INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

MONITORAMENTO ESPECIAL À CRIANÇAS COM PATOLOGIAS AGUDAS NA SALA DE INTERNAMENTO DO HOSPITAL GERAL DA BARRA DO DANDE, SEGUNDO SEMESTRE 2023.

Autora: Victória Domingos Nzangui

Orientadora: Profª. Yamilé Hernández, Lic.

Luanda,2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

MONITORAMENTO ESPECIAL À CRIANÇAS COM PATOLOGIAS AGUDAS NA SALA DE INTERNAMENTO DO HOSPITAL GERAL DA BARRA DO DANDE, SEGUNDO SEMESTRE 2023.

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola (ISA), como requisito para obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem, sob orientação da Profª. Yamilé Hernández, Lic.

Autora: Victória Domingos Nzangui

Orientadora: Profª. Yamilé Hernández, Lic.

Luanda,2024

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS E SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

FOLHA DE APROVAÇÃO

MONITORAMENTO ESPECIAL À CRIANÇAS COM PATOLOGIAS AGUDAS NA SALA DE INTERNAMENTO DO HOSPITAL GERAL DA BARRA DO DANDE, SEGUNDO SEMESTRE 2023.

O JÚRI

Presidente _____

1ºVogal _____

2ºVogal _____

Secretário _____

Classificação _____

Data _____/_____/_____

DEDICATÓRIA

À Deus todo-poderoso, por ter-me concedido a vida e a força necessária para a elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo (Afonso Domingos), pelo apoio e motivação desde o inicio da minha formação.

Aos meus filhos, (João Nzangui Domingos, Mariza Domingos, Ivone Domingos, Indira Domingos), pela coragem e o apoio que me têm dado e por nunca permitirem passar na minha cabeça a vontade de desistir.

Á minha Orientadora, professora Yamilé Hernández, pelo apoio, disponibilidade, prontidão, paciência e dedicação que nos prestou, bem como espírito de diálogo na superação das dificuldades que foram surgindo ao longo da elaboração deste trabalho.

A Instituição (ISA) por estes 4 anos.

Aos meus colegas, amigos e a todos que de forma directa ou indirecta, fizeram com que eu concluísse meus estudos da melhor maneira possível e por sempre estarem presente na minha vida.

EPÍGRAFE

"O profissional de saúde deve oferecer um bom acolhimento a crianças com patologias agudas".

Hunskaar & Mallett (2011)

RESUMO

O presente trabalho de final de curso, tem como tema “Monitoramento especial à crianças com patologias agudas um estudo de caso feito no Hospital Geral da Barra do Dande especificamente na sala de internamento durante o segundo Semestre 2023”. As doenças agudas distinguem-se dos episódios agudos das doenças crónicas, que são exacerbação de sintomas normalmente menos intensos nessas condições. **Hipóteses:** As doenças do aparelho respiratório, com maior destaque às pneumonias são as principais causas de internamento de crianças no Hospital Geral da Barra do Dande; A formação contínua dos profissionais de saúde do Hospital Geral da Barra do Dande contribui para o bom monitoramento a crianças com patologias agudas. O **Objectivo Geral** do presente estudo é analisar o monitoramento especial à crianças com patologias agudas. Sendo assim, procuramos entender a importância e execução dos procedimentos a ter em conta no Hospital Geral da Barra do Dande no toca ao monitoramento à crianças com patologias agudas. **Metodologia de estudo:** foi usado o método descritivo, bibliográfico e o estudo de caso. Do ponto de vista de abordagem a pesquisa é quali-quantittiva. Quanto aos instrumentos, foram usados o guião de entrevista, questionário e grelha de observação. **Conclusões:** No Hospital Geral da Barra do Dande, existe um número elevado dos profissionais de saúde que tem idades dos 20 à 25 anos. Em contrapartida no Hospital Geral da Barra do Dande, a maior parte dos profissionais são técnicos médio. Uma boa parte dos profissionais de saúde do Hospital Geral da Barra do Dande, possuem o tempo de serviço dos 21 à 25 anos. A maior parte dos profissionais de saúde, do Hospital Geral da Barra do Dande, são do gênero masculino. A maior parte dos profissionais de saúde do Hospital Geral da Barra do Dande, conhecem o funcionamento do monitoramento especial à crianças diagnosticado com patologias agudas. Verificou-se a qualidade no atendimento dos profissionais de saúde nos procedimentos e monitoramento à crianças com patologias agudas na sala de internamento do Hospital Geral da Barra do Dande.

Palavras chave: Monitoramento especial, Criança, Patologia aguda.

ABSTRACT

This final course work has as its theme “Special monitoring of children with acute pathologies, a case study carried out at the Hospital Geral da Barra do Dande specifically in the inpatient room during the second Semester 2023”. Acute illnesses are distinguished from acute episodes of chronic illnesses, which are exacerbations of symptoms that are normally less intense in these conditions. **Hypotheses:** Diseases of the respiratory system, particularly pneumonia, are the main causes of hospitalization of children at the General Hospital of Barra do Dande; The continuous training of health professionals at the General Hospital of Barra do Dande contributes to the good monitoring of children with acute pathologies. The **General Objective** of the present study is to analyze special monitoring for children with acute pathologies. Therefore, we seek to understand the importance and execution of the procedures to be taken into account at the Hospital Geral da Barra do Dande when it comes to monitoring children with acute pathologies. **Study methodology:** the descriptive, bibliographic and case study methods were used. From an approach point of view, the research is qualitative-quantitative. As for the instruments, the interview guide, questionnaire and observation grid were used. **Conclusions:** At the Barra do Dande General Hospital, there is a high number of healthcare professionals aged between 20 and 25 years old. On the other hand, at the Barra do Dande General Hospital, the majority of professionals are mid-level technicians. A good part of the health professionals at the General Hospital of Barra do Dande have worked for between 21 and 25 years. The majority of health professionals at the Barra do Dande General Hospital are male. Most health professionals at Hospital Geral da Barra do Dande know how special monitoring works for children diagnosed with acute pathologies. The quality of care provided by health professionals in the procedures and monitoring of children with acute pathologies was verified in the hospitalization room of the Hospital Geral da Barra do Dande.

Keywords: Special monitoring, Child, Acute pathology.

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA Nº 01: População e Amostra da Pesquisa 39
TABELA Nº 02: Distribuição dos Funcionários Segundo a Faixa Etária..... 41
TABELA Nº 03: Distribuição dos Funcionários Quanto ao Nível Acadêmico 41
TABELA Nº 04: Distribuição dos Funcionários Quanto ao Tempo de Serviço 42
TABELA Nº 05: Distribuição dos Funcionários Quanto Ao Gênero 42
TABELA Nº 06: Tens Monitorizado Os Factores De Risco Nas Crianças com Patologias Agudas? 43
TABELA Nº 7: Conheces o Funcionamento do Monitoramento Especial à Crianças Diagnosticado com Patologias Agudas? 44
TABELA Nº 08: Monitoramento das Patologias Agudas Mais Frequentes no Hospital Geral da Barra do Dande 45

ÍNDICE DE GRÁFICO

GRÁFICO Nº 01: Tens Monitorizado Os Factores de Risco nas Crianças com Patologias Agudas? 43
GRÁFICO Nº 02: Conheces o Funcionamento do Monitoramento Especial à Crianças Diagnosticado com Patologias Agudas? 44
GRÁFICO Nº 03: Monitoramento das Patologias Agudas Mais Frequentes no Hospital Geral da Barra do Dande 45

LISTA DE ABREVIATURAS

SRO.....Soro de Reidratação Oral

DDA.....Doenças Diarreicas Agudas

OMS.....Organização Mundial da Saúde

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 1

Hipóteses 2

Objectivos 2

Objectivo Geral: 2

Objectivos Específicos: 2

Delimitação do Estudo 3

Justificativa 3

Estrutura do Trabalho 3

Capítulo I- Fundamentação Teórica 4

1.1. Definições de Termos e Conceitos 4

1.2. Retrospectiva Histórica Sobre Patologias Agudas 5

1.3. Cuidado em Saúde da Criança 7

1.4. Infecções Respiratórias Agudas nas Crianças 12

1.4.1. Rinofaringite ou Resfriado Comum 13

1.4.2. Otite Média Aguda 14

1.4.3. Sinusite Aguda 16

1.4.4. Faringite e Amigdalite 17

1.4.5. Bronquite Aguda 19

1.4.6. Pneumonia 20

1.5. Doenças Diarréicas Agudas 23

1.6. Catapora ou Varicela 25

1.7. Meningite 27

1.8. Poliomielite 29

1.9. Sarampo 32

1.10. Diferença Entre Patologia Crónica e Aguda 35

Capítulo II- Metodologia..... 37

2.1 Procedimentos Metodológicos 37

2.2 Paradigma da Pesquisa 37

2.3 Método da Pesquisa..... 38

2.4 TÉcnica da Pesquisa..... 38

2.5 Instrumento de Pesquisa..... 39

2.6 População e Amostra 39

2.6.1 População 39

2.6.2 Amostra..... 39

2.7. Apresentação e Interpretação Segundo a Caracterização da Amostra..... 40

2.8. DIFICULDADES 40

Capítulo III- Resultados e Discussão..... 41

3.2. Análise e Discussão dos Resultados 46

Conclusões..... 48

Sugestões 49

Referências Bibliográficas 50

Anexos

Apêndices

INTRODUÇÃO

As patologias agudas são caracterizadas por inicio súbito de evolução rápida e curta duração, já as doenças crónicas apresentam uma progressão lenta e duração prolongada. Um exemplo de doença aguda são as amigdalites, e de doença crônica a hipertensão arterial.

Como indicadores da qualidade da assistência oferecida nos hospitais, particularmente para as crianças com patologias agudas no Hospital Geral da Barra do Dande, são usados estudos de causalidade e taxas. Nos países em desenvolvimento, estes indicadores constituem medidas indiretas do acesso das populações a cuidados de saúde de primeiro nível de atendimento e da existência de um sistema de referência e contra referência funcional.

Elas são diagnosticadas através de exames subsidiários. Porém, nas doenças agudas os sinais e sintomas se apresentam mais precocemente e de forma mais clara, facilitando o diagnóstico da doença na maioria dos casos. A doença é considerada crônica quando dura três meses.

As doenças agudas são aquelas que têm um curso acelerado, terminando com convalescença ou morte em menos de três meses. A maioria das doenças agudas caracteriza-se em várias fases. O inicio dos sintomas pode ser abrupto ou insidioso, seguindo-se um máximo de sintomas e danos, fase de plateau, com manutenção dos sintomas e possivelmente novos picos, uma longa recuperação com desaparecimento gradual dos sintomas.

No Hospital Geral da Barra do Dande, verifica-se muitos casos de crianças com patologias agudas na sala de internamento, por está razão, achamos importante levantar um estudo acerca do problema, para assim darmos o nosso contributo na solução do problema levantado.

Tendo em conta o problema constatado, formulou-se a seguinte pergunta de partida:

Como tem sido o monitoramento especial à crianças com patologias agudas na sala de internamento do Hospital Geral da Barra do Dande?

HIPÓTESES

Segundo Marconi e Lakatos (2010, p. 88), afirmam que hipótese é uma suposição que fazemos na tentativa de explicar o que desconhecemos e o que pretendemos demonstrar, testando as variáveis, poderão legitimar ou não o que queremos explicar ou descobrir.

H1- As doenças do aparelho respiratório, com maior destaque às pneumonias são as principais causas de internamento de crianças no Hospital Geral da Barra do Dande;

H2- O monitoramento regular dos factores de riscos a crianças com patologias agudas contribui para o rápido melhoramento dos pacientes do Hospital Geral da Barra do Dande;

H3- A formação contínua dos profissionais de saúde do Hospital Geral da Barra do Dande contribui para o bom monitoramento a crianças com patologias agudas.

OBJECTIVOS

Segundo Marconi e Lakatos (2010, p. 27), dizem que toda pesquisa deve ter um objectivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar. O objectivo torna explícito o problema, aumentando os conhecimentos sobre determinado assunto.

OBJECTIVO GERAL:

(1) Analisar o monitoramento especial à crianças com patologias agudas na sala de internamento do Hospital Geral da Barra do Dande.

OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:

(1) Identificar as patologias agudas mais monitorizadas pelos profissionais de enfermagem no Hospital Geral da Barra do Dande;

(2) Descrever o conhecimento dos profissionais de enfermagem quanto ao monitoramento especial à crianças com patologias agudas na sala de internamento do Hospital Geral da Barra do Dande;

(3) Propor sugestões que visão a melhorar o monitoramento especial à crianças com patologias agudas no Hospital Geral da Barra do Dande.

DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O presente trabalho está delimitado quanto ao espaço com maior realce para a nossa unidade de análise que é o Hospital Geral da Barra do Dande especificamente na sala de internamento, e quanto ao tempo referente ao segundo semestre 2023.

JUSTIFICATIVA

Motivou-nos a escolha deste tema por ser um problema social.

Nesse contexto pretendemos analisar e aprofundar o que está na base deste factor.

Toda via espera-se que os profissionais de Saúde que façam bem o acompanhamento nos seus utentes, e que os académicos aprofundem mais a temática em estudo.

ESTRUTURA DO TRABALHO

O presente trabalho está dividio em três capítulo.

- No primeiro capítulo abordamos a fundamentação teórica;
- No segundo capítulo Falamos da metodologia de pesquisa;
- No terceiro capítulo tratamos dos resultados e discussão.

CAPÍTULO I- FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. DEFINIÇÕES DE TERMOS E CONCEITOS

Neste capítulo, apresentaremos as palavras-chaves extraídas a partir do tema, com o instituto de conceituarmos os termos, buscando teorias de autores que tenham realçado ideias inerentes ao tema em questão.

a) Monitoramento Especial

Segundo Boff (2010, p. 23), “monitoramento especial consiste no acompanhamento excelente e contínuo, cotidiano, por parte de gestores e gerentes, do desenvolvimento dos programas e políticas em relação a seus objectivos e metas”.

Para Gallagher (2016, p. 28), monitoramento especial é medir e implementar de uma forma eminente as actividades que serão realizadas.

b) Criança

Na visão de Merhy (2011, p. 70), “criança é capaz de construir seus próprios mundos sociais, ou seja, aquele que constroem o ambiente que as rodeia e a sociedade mais vasta em que vivem”.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018), criança é um ser social e, como tal, distribuem-se pelos diversos modos de estratificação social.

c) Patologia Aguda

Segundo Ximenes (2011, p. 55), “patologia aguda são doenças que aparecem com intensidade e agrava com rapidez”.

Para Ferreira (2010, p. 62), “patologia aguda refere-se a sinais e sintomas tão grave muito preocupante, ou procedimento cirúrgico muito relevante”.

1.2. RETROSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE PATOLOGIAS AGUDAS

Segundo Oliveira (2010, p. 55), o vocábulo patologia deriva etimologicamente dos étimos gregos “**pathos**” e “**logos**”. O primeiro deles, e a despeito da sua longuíssima tradição enquanto terminus technicus, significa aquilo que sucede a uma pessoa ou a uma coisa, uma experiência, emoção ou paixão, ou seja, designa um sofrimento, ou mesmo qualquer coisa em relação à qual se é passivo ou que se sofre.

Ainda Oliveira (2010), realça que, o segundo, e também a despeito das suas múltiplas traduções, utilizações e derivações, inclusive enquanto terminus technicus, introduz, no caso em questão, a ideia de discurso, razão, explicação ou estudo (Alvim e Ricas, 2011).

Assim, o autor Rangganatha (2014, p. 31), enfatiza que a patologia é o estudo do sofrimento, ou, na sua aceção moderna, o estudo da doença, a tentativa de produzir um discurso que dê conta do que é o sofrimento ou a doença.

Entendida deste modo, a patologia tem uma história tão antiga quanto a própria medicina.

No âmbito da tradição ocidental, ou, por outras palavras, no âmbito das diversas tradições que compõem aquilo que designamos uniformemente como tradição ocidental, a sua origem remonta aos antigos egípcios (Pisco, 2017).

Prova disso são o papiro Edwin Smith (séc. xvii a.C.), que regista 48 casos de feridas e fraturas (algumas na medula espinal), cada um deles acompanhado de um texto introdutório, uma lista de sintomas significativos, um diagnóstico e ainda um tratamento reco mendado, aos quais se acrescenta, por vezes, uma explicação dos termos menos familiares; e o papiro Ebers (Ferrnandes, 2010).

Apesar do seu carácter mágico, por quanto abre com um feitiço a ser dirigido aos deuses e executado aquando da aplicação de um medicamento a qual quer parte

do corpo, não deixa de conter informação considerada médica, como seja a identificação de remédios para problemas gástricos e unguentos para problemas de pele (Barros, 2013).

O facto de serem tratados fragmentários e com resquícios de fetichismo leva a que o documento decisivo para a constituição de uma arte ou perícia médica seja o corpus hippocraticum – a coletânea de textos que resta da escola de Hipócrates (Araujo, 2010).

De entre o *corpus*, com importância determinante para a patologia, destaca-se a obra Sobre a Doença Sagrada, mais conhecida pelo seu título latino De Morbo Sacro (Bardin, 2014).

Segundo Amaral & Barros (2013), realça que:

> As razões que fazem com que o texto mereça especial atenção desenham-se logo nas suas primeiras linhas. Nelas, o autor declara a sua intenção de tratar da doença sagrada (epilepsia), não enquanto sagrada, de origem divina, mas enquanto doença natural, com causas que são perfeitamente identificáveis assim que se supera a inexperiência daqueles que lidam com ela, o espanto perante as suas manifestações sintomáticas e a falta de conhecimento acerca das coisas que são propriamente divinas e das que não são.

Opõe-se, por isso, à conceção falsamente médica ou terapêutica daqueles que designa por magos, purificadores (que se servem de processos purgativos), sacerdotes mendicantes (da deusa Cibele) e charlatães errantes (Casey, 2015).

Ora, aquilo que está em causa na medicina e na patologia hipocráticas é precisamente o esforço de demonstrar que a conceção fetichista da saúde e da doença humanas é, na verdade, ímpia e profana, assim como desajustada (Colliére, 2019).

De acordo Diogo (2011), dizia que:

> O que está em causa na medicina e na patologia hipocráticas é precisamente o esforço de demonstrar que a conceção fetichista da saúde e da doença humanas é, na verdade, ímpia e profana, assim como desajustada, nesse sentido, acaba por ser simultaneamente uma

> reformulação do pensamento religioso da Antiguidade e a instituição da medicina propriamente dita, agora compreendi da como investigação racional das causas naturais das doenças: as entidades sobrenaturais são preteridas a favor dos humores (sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra ou melancolia), de cujo equilíbrio depende a saúde e que podem ser influenciados quer por causas internas (deficiências orgânicas), quer por causas externas (alimentação, traumas, águas contaminadas), e de tratamentos baseados na observação, na experiência, e, sobretudo, no conhecimento da natureza do corpo.

Validada pela ciência e pela filosofia de cada época, constitui-se como: etiológica, na medida em que procura explicar o sofrimento pelas suas causas; diagnóstica, porquanto procura identificar e categorizar a enfermidade de que se sofre; prognóstica, ao justificar o curso de determinados tratamentos (Oliveira, 2010).

Mediante a previsão dos resultados; e probatória, na verificação da razoabilidade do curso de ação que foi seguido na terapêutica, pelo que é assim, também, autótica, no sentido em que vê pelos seus próprios olhos e de pende da observação na primeira pessoa, do testemunho ocular do patologista (Pisco, 2017).

1.3. CUIDADO EM SAÚDE DA CRIANÇA

Na visão de Espezel & Canam (2013), a saúde da criança e ao longo da vida é definida por eventos em períodos singulares, chamados de transição, no continuum dos ciclos da vida do ser humano.

A vida intrauterina, o nascimento e a primeira infância são períodos sensíveis, durante os quais o ser humano passa por grandes modificações fisiológicas, tornando-se críticos para o desenvolvimento de suas potencialidades ou levando à progressão de eventos agudos ou crônicos e morte prematura, em potencial (Boff, 2010).

O modelo estritamente biológico de desenvolvimento de doenças foi substituído por evidências acumuladas desde o século passado e, principalmente, depois da Teoria de Barker e de seus seguidores, a partir da década de 80, que postularam o início precoce do desenvolvimento de doenças do adulto a partir da vida intrauterina (De La Cuesta, 2015).

Outras disciplinas agregaram novos conhecimentos sobre a integração dos ciclos de vida, chamando atenção os estudos da epigenética, que demonstram alterações nos processos bioquímicos da metilação do DNA, a partir da complexa interação biológico-ambiente, e os quais acarretam mudanças na expressão gênica, sem que ocorram alterações na sequência cromossômica do indivíduo (Knafl & Dixon, 2018).

Essas mudanças bioquímicas são determinadas por fatores intrínsecos (genéticos e sistema neuro endócrino) e extrínsecos (ambiente e nutrição) presentes como factores tóxicos ou protetores (herança genética, infecções, eventos hipóxido isquémicos, comportamentos e estilos de vida), em um processo dinâmico, complexo, multinível e multifatorial, com possíveis impactos positivos ou negativos nos períodos de maior desenvolvimento infantil (Figueiredo, 2012).

Os processos de maleinização, multiplicação de conexões sinápticas e desenvolvimento dos sistemas de suporte da glia e do sistema circulatório continuam por muito tempo após o nascimento (Gibson, 2015).

A neuro plasticidade se refere à capacidade que o cérebro tem de fazer modificações de curto ou longo prazo na força e no número de suas conexões neuronais sinápticas em resposta aos estímulos recebidos, associadas à atividade e à experiência (Gibson, 2015).

É uma propriedade ao longo da vida do cérebro humano, com pico no início precoce da vida, que é o período de crescimento cerebral mais rápido. A natureza da às crianças a chance de se adaptarem às necessidades específicas apresentadas pelo ambiente em que nasceram (Grandine, 2015).

Segundo o Hospital de Coimbra (2010, p. 88), define três tipos distintos de estresse na infância: positivo, tolerável e tóxico. Esse conceito está fundamentado no potencial do estresse de causar interrupções fisiológicas permanentes, resultantes da intensidade e da duração da resposta.

Na mesma sequência de ideias, Bogliolo (2010, p. 96), afirma que uma resposta positiva ao estresse refere-se a um estado fisiológico que é breve e de magnitude leve à moderada.

O postulado de estresse positivo abrange a disponibilidade de um adulto atencioso e responsivo, que ajude a criança a lidar com o estressor, proporcionando um efeito protetor, o qual facilita o retorno dos sistemas de resposta ao estresse de volta ao estado inicial (Hugues, 2019).

Quando protegidas por um ambiente de relacionamentos estáveis e de apoio, as respostas positivas ao estresse constituem um elemento básico para o desenvolvimento potencial. Como tal, eles fornecem oportunidades importantes para observar, aprender e praticar respostas saudáveis e adaptativas a experiências adversas (Instituto de Apoio à Criança, 2016).

O postulado de estresse positivo abrange a disponibilidade de um adulto atencioso e responsivo, que ajude a criança a lidar com o estressor, proporcionando um efeito protetor, o qual facilita o retorno dos sistemas de resposta ao estresse de volta ao estado inicial (Kerouac et al, 2011).

De acordo Carvalho & Weckx (2016), os fatores precipitantes de uma resposta positiva ao estresse incluem lidar com a frustração (separação da mãe por período tolerável), a apreensão (aplicação de uma vacina) e a ansiedade.

Quando protegidas por um ambiente de relacionamentos estáveis e de apoio, as respostas positivas ao estresse constituem um elemento básico para o desenvolvimento potencial (Figueiredo, 2012).

Segundo Cotran e Robbins (2011), afirma que eles fornecem oportunidades importantes para observar, aprender e praticar respostas saudáveis e adaptativas a experiências adversas.

Uma resposta tolerável ao estresse, em contraste com o estresse positivo, está associada à exposição a experiências não normativas, que apresentam uma magnitude maior de adversidade ou ameaça (Gibson, 2015).

Para Colliére (2019), os precipitantes podem incluir a morte de um membro da família, uma doença ou lesão grave, um divórcio contencioso, ou um desastre natural.

Quando experimentado no contexto de proteção oferecida pelos adultos de apoio, o risco de que tais circunstâncias produzam ativação excessiva dos sistemas de resposta ao estresse que leva a danos fisiológicos e consequências de longo prazo para a saúde e o aprendizado é bastante reduzido (Lima et al, 2011).

Assim, a característica essencial que torna essa forma de resposta ao estresse tolerável é até que ponto os relacionamentos adultos de proteção facilitam o enfrentamento adaptativo da criança e uma sensação de controle, reduzindo a resposta fisiológica ao estresse e promovendo um retorno ao estado inicial (Grandine, 2015).

Os factores de risco incluem exemplos de estresses múltiplos, como abuso ou negligência infantil, uso de drogas pelos pais e depressão materna, que são capazes de induzir uma resposta tóxica ao estresse (Espezel & Canam, 2013).

Segundo Cleary e Cleary (2016), as características essenciais desse fenômeno é a interrupção dos circuitos cerebrais e de outros órgãos e sistemas metabólicos durante os períodos sensíveis do desenvolvimento.

Níveis persistentemente elevados de hormônios do estresse podem modificar o desenvolvimento arquitetónico de diferentes regiões do cérebro em desenvolvimento (amígdala, hipocampo e córtex pré-frontal), com repercussão em funções importantes no aprendizado de habilidades adaptativas às adversidades futuras, comportamento e saúde física e mental futura (Mauro, 2019).

Também insultos ambientais durante períodos sensíveis do desenvolvimento (por exemplo, infecção fetal por vírus da rubéola ou exposição fetal ao álcool) podem favorecer o desenvolvimento de alterações na estrutura e na função cerebral, que levam a uma ampla gama de doenças físicas e mentais na vida adulta (Morse, 2013).

As respostas fisiológicas ao estresse envolvem a ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal e do sistema simpático, que resulta em níveis aumentados de hormônios do estresse, como o liberados de corticotrofina, o cortisol, a norepinefrina e a adrenalina (Hugues, 2019).

Segundo Casey (2015), essas alterações ocorrem paralelamente e em rede com outros mediadores, que incluem citocinas inflamatórias em resposta ao sistema nervoso parassimpático, as quais contrabalancem a ativação simpática e as respostas inflamatórias.

Essa carga cumulativa induzida pelo estresse no funcionamento geral do corpo e os resultados, tanto fisiológicos ou fisiopatológicos, quanto psicológicos, para enfrentar o estresse e retornar ao equilíbrio homeostático, são denominados “carga alostática” do estresse. A dinâmica desses sistemas mediadores de estresse determina os resultados (De La Cuesta, 2015).

Todas as crianças serão expostas as situações de estresses durante seu desenvolvimento, como o nascimento de um irmão, os passos na vida escolar, uma mudança de casa, ou a morte de um familiar, acidentes, doenças e hospitalizações (Knafl & Dixon, 2018).

Entretanto, os autores afirmam que o evento estressor com o qual a criança se depara precisa ser proporcional à sua maturidade e ao seu estágio de desenvolvimento, para possibilitá-la, com apoio da família e sob orientação dos profissionais, desenvolver habilidades para o enfrentamento do problema.

Os profissionais responsáveis pelo cuidado precisam conhecer os mecanismos de toxicidade para promover sua saúde, fortalecendo fatores protetores possíveis,

para redução dos riscos imediatos e a longo prazo de consequências negativas no crescimento e no desenvolvimento neuro psicomotor da criança (Kerouac et al, 2011).

1.4. INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS NAS CRIANÇAS

De acordo o Figueiredo (2012), na faixa etária de seis meses aos três anos, as crianças têm de seis a nove infecções respiratórias agudas por ano, sendo que cerca de 10% delas apresentam mais de dez quadros ao ano.

Para Domingues & Ganter, et al, (2017), acreditam que entre os três e cinco anos, o número de infecções respiratórias cai para três a quatro por ano, e crianças acima dos cinco anos apresentam um a dois quadros por ano, como ocorre nos adultos.

Esse é um comportamento fisiológico decorrente do desenvolvimento do sistema imunológico. Entre os fatores de risco que podem aumentar a frequência de infecções virais do aparelho respiratório, podemos citar a utilização de berçários e creches, a presença de irmãos mais velhos e a falta de aleitamento materno (Espezel & Canam, 2013).

Na visão de Espezel & Canam (2013), acrescentam que as infecções respiratórias agudas podem ser classificadas segundo sua localização anatômica em:

a) infecções das vias aéreas superiores:

- ❖ rinofaringite,
- ❖ faringite e amigdalite,
- ❖ otite média,
- ❖ sinusite e laringite;

b) infecções das vias aéreas inferiores, tais como:

- ❖ bronquite,
- ❖ pneumonias.

1.4.1. RINOFARINGITE OU RESFRIADO COMUM

Segundo Grandine (2015), a rinofaringite tem sua etiologia predominantemente viral, sendo causada por mais de 200 tipos de vírus.

- **SINAIS E SINTOMAS**

pode iniciar com dor de garganta, coriza, obstrução nasal, espirros, tosse seca e febre de intensidade variável, podendo ser mais alta em menores de cinco anos. Alguns pacientes com essa infecção têm o seu curso sem a presença de febre. Determinados tipos de vírus podem também causar diarreia.

- **CAUSA**

A Rinofaringite inicia-se com dor de garganta e, eventualmente, com febre moderada (inferior a 39ºC). Estes sintomas persistem até 3 dias.

De seguida, o nariz fica congestionado durante 2 a 10 dias. As secreções são inicialmente claras, tornando-se depois mais espessas e de cor amarelada ou verde. Pode haver tosse e durar cerca de 10 dias.

Estas manifestações estão associadas à inflamação da cavidade nasal e da faringe (situada posteriormente às fossas nasais), causada por um vírus. A Rinofaringite é uma infeção frequente, benigna mas contagiosa.

- **TRATAMENTO**

Na maioria dos casos, uma Rinofaringite tem resolução por si só no espaço de uma semana. O tratamento visa essencialmente o alívio dos sintomas, como a dor de garganta, a dor de cabeça e a congestão nasal. Algumas medidas recomendadas para melhorar o conforto e resolver as complicações são:

(1) Repouso: no caso das crianças, incentivar atividades tranquilas e longe do barulho e confusão.
(2) Beber, no mínimo, 2L de líquidos como água e infusões de chá, a fim de garantir uma boa hidratação.
(3) Gargarejar com água morna e salgada para alívio da dor de garganta.
(4) Garantir uma temperatura ambiente moderada (abaixo dos 21ºC) e uma humidade relativa do ar de 80 a 90% de modo a liquefazer as secreções das vias respiratórias e reduzir a tosse. Se necessário usar um humidificador.
(5) Usar gotas nasais ou solução salina para aliviar o congestionamento.
(6) Duches ou banhos moderadamente quentes.
(7) Para aliviar a irritação da pele ao redor das narinas, aplicar um produto cosmético adequado.

- **PREVENÇÃO**

(1) Lavar bem as mãos;
(2) Usar álcool em gel frequentemente;
(3) Manter o ar da casa sempre umidificado;
(4) Evitar entrar em contato com pessoas doentes, especialmente aquelas com dor de garganta;
(5) Cobrir a boca ao tossir ou espirrar;
(6) Evitar dividir copos e comidas.

1.4.2. OTITE MÉDIA AGUDA

Na visão de Morse (2013), clinicamente a otite se apresenta com persistência do quadro febril, na evolução de um quadro de rinofaringite, podendo ser referido dor de ouvido nas crianças maiores e irritabilidade nas crianças menores.

- **SINAIS E SINTOMAS**

Os principais sintomas da otite média são:

(1) Dor intensa na região do ouvido;

(2) Defasagem auditiva durante o período da infecção;
(3) Febre;
(4) Falta de apetite;
(5) Vômitos e diarreia;
(6) Irritabilidade;
(7) Dificuldades para dormir.

Em alguns casos, o tímpano pode se romper. Quando isso acontece, é perceptível a saída de uma secreção do ouvido, podendo estar acompanhada de pus e/ou sangue.

- **CAUSA**

A otite média pode decorrer de quadros de infecções de vias aéreas superiores, como gripes, resfriados e em quadros rinossinusais.

- **TRATAMENTO**

O uso de antibióticos é recomendado quando houver moderada a intensa otalgia, febre acima de 39º e duração maior que 48 horas. O antibiótico inicial de escolha é a Amoxicilina (875mg a cada 12 horas) por 7 a 10 dias.

- **PREVENÇÃO**

O fumo passivo pode aumentar o risco, logo, as pessoas não devem fumar, especialmente em casa ou próximo a crianças. A otite média aguda recorrente pode ser prevenida pela inserção de tubos de drenagem (tubos de timpanostomia). Além disso, evite alimentos inflamatórios, como os processados, açucarados, industrializados e alérgenos.

O tratamento da otite média com antibióticos é controvertido. Acredita-se que a melhora clínica pode estar muito mais relacionada à evolução da infecção viral da via aérea superior do que ao tratamento com os antibióticos, embora seja relatado que

até 81% dos pacientes tratados com antibióticos se tornem assintomáticos (Figueiredo, 2012).

1.4.3. SINUSITE AGUDA

Os seios maxilares e etmoidais são os mais comumente envolvidos quando a drenagem das secreções está diminuída por infecções das vias aéreas superiores (Knafl & Dixon, 2018).

- **SINAIS E SINTOMAS**

Os principais sintomas da sinusite são o surgimento de secreção nasal espessa e amarelada, acompanhada de sensação de peso ou pressão no rosto. No entanto, outros sintomas também podem aparecer:

(1) Dor de cabeça, que pode se espalhar para os olhos e nariz;
(2) Dor de garganta;
(3) Dificuldade para respirar pelo nariz;
(4) Perda do olfato e gosto;
(5) Mau hálito;
(6) Tosse que piora à noite.

Além disso, também pode surgir febre acima de 38ºC e tonturas, especialmente nos casos de sinusite bacteriana.

- **CAUSA**

A sinusite pode ser causada por fatores infecciosos, como: bactérias, fungos e vírus e também por fatores alérgicos, como: poeira, choque térmico, cheiros, ácaros, poluição, pólen, mofo, pelos de animais, fumaça de cigarro e partículas de insetos.

- **TRATAMENTO**

(1) Experimente sprays nasais (como esteroides nasais) e descongestionantes.

(2) Descanse mais e beba mais líquidos.
(3) Use analgésicos de venda livre, como paracetamol ou ibuprofeno, se você sentir dor significativa.
(4) Faça lavagem nasal, irrigue (limpe) suas passagens nasais com soro fisiológico.

❖ **PREVENÇÃO**

(1) Mantenha as vias respiratórias hidratadas. Manter as vias respiratórias hidratadas é essencial para prevenir a sinusite.
(2) Mantenha-se afastado de substâncias irritantes.
(3) Lave as mãos regularmente.
(4) Evite exposição excessiva a alérgenos.
(5) Pratique uma boa higiene nasal.

A febre geralmente de baixa intensidade e a dor com edema periorbital, ao acordar, são sintomas frequentemente presentes. Crianças maiores podem se queixar de dor de cabeça e dor nos seios da face envolvidos (Whaley & Wong, 2011).

1.4.4. FARINGITE E AMIGDALITE

No caso das amigdalites purulentas, o agente etiológico mais comum é o estreptococo beta hemolítico do grupo A, sendo necessária a utilização de antibiótico para o tratamento (Rangganatha, 2014).

❖ **SINAIS E SINTOMAS**

Os sinais e sintomas variam muito consoante a causa da faringite, assim:

(1) A odinofagia (dor na garganta ao engolir) de instalação progressiva para sólidos e líquidos é comum na causa vírica ou bacteriana;
(2) A tosse, a expectoração e a rouquidão, que traduzem o envolvimento das vias respiratórias inferiores, são sintomas frequentes nas faringites víricas;
(3) A secura faríngea, o ardor, o pigarro, as picadas são frequentes nas faringites crónicas;

(4) A febre, as cefaleias, o mal-estar geral são comuns nas faringites infeciosas, particularmente nas víricas;
(5) Adenopatias cervicais.

- **CAUSA**

Cerca de 75% dos casos de amigdalite e faringite ocorrem por infecções virais.

Geralmente, esses vírus são responsáveis por gripes e resfriados comuns. Já enfermidades virais mais graves, como mononucleose e HIV, tem como um de seus sintomas infecções na garganta. 25% dos casos são provocados por infecções bacterianas.

A faringite pode também se desenvolver a partir de:

- Exposição a poluentes
- Fumaça de cigarro
- Exposição a componentes químicos
- Refluxo

A baixa imunidade também colabora para que ambas as infecções se desenvolvam, seja por infecção viral ou bacteriana.

- **TRATAMENTO**

A origem é viral, o tratamento é feito com o uso de anti-inflamatórios, analgésicos e antitérmicos. Uma única dose de corticoides também é receitada por alguns médicos, aliviando os sintomas. Já em casos bacterianos, é indicado o uso de antibióticos.

Em casos mais graves de amigdalite, especialmente naqueles em que as infecções se repetem com uma frequência muito elevada, é recomendada a remoção das amígdalas por meio de uma amigdalectomia. Vale lembrar que em cada uma das situações citadas, a busca por ajuda médica é fundamental. Dessa

forma, serão indicados os tratamentos adequados para cada forma de amigdalite e faringite.

- **PREVENÇÃO**

A melhor forma de se prevenir contra amigdalite e faringite é manter as mãos sempre limpas, não beijar quem estiver com gripe ou dor de garganta e não compartilhar objetos como talheres, copos, xícaras e escovas de dente com terceiros.

1.4.5. BRONQUITE AGUDA

Segundo Alvim & Ricas (2011, p. 33), surge na evolução de uma rinofaringite e se inicia com tosse seca que evolui para produtiva, com presença de roncos expiratórios difusos à ausculta do tórax. O raio X do tórax é normal ou pode apresentar acentuação da trama vaso brônquica.

- **SINAIS E SINTOMAS**

A tosse e o desconforto torácico são os sintomas mais proeminentes da bronquite aguda. Inicialmente, a tosse é não produtiva, mas ao longo do tempo transforma-se em tosse com expectoração mucosa. Com a progressão da doença a expectoração pode tornar-se purulenta e estar raiada de sangue, no entanto é um sintoma que deverá ser sempre valorizado e enquadrado noutras hipóteses de diagnóstico.

Esta doença cursa com febre e calafrios durante um a dois dias.

Muitos doentes com bronquite aguda também desenvolvem traqueíte. Os sintomas de envolvimento traqueal incluem dor sub-esternal associada com a respiração que se intensifica com a tosse.

- **CAUSA**

A bronquite aguda é causada geralmente por vírus, embora, em alguns casos, possa ser resultado de uma infecção bacteriana. As crises também podem ser desencadeadas pelo contato com poluentes ambientais e químicos (poeira, inseticidas, tintas, ácaros etc.). O cigarro é o principal responsável pelo agravamento da doença.

- **TRATAMENTO**

O tratamento da bronquite pode ser feito por meio do uso de medicamentos como antibióticos (no caso de uma infecção bacteriana) e broncodilatadores (no caso de infecção por vírus). Podem ser recomendadas ao paciente a realização de inalação com soro fisiológico e a constante hidratação das narinas.

- **PREVENÇÃO**

Os melhores ambientes para ajudar a evitar uma crise de bronquite aguda são locais arejados, com boa circulação de ar e sem poeira.

(1) Lavar bem as mãos;
(2) Ingerir bastante líquido;
(3) Evitar locais onde haja pessoas fumando;
(4) Eliminar possíveis causas de alergia respiratória;
(5) Utilizar máscara em caso de contato com pessoas com gripe, resfriados ou qualquer outra doença transmitida pelas vias respiratórias.

1.4.6. PNEUMONIA

Sendo a pneumonia a principal causa de óbito entre as infecções respiratórias, sua identificação e tratamento precoce são imprescindíveis na estratégia de controle (Gonzaga, 2010).

Os lactentes menores de dois meses têm características especiais que devem ser levadas em conta na avaliação. Eles apresentam maior risco de morrer de

infecções bacterianas graves, devendo ser tratados em regime de internação hospitalar (Fontes, 2012).

Para Souto (2019, p. 22), o quadro clínico é frequentemente inespecífico, como dificuldade de se alimentar, distensão abdominal, febre ou hipotermia.

Para se considerar como sinal de pneumonia, a tiragem deve ser subcostal e acentuada, e a frequência respiratória, maior que 60 respirações por minuto (Lasmar, 2011).

Nas crianças de 2 a 12 meses, considera-se taquipneia quando a frequência respiratória for maior que 50 respirações por minuto, e acima de 40 nas crianças de um a quatro anos (Muray, 2010).

- **SINAIS E SINTOMAS**

Os sintomas podem variar dependendo da idade da criança, do agente causador e da gravidade da infecção. No entanto, alguns sintomas comuns incluem:

(1) Febre alta
(2) Tosse persistente
(3) Respiração rápida ou dificuldade para respirar
(4) Chiado no peito
(5) Dor no peito ao respirar ou tossir
(6) Letargia ou falta de energia
(7) Perda de apetite
(8) Irritabilidade

.

- **CAUSA**

A pneumonias são provocadas pela penetração de um agente infeccioso ou irritante (bactérias, vírus, fungos e por reações alérgicas) no espaço alveolar, onde ocorre a troca gasosa.

A pneumonia infantil é uma infecção pulmonar comum em crianças, frequentemente causada por bactérias, vírus ou outros microrganismos. Esta condição pode variar de leve a grave e requer atenção médica adequada para garantir a recuperação completa da criança.

❖ TRATAMENTO

O tipo de tratamento realizado para a pneumonia depende do agente causador da doença. Em pneumonias causadas por bactérias, por exemplo, o tratamento é realizado com uso de antibióticos. Já em pneumonias virais, são utilizados medicamentos para o alívio dos sintomas e, em alguns casos, medicamentos antivirais. A pneumonia deve ser tratada de forma adequada, pois ela pode evoluir para um quadro mais grave, podendo, inclusive, levar o paciente ao óbito.

O diagnóstico da pneumonia ocorre por meio de exame clínico, ausculta dos pulmões e radiografias de tórax. Para tratar a pneumonia em crianças, é necessário utilizar antibióticos (por via oral ou injetável, dependendo da gravidade do caso) e de acordo com prescrição médica.

❖ PREVENÇÃO

Como prevenir a pneumonia em crianças?

(1) Vacinação
(2) Higiene das mãos
(3) Ambiente limpo.
(4) Evitar a exposição a fumaça de tabaco
(5) Prevenir aspiração de líquidos e corpos estranhos.
(6) Práticas de etiqueta respiratória.
(7) Evitar contato com pessoas doentes.

1.5. DOENÇAS DIARRÉICAS AGUDAS

É uma síndrome causada por diferentes agentes etiológicos “Bactérias, Vírus e Parasitas”, cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência (Araujo, 2010).

É uma doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentando algumas vezes muco e sangue (disenteria) (Brandt & Silva, 2015)

De acordo Whaley & Wong (2011), uma síndrome causada por diferentes agentes etiológicos “Bactérias, Vírus e Parasitas”, cuja manifestação predominante é o aumento do número de evacuações, com fezes aquosas ou de pouca consistência.

É uma doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentando algumas vezes muco e sangue (disenteria) (Dantas, 2016).

Na óptica de Webb & Madeley (2015), a diarréia é a perda aumentada de água e eletrólitos nas fezes com a modificação brusca do hábito intestinal.

Clinicamente apresenta-se como aumento no número de evacuações e/ou pela diminuição da consistência das fezes, associada ou não a vômitos e/ou febre (Damasceno, 2019).

A percepção materna da mudança do hábito intestinal deve ser valorizada.

Até 14 dias de evolução, a diarreia é denominada aguda. Caso se prolongue por 14 dias ou mais, é denominada diarreia persistente (Bogliolo, 2010).

Quando a diarreia tem sangue, com ou sem muco, é chamada disenteria. O agente mais comum responsável pela disenteria é a bactéria Shigella. As complicações principais da diarreia são a desidratação e a desnutrição, que podem levar à morte (Cotran & Robbins, 2011).

A diarreia ainda é um fator importante na morbimortalidade em menores de cinco anos, apesar do avanço incontestável na prevenção da sua complicação, que é a desidratação, através do Soro de Reidratação Oral (SRO), em uso desde a década de 1980 (Farias, 2010).

- **SINAIS E SINTOMAS**

Ocorrência de no mínimo três episódios de diarreia aguda no período de 24hrs (diminuição da consistência das fezes fezes líquidas ou amolecidas e aumento do número de evacuações) podendo ser acompanhados de:

(1) Cólicas abdominais;
(2) Dor abdominal;
(3) Febre;
(4) Sangue ou muco nas fezes;
(5) Náusea;
(6) Vômitos.

- **CAUSA**

As causas da diarreia podem ser variadas, indo desde problemas mais simples, como intoxicações alimentares provocadas por bactérias ou vírus, até casos mais graves, como alguns tipos de cânceres

A diarreia se caracteriza como um quadro marcado por evacuações líquidas e com alta frequência, ocorrendo mais de três vezes ao dia. Apesar de ser um problema muitas vezes ignorado, trata-se de uma condição grave que pode até mesmo levar uma pessoa à morte.

- **TRATAMENTO**

O tratamento das doenças diarreicas agudas se fundamenta na prevenção e na rápida correção da desidratação por meio da ingestão de líquidos e solução de sais

de reidratação oral (SRO) ou fluidos endovenosos, dependendo do estado de hidratação e da gravidade do caso. Para indicar o tratamento é imprescindível a avaliação clínica do paciente e do seu estado de hidratação.

A abordagem clínica constitui a coleta de dados importantes na anamnese, como: início dos sinais e sintomas, número de evacuações, presença de muco ou sangue nas fezes, febre, náuseas e vômitos; presença de doenças crônicas; verificação se há parentes ou conhecidos que também adoeceram com os mesmos sinais/sintomas. O exame físico, com enfoque na avaliação do estado de hidratação, é importante para avaliar a presença de desidratação e a instituição do tratamento adequado, além disso, o paciente deve ser pesado, sempre que possível. Se não houver dificuldade de deglutição e o paciente estiver consciente, a alimentação habitual deve ser mantida e deve-se aumentar a ingestão de líquidos, especialmente de água.

- **PREVENÇÃO**

Alguns tipos de diarreia podem ser prevenidos utilizando-se medidas bastante simples, tais como:

- Beber água filtrada ou fervida.
- Lavar sempre as mãos.
- Lavar bem os alimentos, principalmente aqueles consumidos in natura.
- Guardar bem os alimentos para evitar contaminações.
- Em caso de intolerância, evitar esse tipo de alimento.
- Evitar rios e lagos em que pode haver contaminação.

1.6. CATAPORA OU VARICELA

Segundo Stewien et al. (2011), a catapora ou varicela é uma doença muito contagiosa causada por um vírus chamado Varicela Zoster.

Essa doença é uma das mais comuns na infância, principalmente porque só se pega catapora uma vez (Guimarães et al, 2010).

Segundo Risi (2011), afirma que a principal característica é deixar o corpo coberto de pintinhas vermelhas. Elas começam no tronco da criança e se espalham rapidamente para o rosto, braços e pernas, podendo se dispersar para dentro da boca, nariz, orelhas e outros orifícios do corpo.

Depois de um tempo, as pintinhas vermelhas se transformam em pequenas bolhas de água, que começam a cicatrizar em 4 ou 5 dias, formam “casquinhas” e caem (Linhares, 2013).

Entretanto, quando as feridas são coçadas, podem infeccionar e deixar cicatrizes permanentes na pele. A catapora provoca febre alta, bastante coceira na pele, cansaço, cefaléia e perda de apetite (Cotran & Robbins, 2011).

O vírus que causa a catapora está presente na saliva. Por isso, uma criança saudável pode contrair a doença se estiver no mesmo ambiente de uma criança infectada, ao inspirar o ar contaminado pelo espirro ou tosse (Kale & Nobre, 2014).

Uma criança com catapora pode espalhar a doença a partir dos dois dias que antecedem o surgimento da erupção e até que todas as bolhas tenham secado, possivelmente depois de 10 dias (Kumar et al, 2011).

- **SINAIS E SINTOMAS**

Os sintomas da catapora, em geral, começam entre 10 e 21 dias após o contágio da doença. Os principais sinais e sintomas da doença são:

(1) manchas vermelhas e bolhas no corpo;
(2) mal-estar;
(3) cansaço;
(4) dor de cabeça;
(5) perda de apetite;
(6) febre baixa.

As bolhas surgem inicialmente na face, no tronco ou no couro cabeludo, se espalham e se transformam em pequenas vesículas cheias de um líquido claro. Em poucos dias o líquido escurece e as bolhas começam a secar e cicatrizam. Este processo causa muita coceira, que pode infeccionar as lesões devido a bactérias das unhas ou de objetos utilizados para coçar.

- **CAUSA**

A Catapora (varicela) é uma doença infecciosa, altamente contagiosa, mas geralmente benigna, causada pelo vírus Varicela-Zoster, que se manifesta com maior frequência em crianças e com incidência no fim do inverno e início da primavera.

- **TRATAMENTO**

No tratamento da catapora, em geral, são utilizados analgésicos e antitérmicos para aliviar a dor de cabeça e baixar a febre, e anti-histamínicos (antialérgicos) para aliviar a coceira. Os cuidados de higiene são muito importantes e devem ser feitos apenas com água e sabão.

- **PREVENÇÃO**

As principais medidas de prevenção e controle da catapora (varicela) são:

(1) Vacinação.
(2) Lavar as mãos após tocar nas lesões.
(3) Isolamento.

1.7. MENINGITE

Segundo Longo & Jameso (2013), a meningite é uma inflamação das membranas denominadas meninges. Elas recobrem e protegem o sistema nervoso central, dentro do cérebro.

❖ SINAIS E SINTOMAS

Entre os principais sintomas de meningite, podemos destacar:

(1) Febre alta que surge subitamente;
(2) Dor de cabeça forte;
(3) Rigidez no pescoço;
(4) Vômitos;
(5) Confusão mental e dificuldade para se concentrar;
(6) Convulsões;
(7) Sensibilidade à luz;
(8) Fraqueza;
(9) Manchas avermelhadas pelo corpo;
(10) Perda de apetite.

Para os bebês podem apresentar outros sinais, como moleira elevada, irritabilidade, agitação e sonolência.

❖ CAUSA

De acordo Saha & Chowdrury (2016), a meningite meningocócica é causada pela bactéria Neisseria meningitidis ou Neisseria intracelullaris. o meningococo é uma bactéria do tipo diplococo que só causa a doença no ser humano e, felizmente, não sobrevive muito na atmosfera.

O período de incubação da meningite é de dois a dez dias. A doença evolui em três etapas: nasofaríngea, septicêmica e meningítica (Longo, Kasper & Jameso, 2013).

A criança com meningite tem febre, rigidez na nuca, fortes dores de cabeça, vômito, mal-estar, calafrios, dores musculares, confusão mental, entre outros sintomas, que variam de acordo com a fase da doença (Paireau, Chen & Broutin, 2016).

❖ **TRATAMENTO**

Não há tratamento específico para a meningite viral e, como acontece com outras viroses, se resolve sozinha, podendo ser utilizados medicamentos que tratem apenas dos sintomas, como dor e febre. Meningites bacterianas são mais graves e devem ser tratadas imediatamente, em ambiente hospitalar.

❖ **PREVENÇÃO**

Cuidados gerais que podem ajudar a prevenir contra a meningite, por exemplo, manter sempre as mãos limpas e cobrir o rosto em casos de tosse ou espirros. As vacinas também são uma ótima forma de prevenção.

1.8. POLIOMIELITE

Segundo Campos & Maranhão (2013), a poliomielite, também chamada de paralisia infantil, pólio ou doença de Heine-Medin, é uma infecção viral aguda causada por um dos três poliovírus existentes.

É uma doença contagiosa que ataca o sistema neurológico, afetando o corpo inteiro e podendo causar a paralisia dos movimentos musculares (Carvalho & Weckx, 2016).

O vírus se prolifera na submucosa do intestino ou faringe e então alcança a corrente circulatória, espalhando-se por todo o organismo (Centers for Disease Control and Prevention, 2011).

Segundo Relvas (2010, p. 53), o período de incubação é de três a 35 dias. Em geral, a doença se manifesta próximo ao décimo dia após a contração do vírus.

Na fase aguda (quando já existe o comprometimento do sistema nervoso), a poliemelite pode causar febre, dor de cabeça, dor de garganta, coriza, vômito e, às vezes, rigidez de nuca (Rodrigues, 2015).

❖ SINAIS E SINTOMAS

Poliomielite ligeira: Tende a ser mais comum nas crianças mais jovens. Os sintomas, que se iniciam entre o 3.º e o 5.º dia depois da infeção, consistem numa sensação de mal-estar geral, febre ligeira, dor de cabeça, irritação da garganta e vómitos. A recuperação faz-se normalmente em 24 a 72 horas;

Poliomielite grave: É mais provável nas crianças mais velhas e nos adultos. Os indícios, que normalmente surgem entre o 7.º e o 14.º dia depois da infeção, incluem febre, dor de cabeça e muscular profunda, rigidez do pescoço e dor nas costas. Em algumas zonas da pele ocorrem sensações de picadas e uma invulgar sensibilidade à dor. A doença pode estacionar ou progredir e desenvolver debilidade ou paralisia em certos músculos, dependendo das regiões do cérebro e da espinal medula que foram afetadas. Pode também ocorrer dificuldade em engolir saliva, alimentos ou líquidos.

A complicação mais grave é a paralisia permanente, embora ocorra em menos de um em cada 200 casos. A debilidade de um ou mais músculos é bastante frequente. Por vezes, a parte do cérebro responsável pela respiração pode ser atingida e provocar debilidade ou imobilidade nos músculos do peito. Hoje em dia, a morte por esta enfermidade é rara.

Alguns pacientes desenvolvem outras complicações 20 a 30 anos depois de terem sofrido um ataque de poliomielite. Esta doença (síndroma de pós-poliomielite) consiste numa fraqueza muscular progressiva, que muitas vezes provoca invalidez.

❖ CAUSA

A poliomielite, também chamada de pólio ou paralisia infantil, é uma doença contagiosa aguda causada por um vírus que vive no intestino, chamado poliovírus, que pode infectar crianças e adultos por meio do contato direto com fezes ou com secreções eliminadas pela boca das pessoas infectadas e provocar ou não paralisia.

❖ TRATAMENTO

A poliomielite não tem cura e os medicamentos antivirais não afetam o curso da doença. No entanto, se os músculos da respiração forem debilitados, pode ser utilizado um ventilador artificial. O foco do tratamento é proporcionar conforto, acelerar a recuperação e evitar complicações. O repouso e o uso de analgésicos são úteis. A fisioterapia moderada ajuda a prevenir deformidades e a perda de função muscular. Uma dieta equilibrada é igualmente importante no restabelecimento destes doentes.

❖ PREVENÇÃO

A vacinação é o método principal de prevenção e está incluída no calendário de imunizações das crianças.

Existem dois tipos de vacinas, uma com poliovírus inativado (vacina de Salk), que é administrada em forma de injeção, e outra com poliovírus vivos (vacina de Sabin), de administração oral. A inativada é administrada aos dois, quatro e seis meses, sendo feito um reforço entre os cinco e os seis anos.

Em casos muito raros, a vacina com poliovírus vivos pode provocar poliomielite, sobretudo em pessoas que têm um sistema imunitário deficiente. Por esse facto, não é administrada a estas pessoas ou às que tenham contacto permanente com elas, porque o vírus vivo elimina-se pelas fezes durante determinado tempo após a vacinação.

Nos países industrializados não se recomenda vacinar pela primeira vez pessoas maiores de 18 anos, pois o risco de adquirir poliomielite nessas circunstâncias é extremamente baixo. Os adultos que nunca tenham sido imunizados e que vão viajar para uma zona onde a poliomielite ainda representa um problema sanitário devem ser vacinados.

1.9. SARAMPO

Segundo Aps et al. (2018), o sarampo é uma infecção viral (gênero Morbilivirus, família Paramyxoviridae) facilmente transmitida entre as pessoas e muito comum na infância. Dura até duas semanas e se parece com a catapora, pois também faz surgir bolinhas vermelhas pelo corpo e coceira.

De acordo Domingues et al. (2017), o sarampo é uma doença grave que pode deixar sequelas por toda a vida ou causar a morte. As principais complicações variam de acordo com as fases da vida do paciente, como:

- Crianças: pneumonia; infecções de ouvido; encefalite aguda (inflamação no encéfalo – parte do sistema nervoso dentro do crânio); morte.
- Adultos: pneumonia.
- Gestantes: parto prematuro; bebê com baixo peso.

No início, a criança tem febre, tosse, olhos inchados e irritados (especialmente em lugares muito iluminados), podendo também surgir pequenas ínguas no pescoço. Com o passar de 24 horas, os sintomas pioram, e surgem diversas pintinhas vermelhas na pele, da cabeça para os pés (Risi, 2011).

Segundo Pinto & Figueiredo (2015), elas permanecem por cinco ou seis dias. Após esse período, a criança entra na fase de convalescença, em que as manchas tornam-se escuras e começam a descamar.

❖ SINAIS E SINTOMAS

Os principais sinais e sintomas do sarampo são:

Exantema (manchas vermelhas) no corpo e febre alta (acima de 38,5°) acompanhada de um ou mais dos seguintes sintomas:

(1) Tosse seca;
(2) Irritação nos olhos (conjuntivite);

(3) Nariz escorrendo ou entupido;
(4) Mal-estar intenso;

Em torno de 3 a 5 dias é comum aparecer manchas vermelhas no rosto e atrás das orelhas que, em seguida, se espalham pelo restante do corpo. Após o aparecimento das manchas, a persistência da febre é um sinal de alerta e pode indicar gravidade, principalmente em crianças menores de 5 anos de idade.

- **CAUSA**

Sarampo é uma doença infecciosa grave, causada por um vírus, que pode ser fatal. Sua transmissão ocorre quando o doente tosse, fala, espirra ou respira próximo de outras pessoas.

- **TRATAMENTO**

(1) Vitamina A;
(2) Medicamentos para baixar a febre;
(3) As pessoas infectadas que são hospitalizadas devem ser colocadas em quartos especiais do hospital e isoladas de outras pessoas durante a doença. As pessoas infectadas que não estão hospitalizadas devem limitar, rigorosamente, o contato com outras pessoas durante a doença.
(4) Os médicos administram vitamina A a crianças com sarampo, porque a vitamina A demonstrou reduzir o número de mortes e de doença grave resultante do sarampo em países em que a deficiência de vitamina A é comum;
(5) Crianças com sarampo devem ser mantidas sempre aquecidas e confortáveis;
(6) Para reduzir a febre, pode ser administrado paracetamol ou ibuprofeno;

❖ PREVENÇÃO

- Vacina tríplice viral;

a) Prevenção antes da exposição

(1) A vacina contra o sarampo é administrada como parte da vacina combinada contra sarampo, caxumba e rubéola (MMR), que contém vírus vivos, mas atenuados, do sarampo, da caxumba e da rubéola. A MMR é uma das imunizações de rotina da infância e é administrada a crianças na maioria dos países que têm um sistema de saúde robusto. A vacina tríplice viral e a vacina contra varicela (catapora) estão igualmente disponíveis como uma vacina combinada (vacina MMRV).

(2) A MMR geralmente proporciona imunidade duradoura e diminuiu os casos de sarampo nos Estados Unidos em 99%.

(3) Duas doses da vacina MMR são rotineiramente recomendadas. A primeira dose é administrada entre 12 e 15 meses de idade, mas pode ser administrada até mesmo a crianças a partir de seis meses de idade durante uma epidemia de sarampo ou antes de uma viagem internacional. A segunda dose é dada entre os quatro e os seis anos de idade.

(4) As crianças que tinham menos de um ano de idade quando foram imunizadas ainda precisam de mais duas doses depois do primeiro aniversário.

(5) Em algumas pessoas, a vacinação causa febre leve e erupção cutânea, mas as pessoas não são contagiosas. A vacina MMR não causa autismo (consulte vacina MMR e preocupações com autismo).

(6) A MMR é uma vacina viva e não é administrada durante a gestação.

(7) Para obter mais informações sobre quem deve e quem não deve receber a vacina MMR, consulte Administração da vacina MMR. Consulte também Efeitos colaterais da vacina tríplice viral MMR.

b) Tratamento preventivo após a exposição

(1) Crianças (e adultos) expostas ao sarampo e que não têm imunidade podem receber a vacina no prazo de três dias após a exposição podendo, então, estar protegidas.

(2) As pessoas que não devem receber a vacina MMR, como gestantes e pessoas com um sistema imunológico gravemente enfraquecido, podem ser protegidas se receberem uma injeção de imunoglobulina no prazo de seis dias após a exposição. As pessoas que recebem imunoglobulina podem receber a vacina MMR cinco a seis meses depois, se possível.

1.10. DIFERENÇA ENTRE PATOLOGIA CRÓNICA E AGUDA

Segundo Ximenes (2011, p. 57), a doença crônica é uma doença que é de longo prazo.

Ainda para Ximenes, (2011) as doenças crônicas não têm uma causa única. Na maioria das vezes, elas surgem como resultado das inúmeras agressões que o organismo sofre ao longo dos anos. Alimentação inadequada, obesidade, uso de álcool, cigarro e outras drogas, sedentarismo e falta de descanso são os principais fatores que levam ao desenvolvimento dessas patologias.

Apesar desta realidade, a maioria das doenças crônicas podem ser prevenidas ou controladas, possibilitando viver uma vida com qualidade. Para isso é preciso, em primeiro lugar, conhecer a doença e, em segundo, tratá-la de forma correta, completa e contínua.

Para Ferreira (2010, p. 66), a doença aguda é uma doença que é de curto prazo.

Não congênitas ou infecciosas: estas, por outro lado, são comumente originárias de organismos invasores. Nesse caso, é como se hospedeiro (corpo) e invasor (infecção) chegassem a um equilíbrio temporário. Seu tratamento é lento e às vezes inexistentes (Ferreira, 2010).

1. A prevenção primária, que é tudo que fazemos no intuito de remover causas e fatores de risco de um problema de saúde antes que a doença ocorra. Inclui a promoção da saúde e a proteção específica contra certas doenças (ex.: imunização, exercícios físicos).
2. A prevenção secundária, que são as ações que visam detectar um problema de saúde em seu estágio inicial, muitas vezes subclínica, facilitando o diagnóstico definitivo e o seu tratamento, desta forma reduzindo ou prevenindo sua disseminação ou suas consequências no longo prazo (ex.: rastreamento de câncer de mama, estratificação do risco cardiovascular). 3. A prevenção terciária, que são as ações que visam reduzir os prejuízos funcionais consequentes a um problema agudo ou crônico, incluindo as medidas de reabilitação (ex.: reabilitar um paciente após um infarto ou após um acidente vascular cerebral).

CAPÍTULO II- METODOLOGIA

2.1 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Segundo Chemin (2015, p. 77), procedimentos metodológicos “(caminhos, métodos, normas, regras, padrões, modos, protocolos, materiais que serão adoptados para alcançar determinado objectivo), ou seja, a melhor forma de investigar, de buscar soluções para os problemas está no estudo e na aplicação de modelos de pesquisas que já demonstraram consistência teórica e prática”.

2.2 PARADIGMA DA PESQUISA

Do ponto de vista técnico, a pesquisa é:

Bibliográfica: é aquela que se realiza do registo disponível, decorrente de pesquisas anteriores, em documentos impressos, como livros, artigos, teses etc. Utiliza-se de dados ou de categorias teóricas já trabalhados por outros pesquisadores e devidamente registados. Os textos tornam-se fontes dos temas a serem pesquisados. O pesquisador trabalha a partir das contribuições dos autores dos estudos analíticos constantes dos textos (SEVERINO, 2007: 122).

Estudo de caso: Yin (2005) destaca que o estudo de caso constitui uma estratégia de pesquisa que não pode ser classificada a *priori* como qualitativa nem quantitativa, por excelência, mas que está interessada no fenômeno. O estudo de caso requer múltiplos métodos e fontes para explorar, descrever e explicar um fenômeno em seu contexto.

Do ponto de vista da forma da abordagem do problema, a pesquisa é **quali-quantitativa**: quando um pesquisador se interessa por dimensionar, avaliar determinada aplicação de uma técnica ou ainda introduzir uma variável, ele recorre ao estudo quantitativo. Ao passo que se deseja observar o fenómeno, buscando entende-lo de forma completa e integral, o pesquisador recorre à pesquisa qualitativa. A modalidade da pesquisa quali-quantitativa interpreta a informações quantitativa por

meio de símbolos numéricos e os dados qualitativos mediante a observação, a interação participativa e a interpretação do discursos do sujeito. (KNECHTEL, 2014).

2.3 MÉTODO DA PESQUISA

No presente projecto para analisar as ideias, informações e resultados dos dados recolhidos no campo utilizou-se o método indutivo, indo das constatações particulares às leis e teorias gerais.

Na visão de Alvarenga (2012, p. 52) define o método indutivo como “aquele em que se utiliza a indução, processo mental em que, partindo-se de dados particulares, devidamente constatados, pode se inferir uma verdade geral ou universal não contida nas partes examinadas”.

Caracterização da pesquisa segundo o objectivo geral, deu-se por meio da investigação descritiva.

2.4 TÉCNICA DA PESQUISA

Para obtenção de dados foi utilizada como técnica a entrevista, questionário e a observação.

Na visão de Afonso (2005, p. 29), considera a entrevista como sendo uma das principais técnicas de colectas de dados e pode ser definida como conversa realizada face a face pelo pesquisador junto ao entrevistado, seguindo um método para se obter informações sobre determinado assunto.

Chemin (2015, p. 82) diz que o questionário consiste de uma série de perguntas a serem respondidas por escrito pelo informante, sem a presença do pesquisador; normalmente, envolve um número mais ou menos elevado de questões apresentadas por escrito às pessoas, para conhecer suas opiniões, crenças, sentimentos, interesses, expectativas, situações vivenciadas etc.

A autora supracitada argumenta que a observação é um instrumento de colecta de dados que faz uso dos sentidos para obter determinados aspectos da realidade investigada; consiste em ver, ouvir e examinar factos ou fenómenos que deseja investigar. Neste trabalho utilizamos a observação sistemática (estruturada, planejada, controlada por quadros, anotações, escalas, dispositivos mecânicos etc.).

2.5 INSTRUMENTO DE PESQUISA

Em linhas gerais, os instrumentos de recolha de dados utilizados nesta pesquisa, foi guião de entrevista, questionário e grelha de observação.

2.6 POPULAÇÃO E AMOSTRA

2.6.1 POPULAÇÃO

Segundo Alvarenga (2012, p. 43), a população "é o conjunto de elementos que apresentam características semelhantes que se pretende estudar ou conhecer". A nossa população é constituída por cento e trinta e dois (132).

2.6.2 AMOSTRA

Doxsey (2009, p. 36) considera amostra como sendo "um subconjunto dos elementos de uma população (universo) a partir do qual os dados são recolhidos". A nossa amostra é constituída por um (2) funcionários licenciados, dez (10) especialistas de enfermagem, vinte e sete (27) técnicos médios, totalizando 39 funcionários.

TABELA Nº 01: POPULAÇÃO E AMOSTRA DA PESQUISA

Designação	População	Amostra	Percentagem
Licenciados	4	2	5%
Especialistas de Enfermagem	30	10	26%
Técnicos Médios	97	27	69%
Total	**132**	**39**	100%

Fonte: Elaboração própria

Na nossa população, extraímos uma amostra de trinta e nove (39) indivíduos, os quais: dois (02) Licenciados, dez (10) enfermeiros e vinte e sete (27) Técnico Médios.

2.7. APRESENTAÇÃO E INTERPRETAÇÃO SEGUNDO A CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

2.8. DIFICULDADES

Ao longo da nossa pesquisa encontramos imensas dificuldades e dos quais destacamos;

- Dificuldades em obter a bibliografia relacionada ao tema;
- Dificuldades no contacto, sensibilização e predisposição dos elementos do nosso estudo em responder as questões do guião de entrevista.
- Dificuldades de ordem financeira, atendendo o momento que o país atravessa;

CAPÍTULO III- RESULTADOS E DISCUSSÃO

Depois da realização da entrevista, vimos apresentar os resultados obtidos concernentes a pesquisa. Neste capítulo apresentar-se-á os dados obtidos no campo da pesquisa, que o Hospital Geral da Barra do Dande. Onde os inquiridos são os funcionários da mesma instituição, (nomeadamente: Enfermeiros, Médicos, Director Clínico, Director Geral e Directora de Enfermagem).

TABELA Nº 02: DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS SEGUNDO A FAIXA ETÁRIA

Faixa etária	Frequência	Percentagem
20 à 25 anos	14	35,89%
26 à 30 anos	10	25,64%
31 à 35 anos	10	25,64%
36 à 40 anos	5	12,82%
Total	**39**	**100%**

Fonte: Elaboração Própria

De acordo com a tabela 02, a faixa etária com maior número é a de 20 à 25, com uma percentagem de 35,89%, seguida pela faixa de 26 à 30 anos com 25,64% e pela 31 à 35 com a mesma percentagem, e finalmente 36 à 40 anos com 12,82%.

TABELA Nº 03: DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS QUANTO AO NÍVEL ACADÊMICO

Inqueridos	Frequência	Percentagem
Licenciados	2	23%
Especialistas de enfermagem	10	26%
Técnico médio	27	51%
Total	**39**	100%

Fonte: Elaboração Própria

Segundo a tabela 03, o nível predominante é dos técnicos médio, isto é, vinte e sete (27) perfazendo 51%, especialista de enfermagem dez (10), perfazendo 26% e

dois (02) licenciados perfazendo 23%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

TABELA Nº 04: DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS QUANTO AO TEMPO DE SERVIÇO

Anos de serviço	Frequência	Percentagem
5 à 10 anos	01	2,56%
11 à 15 anos	08	20,51%
16 à 20 anos	10	25,64%
21 à 25 anos	20	51,28%
total	**39**	100%

Fonte: Elaboração Própria

De acordo a tabela 04, os profissionais com mais anos de serviço são os de 21 à 25 anos com uma percentagem de 51,28%, seguido por os de 16 à 20 anos com uma percentagem de 25,64% e de 11 à 15 com uma percentagem de 20,51% e finalmente por os de 5 à 10 anos com uma percentagem de 2,56%.

TABELA Nº 05: DISTRIBUIÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS QUANTO AO GÊNERO

Género	Frequência	Percentagem
Masculino	24	61,53%
Feminino	15	38,46%
Total	**39**	100%

Fonte: Elabora Própria

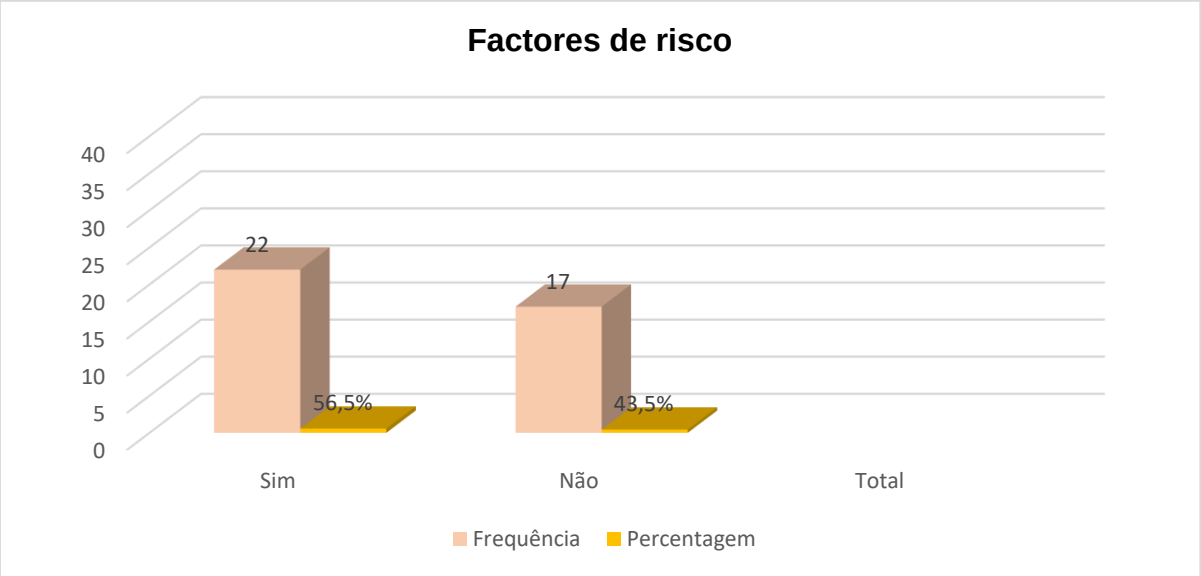
De acordo com a tabela 05, o género masculino predomina com vinte e quatro (24) profissionais com uma percentagem de 61,53% e o género feminino com quinze (15) profissionais com uma percentagem 38,46%.

TABELA Nº 06: TENS MONITORIZADO OS FACTORES DE RISCO NAS CRIANÇAS COM PATOLOGIAS AGUDAS?

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	22	56,5%
Não	17	43,5%
Total	**39**	**100%**

Fonte: Elaboração Própria

GRÁFICO Nº 01: TENS MONITORIZADO OS FACTORES DE RISCO NAS CRIANÇAS COM PATOLOGIAS AGUDAS?



Fonte: Elaboração Própria

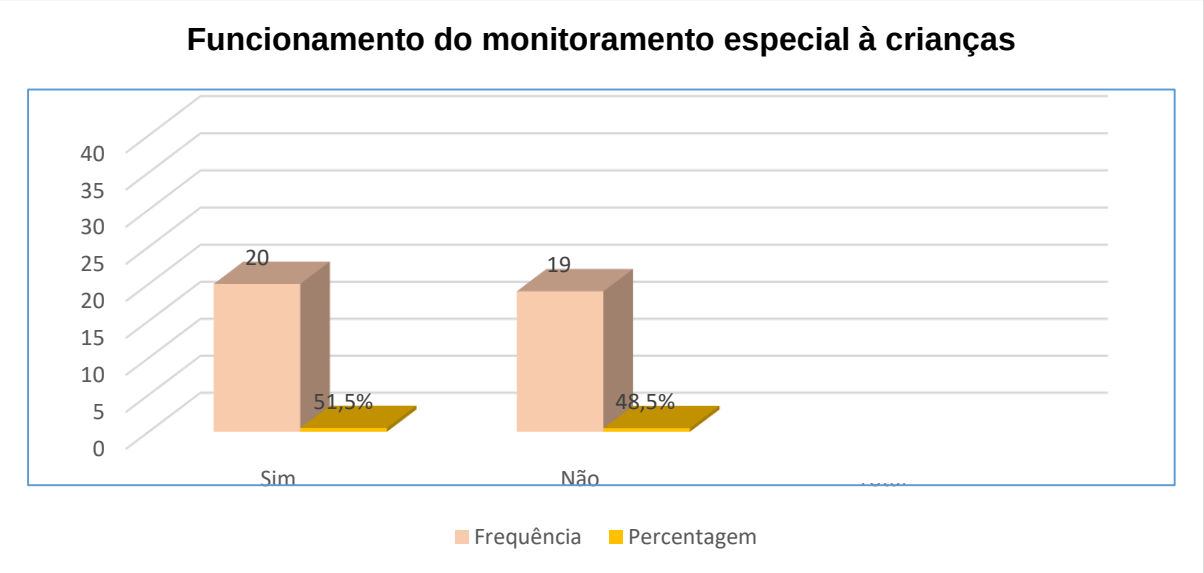
Com base a tabela 06 e o gráfico 01, vinte e dois (22) profissionais responderam sim perfazendo 56,5% e dezassete (17) responderam não perfazendo 43,5%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

TABELA Nº 7: CONHECES O FUNCIONAMENTO DO MONITORAMENTO ESPECIAL À CRIANÇAS DIAGNOSTICADO COM PATOLOGIAS AGUDAS?

Descrição	Frequência	Percentagem
Sim	20	51,5%
Não	19	48,5%
Total	**39**	**100%**

Fonte: Elaboração Própria

GRÁFICO Nº 02: CONHECES O FUNCIONAMENTO DO MONITORAMENTO ESPECIAL À CRIANÇAS DIAGNOSTICADO COM PATOLOGIAS AGUDAS?



Fonte: Elaboração Própria

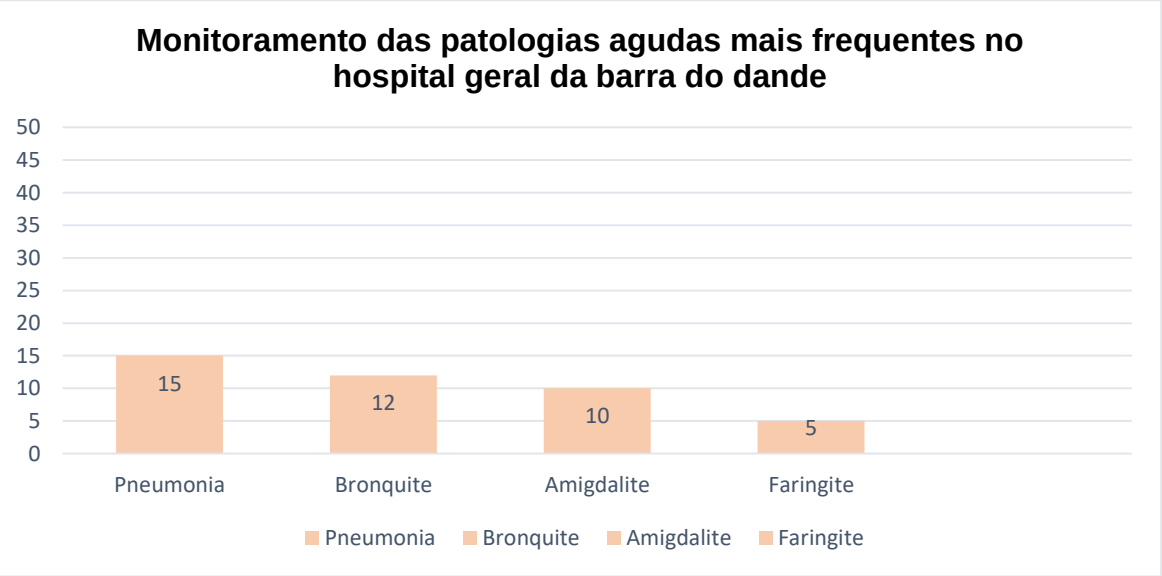
Com base a tabela 07 e o gráfico 02, vinte (20) profissionais responderam sim perfazendo 51,5% e dezanove (19) responderam não perfazendo 48,5%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

TABELA Nº 08: MONITORAMENTO DAS PATOLOGIAS AGUDAS MAIS FREQUENTES NO HOSPITAL GERAL DA BARRA DO DANDE

Descrição	Frequência/Dia	Percentagem
Pneumonia	15	40,5%
Bronquite	12	25,25%
Amigdalite	10	9,35%
Faringite	5	1,54%
TOTAL	**43**	**76,64%**

Fonte: Elaboração Própria

GRÁFICO Nº 03: MONITORAMENTO DAS PATOLOGIAS AGUDAS MAIS FREQUENTES NO HOSPITAL GERAL DA BARRA DO DANDE



Fonte: Elaboração Própria

De acordo com as informações levantadas durante as nossas pesquisas no Hospital Geral da Barra do Dande, verificamos que das doenças agudas mais frequentes diariamente neste Hospital é a pneumonia com uma percentagem de 40,50% das doenças mais frequentes em crianças com patologia aguda, seguido da bronquite com 25,25%, amigdalite com 9,35% e faringite com 1,54% perfazendo 76,64% das doenças mais frequentes no Hospital Geral da Barra do Dande.

3.2. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nem todos os profissionais de saúde do Hospital Geral da Barra do Dande dominam na integra os procedimentos de monitoramento à crianças com patologias agudas, porém, ficou claro o desfecho da entrevista por parte dos entrevistados sendo que na sua maioria dominam o mesmo procedimento. Foram uníssonos em dizerem responder a cada questão colocada relacionada ao inquérito.

De acordo com a tabela 02, a faixa etária com maior número é a de 20 à 25, seguida pela faixa de 26 à 30 anos e pela 31 à 35, posteriormente e finalmente 36 à 40 anos.

De acordo a tabela 03, o nível predominante é dos técnicos médio, isto é, vinte (20), técnicos superiores dez (10), e nove (09) técnicos básicos.

De acordo a tabela 04, os profissionais com mais anos de serviço são os de 21 à 25 anos, seguido por os de 15 à 20 anos e pelos de 11 à 15 e finalmente por os de 5 à 10 anos.

De acordo com a tabela 05, o género masculino predomina com vinte e quatro (24) profissionais e o género feminino com quinze (15) profissionais.

De acordo a tabela 06 e o gráfico 01, vinte e nove (29) profissionais responderam sim perfazendo 56,5% e dezassete (17) responderam não perfazendo 43,5%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

Com base a tabela 07 e o gráfico 02, vinte (20) profissionais responderam sim perfazendo 51,5% e dezanove (19) responderam não perfazendo 48,5%, correspondendo assim à 100% da nossa pesquisa.

De acordo com as informações levantadas durante as nossas pesquisas no Hospital Geral da Barra do Dande, verificamos que das doenças agudas mais frequentes diariamente neste Hospital é a pneumonia com uma percentagem de

40,50% das doenças mais frequentes em crianças com patologia aguda, seguido da bronquite com 25,25%, amigdalite com 9,35% e faringite com 1,54% perfazendo 76,64% das doenças mais frequentes no Hospital Geral da Barra do Dande. Cerca de 76,64% das doenças apresentada na tabela e gráfico acima, são regista em toda diariamente sendo que 23,36% dos casos são de doenças diversas.

Em função dos dados representados através de tabelas e gráficos, vamos fazer a discussão afim de podermos ter indicadores que estão no fenómeno em estudo.

Atendendo os dados discutidos, entendemos que pretendemos já logo a seguir, sugerir os aspectos que a área administrativa do hospital possa adoptar para erradicar o fenómeno em estudo

.

CONCLUSÕES

Depois das pesquisas feitas com toda rigorosidade aplicada, concluímos que:

No Hospital Geral da Barra do Dande, existe um número elevado dos profissionais de saúde que tem idades dos 20 à 25 anos.

Em contrapartida no Hospital Geral da Barra do Dande, a maior parte dos profissionais são técnicos médio.

Uma boa parte dos profissionais de saúde do Hospital Geral da Barra do Dande, possuem o tempo de serviço dos 21 à 25 anos.

A maior parte dos profissionais de saúde, do Hospital Geral da Barra do Dande, são do gênero masculino.

A maior parte dos profissionais de saúde do Hospital Geral da Barra do Dande, conhecem o funcionamento do monitoramento especial à crianças diagnosticado com patologias agudas.

Verificou-se a qualidade no atendimento dos profissionais de saúde nos procedimentos e monitoramento à crianças com patologias agudas na sala de internamento do Hospital Geral da Barra do Dande.

A maioria das crianças internadas no Hospital Geral da Barra do Dande com patologias agudas, são de estatuto social média e baixa, uma vez que as condições de cuidados preventivos em casa e a compra de medicamentos em caso de manifestar-se uma doença torna-se precária por falta de estabilidade financeiras.

Com isso podemos dizer que os nossos objectivos foram alcançados e as nossas hipóteses confirmadas.

SUGESTÕES

Aos profissionais da saúde:

- Promover uma comunicação fluente com pacientes;
- Informar os acompanhantes de pacientes sobre cuidados a ter com as patologias agudas;
- Realizar seminários e palestras sobre patologias agudas nas crianças;
- Formação para os profissionais da saúde sobre as patologias agudas.

Aos acompanhantes de crianças (pacientes):

- Solicitar os profissionais da saúde sobre qualquer patologia nas crianças;
- Evitar a automedicação;
- Acatar e pôr em prática todas as recomendações dadas pelos profissionais da saúde sobre as patologias agudas nas crianças.
- Proporcionar ambientes propícios para a rotina diária de crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, F. K. (2012). Metodologia científica. 1ª Edição. Porto. Editora: Escolar Editora.

Alvim, C. G.; Ricas, J. (2011). Asma na infância: adesão ao tratamento e educação para saúde. Belo Horizonte: Rev Ass Med.

Araujo, T. M. E. (2010). Surto de diarreia por rotavírus no município de Bom Jesus. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro.

Amaral, L. A.; Nader, F A.; & Barros (2013). Drinking water in rural farms as a risk factor to human health. Rev Saúde Pública.

Aps, L. R. M., Piantola; & Ferreira, L. C. S. (2018). Adverse events of vaccines and the consequences of non-vaccination: a critical review. Revista de Saúde Pública.

Barros, L. (2013). Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista. 2ª Ed. Lisboa. Climepsi Ed.

Petraglia, T.C. B. & Carvalho, A.P. (2015). Nota técnica de caxumba. Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.

Boulet, L. P. (2012). Summary of recommendation from the Canadian Asthma Consensus Report. CMAJ.

Carvalho, L.H.F. & Weckx, L.Y. (2016). Universal use of inactivated polio vaccine.
Campos, A. L. R. Maranhão (2013). The story of polio in Brazil and it's control through immunization.

Cotran, R. S. Robbins (2011). Patologia estrutural e funcional. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara – Koogan.
Colliére, M. F. (2019). Promover a vida. Lisboa. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Cleary, J. G. Cleary (2016). Parental involvement in the lives of children in hospital. Archives of Disease in Childhood.

Diogo, P. (2012). Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 2ª Edição. São Paulo. Editora : Atlas.

Damasceno, S. S. (2019). Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. Rio de Janeiro. Ciência & Saúde Coletiva.

Dantas, R.O. (2016). Diarreia e constipação intestinal. Revista Medicina.

Domingues & Ganter, et al, (2017). Evolução do sarampo no Brasil e a situação atual. Informe Epidemiológico do SUS.

Espezel, H. J. E. & Canam, C. J. (2013). Parent – nurse interactions: cachildren. Journal of Advanced Nursing.

Freitas, E. C. Prodanov (2013). Metodologia do Trabalho científico. Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico. 2ª Edição. Brasil. Rio Grande do Sul. Editora Feevale.

Ferrnandes, A. (2010). A equipa de enfermagem face á criança hospitalizada Infantil. Rev. Pediatria.

Filho, G. B. (2016). Bogliolo Patologia. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Ferreira, J.P. (2017). Pediatria: Diagnóstico e tratamento. Porto Alegre: Artmed.

Gallagher, T. J. R. O'Driscoll, (2016). Prevenção do trabalho de parto prolongado

Garcia, T.R. (2018). Classificação Internacional para Prática da Enfermagem: aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed.

Gonzaga, M.A. (2010). Sífilis congénita: Doenças Infecciosas na Infância e na Adolescência. 2ª Ed. Rio de Janeiro.

Guimarães, Z. A; & Silva, C (2010). Declínio e desigualdades sociais na mortalidade infantil por diarréia. Rev Soc Bras Med Trop.

Lima, R.; Rocha, S.; Scochi C. & Callery P. (2011). Involvement and fragmentation: a study of parental care of hospitalized children. Brazil: Paediatric Nursing.

Longo, D.L., Kasper, D.L. & Jameson, J.L. (2013). Meningite, Encefalite, Abcesso Cerebral e Empiema. Medicina Interna de Harrison. 18ª. Ed. Porto Alegre: Amgh Editora Ltda.

Linhares, A.C. (2013). Epidemiologia das infecções por rotavírus no Brasil e os desafios para o seu controle. Cad Saúde Pública.

Marconi, M.A. & Lakatos, E.M. (2010). Fundamentos de metodologia científica. (5ª Edição). São Paulo: Atlas.

Mesquita e Duarte (2017). Metodologia da pesquisa. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas.

Mauro, A. O. P. S. (2019). Avaliação e preparação pré-operatória no paciente pediátrico. em Medicina. Mestrado Integrado Instituto Ciências Abel Salazar. Porto.

Machado, S. R. & Machado, R. D. (2015). Imunologia Básica e aplicada às análises clínicas.

Morais, M.B., Campos, S.O. & Silvestrini, W.S. (2015). Pediatria Guias de Medicina Ambulatorial e Hospitalar. São Paulo: Manole.

Martins, R.M., Maia, M.L.S. (2013). Eventos adversos pós-vacinais e resposta social. Hist. cienc. saude-Manguinhos.

Merhy, E. E. (2011). Cuidados submetido a crianças com patologias aguda: (Departamento de Medicina Preventiva e Social). Serviços de saúde. São Paulo.

Neves, J. (2013). Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infecciosas e Parasitárias. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Organização Mundial da Saúde (2018). Material didático para professoras de obstetrícia: módulos de formação de obstetrícia.

Oliveira, A. (2012). Como elaborar projecto de pesquisa. 4ª Edição. São Paulo: editora Platáno.

Ramos, S. e Naranjo, E. (2014). Metodologia de Investigação Científica. 2ª Edição Lobito- Angola. Editora Escolar.

Rangganatha, S. C. (2014). Pneumonia and other respiratory infections. Pediatr Clin.

Silveira, R.C. (2012). Manual seguimento ambulatorial do prematuro de risco. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Neonatologia.

Souto, B. (2019). Epidemiologic basis for the approach of infectious diseases. Rev Med Minas Gerais.

Silva, M. R. (2018). Manual de nutrição e dietética. Universidade Federal de Goiás. Faculdade de Nutrição. 2ª Ed. Goiânia: Editora UFG.

ANEXOS

ANEXOS Nº 01



ENTRADA DO HOSPITAL GERAL DA BARRA DO DANDE

ANEXOS Nº 02



ENTRADA DA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS

ANEXOS Nº 03



CORREDOR DA ZONA DA PEDIATRIA

ANEXOS Nº 04



SALA DE INTERNAMENTO DA PEDIATRIA

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO

Autora	Victória Domingos Nzangui
Orientadora	Profª. Yamilé Hernández, Lic.
Título do TFC: Licenciatura em ciências da Enfermagem	**Monitoramento especial à crianças com patologias agudas na sala de internamento do Hospital municipal do Dande, Segundo Trimestre 2023.**

Victória Domingos Nzangui: estudante finalista do Instituto Superior de Angola encontrando-me a elaborar meu Projeto Final do Curso para a obtenção do título como, Licenciatura em ciências da Enfermagem.

Venho por intermédio deste, respeitosamente a solicitar sua colaboração a fim de responder algumas questões exclusivamente em: **Monitoramento especial à crianças com patologias agudas na sala de internamento do Hospital municipal do Dande, Segundo Trimestre 2023.**

Grata pela sua colaboração.

Com respeito aos técnicos de enfermagem:

1-Qual é a sua faixa etária?

Assinala com um X no lado direito da tabela

20-25	
26–30	
31-35	
36-40	

2- Qual é o seu Genêro?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Masculino	
Feminino	

3- Qual é o seu nível acadêmica como profissional de enfermagem?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Licenciado	
Especialista de Enfermagem	
Técnico médio	

4- Qual é o seu tempo de serviço?

Assinala com um X no lado direito da tabela

5 a 10 anos	
11 a 15 anos	
16 a 20 anos	
21 a 25 anos	

5- Tens monitorizado os factores de risco nas crianças com patologias agudas?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

6- Conheces o funcionamento do monitoramento especial à crianças com patologias agudas?

Assinala com um X no lado direito da tabela

Sim	
Não	

MUITO OBRIGADA!