



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

GABRIELE RECHE MORAES

**“FREQUENTES PATOLOGIAS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS
INSTITUCIONALIZADAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.”**

Sorocaba

2014

GABRIELE RECHE MORAES

**FREQUENTES PATOLOGIAS RESPIRATÓRIAS EM CRIANÇAS
INSTITUCIONALIZADAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.**

Trabalho de Conclusão de Curso para
obtenção do grau de bacharel em
Enfermagem apresentada à Área de
Ciências Biológicas e da Saúde da
Pontifícia Universidade Católica de São
Paulo – Campus Sorocaba.

Orientadora: Prof^a Eliana de Paula Leite

Sorocaba

2014

Dedico este trabalho a Deus pelo privilégio e oportunidade que me concedeu; aos meus pais Vitor e Sibeles pelo apoio nesses quatro anos de curso e a minha orientadora Eliana de Paula Leite por todos os ensinamentos.

RESUMO

Nesse estudo, realiza-se a revisão bibliográfica de frequentes doenças respiratórias encontradas em crianças institucionalizadas. Para desenvolver tal estudo foi necessário ampliar o conhecimento a respeito da rede de determinantes dos problemas de saúde mais prevalentes nas crianças, a grande vulnerabilidade das crianças a alterações sociais e econômicas e eleger indicadores que possam explicitar os perfis de reprodução social de crianças institucionalizadas. Culminando por meio desse trabalho e no trabalho de revisão literária, cabe salientar a relativa escassez de trabalhos localizados na área de interesse. As doenças respiratórias na infância representam importante problema de saúde pública, gerando assim grande demanda aos serviços médicos. Com o presente estudo revisional objetivamos conhecer a curso dessas morbidades; entender os nexos de causalidade entre infecções respiratórias e riscos psicossociais de crianças institucionalizadas; observar as possibilidades de ações preventivas futuras na instituição visitada onde surgiu nosso interesse nesse estudo e possibilitar a visibilidade da problemática com vistas a possíveis intervenções futuras. Foram discutidas as indicações terapêuticas para a tosse produtiva e seca. Como resultado, salienta-se a multiplicidade de quadros etiológicos responsáveis, bem como fatores de risco para o incremento da incidência dessas afecções e se discute a melhor conduta diante do sintoma tosse.

Palavras Chave: *Criança institucionalizada; Abrigo; Doença respiratória; Desenvolvimento infantil.*

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	5
2.	OBJETIVOS:	8
2.1.	METODOLOGIA	8
3.	REVISÃO DA LITERATURA	10
3.1.	PATOLOGIAS RESPIRATÓRIAS	10
3.2.	INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS	13
3.3	INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS PREVALENTES	14
3.4	AS INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS NA INFÂNCIA COMO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.....	18
3.5	CAUSAS ASSOCIADAS E FATORES DE RISCO	21
3.3.	CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS	23
3.4.	CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS COMO FATOR DE RISCO PARA IRA	27
4.	DISCUSSÃO	30
5.	CUIDADOS E MEDIDAS PREVENTIVAS PARA INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS EM ABRIGOS	34
6.	CONCLUSÃO	35

1. INTRODUÇÃO

Nosso interesse em desenvolver o presente estudo iniciou-se no ano de 2011. Recém - ingressas no curso de Enfermagem da PUC-SP, campus Sorocaba, fomos convidadas pela docente Fátima Scattolin à participar, de atividade extracurricular e voluntária em prol da “Casa do Menor de Sorocaba”, aceitamos a tarefa e, desde então nos envolvemos e começamos participar ativamente com ações em benefício aos utentes e a instituição supra referida.

No percurso das nossas ações, como alunas voluntárias do referido lar, observamos que, as crianças assistidas nessa instituição constantemente ficam doentes, na maioria das vezes pelas mesmas patologias, e passavam por períodos de internação no hospital Santa Casa de Sorocaba, onde nós como voluntárias, passamos noites e dias com as crianças como acompanhantes para colaborar, devido a pequena quantidade de funcionários do lar, que precisam se deslocar para o hospital, desta feita diminuindo ainda mais o número já escasso de funcionários da Casa do Menor de Sorocaba.

Identificamos que, nessa Instituição em tela, não há prevenção de patologias específicas, levam as crianças a repetidas internações consequentes das mesmas morbidades, entre elas as mais frequentes são as patologias respiratórias.

Portanto queremos estudar e fazer revisões literárias para saber se patologias respiratórias são recorrentes em institutos para menores afastados dos pais de idades entre 0 a 7 anos, correlacionando com o instituto do qual visitamos.

Brazelton e Greenspan (2004) consideram que a infância representa um período especialmente favorável ao desenvolvimento de certas propriedades humanas. Para elas, quando a criança é submetida a situações de privação material e emocionais severas, geradas ou não pela pobreza, esse potencial desenvolvimental pode não se realizar de maneira saudável e adequada, o que implica riscos ao processo de estruturação da personalidade, à construção da sociabilidade e ao amadurecimento psicológico. ⁽¹⁾

Em função disso Bronfenbrenner afirma que[...] “a investigação de aspectos relacionados ao processo de saúde e doença em ambientes coletivos de cuidado (como são os abrigos infantis, as creches e outras unidades de educação infantil), envolve necessariamente uma rede de elementos e significações que compõem os

contextos de desenvolvimento da criança institucionalizada, propiciando a integração de fatores explicativos de natureza orgânica, física, interacional, social, econômica e ideológica”.⁽²⁾

Portanto é necessário ampliar o conhecimento a respeito da rede de determinantes dos problemas de saúde mais prevalentes nas crianças. As doenças respiratórias constituem uma das principais causas de morbidade e mortalidade infantil no Brasil e no mundo. Justifica-se pois, reconhecer os processos determinantes dos problemas respiratórios, considerando a determinação social do processo saúde – doença.

Os estudos mostram a grande vulnerabilidade das crianças a alterações ambientais, sociais e econômicas, e estreita relação que a saúde e a mortalidade infantil apresentam com fatores sociais e econômicos. Embora representem avanços fundamentais na operacionalização e compreensão de determinantes sociais do processo saúde- doença, esses estudos têm utilizado o referencial teórico da multicausalidade.⁽³⁾

Para entendermos a finalidade do estudo proposto é necessário elegermos indicadores que possam explicitar os perfis de reprodução social das crianças institucionalizadas, e que caracterizem os problemas respiratórios agudos, indicadores esses como:

Variáveis relativas à identificação das formas de viver do abrigo, variáveis relativas a características infantis, como por exemplo a propriedade e infraestrutura da habitação ,idade da criança ,relacionamento escolar ,presença de irmãos e convivência no abrigo.

Historicamente no Brasil, a saúde da criança sempre foi prioridade nas políticas públicas. Na década de 80, o Programa de Assistência Integral à saúde da Criança (PAISC) é considerado um marco e foi concebido com o objetivo de promover a saúde integral da criança, melhorar a qualidade do atendimento e aumentar a cobertura do serviço de saúde, além do desafio de enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da morbimortalidade infantil no País. Com ações básicas como acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento; estímulo ao aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; assistência e controle das infecções respiratórias agudas; controle das doenças preveníveis por imunização.⁽⁴⁾

No Brasil em 2003 as doenças do aparelho respiratório foram a terceira maior causa de mortalidade infantil, responsável por 10% das mortes. No município de São Paulo as doenças respiratórias também constituíram em 2003, a principal causa de óbito entre crianças de 28 dias a um ano e de um a quatro anos. ⁽⁵⁾

A estreita relação entre saúde da criança e fatores sociais e econômicos é reconhecida há muito tempo, mas ainda é a grande maioria das crianças pobres que adoecem e morrem mais.

Para Goffman, “o ser age nas esferas da vida em diferentes lugares, com diferentes co-participantes e sob diferentes autoridades sem um plano racional geral, ao inserir-se numa instituição total passa a agir num mesmo lugar, com um mesmo grupo de pessoas e sob tratamento, obrigações e regras iguais para a realização de atividades impostas”. Para o autor, quando essa instituição social se organiza de modo a atender indivíduos (internados) em situações semelhantes, separando-os da sociedade mais ampla por um período de tempo e impondo-lhes uma vida fechada sob uma administração rigorosamente formal (equipe dirigente) que se baseia no discurso de atendimento aos objetivos institucionais, ela apresenta “a tendência de “fechamento” o que vai simbolizar o seu caráter “total”. ⁽⁶⁾

Esse caráter total da instituição age sob o internado de maneira que o seu eu passa por transformações dramáticas do ponto de vista pessoal e do seu papel social.

O autor detalha o processo que desencadeia descrevendo “o mundo das instituições totais”. Quando o atente chega a instituição ele sofre um processo de “mortificação do eu” que suprime a “concepção de si mesmo” e a “cultura aparente” que traz consigo, que são formadas na vida familiar e civil e não são aceitas pela sociedade. Estes “ataques ao eu” decorrem do “despojamento” do seu papel na vida civil pela imposição de barreiras no contato com o mundo externo, do “enquadramento” pela imposição das regras de conduta, do “despojamento de bens” que o faz perder seu conjunto de identidade e segurança pessoal. Esse mecanismo, além de causar a perturbação da relação entre ator/indivíduo e seus atos, causa o “desequilíbrio do eu”, uma vez que profana as ações, a autonomia e a liberdade de ação do institucionalizado. ⁽⁶⁾

Também a contínua e a longa permanência da criança em ambiente institucional pode se constituir em um importante fator de risco à saúde infantil, deixando-a particularmente vulnerável a doenças infecciosas.

Em estudo sobre a questão, foi demonstrado que crianças na faixa etária de 1 a 5 anos que conviviam em ambiente de cuidado coletivo entre doze e cinquenta horas por semana, apresentavam três a cinco vezes mais chance de manifestar pelo menos dois sintomas de infecção respiratória (tosse, coriza, temperatura axilar > 38°C, dispinéia) do que as que haviam sido cuidadas em casa por seus familiares. ⁽⁷⁾

No caso específico das crianças que fazem do abrigo seu local de moradia, os resultados acima permitem supor que, quanto maior a quantidade de tempo passado sob os cuidados de uma instituição, maior o nível de exposição à agentes patogênicos e situações de sofrimento psíquico.

1. Objetivos:

1. Conhecer, baseados na pretendida Revisão Bibliográfica, os fatores que influenciam o aparecimento recorrente de patologias respiratórias em crianças de 0 a 7 anos institucionalizadas, para compreendermos se realmente são frequentes tais patologias e quais fatores intrínsecos que acarretam as patologias.
2. Entender nexos de causalidade entre infecções respiratórias e riscos psicossociais de crianças institucionalizadas.
3. Observar as possibilidades de ações preventivas futuras na instituição visitada onde surgiu nosso interesse nesse estudo.
4. Possibilitar a visibilidade da problemática com vistas a possíveis intervenções futuras

2.1. Metodologia

O presente estudo foi produzido com base em levantamentos e pesquisas bibliográficas descritivas, os quais foram considerados os últimos dez anos de publicação e que objetivaram a abordagem da frequência de patologias respiratórias em instituições fechadas para crianças de 0 a 7 anos e procedentes de famílias com perfis reprodutivos semelhantes àquelas da Instituição que pretendemos traçar as analogias pertinentes.

Pretendíamos também utilizar, como fontes de referência, materiais

publicados nos últimos 10 anos, ou seja, de 2004 à 2013, todavia devido a escassez de estudos pertinentes ao nosso tema e/ou a importância e relevância acadêmica da obra, esse período, para esses casos teve que ser flexibilizado. Contudo, salientamos que utilizamos periódicos e livros de áreas afins ao tema abordado e artigos do banco de dados Scielon e também fontes formais, buscando zelosamente a fidedignidade dos dados em bancos historicamente reconhecidos pelas agências de fomento, tais como: CNPq, CAPS e outras.

Para realizarmos o aludido estudo bibliográfico, pesquisamos através dos seguintes descritores: Criança institucionalizada; Abrigo; Doença respiratória; Desenvolvimento infantil.

A pesquisa foi realizada no período de outubro de 2013 a outubro de 2014, culminando tanto com a elaboração do projeto, quanto o trabalho de revisão literária. Cabe salientar a relativa escassez de trabalhos localizados na área de interesse.

Iniciamos com definições pertinentes ao tema, alvo do trabalho para melhor compreensão da importância e relação das patologias respiratórias. Acredita-se que a alta incidência de infecções respiratórias em crianças institucionalizadas esteja associado a fatores determinantes e condicionantes do processo saúde doença característicos de abrigos, como: aglomeração de pessoas, compartilhamento de objetos pessoais, contato direto com secreção de outras crianças, falta de higiene das mãos. Outro fator que deve ser elencado é o desmame materno precoce, visto que através do leite materno o recém-nascido (RN) recebe um suplemento imunológico de imunoglobulinas, diminuindo a sua incompetência imunológica.

Pressupõe-se que a busca tardia por atendimento médico devido a escassez de funcionários na instituição, associada ao tratamento e internação tardia, criem um ciclo de agravo e transmissão da doença.

Com base nos estudos realizados atualmente, busca-se entender a causalidade entre infecções respiratórias e riscos psicossociais de crianças institucionalizadas e, por conseguinte, propor medidas preventivas para a prevenção das doenças acima citadas.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1. Patologias respiratórias

As doenças respiratórias representam importante problema de saúde pública. A tosse é um sintoma muito frequente e que demanda grande procura de internações. A tosse pode ser determinada por várias causas. Vários estudos demonstraram que a associação de hiperatividade brônquica, sinusite e refluxo gastroesofágico é responsável por cerca de 90% dos casos de tosse crônica, mas causas outras devem ser consideradas, o que obriga o médico a seguir um rígido protocolo de investigação. ⁽⁸⁾

As afecções respiratórias têm múltiplas causas, sobretudo de natureza infecciosa e alérgica, que frequentemente interagem na determinação de quadros clínicos. ⁽⁹⁾

Com relação aos quadros de natureza alérgica, o conceito de vias aéreas unidas permite compreender a concomitância de sintomas correspondentes a diversos seguimentos das vias aéreas, tais como a associação de rinite e asma, asma e alergia e outros. A asma é considerada a doença crônica mais comum na infância, com prevalência entre 10% e 30%, conforme a população estudada. ⁽¹⁰⁾

Outras causas podem determinar doenças respiratórias, são patologias crônicas como: anomalias congênitas, fibrose cística, discinesia ciliar, bronquiectasias, imunodeficiências, e outras; ou patologias crônicas: hiperatividade das vias aéreas, aspiração de corpos estranhos, efeitos colaterais de algumas drogas, tabagismo, doenças ocupacionais, entre outras. ⁽¹¹⁾

No Quadro 1 estão as principais condições clínicas desse grupo. Neste grupo estão cerca de 80% das doenças respiratórias na infância. Os vírus são os principais agentes etiológicos nesse grupo, respondendo por cerca de 90% dos casos. Os principais vírus envolvidos nessas infecções são: vírus sincicial respiratório (RSV), rinovírus, parainfluenza, influenza, metapneumovírus e adenovírus. Os patógenos bacterianos mais importantes nesses quadros são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Bordetella pertussis* (agente da coqueluche) e *Mycoplasma pneumoniae*. ⁽¹²⁾

No Quadro 1 apresentam-se as principais doenças respiratórias do trato superior na infância ⁽¹³⁾

Quadro 1 - Doenças do trato respiratório superior na infância

- + Resfriado comum
- + Adenoamigdalites
- + Rinites
- + Sinusites
- + Otites médias agudas
- + Laringotraqueites

No Quadro 2 evidencia-se as principais doenças respiratórias do trato inferior na infância ⁽¹³⁾

Quadro 2 - Doenças do trato respiratório inferior

- + Bebê chiador
- + Bronquiolite, bronquites, asma
- + Pneumonias
- + Broncopneumonias
- + Síndromes aspirativas
- + Anomalias congênitas (fístulas, cistos broncopulmonares, malformação adenomatoides etc.)
- + Infecção pulmonar crônica (tuberculose, bronquiectasias, fibrose cística)
- + Doença cardiovascular
- + Anel vascular
- + Compressão extrínica das vias aéreas inferiores

No Quadro 3 observa-se as internações por asma por faixa etária e região do Brasil em 2005 ⁽¹⁸⁾.

Região	< 1	%	1 a 4	%	5 a 9	%	10 a 14	%	15 - 19	%	Total	%
Norte	2.448	14,9	8.407	51,1	3.134	19,3	1.326	8,1	1.074	6,6	16.389	100,0
Nordeste	9.203	11,7	39.759	50,7	17.104	21,8	7.648	9,8	4.700	6,0	78.414	100,0
C.Oeste	2.543	17,4	6.390	43,61	3.297	22,5	1.395	9,5	1.026	7,0	14.651	100,0
Sudeste	10.104	20,1	24.928	49,7	10.770	21,5	3.074	6,1	1.284	2,6	50.160	100,0
Sul	4.639	17,8	12.245	47,11	5.424	20,9	2.076	8,0	1.606	6,2	25.990	100,0

No Quadro 4 verifica-se os fatores de risco/ desencadeantes da crise de asma
(18).

Alérgenos	Agentes irritantes	Agentes infecciosos	Esforço físico
Ácaros, pólenes, fungos e pelos de animais. Antígenos alimentares raramente desencadeiam crises.	Fumaça (cigarro, vegetal, industrial), poluição ambiental e alterações climáticas súbitas.	Infecções viróticas e por <i>Mycoplasma</i> . Agentes bacterianos raramente desencadeiam crises.	Pode desencadear broncoespasmo.

Os principais fatores de risco são: ⁽¹⁴⁾

- Baixo nível socioeconômico (devido a aglomeração, má condições de habitação, má nutrição etc.)
- Tabagismo familiar (principalmente quando materno)
- Prematuridade (principalmente quando houve distúrbio respiratório que exigiu o uso de ventilação invasiva)
- Doença do refluxo gastroesofágico
- Alergia
- Malformações congênitas cardíacas ou pulmonares
- Imunodeficiências congênitas ou adquiridas.

As doenças respiratórias agudas (DRA) e, particularmente as infecções respiratórias agudas (IRA), são uma das causas mais comuns de morbimortalidade na infância, atingindo principalmente crianças menores de cinco anos de idade. Apesar do decréscimo observado na mortalidade por IRA, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, a redução foi muito maior entre os desenvolvidos, e a morbidade permanece significativa em ambos. ⁽¹⁵⁾

A magnitude do problema, especialmente nos países em desenvolvimento, aponta a necessidade de busca constante de estratégias efetivas para o controle da situação, como o reconhecimento e intervenção sobre seus fatores de risco.

Em relação aos fatores de risco para DRA, são encontrados na literatura resultados algumas vezes controversos, com risco observado apenas para determinados grupos de DRA, ou para desfecho clínico específico, como a mortalidade sem efeito sobre a morbidade por DRA. Em linhas gerais, no entanto, o baixo nível socioeconômico, as condições ambientais inadequadas, incluindo aglomeração familiar e exposição passiva ao fumo, são apontados como os

principais fatores de risco envolvidos na ocorrência das DRA na infância. Além desses aspectos, há aqueles relacionados às condições nutricionais (baixo peso ao nascer, baixos peso e estatura para a idade e interrupção da amamentação) e a presença de doenças respiratórias pré-existentes na criança. ^{(15) (16)}

As DRA permanecem como a causa mais frequente de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento.

Apesar de parecer óbvio e simples, a atenção dispensada pelos órgãos públicos na prevenção primária poderia ser mais efetiva, a partir da intervenção sobre os fatores de risco sabidamente relacionados com o processo da doença. Parece oportuno, portanto, a execução de estudos objetivando reconhecer e avaliar a magnitude desses fatores sobre a DRA, o que poderá contribuir favoravelmente nas condições de saúde da população. ⁽¹⁷⁾

Os principais sintomas de IRA incluem febre, tosse, dificuldade respiratória, coriza, obstrução nasal, dor de garganta e dor de ouvido. Uma criança com febre deve ser medicada quando a temperatura axilar for superior a 37,5o C. A febre causa desconforto, deixando a criança irritada ou prostrada, aumenta a perda insensível de água e altera parâmetros importantes do exame físico, como a frequência respiratória, além de poder causar convulsão febril. ⁽¹⁸⁾

3.2. Infecções respiratórias agudas

Essa patologia acomete tanto pacientes portadores de patologias prévias quanto pacientes saudáveis e pode ocorrer de forma isolada ou associada com outros eventos, sendo a causa primária de admissão ou mesmo secundária as complicações graves, relacionadas ou não com o aparelho respiratório. Em alguns casos, dependendo da sua forma de instalação, ocasiona risco de vida aos doentes. ⁽¹⁹⁾

Segundo Sarmiento (2005) e Matsuno (2012), a IRA é uma condição clínica caracterizada pela incapacidade absoluta ou relativa do sistema respiratório em manter as demandas metabólicas dos tecidos, ou seja, de efetuar trocas gasosas a nível alveolar, estando a captação de oxigênio e liberação de CO₂ prejudicada. ⁽²⁰⁾ Sendo assim, insuficiência respiratória se traduz pela elevação dos níveis de PCO₂ (↑50MMhg) e queda de PO₂ (↓50mmHg), considerando que o indivíduo respira em ar ambiente e ao nível do mar. Infecção respiratória aguda é caracterizada por todo

processo infeccioso que atinge qualquer porção do trato respiratório e é manifestada por um ou mais dos seguintes sinais e sintomas: tosse, dificuldade para respirar, chiado, dor de ouvido e dor na garganta. ⁽²¹⁾

Sinais de alerta

Sinais de esforço respiratório: tiragem intercostal, batimentos de aletas nasais, gemência, balanço toracoabdominal e retração xifóidea.

Toxemia, cianose, hipoxemia, irregularidade respiratória, apneia, dificuldade de alimentar, vômitos, desidratação.

Alterações do sensório (sonolência, confusão mental, irritabilidade). Instabilidade hemodinâmica (pulsos finos, perfusão lenta), taquicardia importante.

É importante lembrar que pode haver hipoxemia sem cianose. Palidez cutânea é um sinal mais precoce de hipoxemia do que a cianose. Além disso, quanto menor a criança, mais alto o risco de desenvolver insuficiência respiratória e apneia. ⁽¹⁸⁾

3.3 Infecções respiratórias agudas prevalentes

- Resfriado comum

O resfriado comum é uma das causas mais frequentes de consulta em crianças. Os agentes etiológicos responsáveis são os vírus (rinovírus, adenovírus, coronavírus e parainfluenza). A transmissão ocorre através de gotículas de muco ou saliva e também por secreções transmitidas por mãos e objetos contaminados. O período de incubação dura entre dois e quatro dias e o quadro costuma se resolver num período de sete a 10 dias. As principais manifestações clínicas são: obstrução nasal, rinorréia, espirros, mal-estar, dor de garganta, febre, lacrimejamento ocular, tosse e hipoxemia. O estado geral é quase sempre pouco acometido. A febre é geralmente baixa (<39° C), com duração entre três e cinco dias. A rinorréia inicialmente é hialina, mas seu aspecto e sua cor podem modificar-se, tornando-se purulenta na fase final do quadro. O diagnóstico é essencialmente clínico, não sendo necessários exames complementares. Em relação ao diagnóstico diferencial do resfriado comum, devemos considerar duas afecções: gripe e rinite alérgica. A gripe é causada pelo vírus influenza e apresenta sintomas com maior repercussão clínica, como febre alta, prostração e mialgia. A rinite alérgica deve ser pensada nos

quadros recorrentes ou persistentes, desencadeados por alérgenos ambientais e sem febre (ver seção 2 desta unidade). A evolução do resfriado comum é autolimitada e as complicações possíveis são: sinusite, otite média e pneumonia. ⁽¹⁸⁾

- Faringoamigdalite

É muito importante frisar que a grande maioria das faringoamigdalites (FA) tem etiologia viral, principalmente em crianças acima de seis anos e abaixo de três anos. Quando bacteriana, a faringoamigdalite pode ser causada por *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* e *Moraxella catarrhalis*. As possíveis complicações da amigdalite estreptocócica são: febre reumática, glomerulonefrite difusa aguda, linfadenite cervical e abscesso peritonsilar. ⁽¹⁸⁾

- Otite média aguda (OMA)

Grande parte das crianças apresenta pelo menos um episódio de OMA durante sua vida. Portanto, este é um problema comum para quem lida com saúde infantil. É importante saber que a maioria dos casos de OMA em crianças com mais de dois anos evolui para cura espontânea sem necessidade de antibioticoterapia. Isso acontece porque muitos têm etiologia viral ou por ação dos mecanismos de defesa do próprio organismo no caso de infecções bacterianas. *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza* e *Moraxella catarrhalis* são os agentes bacterianos mais comuns. A OMA, especialmente a recorrente, é a principal causa de déficit auditivo adquirido na infância, o que pode levar a atraso no desenvolvimento e dificuldade escolar. Além disso, existe o risco de complicações graves, apesar de raras, como mastoidite. ⁽¹⁸⁾

- Sinusite aguda

Rinorréia, congestão nasal, febrícula, tosse diurna que se agrava à noite, halitose, edema periorbitário sem dor são sintomas de sinusite. A duração dos sintomas superior a 10 dias (ou agravamento destes) é o principal divisor de águas entre etiologia viral ou bacteriana. A sinusite é considerada aguda quando a duração dos sintomas é inferior a 30 dias. *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenza* e *Moraxella catarrhalis* são os agentes bacterianos mais comuns tanto nas otites como em sinusites agudas. A principal razão de essas doenças estarem sendo

discutidas na mesma seção é que a rinite alérgica é o principal fator de risco para o desenvolvimento da asma. A asma é a segunda causa de internação hospitalar em crianças de quatro a nove anos e a terceira em adolescentes e, nas duas faixas etárias, é importante causa de consultas em serviços de urgência e unidades básicas de saúde (UBS). Já nas crianças menores de um ano, as crises de broncoespasmo são importante problema de saúde pública, pois 50% de crianças entre um e três anos chamam.

- Pneumonia

Pneumonia é a inflamação do parênquima pulmonar, causada, na maioria das vezes, por vírus e/ou bactérias. Um estudo clássico realizado em países em desenvolvimento e com crianças hospitalizadas, a partir de cultura de tecido pulmonar obtida por aspiração direta, mostrou etiologia bacteriana em 50-60% dos casos avaliados. Por outro lado, estudos mais recentes, a maioria de americanos e europeus, chamam a atenção para a importância da etiologia viral, sendo esta a causa predominante em lactentes e crianças com menos de cinco anos. Ainda sobre estudos de etiologia, é importante frisar que, em muitos casos, não é possível obter a etiologia e que mais de um patógeno pode ser isolado no mesmo paciente (infecção mista em 25-40%). As combinações mais comuns são *Streptococcus pneumoniae* e vírus respiratório sincicial (VRS) ou *Streptococcus pneumoniae* e *Mycoplasma pneumoniae*. A idade é o melhor preditor da etiologia e guia a escolha terapêutica mais apropriada. ⁽¹⁸⁾

A tabela abaixo nos mostra as dez primeiras causas de internação das crianças de 0 a 9 anos de idade no município de São Paulo. Observa-se que a pneumonia é a afecção com a maior incidência de internações, sendo responsável por 16,94 % das internações entre os anos de 2002 e 2009 e a primeira causa de internação por infecções respiratórias em crianças. O alto índice de pneumonia no país ainda está associado à desnutrição, baixo peso ao nascer, variáveis socioeconômicas e institucionalização.

A dificuldade em realizar o diagnóstico da doença em crianças é o maior agravante, sendo a pneumonia, muitas vezes, confundida com bronquite aguda, bronqueolite e outras infecções do trato respiratório inferior. Como consequência do

diagnóstico tardio, ocorre o agravamento da doença e a hospitalização, sendo 80% das mortes por IRA devido à pneumonia.

A segunda causa de internação em crianças ocorre devido à asma, que é uma doença de alta incidência na infância, sendo que aproximadamente 2/3 das crianças chamadas nos primeiros anos de vida, dificultando assim o diagnóstico pelo pediatra. Sabe-se atualmente que a asma é uma doença de cunho genético que associada a fatores de risco levam ao seu desenvolvimento. No caso de metrópoles como São Paulo, sua alta incidência está também associada à alta exposição a alérgenos como poluição atmosférica, poeira, mudanças climáticas e infecções virais. ⁽²²⁾

Estudos demonstram que a asma apresenta uma magnitude crescente em diversos países, devido principalmente ao processo de metropolização acima citado. Como solução para a redução de crises, diminuição da taxa de hospitalizações e melhora da qualidade de vida, busca-se a implementação de programas de educação e conscientização dos pais e filhos na atenção primária em saúde. ⁽²³⁾

Tabela 1– As dez primeiras causas de internação das crianças de 0 a 9 anos de idade, no município de São Paulo nos 5 anos estudados – 2002 á 2006
(24) 1

¹ Ressalta-se a escassez de artigos e produções com crianças de 0 a 7 anos, sendo a maioria dos artigos realizado com crianças entre 0 e 5 anos, de 0 a 9 anos ou de 0 a 12 anos.

Causa	Número de internações	% no total das internações	% entre as 10 primeiras causas de internação
Pneumonia	76.460	16,94	34,47
Asma	31148	6,90	14,04
Outras afecções perinatais	22869	5,06	10,31
Outros transtornos respiratórios perinatais	22.341	4,95	10,07
Retardo de crescimento fetal, prematuridade e baixo peso	16624	3,68	7,49
Diarréia e gastroenterite infecciosa	11558	2,56	5,21
Hérnia inguinal	11.548	2,55	5,20
Bronquite aguda e bronquiolite	10.125	2,24	4,56
Doenças crônicas das amígdalas e das adenóides	9.871	2,18	4,45
Malformações congênitas do aparelho circulatório	9.220	2,04	4,15

3.4 As infecções respiratórias agudas na infância como problema de saúde pública.

A epidemiologia moderna tem adotado o enfoque de risco como um norteador para a assistência primária a saúde e a parcela de população formada por mães e crianças são consideradas um grupo muito vulnerável. Por isso, a atenção a saúde materno-infantil tem sido priorizada nas políticas públicas assistenciais. ⁽²⁵⁾

A morbidade e a mortalidade em adultos estão relacionadas às doenças cardiovasculares, enquanto que, na população pediátrica, elas ocorrem devido ao comprometimento do sistema respiratório. A insuficiência respiratória aguda- IRA é um evento bastante frequente em pediatria e corresponde a 50% das internações em unidade de terapia intensiva-UTI pediátrica, sendo uma das principais causas de morbimortalidade nesta população. Aproximadamente cerca de 2/3 ocorrem em crianças menores de um ano e, destas, 50% no período neonatal. ⁽²¹⁾ Contudo, Silva et al. (2006) relata que a morbidade respiratória ocorre nas crianças independentemente do sexo, com exceção nos casos de asma e bronquite, em que os meninos apresentam maior probabilidade para a doença em relação às meninas, sendo a razão não conhecida. No que diz respeito à faixa etária, a maior incidência de insuficiência respiratória ocorreu em RN's (28 dias a 2 anos de idade)

representando 59,48% dos casos, sendo menos frequente na adolescência (4,12%).

⁽²⁶⁾ De acordo com Miyao (1999), as doenças agudas do trato respiratório inferior são uma importante causa de internação hospitalar em crianças com idade inferior a cinco anos nos países em desenvolvimento. ⁽²⁷⁾ Duncan et al. (2004) citam dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) ,que refere que em cada 10 milhões de mortes anuais de crianças menores de cinco anos de idade, o equivalente a 95%, ocorrem em países em desenvolvimento No Brasil, as pneumonias e as infecções respiratórias representam cerca de 11 a 18 % dos óbitos nessa faixa etária. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) as infecções respiratórias são causa de altos índices de mortalidade e morbidade em países em desenvolvimento.

⁽²⁸⁾

- As ITR Agudas causam 19% de todas as mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo.

- Estão entre as três mais frequentes causas de mortalidade no primeiro ano de vida(cerca de 80% destas por Pneumonia e Gripe), sendo superadas apenas pelas afecções perinatais e doença diarréica aguda. As mortes por pneumonia de 1991-2007 diminuíram 74% entre bebês e 56% entre crianças de 1-4 anos no Brasil.

- No Brasil, a pneumonia é responsável por cerca de 5% das mortes entre menores de 5 anos.

- No Brasil, há 4 milhões de casos de pneumonia infantil a cada ano. Segundo Jornal de Pediatria • ISSN 1678-4782 • Volume 87 • N° 2 • Março/Abril • 2011 A mortalidade infantil decresceu de 20,7 por 1.000 nascidos vivos em 2006 para 17,1 em 2009. Confirmando a tendência, o Brasil atingirá a meta do quarto Objetivo de desenvolvimento do Milênio (ODM) antes de 2015.

- O controle das doenças imunopreveníveis contribuiu substancialmente para essa redução. Contudo, diferenças regionais são importantes: a população residentes nas regiões Norte e Nordeste apresenta mortalidade infantil ainda elevada. Fatores que contribuíram no Brasil para redução das taxas de mortalidade infantil por pneumonia: implementação dos programas recomendados pela OMS para controle de doenças prevalentes em crianças, introdução de vacinação contra Haemophilus influenzae tipo B e Streptococcus pneumoniae no calendário vacinal

nacional e criação, pelo Ministério da Saúde, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) aliado ao Programa de Saúde Familiar (PSF), os quais conferem atendimento preventivo e terapêutico à população em bairros afastados de grandes hospitais. ⁽²⁹⁾

No período de 2000 a 2008 ocorreram, no país, 7.129.291 internações por pneumonias (CID-10, J12 e J18), sendo que 45% destas em menores de cinco anos, resultando em uma frequência média anual de 2.100 internações/100.000 habitantes.

As IRAs também são a principal causa de doenças entre as crianças com menos de cinco anos. Em todos os estudos longitudinais realizados entre meados da década de 60 e início da década de 80, observou-se que nessa idade as crianças que vivem em zonas urbanas sofrem, anualmente, entre quatro e oito episódios de infecções respiratórias. As crianças com menos de cinco anos que vivem em zonas rurais mostraram uma incidência um pouco menor, entre dois e quatro episódios anuais de doença respiratória. ⁽³⁰⁾

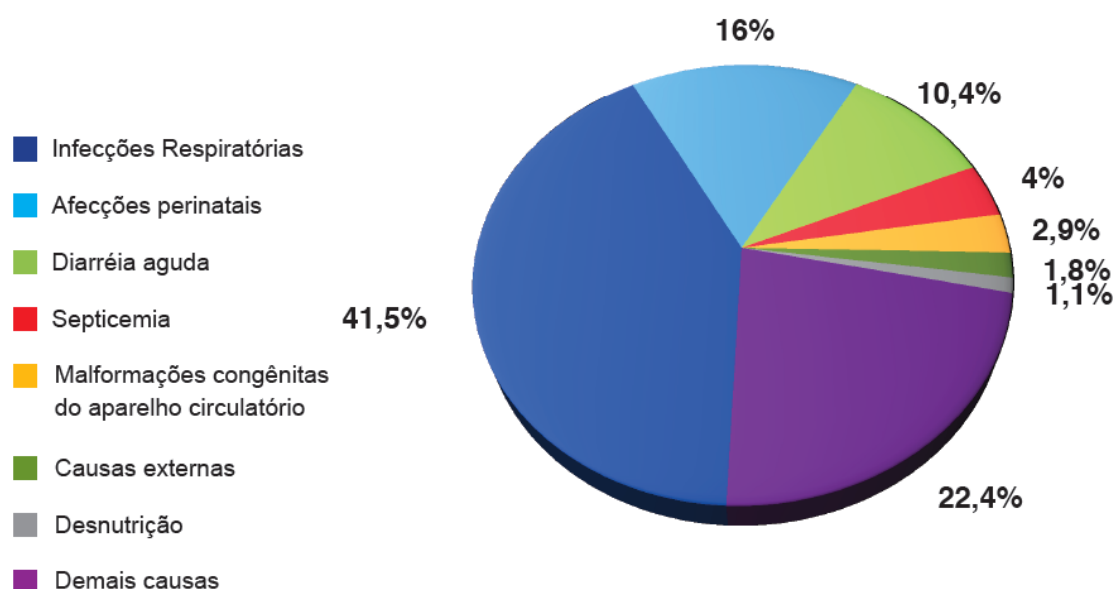
Diante do fato de esses estudos terem sido realizados tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento, foi possível comparar se existiam diferenças na incidência encontrada, observando-se que os valores eram semelhantes. No entanto, encontrou-se diferença no que tange a incidência de pneumonia, tendo esta sido mais elevada nos países em desenvolvimento que nos países desenvolvidos.

A análise dos principais diagnósticos mostra que as doenças respiratórias potencialmente mais graves, como a pneumonia, representam uma pequena proporção das consultas por IRA: aproximadamente 3,5% tanto para crianças com menos de um ano como para o grupo de 1 a 4 anos. Em contraposição, a maioria das consultas deve-se a problemas das vias respiratórias superiores, tais como o resfriado comum, a congestão das vias aéreas superiores, e a faringite. A bronquite também foi frequentemente diagnosticada, representando uma quarta parte das consultas de crianças com menos de um ano de idade e a terça parte daquelas de 1 a 4 anos. ⁽³¹⁾

O reconhecimento de todos os aspectos mencionados acima foi a base para que o controle das IRA na infância fosse considerado como de alta prioridade para se melhorar as condições de saúde das crianças com menos de cinco anos de idade

nos países em desenvolvimento. Junto com as doenças diarreicas e a desnutrição, as quais na maioria das vezes estão associadas com uma maior frequência e gravidade dos episódios, já na década de 60 as IRAs foram reconhecidas como um dos principais problemas de saúde pública nos países. Isto serviu de base para o estudo e a elaboração de diferentes estratégias para a prevenção e o tratamento dessas doenças com o fim de reduzir a carga que representavam nas taxas de mortalidade e de morbidade na infância e para garantir que os episódios recebessem a atenção apropriada. ⁽³²⁾

Tabela 2- Distribuição (%) dos gastos do SUS segundo as causas de hospitalização de crianças menores de 05 anos no Brasil – 2001 ⁽²⁴⁾



Fonte: Ministério da saúde - 2001

3.5 Causas associadas e fatores de risco

Característica associada à morbidade e à hospitalização de crianças refere-se a quem assume a responsabilidade por seus cuidados na ausência da mãe. Nesse particular, a literatura tem mencionado a frequência à creche como fator de risco associado à morbidade e à internação hospitalar por IRA. Outros fatores de risco são as condições de saúde da criança por ocasião do nascimento, a idade da criança (se recém-natos ou lactentes) e o baixo peso ao nascer. Tem sido observado que crianças nascidas com baixo peso (<2.500 g) e peso insuficiente (de

2.500 g a 2.999 g) são muito vulneráveis aos fatores ambientais e sociais, estando, portanto, mais sujeitas aos riscos de mortalidade e morbidade nos primeiros anos de vida. A presença de doenças crônicas de natureza alérgica e a falta de acesso aos serviços de saúde são outros fatores de risco. ^{(33) (34)}

Para facilitar essa abordagem, Nudelamn et al propõem diferenciar as crianças com infecções respiratórias de repetição em quatro grandes grupos: crianças provavelmente saudáveis (50%), crianças alérgicas (30%), crianças com afecções crônicas (cerca de 10%) e crianças com imunodeficiência (10%). Desta última categoria só 1% a 2% delas tem imunodeficiência primária. ⁽³⁵⁾

Em estudo observa-se que a associação entre internação hospitalar e a escolaridade materna é tanto maior à medida que aumenta o grau de escolaridade da mãe sendo a associação de 2,5 vezes entre as crianças cujas mães não tinham terminado a oitava série do ensino fundamental e de 3,3 vezes entre aquelas cujas mães não haviam concluído o ensino médio. Também é possível observar que, para cada indivíduo a mais por cômodo servindo de dormitório, a associação com a internação da criança foi elevada em 1,1 vez. Outras características que se mostraram associadas à hospitalização foram: ser cuidada pela avó; perda de irmãos menores de cinco anos; peso ao nascer inferior a 2.500 g; doença crônica referida. ⁽³⁶⁾

Além da manutenção de níveis elevados de mortalidade neonatal, outro fator preocupante em relação à mortalidade infantil é a existência de ampla variação, seja entre os diferentes grupos sociais, seja nas diferentes regiões do Brasil. Apesar dos avanços nas políticas públicas, ainda existem muitas desigualdades social e econômica no país, com reflexo nos indicadores de saúde. Assim, a população de quintil mais pobre tem o dobro da mortalidade infantil em relação ao quintil mais rico e, a região nordeste é a mais vulnerável do Brasil, com o dobro da taxa de mortalidade verificada nas regiões Sul e Sudeste. ⁽³⁷⁾

MONTEIRO et al relataram que as melhorias nas condições sociais foram acompanhadas por queda na prevalência da desnutrição e da diarreia, porém as doenças respiratórias e anemia tenderam a aumentar, e o peso ao nascer não apresentou a melhora esperada; que também são fatores de risco para as DRA. ⁽³⁸⁾

Na pesquisa Nacional de Demografia e saúde da Criança e da Mulher (PNDS) 12,3% das crianças menores de 5 anos foram internadas, no Brasil, no ano

anterior à pesquisa e, na região sudeste, este valor foi bastante semelhante 11,6%.⁽⁴⁾

As doenças respiratórias foram o principal motivo de internação em todas as regiões. O que diferiu entre as regiões Sudeste e as demais regiões do país foram as demais causas de hospitalização.⁽³⁹⁾

3.3. Crianças institucionalizadas

A Constituição Federal (1988) e posteriormente o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, estabeleceram direitos materiais à infância e juventude, dispondo a convivência familiar e comunitária como um direito fundamental que deve ter na família, sociedade e Estado o respaldo para a sua efetividade.⁽⁴⁰⁾

A Doutrina da Proteção Integral destacada na Carta Magna de 1988 reiterou um novo posicionamento do Estado, da família e da sociedade na proteção.

“Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”⁽⁴¹⁾

Assim, não mais somente a família se responsabilizaria, mas também o Estado e toda a sociedade. Crianças e adolescentes passaram de um quadro secundário a um primordial, sendo agora sujeitos de direitos, recebendo assim assistência advinda de todos os grupos existentes. Nesse ínterim, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no ano de 1990, estabeleceu medidas de proteção que devem ser aplicadas às crianças e adolescentes quando estes encontrarem-se com seus direitos ameaçados ou violados, seja por atitudes advindas da sociedade ou do Estado, por falta, omissão ou abuso dos pais ou responsável, ou em razão de sua própria conduta, como trata o artigo 98 deste regimento. Ante aos fatos, fica estabelecida a possibilidade da aplicação da medida protetiva de abrigo (ECA, art.101, VII).

Os abrigos são instituições responsabilizadas com o cuidado de crianças e adolescentes, devendo primar pela excepcionalidade e provisoriedade em sua aplicação e suprir as necessidades imediatas e futuras, zelando pela integridade física e emocional do abrigado. Diante dos fatos expostos e da importância que

envolve a temática da institucionalização de crianças e adolescentes, este estudo teve como objetivo investigar a aplicabilidade do direito à convivência familiar e comunitária nos abrigos, a partir da perspectiva das dirigentes dessas instituições.

(40)

A promulgação do ECA reforçou os preceitos elencados na Constituição e trouxe elementos de extrema importância para a construção de uma nova realidade para a infância e juventude, através da descentralização, da municipalização das funções e da participação obrigatória da família, da sociedade e do Estado no oferecimento dos direitos às crianças e aos adolescentes, principalmente o direito à convivência familiar e comunitária. Tais elementos são evidenciados no art. 4 do Estatuto e destacados no art. 19.

“Art. 19. Toda criança ou adolescente tem direito a ser criado e educado no seio da sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes.” (41)

O fato de que as crianças e adolescentes encontram-se em “condição peculiar”, torna-se a razão maior para que todos possuam a responsabilidade pelo oferecimento dos direitos fundamentais e pela proteção. Segundo a Comissão Especial da Criança a Doutrina da Proteção Integral tem por fundamento a efetiva consideração do ser, referindo que toda a rede de apoio (família, sociedade e Estado) deve estimular e se empenhar ao oferecimento da melhor alternativa de formação e desenvolvimento das crianças e adolescentes, “protegendo-os contra a ameaça e violação dos seus direitos, evitando expô-los à situações de risco pessoal ou social.” (42)

“Art. 6º Na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento.” (41)

Vários estudos discutem as funções e as implicações das instituições de abrigo. Durante o período de abrigamento, essas instituições são responsáveis pelo cuidado e pela integridade física e emocional das crianças e dos adolescentes. (43) Embora essa tarefa seja assumida pelos abrigos, Rizzini (2004, p.79) lembra que o abrigo “não pode ser um fim em si, mas um recurso a ser utilizado quando

necessário”. Isso significa que o afastamento da família só pode acontecer quando violados os direitos das crianças e dos adolescentes. ⁽⁴⁴⁾ No entanto, ao realizar um mapeamento nacional nas 589 instituições de abrigo do país no ano de 2004, o Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) identificou mais de 20 mil crianças e adolescentes abrigadas, sendo a carência de recursos materiais o motivo mais frequente para a internação. Embora a pobreza seja um fator que favoreça a vulnerabilidade pessoal e social, não pode ser motivo suficiente para o afastamento familiar. A pesquisa destacou, ainda, o tempo de permanência nos abrigos, revelando que 47,7% dos abrigados vivia nas instituições há mais de dois anos, enquanto 32,9% estavam por um período entre dois e cinco anos, 13,3%, entre seis e dez anos, e 6,4%, por mais de dez anos. Esse período de afastamento tem sido discutido constantemente, Fante e Cassab (2007) realizaram uma extensa revisão teórica sobre o direito a convivência familiar das crianças abrigadas e problematizaram a morosidade que envolve os processos de reintegração familiar. ⁽⁴⁵⁾ Já Siqueira e Dell’Aglio (2006) destacaram que a vivência institucional pode trazer implicações negativas ou positivas dependendo da história pregressa e dos motivos que os levaram para o abrigamento. ⁽⁴⁶⁾

Diversas pesquisas relacionam condutas de risco com crianças que vivenciaram a ausência materna ou tiveram um relacionamento perturbado com suas mães nos primeiros anos de vida referencial.

Para Bowlby, o desenvolvimento de crianças institucionalizadas desde cedo é causador de danos significativos, tanto fisicamente, quanto mentalmente. O autor refere que desde a primeira semana de vida os efeitos da privação dos cuidados maternos podem ser observados nos bebês, o bebê pode deixar de sorrir para um rosto humano ou de reagir quando alguém brinca com ele, pode ficar inapetente ou, apesar de bem nutrido não engordar, pode dormir mal e não mostrar iniciativa. ⁽⁴⁷⁾

É possível afirmar que existe, hoje, um relativo consenso em torno da ideia de que a institucionalização em si mesmo abre um campo favorável para a configuração de várias situações de risco (tratamento massificado, privação da convivência familiar, separação da figura de apego, confinamento social), mas que somente a combinação entre a natureza, e quantidade e a intensidade dos fatores de risco decorrentes dessa experiência de privação afetiva seriam capazes de definir

o quão adversas e hostis podem ser as condições do ambiente físico e social para o desenvolvimento da criança que se encontra sob os cuidados do abrigo. ⁽⁴⁸⁾

Alguns autores brasileiros, como Vectore e Carvalho (2008); Cavalcante, Magalhães e Pontes (2007), percebem a institucionalização como prejudicial ao desenvolvimento infantil, não tendo possibilidades de ações que possam alterar a realidade de quem necessita ser afastado de seu meio familiar, por estar sofrendo algum tipo de violação de direitos. Esses autores que partem da premissa de que a institucionalização não é a melhor opção para o desenvolvimento e socialização, já que as crianças e adolescentes não desfrutam de atendimento personalizado em razão do número desproporcional de cuidadores por criança. Além disso, demonstram que as atividades desenvolvidas nesse espaço não contemplam as necessidades básicas daqueles ali instituídos. ⁽⁴⁹⁾ Entretanto, outros estudos demonstram que em situações graves na família, a instituição pode ser a melhor opção de apoio e afeto (Dell’Aglio, 2000). ⁽⁴⁶⁾ Aí que entra o segundo grupo, que acredita no papel desempenhado por essas instituições de atendimento que compõem a rede de apoio social, avaliando essa alternativa como positiva. Nesse grupo, entretanto, há autores que relativizam um pouco os efeitos positivos, admitindo que o abrigo pode ou não constituir um risco para o desenvolvimento das crianças e adolescentes, dependendo de suas histórias pregressas. ⁽⁵¹⁾

Segundo Marin, a institucionalização é uma oportunidade positiva para o desenvolvimento dos jovens. A autora demonstra que a criança encontra na instituição os limites para aquisição de sua identidade, colocando-a como um sujeito ativo. A desmistificação desses aspectos abre espaço para que a instituição seja uma alternativa e possibilidade viável ao desenvolvimento integral da criança, mesmo privada da convivência familiar. ⁽⁵²⁾ Siqueira e Dell’ Aglio afirmam que a instituição de abrigo é um local muito importante, pois é onde os abrigados “realizam um grande número de atividades, funções e interações, como também um ambiente com potencial para o desenvolvimento de relações recíprocas, de equilíbrio de poder e de afeto”. Ademais, o abrigo não é somente um local de moradia, pois também proporciona recursos para o enfrentamento de todo tipo de situação da vida, adversa ou positiva. O apoio social e efetivo oferecido pela instituição pode gerar “o desenvolvimento da capacidade de enfrentamento de adversidades promovendo características de resiliência e desenvolvimento adaptativo”. ⁽⁴⁶⁾

Oriente e Souza verificaram nas crianças que pesquisaram, que estas “demonstram capacidade de enfrentamento das adversidades pouco comum em crianças da mesma idade que vivem fora desse ambiente”.⁽⁵³⁾

3.4. Crianças institucionalizadas como fator de risco para IRA

De acordo com Bronfenbrenner, o conceito de contexto de desenvolvimento engloba tanto as condições físicas em que a criança realiza o seu viver como a rede de relações que definem a qualidade da convivência social nesses espaços. Do ponto de vista ecológico, a família, a escola, a creche, o abrigo, entre outras instituições infantis, seriam contextos de desenvolvimento da criança na primeira infância.⁽²⁾

Em função disso, a investigação de aspectos relacionados ao processo de saúde e doença em ambientes coletivos de cuidado (como são os abrigos infantis, as creches e outras unidades de educação infantil), envolve necessariamente uma rede de elementos e significações que compõem os contextos de desenvolvimento da criança institucionalizada, propiciando a integração de fatores explicativos de natureza orgânica, física, interacional, social, econômica e ideológica.⁽⁵⁴⁾

Nos moldes em que propôs Bronfenbrenner, privilegiou-se o modelo ecológico do desenvolvimento humano para a análise de questões relacionadas à saúde infantil, perspectiva teórica a partir da qual doenças, distúrbios e deficiências são reconhecidas como produto de uma conjunção de fatores que revela as múltiplas faces do ambiente físico e social onde a criança institucionalizada realiza o seu viver, assim como traduz os padrões de cuidado infantil que estão presentes na família e no abrigo como contextos específicos.⁽²⁾

A análise dos processos de saúde/doença em ambiente de abrigo requer uma postura de crítica às concepções mais simplistas e menos abrangentes acerca dos fatores de proteção e risco colocados ao bem-estar físico e emocional nos primeiros anos da infância, uma vez que, mesmo tendo sido entregue aos cuidados de uma instituição e afastada de seus pais e/ou responsáveis, a criança institucionalizada possui um legado biológico, social e cultural, uma origem familiar que precisa ser considerada nesse processo.⁽⁵⁵⁾

A literatura mostra que crianças institucionalizadas são oriundas geralmente de famílias com renda, moradia e escolaridade precárias, ficando expostas, por

vezes desde o nascimento, a toda sorte de privações e maus-tratos nos primeiros seis anos de vida. ⁽⁴⁶⁾

Em estudo sobre a questão, foi demonstrado que crianças na faixa-etária de 1 a 5 anos, que conviviam em ambiente de cuidado coletivo entre doze e cinquenta horas por semana, apresentavam três a cinco vezes mais chance de manifestar pelo menos dois sintomas de infecção respiratória (tosse, coriza, temperatura axilar > 38°C, dispnéia) do que as que haviam sido cuidadas em casa por seus familiares. ⁽⁷⁾

O trato respiratório é o ponto mais comum de infecções em crianças institucionalizadas, sendo 89% das doenças adquiridas no abrigo relacionadas ao foco respiratório. Embora essas afecções apresentem baixa taxa de mortalidade infantil, apresentam um alto impacto sobre a vida da criança e de seus cuidadores, associada a elevados gastos em saúde. As instituições podem servir de foco epidemiológico, onde as infecções são primeiro transmitidas às crianças e posteriormente aos funcionários do local e à comunidade. Este fator pode ser particularmente importante na questão da resistência dos microrganismos e antibióticos. ⁽⁵⁶⁾

Acredita-se que as crianças menores de 3 anos apresentem uma maior vulnerabilidade à aquisição de infecções do trato respiratório devido ao baixo diâmetro da luz das vias aéreas e a hipertrofia dos tecidos linfóides das vias aéreas superiores nos primeiros anos de vida. Desta forma, podemos observar uma maior taxa de IRA em crianças institucionalizadas menores que 3 anos, do que em crianças institucionalizadas maiores de 3 anos. ⁽⁵⁷⁾

Além das alterações anatomofisiológicas que predispõe a criança ao adoecimento, ressalta-se a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida. As infecções virais aumentam muito em número quando ocorre o descenso da IgM materna devido ao desmame precoce. A IgM é a primeira imunoglobulina que aparece diante do estímulo antigênico, sendo muito importante na infecção. Já a IgA, que também é adquirida durante o processo de lactação, proporciona importante defesa das superfícies mucosas, impedindo a penetração do antígeno nas mesmas. ⁽⁵⁷⁾

No Brasil, a preocupação com a promoção da saúde em abrigos infantis encontra suas raízes nas medidas de higienização de instituições asilares e orfanatos deflagradas a partir do final do século XIX. Nesse contexto, a introdução

de práticas inspiradas no discurso médico-higienista valorizava a profilaxia de doenças físicas (prevenção de mortes por infecções e epidemias), o combate ao abandono moral (recolhimento de crianças que viviam em meio à mendicância, à criminalidade, à promiscuidade, ao vício) e a intervenção nas "chagas sociais" (conservação de infantes e nascituros enjeitados), segundo observam Costa e Trindade. ⁽⁵⁸⁾

Um dos fatores de risco mais importante para a disseminação da IRA é a superlotação. Segundo o Levantamento Nacional de Abrigos para Crianças e Adolescentes, os estados do Sul e Sudeste do Brasil apresentam uma superlotação dos abrigos devido a alta densidade populacional destes estados. Particularmente na região Sudeste 18% dos abrigos apresentavam superlotação, sendo que alguns locais funcionavam com mais de 100 crianças e o preconizado pelo ECA é que a instituição atenda ao máximo 25 crianças. ⁽⁵⁹⁾

No caso específico das crianças que fazem do abrigo seu local de moradia, os resultados permitem supor que, quanto maior a quantidade de tempo passado sob os cuidados de uma instituição, maior o nível de exposição a agentes patogênicos e situações de sofrimento psíquico.

Ao longo dos séculos, muitas crianças institucionalizadas têm sido condenadas a viver em lugares atingidos por epidemias ou endemias, que propiciam a disseminação de doenças causadas por bactérias, vírus e parasitas, além de frequente descuido com a alimentação e a nutrição infantil.

Os resultados apresentados a partir de um estudo permitem afirmar que os problemas de saúde mais frequentes entre as crianças no momento em que deram entrada na instituição são justamente aqueles relacionados às condições adversas impostas pela condição de pobreza e à qualidade do cuidado que lhes foi oferecido desde o nascimento, em que se inclui a alimentação insuficiente e/ou inadequada à idade, a desatenção com a higiene corporal e ambiental, o desmame precoce, o descumprimento dos programas de imunização. Menos de 10% das crianças que adentram o abrigo apresentam-se em boas condições de saúde. ⁽⁵⁵⁾

Por sua vez, quando se procede à análise dos dados referentes à incidência dessas e de outras doenças na população selecionada, constata-se que 42,51% do número total de crianças com participação na pesquisa apresentaram problemas de saúde diversos ao longo da sua permanência no abrigo. Entretanto, torna-se

importante ressaltar que esse percentual pode ser inclusive maior, uma vez que, em muitos casos, essa informação simplesmente não estava disponível para consulta (48,78%), na medida em que as anotações sobre o quadro geral de saúde costumam ser eliminadas tão logo ocorra o retorno da criança ao convívio com seus pais ou, mesmo, a sua adoção por outra família. Há também um percentual de crianças que declaradamente não apresentou nenhum problema de saúde no período em que durou o seu acolhimento pela instituição (8,71%).⁽⁵⁵⁾

A partir da análise dos dados coletados, observou-se que, entre as doenças que foram citadas um maior número vezes nos registros oficiais, encontram-se a gripe/resfriado (32,40%), a diarreia (12,54%), a bronquite/asma (6,62%), a pneumonia (5,22%), a escabiose (4,52%) e a otite (3,83%).⁽⁵⁵⁾

4. DISCUSSÃO

Pelo exposto, verifica-se que, ao contrário dos problemas de saúde remanescentes do período de convivência da criança em ambiente familiar, quase sempre relacionados à má nutrição e à falta de higiene dos cuidadores primários, as doenças infecciosas e/ou transmitidas por contato foram os males mais comuns entre os abrigados, provavelmente em razão do convívio intenso em grupos de pares e à completa ausência de espaço individualizado na instituição. A elevada incidência de doenças infectocontagiosas nessa população pode estar relacionada às privações típicas da convivência em ambientes institucionais, onde o cuidado infantil é coletivo e há compartilhamento contínuo de ambientes e objetos pessoais (louças, roupas, brinquedos, toalhas, material de higiene, entre outros).^{(1) (44)}

Entre os resultados obtidos, verificou-se ainda que o distanciamento da família e permanência no abrigo, mesmo quando não prolongada, com frequência provocou em várias crianças uma série de alterações em seu estado físico e emocional (humor, sono, apetite, concentração, atividade), sobretudo no período imediatamente posterior ao seu ingresso na instituição.⁽⁵⁵⁾

Segundo Green e Haggerty (1992), os fatores sociais sempre tiveram uma influencia determinante na história e na evolução da doença. Sendo que, o contexto pressupõe a relação entre as classes e o ambiente em que vivem.⁽¹⁾ Silva et al. (2006), nas famílias com pais mais jovens, menos escolarizados, oriundos de famílias de menor nível socioeconômico e moradores de residências com péssimas

condições ambientais, os problemas respiratórios são mais prevalentes. Sobre fator de risco para internação hospitalar devido às doenças respiratórias, reforça-se que indicadores como taxas e causas de internações hospitalares são parâmetros básicos para analisar qualidade assistencial e solução em nível ambulatorial. ⁽⁵⁹⁾

A adaptação positiva permite identificar se houve um processo de resiliência. A adaptação pode ser considerada positiva quando o indivíduo alcançou expectativas sociais associadas a uma etapa de desenvolvimento, ou quando não houve sinais de desajuste. Em ambos os casos, se a adaptação positiva ocorre, apesar da exposição à adversidade, considera-se uma adaptação resiliente. ⁽⁶⁰⁾

A institucionalização leva a uma quebra das esferas da vida da criança, sendo a partir deste momento todo o cotidiano realizado em um mesmo local e sob uma única autoridade. Por conseguinte, cada atividade diária do menor é realizada em horários rigorosamente pré-estabelecidos e na companhia de um grupo grande de pessoas. Esta mudança abrupta nos costumes, por si só, já é causa de grande estresse e sofrimento psíquico, que muitas vezes, conduz ao adoecimento do corpo. ⁽⁶⁾

Atualmente comprova-se a associação entre a institucionalização e efeitos perniciosos à criança e até à sociedade. O risco de adoecimento é comprovado pelo aumento da frequência de consultas médicas, do aumento na duração dos episódios e de maior gravidade nos casos de doença, e maior número de hospitalizações. Como decorrência, as instituições têm sido consideradas foco de doenças e fonte de prejuízos econômicos devido aos custos exacerbados em saúde. ⁽⁶¹⁾

Acredita-se que além do compartilhamento contínuo de objetos pessoas e ambientes, a entrada de novas crianças na instituição seja um fator agravante para o adoecimento das crianças. Em pesquisa realizada em 2013, observa-se que do total de crianças acolhidas em abrigos na região Sudeste muitos apresentavam deficiência mental, dependência química, situação de rua e doenças infectocontagiosas. ⁽⁶²⁾

Por vezes, a criança a ser abrigada na instituição apresenta uma doença a qual as outras crianças ainda não tiveram contato, ocasionando na transmissão da mesma e uma epidemia generalizada no local, tanto as crianças quanto aos cuidadores.

Segundo pesquisas recentes, o adoecimento da criança em abrigo não está relacionado à falta de atendimento em saúde. Todos os abrigos utilizam a rede de serviços de saúde da comunidade. Nos abrigos em que há um profissional de saúde da área médica, as crianças são encaminhadas à rede de serviços de saúde somente em alguns casos como em situação de emergência, já nos abrigos onde não há profissional de saúde, os cuidadores utilizam a rede pública para o atendimento das crianças. Porém a presença de um profissional de saúde, seja ele médico ou enfermeiro, atuando diretamente no abrigo melhoraria muito as condições de saúde da população acolhida, já que segundo os abrigos o atendimento na rede pública é demorado e precário. ⁽⁶³⁾

Percebemos, muitas vezes, que na assistência prestada pelas instituições ainda predomina o modelo biológico, médico centrado, não evidenciando aspectos relacionados à continuidade, longitudinalidade e integralidade da assistência. A assistência fundamenta-se, sobretudo na " queixa-conduta" , ou seja, a criança ou o adolescente tem uma queixa e vai ao serviço de saúde somente diante da queixa apresentada, para ter um problema resolvido, além de não se investir em ações de promoção e prevenção. Centra-se nos aspectos clínicos, sem considerar o contexto social, econômico e cultural em que estas crianças e adolescentes estão envolvidos. ⁽⁶⁴⁾

Os funcionários dos abrigos se preocupam em dar orientações sobre saúde para as crianças, mas em geral não têm preparo para realiza-las. Normalmente, os cuidados e as orientações que esses profissionais oferecem às crianças são apenas efetivados após orientação recebida nos serviços de saúde. Para tanto, se faz necessário a orientação em saúde para os profissionais que trabalham nos abrigos, objetivando a redução das doenças infectocontagiosas e a diminuição dos determinantes para o processo saúde-doença. ⁽⁶³⁾

O desafio de que pesquisadores, profissionais e políticos trabalhem juntos, utilizando um vocabulário comum, permite aumentar a comunicação entre as diferentes disciplinas e áreas que influem na promoção do desenvolvimento humano. ⁽⁶⁵⁾

A seguir, observamos um quadro explicativo, com os principais autores da literatura atual, entre a relação do adoecimento e a institucionalização infantil.

BRONFENBRENNER, 1996	Se a criança é submetida a situações de privação material e emocional severas, geradas pela institucionalização, pode apresentar seu potencial de desenvolvimento alterado, o que implica riscos	Situações de privação relacionada a déficits no desenvolvimento
AMORIM et al., 2000	O processo saúde-doença da criança institucionalizada envolve uma rede de elementos que compõe o desenvolvimento, levando em consideração fatores de natureza orgânica, física, ideológica, social e econômica	Processo saúde-doença relacionado a fatores de risco causados pela institucionalização
CAVALCANTE	A criança institucionalizada possui um legado biológico, social e cultural, uma origem familiar que precisa ser considerada no processo saúde-doença	Legado familiar como fator de risco no processo saúde-doença
FUCHS	Crianças na faixa-etária de 1 a 5 anos, que conviviam em ambiente de cuidado coletivo entre doze e cinquenta horas por semana, apresentavam três a cinco vezes mais chance de manifestar pelo menos dois sintomas de infecção respiratória	Maior risco de aquisição de infecções respiratórias
SCHAWARTZ	As instituições podem servir de foco epidemiológico, onde as infecções são primeiro transmitidas às crianças e posteriormente aos funcionários do local	Instituição como foco epidemiológico
SILVA	Um dos fatores de risco mais importante para a disseminação da IRA é a superlotação	Superlotação como fator de risco
CARVALHO	As infecções virais aumentam muito em número quando ocorre o descenso da IgM materna devido ao desmame precoce. A IgM é a primeira imunoglobulina que aparece diante do estímulo antigênico, sendo muito importante na infecção	Desmame precoce do seio materno como fator de risco em abrigos
BRAZELTON	As doenças infecciosas e/ou transmitidas por contato foram os males mais comuns entre os abrigados, provavelmente em razão do convívio intenso em grupos de pares e à completa ausência de espaço individualizado na instituição.	Adoecimento relacionado ao intenso convívio e ausência de individualização
GOFFMAN	Mudança abrupta nos costumes, por si só, já é causa de grande estresse e sofrimento psíquico, que muitas vezes, conduz ao adoecimento do corpo.	Mudança de costumes como fator para o adoecimento

FIGUEIREDO	A assistência prestada pelas instituições ainda predomina o modelo biológico, médico centrado, não evidenciando aspectos relacionados a continuidade, longitudinalidade e integralidade da assistência	Ênfase no modelo biológico
DELGADO e RIBEIRO, 2012	Os funcionários dos abrigos se preocupam em dar orientações sobre saúde para as crianças, mas em geral não têm preparo para realiza-las. Normalmente, os cuidados e as orientações que esses profissionais oferecem às crianças são apenas efetivados após orientação recebida nos serviços de saúde.	Falta de conhecimento dos funcionários

5. CUIDADOS E MEDIDAS PREVENTIVAS PARA INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS EM ABRIGOS

Entendemos também, nesse trabalho, ser oportuno, como contribuição pertinente, revisão bibliográfica que traga algumas medidas e cuidados que objetivam a prevenção da incidência patologias respiratórias em instituições fechadas.

Encontramos em Lima e Maranhão (2001) material clássico sobre medidas de prevenção de doenças respiratórias em creches. Em que pese o cenário dos autores tenha sido a creche e não uma Instituição fechada, tomamos a liberdade de adaptá-lo para o cenário do nosso estudo, levando-se em consideração todo o material já levantado em nossa empreitada da revisão bibliográfica. A seguir apresentamos tais medidas e cuidados:

- Evitar o acúmulo de pó e ácaros no ambiente através de limpeza úmida e evitando-se cortinas, brinquedos de pelúcia, tapetes felpudos e acúmulo de objetos.
- Lavagem dos brinquedos com água e sabão periodicamente.
- Providenciar lenços descartáveis suficientes para todas as crianças e local para depósito dos lenços utilizados evitando-se a contaminação do ambiente e das mãos das crianças e equipe.

- Oferecer um cardápio rico em nutrientes e organizar a oferta de refeições favorecendo a aceitação dos alimentos pelas crianças.
- Acompanhamento especial das crianças em processo de adaptação na instituição.
- Orientar as cuidadoras para identificar e registrar casos de crianças com resfriado, observando sua evolução, tendo atenção com a presença de sinais de complicação e perigo que demandem encaminhamento ao serviço de saúde.
- Ensinar as crianças maiores a limpar as narinas, proteger com as mãos a boca ao tossir e lavar as mãos com frequência. Para tanto a equipe da instituição deverá providenciar papel descartável suficiente tanto para limpeza nasal quanto para secagem das mãos, água corrente, sabonete, em local de fácil acesso para as crianças. O destino dos lenços usados deve ser cuidadosamente planejado para evitar contaminação do ambiente.
- As crianças menores devem ter suas narinas limpas pelo educador, com os mesmos cuidados descritos acima para evitar contaminação tanto de outras crianças, do ambiente e do educador.
- Manter a cobertura vacinal em todas as crianças da instituição controlando mensalmente todas as cadernetas das criança de acordo com a idade da criança e a região.
- Registrar o número de crianças com doenças respiratórias, classificando as por grupos etários e por sala de atendimento, para avaliação da distribuição dos casos e melhor planejamento das medidas preventivas.
- A instituição deverá manter um intercâmbio com a unidade básica de saúde de sua área de abrangência para controle dos agravos à saúde coletiva.
- Promover encontros a equipe multidisciplinar para reflexão sobre as medidas preventivas e cuidados com as crianças. ⁽⁶⁶⁾

6. CONCLUSÃO

Destaca-se a importância do presente tema para as áreas médicas e afins e em particular para a Enfermagem, objetivando provocar os devidos e pertinentes desdobramentos capazes de intervir, não apenas na prevenção da doença, e sim em medidas que considere as redes de determinação social do processo saúde e

doença e construam estratégias que encaminhem para a proteção e promoção da saúde das crianças institucionalizadas.

Vale ressaltar que há, no Brasil, um grande número de abrigos para menores, principalmente na região Sudeste do país, sendo que os mesmos, muitas vezes, encontram-se em situação de superlotação e não atendem os regulamentos de saúde propostos pela ANVISA. Essa situação, associada aos fatores de risco biopsicossociais da criança, geram manifestações de adoecimento do corpo e da mente.

Conforme já descrevemos no início da discussão desta revisão bibliográfica, a enfermagem brasileira não tem publicado artigos que abordem a prevenção e o controle de infecções respiratórias em crianças institucionalizadas.

A explicação deste fato talvez seja pelo número restrito de enfermeiros que atuam em Instituição dessa natureza. Entretanto, a partir de dados epidemiológicos, que apontam maior risco destas crianças adquirirem infecções respiratórias, os enfermeiros precisam conhecer os riscos e as medidas preventivas neste contexto, para contribuir com ações de vigilância, controle, prevenção, cuidados e educação para a saúde, estejam eles inseridos no ambiente hospitalar, na unidade básica, em programas de saúde da família ou de instituições totais.

REFERÊNCIAS

1. Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças. O que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Porto Alegre: Artmed; 2002.
2. Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artmed; 1996.
3. Monteiro CA, Freitas ICM. Evolução de condicionantes socioeconômicos da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev Saúde Pública. 2000;34(6):8-12.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
5. São Paulo. Secretaria Municipal da Saúde. Caderno temático da criança. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde; 2003.
6. Goffman E. Manicômios, Prisões e Conventos. 7ª ed. São Paulo: Perspectiva; 2007.
7. Fuchs SC, Maynard RC, Costa LF, Cardozo A, Schierholt R. Duration of day-care attendance and acute respiratory infection. Cad Saúde Pública 1996;12(3):291-6.
8. Fiss AAF, Pinto RMC. Tosse. Rev Bras Med. 2003;60(7):497-507.
9. Kobinger MEBA, Bresolin AMB, Novaes HMD. Afecções de vias aéreas superiores. São Paulo: Sarvier; 2000.
10. Zuccolotto SMC, Kobinger MEBA, Ferrer APS. Asma. São Paulo: Sarvier; 2000.
11. Cocozza AM, Kobinger MEBA. Tosse Crônica. São Paulo: Sarvier; 2000.
12. Brito MA. Tosse Persistente. In: 55º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria. Sociedade Brasileira de Pediatria; 1998.
13. Júnior MS. Doenças respiratórias em pediatria. RBM. 2003;10(67).
14. Lissauer T, Clayden G. Manual ilustrado de pediatria. 3ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2010.
15. Fonseca CB, Grisi S. Bronchiolitis, respiratory syncytial virus, and recurrent wheezing: what is the relationship? Rev Hosp Clin Fac Med Sao Paulo. 2003;58(1):39-48.
16. Post CL, Victora CG, Valente JG, Leal MdC, Niobey FM, Sabroza PCP. Fatores prognósticos de letalidade hospitalar por diarreia ou pneumonia em menores de um ano de idade. Estudo de caso e controle. Rev Saude Publica. 1992;26(6):369-78.
17. Macedo SEC, Menezes AMB, Albernaz E, Post P, Knorst M. Fatores de risco para internação por uma doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. Rev Saúde Pública. 2007;41(3).

18. Alvim CG, Lasmar LMLBF. Saúde da criança e do adolescente: doenças respiratórias. Belo Horizonte: Nescon; 2009.
19. Padua A, Alvares F, Martinez J. Insuficiência Respiratória. Ribeirão Preto: [editora desconhecida]; 2003.
20. Sarmiento GJV. Fisioterapia respiratória em Pediatria e Neonatologia. Porto Alegre: Manole; 2007.
21. Duncan BB. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção
22. primária baseada em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
23. Silva ECF. Asma brônquica. Rev Hosp Univ Pedro Ernesto. 2008; 7(2).
24. Bousquet J, Khaltaey N, Cruz A. Allergic rhinitis and its impact on asthma. Allergy. 2008.63(86):8-160.
25. Ferrer APS. Estudo de causas de internação hospitalar das crianças de 0 a 9 anos de idade no município de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2012.
26. Figueiro GLA, Mello DF. Atenção a saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. Rev Lat-Am Enferm. 2007;15 (6):1171-6.
27. Matsunaga N. Acinetobacter spp. Nihon Rinsho. 2012;70:236-42.
28. Miyao CR. Infecções virais em crianças internadas por doença aguda do trato respiratório inferior. J Pediatr. 1999;75(5).
29. Duncan BB. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.
30. UNICEF. Pneumonia: the forgotten killer of children [Internet]. New York: UNICEF / WHO Press; 2006.[acesso em 9 jun. 2014]. Disponível em: http://www.unicef.org/publications/index_35626.html.
31. Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud de las Américas, OPS/OMS; 1998. (Publicación Científica nº567).
32. Tan L, Gutiérrez A, Freire M. Manejo en el hogar de niños con tos y respiración rápida en Bolivia, Ecuador, la República Dominicana y Guatemala: hallazgos de encuestas e implicaciones para los programas de Plan Internacional. In: Benguigui Y, Valenzuela C, editores. Investigaciones operativas sobre el control de las infecciones respiratorias agudas (IRA) en niños en América latina y el Caribe; 1998. (Serie HCT/AIEPI-3.E. OPS/OMS).
33. Benguigui Y. As infecções respiratórias agudas na infância como problema de saúde pública. Bol Pneumol Sanit. 2002;10(1).
34. Luelmo F. Infecciones respiratorias agudas. In: Organización Panamericana de la Salud. Salud materno-infantil y atención primaria en las Américas: hechos y tendencias. Washington (DC): OPS/OMS; 1984. p.167-77.
35. Puffer RR, Serrano CV. Características del peso al nacer. Washington (DC):OPS/OMS; 1988.

36. Nudelman VC, Ejzenberg BRPJ. A criança com infecções de repetição nas vias aéreas superiores. São Paulo: Atheneu; 2004.
37. Caetano JRM, Bordin IAS, Puccini RS, Peres CA. Fatores associados a internação hospitalar de crianças menores que 5 anos, São Paulo, SP. Rev Saúde Pública. 2002;36(3).
38. Brasil. Ministério da Saúde. Comissão Nacional sobre determinantes sociais de saúde. As causas das iniquidades em saúde no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
39. Monteiro CA, Conde WL. Tendência secular da desnutrição e obesidade na infância na cidade de São Paulo (1974-1996). Rev Saúde Pública; 2000;34(6):52-61.
40. Berestein CK. O perfil etário dos custos de internação na saúde pública no Brasil: uma análise para as capitais nas regiões metropolitanas do Brasil em 2000 [dissertação]. Minas Gerais: Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2005.
41. Borda RCAG, Paludo SS. A institucionalização de crianças e adolescentes e o direito a convivência familiar e comunitária [Internet]. [Acesso em 19 jul. 2014]. Disponível em: < http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php/principal.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8060&revista_caderno=12>.
42. Brasil. Secretaria de Estado dos Direitos Humanos. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Secretaria de Estado dos Direitos Humanos, Departamento da Criança e do Adolescente; 2002.
43. Beghin N, Pellian AMTM. O voluntariado nos abrigos: uma profissão de fé. Brasília: IPEA/CONANDA; 2004.
44. Silva E. O Estatuto da Criança e do Adolescente e a percepção das instituições de abrigo. Brasília: IPEA/CONANDA; 2004.
45. Rizzini I. A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafios do presente. São Paulo: Loyola; 2004.
46. Cassab LA, Fante AP. Convivência Familiar: um direito à criança e adolescente institucionalizado [Internet]. [acesso em 25 jul. 2014] Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1052/3238>.
47. Siqueira AC, Dell'aglio DD. O Impacto da Institucionalização na Infância e na Adolescência: Uma Revisão de Literatura. Psicol Soc, 2006.18(1):71-80.
48. Bowlby J. The influence of early environment in the development of neurosis and neurotic character. Int J Psycho-Anal. 1940;21:1-25.
49. Cavalcante L, Magalhães C, Pontes F. Abrigo para crianças de 0 a 6 anos: um olhar sobre as diferentes concepções e suas interfaces. Rev Mal-estar Subjetiv. 2007;7(2):329-52.
50. Vectore C, Carvalho C. Um olhar sobre o abrigamento: a importância dos vínculos em contexto de abrigo. Psicol Esc Educ. 2008;12(2):441-8.

51. Janczura R. Abrigos e políticas públicas: contradições na efetivação dos direitos da criança e do adolescente[tese]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2008.
52. Marin I. FEBEM, família e identidade: (o lugar do outro). 2ª ed. São Paulo; 1999.
53. Oriente, I, Souza S. O significado do abandono para crianças institucionalizadas. *Psicol Rev.* 2005;11(17):29-46.
54. Amorim KS, Yazlle C, Rosseti-Ferreira C. Binômios saúde-doença e cuidado-educação em ambientes coletivos de educação da criança pequena. *Rev Bras Cresc Desenv Hum.* 2000; 10(6):3-18.
55. Cavalcante LIC, Magalhães CMC, Pontes FAR. Processo de saúde-doença entre crianças institucionalizadas: uma visão ecológica. *Rev Ciênc Saúde Coletiva.* 2009;14(2).
56. Schwartz B, Giebink GS, Henderson FW, Reichler MR, Jereb J, Collet JP. Respiratory infections in day care. *Pediatrics.* 1994;94:1018- 20.
57. Carvalho BTC, Carneiro-Sampaio MMS. A criança com infecções recorrentes. *Rev Pediatr.* 1996;32:344-6.
58. Trindade JMB. O abandono de crianças ou a negação do óbvio. *Rev Bras Hist.* 1999;19(37):35-58.
59. Silva ERA. O direito á convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil. Brasília: IPEA/CONANDA; 2004.
60. Infante FA resiliência como processo: uma revisão da literatura recente [Internet]. [acesso em 23 out. 2014]. Disponível em: <http://imagem.casasbahia.com.br/html/conteudo-produto/12-livros/276427/276427.pdf>
61. Reves RR, Morrow AL, Bartlett III AV, Caruso CJ, Pumbli RL, Lu BT, Pickering LK. Child day care increases the risk of clinic visits for acute diarrhea and diarrhea due to rotavirus. *Am J Epidemiol.* 1993;137(1):97-107.
62. Brasil. Conselho Nacional do Ministério Público. Um olhar mais atento aos serviços de acolhimento de crianças e adolescentes no país: Relatório da Resolução nº 71/2011. Brasília: Conselho Nacional do Ministério Público; 2013.
63. Delgado TB, Ribeiro MO. Levantamento sobre os serviços de saúde as crianças carentes nos abrigos da cidade de São Paulo. *Rev Soc Bras Enferm Pediatr.* 2012;2(1).
64. Figueiredo GLA, Mello DF. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. *Rev Latino-am Enferm.* 2003;11(4): 544-51.
65. Children in Adversity (2000): Narrative Report of the Consultation. Estados Unidos: Oxford; 2000.
66. Lima EP, Maranhão DG. Prevenção e controle de infecções respiratórias em crianças que frequentam creches: ações de enfermagem. *Rev Enferm UNISA.* 2001;2:102-6.