

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM IDENTIFICADOS EM CRIANÇAS COM INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA

NURSING DIAGNOSES IDENTIFIED IN CHILDREN WITH ACUTE RESPIRATION INFECTION

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS IDENTIFICADOS EN NIÑOS CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA

Flávia Paula Magalhães Monteiro¹, Viviane Martins da Silva², Marcos Venícios de Oliveira Lopes³

RESUMO: Estudo transversal desenvolvido com 78 crianças com até cinco anos de idade, acometidas por infecções respiratórias agudas internadas em um hospital pediátrico de uma capital da região nordeste, com o objetivo de identificar os diagnósticos de enfermagem apresentados por estas crianças. O número de diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco identificados e as demais variáveis numéricas foram analisadas com base em suas medidas de tendência central e dispersão. Foram identificados um total de 26 diagnósticos de enfermagem, 43 fatores relacionados, 14 fatores de risco e 67 características definidoras diferentes. Em média, foram encontrados 5,32 diagnósticos de enfermagem; 4,10 fatores relacionados; 2,03 fatores de risco e 7,33 características definidoras. Os diagnósticos de enfermagem com maior proporção foram: padrão respiratório ineficaz, risco para crescimento desproporcional, proteção ineficaz e mucosa oral prejudicada. Conclui-se que crianças com infecções respiratórias agudas apresentam um quadro diagnóstico complexo incluindo respostas humanas de múltiplos domínios.

PALAVRAS CHAVE: Infecção; Diagnóstico de enfermagem; Criança.

ABSTRACT: A cross-sectional study developed with 78 children with until five years old, bearers of acute respiration infection interned in pediatric hospital of the periphery of a great city, with the purpose to identify the nursing diagnoses presented by these children. The number of nursing diagnoses, defining characteristics, related factors and risk factors identified and other numerical variables were analyzed based in theirs central tendency and dispersion measures. It was identified a total of 26 nursing diagnoses, 43 related factors, 14 risk factors e 67 defining characteristics. In average, It was found 5,32 nursing diagnoses; 4,10 related factors; 2,03 risk factors and 7,33 defining characteristics. The nursing diagnoses with the biggest proportion were: Ineffective Breathing Pattern, Risk for delayed growth, Ineffective protection and Altered oral mucous membrane. We concluded that children with acute respiration infection present a complex diagnostic frame including human responses of multiples domains.

KEY WORDS: Infection; Nursing diagnoses; Child.

RESUMEN: Estudio transversal desarrollado con 78 niños con hasta cinco años de edad, y diagnóstico de infección respiratoria aguda ingresadas en un hospital pediátrico de la periferia de una gran ciudad, con el objetivo de identificar los diagnósticos enfermeros presentados por estos niños. El número de diagnósticos enfermeros, características definitorias, factores relacionados y factores de riesgo identificados y las demás variables numéricas fueron analizadas con base en sus medidas de tendencia central y dispersión. Fueron identificados un total de 26 diagnósticos enfermeros, 43 factores relacionados, 14 factores de riesgo y 67 características definitorias diferentes. En media, fueron encontrados 5,32 diagnósticos enfermeros; 4,10 factores relacionados; 2,03 factores de riesgo y 7,33 características definitorias. Los diagnósticos enfermeros con mayor proporción fueron: patrón respiratorio ineficaz, riesgo de crecimiento desproporcionado, protección inefectiva y deterioro de la mucosa oral. Se concluye que niños con infecciones respiratorias agudas presentan un cuadro diagnóstico complejo incluyendo respuestas humanas de múltiplos dominios.

PALABRAS CLAVE: Infección; Diagnóstico de enfermería; Niño.

¹ Acadêmica de Enfermagem do 8º Semestre. Bolsista de Extensão / UFC. Endereço: Rua: Raul Pompéia, nº 12, Carliito Pamplona,. Cep: 60335-420. Fortaleza- CE. E-mail: flaviapmm@yahoo.com.br

² Enfermeira. Professora da Faculdade Católica Rainha do Sertão. Aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da UFC. Fortaleza/CE. E-mail: vivianemartinsdasilva@hotmail.com

³ Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Ceará./ UFC. Fortaleza/CE. E-mail: marcos@ufc.br

INTRODUÇÃO

As infecções respiratórias agudas (IRAs) representam doenças de diversas etiologias e grau de complexidade que atingem crianças nos diferentes períodos do ano. Constituem uma das principais causas de morbi-mortalidade em todo o mundo (RODRIGUES et al, 2004), sendo as pneumonias responsáveis por cerca de quatro milhões de óbitos por ano nos países em desenvolvimento (FERREIRA & BRITTO, 2003). A incidência das IRAs é semelhante em todo o mundo, tanto em países desenvolvidos, como em países em vias de desenvolvimento, diferenciando-se na frequência e gravidade dos casos (BOTELHO et al, 2003).

As IRAs são problemas respiratórios que acometem crianças, principalmente nos primeiros cinco anos de vida pela suscetibilidade e imaturidade do trato respiratório nessa faixa etária. Além de sofrer a influência de fatores socioeconômicos, em virtude das desigualdades existentes, as IRAs são causas de grande impacto sobre as taxas de hospitalização em crianças. Isto incorre em alta demanda nos serviços de saúde exigindo uma complexidade de ações, em decorrência da peculiaridade da clientela assistida que, ainda em idade precoce, sofrem junto aos familiares, os processos traumáticos da internação hospitalar. O risco de vida e a internação representam, para o familiar, ameaças que variam em conteúdo e intensidade, acarretando medo, angústia e ansiedade (ANDRAUS et al, 2004).

As infecções respiratórias infantis incluem em sua sintomatologia tosse, febre, dispnéia, dor de garganta, dor de ouvido, anorexia, coriza nasal, tiragem sub e intercostal, e cianose (BARATA et al, 1996). Caracterizam-se por crises dependentes ou não da exposição da criança ao agente infeccioso, representadas por várias formas clínicas, dificultando estratégias para o controle ou erradicação dessas infecções. Tomando como base os critérios para definição de caso das IRAs pelo Programa de Assistência e Controle das infecções do Ministério da saúde, a classificação das infecções respiratória agudas baseiam-se na anatomia das vias aéreas, tendo como limite a epiglote, portanto acima da epiglote constituem o grupo de infecções das vias aéreas superiores (IVAS) e as abaixo da epiglote, infecções das vias aéreas inferiores (IVAI) (BRASIL, 1994).

Além disso, inúmeros fatores de risco estão relacionados aos problemas respiratórios em crianças, como idade da criança, nº de moradores por domicílio, desnutrição, escolaridade materna, desmame precoce, estação climática, tabagismo passivo, revelando uma maior incidência de infecções em crianças cujos pais apresentam baixa renda familiar, dificuldade de acesso ao serviço de saúde ou até mesmo a precariedade destes serviços, resultando no agravamento da doença (CAETANO et al, 2002).

Estudos desenvolvidos nessa área mostram que elevados índices de pessoas por domicílio estão associados com doença aguda das vias aéreas inferiores na análise bruta, especialmente quando há um expressivo número de pessoas que compartilham o mesmo cômodo da residência com crianças (PRIETSCH et al, 2002). Em decorrência dos altos índices das IRAs no meio infantil serem considerados parâmetros básicos para o estabelecimento das necessidades de saúde desse grupo, tornou-se necessário traçar estratégias para o controle e uma avaliação mais específica e individualizada pelos profissionais de enfermagem através do diagnóstico de enfermagem, onde o enfermeiro poderá atuar interpretando e julgando os problemas de saúde atuais ou potenciais baseados na manifestação das respostas humanas do paciente (LIRA, 2005).

Considerando a escassez de trabalhos sobre diagnósticos de enfermagem nesta clientela que contribuam para o manejo de ações preventivas ou corretivas sobre o problema apontado, sentimos a necessidade de identificar os diagnósticos de enfermagem apresentados por crianças acometidas por IRAs em um hospital pediátrico da cidade de Fortaleza – CE, com vistas a fornecer indicadores para propor intervenções direcionadas e de competência exclusiva do enfermeiro, contribuindo para a elevação da qualidade da prática, através de um modelo de assistência mais eficaz.

MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal desenvolvido junto a crianças com diagnóstico de infecção respiratória aguda (IRA). A amostra foi selecionada por conveniência de forma consecutiva na medida em que estas eram internadas. A estimativa do tamanho da amostra foi realizada com base nos dados extraídos no serviço de arquivo médico e estatístico (SAME), e calculada a partir da seguinte fórmula: $n = (Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q \cdot N) / [Z_{\alpha}^2 \cdot P \cdot Q + (N-1) \cdot E^2]$, onde: Z_{α} = Coeficiente de confiança; P= Prevalência do fenômeno; Q= Complementar de prevalência (1-P); N = População; E = erro aleatório.

Foram considerados como parâmetros o nível de confiança de 95% e o erro amostral de 10%, sendo a amostra estabelecida em 78 crianças com até cinco anos de idade. Optamos por trabalhar com crianças nesta faixa etária, pois aproximadamente 50% dos atendimentos pediátricos correspondem a crianças com até cinco anos portadores de sinais e sintomas decorrentes de algum diagnóstico de IRA (BOTELHO et al, 2003). A prevalência do fenômeno foi estimada em P= 37,75%, através da média das prevalências de crianças internadas com infecção respiratória aguda com base em estudos anteriores (DUARTE & BOTELHO, 2000; BOTELHO et al, 2003).

O estudo foi realizado em hospital pediátrico de pequeno porte localizado na periferia de uma capital da região nordeste no período de abril a setembro de

2005. Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado um roteiro de avaliação de saúde adaptado de estudo anterior o qual havia sido submetido a avaliação de conteúdo e aparência (SILVA, 2004), o qual foi desenvolvido com base na taxonomia II da North American Nursing Diagnosis Association - NANDA dividido em: dados socioeconômicos dos pais/responsáveis e dados referentes às características definidoras, fatores relacionados e informações clínicas complementares e evoluções do estado clínico. Para análise nutricional foram calculados os escores Z de peso por altura, peso por idade e altura por idade.

A coleta de dados ocorreu em dois momentos, primeiramente através de dados primários, mediante exame físico da criança e entrevista de saúde junto aos pais / responsáveis. Os dados secundários foram coletados através de consultas ao prontuário. Posteriormente, foram identificadas as respostas humanas presentes na amostra, bem como os dados referentes às características definidoras e aos fatores relacionados, com o propósito de formular os diagnósticos de enfermagem.

O processo de elaboração e inferência dos diagnósticos e problemas colaborativos seguiu as etapas preconizadas pela literatura especializada (GORDON, 1994): coleta, interpretação / agrupamento das informações e nomeação das categorias. Para a denominação dos diagnósticos, utilizou-se a Taxonomia II da NANDA.

No processo de inferência diagnóstica, as histórias clínicas eram individualmente avaliadas pelos autores. Os diagnósticos que apresentavam concordância entre todos foram aceitos. Aqueles em que havia discordância entre os avaliadores, eram reavaliados em suas histórias clínicas até que se obtivesse um consenso.

O estudo foi desenvolvido seguindo os aspectos éticos recomendados pela resolução 196/96 (BRASIL, 1996), sobre pesquisa envolvendo seres humanos, mediante a aprovação do Comitê de Ética local sob o número 30/05, e após a assinatura do termo de consentimento pós-informação. Após a coleta, os dados foram armazenados no Excel e analisados com auxílio do software SPSS 13.0, considerando para a significância estatística um nível de 5%. Os dados nutricionais foram analisados com

apoio do módulo NutStat do software Epi Info 3.3, cujo parâmetro adotado foi o escore Z que representa unidades de desvio padrão dentro dos valores que uma população pode assumir, com relação a média que apresenta.

Os dados foram organizados em tabelas com frequência absolutas e percentuais. O número de diagnósticos de enfermagem, características definidoras, fatores relacionados e fatores de risco identificados e as demais variáveis numéricas foram analisadas com base em suas medidas de tendência central e dispersão.

RESULTADOS

A maioria das crianças era do sexo masculino (55,1%), com idade média de aproximadamente 18 meses ($\pm 12,3$), sendo que 25% da amostra apresentaram idade até 7 meses e 75% idade até 27 meses. O tempo médio de amamentação exclusiva foi de 3,47 meses ($\pm 3,32$), sendo que 25% das crianças foram amamentadas até 1 mês e 75% foram amamentadas durante 4 meses. Quanto à alimentação, 70,5% da amostra faziam uso de dieta suplementar.

Com relação à procedência e naturalidade, 88,5% crianças eram da capital. A média da idade das mães foi de 24,95 anos ($\pm 6,09$), com média de filhos de 2,64 ($\pm 1,61$), e tempo médio de escolaridade da mãe de 2,68 anos ($\pm 0,49$). Os genitores eram, em sua maioria, cuidadores do lar (64,1%), com média de 5,46 ($\pm 2,62$) pessoas residentes por domicílio e renda familiar entre 0,5 a 1 salário mínimo para 41,0% dos entrevistados. Quanto ao diagnóstico médico, 74,35% das crianças apresentaram pneumonia.

As médias das medidas antropométricas das crianças foram: comprimento de 73,90 cm ($\pm 16,38$); peso de 10,34 kg ($\pm 3,07$); escore Z de peso / altura foi de 0,47 ($\pm 1,31$); circunferência abdominal de 48,75 cm ($\pm 5,13$); perímetro cefálico de 46,25 cm ($\pm 3,67$); perímetro torácico de 48,52 cm ($\pm 4,89$).

As crianças avaliadas apresentaram, em média, 5,32 diagnósticos ($\pm 1,79$), sendo identificadas um total de 67 características definidoras nas crianças com média foi de 7,33 ($\pm 2,86$), e 43 fatores relacionados com média de 4,10 ($\pm 1,94$).

Tabela 1 – Distribuição das características definidoras presentes em crianças acometidas por infecção respiratória aguda. Fortaleza, 2005.

<i>Características definidoras</i>	Nº	%	
1. Ruídos adventícios respiratórios	75	96,2	
2. Dispneia	58	74,4	
3. Respiração curta	54	69,2	
4. Tosse ineficaz ou ausente	47	60,3	
5. Mudança na frequência e no ritmo respiratório	46	59,0	
6. Tosse	28	35,9	
7. expectoração	26	33,3	
8. Incapacidade para lavar o corpo ou partes do corpo	26	33,3	
9. Frequência respiratória /min –Idades de 1-4 anos: <20 ou >30	25	32,1	
10. Manchas/ placas brancas na mucosa oral	22	28,2	
11. Uso da musculatura acessória para respirar	20	25,6	
12. Estímulos considerados uma ameaça	11	14,1	
13. Palidez	10	12,8	
14. Escore Z > +2	10	12,8	
15. Diâmetro ântero - posterior aumentado	9	11,5	
16. Sucção/ deglutição no peito regular e sustentada	7	9,0	P75
17. Frequência respiratória/ min - Bebês: <25 ou > 60	6	7,7	
18. A criança está contente após a mamada	5	6,4	
19. Pelo menos três evacuações de fezes líquidas por dia	5	6,4	
20. Descoloração do esmalte do dente	4	5,1	
21. Sons respiratórios diminuídos	4	5,1	
22. Esforço para evacuar	4	5,1	
23. Cárie na coroa do dente ou raiz	4	5,1	
24. Fezes duras e secas	3	3,8	
25. Língua geográfica	3	3,8	
26. Relato de estar assustado	3	3,8	
27. Três ou mais despertares durante a noite	3	3,8	
28. Instabilidade postural durante a execução de atividades rotineiras da vida diária	2	2,6	
29. Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras grossas	2	2,6	
30. Capacidade limitada para desempenhar as habilidades motoras finas	2	2,6	
31. Dilatação pupilar (medo)	2	2,6	
32. Dilatação nasal	2	2,6	
33. Rompimento da superfície da pele (epiderme)	2	2,6	P50
34. Expressão facial (dor)	2	2,6	
35. Comportamento expressivo (dor)	2	2,6	
36. Apetite aumentado	2	2,6	
37. Relato de nervosismo (medo)	2	2,6	
38. A mãe é capaz de posicionar a criança no peito para promover uma resposta bem-sucedida	2	2,6	
39. Comer em resposta a sugestões internas além da fome	2	2,6	
40. Retardo ou dificuldade em desempenhar habilidades típicas do grupo etário	2	2,6	
41. Anorexia	2	2,6	
42. Agitação	1	1,3	
43. Olhos arregalados	1	1,3	
44. Despertar mais cedo ou mais tarde do que o desejado	1	1,3	
45. Mucosas pálidas	1	1,3	
46. Relato de ingestão inadequada de comida	1	1,3	
47. Evidência observada (dor)	1	1,3	
48. Distúrbio do sono (dor)	1	1,3	
49. Relato verbal ou codificado (dor)	1	1,3	
50. Dificuldade na fala	1	1,3	P25
51. Vesículas	1	1,3	
52. Dor à evacuação	1	1,3	
53. Incapacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração	1	1,3	
54. Padrão de comunicação alterado	1	1,3	
55. Mudança relatada ou medida na acuidade sensorial	1	1,3	
56. Mudança na resposta usual aos estímulos	1	1,3	
57. Relato de excitação	1	1,3	
58. Fadiga	1	1,3	
59. Aumento na temperatura corporal acima dos parâmetros normais	1	1,3	
60. Taquicardia	1	1,3	
61. Calor ao toque	1	1,3	
62. Fraqueza	1	1,3	
63. Dor abdominal	1	1,3	
64. Hiperemia do lábio inferior	1	1,3	
65. Destruição das camadas da pele (derme)	1	1,3	
66. Escore Z< -2	1	1,3	
67. Verbalização materna de satisfação com o processo de amamentação	1	1,3	

P25 - Percentil 25; P50 - Percentil 50; P75 - Percentil 75.

Dezesseis características definidoras percentil 75 e estavam relacionadas ao padrão identificadas apresentaram frequência acima do respiratório, ao autocuidado, à segurança / proteção,

e ao desempenho de papel. A maioria das características definidoras se relacionava com alterações respiratórias, encontradas em mais de 25% das crianças, indicando características peculiares da população em questão. Dentre as

características de maior frequência, estão ruídos adventícios respiratórios (96,2%), dispnéia (74,4%), respiração curta (69,2%) e tosse ineficaz ou ausente (60,3%) (Vide Tabela 1).

Tabela 2 – Distribuição dos diagnósticos de enfermagem presentes em crianças acometidas por infecção respiratória aguda. Fortaleza, 2005.

<i>Diagnósticos de enfermagem</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	
1. Desobstrução ineficaz de vias aéreas	78	100,0	
2. Risco para infecção	78	100,0	
3. Padrão respiratório ineficaz	58	74,4	
4. Risco para crescimento desproporcional	38	48,7	
5. Proteção ineficaz	30	38,5	
6. Membrana mucosa oral prejudicada	27	34,6	P75
7. Déficit no autocuidado para banho/ higiene	25	32,1	
8. Medo	12	15,4	
9. Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais	10	12,8	
10. Risco para constipação	10	12,8	
11. Amamentação eficaz	8	10,3	
12. Dentição prejudicada	7	9,0	
13. Risco para volume de líquidos deficiente	5	6,4	P50
14. Diarréia	5	6,4	
15. Constipação	4	5,1	
16. Padrão de sono perturbado	3	3,8	
17. Integridade da pele prejudicada	3	3,8	
18. Mobilidade física prejudicada	2	2,6	
19. Crescimento e desenvolvimento retardados	2	2,6	
20. Risco para integridade da pele prejudicada	2	2,6	P25
21. Dor aguda	2	2,6	
22. Risco para aspiração	2	2,6	
23. Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais	1	1,3	
24. Padrão ineficaz de alimentação infantil	1	1,3	
25. Percepção sensorial perturbada visual e auditiva	1	1,3	
26. Hipertermia	1	1,3	

P25 - Percentil 25; P50 - Percentil 50; P75 - Percentil 75.

Seis diagnósticos de enfermagem apresentaram frequências acima do percentil 75 (Tabela 2). Esses diagnósticos pertenciam as seguintes classes e domínios: desobstrução ineficaz de vias aéreas, proteção ineficaz, mucosa oral prejudicada e risco para infecção ao domínio Segurança / Proteção, sendo que os três primeiros

pertencem à classe Lesão Física e o último à classe Infecção; o diagnóstico padrão respiratório ineficaz pertence ao domínio Atividade/ Repouso e à classe Respostas Cardiovasculares/ Pulmonares; o diagnóstico risco para crescimento desproporcional pertence ao domínio Crescimento/ Desenvolvimento e à classe Crescimento.

Tabela 3 – Distribuição dos fatores relacionados presentes em crianças acometidas por infecção respiratória aguda. Fortaleza, 2005.

<i>Fatores relacionados</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
-----------------------------	-----------	----------

1. Secreções retidas	77	98,7	
2. Hiperventilação	58	74,4	
3. Perfis sanguíneos anormais	30	38,5	
4. Barreiras ambientais	26	33,3	
5. Higiene oral ineficaz	26	33,3	
6. Separação do sistema de apoio em situação potencialmente estressante (hospitalização, procedimentos hospitalares)	12	15,4	
7. Ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas	10	12,8	
8. Imunossupressão	9	11,5	
9. Asma	8	10,3	
10. Confiança materna	7	9,0	P75
11. Conhecimento básico sobre amamentação	7	9,0	
12. efeitos adversos de medicações	4	5,1	
13. Prescrição de algumas medicações	3	3,8	
14. Respiração pela boca	3	3,8	
15. Secreções nos brônquios	3	3,8	
16. Atraso de desenvolvimento	2	2,6	
17. Infecção	2	2,6	
18. Responsividade inconsistente	2	2,6	
19. Hábitos alimentares deficientes	2	2,6	
20. Agentes biológicos	2	2,6	
21. Hábitos de evacuação irregulares	2	2,6	P50
22. Pele molhada	2	2,6	
23. Inalação de fumaça	2	2,6	
24. Parasitas	2	2,6	
25. Barulho	1	1,3	
26. Muco excessivo	1	1,3	
27. Efeitos de incapacidade física	1	1,3	
28. Padrão de dormir-acordar da mãe	1	1,3	
29. Despertar causado por outros	1	1,3	
30. Ingestão de líquidos insuficiente	1	1,3	
31. Estase de secreções	1	1,3	
32. Incapacidade para ingerir ou digerir comida ou absorver nutrientes causada por fatores biológicos, psicológicos ou econômicos.	1	1,3	
33. Fator mecânico	1	1,3	P25
34. Estrutura mamária normal	1	1,3	
35. Estrutura oral da criança normal	1	1,3	
36. Prejuízos músculo-esqueléticos, neuromusculares	1	1,3	
37. Percepção sensorial alterada	1	1,3	
38. Vias aéreas alérgicas	1	1,3	
39. Fumo passivo	1	1,3	
40. Doença ou trauma (hipertermia)	1	1,3	
41. Prejuízo/ retardo neurológico	1	1,3	
42. Umidade	1	1,3	
43. Falta de ar	1	1,3	

P25- Percentil 25; P50- Percentil 50; P75- Percentil 75.

Foram identificados 43 fatores relacionados, entre os quais, 10 encontravam-se acima do percentil 75 e estavam relacionados ao sistema respiratório, proteção, ambiente, nutrição e desempenho de papel. Destes, a maioria estavam presentes em uma

proporção muito baixa das crianças com infecção respiratória aguda (IRA). Somente 4 fatores relacionados apresentaram frequências superiores a 30%: Secreções retidas (98,7%) e Hiperventilação (74,4%), Perfis sanguíneos anormais (38,5%), Barreiras ambientais (33,3%) (Vide Tabela 3).

Tabela 4 – Distribuição dos fatores de risco presentes em crianças acometidas por infecção respiratória aguda. Fortaleza, 2005.

<i>Fatores de risco</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>
1. Procedimentos invasivos	77	98,7

2. Comportamentos de alimentação mal-adaptados, do indivíduo	38	48,7	
3. Anorexia	9	11,5	P75
4. Desnutrição	9	11,5	
5. Perdas excessivas por vias normais	5	6,4	
6. Hábitos irregulares de evacuação	5	6,4	
7. Hábitos alimentares deficientes	3	3,8	P50
8. Ingestão de fibras insuficiente	3	3,8	
9. Fator mecânico	2	2,6	
10. Esvaziamento gástrico retardado	2	2,6	
11. Mudanças ambientais recentes	2	2,6	P25
12. Agentes farmacêuticos	1	1,3	
13. Defesas secundárias inadequadas	1	1,3	
14. Mudança nos padrões habituais de comida e alimentação	1	1,3	

P25- Percentil 25; P50- Percentil 50; P75- Percentil 75 .

Do total de fatores de risco identificados, três apresentaram freqüências acima do percentil 75 e estavam relacionadas à infecção e à nutrição, indicando fatores de risco diretamente ligados aos problemas respiratórios apresentados pelas crianças em estudo. Os fatores de risco Procedimentos invasivos (98,7%) e Comportamento de alimentação mal-adaptado do indivíduo (48,7%) apresentaram freqüências elevadas (Vide Tabela 4).

DISCUSSÃO

Em unidades básicas de saúde, cerca de 40% das crianças apresentam algum tipo de problema de saúde, sendo os mais comuns, os problemas do aparelho respiratório (59,3%), seguido dos problemas dermatológicos (33,3%) e gastrintestinais (7,4%) (SIQUEIRA, 2005).

Os dados do presente estudo permitiram a identificação de 26 diagnósticos de enfermagem nas crianças, entre os quais seis diagnósticos encontravam-se acima do percentil 75: desobstrução ineficaz de vias aéreas, risco para infecção, padrão respiratório ineficaz, proteção ineficaz, risco para crescimento desproporcional, mucosa oral prejudicada. Os quatro últimos diagnósticos representaram fortes associações estatísticas entre si. Um estudo sobre diagnósticos de enfermagem em crianças com cardiopatias congênitas (SILVA, 2004) identificou diagnósticos de enfermagem semelhantes aos que foram encontrados neste estudo, num grande percentual. São eles: Padrão respiratório ineficaz (86,7%), Risco para infecção (82,2%) e Desobstrução ineficaz de vias aéreas (55,6%).

Dois foram identificados em 100% das crianças portadoras de infecção respiratória aguda: Desobstrução ineficaz de vias aéreas e Risco para infecção. O fato do diagnóstico Desobstrução ineficaz de vias aéreas estar presente nas crianças com até cinco anos de idade portadoras de infecção respiratória aguda pode se relacionar ao diâmetro reduzido das vias aéreas nas crianças jovens, culminando com o estreitamento do lúmen devido ao edema das mucosas, produção exacerbada de secreções, infiltração de células inflamatórias

levando, conseqüentemente, a graus variáveis de obstrução (WHALEY & WONG, 1999).

O diagnóstico Desobstrução ineficaz das vias aéreas pode ser identificado em proporções diferentes na dependência do período de internamento. Em algumas situações cerca de 70% das crianças podem não apresentar este diagnóstico nas primeiras 48 horas de internação hospitalar. Mesmo em situações mais críticas, esse diagnóstico pode levar uma de média de 8 dias de internamento para ser identificado (SILVA, 2004).

O diagnóstico de enfermagem Risco para infecção é definido como estar em risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos (NANDA, 2002). Pode está relacionado à presença da patologia de base, a condições clínicas e a alguns fatores de risco, como procedimentos invasivos e à hospitalização, os quais predispõem a criança à manifestação de diversos tipos de infecção (SILVA, 2004).

Com relação ao diagnóstico Padrão Respiratório ineficaz, um estudo de validação deste diagnóstico em crianças hospitalizadas, indicou estreita associação com as infecções respiratórias agudas, principalmente com a presença da característica definidora "Dispneia", a qual foi identificada com freqüência 98% e validada como importante achado dentre os sinais e sintomas das IRAs (SILVA, 1994). Esses dados foram semelhantes aos encontrados na presente investigação, que identificou freqüência de 74,4% da mesma característica definidora nas crianças acometidas por infecção respiratória aguda.

O diagnóstico de enfermagem Risco para crescimento desproporcional esteve presente em 48,7% das crianças deste estudo. Este diagnóstico pode ser representado pelos valores percentis acima de 97º ou abaixo do 3º percentil para idade que indicam risco nutricional (NANDA, 2002). Optou-se neste estudo por utilizar o escore Z para representar a variabilidade peso/ altura entre as crianças. O escore Z representa a distância, em unidades de desvio padrão, obtido pela diferença entre o valor medido nos indivíduos e valor médio da população de referência, dividida pelo desvio padrão da mesma

população (MS, 2002). De acordo com a classificação do Ministério da saúde: acima do percentil 97 ou escore Z (entre 2 e 3): sobrepeso; entre os percentis 97 e 3 ou escore Z (-2 a 2): faixa de normalidade nutricional; entre os percentis 10 e 3 ou escore Z (-2 e -1/1 e 2): risco nutricional para desnutrição ou sobrepeso; entre os percentis 3 e 0,1 ou escore Z (-3 e -2): peso baixo para a idade; abaixo do percentil 0,1 ou escore Z (abaixo de -3): peso baixo para idade (MS, 2002). Para tanto, obteve-se um valor médio do escore Z (peso/ altura) entre as crianças de 0,47(± 1,31), sendo que 25% das crianças apresentaram escore Z até 0,41, enquanto 75% até 1,46. Portanto, as crianças se enquadraram entre os percentis 3 e 97 ou escore Z (-2 a 2), correspondendo faixas de normalidade nutricional na análise dos parâmetros antropométricos. Em um estudo realizado com 58 crianças de 12 a 48 meses em Ribeirão Preto-SP, observa-se que 53,4% das crianças se encontram abaixo do P10, sendo que destas, 34,4% se encontram na faixa de normalidade, portanto valores similares ao nosso estudo (CARABOLANTE & FERRIANI, 2003)

A presença do diagnóstico Proteção ineficaz em 38,5% das crianças pode relacionar-se a elevada frequência dos perfis sangüíneos anormais identificada por exames laboratoriais ou, ainda, pelo fato do organismo infantil se apresentar extremamente fragilizado pelo acometimento das infecções. As deficiências do sistema imune colocam as crianças em risco para qualquer processo infeccioso e as taxas de infecção sobe dos 3 aos 6 meses de idade, no intervalo entre o desaparecimento dos anticorpos maternos e a produção de anticorpos pela crianças, fator este que colabora com a incidência de infecções no trato respiratório (WHALEY & WONG, 1999).

O diagnóstico de enfermagem Mucosa oral prejudicada foi o sexto mais comum dentre os diagnósticos que se encontravam acima do percentil 75. Sua alta frequência pode estar relacionada ao fato das crianças com infecções respiratórias agudas apresentarem obstrução nasal, dor na garganta, que culminam com uso da respiração labial, além de se submeterem à antibioticoterapia, resultando em imunossupressão e, conseqüentemente, ao surgimento de placas brancas e distúrbios na mucosa oral. Alguns antibióticos, como os quelantes do cálcio, representados pelas tetraciclina que são úteis nas infecções mistas das vias respiratórias, depositam-se nos ossos e dentes em crescimentos, causando manchas e, algumas vezes, hipoplasia dentária e deformidades ósseas (RANG et al, 2001). Ademais, a higiene oral ineficaz presente em 33,3% das crianças é outro fator contribuinte e revela influência dos fatores sócio-econômicos.

CONCLUSÕES

Verificou-se que a produção de estudos dos diagnósticos de enfermagem em crianças com

infecção respiratória aguda ainda é muito escassa, o que mostra a necessidade de buscar outros estudos correlatos para subsidiar a discussão. Foram encontrados 26 diagnósticos de enfermagem, 43 fatores relacionados, 14 fatores de risco e 67 características definidoras diferentes. As crianças apresentaram, em média, 5,32 diagnósticos de enfermagem (±1,79). Seis diagnósticos apresentaram frequências acima do percentil 75, são eles: Desobstrução ineficaz de vias aéreas (100%); Risco para infecção (100%); Padrão respiratório ineficaz (74,4%); Risco para crescimento desproporcional (48,7%); Proteção ineficaz (38,5%); Membrana mucosa oral prejudicada (34,6%). O perfil diagnóstico encontrado mostra grande prevalência de problemas relacionados à condição sócio-econômica das famílias das crianças, destacando-se as alterações respiratórias e ponderais. Considera-se que os dados apresentados contribuem para a implementação de planos de cuidados mais específicos e individualizados que atendam às peculiaridades do grupo etário em questão. Ademais, possibilitam o fortalecimento e expansão da prática do enfermeiro, auxiliando na interpretação e julgamento clínico dos problemas de saúde atuais ou potenciais baseados na evidência científica e na manifestação das respostas da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDRAUS, L.M.S. et al. Ensinando e aprendendo: uma experiência com grupos de pais de crianças hospitalizadas. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [online] 2004. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista6_1/pdf/r1_desvela.pdf [Acesso em 24 jul. 2006]
- BARATA, R.C.B. et al. Gastroenterites e infecções respiratórias agudas em crianças menores de cinco anos em área da região Sudeste do Brasil, 1986-1987. I – Infecções respiratórias agudas. São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, v.30, n.6, p.553-63, 1996.
- BOTELHO, C. et al. Fatores ambientais e hospitalizações em crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. *Cadernos de Saúde Pública*, v.19, n.6, p.1771 -1780, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196. Decreto nº 93.933 de janeiro de 1987. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética*, v.4, n.2, p.15-25, 1996. Suplemento.
- CAETANO, J.R.M. et al. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP. *Revista de Saúde Pública*. v.36, n.3, p.285-91, 2002.
- CARABOLANTE, A. C.; FERRIANI, M. G. C. O crescimento e desenvolvimento de crianças na faixa etária de 12 a 48 meses em creche na periferia da cidade de Ribeirão Preto – SP. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [online] 2003. Disponível em:

http://www.fen.ufg.br/revista/revista5_1/cresci.html

[Acesso em 24 jul. 2006]

DUARTE, D.M.G.; BOTELHO, C. Perfil clínico de crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda. *Jornal de Pediatria*. v.76, n.3, p.207-212, 2000.

FERREIRA, O.S.; BRITTO, M.C.A. Pneumonia aguda - tema que todos devemos estudar. *Jornal de Pediatria*. v.79, n.6, p.478, 2003.

GORDON, M. *Nursing diagnosis: process and application*. St. Louis: Mosby; 1994

LIRA, A.L.B.C. *Diagnósticos de enfermagem em pacientes transplantados renais de um hospital universitário de Fortaleza-CE*. [dissertação]. Fortaleza-(CE): Departamento de enfermagem/ UFC, 2005.

BRASIL. Ministério da saúde. *Assistência e Controle das Infecções Respiratórias Agudas*. 4ª Ed.; Brasília: Coordenação Materno- Infantil, 1994.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. p.28-33.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). *Diagnósticos de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

PRIETSCH, S.O.M. et al. Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: infância do ambiente doméstico e do tabagismo materno. *Jornal de Pediatria*. v.78, n.5, p. 415-22, 2002.

RANG, H.P.; DALE, M.M.; RITTER, J.M. *Farmacologia*. 4ª edição, Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 2001.

RODRIGUES, O.G. et al. Infecções virais em crianças portadoras de doença respiratória aguda, atendidas em um Centro de Saúde Escola, em Belém, Pará, Brasil. *Pediatria*. v.26, n.1, p.13-20, 2004

SILVA, M.F.O. *Validação do diagnóstico de enfermagem Padrão Respiratório Ineficaz à criança hospitalizada*. [dissertação]. João Pessoa (PB): Centro de Ciências da Saúde/ UFPB, 1994.

SILVA, V.M. *Crianças com cardiopatias congênitas: avaliação diagnóstica de enfermagem*. [dissertação]. Fortaleza(CE): Departamento de enfermagem/UFC, 2004.

SIQUEIRA, R.C. *Diagnósticos de enfermagem em crianças menores de um ano acompanhadas na consulta de enfermagem em puericultura numa unidade básica de saúde de Fortaleza-Ce*. [dissertação]. Fortaleza(CE): Departamento de enfermagem/UFC, 2005.

WHALEY, L.F.; WONG, D.L. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 5ª ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

Artigo original recebido em 24.07.2006

Aprovado para publicação em 31.08.2006