



CENTRO DE ESTUDOS SUPERIORES DE ITAITUBA - LTDA

FACULDADE DE ITAITUBA – FAI

CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

DÉBORA DOS SANTOS NUNES

**DOENÇAS QUE ACOMETEM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS: Analise de
pesquisa da aldeia Praia do Índio do município de Itaituba-Pa**

Itaituba – PA

2018

DÉBORA DOS SANTOS NUNES

**DOENÇAS QUE ACOMETEM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS: Análise de
pesquisa da aldeia Praia do Índio do município de Itaituba-Pa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^ª. Esp. Karla Santos da Silva

Itaituba – PA

2018

NUNES, Débora dos santos.

DOENÇAS QUE ACOMETEM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS: Análise de pesquisa da aldeia Praia do Índio Itaituba-Pará/Débora dos Santos Nunes. Itaituba: FAI, 2017

54 f.: il

Orientador (a): Karla Santos da Silva Lizardo.

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Bacharel em Enfermagem – Faculdade de Itaituba, 2017.

1. Doença 2. Saúde I. Santos, Karla II. Faculdade de Itaituba, BR – PA, 2018

DÉBORA DOS SANTOS NUNES

**DOENÇAS QUE ACOMETEM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS: Análise de
pesquisa da aldeia Praia do Índio do município de Itaituba-Pa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Itaituba para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof^a Esp. Karla Santos da Silva

BANCA EXAMINADORA

Presidente: Karla Santos da Silva Nota: _____

Prof. Nome, Titulação

Avaliador: Rosangela de Aguiar Rodrigues Nota: _____

Prof. Nome, Titulação

Orientador: _____ Nota: _____

Prof. Karla Santos, Esp.

Resultado: _____ Média: _____

Data: 28 de Março de 2018.

A todos que sempre me apoiaram,
contribuindo para a concretização de mais
uma realização. A vocês a minha eterna
gratidão.

AGRADECIMENTOS

A Deus,

A minha mãe Dinaide dos Santos Nunes, pela força incondicional a minha formação.

Aos meus filhos Ricardo dos Santos Nunes e Diogo dos Santos Nunes, pelo carinho, compreensão.

Aos amigos de curso.

Pela cumplicidade ajuda e amizade.

Aos meus professores pelo apoio e incentivos.

E em especial professora Karla Santos da Silva, pela orientação deste trabalho.

Nós não somos o que gostaríamos de ser.
Nós não somos o que ainda iremos ser.
Mas, graças a Deus, não somos mais quem
nós éramos.

“Martin Luther King”

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar as doenças com mais frequência que acometem as crianças indígenas de 0 a 05 anos. A pesquisa foi realizada na aldeia Praia do Índio, que está localizada a 07 km da cidade de Itaituba-Pa, possui uma população de 25 famílias indígenas. Para o alcance do objetivo proposto neste estudo, utilizou-se a abordagem quantitativa e qualitativa. Esta investigação configura um estudo descritivo, realizado a partir de referências bibliográficas da área da saúde sobre o referido tema. Foram realizados levantamentos bibliográficos junto às seguintes bases de dados: Paim, Queiroz e Silva. Trazendo algumas características quanto às doenças mais frequentes em crianças de 0 a 05 anos. A partir da leitura e fichamento dos referidos artigos, os principais aspectos foram organizados nas seguintes temáticas: as principais doenças em crianças; determinantes e fatores de risco; utilização de serviços de saúde entre crianças; seguimento sobre as doenças acometidas na infância. Foi aplicado primeiramente em cada família um questionário padrão, baseado em um conjunto de questões objetivas e de múltipla escolha, levando-se em consideração a situação de saúde, higiene e saneamento básico.

Palavras-Chave: Criança. Doença. Família. Indígena. Enfermagem

ABSTRACT

This study aims to analyze the diseases most frequently affected by indigenous children from 0 to 5 years old. The research was conducted in the village Praia do Índio, which is located 07 km from the city of Itaituba-Pa, has a population of 25 indigenous families. To reach the goal proposed in this study, the quantitative and qualitative approach was used. This research is a descriptive study, based on bibliographical references of the health area on diseases affecting children from 0 to 5 years old. Bibliographical data were collected from the following databases: Paim, Queiroz e Silva. Initially, some characteristics will be investigated regarding the most frequent diseases in children from 0 to 05 years old. From the reading and writing, the main aspects will be organized in the following themes: the main diseases in children: determinants and risk factors; use of health services among children; follow-up on childhood diseases. A standard questionnaire based on a set of objective and multiple choice questions was applied first in each family, taking into account the health, hygiene and basic sanitation situation. The inclusion criteria used for the research were: indigenous children in the pre-established age group from 0 to 5 years old.

Keywords: Child. Disease. Family. Indigenous. Nursing

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Notificação para doença compulsória.....	17
Quadro 02	Crítérios epidemiológicos.....	25
Quadro 03	Objetivos do tratamento de diarreia.....	27
Quadro 04	Classificação do estado de hidratação.....	28
Quadro 05	Atribuições específicas dos enfermeiros de atenção no controle da malária.....	35

LISTA DE SIGLAS

ACE - Agentes de Combate a Endemias
ACS - Agentes comunitários de saúde
AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
CEV - Campanha de Erradicação da Varíola
CNE/CES: Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior
DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCC - dengue com complicações
DENV – Vírus da Dengue
FAI - Faculdade de Itaituba
FHD - Febre Hemorrágica da Dengue
FUNAI - Fundação Nacional do Índio
HIV - vírus da imunodeficiência humana
ICR - Instituto da Criança
IgG - Imunoglobulina G
IgM - Imunoglobulina M
IVAS - Infecções das Vias Aéreas Superiores
LVC - leishmaniose visceral canina
OPAS/OMS - Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde
RNA - ácido ribonucleico
RSI - Regulamento Sanitário Internacional
SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares/Sistema único de saúde
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS - Segurança, Meio Ambiente e Saúde
SNVE - Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SRC - Síndrome da Rubéola Congênita
SRO - Soro de Reidratação Oral
SUS - Sistema Único de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidades Básicas de S

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 01: Algumas doenças relacionadas aos filhos.....	38
Gráfico 02: Crianças ficam frequentemente doentes.....	39
Gráfico 03: Cuidados especiais por causa da saúde.....	40
Gráfico 04: Dificuldades para atendimento do filho.....	41
Gráfico 05: Retorno a Unidade de Saúde com a mesma doença.....	42
Gráfico 06: Doenças mais frequentes na aldeia.....	43
Gráfico 07: Época do ano que as crianças ficam mais doentes.....	44
Gráfico 08: É comum as doenças citadas entre as crianças na sua aldeia.....	45
Gráfico 09: Frequência a Unidade de Saúde quando o filho apresenta doença.....	46

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	14
2	EPIDEMIAS, SURTOS E AGRAVOS EXCEPCIONAIS.....	16
2.1	DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA.....	18
2.1.1	Dengue.....	18
2.1.2	Epidemiologia da dengue.....	19
2.1.3	Desafios para combater a dengue.....	20
2.2	SARAMPO.....	22
2.2.1	Epidemiologia do Sarampo.....	22
2.3	RUBÉOLA E SÍNDROME DA RUBÉOLA.....	24
2.3.1	Epidemiologia da rubéola e síndrome da rubéola congênita.....	25
2.3.2	Desafios de controle a rubéola e síndrome da rubéola congênita.....	25
2.4	SÍFILIS.....	25
2.4.1	Epidemiologia da Sífilis.....	26
2.4.2	Desafios da eliminação da Sífilis.....	27
2.5	DIARRÉIA.....	28
2.6	TOSSE E DIFICULDADE RESPIRATÓRIA.....	29
2.6.1	Relevância do Problema (infecção respiratória).....	29
2.7	PARASITOSE INTESTINAIS.....	31
2.8	ANEMIA FERROPRIVA.....	31
2.9	MALÁRIA.....	32
3	METODOLOGIA.....	36
3.1	ÁREA DE ESTUDO.....	36
3.2	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	37
3.3	DADOS ESTATÍSTICOS.....	37
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	38
5	CONCLUSÃO.....	48
	REFERÊNCIAS.....	49
	APÊNDICE.....	52

1 INTRODUÇÃO

A atenção à saúde das crianças com menores de cinco anos, no Brasil, tem tido como eixo norteador o seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil. No nosso país, a saúde infantil tem um perfil que está extremamente ligado ao oferecimento, ao conjunto da população, de condições básicas de vida, tais como oferta e qualidade de saúde, alimentação, moradia, educação, renda familiar, saneamento básico, condições ambientais, lazer, transporte, entre outras (BRASIL, 2002).

Os padrões de morbidade e mortalidade por grupos de doenças, no Brasil, têm sofrido modificações, principalmente, a partir da segunda metade do século XX. Atualmente, o quadro sanitário brasileiro é complexo e há coexistência de doenças ligadas às condições de vida precária (infecto contagiosas, crônico-degenerativas e de causas externas (MONTEIRO, 2009).

Muitas das questões relacionadas às doenças na infância vêm sendo discutidas e analisadas na atualidade, possibilitando a consolidação de sua base de conhecimento, a identificação de abordagens metodológicas e as lacunas no conhecimento. Para ampliar as discussões sobre as doenças que acometem crianças indígenas de 0 a 05 anos e seus processos de seguimento é relevante, entre outros aspectos, a revisão da literatura, com vistas a contribuir para reflexões na atenção à saúde da criança indígena.

O presente estudo tem como questionamento: Quais às doenças que acometem crianças menores de cinco anos na aldeia praia do índio que tem acesso a cidade de Itaituba? Quais as intervenções de enfermagem podem-se usar para contribuir nos problemas que interferem no seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil?

A pesquisa foi realizada na aldeia Praia do Índio, que está localizada a 07 km da cidade de Itaituba-Pa. Sua economia é baseada na produção de artesanato e da pesca, possui uma população de com 25 famílias, sendo 6 de brancos, segundo a FUNAI (Fundação Nacional do Índio).

Dentro das necessidades de estudo sobre as doenças que acometem crianças indígenas, destaca-se o trabalho do profissional de enfermagem atuando diretamente junto aos pacientes que precisam de seus conhecimentos práticos e teóricos com respeito ao diagnóstico e tratamento de tais doenças, em virtude desse conhecimento científico e da humanização no atendimento tornam-se elementos

essenciais para o sucesso do cuidado voltado a criança acometida por estas enfermidades.

Mediante os fatos apresentados para a escolha do tema, o papel do profissional de enfermagem justifica-se pela necessidade de ampliação do conhecimento da enfermagem a respeito das doenças a serem diagnosticadas, uma vez que é responsável pelo paciente no âmbito do atendimento, portanto deve ser capaz de identificar suas necessidades, e possuir respaldo científico para intervir sobre elas, dessa forma busca-se despertar o interesse por um preparo mais qualificado dos profissionais de enfermagem durante a graduação, em virtude da magnitude e prevalência das doenças pediátricas.

Este trabalho tem como objetivo geral a elaboração possíveis prevenções e diagnósticos no tratamento de doenças que acometem as crianças indígenas da aldeia Praia do Índio no município de Itaituba-Pa, especificando identificar, analisar e comparar os fatores determinantes das doenças na área de abrangência da referido aldeia, por meio da literatura teórica e diagnostico situacional, utilizando de serviços de saúde para verificar e apontar doenças que acometem crianças de 0 a 5 anos e relatar os possíveis fatores de risco, caracterizando descritivamente a epidemiologia das doenças na aldeia pesquisada.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 EPIDEMIAS, SURTOS E AGRAVOS EXCEPCIONAIS.

Como define a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a vigilância epidemiológica é “o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente as medidas indicadas e eficientes que levem a prevenção e ao controle de determinadas doenças”. (BRASIL, 2010).

No Brasil, esse conceito foi inicialmente utilizado em programas de controle de malária, febre amarela e principalmente, na Campanha de Erradicação da Varíola (CEV), de 1966 a 1973, coordenada pelo Ministério da Saúde. A experiência da CEV motivou a aplicação dos princípios de vigilância epidemiológica a outras doenças evitáveis por imunização. Em 1969, foi organizado um sistema de notificação semanal de doenças, baseado na rede de unidades permanentes de saúde, sob a coordenação das Secretarias Estaduais de Saúde. As informações de interesse desse sistema passaram a ser divulgadas regularmente pelo Ministério da Saúde, por meio de um boletim epidemiológico de circulação quinzenal (SILVA, 2015).

Com a erradicação da varíola, a vigilância epidemiológica estabelece-se como uma relevante ferramenta para a saúde pública no país. Inicia-se a estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica – SNVE, feita por legislação específica a partir da Lei nº 6259 de 30/10/1975 e do Decreto nº 78.231 de 12/08/1976, tornando obrigatória a notificação de algumas doenças transmissíveis. Assim, a primeira lista nacional de doenças de notificação compulsória foi estabelecida, incluindo aquelas evitáveis por imunizações, transmitidas por vetores, tuberculose, hanseníase e, posteriormente, doença meningocócica e raiva humana (SILVA, 2015).

Com a criação do Programa Nacional de imunizações em 1977, tornou-se necessário monitorar questões relacionadas à cobertura vacinal, rede de distribuição, armazenamento e conservação de vacinas, bem como organizar um sistema nacional de informações para a vigilância epidemiológica a fim de possibilitar a avaliação dos resultados e do impacto das ações. A vacinação e notificação de casos passam, então, a ser atividades de rotina na rede básica de saúde, estruturadas em

programas com coordenação e execução das ações de forma centralizada, sob coordenação do Ministério da Saúde.

Na década de 80, junto ao processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), há também a descentralização das ações de vigilância e o fortalecimento dos sistemas municipais de vigilância epidemiológica, exigindo a formação de recursos humanos com capacidade técnico-gerencial para entender a situação epidemiológica de sua área de abrangência, propiciando o desenvolvimento das ações organizadas a partir da necessidade de sua área (PAIM, 2012).

Dentro dessa perspectiva, houve uma reestruturação do SNVE para dar conta da heterogeneidade dos tipos de eventos sob vigilância na esfera municipal, frente às transformações do perfil epidemiológico das doenças transmissíveis no Brasil. Doenças como sarampo, coqueluche, difteria e tétano acidental e neonatal apresentam uma tendência declinante, enquanto outras doenças, como hepatites virais, leishmanioses, malária, tuberculose e hanseníase, mantêm-se em níveis persistentes. Por outro lado, novas doenças, consideradas emergentes ou agravos reemergentes, surgem como problema de saúde pública.

Com isso, a relação de doenças de notificação compulsória passa a ter revisões sistemáticas, com vista a englobar outros problemas de saúde e não somente aqueles voltados às doenças evitáveis por imunização ou causados por vetores. Outros critérios são levados em conta para estabelecer a notificação compulsória de casos, como descrito no quadro abaixo.

Quadro 01: Notificação para doença compulsória

Magnitude:	Frequência, incidência/prevalência e anos de vida perdidos.
Potencial de disseminação	Transmissibilidade da doença.
Transcendência	Características clínicas e epidemiológicas como a gravidade (letalidade, hospitalizações e sequelas), a relevância social (estigmatização e medo) e a relevância econômica (perdas devidas, absenteísmo ao trabalho, custo do tratamento).
Vulnerabilidade	Existência de instrumentos específicos de prevenção e controle.

Compromissos internacionais	Acordos firmados entre o governo brasileiro e países membros da OPAS/OMS.
------------------------------------	---

Fonte: elaborado pela autora do TCC adaptado de www.saude.gov.br/sinanweb.

E neste contexto que as doenças dermatológicas de notificação compulsória são monitoradas, visando à formulação e a avaliação das políticas, planos e programas de saúde, subsidiando o processo de tomada de decisões, com vistas a contribuir para a melhoria da situação de saúde da população.

Hoje, as doenças e surtos seguem as regras do novo Regulamento Sanitário Internacional (RSI), aprovada na Assembleia Mundial de Ministros da Saúde em 2005 e ratificado pelo Decreto Legislativo nº 395 de junho de 2009, do Senado Federal Brasileiro. Para manter-se alinhada ao RSI, a Portaria Ministerial nº 2472 de 31 de agosto de 2010, contendo 44 eventos, normaliza a notificação compulsória em nosso país em uma lista grande de doenças e agravos. (BRASIL, 2010).

2.2 DOENÇAS DE NOTIFICAÇÃO COMPULSÓRIA

A estruturação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica do Brasil, em 1975, tornou obrigatória a notificação de algumas doenças transmissíveis com o objetivo de reduzir a carga destes eventos no país. Entretanto, as alterações no perfil epidemiológico destas doenças, associadas a características da sociedade contemporânea, determinam a constante adequação das atividades de vigilância a este cenário. Neste manuscrito, são descritos a epidemiologia, tendências e diagnóstico diferencial das seguintes doenças dermatológicas de notificação compulsória no Brasil. A Portaria Nº 204, de 17 de Fevereiro de 2016 define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo território nacional. (BRASIL, 2010).

2.2.1 Dengue

A dengue é doença febril aguda, causada por um vírus de genoma RNA do gênero *Flavivirus* e transmitida por meio da picada de mosquitos infectados do gênero *Aedes*, sendo o *Aedes aegypti* seu principal vetor. São conhecidos quatro sorotipos: DENV1-4, com manifestações clínicas da doença variando desde

infecções assintomáticas até formas mais graves com quadros de hemorragia e choque que podem evoluir para óbito. (BRASIL, 2010).

Entre 2001 e 2006, mais de 3,4 milhões de casos da doença foram notificados nas Américas, com 79.664 casos da febre hemorrágica da dengue e 982 mortes. Em 2007, mais de 890.000 casos foram notificados na América, dos quais 26.000 foram Febre Hemorrágica da Dengue. (BRASIL 2010).

Um caso suspeito de dengue é o de um paciente com doença febril aguda, com duração máxima de 7 dias, acompanhada de, pelo menos, 2 dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retro-orbital, mialgia, artralgia, prostração e exantema. Os casos são confirmados por sorologia (Elisa-IgM), durante períodos não-epidêmicos, ou por critérios clinico-epidemiológicos, durante surtos da doença. Um caso de Febre Hemorrágica da Denguee confirmado pela presença de todos esses critérios: 1. Febre com duração de até 7 dias; 2. trombocitopenia ($\leq 100.000/\text{mm}^3$); 3. Manifestações hemorrágicas espontâneas ou induzidas; 4. Extravasamento de plasma, devido ao aumento de permeabilidade capilar, manifestado por: hematócrito, apresentando um aumento de 20% do valor basal, ou queda do hematócrito em 20% após o tratamento; ou presença de derrames aviários; ou hipoproteinemia; e 5. Confirmação laboratorial específica (sorologia ou isolamento). Um caso de dengue com complicações(DCC)e todo caso suspeito de dengue que evolui para forma grave, mas que não apresenta todos os critérios de FHD. A presença de uma das alterações clinica e/ou laboratoriais a seguir é suficiente para encerrar o caso como DCC: alterações neurológicas; disfunção cardiorrespiratória; insuficiência hepática; hemorragia digestiva importante (volumosa); derrame pleural, pericárdico e ascite; plaquetopenia inferior a $20.000/\text{mm}^3$; leucometria igual ou inferior a $1.000/\text{mm}^3$; ou caso suspeito de dengue que evolui para óbito (BRASIL, 2008).

2.2.2 Epidemiologia da dengue

No Brasil, tem sido observado um padrão estacional para a ocorrência de dengue que coincide com o verão, devido à maior ocorrência de chuvas e aumento da temperatura. Entre os anos de 2000 e 2009, foram notificados cerca de 4 milhões de casos de dengue, com destaque para os anos de 2002 e 2008, quando ocorreram as maiores epidemias registradas durante essa década. Até o ano de 2005, a ocorrência de dengue no país pode ser classificada em 2 períodos distintos:

ondas epidêmicas localizadas em grandes centros urbanos (1986-1993) e epidemias/circulação endêmica do vírus em todas as regiões do país (1994-2005) (BRASIL, 2008).

O ano de 2006 marca o início do terceiro período da ocorrência de dengue no país, caracterizado pela migração de gravidade para crianças,¹¹ culminando nas epidemias ocorridas no ano de 2008, em especial no estado do Rio de Janeiro. Uma possível explicação para este cenário pode ser encontrada na reemergência do sorotipo DENV2. Este sorotipo circulou no país na década de 90, sem um predomínio marcado do mesmo ao longo desses anos. Por outro lado, uma parcela significativa da população residente no país teve contato com o DENV3 durante as grandes epidemias causadas por esse sorotipo entre os anos de 2002 e 2006. A ocorrência de novas epidemias por DENV2, após uma grande circulação do DENV3, eleva as chances do desenvolvimento de infecções secundárias e de casos mais graves da doença, conforme observado em outros países (BRASIL, 2008).

Atualmente, temos a circulação dos sorotipos 1, 2 e 3 do vírus no Brasil, mas tem sido observado que a circulação de um sorotipo, usualmente, predomina sobre os demais. Entretanto, a alternância de sorotipos predominantes tem levado a ciclos de transmissão que atingiram seus picos em 1998 (DENV1), 2002 (DENV3) e 2008 (DENV2). Ressalta-se que, a partir do segundo semestre de 2009, o DENV1 do vírus passou a ser novamente isolado em diversos estados do país, o que representa um novo ciclo de transmissão deste sorotipo, que não circulava com intensidade desde 2002.

Em agosto de 2010, o DENV4 foi reintroduzido no Brasil, na região Norte (estado de Roraima). O sequenciamento genômico demonstrou que o vírus é proveniente da Venezuela. Como não havia circulação desse sorotipo há 28 anos em nosso país, todos os brasileiros, em tese, somos susceptíveis a ter dengue por DENV4 (BRASIL, 2008).

2.2.3 Desafios para combater a dengue

O principal desafio para a prevenção e controle da dengue está em manter a infestação pelo *Aedes aegypti* em níveis suficientemente baixos para evitar a transmissão da doença. Para tanto, é necessário um esforço conjunto de toda a sociedade, e não somente do setor da saúde. Tornam-se necessárias melhorias na infra-estrutura dos centros urbanos, a identificação e adoção de

estratégias sustentáveis visando a mudança de hábitos e comportamento da população em relação a presença de criadouros do mosquito em residências e a efetiva integração dos componentes da prevenção da dengue: epidemiologia, entomologia, laboratório, educação e mobilização social. (BRASIL, 2010).

Para a vigilância epidemiológica, o desafio reside na identificação precoce da ocorrência de casos para a adoção de medidas visando a interromper a transmissão da doença. Para tanto, é necessário que a notificação dos casos seja realizada de forma oportuna pelas unidades de saúde e haja um rápido fluxo de informações entre vigilância e controle de vetores nos municípios com transmissão da doença.

A dengue na criança, na maioria das vezes, apresenta-se como uma síndrome febril com sinais e sintomas inespecíficos: apatia ou sonolência, recusa da alimentação, vômitos, diarreia ou fezes amolecidas. Nos menores de dois anos de idade, os sintomas cefaléia, mialgia e artralgia, podem manifestar-se por choro persistente, adinamia e irritabilidade, geralmente com ausência de manifestações respiratórias. (BRASIL, 2010).

As formas graves sobrevivem geralmente após o terceiro dia de doença, quando a febre começa a ceder. Na criança, o início da doença pode passar despercebido e o quadro grave ser identificado como a primeira manifestação clínica. Observa-se inclusive a recusa de líquidos, podendo agravar seu estado clínico subitamente, diferente do adulto no qual a piora é gradual.

O exantema, quando presente, é maculo-papular, podendo apresentar-se sob todas as formas (pleomorfismo), com ou sem prurido, precoce ou tardiamente. (BRASIL, 2010).

A dengue é uma das doenças de notificação compulsória, devendo todo caso suspeito ou confirmado ser notificado ao Serviço de Vigilância Epidemiológica, por meio do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) nas fichas de notificação e investigação.

2.3 SARAMPO

Doença infecciosa aguda, de natureza viral, grave, transmissível e extremamente contagiosa. Entre as doenças infectocontagiosas, o sarampo é considerado uma das principais causas de morbimortalidade entre crianças menores de 5 anos, sobretudo as desnutridas e as que vivem em países subdesenvolvidos. (BRASIL, 2009).

A infecção pelo vírus do sarampo compromete a resistência do hospedeiro, facilitando a ocorrência de outras infecções (virais ou bacterianas), que podem cursar com pneumonia com alta letalidade, diarreia, levando a desidratação e agravando a desnutrição, e complicações neurológicas, tais como as encefalites, meningoencefalites, com taxas de letalidade que atingem 10%. A panencefalite esclerosante subaguda (Peesa) ocorre raramente, na proporção de um caso a cada milhão de casos de sarampo, depois de, aproximadamente, 7 anos da doença, sendo de caráter irreversível, levando a morte. As complicações do sarampo também podem deixar sequelas, tais como: diminuição da capacidade mental, cegueira, surdez e retardo mental.

Um caso suspeito de sarampo é todo paciente que, independentemente da idade e situação vacinal, apresentar febre e exantema maculopapular, acompanhados de um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse e/ou coriza e/ou conjuntivite. Devido à certificação da eliminação da transmissão do vírus autóctone do sarampo e da rubéola até 2012, todos os casos confirmados da doença devem ter classificação laboratorial. Casos importados da doença podem ocorrer principalmente dos países fora do continente americano que ainda possuem transmissão autóctone do vírus ou que ainda estão na fase de redução da mortalidade para o sarampo (África). (BRASIL 2009).

2.3.1 Epidemiologia do sarampo

Desde 1992, vários esforços foram realizados para a eliminação da doença no Brasil. A partir de 1999, com a implantação do Plano de Eliminação do Sarampo, a realização das campanhas de seguimento (2000 e 2004), a intensificação das atividades de vigilância epidemiológica e o acompanhamento dos indicadores de qualidade da vigilância epidemiológica, o país confirmou o último caso de sarampo autóctone no estado do Mato Grosso do Sul em 2000. A partir desta data, foram detectados apenas casos confirmados com vírus importado. (BRASIL, 2009).

Entre 2001 e 2009 foram confirmados 67 casos importados no país. O último surto ocorreu em 2006, no estado da Bahia, com 57 casos confirmados e foi identificado o vírus D4, que circula em países da Europa. Todos os casos de sarampo confirmados no país foram de pessoas não-vacinadas, indicando que a vacina ainda é a melhor e maior proteção contra a doença e esforços contínuos de

todos os seguimentos da sociedade civil e acadêmica devem ser mantidos. (BRASIL, 2009).

Todos os laboratórios estaduais de saúde pública realizam o diagnóstico laboratorial da doença, incluindo pesquisas de anticorpos IgM e IgG para sarampo, rubéola e Síndrome da Rubéola Congênita, bem como o diagnóstico diferencial para dengue, Parvovirus B19 e Herpes Vírus 6. A eliminação da transmissão autóctone do vírus é uma realidade sustentável e deverá ser certificada pela Organização Pan-Americana da Saúde. (BRASIL, 2009).

2.4 RUBÉOLA E SÍNDROME DA RUBÉOLA CONGÊNITA

Doença exantemática aguda viral, que apresenta alta contagiosidade, acometendo principalmente crianças. Um caso suspeito de rubéola é todo paciente que apresenta febre e exantema maculopapular, acompanhado de linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical, independentemente da idade e situação vacinal.

O caso confirmado de rubéola pode ser definido por laboratório, vínculo epidemiológico e clínico. (BRASIL, 2009).

A Síndrome da Rubéola Congênita (SRC) ocorre quando a gestante susceptível adoece de rubéola e o vírus é transmitido pela via transplacentária, com infecção da placenta e feto, logo após a viremia materna.

A infecção pode resultar em malformações de vários tipos, dependendo da fase em que a viremia instalou-se. O vírus, ao infectar o feto, produz infecção crônica que pode representar importante fonte de disseminação do vírus por um período superior a 1 ano de idade. Um caso suspeito de SRC é todo recém-nascido, cuja mãe foi caso confirmado de rubéola ou contato de um caso confirmado de rubéola durante a gestação, e/ou toda criança de até 12 meses de idade que apresente sinais clínicos compatíveis com infecção congênita pelo vírus da rubéola, independentemente da história materna. Os sinais clínicos são representados por cardiopatia congênita (persistência do canal arterial, estenose aortica e pulmonar), glaucoma/catarata congênita e surdez. A confirmação da SRC deve ser laboratorial e deve ser realizada coleta de espécimes clínicos (swab de nasofaringe e urina) para a identificação viral. (BRASIL, 2010).

2.4.1 Epidemiologia da rubéola e síndrome da rubéola congênita

Para eliminar a rubéola e a SRC, o Brasil realizou Campanha Nacional de Vacinação contra a rubéola em 2008, em que foram vacinadas cerca de 70 milhões de pessoas. Entre 2007 e 2008, foram confirmados 10.654 casos de rubéola e, em 2009, nenhum caso da doença foi confirmado, indicando que houve impacto da campanha de vacinação em relação à transmissão do vírus da rubéola pós-natal. Neste período, foram confirmados 50 casos de SRC e 25 de ICR. Em 2009, foram confirmados 12 casos de SRC e 7 de ICR, o que indica, para o sistema de vigilância, um estado de alerta para novos casos de rubéola, devido a existência de crianças eliminando o vírus por, pelo menos, 18 meses após o nascimento. Desta forma, a intensificação da vigilância epidemiológica da rubéola deve permanecer ativa até o final de 2011. Os casos de SRC e ICR de 2009 foram de mães que adoeceram em 2008, durante os surtos de rubéola no país. Casos de rubéola ocorreram na faixa etária de adolescentes e adultos jovens (14 – 30 anos de idade) em ambos os sexos. (BRASIL, 2010).

2.4.2 Desafios de controle a rubéola e síndrome da rubéola congênita

Os desafios enfrentados pela vigilância epidemiológica das doenças exantemáticas são manter eliminada a circulação do vírus do sarampo, interromper a transmissão endêmica do vírus da rubéola e alcançar a meta de eliminação da rubéola e da síndrome da rubéola congênita no país. (BRASIL, 2010).

2.5 SÍFILIS

A sífilis é uma doença infecciosa, de evolução crônica, de transmissão sexual (sífilis adquirida) ou vertical (sífilis congênita), causada pelo *Treponema pallidum*. Casos em gestantes e a sífilis congênita são um grande problema de saúde pública no país, devido a sua elevada taxa de prevalência, de transmissão vertical e alta mortalidade. A sífilis adquirida tornou-se, em setembro de 2010, uma doença de notificação compulsória; entretanto, a notificação de casos de sífilis congênita é compulsória desde 1986 e, de sífilis em gestantes, desde 2005. (BRASIL, 2010).

Conforme quadro 02, para fins de vigilância epidemiológica, será considerado, segundo os critérios, caso de:

Quadro 02: Critérios epidemiológicos

ENDEMICIA	CRITÉRIOS
(I) Sífilis congênita	Primeiro critério - toda criança, ou aborto, ou natimorto de mãe com evidencia clínica para sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente para sífilis com qualquer titulação, na ausência de teste confirmatório treponêmico, realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado. Segundo critério - todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com as seguintes evidências sorológicas: titulações ascendentes (testes não-treponêmicos); e/ou testes não-treponêmicos reagentes após 6 meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico); e/ou testes treponemo os reagentes após 18 meses de idade; e/ou títulos em teste não-treponêmico maiores do que os da mãe. Terceiro critério - todo indivíduo com menos de 13 anos de idade, com teste não-treponêmico reagente e evidencia clínica ou liquorica ou radiológica de sífilis congênita. Quarto critério - toda situação de evidencia de infecção pelo <i>T. pallidum</i> em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biopsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto.
(II) Sífilis em gestantes	Gestante que, durante o pré-natal, apresente evidencia clínica de sífilis e/ou sorologia não-treponêmica reagente, com teste treponêmico positivo ou não realizado.
(III) Sífilis adquirida (suspeição)	Indivíduo com evidencia clínica de sífilis e/ou sorologia não-treponêmica reagente.
(IV) Sífilis adquirida (confirmação)	Indivíduo com teste treponêmico reagente.

Fonte: Brasil (2010).

2.5.1 Epidemiologia da sífilis

A Organização Mundial de Saúde estimou, em 1999, a incidência global anual das 4 doenças sexualmente transmissíveis consideradas curáveis (sífilis, Gonorreia, clamídia e tricomoníase): cerca de 340 milhões de casos. Ao Brasil, correspondem

12 milhões de casos nesta estimativa, sendo que a sífilis adquirida representaria, aproximadamente, 937 mil casos/ano deste total. (BRASIL,2010).

Estudo de representatividade nacional realizado em parturientes, em 2004, estimou uma prevalência de 1,6% da infecção por sífilis, o que representa cerca de 49 mil parturientes portadoras da infecção e uma estimativa de 12 mil nascidos vivos com sífilis (taxa de transmissão vertical de 25%). É importante ressaltar que a prevalência de sífilis em parturientes é cerca de 4 vezes maior do que a prevalência da infecção pelo HIV. (BRASIL, 2010).

Desde a inclusão da sífilis em gestantes na lista de notificação compulsória em 2005 até junho de 2009, foram detectados 19.608 casos no país. A detecção de casos é ainda muito baixa, considerando-se a estimativa de casos esperados, o que também é verdadeiro para os casos de sífilis congênita. De 1998 a junho de 2009, foi notificado no SINAN um total de 55.124 casos, com taxa de incidência, em 2007, de 1,8 por 1.000 nascidos vivos. Quanto a mortalidade por sífilis congênita no país, entre 2004 e 2008 foram declarados 348 óbitos, representando cerca de 28,3% do total de óbitos registrados desde 1996. Em que pese a subnotificação, os dados apresentados indicam elevada magnitude do problema. (BRASIL, 2010).

2.5.2 Desafios de eliminação da sífilis

Em 1995, o Brasil, juntamente com outros países da América Latina e o Caribe, assumiu o compromisso para a elaboração do Plano de Ação, com o objetivo de eliminar a sífilis congênita das Américas. Em 2007, foi lançado, oficialmente, o Plano Operacional para Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis, que pactua com estados e municípios metas para redução escalonada e regionalizada das taxas de transmissão mãe-filho do HIV e da sífilis até 2011. Com este plano, pretende-se aumentar a cobertura de testagem para o HIV e sífilis no pré-natal, a cobertura do tratamento de gestantes com sífilis e seus parceiros e ampliar as ações de prevenção para,

Enfim, atingir a meta de eliminação considerada pelo Ministério da Saúde: o registro de até 1 caso de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos/ano. (BRASIL, 2010).

2.6 DIARRÉIA

A diarreia é a perda aumentada de água e eletrólitos nas fezes com a modificação brusca do hábito intestinal. “Clinicamente apresenta-se como aumento no número de evacuações e/ou pela diminuição da consistência das fezes, associada ou não a vômitos e/ou febre. A percepção materna da mudança do hábito intestinal deve ser valorizada”(BELO HORIZONTE, 2005).

Até 14 dias de evolução, a diarreia é denominada aguda. Caso se prolongue por 14 dias ou mais, é denominada diarreia persistente. Quando a diarreia tem sangue, com ou sem muco, é chamada disenteria. O agente mais comum responsável pela disenteria é a bactéria *Shigella*.

As complicações principais da diarreia são a desidratação e a desnutrição, que podem levar à morte.

A diarreia ainda é um fator importante na morbimortalidade em menores de cinco anos, apesar do avanço incontestável na prevenção da sua complicação, que é a desidratação, através do Soro de Reidratação Oral (SRO), em uso desde a década de 1980. O número de mortes por diarreia no mundo, antes do aparecimento do SRO, era de 5 milhões de crianças/ano, caindo para 3,3 milhões na década de 1990. Entretanto, durante esse período, a incidência de casos de diarreia continua a mesma: 2,6 episódios/criança/ano. A “diminuição desse índice depende do acesso à água potável, ao saneamento ambiental e de hábitos de higiene” (BELO HORIZONTE, 2005).

No ano de 1990, no Brasil, 11,3% das mortes de crianças até cinco anos foram atribuídas à diarreia, e em 2000, 4,5%, embora esse dado não revele as diferenças entre as regiões do Brasil. Na região Nordeste, 30% do total de mortes durante o primeiro ano de vida foram devidas à diarreia, sendo que o risco de morte em crianças menores de cinco anos por diarreia é cerca de quatro a cinco vezes maior nessa região do que na região Sul (DATASUS).

No quadro 03 segue os objetivos do tratamento da diarreia.

Quadro 03: Objetivos do tratamento de diarreia

OBJETIVOS DO TRATAMENTO	Os objetivos da abordagem da criança com diarreia são a manutenção ou recuperação da homeostase hidroeletrólítica e da nutrição adequada.
	Para avaliar a criança com diarreia é necessário saber:
	Por quanto tempo a criança tem tido diarreia;
	Se há sinais de desidratação;
	Se há sangue nas fezes.
	Com esses dados, classifique se a criança tem diarreia aguda ou persistente ou disenteria e se está desidratada.
	Na avaliação do estado de hidratação, seguir os seguintes passos:
	Examinar a condição geral da criança: letárgica ou inconsciente? Inquieta ou irritada?
	Observar se os olhos estão fundos;
	Observar se os olhos estão fundos
	Oferecer líquidos à criança: observar se ela bebe muito mal ou não consegue beber ou bebe avidamente, com sede;
	Pesquisar o sinal da prega: a pele volta ao normal muito lentamente (mais de dois segundos) ou lentamente?

Fonte: Brasil (2010)

Quadro 04: Classificação do estado de hidratação

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO DE HIDRATAÇÃO	Diarreia
	Desidratação grave
	Desidratação e sem desidratação

Fonte: Brasil (2010).

Conforme o Manual de quadros do AIDPI para cada classificação feita com relação ao estado de hidratação da criança há uma abordagem específica, denominada: PLANO A, PLANO B e PLANO C. (BRASIL, 2010)

No PLANO A o tratamento da criança com diarreia e sem desidratação é realizado em casa. A família deve ser bem esclarecida quanto à hidratação e alimentação. No PLANO B para a criança desidratada, deve-se instituir a Terapia de Reidratação Oral (TRO), na UBS, durando, em média, 4 horas. No PLANO C Deve-se suspender a hidratação oral na presença das seguintes condições: Alteração do nível de consciência; Vômitos persistentes (mais de 4/hora); Ausência de ganho ou perda de peso com 2 horas de TRO; Suspeita de íleo paralítico (vômitos biliosos, distensão abdominal e ausência de ruídos hidroaéreos).

2.7 TOSSE E DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

A criança que é levada ao serviço de saúde com queixa de tosse e/ou dificuldade respiratória deve receber atenção cuidadosa, pois a possibilidade de diagnósticos é ampla, “englobando uma variedade de patologias que vão desde o resfriado comum até situações de risco de vida, como pneumonia e crise asmática grave”. (BELO HORIZONTE, 2005)

O profissional de saúde deve estar atento aos sinais e sintomas de alerta e tomar as decisões adequadas o mais rapidamente possível. “É fato que a maioria das paradas cardiorrespiratórias na infância se iniciam com um quadro de insuficiência respiratória que, por esse motivo, deve ser prevenida com a abordagem adequada das afecções de vias aéreas”. (BELO HORIZONTE, 2005)

As afecções respiratórias incluem basicamente as infecções agudas de vias aéreas e a asma. A infecção de vias aéreas pode acometer o trato respiratório superior (nariz, seios paranasais, ouvidos, faringe, amígdalas e laringe) e inferior (traquéia, brônquios, bronquíolos e alvéolos), isolada ou simultaneamente. Caracteriza-se por apresentar um ou mais dos seguintes sintomas e sinais: febre, coriza, obstrução nasal, tosse, dor de garganta, hiperemia de orofaringe, otalgia, dificuldade para respirar e chiado no peito. A asma, apesar de não ter origem infecciosa, é abordada em conjunto pela importância do diagnóstico diferencial. (BELO HORIZONTE, 2005)

A assistência a essas afecções deve ser organizada a partir da definição das funções de cada profissional, trabalhando em equipe, de maneira organizada e sistematizada. Além disso, devem ser observados os sistemas de informação que servem como orientadores para as ações a serem instituídas e de avaliação dos seus resultados. (BELO HORIZONTE, 2005).

2.7.1 RELEVÂNCIA DO PROBLEMA (INFECÇÃO RESPIRATÓRIA)

As infecções agudas de vias aéreas apresentam elevada incidência e respondem por cerca de 30% a 60% de todas as consultas pediátricas ambulatoriais, o que significa enorme demanda para os serviços de saúde.

É importante lembrar que lactentes e crianças pequenas têm cerca de dez episódios de Infecções das Vias Aéreas Superiores (IVAS) por ano, sem significar comprometimento da resposta imunológica (BELO HORIZONTE, 2016).

As IVAS representam, na sua maioria, quadros clínicos benignos e autolimitados, de origem viral. Entretanto, apresentam risco de complicações por infecções bacterianas secundárias, principalmente em crianças menores de um ano, naquelas nascidas com baixo peso e em desnutridas, tornando-se, assim, potencialmente graves.

Algumas doenças respiratórias agudas, principalmente as pneumonias, são causas importantes de hospitalização e morte em crianças abaixo de cinco anos. Sabe-se que aproximadamente um de cada 50 episódios de IVAS, em crianças, evolui para pneumonia que, sem tratamento adequado, ocasiona a morte em 10% a 20% dos casos (BELO HORIZONTE, 2016).

Outro problema significativo em relação às Infecções Respiratórias Agudas (IRA) é o uso indiscriminado de antibióticos, incluindo a automedicação. Como a maioria dos casos tem etiologia virótica, o abuso de antimicrobianos, além de inadequado, pode ser perigoso porque eles expõem a criança ao risco de diversos efeitos colaterais e favorecem o aparecimento de microrganismos resistentes. Além disso, esses medicamentos representam enorme dispêndio de recursos, diminuindo a disponibilidade para seu uso nos pacientes que realmente deles necessitam. (BELO HORIZONTE, 2016).

“Em casos de tosse e/ou dificuldade respiratória, deve-se suspeitar de pneumonia. Se houver taquipneia, deve-se considerar pneumonia e iniciar antibioticoterapia. Se houver tiragem, considera-se pneumonia grave, indicando-se a internação.” (ALVIM e LASMAR, 2009: 26).

Para um efetivo controle das IRAs, é fundamental o conhecimento da frequência e dos fatores de risco associados com morbidade e mortalidade por infecção respiratória em todas as faixas etárias. São incluídos como principais fatores de risco para IRA a baixa renda familiar, a baixa escolaridade da mãe, aglomeração familiar, exposição ao fumo passivo e desmame precoce.

A asma é a doença crônica mais comum da infância, com prevalência estimada entre 10% a 20%, no Brasil. Além disso, cerca de 50% das crianças sibilam até os três anos de idade, com uma média de dois episódios nos primeiros 18 meses. É causa de internações hospitalares, de faltas escolares, de distúrbios do sono e limitação para o exercício físico, podendo afetar o desenvolvimento físico e emocional da criança e interferir na sua relação familiar e social (BELO HORIZONTE: 2016).

2.8 PARASIToses INTESTINAIS

As parasitoses intestinais constituem importante problema de saúde pública no Brasil em decorrência de sua alta prevalência e por favorecer o aparecimento ou agravar a desnutrição (BELO HORIZONTE, 2016).

Representam enorme demanda nos serviços de saúde com dispêndio de recursos públicos desnecessários, incluindo atenção médica individual para problema que pode ser abordado de maneira coletiva e com participação de todos os profissionais da área de saúde (BELO HORIZONTE, 2016).

No atendimento das crianças com parasitose intestinal, percebem-se facilmente as desigualdades na nossa sociedade. A doença parasitária acomete tanto crianças de meio social mais favorecido quanto às submetidas à privação social, mas, enquanto nas primeiras o comprometimento orgânico geralmente é discreto, nas outras as repercussões são muito mais importantes e, às vezes, graves. Exemplos disso são o prolapso retal e a enterorragia da tricocéfaliase, a anemia da ancilostomíase, a obstrução intestinal da ascaridíase, complicações que ocorrem mais frequentemente em crianças desnutridas (BELO HORIZONTE, 2016).

Além disso, a reinfestação é mais comum nas crianças socialmente desprotegidas e implica sucessivos tratamentos, quase sempre desanimadores porque não resolvem o problema, que está ligado às más condições sociais. Por isso, a abordagem social é fundamental, e o tratamento não deve visar somente aos parasitas, mas primordialmente ao hospedeiro e à comunidade.

O principal enfoque no controle das parasitoses deve estar centrado na conquista de melhores condições de vida da população, incluindo renda familiar adequada, acesso à educação e aos serviços de saúde de qualidade, lazer saudável, moradia digna e saneamento básico adequado. É necessário, ainda, que

a população participe de programas de educação para a saúde e tenha condições de fazer o seu autocontrole.

2.9 ANEMIA FERROPRIVA

A anemia é definida como um processo patológico no qual a concentração da hemoglobina está abaixo dos valores considerados normais para os indivíduos sadios do mesmo sexo e faixa etária. Quando ela é resultante da deficiência de ferro, o diagnóstico é de Anemia Ferropriva (QUEIROZ; TORRES, 2012).

A deficiência de ferro é a carência nutricional mais comum e a causa mais frequente de anemia em todo o mundo. É muito comum nos primeiros anos de vida devido a aspectos peculiares do metabolismo do ferro e da alimentação nessa faixa etária. Após o nascimento, a criança precisa absorver grande quantidade de ferro diariamente para manter um nível adequado do mineral, e sua alimentação supre marginalmente as necessidades de ferro nos primeiros anos de vida. Além disso, devem ser consideradas as perdas normais que ocorrem na excreção e as anormais de causas variadas, como nas micro-hemorragias pela alimentação com leite de vaca ou na espoliação parasitária (QUEIROZ; TORRES, 2012).

Apesar de acometer principalmente as crianças de baixo nível socioeconômico, a carência de ferro está presente em todas as categorias sociais e, se não tratada, provocará repercussões importantes no organismo da criança, desde diminuição da imunidade e da resistência às infecções até alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e baixo rendimento escolar. Representa, portanto, importante problema de saúde pública (QUEIROZ; TORRES, 2012).

A anemia ferropriva tem distribuição universal. Cerca de 25% da população mundial é atingida pela carência de ferro, e as crianças de quatro a 24 meses estão entre os grupos mais acometidos. Não existem, no Brasil, dados nacionais sobre a prevalência de anemia ferropriva, mas estudos localizados mostram percentagem variando entre 50 e 83% nos lactentes (QUEIROZ; TORRES, 2012).

Apesar dessa alta prevalência, o tratamento é relativamente simples e apresenta bons resultados, sem efeitos colaterais importantes.

2.10 MALÁRIA

Doença infecciosa febril aguda, causada por protozoários do gênero *Plasmodium*, caracterizada por febre alta acompanhada de calafrios, suores e

cefaléia, que ocorrem em padrões cíclicos, a depender da espécie do parasito infectante (BRASIL, 2010).

Possui uma fase sintomática inicial, caracterizada por mal-estar, cefaléia, cansaço, mialgia, náuseas e vômitos, que geralmente precede à clássica febre da malária. O ataque paroxístico inicia-se com calafrio que dura de 15 minutos até uma hora, sendo seguido por uma fase febril, com temperatura corpórea podendo atingir 41°C ou mais. Após um período de duas a seis horas, ocorre efervescência da febre e o paciente apresenta sudorese profusa e fraqueza intensa.

Após a fase inicial, a febre assume um caráter intermitente, dependente do tempo de duração dos ciclos eritrocíticos de cada espécie de plasmódio: 48 horas para *Plasmodium falciparum* (*P. falciparum*) e *Plasmodium vivax* (*P. vivax*) - e 72 horas para *Plasmodium malariae* (*P. malariae*) (BRASIL, 2010).

De um modo geral, as formas brandas são causadas pelo *P. malariae* e *P. vivax* as formas clínicas mais graves são causadas pelo *P. falciparum*, especialmente em adultos não imunes, crianças e gestantes, que podem apresentar manifestações mais graves da doença. O quadro clínico pode evoluir para formas clínicas de malária grave e complicada (BRASIL, 2010).

Reveste-se de importância epidemiológica, por sua gravidade clínica e elevado potencial de disseminação, em áreas com densidade vetorial que favoreça a transmissão. Concentrada na região Amazônica causa consideráveis perdas sociais e econômicas na população sob risco. (BRASIL, 2010).

Os sintomas da malária são: Paludismo, impaludismo, febre palustre, febre intermitente, febre terçã benigna, febre terçã maligna, além de nomes populares, como maleita, sezão, tremedeira, batedeira ou febre.

No Brasil, três espécies de *Plasmodium* causam malária: *P. malária* e, *P. vivax* e *P. falciparum*. A malária por *Plasmodium ovale* (*P. ovale*) ocorre apenas no continente africano. Entretanto, ocasionalmente pode ser diagnosticado no Brasil casos importados, devendo ser tratado da mesma forma que a malária por *P. vivax* (BRASIL, 2010).

Popularmente, os vetores da malária são conhecidos por "carapanã", "muriçoca", "sovela", "mosquito-prego" e "bicuda", que compreende mais de 400 espécies. No Brasil, as principais espécies transmissoras da malária, tanto na zona rural quanto na zona urbana, são: *Anopheles darlingi*, *Anopheles aquasalis*, *Anopheles albitarsis*, *Anopheles cruzii* e *Anopheles bellator*. A espécie

Anopheles darlingi é o principal vetor no Brasil, destacando-se na transmissão da doença pela distribuição geográfica, antropofilia e capacidade de ser infectado por diferentes espécies de plasmódios (BRASIL, 2010).

Através da picada da fêmea do mosquito *Anopheles*, infectada pelo *plasmodium*. Os esporozoítos, formas infectantes do parasito, são inoculados na pele do homem sadio por meio da saliva da fêmea do *Anopheles* infectada por *Plasmodium*. A fêmea é infectada ao sugar o sangue de uma pessoa com formas sexuadas do parasito (gametócitos), que se reproduzem no interior do hospedeiro invertebrado dando origem ao ciclo sexuado ou esporogônico, que dependendo da temperatura e da espécie do *Plasmodium* pode durar de 7 a 15 dias. O vetor tem hábitos alimentares nos horários crepusculares, entardecer e amanhecer; todavia, em algumas regiões da Amazônia, apresentam-se com hábitos noturnos, picando durante todas as horas da noite. Não há transmissão direta da doença de pessoa a pessoa. Raramente podem ocorrer transmissões, por meio de transfusão de sangue infectado, uso compartilhado de seringas e, mais raro ainda, por via congênita. O período de incubação da malária varia de acordo com a espécie de plasmódio. Para *P. falciparum*, de 8 a 12 dias; *P. vivax*, 13 a 17; e para *P. malariae*, 18 a 30 dias (BRASIL, 2010).

Qualquer doente que, em consequência da malária, esteja inapto a receber medicação oral, apresente algum grau de disfunção orgânica, ou tenha alta contagem da parasitemia, encontra-se sob risco de morrer por uma das complicações da doença. O aparecimento de hipertermia, forte cefaleia, sonolência, convulsões, anemia intensa, dispnéia, vômitos repetidos, insuficiência renal aguda, edema pulmonar agudo, hipoglicemia, disfunção hepática, hemoglobinúria (hemólise intravascular aguda maciça) hipotensão arterial, oligúria, icterícia, distúrbio da consciência e choque, constituem os sinais clínicos de alerta de malária grave. As formas graves estão relacionadas à parasitemia elevada, acima de 2% das hemácias parasitadas, podendo atingir até 30% dos eritrócitos.

O tratamento da malária visa principalmente a interrupção da esquizogonia sanguínea, responsável pela patogenia e manifestações clínicas da infecção.

Entretanto, pela diversidade do seu ciclo biológico, é também objetivo da terapêutica proporcionar a erradicação de formas latentes do parasito no ciclo tecidual (hipnozoítos) do *P. vivax*, evitando assim as recaídas tardias. Para atingir esses objetivos, diversas drogas são utilizadas, cada uma delas agindo de forma

específica, tentando impedir o desenvolvimento do parasito no hospedeiro. O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente essas drogas em todo o território nacional, por intermédio das unidades do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2010).

Quadro 05: Atribuições específicas dos enfermeiros de atenção no controle da malária

ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DOS ENFERMEIROS DE ATENÇÃO BÁSICA/SAÚDE DA FAMÍLIA NO CONTROLE DA MALÁRIA CONFORME O MINISTÉRIO DA SAÚDE (NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA)	• Identificar suspeitos de malária;
	• Notificar os casos suspeitos e confirmados de malária;
	• Encaminhar ao setor competente a ficha de notificação, conforme estratégia local;
	• Realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão;
	• Solicitar o retorno do paciente após o término do tratamento para a coleta de lâmina de verificação de cura (LVC);
	• Orientar os ACS e ACE para acompanhamento dos casos em tratamento e em ocasiões especiais realizar o tratamento supervisionado;
	• Contribuir e participar das atividades de educação permanente dos membros da equipe quanto à prevenção, manejo do tratamento, ações de vigilância epidemiológica e controle da malária;
	• Enviar semanalmente ao setor competente as informações epidemiológicas referentes à malária da área de atuação da UBS. Analisar os dados e planejar as intervenções juntamente à equipe de saúde;
	• Realizar assistência domiciliar, quando necessário;
	• Planejar, gerenciar, coordenar e avaliar as ações desenvolvidas pelos ACS.

Fonte: [http:// www.saude.gov.br/bvs](http://www.saude.gov.br/bvs)

O tratamento adequado e oportuno da malária é hoje o principal alicerce para o controle da doença. A decisão de como tratar o paciente com malária deve ser precedida de informações sobre os seguintes aspectos: gravidade da

doença; espécie de plasmódio; idade do paciente; história de exposição anterior à infecção suscetibilidade dos parasitos aos antimaláricos convencionais. (BRASIL, 2010).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Para se alcançar ao objetivo proposto neste estudo, utilizou-se a abordagem qualitativa. O método qualitativo é recomendado quando se conhece pouco a respeito de um fenômeno ou se pretende descrevê-lo de acordo com o ponto de vista do sujeito, aplicando-se, portanto, à questão que norteia esta pesquisa (BRASIL, 2010).

Segundo Vergara (2005) a pesquisa de campo é investigação empírica realizada no local onde ocorre ou ocorreu um fenômeno ou que dispõe de elementos para explicá-los. A pesquisa qualitativa não procura enumerar ou medir os eventos estudados, nem emprega instrumental estatístico na análise dos dados, envolve a obtenção de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 2008).

Esta investigação configura um estudo descritivo, realizado a partir de referências bibliográficas da área da saúde sobre doenças que acometem crianças de 0 a 5 anos, estudo de casa da aldeia praia do índio do município de Itaituba-Pa.

Este estudo tem caráter exploratório, isto é, ele mostra aspectos subjetivos, com pesquisa bibliográfica, que é a atividade de localização e consulta de fontes diversas de informações escritas, para coletar dados gerais ou específicos a respeito de um tema, sendo quantitativa, com questionário para apurar informações. Para obtenção dos resultados será utilizado como metodologia o estudo de caso baseado na pesquisa qualitativa.

Os critérios de inclusão utilizados para a pesquisa serão: crianças na faixa etária preestabelecida de 0 a 5 anos, da aldeia praia do índio do município de Itaituba-Pa.

3.2 ÁREA DE ESTUDO

Inicialmente, serão pesquisadas algumas características quanto às doenças mais frequentes em crianças de 0 a 05 anos. A partir da leitura e fichamento, os principais aspectos serão organizados nas seguintes temáticas: as principais doenças em crianças: determinantes e fatores de risco; utilização de serviços de saúde entre crianças; seguimento sobre as doenças acometidas na infância.

Este é um estudo epidemiológico do tipo transversal. A detecção das doenças será realizada através dos questionários respondidos pelos entrevistados. Os dados serão apresentados em percentagens referentes as informações coletadas conforme questionário apresentado aos entrevistados.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O trabalho foi realizado durante o período de julho a outubro de 2017, na aldeia Praia do Índio, que está localizada a 07 km da cidade de Itaituba-Pa, a qual possui uma população de com 25 famílias, sendo 6 de brancos, segundo a FUNAI.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA E ANALISE DE DADOS

Foi aplicado primeiramente em cada família um questionário padrão, baseado em um conjunto de 10 questões entre objetivas e de múltipla escolha, levando-se em consideração a situação de saúde, higiene e saneamento básico.

Após a coleta dos dados foi elaborado quadro de respostas das famílias indígenas.

3.5 ÉTICA NA PESQUISA

Foram esclarecidas as condições da pesquisa e de forma clara e objetiva do trabalho, sendo informado que os dados obtidos seriam somente para pesquisa e as informações não trouxe nenhum risco ou prejuízo, ficando guardado com o pesquisador. Nessa pesquisa todos os participantes foram informados sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguindo as normas da Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No que se refere à quantidade de famílias visitadas durante a atuação do trabalho, somam-se ao fim da pesquisa um total de 10 famílias indígenas entrevistadas, acompanhadas através de visitas domiciliares na aldeia pesquisada.

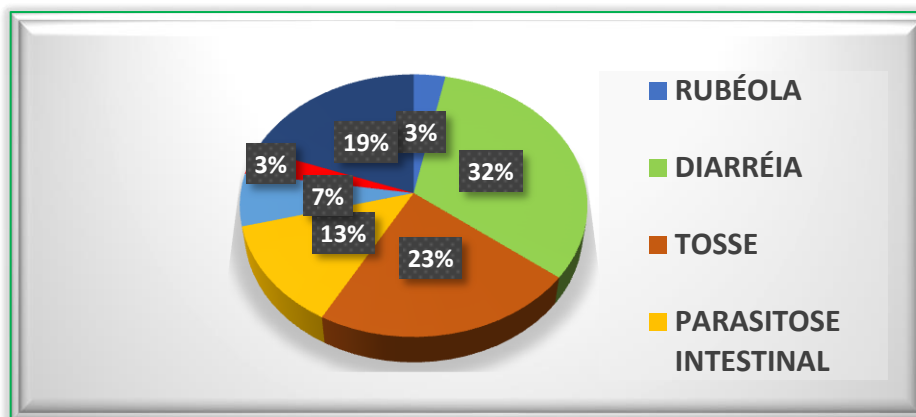
Através das visitas domiciliares foi possível fazer uma análise em relação referente ao tema abordado neste trabalho, tanto na relação mãe/filho como mãe/família das crianças acometidas de doenças mais comuns na aldeia pesquisada, abordando perguntas referentes ao tema.

Com o auxílio do questionário que foi utilizado para nortear esta pesquisa pode-se perceber que as mães das famílias entrevistadas estão atentas quanto a saúdes de seus filhos, as mesmas têm acesso às Unidades de Saúde, devido a assistência dos profissionais de saúde que as assiste.

E para que fosse feita uma análise da temática do trabalho se perguntou as famílias entrevistadas:

Questão 1: O seu filho tem ou teve alguma das doenças relacionadas abaixo?

Gráfico 01: Algumas doenças relacionadas aos filhos



Fonte: Questionário das famílias da aldeia Praia do Índio/2017

Os dados apresentados no gráfico 01 constituem os diagnósticos referidos pelas mães sobre os episódios de doenças dos seus filhos ocorridos na aldeia Praia do Índio. Nesse levantamento domiciliar são considerados dados de doenças referida pela população investigada. Onde 32% das crianças já tiveram diarreia, 23% tosse, 19% gripe, 13% parasitose intestinal, 7% anemia, 3% asma e 3% rubéola.

Conforme a resposta dada ao questionário, a diarreia é a doença mais frequente nas crianças da aldeia Praia do Índio.

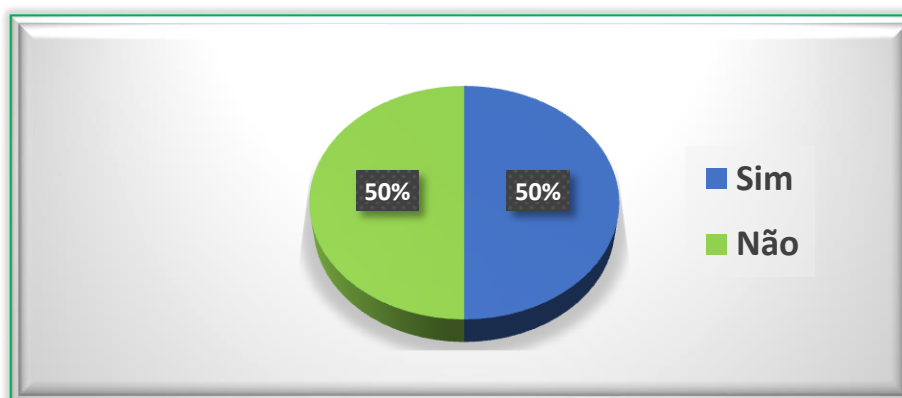
A diarreia é a perda aumentada de água e eletrólitos nas fezes com a modificação brusca do hábito intestinal. Clinicamente apresenta-se como aumento no número de evacuações e/ou pela diminuição da consistência das fezes, associada ou não a vômitos e/ou febre. A percepção materna da mudança do hábito intestinal deve ser valorizada (BELO HORIZONTE, 2005).

Até 14 dias de evolução, a diarreia é denominada aguda. Caso se prolongue por 14 dias ou mais, é denominada diarreia persistente. Quando a diarreia tem sangue, com ou sem muco, é chamada disenteria. O agente mais comum responsável pela disenteria é a bactéria *Shigella*.

As complicações principais da diarreia são a desidratação e a desnutrição, que podem levar à morte. A diarreia ainda é um fator importante na morbimortalidade em menores de cinco anos, apesar do avanço incontestável na prevenção da sua complicação, que é a desidratação, através do Soro de Reidratação Oral (SRO), em uso desde a década de 1980.

Em relação à pergunta 02: As crianças ficam doentes frequentemente?

Gráfico 02: Crianças ficam frequentemente doentes



Fonte: Questionário das famílias da aldeia Praia do Índio/2017

Conforme o gráfico 02, 50% das mães entrevistadas disseram “Sim” e 50% disseram não. Compreende-se que estas mães percebem sinais de certas doenças que acometem seus filhos, possuindo algumas noções sobre hidratação, alimentação entre outras. Na maioria das vezes, estas atitudes estão ligadas às experiências anteriores com a criação dos filhos mais velhos e com pessoas da família; acrescenta-se também a questão das informações que os profissionais da Unidade de Saúde que atendem essas famílias lhes passam, permitindo o acesso às informações e o conhecimento dos cuidados e sinais de certas doenças. Observa-se que existe um aspecto forte norteando a mãe no cuidado com a criança doente, ou

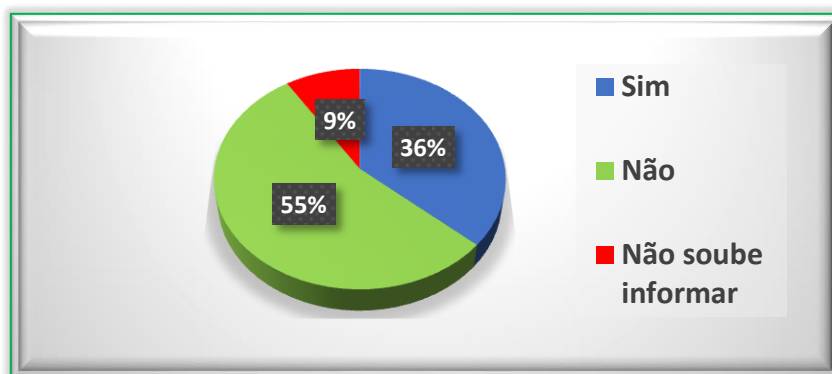
seja, esta elege um critério para tomar a conduta de levar a criança ao médico. A febre costuma ser este indicador, orientando as mães na decisão de procurar assistência médica. Para BOLTANSKI (2009):

“... as mães guiam-se pelo comportamento da criança manhosa, calma demais ou cansada, pelo apetite, ou em função das dores de que ela se queixa. Mas esses sinais são apenas secundários, e é a febre que constitui para as mães o sintoma mais claro de doença”. (BOLTANSKI (2009: 23).

O autor também coloca o uso dos remédios pelas mães, enfatizando que elas possuem remédios conhecidos, compondo uma “farmácia familiar”. A “medicina familiar”, segundo este autor, é considerada imitativa, ou seja, as mães reproduzem gestos e palavras dos médicos, memorizando alguns medicamentos, sintomas e nomes de doenças. Esses aspectos estão relacionados com o processo de medicalização da atenção à saúde; observa-se que a mãe valoriza, sobremaneira, a terapêutica medicamentosa.

Quando questionados na questão 03: O seu filho (a) precisou de cuidados especiais por causa de sua de saúde? As famílias responderam:

Gráfico 03: Cuidados especiais por causa da saúde

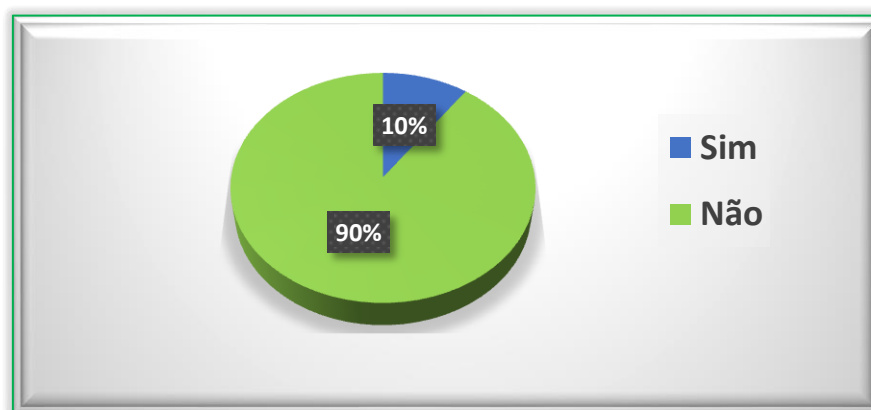


Fonte: Questionário das famílias da aldeia Praia do Índio/2017

55% das famílias responderam que “Sim”, que todas as vezes que a criança precisou de cuidados especiais as mesmas foram hospitalizadas e entre os casos mais comuns de doenças foram prisão de ventre, febre alta e delírios. Os 36% responderam que “Não”, já 9% correspondem as famílias mais antigas que ainda se prendem aos seus costumes familiar e não souberam responder.

Quando questionados a respeito se a mãe teve dificuldade para ter atendimento do seu filho por causa da de saúde dele, na questão 04, elas responderam:

Gráfico 04: Dificuldades para atendimento do filho



Fonte: Questionário das famílias da aldeia Praia do Índio/2017

Conforme os Princípios norteadores do cuidado na saúde da criança que está na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil do Ministério da Saúde/2004:

Está garantido na Constituição Federal: “A Saúde é um direito de todos e um dever do Estado”. E de acordo com os princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência deve ser universal, igualitária e equitativa. Ou seja, além de oferecer o atendimento indiscriminado, a pessoa deve ser tratada na sua individualidade. Não basta acolher a todos para que o tratamento seja bem-sucedido. Há que se levar em consideração as especificidades de cada paciente. BRASIL 2004: 5).

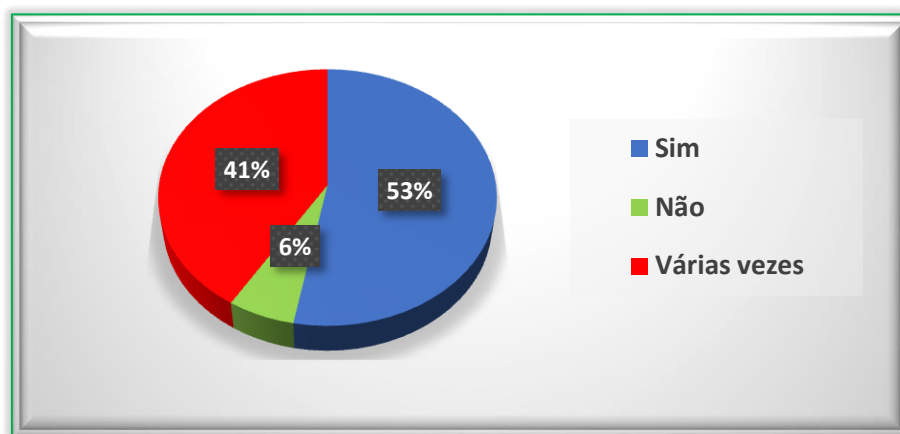
A legislação brasileira, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente, reforça o compromisso pela promoção do bem-estar desses pequenos cidadãos. Responsabilidade esta que não é apenas da família, mas do Estado e da sociedade como um todo.

Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde. Os programas desenvolvidos buscam oferecer um atendimento médico mais humano e de melhor qualidade para as nossas crianças.

Na 5ª questão, quando foram questionadas com “Sim” ou “Não” em relação se a mesma comunicou a direção da Unidade de Saúde quando percebeu a doença do seu filho, todas disseram que sim. Percebeu-se com isso que as ações básicas da saúde da criança vêm sendo desenvolvidas e é de extrema importância a participação da família no cuidado e as mães devem ser orientadas, incentivadas e estarem seguras dos cuidados com a criança. Portanto, é uma relação que se dá no processo de trabalho, no cotidiano do cuidado à criança, buscando a atenção integral à saúde.

Na seguinte pergunta de número 05, questionou-se as mães: Seu filho já teve que retornar a unidade de saúde com a mesma doença?

Gráfico 05: Retorno a Unidade de Saúde com a mesma doença



Fonte: Questionário das famílias da aldeia Praia do Índio/2017

53% das mães responderam que sim devido suas crianças terem recaída com a mesma doença. Já as 41% disseram que não, pois o tratamento que os mesmos receberam teve eficácia.

É preciso se criar um modelo assistencial que se comprometa com a atenção integral à saúde da criança depende da organização dos serviços, os mesmos devem: incorporar a organização do processo de trabalho integrado entre os agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família, equipes de unidades básicas de saúde, atenção especializada, serviços de urgências, ações complementares de assistência (farmacêutica, apoio diagnóstico) e atenção hospitalar, além das ações Inter setoriais que envolvem a criança e a família na área indígena.

Segundo Merhy (2002), existem várias modalidades de atendimento à criança, as do núcleo específico de competência de cada profissional e aquelas do campo do cuidado que pode ser realizada por qualquer trabalhador comprometido com a construção da resposta para uma necessidade de saúde (CECÍLIO, 2001). Esta estratégia de abordagem permite envolver toda a equipe no acompanhamento da criança, possibilita uma abordagem integral da saúde e ajuda a equacionar a agenda dos profissionais.

Brasil (2004) propõe para atenção básica linhas de cuidado que privilegiam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento

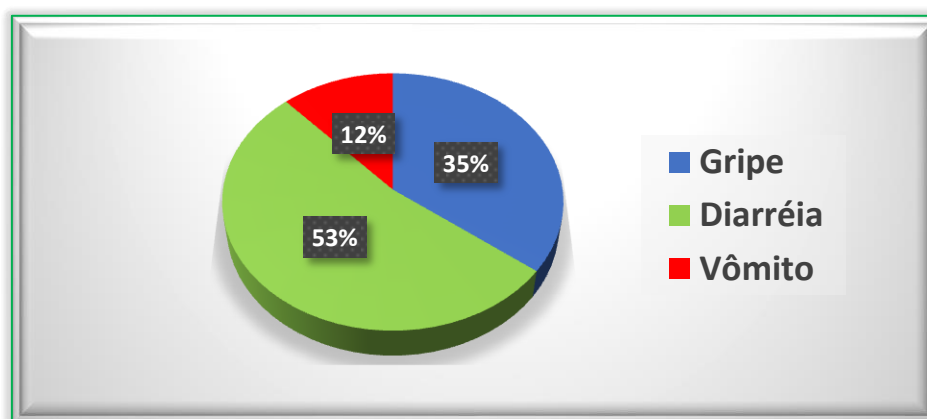
materno e alimentação saudável, prevenção de distúrbios nutricionais, imunização e atenção às doenças prevalentes, saúde bucal, saúde mental, prevenção de acidentes e maus-tratos, além de ações específicas dirigidas à mulher e ao recém-nascido.

O seguimento da criança tem a potência de estreitar e manter o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades de abordagem para a promoção de hábitos de vida saudáveis, vacinação, prevenção de problemas e agravos e provendo o cuidado em tempo oportuno.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança. Toda criança deve receber a “Caderneta de Saúde da Criança” (CSC - MS), de preferência ainda na maternidade. Implantada desde 2005, é o documento onde são registrados os dados de identificação da criança, da história obstétrica e neonatal, da alimentação, do crescimento e desenvolvimento, da saúde bucal, auditiva e visual, as vacinações, além do registro das intercorrências clínicas. Contém ainda orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos como acidentes e violência doméstica. Entregue às famílias na maternidade, deve acompanhar a criança sempre que esta for levada a qualquer serviço de saúde. O registro correto e completo das informações é requisito básico para vigilância e promoção da saúde infantil, além do diálogo com a família, favorecendo sua maior adesão e co-responsabilização pelas ações de vigilância à saúde. As visitas domiciliares ou os atendimentos de saúde na UBS são oportunidades de entrar em contato com este cartão fazendo atualizações

As mães foram questionadas na questão 6 a respeito de quais as doenças mais frequentes em sua aldeia? Dentre as citadas, qual a mais comum?

Gráfico 06: Doenças mais frequentes na aldeia



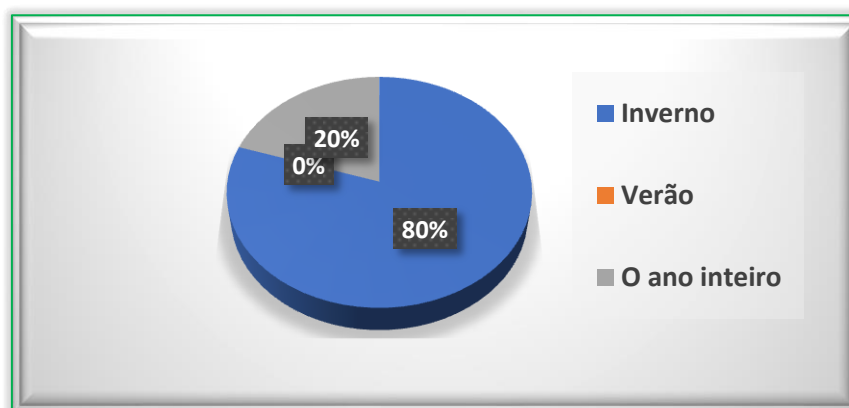
Fonte: Questionário das famílias da aldeia Praia do Índio/2017

Dentre as doenças em que as mães tiveram que retornar com seus filhos a Unidade Saúde estão a gripe e a diarreia. Nota-se que a maioria das enfermidades mencionadas pelas mães é do grupo de doenças do aparelho respiratório. Vários estudos apontam as doenças respiratórias agudas como a principal causa de demanda aos serviços de saúde e, geralmente, aparecem associadas ao aspecto nutricional (MONTEIRO, 2009: 91).

A faixa etária tem grande importância na presença da doença respiratória, sendo as crianças mais novas, as mais atingidas, e nas demandas aos serviços de saúde, em vários contextos socioeconômicos, as frequências encontradas vão de 4 a 8 episódios de doença respiratória por criança ao ano, em menores de 5 anos de idade. (MONTEIRO, 2009: 92).

Devido em nossa região termos apenas dois climas, questionou-se: Em que época do ano as crianças ficam mais doentes em sua aldeia?

Gráfico 07: Época do ano que as crianças ficam mais doentes



Fonte: Questionário das famílias da aldeia Praia do Índio/2017

80% das mães entrevistadas responderam que o inverno é a época do ano em que seus filhos ficam mais doentes.

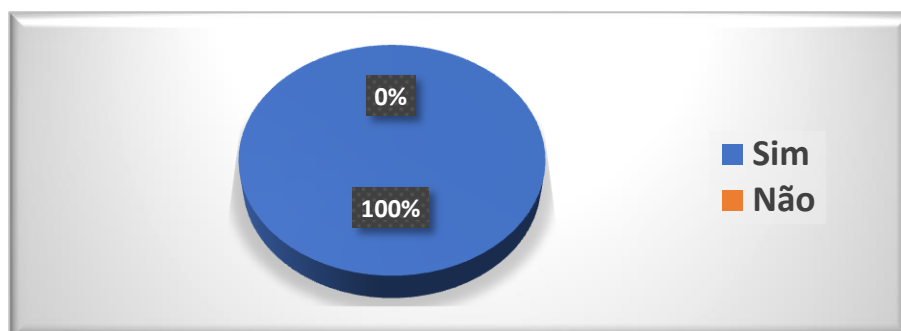
Sendo o inverno a estação mais fria do ano, as crianças exigem cuidado redobrado com a saúde. As infecções respiratórias são as vilãs dessa estação e muitos sofrem com as mais comuns, como sinusite, otite, pneumonia, gripe, resfriado, rinite, asma, amigdalite, bronquite... Os sintomas são muito semelhantes e uma avaliação médica é fundamental para a definição adequada do diagnóstico”, enfatizando que as atitudes mais corretas nesse período, que asseguram uma prevenção adequada, são “evitar ambientes fechados com pessoas doentes, lavar as mãos e proteger a boca ao tossir”.

É a gripe que apresenta a maior taxa de complicações, como pneumonia pelo próprio vírus ou outras bactérias oportunistas. A transmissão ocorre por meio de secreções das vias respiratórias da pessoa contaminada, ao falar, tossir, espirrar, ou pelas mãos, que, depois do contato com superfícies recém-contaminadas por secreções respiratórias, podem levar o agente infeccioso direto à boca, olhos e nariz. As recomendações para reduzir o contágio são evitar locais fechados, lavar sempre as mãos com água e sabão, manter a janela do transporte coletivo aberta mesmo em dias mais frios, para a circulação de ar, e descartar corretamente no lixo os lenços de papel.(MONTEIRO, 2014).

A gripe é a maior vilã do inverno. Causada pelo vírus Influenza, apresenta quadro clínico mais complexo que o resfriado, com febre alta, dores pelo corpo, dor de cabeça, mal-estar, dor de garganta e tosse. Na gripe, os sintomas aparecem subitamente, ao contrário do resfriado, no qual eles surgem gradualmente. O modo de transmissão é igual ao do resfriado e o tempo de doença costuma ser de até duas semanas.

Na questão 9 questionou-se: É comum as doenças citadas entre as crianças na sua aldeia?

Gráfico 08: É comum as doenças citadas entre as crianças na sua aldeia



Fonte: Questionário das famílias da aldeia Praia do Índio/2017

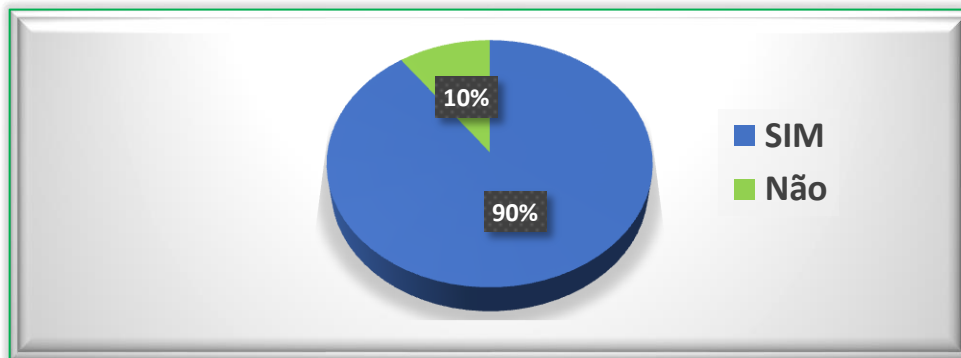
Todas responderam que sim.

As doenças diarréicas e respiratórias persistem como graves problemas para a criança da aldeia pesquisada. Entre as doenças respiratórias, as alergias, pneumonias e a asma constituem motivo frequente de consultas nas Unidades Básicas de Saúde e serviços de urgência, o que demanda equipes de saúde qualificadas para uma atenção integral, evitando-se internação hospitalar.

As parasitoses intestinais seguem com prevalência significativa nas crianças das famílias entrevistadas, interferindo no desenvolvimento adequado da criança, o que demanda, conjuntamente com a doença diarréica.

Para finalizar este trabalho questionou-se as mães entrevistadas: Você vai com frequência a Unidade de Saúde quando seu filho apresenta alguma doença?

Gráfico 09: Frequência a Unidade de Saúde quando o filho apresenta doença



Fonte: Questionário das famílias da aldeia Praia do Índio/2017

A maioria das mães responderam que sim, que vai com frequência a Unidade de Saúde quando seu filho apresenta alguma doença, correspondendo a 90%.

A atenção centrada na pessoa e na família baseia-se em dignidade e respeito; compartilhamento de informações completas entre os envolvidos (família e profissionais); participação e colaboração de todos nas decisões; implementação e monitoramento sobre a atenção a saúde prestada (JOHNSON, et al., 2008)

A visita domiciliar é entendida como um método, técnica e instrumento, constitui-se como um momento rico, no qual se estabelece o movimento das relações, ou seja a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento favorecendo que os grupo familiares ou comunidades se constituem e se torna o momento de realizar orientações, educação em saúde, a partir das dúvidas referidas das questões conversadas (BRASIL, 2010).

Importante ressaltar também que a visita se estabelece *in loco*, permeando o lugar do seu cotidiano, do seu mundo vivido e enfrentado, de acordo com sua visão de mundo. Atualmente, a visita domiciliar é utilizada pelos mais diversos profissionais, objetivando atender o indivíduo na sua integralidade. Daí decorre a importância de, nesta abordagem, trabalhar com objetividade um resultado esperado. A visita domiciliar reúne pelo menos três tecnologias leves a serem aprendidas e desenvolvidas, as quais são: a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando o diálogo com a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; e o relato oral ou história, espaço onde as pessoas revelam como dão sentido às suas vidas.

CONCLUSÃO

Atualmente, no processo de transformação das práticas em saúde, no nosso país, o empenho com a vigilância à saúde das famílias, visando acompanhamento e cuidado no processo saúde–doença, vem constituindo um avanço na atenção primária à saúde.

De acordo com a análise do trabalho, as doenças que mais acometem crianças de 0 a 05 anos na aldeia pesquisada evidencia-se as diarreicas e respiratórias que persistem como graves problemas. As parasitoses intestinais seguem com prevalência significativa.

As mães entrevistadas relatam que percebem as doenças que seus filhos acometem através de sinais e sintomas, destacando-se a febre como um forte indicador para tomar a decisão de procurar assistência médica.

O seguimento da criança é de extrema importância para a detecção precoce, prevenção de riscos e danos e promoção da qualidade de vida de crianças e famílias.

O diferencial na conclusão deste trabalho quanto as doenças que acometem crianças indígenas foram as visitas domiciliares que aconteceram no período de coleta de dados, porque algumas famílias acreditam que a unidade de saúde é o lugar onde tem doença. Por este motivo ficam em suas casas, para receber atendimentos.

Foram momentos de possíveis convivências, nos quais pode haver a produção de uma responsabilização em torno da problemática que iria ser enfrentado, ou mesmo de momentos de confiabilidade nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação.

REFERÊNCIAS

ALVIM, G.C; LASMAR, L.M.L.B.F. **Saúde da Criança e do Adolescente:** doenças respiratórias. Belo Horizonte: Coopmed; Nescon UFMG, 2009.92 p.

Belo Horizonte (ESTADO). Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção à Saúde da Criança**, 1ª Ed. 2005.

BELO HORIZONTE (Estado). Secretaria Municipal de Saúde. Serviço de Apoio Terapêutico/Assistência Farmacêutica. **Asma: um grave problema de saúde pública em pediatria**. Boletim de Informação Terapêutica. Belo Horizonte, 2016.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Trad. de Regina A. Machado. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

BRASIL. JOSÉ AGENOR ÁLVARES DA SILVA. (Ed.). **Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças e agravos**. 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0204_17_02_2016.html>. Acesso em: 17 maio de 2017.

BRASIL. Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90). Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em 10 de maio de 2017.

BRASIL. Ministério Da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**, 2004. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/agenda_compro_crianca.pdf>

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Dengue. In: **Vigilância em Saúde**. 2 ed rev. Brasília: Ministério da Saúde; 2008. n. 21. p.66-100.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**, Departamento de Atenção Básica. – Brasília , 2013. 28 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde, Adaptado do **Manual de quadros do AIDPI**, 2010.

CECÍLIO, L.C. de O. As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção à Saúde. Em Os sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde. Pinheiro, R. e Mattos, R.de A. (org), Rio de Janeiro: Uerj, Ims: Abrasco, 2001.

DATA/SUS/SIH. Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS(SIH/SUS). Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

Dengue. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/web_dengue_crian_25_01>. Acesso em: 17 de abri. 2017.

Decreto Legislativo nº 395 de junho de 2009. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/sinanweb>>. Acesso em: 25 de mai. 2017.

Diarreia. Disponível em<<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nruf.def>>. Acesso em: 15 jun. 2017.

Malária. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 10 de jul. 2017.

MERHY, E.E. Apêndice 1. Ato de cuidar: alma dos serviços de Saúde. Em Merhy, E.E. Saúde: **Cartografia do Trabalho Vivo**. São Paulo: Editora Hucitec, 2002, p. 115-133.

MONTEIRO E.S.C.; COELHO, M.E.; CUNHA, I.S.; CAVALCANTE, M.A.S.; CARVALHO, F.A.A. Aspectos epidemiológicos e vetoriais da dengue na cidade de Teresina, Piauí - Brasil, 2002 a 2006. **Epidemiologia e Serviços**, Brasília, v.18, n.4, dez. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação** – Sinan. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/>>. Acesso em: 25 mai. 2017.

PAIM, J. S, TEIXEIRA M. G. L. C. **Reorganização do sistema de vigilância epidemiológica na perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Scripta Nova. 1992; 5:27-57.

QUEIROZ, S. S; TORRES, M. A. A. Anemia ferropriva na infância. **Jornal de Pediatria**, v. 76, s298-s304, 2012.

Resolução. CNE/CES Nº 3 /2001. Disponível em <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03>>. Acesso em 10 de mai. De 2017.

SILVA, L. J. Vigilância epidemiológica: **a perspectiva de quem é responsável**. ComCiência. 2015: 66.

APENDICE

FAI- FACULDADE DE ITAITUBA

ACADÊMICA: DÉBORA NUNES

TEMA: **DOENÇAS QUE ACOMETEM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS: Análise de pesquisa da aldeia Praia do Índio do município de Itaituba-Pa**

QUESTIONÁRIO A SER APLICADO A FAMÍLIAS DA ALDEIA PRAIA DO ÍNDIO

Prezado (a) Senhor (a), contamos com a sua participação nesta pesquisa que tem como objetivo realizar um estudo (monografia de graduação) para analisar doenças que acometem crianças de 0 a 5 anos.

Nome da mãe: _____

Sexo: _____ Idade: _____ Série que estuda: _____

Endereço: _____

1) O seu filho tem ou teve alguma das doenças relacionadas abaixo?

() DENGUE

() SARAMPO

() RUBÉOLA

() SÍFILIS

() DIARRÉIA

() TOSSE E DIFICULDADE RESPIRATÓRIA

() PARASITOSE INTESTINAL

() ANEMIA FERROPRIVA

() MALÁRIA

() NENHUMA DOENÇA

OUTRA DOENÇA: _____

2) As crianças ficam doentes frequentemente?

() sim

() não

3) O seu filho (a) precisou de cuidados especiais por causa de sua de saúde?

() Sim

() Não.

Se sim, quais?

4) A Senhora teve alguma dificuldade para ter atendimento do seu filho por causa da saúde dele?

() Sim

() Não.

Se sim, quais?

5) A Senhora comunicou a direção da unidade de saúde quando percebeu a doença do seu filho?

() Sim

() Não

6) Seu filho já teve que retornar a unidade de saúde com a mesma doença?

() Sim

() Não.

Se sim, quantas vezes? _____

7) Quais as doenças mais frequentes em sua aldeia? Dentre as citadas, qual a mais comum?

8) Em que época do ano as crianças ficam mais doentes em sua aldeia?

() no inverno

() no verão

() o ano inteiro, sem predomínio de estação

() outra _____

9) É comum as doenças citadas entre as crianças na sua aldeia?

10) Você vai com frequência a unidade de saúde quando seu filho apresenta alguma doença?
