

**UNIVERSIDADE ABERTA DO BRASIL-UAB  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA-UFSM  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE ORGANIZAÇÃO  
PÚBLICA EM SAÚDE/EAD TIO HUGO RS**

**INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS EM  
CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS: REFLEXÃO ACERCA DA  
POLÍTICA DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE**

**ARTIGO**

**Décio Miguel Marcon**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2012**

**INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS EM CRIANÇAS DE  
0 A 5 ANOS: REFLEXÃO ACERCA DA POLÍTICA DE  
PROMOÇÃO E PREVENÇÃO À SAÚDE**

**Décio Miguel Marcon**

Artigo apresentado ao Curso de Pós-Graduação Em Gestão de Organização  
Pública em Saúde/EAD Tio Hugo RS da Universidade Federal de Santa Maria  
(UFSM-RS)

**Orientador: Prof. Ethel Bastos da Silva**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2012**

**Universidade Aberta do Brasil-UAB**  
**Universidade Federal de Santa Maria-UFSM**  
**Curso de Pós-Graduação em Gestão de Organização Pública em**  
**Saúde/EAD Tio Hugo - RS**

**A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova o artigo científico**

**INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS EM CRIANÇAS DE 0 A 5**  
**ANOS:REFLEXÃO ACERCA DA POLÍTICA DE PROMOÇÃO E**  
**PREVENÇÃO À SAÚDE**

Elaborado por  
**Décio Miguel Marcon**

Como requisito parcial para obtenção do grau de  
**Pós-Graduação**

**COMISSÃO EXAMINADORA:**

**Msc. Ethel Bastos da Silva- CPF: 552.456.130-53**  
Presidente/orientadora

**Dra. Marta Cocco da Costa-UFSM – CPF: 823.453.840-34**

**Msc. Andressa de Andrade-UFSM – CPF: 009.872.340-56**

Santa Maria, 15 de dezembro de 2012

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>5</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2 INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS.....</b>	<b>8</b>
<b>3 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA A IRAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE. POLÍTICAS E PROGRAMAS COMO AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>19</b>
<b>5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>21</b>

## RESUMO

As infecções respiratórias agudas são as principais causas da utilização de serviços de saúde por crianças menores de cinco anos, sendo responsáveis por 4 das 13 milhões de mortes anuais que ocorrem no mundo nos países em desenvolvimento. O objetivo deste estudo é refletir sobre políticas de promoção e prevenção à infecção respiratória aguda em crianças de 0 a 5 anos. Trata-se de uma pesquisa com abordagem baseada em artigos científicos encontrados em bases de dados que contemplam o tema. Pode-se observar que as infecções respiratórias agudas em crianças de 0 a 5 anos são caracterizadas por bronquite aguda, rinite (alérgica), sinusite e pneumonia. Os autores têm apontado a atuação de alguns programas de Atenção à Saúde da Criança - IRAs - na Atenção Básica de Saúde. Como ações de promoção e prevenção em âmbito federal pode-se mencionar a estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI); Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN); A puericultura (PPUE); programa de incentivo ao aleitamento materno (PNIAM); o Programa Nacional de Imunização (PNI) com o calendário básico de imunização; além de programas estaduais como o Inverno Gaúcho e o Programa Primeira Infância Melhor (PIM). Estes vêm ao encontro da prevenção, tratamento e reabilitação no combate a infecção respiratória aguda em crianças de 0 a 5 anos, demonstrando a queda dos índices de mortalidade no país e no Estado nesta faixa etária.

**Palavras chaves:** Saúde da Criança. Pneumonia. Ações de promoção à saúde da criança com doença respiratória.

## ABSTRACT

Acute respiratory infections are the main causes of health service use by children under five, accounting for 4 of the 13 million deaths that occur annually in the world in developing countries. The objective of this study is to reflect on policies to promote prevention and acute respiratory infections in children aged 0 to 5 years. It is a research-based approach to scientific articles found in databases that include the theme. It can be observed that the acute respiratory infections in children 0-5 years are characterized by acute bronchitis, rhinitis (allergic), sinusitis and pneumonia. The authors have pointed out the performance of some programs of Health Care for Children - IRAs - in Primary Health As promotion and prevention at the federal level can mention the strategy for integrated management of childhood illness (IMCI) ; National Neonatal Screening program (PNTN) the childcare (PPUE); program encouraging breastfeeding (PNIAM), the National Immunization Program (NIP) with the routine immunization schedule, in addition to state programs such as Gaucho and Winter Better Early Childhood program (IMP). These come out to meet the prevention, treatment and rehabilitation to combat acute respiratory infections in children aged 0 to 5 years, demonstrating the falling mortality rates in the country and state in this age group.

**Keywords;** Child Health. Pneumonia. Actions to promote the health of children with respiratory disease.

# 1 INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias agudas (IRA) acometem grande parte das crianças que procuram atendimento médico, especialmente a pneumonia, que é a principal causa de morte em crianças menores de cinco anos de idade, levando ao óbito, em média, dois milhões de crianças anualmente. Corresponde a um bom número das mortes observadas nos cinco primeiros anos de vida (CUNHA, 2002). No Estado da Rio Grande do Sul, as infecções respiratórias respondem por um quarto de todas as mortes de crianças menores de cinco anos (PRIETSCHI, *et al*, 2008). Além disso, é a principal causa da utilização de serviços de saúde por crianças menores de cinco anos, sendo responsável por 4 das 13 milhões de mortes anuais que ocorrem no mundo em países em desenvolvimento (RIO GRANDE DO SUL, 2007).

As hospitalizações por infecções respiratória agudas em crianças de até 5 anos têm sido um tema importante a ser abordado e estudado, com isso, medidas preventivas e intervenções precoces tem sido importantes para reduzir este quadro, bem como os riscos que levam às internações (PRIETSCHI, *et al*, 2008).

A maioria das crianças atendida pelos serviços de saúde apresentam infecções respiratórias sem gravidade, as quais, se não forem tratadas a tempo, podem evoluir para infecções mais graves. Os profissionais de saúde têm que identificar as crianças com tosse ou dificuldade respiratória que necessitam realmente de tratamento para evitar futuros problemas respiratórios, conforme as orientações do Manual da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), (BRASIL, 2003).

O monitoramento permanente nas crianças, assim como a análise da prevalência e tendência constituem metas a serem alcançadas pelos gestores da saúde, pois a investigação adequada desses casos resulta na melhoria do conhecimento sobre esse importante problema de saúde pública, o que permite desenvolver medidas de controle e prevenção apropriadas. (BRASIL, 2005).

O modelo de municipalização implantado pelo SUS vem ao encontro da responsabilidade pela gestão de um sistema que atenda, com integralidade, à demanda das pessoas pela assistência à saúde e às exigências perante um problema inerente (NOB-SUS 01/96). A gestão plena determina o aprimoramento da atenção básica, verificando-se o

comportamento das internações hospitalares por condições sensíveis (DIAS DA COSTA, *et al*, 2010).

A lei nº 8.080, nos seus artigos 3º e 4º, diz que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Em outras palavras, os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. Desta forma, ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constituem o Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL,1990).

Neste sentido, o objetivo do presente estudo é refletir sobre ações de promoção e prevenção à infecção respiratória aguda em crianças de 0 a 5 anos. Utilizar-se-á abordagem fundamentada em artigos científicos encontrados em bases de dados que contemplam o tema.

## 2 INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS EM CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

As doenças respiratórias caracterizadas por bronquite aguda, rinite (alérgica) e sinusite (rinosinusite crônica) são importantes causas de morbidade em crianças. A prevalência de registros de incidente de bronquite aguda, anualmente, nos Estados Unidos é de 5%, sendo uma das infecções mais comuns que ocorre em crianças menores de cinco anos e responsável por inúmeros casos de hospitalização; a rinite é descrita na literatura como uma das doenças crônicas mais frequentes na infância (SOUZA *et al*, 2012).

Conforme Souza e colaboradores (2012), a rinite e a sinusite são as afecções mais prevalentes das vias aéreas superiores, sendo bastante comuns na prática clínica e de condições frequentemente associadas. O mesmo autor reforça também que a sinusite afeta cerca de 31 milhões de pessoas anualmente nos Estados Unidos, podendo significar diminuição da qualidade de vida, agravamento de comorbidades, além de exigir significativos gastos com saúde.

A pneumonia é percebida como uma das mais graves doenças infantis, com destaque para as seguintes características: alterações no tórax da criança, dificuldade para respirar, presença de febre e convulsão. Para os cuidadores, as alterações no tórax, febre, dificuldade em respirar começando à noite e convulsão são indicativos de doença grave, não sendo encontrado um termo para respiração rápida (PARANHAS, 2011).

As doenças respiratórias recebem uma classificação que é considerada complexa e abrange um amplo espectro de eventos mórbidos, tendo diferentes etiologias e distinta gravidade, comprometendo uma ou mais partes do trato respiratório da criança. Possuem como determinantes imediatos uma gama de vírus e bactérias, alérgenos, agentes químicos e físicos; como determinantes proximais, o grau de exposição da criança a agentes e a susceptibilidade do organismo infantil; como determinantes intermediários, a salubridade do meio ambiente e a nutrição infantil; e como determinantes distais a renda familiar e a capacidade da família em alocar, de forma racional, os recursos de que dispõe, condicionados pela forma de inserção das famílias no processo social de produção (FORNAZARI *et al*-2003, p-666).

Em linhas gerais, no entanto, o baixo nível socioeconômico, as condições ambientais inadequadas, incluindo aglomeração familiar e exposição passiva ao fumo, estado nutricional,

são apontados como os principais fatores de risco envolvidos na ocorrência das infecções respiratórias agudas na infância (MACEDO *et al*, 2007).

Pneumonia é a infecção pulmonar mais comum em bebês. Os sintomas são tosse, dor no peito, febre alta, calafrios e dificuldade para respirar. Estima-se que o pneumococo seja responsável por 17% a 28% das pneumonias adquiridas entre as crianças. A Organização Mundial da Saúde estima que a doença pneumocócica resulte em até um milhão de mortes por ano de crianças com menos de cinco anos de idade em todo o mundo. Está presente em cerca de 40% das crianças menores de cinco anos, mas a evolução da doença dependerá da imunidade de cada uma (GUIA DO BEBÊ, 2012).

### **3 ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA - A IRAS NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE: POLÍTICAS E PROGRAMAS COM AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO.**

Nos segmentos de atenção básica da saúde infantil, a informação aos cuidadores vem sendo a melhor atuação apontada até o momento, seguido de acompanhamento e monitoramentos dos profissionais da saúde responsáveis pelo setor.

Dentro da política de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se o nível local de atenção à saúde como o espaço privilegiado para a identificação das necessidades de saúde. No nível local fortalece-se a participação social, a ação intersetorial, a descentralização das decisões, a utilização de métodos de planejamento ascendente e a formulação de políticas voltadas para a realidade local (CHIESA *et al*, 2008).

A Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, no Canadá, em 1986, a qual estabeleceu uma série de princípios éticos e políticos, definindo os campos de ação. De acordo com o documento, promoção da saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o ambiente natural, político e social. A saúde é, portanto, um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde e vai além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global.

Os métodos de promoção da saúde são ações que garantem a qualidade de vida de indivíduos e coletivamente. São um conjunto de práticas e saberes que influenciam na saúde. Um agregado de decisões individuais que afetam a saúde – não saudáveis – constitui uma abordagem sugere um conjunto de intervenções sobre os estilos de vida que enfatizam, inicialmente, áreas-problemas como o tabagismo, o alcoolismo, as drogas e os hábitos alimentares. Assim, a melhoria da qualidade de vida de alguns grupos sociais mostra que os resultados, em termos de qualidade de vida, variaram de acordo com a extração social do indivíduo (CARVALHO, 2004).

A promoção à saúde deve ter um papel na transformação das condições de vida dos menos favorecidos, favorecendo a participação dos indivíduos e de grupos populacionais em processos decisórios que digam respeito a ações de saúde. Neste sentido é importante o processo de capacitação de indivíduos e de grupos para que tenham controle sobre os determinantes de saúde com o objetivo de alcançarem uma melhor qualidade de vida, cientes da necessidade de mudanças no modo de vida e, também, das condições de vida. Representa, igualmente, uma estratégia de mediação entre as pessoas e o meio ambiente, combinando escolhas pessoais com responsabilidade social com o objetivo de criar um futuro mais saudável (CARVALHO, 2004).

Segundo as Normas sobre Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, das Nações Unidas (ONU), adotadas por sua Assembléia Geral em 20 de dezembro de 1993 (resolução 48/49):

A palavra **prevenção** significa ação destinada a impedir a ocorrência de impedimentos físicos, intelectuais, psiquiátricos ou sensoriais (prevenção primária) ou a evitar que os impedimentos causem uma deficiência ou limitação funcional permanente (prevenção secundária). A prevenção pode incluir muitos tipos diferentes de ação, tais como atenção primária de saúde, atenção pré-natal e pós-natal, educação em nutrição, campanhas de imunização contra doenças transmissíveis, medidas para controlar doenças endêmicas, regulamentações de segurança, programas para prevenção de acidentes em diversos ambientes, incluindo adaptações de locais de trabalho para evitar deficiências e doenças ocupacionais, bem como prevenção de deficiência resultante de poluição ambiental ou conflito armado.

As profissões de saúde relacionadas ao serviço público atuam a partir de dados epidemiológicos com a perspectiva de intervir nas doenças ou agravos de maior frequência (transmissibilidade) e gravidade considerando sua vulnerabilidade à tecnologia existente e o menor custo possível. A rigor, os profissionais privados que atuam na área preventiva têm a perspectiva de identificação precoce através da genética médica ou exames preventivos capazes de intervir na minimização do dano e a prática médica denominada medicina de família não atrelada aos programas de intervenção política e social (PAIM, 1986).

Dentre as iniciativas de maior impacto está a ampliação da Atenção Primária definida como um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, envolvendo promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. É o nível de atenção que representa a entrada no sistema de saúde para as novas necessidades e problemas das pessoas

e comunidades, podendo evitar ou reduzir a frequência de hospitalizações por algumas condições de saúde (BOING *et al-*, 2012).

A organização da atenção básica nas unidades de saúde deve ser entendida como o conjunto de ações de caráter individual ou coletivo, desempenhadas para a promoção da saúde e a prevenção dos agravos, bem como para as ações de assistência aos problemas de saúde. Portanto, a porta de entrada do sistema é preferencialmente a unidade básica de saúde ou a equipe de saúde da família, que compõem o momento privilegiado para prover ações resolutivas, que contemplem integralmente e de forma mais abrangente as necessidades colocadas, para além da assistência à saúde. No entanto, não se pode perder de vista que qualquer local do sistema de saúde e outros espaços sociais se colocam como oportunidade de cuidado e devem prestar atenção integral à criança, além de demandar a atuação da equipe de saúde da família ou da Unidade Básica de Saúde (BRASIL, 2005).

A Política de saúde pública, engloba uma compreensão multidimensional com caracteres social e político, necessariamente presentes nas formulações e execução de políticas de saúde como a disponibilidade de serviços, acessibilidade, organização do serviço, acolhimento, necessidades e aceitação da população, buscando sempre a resolubilidade da atenção em todos os níveis de complexidade do sistema. As dimensões de análise por serem múltiplas e de caráter sócio, econômico e cultural, configuram-no como norteador na construção de políticas públicas alicerçadas no princípio da equidade, no estabelecimento de caminhos para a universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular.( ASSIS ET AL, 2012).

Entre as políticas e programas nacionais que constituem de prevenção e promoção a saúde infantil temos:

A estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) configura um instrumento potencial para a saúde infantil, tendo como enfoque a resposta às demandas da população. Porque aborda de maneira sistematizada os principais problemas de saúde das crianças e família; a contribuição para prevenção, tratamento e seguimento dos problemas de saúde que afetam as crianças menores de 5 anos, assegurando importante impacto sobre a saúde infantil, mediante a atenção às principais causas de mortalidade; contempla os fatores protetores de saúde infantil; contribui para melhorar os conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao cuidado e a manutenção da saúde da criança, tanto nos serviços de saúde, na comunidade e no domicílio. Essa estratégia se vincula, entre outros aspectos, ao conceito de maximizar o alcance da atenção sanitária, de forma sistemática, combinando atenção às enfermidades prevalentes, entre elas as doenças

respiratórias, com ações de vigilância à saúde, ou seja, ações curativas, preventivas e de promoção à saúde para melhoria das condições do crescimento e desenvolvimento infantil (FORNAZARI *et al.*, p. 667, 2003).

Com vistas a uma abordagem atuante no recém nascido, A Triagem Neonatal no Brasil vem ganhando importância desde sua incorporação ao Sistema Único de Saúde por meio da Portaria GM/MS Nº 22, de 15 de janeiro de 1992, determinando a obrigatoriedade do teste para diagnóstico de Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito em todos os recém-nascidos vivos. No ano de 2001, o Ministério da Saúde reavaliou a Triagem Neonatal realizada pelo SUS, e publicou a Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001 criando o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN).

Dentre os principais objetivos do programa, destacam-se a ampliação da gama de patologias triadas (Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias e Fibrose Cística), a busca da cobertura de 100% dos nascidos vivos e a definição de uma abordagem mais ampla da questão, determinando que o processo de Triagem Neonatal envolva várias etapas, como a realização do exame laboratorial, a busca ativa dos casos suspeitos, a confirmação diagnóstica, o tratamento e o acompanhamento multidisciplinar especializado dos pacientes.

Em outras palavras, significam seleção, separação de um grupo, ou mesmo, escolha entre inúmeros elementos que definem, em Saúde Pública, a ação primária dos programas de Triagem, ou seja, a detecção através de testes aplicados numa população – de um grupo de indivíduos com probabilidade elevada de apresentarem determinadas patologias (BRASIL, 2004).

Outro programa estruturado para oferecer Atenção Básica à saúde da criança que têm como metas principais promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, é o Programa de Puericultura (PPUE) que se estende a toda a população na faixa etária que vai do nascimento aos 20 anos incompletos, com seguimento longitudinal e distinto entre as diferentes idades, devendo ser realizado por meio de atendimento ambulatorial individualizado, visitas domiciliares e participação em grupos de educação e socialização (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

A puericultura tem como objetivos vigiar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual; ampliar a cobertura vacinal; promover a educação alimentar e

nutricional; promover a segurança e a prevenção de acidentes; promover a prevenção de lesões intencionais, principalmente no ambiente doméstico; estimular a promoção da saúde e a prevenção das doenças mais comuns na comunidade; promover a higiene física e mental e a prática de atividades de lazer adequadas às faixas etárias; propiciar a socialização, estimulação cultural e adaptação da criança e do adolescente em seu meio social.

Para o recém-nascido suas principais características são a completa dependência do adulto para sobrevivência, grande imaturidade e incapacidade de controlar impulsos e emoções. Trata-se de uma criança que apresenta maiores riscos e necessita de cuidados mais intensos. Portanto, durante a primeira semana de vida, após a alta hospitalar, deverá receber visita domiciliar de uma enfermeira, auxiliar de enfermagem ou agente comunitário de saúde (DEL CIAMPO *et al*, 2006).

O aleitamento materno também é um programa que vem sendo estimulado para as crianças lactentes, pois protege contra a morte por doenças infecciosas; quanto mais leite materno exclusivo uma criança recebe, menor o risco de morrer por diarreia e outras infecções, inclusive as pneumonia. O valor nutricional e imunológico do leite materno e o valor do ato de amamentar e suas consequências fisiológicas são extremamente positivas na saúde da criança (REA, 2003). A prática da amamentação, atualmente, salva a vida de 6 milhões de crianças a cada ano, prevenindo diarreia e infecções respiratórias agudas e sendo responsável por cerca de um terço da diminuição da fertilidade observada nas últimas décadas (VENÂNCIO, 2002).

Dentre os benefícios trazidos pela prática da amamentação, pode-se citar a prevenção contra doenças infecciosas e diarreicas; proteção contra alergias; favorecimento no crescimento e desenvolvimento intelectual, entre outros, além de intensificar as relações da mãe com o neonato (ALMEIDA *et al*, 2008).

No Brasil, a implementação do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) iniciou em 1992 com a ajuda do Ministério da Saúde (MS) e Grupo de Defesa da Saúde da Criança, contando, ainda, com o apoio da UNICEF/OPAS (ALMEIDA *et al*, 2008). O delineamento destas ações se fundamentava em resgatar a prática da amamentação, concebida como nada mais do que um ato natural, instintivo, inato, biológico, próprio do binômio mãe-filho, em que a mãe, mamífera, detém a responsabilidade sobre a saúde de sua cria, reproduzindo na íntegra a concepção higienista de amamentação construída pela medicina no século XIX (GUERRA DE ALMEIDA *et al*, 2004).

A partir da década de 80 foram propostas diversas estratégias e levadas a efeito várias campanhas para aumentar a prevalência da amamentação no Brasil (KUMMER, 2000). Durante a década de 80, diversos trabalhos mostraram que as atividades de amamentação, se bem estruturadas e principalmente, se multissetoriais e bem coordenadas, levavam ao aumento da prática de amamentar. Ações setoriais pró-amamentação têm de ser respaldadas por políticas gerais. Neste aspecto, os estudos de cidades ou países que mostrem avaliação de impacto deste programa têm sido apontados como um programa de saída para a melhora da saúde, em geral, do recém nascido (REA, 2003).

O governo federal dispõe também de alguns programas de imunização que vão ao encontro da diminuição do índice de mortalidade infantil, tendo como parâmetro a Portaria nº 3.318, de 28 de outubro de 2010. Esta lei institui em todo o Território nacional o Calendário Básico de Vacinação da Criança. Em seu art. 1º, “Fica instituído, em todo o território nacional, o Calendário Básico de vacinação da Criança, no âmbito do Programa Nacional de Imunizações (PNI), visando ao controle, à eliminação e erradicação de doenças imunopreveníveis”.

No Art. 4º define-se que “As vacinas e períodos constantes no Calendário Básico de vacinação da Criança, são de caráter obrigatório com a finalidade de assegurar a proteção da saúde pública”. No seu Parágrafo único, determina: “As vacinas que compõem o Calendário Básico de vacinação da Criança, e o respectivo cartão de vacinação serão fornecidos, gratuitamente, pelas unidades de saúde integrantes do SUS. Tendo a Vacina pneumocócica 10 (conjugada) vacina pneumocócica 10 - valente (conjugada), também incluído Vacina oral de rotavírus humano (VORH) vacina rotavírus humano G1P1 (atenuada) (BRASIL – SUS, 2010).

De acordo com o SUS (2012) no Calendário Básico de Vacinação da criança de 2012, a aplicação da vacina pneumocócica 10 (conjugada) deve ser feita no primeiro semestre de vida, administrando 3 (três) doses: aos 2, 4 e 6 meses de idade. O intervalo entre as doses é de 60 dias, ou no mínimo 30 dias. Deve-se fazer um reforço, preferencialmente entre 12 e 15 meses de idade, considerando o intervalo mínimo de seis meses após a 3ª dose.

Para crianças de 7-11 meses de idade o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos 1 (um) mês entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre 12 e 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses. Essa vacina protege as crianças de bactérias tipo pneumococo, que causam doenças graves como meningite, pneumonia, otite média aguda, sinusite e bacteremia. Também está inclusa a

Vacina oral rotavírus humano G1P1 (atenuada), para a qual deve-se administrar duas doses seguindo rigorosamente os limites de faixa etária: primeira dose: 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias. segunda dose: 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias. O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias. Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, não se deve repetir a dose (SUS, 2012).

O Sistema Único de Saúde (SUS) está ampliando o Calendário Básico de Vacinação da Criança com a introdução de vacinas pentavalente, que previne contra difteria, tétano, pertussis, hepatite B e meningites causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo b. Esta será administrada para as crianças com menos de sete anos de idade que estão iniciando ou completando o esquema de vacinação a partir do segundo semestre de 2012 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A influenza é uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório. É de elevada transmissibilidade e distribuição global, com tendência a se disseminar facilmente em epidemias sazonais. A transmissão ocorre por meio de secreções das vias respiratórias da pessoa contaminada ao falar, tossir, espirrar ou pelas mãos, que após contato com superfícies recém-contaminadas por secreções respiratórias podem levar o agente infeccioso direto à boca, aos olhos e ao nariz. Os casos graves da doença evoluem para a síndrome respiratória aguda grave (SRAG) levando até mesmo ao óbito. Essas complicações são muito mais comuns entre menores de 2 anos, podendo elevar as taxas de morbimortalidade neste grupo específico.

O controle da Influenza requer uma vigilância qualificada, somada às ações de imunização anuais, direcionadas especificamente aos grupos de maior vulnerabilidade, que incluem os idosos, crianças, povos indígenas, trabalhadores de saúde, gestantes e, agora, a população presidiária (BRASIL, 2012).

O Sistema de Vigilância Sentinela de Influenza foi implantado em 2000 e conta, atualmente, com uma rede de 59 unidades sentinelas de Síndrome Gripal (SG) localizadas, em sua maioria, nas capitais brasileiras. Um dos objetivos do sistema é a identificação dos vírus respiratórios que circulam no país, além de permitir o monitoramento da demanda do atendimento por SG nas unidades sentinelas. Essas unidades informam semanalmente o número de atendimentos gerais e por SG, no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Influenza (SIVEP Gripe), (BRASIL, 2012).

Recentemente, em 17 de novembro de 2011, foi publicada a portaria nº 2.693 que estabelece mecanismos de repasse financeiro do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde do Distrito Federal e Municípios, por meio do Piso Variável de Vigilância e Promoção da Saúde, para implantação, implementação e fortalecimento da Vigilância Epidemiológica da Influenza A campanha nacional de vacinação contra a influenza tem como principal objetivo reduzir a mortalidade, as complicações e as internações decorrentes das infecções pelo vírus da influenza, nas crianças da faixa etária de 6 meses a menores de 2 anos de idade (BRASIL, 2012).

Há também programas estaduais, como é o caso do Inverno Gaúcho, que tem como objetivo controlar as infecções respiratórias agudas com menos de 5 anos, com uso de medicamentos através das normas técnicas para a prevenção, o diagnóstico e tratamento das doenças respiratórias agudas nos meses de maior intensificação do inverno. Esta atuação apresenta excelentes resultados, com redução da mortalidade em mais de 50% e diminuição de mais de 15.000 internações na população em geral. Esta abordagem é feita por imunização com vacinação prevista pela SSMA/RS, com destaque também para os acometimentos das doenças respiratórias (RIO GRANDE DO SUL, 2007).

A partir de 2010 o programa Inverno Gaúcho passou a ser Programa de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES). Os recursos financeiros destinados ao custeio de ações e serviços devem estar registrados nos respectivos Planos de Saúde Municipais vigentes e aprovados pelos Conselhos Municipais de Saúde. Esta aplicação deve ter por base as prioridades informadas pelos indicadores de saúde pactuados, especialmente em áreas de maior potencial para a redução de internações hospitalares (RIO GRANDE DO SUL, 2012).

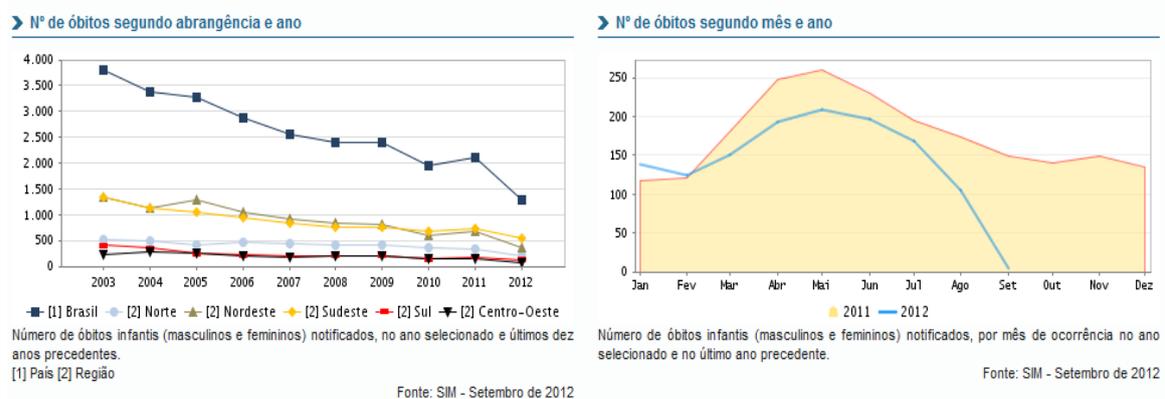
O programa Primeira Infância Melhor (PIM), ao reconhecer a necessidade de implementação legal de ações voltadas às famílias, constitui-se em uma das propostas da implementação de orientações voltadas à melhoria da qualidade de vida de suas crianças, com propósito de um desenvolvimento integral e harmonioso. Destacam-se, como principais estratégias, as ações com enfoque intersetorial e comunitário, a promoção do papel da família como protagonista na atenção às suas crianças, a satisfação de necessidades de educação para a saúde e nutrição, bem como seu enriquecimento cultural.

As estratégias de acompanhamento são realizadas junto às famílias com crianças de três a seis anos, sempre que necessário, para sondar se os pais/cuidadores estão

desenvolvendo adequadamente as atividades propostas e qual o grau de satisfação que manifestam em relação ao Programa (ALMEIDA, 2006a).

O Programa PIM, ao trabalhar de forma integrada e intersetorial na construção do ser, vai ao encontro da questão da amamentação, higiene, saúde e nutrição como ferramentas mediadoras importantes na construção das dimensões motora, cognitiva, afetiva e do desenvolvimento da linguagem, em especial a sócio-afetiva e a da linguagem na faixa etária de zero a dois anos (ALMEIDA, 2006b). No entanto, conforme o parágrafo IV, artigo 4ª da Lei Estadual do Rio Grande do Sul, nº 12544, de 03 de julho de 2006, o PIM presta toda e qualquer orientação às famílias, sobre os cuidados à saúde das gestantes e crianças em articulações com os programas de saúde da mulher, da criança e da família (DIARIO OFICIAL, 2006).

Com estes programas de ações é possível comparar os resultados obtidos como base para este trabalho no painel de monitoramento da mortalidade infantil e fetal da DATASUS/2012 no país. O gráfico das mortalidades infantil por doenças do aparelho respiratório demonstra um declínio gradativo.



Conforme dados do sistema de informações sobre mortalidade (SIM) no Rio Grande do Sul, os óbitos por pneumonias de 0 a 4 anos demonstram o seguinte: em 2006 ocorreram 70 mortes; em 2007 houve uma redução de 52 mortes; em 2008 baixou para 43 mortes; em 2009 caiu para 39 mortes; em 2010 diminuiu para 37 mortes, já em 2011 subiu para 45. Com estas informações referentes aos índices de mortalidade infantil no estado do RS, de 2006 até 2011 houve uma redução de mortalidade em torno de 60%.

Com isso pode-se perceber que as ações de intervenções de promoção e prevenção nacionais e estaduais contribuíram para obter estes resultados.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No combate à infecção respiratória aguda em crianças de 0 a 5 anos, reconhece-se a importância de programas de Atenção à saúde da criança como o IRAs na Atenção Básica de Saúde, uma vez que visam ações de promoção e prevenção. A promoção são ações que fortalecem integralmente a criança para o crescimento e desenvolvimento, tais como: alimentação, moradia, proteção, escola, segurança e bem estar. No entanto, sugere um conjunto de intervenções sobre os estilos de vida, nas áreas-problema, como o tabagismo, o alcoolismo, as drogas e os hábitos alimentares para a melhoria na qualidade de vida.

Na prevenção as ações são destinadas a impedir a ocorrência e a perspectiva de identificação precoce através de exames preventivos capazes de intervir na minimização do dano. Estas ações são direcionadas a combater as doenças, incluindo muitos tipos diferentes de ação, tais como: atenção primária de saúde, atenção pré-natal e pós-natal, educação em nutrição, campanhas de imunização contra doenças transmissíveis, medidas para controlar doenças endêmicas, regulamentações de segurança, programas para prevenção de acidentes em diversos ambientes.

Na prevenção e promoção existem programas específicos que buscam ir de encontro às infecções respiratórias agudas em crianças menores de 5 anos, como as ações nacionais integradas no combate às doenças prevalentes na infância (AIDPI). Estas ações contribuem para melhorar os conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao cuidado e a manutenção da saúde da criança, tanto nos serviços de saúde, na comunidade e no domicílio com o intuito de maximizar o alcance da atenção sanitária.

A puericultura (PPUE), por meio de atendimento ambulatorial individualizado, visitas domiciliares e participação em grupos de educação e socialização, tem o objetivo de vigiar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual; ampliar a cobertura vacinal; promover a educação alimentar e nutricional.

O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM) aponta para a importância da prática da amamentação a fim de prevenir contra doenças infecciosas e diarreicas; proteger contra alergias; favorecer no crescimento e desenvolvimento intelectual, entre outros, além de intensificar as relações da mãe com o neonato, visando a uma alimentação sadia de baixo custo e a proteção do bebê contra inúmeras doenças.

O Programa Nacional de Imunizações (PNI), que apresenta o Calendário Básico de Vacinação, visa ao controle, à eliminação e erradicação de doenças imunopreveníveis, a introdução de vacinas pentavalentes que previnem contra difteria, tétano, pertussis, hepatite B e meningites causadas pelo *Haemophilus influenzae* tipo B. Soma-se a este programa as ações de imunizações anuais, com a finalidade de assegurar a proteção da saúde pública incluindo também o monitoramento e a demanda do atendimento por Síndrome Gripal (SG) nas unidades sentinelas pela vigilância sanitária.

No âmbito estadual destaca-se o programa Inverno Gaúcho, com o objetivo de controlar as infecções respiratórias agudas. Em sua abordagem traz a imunização com vacinação prevista pela SSMA/RS com destaque também para os acometimentos das doenças respiratórias. Também é importante o Programa de Incentivo Estadual à Qualificação da Atenção Básica em Saúde (PIES) pactuados especialmente em áreas de maior potencial para a redução de internações hospitalares.

O Programa Primeira Infância Melhor (PIM) reconhece a necessidade de implementação legal de ações voltadas às famílias, que traz a proposta de orientações voltadas à melhoria da qualidade de vida de suas crianças, com propósito de um desenvolvimento integral e harmonioso; com estratégias de ações com enfoque intersetorial e comunitário, a promoção do papel da família como protagonista na atenção às suas crianças, a satisfação de necessidades de educação para a saúde e nutrição.

Considerando a política de promoção e prevenção com ações nacionais e estaduais acima mencionadas, verifica-se a diminuição da mortalidade, a melhoria da saúde e qualidade de vida e a diminuição da hospitalização. Assim, tem-se como resultado a diminuição dos índices de mortalidade infantil e internações hospitalares por infecções respiratórias agudas (IRAS), especificamente as pneumonias nesta faixa etária no país e no Estado.

## 5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Gabriela Gracia de; SPIRI, Wilza Carla; JULIANI, Carmen Maria Casquel Monti; PAIVA, Bianca Sakamoto Ribeiro. **Proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno em um hospital universitário**. Revista Ciência & Saúde Coletiva. p. 487-494, 2008.

ALMEIDA, Leila Maria; PAIVA, Maria da Graça Gomes; FRANCO, Flávia; PIRES, Lacy Maria; CAPELLI, Maria Helena. **A Primeira Infância como Eixo Integrado da Políticas Públicas** - A importância da promoção do desenvolvimento infantil para uma vida saudável e feliz: da concepção aos dois anos de vida. IX Encontro Nacional de Alimentação Materno-infantil-ENAM. Disponível em:<[http://www.pim.saude.rs.gov.br/visualizaConteudos.php?acao=A\\_ver\\_conteudo&codConteudo=903&codOntologia=36&codConceito=903](http://www.pim.saude.rs.gov.br/visualizaConteudos.php?acao=A_ver_conteudo&codConteudo=903&codOntologia=36&codConceito=903)> Acesso em 02/12/2012.

ALMEIDA, Leila Maria; PAIVA, Maria da Graça Gomes; FRANCO, Flávia; PIRES, Lacy Maria; CAPELLI, Maria Helena; **A Primeira Infância como Eixo Integrado da Políticas Públicas: Avaliação a Atenção Integrada na Primeira Infância**. IX Encontro Nacional de Alimentação Materno-infantil-ENAM. Disponível em: <[http://www.pim.saude.rs.gov.br/visualizaConteudos.php?acao=A\\_ver\\_conteudo&codConteudo=906&codOntologia=36&codConceito=906](http://www.pim.saude.rs.gov.br/visualizaConteudos.php?acao=A_ver_conteudo&codConteudo=906&codOntologia=36&codConceito=906)> Acesso em 02/11/2012.

ASSIS, Marluce Maria Araújo; JESUS, Washington Luiz Abreu de; Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise; **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(11):2865-2875, 2012.

BOING, A. F.; VICENZI, R. B.; MAGAJEWSKI, F.; BOING, A. C.; PIRES, R. O. M.; PERES, K. G.; LINDNER, S. R.; PERES, M. A. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista Saúde Pública**, p. 46(2):359-66, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Normas e Manuais Técnicos . Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde; **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. AIDPI - **Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação**: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5anos de idade: Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS. Lei Federal Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Especializada. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do Programa Nacional de Triagem neonatal**. 2 ed. Brasília: Editora MS, 2004.

BRASIL; Ministério da saúde; informe **técnico campanha nacional de vacinação contra a influenza 2012**.

BRASILSUS LEGISLAÇÕES – GM. Portaria nº 3.318, de 28 de outubro de 2010. Disponível em:

<<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/106024-3318.html>> Acesso em 07/11/2012.

CARVALHO, Sérgio Resende. **As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, p. 669-678, 2004.

CHIESA, Anna M.; WESTPHAL, Marcia F.; AKERMAN, Marco. **Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde**. Caderno Saúde Pública, p. 55-59, Rio de Janeiro, 2008.

CUNHA, Antonio José Ledo Alves da. **Manejo de infecções respiratórias agudas em crianças: avaliação em unidades de saúde do Rio de Janeiro**. Caderno Saúde pública, p. 55-61, Rio de Janeiro, 2002.

DEL CIAMPO, Luiz Antonio; RICCO, Rubens Garcia; DANELUZZI, Julio César; CIAMPO, Ieda Regina Lopes Del; FERRAZ, Ivan Savioli; ALMEIDA, Carlos Alberto Nogueira de. **O Programa de Saúde da Família e a Puericultura**. Ciência & Saúde Coletiva, p. 739-743, 2006.

DIAS DA COSTA, Juvenal Soares; BÜTTENBENDER, Dóris Clarita; HOEFEL, Ana Lucia; SOUZA, Leonardo Lemos de. **Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária nos municípios em gestão plena do sistema no Estado do Rio Grande do Sul, Brasil**. Caderno Saúde Pública, p. 358-364, Rio de Janeiro, 2012.

DIÁRIO DO ESTADO. **Atos do governador**. Governo Estadual do Rio Grande do Sul. ano LXIV, nº 125, Porto Alegre, 2006.

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde, **Inverno Gaúcho Departamento de Ações em Saúde, saúde da criança e do adolescente**. Norma Técnica e Operacional para as Infecções Respiratórias Agudas (IRA), 4ª ed. Porto Alegre, 2007.

FORNAZARI, Denise Helena; MELLO, Debora Falleiros de; ANDRADE, Raquel Dully. **Doenças respiratórias e seguimento de crianças menores de cinco anos de idade: revisão da literatura**. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2003

GUIA DO BEBÊ. **Calendário de vacinação: Vacina pneumocócica 10 (conjugada)**. Disponível em: < <http://guiadobebe.uol.com.br/vacina-pneumococica-10-conjugada/>> Aceso em 07/11/2012.

GUERRA DE ALMEIDA, João Aprigio; NOVAK, Franz Reis. **Amamentação: um híbrido natureza-cultura.** *Jornal de Pediatria.* v. 80, nº 5, 2004.

KUMMER, Suzane C.; GIUGLIANI, Elsa R.J.; SUSIN, Lulie O.; FOLLETTTO, Jacson L.; LERMEN, Nádia R.; WU, Vivien Y.J.; SANTOS, Lyssandra dos; CAETANO, Márcio B. **Evolução do padrão de aleitamento materno.** *Revista Saúde Pública,* p. 143-8, 2000.

MACEDO, Silvia Elaine Cardozo; MENEZES, Ana Maria Baptista; ALBERNAZ, Elaine; POST, Paulo; KNORST, Marli. **Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade.** *Revista Saúde Pública,* p. 351-8, 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Vigilância em Saúde - departamento de vigilância epidemiológica, coordenação geral do programa nacional de imunizações. Informe técnico da introdução da vacina pentavalente; Vacina absorvida difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenza tipo b (conjugada). Brasília, 2012.

NOB-SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS. **Norma Operacional Básica do SUS: Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão.** Diário Oficial da União, 6/11/1996, Brasília.

PAIM, Jairnilsom S. **Saúde, Crises e Reformas.** Medicina familiar no Brasil: Movimento ideológico e ação política, 1986.

PARANHOS, Vania Daniele; PINA, Juliana Coelho; MELLO Débora Falleiros de. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem,* 2011.

PRIETCHI, Silvio O. M; FISCHER, Gilberto B.; CÉSAR, Juraci A.; LEMPEK, Berenice S.; BARBOSA Jr., LUCIANO V.; ZOGBI, Luciano; CARDOSO, Olga C.; SANTOS, Adriana M.; **Acute lower respiratory illness in under-five children in Rio Grande, Rio Grande do Sul State, Brazil: prevalence and risk factors.** *Caderno Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 2008.

REA, Marina Ferreira. **Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração.** *Caderno de Saúde Pública,* Rio de Janeiro, 2003.

RIO GRANDE DO SUL, Secretária estadual de saúde; Programa destina recursos para abertura de terceiro turno nas unidades de Saúde, 2007. Disponível em: [http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/6322/?Programa\\_destina\\_recursos\\_para\\_abertura\\_de\\_terceiro\\_turno\\_nas\\_unidades\\_de\\_Sa%C3%BAde](http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/6322/?Programa_destina_recursos_para_abertura_de_terceiro_turno_nas_unidades_de_Sa%C3%BAde) Acesso em 06/11/2012.

\_\_\_\_\_. Secretaria da Saúde - Inverno Gaúcho, Departamento de ações em saúde, saúde da criança e do adolescente. **Normas Técnicas e Operacionais para as Infecções Respiratórias Agudas (IRAS).** 4 ed, Porto Alegre, 2007.

SOUSA, Clóvis Arlindo de; CÉSAR, Chester Luiz Galvão; BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; CARANDINA, Luana; GOLDBAUM, Moisés; PEREIRA, Júlio Cesar Rodrigues. **Doenças respiratórias e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, 2008-2009.** *Revista Saúde Pública,* p. 16-25, 2012.

SUS. **Imunizações:** Calendário Básico de vacinação da criança. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21462](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21462)> Acesso em 07/11/2012.

VENANCIO, Sonia Ioyama; ESCUDER, Maria Mercedes Loureiro; KITOKO, Pedro; REA, Marina Ferreira; MONTEIRO, Carlos Augusto. **Frequência e determinantes do aleitamento materno em municípios do Estado de São Paulo.** Revista Saúde Pública, p. 313-118, 2002.