de inalação no domicílio a família possuía o aparelho, mesmo em residências precárias. O diagnóstico mais freqüente foi pneumonia, responsável por 38% das internações. Já o número de pneumonias associadas ao refluxo gastroesofágico e ao derrame pleural somaram 31%, totalizando uma parcela de 69% das crianças com pneumonia. A bronquiolite foi a segunda maior causa de internação no estudo, representando 23%, e os outros 8% significaram otite média aguda com bronquiolite.

A grande quantidade de antibióticos empregada nas internações se deve à alta incidência das doenças respiratórias causadas por bactérias. Nos países economicamente mais pobres o acesso da população aos serviços de saúde ocorre mais tardiamente, o que acaba não permitindo a detecção precoce da doença. Isso gera um agravamento do quadro clínico, levando

ao uso indiscriminado dessa terapia e aumentando os riscos de mortalidade (Chiesa & Bertolozzi, 1997; Benguigui et al., 1998). As mortes por pneumonia, por exemplo, não deveriam ser uma séria ameaça para as crianças, já que a maioria dos casos poderia ser tratada utilizando-se medicamentos de baixo custo, por via oral, desde que detectados precocemente. No entanto, o que se observa é que tais mortes acometem sobretudo as crianças dos segmentos sociais que vivem a exclusão social de forma mais intensa. Mesmo nos locais que contam com uma rede de serviços de saúde bem equipada e com profissionais capacitados, ainda persistem mortes que constituem uma face das iniquidades em saúde, dado que se tratam de eventos injustos por incidirem sobre a parcela mais pobre da população e, portanto, devem ser considerados inaceitáveis (Chiesa, 2000).

O acesso das famílias às medicações mencionadas foi feito por compra em farmácia particular (47%), ou a dosagem total era fornecida pelo hospital (15%), ou o hospital fornecia algumas doses no momento da alta e as doses restantes eram compradas em farmácias particulares (38%). No cuidado domiciliar após a alta, 76% seguiram adequadamente o tratamento medicamentoso, não havendo problemas com a dosagem nem em relação ao respeito ao intervalo entre as doses e ao período do tratamento recomendado.

Vale salientar que o Hospital Universitário em geral fornece a medicação ao paciente somente em casos raros de impossibilidade da retirada da medicação na Unidade Básica de Saúde da região. O cuidador da criança é orientado a procurar a UBS mais próxima para obtenção do medicamento. Nenhuma família relatou ter ido buscar a medicação necessária conforme orientação, o que indica ainda uma possível falta de confiança no atendimento desse serviço. Atualmente, tal região integra a área do Distrito de Saúde Escola do Butantã, o que permite uma proximidade entre a Universidade de São Paulo (USP) e a Secretaria Municipal de Saúde, na perspectiva da construção do SUS no estado.

Infelizmente, pode-se dizer que a rede pública de saúde brasileira ainda possui grandes entraves no que se refere aos aspectos financeiros, administrativos e de adequação da assistência à população-alvo, sobretudo

no tocante ao sistema de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de complexidade do sistema de saúde. A mudança desse quadro de assistência ineficaz, que não atende às necessidades da população, pressupõe uma mudança dos moldes de atendimento, passando-se da ênfase exclusivamente curativa para a assistência integral contemplada no modelo da Vigilância da Saúde. A proposta de um Distrito de Saúde Escola nessa região permite desenvolver tecnologias compatíveis com a realidade da área. O PSF já implantado promove uma mudança na maneira de se trabalhar as ações de saúde. A equipe de saúde torna-se responsável por dar atenção permanente à saúde das pessoas pertencentes à área, enfocando a prevenção e a promoção da saúde da comunidade (Prefeitura Municipal de SP/SMS, 2002). Assim, o seguimento pós-internação hospitalar poderia ser acompanhado pela equipe de saúde da família. Conseqüentemente, o hospital, após a internação do paciente, poderia se comunicar com a UBS do bairro em que a criança reside no intuito de fazer o acompanhamento do estado clínico no domicílio, proporcionando desse modo um cuidado mais adequado para as crianças assistidas.

Dentre os fatores que impossibilitaram o cuidador de realizar adequadamente o cuidado estão: horário, dinheiro para garantir a continuidade do tratamento e medicação insuficiente para o número de dias do tratamento; todos juntos representam 8% do total. Quanto à indicação da medicação, 62% dos cuidadores estavam orientados a saber sobre a indicação das medicações prescritas, e 61% foram orientados para avaliar os sinais de melhora ou piora em seus filhos.

Os dados encontrados no estudo demonstram um alto índice de orientação e adesão dos cuidadores ao tratamento medicamentoso pós-alta hospitalar. Apesar de esses aspectos indicarem que o serviço de saúde do Hospital Universitário tem grande preocupação em garantir o tratamento farmacológico, o mesmo não considera as questões ambientais e de moradia da clientela para realizar seu cuidado. Os responsáveis entrevistados também não associavam o adoecimento das crianças às condições ambientais a que estavam expostas, mas sim a fatores externos como poluição, friagem, mudança brusca de temperatura ou levantar cedo para

ir para a creche. Os fatores sociais, econômicos, externos e principalmente a família não são relevantes para o tratamento nesse modelo de assistência. A reversibilidade desse panorama é um grande desafio, pois requer a incorporação de novos instrumentos e conceitos, os quais não são abordados muitas vezes na formação do profissional da área da saúde.

Num modelo exclusivamente curativista a criança é internada e os pais, muitas vezes os responsáveis por seus filhos, ficam 'internados' com eles apenas como exigência de manter o acompanhante junto à criança, sem que se criem condições para uma vivência significativa para os familiares a partir da internação. As maiores dificuldades relatadas pelas famílias nesse processo de internação foram: 15% dos cuidadores desaprovam as regras e normas hospitalares, 15% sentiram dificuldade em avisar a família em casa que o filho estava sendo internado, 23% queixaram-se de deixar os outros filhos em casa e 8% apontaram a falta de condução para o hospital como problema.

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

As famílias entrevistadas são nucleares em 58% dos casos, sendo constituídas por pai e mãe com um ou mais filhos e avós. Famílias com mãe, avós e irmãos da criança representam 17% e famílias que agregam também tios nessa formação somam 25%. As mães são cuidadoras em 53% das famílias e têm baixa escolaridade, sendo 38% com ensino fundamental incompleto e apenas 15% com ensino fundamental completo. Em 16% das famílias o cuidador é outro membro da família com maior escolarização, sendo 8% com ensino secundário incompleto e 8% com ensino superior incompleto. Para os demais 31% o cuidador é a própria creche, não sendo possível se identificar a escolarização.

Para Victora (1998), a baixa educação das mães está associada significativamente com a maior hospitalização e mortalidade infantil por IRA (Amaral et al., 1997). Esse autor constatou que crianças cujas mães não possuem escolaridade mínima apresentam um risco 3,45 vezes maior para IRA em relação às crianças de mães com maior escolaridade. Dessa forma, o autor conclui que a educação da mãe está relacionada

especialmente aos cuidados prestados à criança e ao reconhecimento de seus sinais de melhora ou piora.

CONDIÇÕES DE MORADIA

Além do número de pessoas por quarto, foram verificadas as condições de acabamento e proteção das residências, segundo observação da pesquisadora. Verificou-se que 62% habitavam residências sem condições adequadas de ventilação e 69% residiam em casas com umidade. O acabamento também foi avaliado: 62% moravam em casas inacabadas, ou seja, casas que não tinham reboco nas paredes, chão e que não tinham uma boa vedação no teto.

Outros fatores de risco elevam a morbidade por IRA das crianças menores de cinco anos em áreas urbanas. Riscos ambientais como exposição à fumaça, que contém vários contaminadores do aparelho respiratório, mudanças bruscas e freqüentes de temperatura e contaminação atmosférica são responsáveis pelo aumento da morbidade nas cidades (Victoria, 1998).

Tomando-se por base o entendimento de que as manifestações das doenças são produtos da forma como se vive, não basta apenas conhecer a enfermidade, torna-se essencial compreender como ocorre a dinâmica de vida para que as intervenções de saúde tenham caráter mais efetivo, tornando-se capazes de interferir sobre as condições que geram ou perpetuam o adoecimento numa dada população.

Apesar de ter boa infra-estrutura econômica e de saúde, a região do Distrito de Saúde Escola tem grande número de favelas e muitos córregos não canalizados, que provocam enchentes. Tais aspectos estruturais prejudicam a manutenção de saúde da população infantil (Chiesa, 1999; IBGE, 2000). Em outra pesquisa realizada no Centro de Saúde Escola do Butantã, destaca-se o fato de que as precárias condições de vida a que estão submetidas as crianças de 0 a 11 meses de idade podem constituir determinantes de morbidade principalmente no que se refere a doenças de trato respiratório, que se sobressaíram na pesquisa. Dentre as precárias condições de vida encontradas, podem ser ressaltados os seguintes aspectos como os que mais contribuem para o adoecimento pelas IRA:

- número elevado de pessoas por domicílio;
- alto teor de umidade da moradia;
- número de banheiros reduzidos para o número de pessoas;
- banheiros fora do domicílio;
- grande número de adultos fumantes na casa;
- crianças convivendo com carpete em casa.

Por esses dados, pode-se constatar que se deve ter em mente os perfis epidemiológicos da população para melhor se analisar os fatores que levam as crianças a desenvolverem as infecções respiratórias agudas. Assim, pode-se elaborar intervenções em saúde que contemplem não apenas o tratamento curativo, mas também a modificação dos perfis epidemiológicos, intervindo sobre as condições que acometem a saúde e a torna mais vulnerável ao adoecimento e à morte.

Na população estudada, um dos elementos nocivos é a questão da aglomeração no domicílio. Em 84% das casas havia no mínimo mais de três e até seis pessoas dormindo no mesmo espaço físico com a criança: 53% tinham três pessoas, 23% tinham quatro e 8% tinham seis pessoas em um mesmo quarto com a criança. Em apenas 16% a criança dormia em um quarto com até duas pessoas. No que diz respeito à aglomeração, vale ressaltar que a American Public Health Association recomenda que a concentração de pessoas por dormitório não ultrapasse 1,5 por cômodo (Chiesa, 1999). Estudo realizado na cidade de São Paulo (Cardoso, 1997) constatou que a concentração de pessoas por dormitório aumentou em duas vezes e meia a chance de incidência das IRA de trato inferior. Desse modo, pode-se observar que a maneira como vivem as crianças internadas por IRA as torna mais suscetíveis a adoecerem por agravos respiratórios, e tendo que retornarem aos mesmos ambientes estão propensas a novas intercorrências.

CONCLUSÃO

As IRA constituem-se em um grande problema de morbidade nos países em desenvolvimento, como o Brasil. A cidade de São Paulo, maior

da América do Sul, possui grandes problemas sociais, políticos e econômicos que acabam por refletir na saúde da população. Além do atendimento pontual durante a situação do evento agudo que leva à internação, é fundamental se adotar uma perspectiva de monitoramento permanente sobre os grupos populacionais mais vulneráveis. Nesse sentido, o evento internação hospitalar em menores de cinco anos constitui bom discriminador para identificar os grupos de risco e orientar ações específicas junto às crianças e famílias no intuito de se adotar ações preventivas mais eficazes.

Os resultados indicam que houve, de forma adequada, por parte das famílias, o cumprimento das recomendações relativas à medicação e a outros cuidados. No entanto, os aspectos ambientais não são considerados condições de risco pelos cuidadores das crianças na percepção sobre o processo de adoecimento que levou à internação, tampouco pelas enfermeiras durante as orientações de alta hospitalar. Dada a relevância desses aspectos na população estudada, sugere-se que tais questões sejam incluídas no momento da assistência de enfermagem, bem como se aponta a necessidade de que o Distrito de Saúde defina um fluxo no qual o Hospital passe a notificar a Unidade Básica de Saúde mais próxima da residência da criança, para melhor acompanhamento das crianças pós-alta hospitalar (Madeira, 1994). O seguimento pós-internação é uma atribuição precípua da atenção básica e os serviços que compõem esse nível de atenção devem ser acionados para disponibilizar assistência adequada. A falta de participação desse nível de atenção junto às crianças que passaram por internação hospitalar, em sua maioria antes dos dois anos de idade, compromete a dimensão da equidade em saúde. A operacionalização desse princípio do SUS impõe aos serviços a proposição de diferentes ações para o monitoramento das condições de risco. Uma das ações factíveis para a UBS é a realização de visitas domiciliares, sobretudo pós-alta hospitalar, tendo em vista a adequação das orientações em saúde de acordo com a realidade das famílias, com o intuito de prevenção de gravidade em outros possíveis episódios do problema.

Outro aspecto relevante a ser considerado é a importância de se aprimorar a comunicação enfermeira-cuidador durante o período de

internação da criança. Tal encaminhamento se faz importante, pois o trabalho em saúde extrapola a dimensão curativa biologizante e, muitas vezes, a situação de internação poderia representar uma oportunidade para se trabalhar de acordo com a perspectiva de influenciação dos cuidadores, além da recuperação do estado clínico da criança. Segundo Merhy et al.,

no dia a dia os diferentes profissionais da saúde operam constantemente com a produção de dados e informações seguindo suas lógicas particulares de exercerem seus auto-governos, sem nenhum questionamento acerca do modo que opera, na busca de processos mais compromissados com o usuário final das ações de saúde e que permitam interrogar o modo como o trabalho vivo opera com essa tecnologia leve das relações e como produz esses produtos de intersecção. (Merhy et al.,1997)

O hospital em questão já conta com um serviço de educação continuada, mas em geral os cursos oferecidos são voltados para orientação técnica, de procedimentos ou assistência de enfermagem ao paciente durante a hospitalização e dificilmente tratam da hospitalização como uma extensão de alguns desarranjos de ordem familiar, socioeconômica ou ambiental desse indivíduo, diante das quais se poderia abordar a questão do vínculo, do acolhimento, da comunicação terapêutica, bem como da empatia com o paciente e sua família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARAL, J. J. F. et al. Prevalência e fatores de risco para infecção respiratória aguda em crianças aos 6 meses de vida em Pelotas, RS. In: BENGUIGUI Y. (Org.) *Investigações Operacionais sobre o Controle das Infecções Respiratórias Agudas*. Opas/OMS. Washington, D.C., USA, 1997.

- BARATA, R. C. B. et al. Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de 5 anos em área da região Sudeste do Brasil, 1986-1987. I – Infecções Respiratórias Agudas. *Revista de Saúde Pública*, 30(6): 533-563, 1996.
- BENIGUI, Y. et al. Infecções respiratórias em crianças. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Washington, D.C., 1998. (Série HCT/AIEPI-1.P)
- BERTOLOZZI, M. R. et al. O compromisso da instituição de ensino de enfermagem no fortalecimento das estratégias de atenção à saúde da criança. In: COLÓQUIO PAN-AMERICANO DE INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM, 6. Livro de resumos. Ribeirão Preto, 1998.
- BORRERO, I. & FAJARDO, L. Infecciones Agudas del aparato respiratorio em una cohorte natal de niños hasta 17 meses de vida: Cali, Colombia. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Neumonía y Otras Infecciones Respiratorias en Niños: una bibliografía selectiva anotada*. Washington, D.C.: Opas, 1993. p.4. v.1.
- CARDOSO, M. R. A indoor environmental risk factors for lower respiratory diseases in young children in São Paulo, Brazil, 1997. Tese de Doutorado, Londres: University of London.
- COSTA, N. P. & CAMPOS, S. O. Infecções recorrentes das vias aéreas superiores. *Pediatria Moderna*, 39(6): 779-790, 1993.
- CHARALY, M. D. Resultados de estudos etnográficos em relação ao controle das IRA na Bolívia. In: BENIGUI, Y. et al. (Orgs.) *Infecções Respiratórias em Crianças*. Washington, D.C.: Opas, 1998. p.383-408. (Série HCT/AIEPI-1.P)
- CHIESA, A. M. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância. *Pró Saúde: notícias hospitalares*, 2(12): 7, 2000.
- CHIESA, A. M. & BERTOLOZZI, M. R. Estudo epidemiológico da mortalidade por infecções do aparelho respiratório em menores de cinco anos da região do Butantã – São Paulo, Brasil. In: BENIGUI, Y. (Ed.) *Investigações*

- Operacionais sobre o Controle das Infecções Respiratórias Agudas (IRA)*. Washington, D.C.: Opas/OMS, 1997. p.19-29. (Série HCT/AIEPI-2)
- CHIESA, A. M. A equidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na infância, 1999. Tese de Doutorado, . São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Site: <www.ibge.gov.br>. São Paulo, 2000.
- LEOWISKI, J. Mortalidad por infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años de edad: estimaciones globales. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Neumonía otras infecciones respiratorias en niños: una bibliografía selectiva anotada*. Washington, D.C.: Opas, 1993. p.13. v.1.
- MADEIRA, L. M. Alta hospitalar das crianças: implicações para a enfermagem. *Revista Nas. Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 4(2), 1994.
- MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E. et al. (Orgs.) *Agir em Saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MONTEIRO, C. A. & BENÍCO, M. H. D'A. Estudo das condições de saúde das crianças do município de São Paulo, SP (Brasil), 1984-1985. VI – Doença Respiratória. *Revista de Saúde Pública*, 21(5): 380-386, 1997.
- MONTO, A. S. & ULLMAN, B. M. Enfermedad respiratoria aguda em uma comunidad americana: el estudio Tecumesh. In: ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. *Neumonía y Otras Infecciones Respiratorias en Niños: una bibliografía selectiva anotada*. Washington, D.C.: Opas, 1993. p.9. v.1.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Program Especial de Salud materno-infantil y Población. Control de las Infecciones Respiratórias Agudas: Bases Técnica para las Recomendaciones de la OPS/OMS. Equador-Quito: Opas/OMS, 1993.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Implantando o PSF no município de São Paulo. Balanço de 20 meses. São Paulo: agosto de 2002.

SILVA, M. A. F. *Situação do Controle e Assistência das Infecções Respiratórias Agudas (IRA) no Brasil*. Brasília: Comissão Materno Infantil do Ministério da Saúde, 1996. (Mimeo.)

VICTORA, C. G. Fatores de risco nas IRA baixas. In: BENGUIGUI, Y. et al. (Orgs.) *Infecções Respiratórias em Crianças*. Opas/OMS, Washington, D.C.: 1998. (Série HCT/AIEPI-1.P)

ANEXO

Ficha para entrevista ao responsável no domicílio

Nome da criança: _____

Nome do responsável: _____

Endereço: _____

Data da entrevista: ___/___/___ Data da alta médica: ___/___/___

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:					
Idade:	Sexo:	Data de nascimento:			
Estado civil da mãe:	União estável:	Sim () Não ()	Amigada:	Sim () Não ()	
Solteira:	Sim () Não ()	União instável:	Sim () Não ()		
COMPOSIÇÃO DA FAMÍLIA (OS QUE VIVEM DENTRO DO DOMICÍLIO):					
Pai:	Sim () Não ()	Avó	Sim () Não ()	Irmãos	Sim () Não ()
Mãe:	Sim () Não ()	Avô	Sim () Não ()	- Maiores	Nº. -
Quem cuida da criança?				- Menores	Nº. -
CARACTERÍSTICAS DE MORADIA:					
Urbana ()	Rural ()	Número de habitantes: ____		Água encanada: sim () não ()	
Banheiro: sim () não ()	Latrina: sim () não ()	Ambiente para as refeições: sim () não ()			
Número de pessoas que dormem por quarto: ____		Número de crianças que dormem com a criança: ____			
SOBRE O CONTROLE DA GRAVIDEZ CORRESPONDENTE AO NASCIMENTO DA CRIANÇA					
Pré-natal	Sim () Não ()	Centro de Saúde ()	Hospital ()		
Outro:					
Possui cartão do pré- natal ? sim () não ()	Controle precoce: sim () não ()	Periódico : sim () não ()			

DOENÇAS PREVALENTES DA INFÂNCIA

SOBRE O NASCIMENTO DA CRIANÇA E SUA ALIMENTAÇÃO AO NASCER:			
Local de nascimento da criança? Hospital () Domicílio () Outro ()			
Ficou em alojamento conjunto? Sim () Não ()		Amamentou a criança? Sim () Não ()	
Quando foi a primeira vez que amamentou a criança?			
Ofereceu algo para a criança antes de amamentá-la?		Sim () Não ()	O que foi dado?:
Quem lhe indicou a alimentação da criança antes de mamar?	Profissional de saúde () Alguém da família ()	Outro:	
Por que?			
No hospital lhe deram alguma orientação sobre a alimentação da criança?			Sim () Não ()
Que orientação lhe deram?			
Foi dado algum alimento para a criança ao sair do hospital?			Sim () Não ()
O que foi dado?			
Além da alimentação materna, a criança recebe algum outro tipo de alimentação pós-internação?			Sim () Não ()
Se é dado outro tipo de alimentação, qual é?			
Por que é dado?			

CONTROLE DA CRIANÇA			
Quando foi a primeira vez que a criança foi levada a consulta ?			
Qual profissional avaliou a criança?		Profissional de saúde ()	Curandeiro ()
A criança possui carteira de vacinação?	Sim () Não ()	As vacinas estão em dia?	Sim () Não ()
Possui cartão do desenvolvimento ponto-estatural da criança?	Sim () Não ()	Está em dia?	Sim () Não ()

DINÂMICA DA CRIANÇA, FAMÍLIA E O CUIDADO DA CRIANÇA					
Trabalho	Pai	Sim () Não ()	Fora do local?	Sim () Não ()	Horas:
	Mãe	Sim () Não ()	Fora do local?	Sim () Não ()	Horas:

DINÂMICA DA CRIANÇA, FAMÍLIA E O CUIDADO DA CRIANÇA					
Trabalho	Pai	Sim () Não ()	Fora do local?	Sim () Não ()	Horas:
	Mãe	Sim () Não ()	Fora do local?	Sim () Não ()	Horas:
Tem tido tempo suficiente para atender o seu filho?					Sim () Não ()
Por que?					
Quem fica em seu lugar?	Quem cuida da criança?		Quem dá o alimento para a criança?		
Pela manhã					
Na hora do almoço					
Pela tarde					
À noite					
SOBRE A CONSULTA DA CRIANÇA					
Quando levará a criança à consulta?					
Quem levou a criança ao serviço de saúde?					
Por que levaram a criança ao serviço de saúde?					
O serviço de saúde deu algum medicamento para a criança levar para casa? (pedir à mãe que mostre o(s) medicamento(s))					
SOBRE O TRATAMENTO DA CRIANÇA					
Para que o profissional da saúde deu este ou estes medicamentos?					
Disseram para que servia cada um desses medicamentos?				Sim () Não ()	
Para que disseram que servia?					
1-			3-		
2-			4-		
Explicaram como dar os medicamentos para a criança?				Sim () Não ()	
Qual a quantidade de medicamento que deve ser dada?					
1-			3-		
2-			4-		
Quantas vezes ao dia deve ser dado cada medicamento?					
1-			3-		
2-			4-		

DOENÇAS PREVALENTES DA INFÂNCIA

Durante quantos dias deve ser dada cada medicação?	
1-	3-
2-	4-
Doses: Adequada () Inadequada ()	Quantidade por dose: Adequada () Inadequada ()
SOBRE A ADMINISTRAÇÃO DO TRATAMENTO DA CRIANÇA	
Foram dados os medicamentos da criança para a família?	Sim () Não () Alguns ()
Se só deram alguns medicamentos, quais foram dados para a criança?	
1-	3-
2-	4-
Como foram dados os medicamentos da primeira vez?	
1-	3-
2-	4-
Qual a quantidade de cada medicamento dado para a criança?	
1-	3-
2-	4-
Quantas vezes ao dia cada medicamento deve ser dado?	
1-	3-
2-	4-
Durante quantos dias deve ser dado cada medicamento?	
1-	3-
2-	4-
A criança melhorou com o tratamento?	Sim () Não () Por que?
Recorda-se de algum dia não ter podido dar o medicamento para a criança?	Sim () Não ()
Quais foram as razões que o levaram a não dar a medicação a criança?	
Quantas vezes isto ocorreu? _____	Quando deram para a criança a ultima dose de medicamento? _____
Quem deu?	Adequado () Inadequado ()

SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO (somente se a criança for menor que dois anos)		
A criança está recebendo aleitamento materno?		Sim () Não ()
Quantas vezes ao dia? _____ Adequada () Inadequada ()	Amamenta no período noturno?	Sim () Não ()
ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA		
Como está alimentada a criança?		
Quantas vezes ao dia? _____	Adequada () Inadequada ()	
SOBRE A ADMINISTRAÇÃO DE LÍQUIDOS PARA A CRIANÇA		
Está oferecendo líquido para a criança?	Sim () Não ()	Adequada () Inadequada ()
SINAIS QUE DEVEM SER IDENTIFICADOS QUE JUSTIFICAM PERIGO		
Quando deveria levar a criança imediatamente ao serviço de saúde?		
Adequada () Inadequada ()		
Tem observado algum sinal de perigo?	Sim () Não ()	
SOBRE A CONSULTA DE REAVALIAÇÃO DE SEGMENTO DE ENFERMIDADE ATUAL DA CRIANÇA		
Quando se deve levar a criança ao serviço de saúde para a reavaliação do seu estado clínico?		
Quando se deve levar a criança ao serviço de saúde para fazer o acompanhamento de seu desenvolvimento?		
Adequada () Inadequada ()		
SOBRE A PRÓXIMA CONSULTA PARA VACINAÇÃO E CONTROLE DE CRESCIMENTO DA CRIANÇA		
Quando se deve levar a criança ao serviço de saúde para a vacinação?		
Quando se deve levar a criança ao serviço de saúde para controlar seu crescimento?		
Adequada () Inadequada ()		
PERGUNTAS COMPLEMENTARES		
Quais as dificuldades encontradas pela família após o adoecimento da criança?		
O que a família identifica como causas que provocaram o adoecimento da criança?		
A rotina familiar mudou após a descoberta da patologia?		

OBSERVAÇÕES: