



Revista de Enfermagem

UFPE On Line

ISSN: 1981-8963

LITERATURE INTEGRATIVE REVIEW ARTICLE

NURSING CARE OF CHILDREN WITH DIARRHEA: OF PRIMARY AND TERTIARY CARE - A LITERATURE REVIEW

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM DIARRÉIA: DA ATENÇÃO BÁSICA À MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE - UMA REVISÃO DE LITERATURA

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA AL NIÑO CON DIARREA: DE LA ATENCIÓN BÁSICA A LA MEDIA Y ALTA COMPLEJIDAD - UNA REVISIÓN DE LITERATURA

¹Marília Cruz Gouveia Camara Guerra, Ana Maria de Sá Barreto Maciel², Angélica de Godoy Torres Lima³, Quitéria Cláudia da Silva⁴, Sarah Mariana de Andrade Queiroz⁵, Selma Maria de Magalhães⁶

ABSTRACT

Objectives: to discuss the main causes of diarrhea in infants and the major nursing care provided from preventive care to assistance, for these patients and their families, at different levels of health care. **Methodology:** this is about a literature review study, using the database of SciELO and REUOL, books and manuals of the Ministry of Health from April to May 1984 to 2010, with the descriptors diarrhea, dehydration, children, nursing care, treatment and hospitalization, found in 42 articles of which 13 discarded for not agreeing with the objective of the study. **Results:** the child is a being who needs protection, respect and care from his parents and a humanized health team, as this should provide an integrated and systematic assistance. **Conclusion:** the nurse, to act at all levels of health care, must know their role in promoting the health of pediatric patients with diarrhea, reviewing concepts in pursuit of excellence of care. **Descriptors:** diarrhea, dehydration; child; nursing care.

RESUMO

Objetivos: discutir as principais causas da diarreia em crianças e os principais cuidados de enfermagem, desde preventivos até assistenciais, a esses pacientes e suas famílias, nos diferentes níveis de atenção à saúde. **Metodologia:** artigo do tipo revisão de literatura, utilizando-se a base de dados da SciELO e da REUOL, livros e manuais do Ministério da Saúde, entre o ano de 1984 a 2010, no período de abril a maio de 2010. Com os descritores diarreia, desidratação, criança, assistência de enfermagem, tratamento e hospitalização, foram encontrados 42 artigos dos quais descartamos 13, por não condizerem com o objetivo do estudo. **Resultados:** a criança é um ser que necessita de proteção, respeito e cuidado dos seus pais e de um atendimento humanizado da equipe de saúde, visto que esta deve oferecer uma assistência integrada e sistematizada. **Conclusão:** o enfermeiro, por atuar em todos os níveis de atenção à saúde, deve conhecer bem a sua atuação na promoção à saúde dos pacientes pediátricos com diarreia, revisando conceitos em busca da excelência da assistência. **Descritores:** diarreia; desidratação; criança; assistência de enfermagem.

RESUMEN

Objetivos: discutir las principales causas de la diarrea en niños y los principales cuidados de enfermería, desde preventivos hasta asistenciales, a esos pacientes y sus familias, en los diferentes niveles de atención a la salud. **Metodología:** artículo tipo revisión de literatura, utilizándose de la base de datos SciELO y REUOL, libros y manuales del Ministerio de Salud, entre los años de 1984 y 2010, en el periodo de abril a mayo de 2010. Con los descriptores diarrea, deshidratación, niño, asistencia de enfermería, tratamiento y hospitalización fueron encontrados 42 artículos de los cuales omitimos 13, por no se adecuaren al objetivo del estudio. **Resultados:** el niño es un ser que necesita protección, respeto y cuidado de sus padres y de una atención humanizada del equipo de salud, una vez que esta debe ofrecer una asistencia integrada y sistematizada. **Conclusión:** el enfermero, por actuar en todos los niveles de atención a la salud, debe reconocer bien su actuación en la promoción a la salud de los pacientes pediátricos con diarreas, revisando conceptos en busca de la excelencia en la asistencia. **Descriptores:** diarrea, deshidratación; niño; asistencia de enfermería.

¹Enfermeira com Residência em Saúde da Criança. Docente da disciplina de Pediatria do Curso de Enfermagem da Faculdade da Associação Caruaruense de Ensino Superior/Faculdade ASCES. Caruaru (PE), Brasil. E-mail: mariliaenfermeira@hotmail.com; ²Psicóloga Especialista em Psicologia Social. Docente do Curso de Enfermagem da Faculdade da Associação Caruaruense de Ensino Superior/Faculdade ASCES. Caruaru (PE), Brasil. E-mail: anamaria_barreto@hotmail.com; ^{3,4,5,6}Acadêmicas de Enfermagem. Faculdade do da Associação Caruaruense de Ensino Superior/Faculdade ASCES. Caruaru (PE), Brasil. E-mails: angelicagodoytl@gmail.com; cac_a_007@hotmail.com; sarahmqueiroz@hotmail.com; selma_magalhaes01@hotmail.com

INTRODUÇÃO

Manifestação comum de doenças infecciosas intestinais, a diarreia ainda é uma das principais causas de morbimortalidade em crianças menores de cinco anos de idade nos países em desenvolvimento, em especial, entre os menores de um ano. Nos países subdesenvolvidos, a diarreia é a terceira causa mais comum de morte em crianças menores de 5 anos, ficando logo atrás das causas neonatais e da pneumonia. O número anual de mortes, levando em conta todas as faixas etárias, atualmente é estimado em 2,1 milhões sendo que, a diarreia em todo o mundo chega a aproximadamente o mesmo número de mortes por AIDS. Nos últimos anos, tem ocorrido um declínio nos índices de mortalidade atribuídos a essas patologias.¹⁻⁴

Mediante estudos e relatos de alguns autores, observa-se que a epidemiologia da diarreia ainda é pouca conhecida, especialmente porque os dados sobre incidência são variáveis de uma região para outra, e muitos dos internamentos por diarreias ou por complicações causadas por ela não são acessíveis na rede particular de saúde.⁵

A diarreia pode ser classificada em aguda ou persistente. A diarreia aguda é definida como um processo sindrômico de duração igual ou inferior a 14 dias, que provoca má absorção de água e eletrólitos, aumento do número de evacuações e do volume fluido fecal comumente de etiologia infecciosa (viral, bacteriana ou parasitária), além de acarretando à criança depleção hidrossalina de intensidade variável e que irá repercutir negativamente sobre o estado nutricional.⁶

A diarreia aguda tem como agentes etiológicos os vírus e as bactérias. Na etiologia das diarreias agudas, a maior parcela de casos é representada pelas infecções. Nas áreas onde as enteroparasitoses são endêmicas, os parasitas intestinais, em especial os protozoários, também podem causar o processo diarreico. Outros fatores também são designados como colaboradores, entre eles: infecções prévias, baixa idade, desnutrição, manejo inadequado e drogas administradas na fase aguda contribuem para o curso prolongado da diarreia e comprometimento da resposta imune celular.^{3, 5}

De acordo com alguns estudos, episódios diarreicos infecciosos persistentes acometem entre 3% e 20% das crianças até 5 anos. Na Região Metropolitana do Recife, interior do Nordeste brasileiro, a diarreia ainda é a primeira causa de hospitalizações entre as crianças. Dentre outros, a hospitalização,

traz riscos para a criança e desencadeia problemas emocionais para a criança e sua família. As variáveis, renda familiar, educação materna, baixo nível educacional, reflete na condição de pobreza e mostra-se em alguns estudos, determinante no risco de internação de crianças com diarreia.^{5, 7-12}

A ausência de saneamento básico nos locais de permanência e acesso a coleções hídricas contaminadas em países em desenvolvimento, com aglomerações nos domicílio e instituições também são descritos como fatores que favorecem a infecção bacteriana e as práticas inadequadas de higiene física e alimentar. Além de alimentos mal cozidos, alimentos gordurosos, baixa qualidade do leite materno e às distintas práticas alimentares em algumas culturas. As precárias condições de saneamento tornou-se um problema de saúde em países em desenvolvimento, particularmente nas áreas desfavorecidas sendo mencionado como colaborador no aumento incidência de doenças infecciosas na infância.¹³⁻⁵

Entre os grupos populacionais acometidos, as crianças são as mais vulneráveis, por estarem expostas aos altos riscos de saúde durante o seu crescimento. O crescimento é um processo dinâmico e contínuo, ocorre desde a concepção até o final da vida e também expressa-se no aumento corporal do indivíduo. Para obter um adequado crescimento e desenvolvimento, a criança necessita de nutrição e um mecanismo de absorção dos nutrientes adequados.¹⁵⁻⁶

O déficit nutricional é responsável, direta ou indiretamente, por mais de 60% das mortes que acometem crianças menores de cinco anos de idade. A alimentação no peito é de grande relevância na proteção das crianças contra diversas infecções confere proteção contra óbitos por diarreia e sua ausência está associada ao risco 2,23 vezes maior de morrer por outras causas de doenças infecciosas, e um risco 3,94 vezes maior de morrer por diarreia. Em 83% dos casos onde havia o aleitamento materno exclusivo, segundo um estudo realizado em 14 países foi relatada a proteção da criança contra infecções e diarreia, sobretudo nos primeiros seis meses de vida considerando que nesse período há imaturidade do sistema imunológico e maior permeabilidade intestinal.^{15, 17}

Outros fatores têm sido referenciados na literatura como de importância para o crescimento infantil, sendo os principais o grau de escolaridade das mães e cuidadores, aspectos biológicos maternos (peso, altura e idade), tipo de alimentação e tempo de aleitamento materno, e assistência à saúde,

referente ao acesso aos serviços (incluindo imunizações e internações hospitalares) entre outras. Dentre as principais causas de consultas médicas e internações hospitalares tem sido as diarreias com e sem desidratação, respondendo também a uma significativa taxa de morbimortalidade infantil.^{16, 18}

A assistência precoce e eficaz é outro ponto negativo quando os serviços de saúde não assumem o compromisso, tornando-se incapazes de prevenir a ocorrência de casos graves e óbitos pela doença por causas facilmente evitáveis, sendo agravado pelo modelo econômico ao qual a população está sujeita.¹⁹

O intuito desse estudo é discutir as principais causas da diarreia em crianças e os principais cuidados de enfermagem desde preventivos até assistenciais a esses pacientes e familiares nos diferentes níveis de atenção à saúde, a fim de fornecer subsídios para fundamentar a sua prática.

É importante destacar que esse estudo pode trazer significativas reflexões teóricas e, por meio da análise dos resultados apresentados sobre o cotidiano da prática do cuidado de enfermagem, realidades possam ser conhecidas e modificadas. Assim, houve o interesse de que esse estudo pudesse contribuir com a melhoria da qualidade da assistência.

METODOLOGIA

Este artigo trata-se de uma revisão de literatura com estudo de caráter descritivo. Para a realização deste estudo foi realizada uma busca entre o período de abril a maio de 2010, coletando o material de artigos científicos através do banco de dados da SciELO (Scientific electronic library online) e da REUOL (Revista de enfermagem da UFPE on line), pesquisa em livros e nos manuais do Ministério da Saúde, entre os anos de 1984 a 2010. No total foram encontrados 42 artigos com os descritores diarreia, desidratação, criança, assistência de enfermagem, tratamento e hospitalização. Onde após a leitura exaustiva dos mesmos, utilizaram-se apenas 29 artigos em nossa pesquisa e foram descartados 13. Os estudos utilizados foram escolhidos por possuírem conteúdos que abordam a proposta deste trabalho e no critério de exclusão estão obras incompletas (como resumos). Além do material encontrado nas bases de dados foram utilizados na pesquisa, livros e manuais do Ministério da Saúde, pois se percebeu que estudos encontrados em meio virtual não dariam subsídios aos aspectos do objeto do estudo, dificultando a discussão dos dados.

RESULTADOS

O enfermeiro é o profissional que pode proporcionar à comunidade conhecimentos que a levem a alcançar a solução dos seus problemas em todos os níveis de saúde, quando lhe é dado o espaço de relações que pode manter com a clientela. Portanto, a atuação deste profissional está além do âmbito assistencial, mas principalmente de prevenção de agravos por meio do processo de educação em saúde, em especial aqueles profissionais que atuam na atenção básica.²⁰

A promoção à saúde implica em conhecer como se apresentam as condições de vida e de trabalho da sociedade e comunidade na qual se trabalha. Portanto, este profissional deve necessariamente envolver a comunidade não apenas como alvo de informações, todavia dividindo com ela a responsabilidade de procurar alternativas para um trabalho preventivo eficaz, através da valorização das práticas adequadas aplicadas no seu espaço de atuação e modificando as práticas inapropriadas.²⁰

Por ser um profissional que tem responsabilidade sanitária, este deve conhecer as condições de vida da comunidade, permitindo que, juntos, busquem a melhor resolução do problema na atenção básica.²¹

A partir do conhecimento comunitário sobre diarreia, estabelecer-se-ão os principais fatores que levam ao acometimento da população por este agravo, e o enfermeiro poderá intervir de forma adequada ao estabelecer medidas de enfrentamento para prevenção e controle da doença. Portanto, sua atuação está além do âmbito assistencial, mas principalmente de prevenção de problemas de saúde através do processo de educação em saúde.²⁰

Dentre as medidas preventivas que têm comprovado impacto na relação da morbimortalidade por diarreia estão: a promoção do aleitamento materno e de práticas adequadas para a introdução de alimentos complementares, imunização das crianças da comunidade e explicar as mães a importância de seguir corretamente o calendário vacinal, além de orientá-las quanto à importância e necessidade da lavagem das mãos no preparo dos alimentos e ao manejo da criança, principalmente quando esta apresenta episódios diarreicos.²¹

A disponibilidade de rede de água e esgotos adequados reduz a morbidade por diarreia de maneira considerável. Portanto, nas comunidades em que não há saneamento

básico e abastecimento de água encanada, é necessário que o enfermeiro se preocupe com a orientação desta população sobre o destino do lixo, das fezes e o uso adequado das fossas domiciliares, além do correto armazenamento e tratamento caseiros da água.²¹

As ações para o controle da diarreia têm por objetivo reduzir a transmissão dos agentes patogênicos, diminuindo a frequência dos episódios diarreicos; e promover o bom estado nutricional da criança, diminuindo as complicações e mortalidade por diarreia.¹⁹⁻²⁰

Tendo em vista que as necessidades da família variam, sua intervenção deve ser voltada para o indivíduo ou para a família, ou se necessário intervir em ambos, visto que estas abordagens não são excludentes e nem uma é melhor do que a outra.²²

A mãe é a pessoa que geralmente leva a criança ao serviço de saúde quando ela está doente. Sendo esta a principal cuidadora da criança e o membro familiar para o qual serão dadas as orientações de preventivas no controle da diarreia, sendo fundamental empregar boas técnicas de comunicação como escutar atentamente o que é dito pela mãe, usando palavras que esta possa entender, dando-lhe tempo para que responda as perguntas e fazendo perguntas adicionais caso ela não esteja segura da resposta.^{7, 21}

No atendimento a criança com diarreia, independente do nível de atenção à saúde, é importante que a assistência seja integrada e sistematizada. Atualmente, uma das referências em qualificação dos enfermeiros é o AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) aprovado pelo Ministério da Saúde (MS) e aplicado em vários estados brasileiros. O AIDPI tem por objetivo reduzir a mortalidade na infância e contribuir de maneira significativa, considerando a problemática de saúde atual em especial daquelas que vivem em países e regiões menos desenvolvidas, constituindo-se em um enfoque altamente efetivo, otimizando os recursos existentes.²¹

Por meio deste, o profissional torna-se competente para avaliar a criança, classificando o seu estado de saúde (doença), identificando e planejando o tratamento adequado; realizando, inclusive, intervenções para o cuidador e orientando a importância do retorno a consulta.²¹

Na consulta de enfermagem, o exame físico é complementar à anamnese e a história clínica fornece informações importantes acerca da exposição a agentes infecciosos, como: contato pessoal, viagens ou contato provável com alimentos contaminados, a

idade da criança fornece indícios quanto à causa dos distúrbios diarreicos; há quanto tempo a criança tem tido diarreia, quantos episódios apresentados até o momento e a frequência com que eles acontecem, também deve-se indagar a mãe se há sangue nas fezes para determinar se a criança tem disenteria.^{21, 23}

O exame físico começa com a inspeção, onde o enfermeiro irá observar o aspecto geral e o comportamento da criança, deve-se observar se a criança apresenta-se letárgica, inconsciente, inquieta ou irritada. Esta será avaliada para a presença de sinais de desidratação, como, por exemplo, olhos fundos e se ao oferecer líquidos à criança, se ela não consegue beber ou só bebe muito mal, ou se bebe avidamente, com sede. Na palpação realiza-se o sinal da prega, para verificar se a pele volta ao estado anterior muito lentamente (mais de 2 segundos) ou não.^{21, 23}

O tratamento da doença diarreica aguda consiste em quatro medidas, sendo elas: a correção da desidratação e do desequilíbrio eletrolítico, que é feita por meio do SRO; o combate à desnutrição, pois o efeito negativo da diarreia sobre a nutrição é causada pela ingestão reduzida de alimentos devido à anorexia, má absorção e mudanças metabólicas, alguns estudos têm demonstrado uma associação entre hospitalização e déficit nutricional; o uso adequado de medicamentos, pois quando indiscriminadamente usados, os antibióticos podem complicar o quadro do paciente e a indicação destes somente deve ocorrer quando o benefício é inquestionável, considerando que a diarreia aguda, na maioria das vezes, tem curso autolimitado; e a prevenção das complicações, porque estas aumentam bastante os índices de morbimortalidade de criança e os custos do Estado com clientes que poderiam ter sido tratados com métodos mais baratos e muito eficientes.^{2, 4-6}

Conforme o AIDPI a criança com diarreia será classificada conforme o grau de desidratação, e assim instituído o tratamento adequado, que será pelo plano terapêutico A, B ou C, que é apresentado por meio de tabelas que mostram os sinais e sintomas correspondentes ao tratamento a ser aplicado. Lembrando que antes de iniciar o tratamento, o paciente deve ser pesado, sempre que possível, estando atento para que o quantitativo de roupas não altere muito a medida.²¹

Para avaliar rapidamente todos os sintomas e sinais apresentado pela criança, o

profissional de saúde pode usar os procedimentos da atenção integrada com conduta adequada para cada caso, como descrito anteriormente, se a criança está gravemente doente deverá ser encaminhada para um hospital.²¹

Nos casos em que a criança tenha menos de dois sinais desidratação esta é classificada como sem desidratação, devendo-se implementar o plano A, que permite que a criança seja tratada a nível domiciliar, considerando que esta precisa de líquidos adicionais para prevenir a desidratação. Utiliza-se de orientações para a sua mãe realizar em casa como a administração de líquidos adicionais, a continuação da alimentação, não interrupção da amamentação em caso de lactentes e orientação quanto aos sinais de piora e o momento de retornar à unidade de saúde.^{21, 27}

Quando a criança apresenta dois ou mais sinais de desidratação ela será classificada como desidratação leve a moderada. A criança será tratada conforme o plano B, que utiliza a solução de SRO e uma alimentação apropriada. Como no plano A, a amamentação deverá continuar, orientado o aumento na frequência de mamadas. As demais crianças deverão receber o leite habitual ou algum alimento nutritivo após a reidratação com Soro de Reidratação Oral (SRO), sempre oferecendo mais líquidos do que o de costume, respeitando a aceitação da criança. As crianças com desidratação deverão permanecer no serviço de saúde até a reidratação completa, durante um período de 4 horas será administrada a quantidade recomendada de SRO, devendo esta ser reavaliada e classificada quanto à desidratação após este intervalo de tempo, selecionando o plano apropriado para continuar o tratamento. A mãe será informada quanto às situações em que ela deve retornar imediatamente à unidade de saúde.^{21, 27}

No paciente com diarreia e desidratação grave deve ser aplicado o plano C preconizado pelo Ministério da Saúde através do AIDPI, no qual é indicado o uso de sonda nasogástrica (SNG) apenas em casos de perda de peso após as duas primeiras horas de tratamento oral, de vômitos persistentes, de distensão abdominal com ruídos hidroaéreos presentes ou de dificuldade de ingestão. Se o serviço de saúde que presta os cuidados não dispor de recursos para a aplicação deste plano terapêutico, deverá encaminhar urgentemente a criança ao hospital para internação e aplicação de tratamento adequado. Nos casos em que a criança consegue beber, deve-se entregar à mãe SRO

e mostrar-lhe como administrar goles frequentes durante o trajeto.^{21, 27}

A hidratação parenteral somente é indicada quando houver alteração da consciência e vômitos persistentes, mesmo com uso de sonda nasogástrica. Nesta situação, a criança não ganha ou perde peso com a hidratação por SNG, podendo existir a possibilidade de íleo paralítico. Se o paciente apresentar sinais e sintomas de desidratação grave, com ou sem sinais de choque hipovolêmico (palidez acentuada, pulso radial filiforme ou ausente, hipotensão arterial, depressão do sensorio), a sua reidratação deve ser iniciada imediatamente por via endovenosa, mantendo-se a administração do SRO por meio de sonda nasogástrica ou conta-gotas, até que se instale a reidratação endovenosa.^{21, 27}

O paciente será reavaliado duas horas após o tratamento intravenoso. Se persistirem os sinais de choque, a prescrição será repetida; caso contrário, o balanço hídrico deverá ser iniciado com as mesmas soluções e o cliente reavaliado a cada 30 minutos. A solução de SRO poderá ser administrada concomitantemente, em doses pequenas e frequentes, de acordo com a aceitação do paciente, porque isto acelera a recuperação do mesmo e reduz drasticamente o risco de complicações pelo manejo inadequado. A hidratação endovenosa apenas será suspensa quando o paciente estiver hidratado, com boa tolerância ao SRO e sem apresentar episódios de vômitos.^{21, 27}

A criança hospitalizada passa por experiências invasivas e geradoras de sofrimento, que acarreta reações de medo, estresse e ansiedade. Quando submetida a um longo período de internação, sofre alterações emocionais decorrentes da manipulação excessiva. O estresse pode ocorrer durante a admissão, a hospitalização e após a alta, além disso, esses sentimentos tornam-se presentes devido à doença, ao ambiente e as pessoas estranhas. Faz-se necessário um ambiente tranquilo e acolhedor, que facilite a aceitação da criança quanto à realização do procedimento, proporcionando tranquilidade a para que seja possível realizar orientações tanto ao infante, como ao acompanhante quanto a indicação, riscos e benefícios do procedimento, orientado-a de que poderá expressar seus sentimentos durante esse momento.²⁸

Para realização de qualquer procedimento, o enfermeiro deve considerar a fase de desenvolvimento em que a criança se encontra e ao grau de compreensão e percepção da mesma e de sua família acerca da situação a ser vivenciada, ficando a cargo

da equipe de enfermagem diminuir ao máximo o medo que a criança está sentindo, obtendo-se um tratamento de saúde mais adequado e com uma maior colaboração do infante. Durante o período de hospitalização, a enfermagem poderá realizar atividades educativas, tais como, apresentação com marionetes, passeios, ler histórias, assistir filmes e utilizar brinquedos que a criança possa atuar como um médico e/ou enfermeiro, ajudando assim, a reduzir o nível de ansiedade e medo. Brincadeiras no hospital fazem com que as crianças explorem com segurança sentimentos e preocupações.²³

Outra forma de auxiliar as crianças é realizar um aconselhamento pré-hospitalar de acordo com a sua idade e o nível de entendimento. O profissional enfermeiro deve informar a criança o porquê da hospitalização, o que pode ser encontrado no ambiente, lembrá-la sobre a colaboração durante os procedimentos e dizer que a sua mãe ou qualquer outro responsável poderá acompanhá-la durante o processo de hospitalização. Ao realizar esse aconselhamento o profissional além de estar preparando a criança para o que será vivenciado estará obtendo a confiança.²³

É relevante que o infante no ambiente hospitalar pode passar por várias experiências de interação social, onde passará a perceber que não é o único a necessitar de uma internação e que outras crianças também ficam doentes. Geralmente essas interações ocorrem nas enfermarias do setor de pediatria.²³

A criança é um ser que necessita de proteção integral, amparo, assistência, respeito e que depende dos cuidados dos seus pais, no seu cotidiano, e dos profissionais da área de saúde, no ambiente hospitalar. Em outras palavras, a criança depende de atenção e de cuidados dos que as rodeiam para que seja possível dar continuidade ao seu crescimento e desenvolvimento.²⁹

CONCLUSÃO

A redução dos indicadores de mortalidade infantil ainda é um grande desafio para os gestores, profissionais de saúde e para a sociedade brasileira como um todo. Apesar de uma significativa queda na última década, estes índices ainda permanecem altos. Esta situação é agravada quando se reconhece que a maioria destas mortes pode ser considerada como evitáveis, determinadas pelo acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados, sendo a diarreia enquadrada nesta situação.

Com a articulação das diversas políticas sociais e iniciativas do município na comunidade são determinadas prioridades para a promoção à saúde da população infantil local, definindo-se formas efetivas de intervenções ou produzindo novas ações que possam ser viáveis e efetivas. Estabelecendo-se, então, uma relação cidadã e humanizada a toda criança que é levada ao serviço de saúde.

A consulta médica não deve ser a única proposta de abordagem da criança e toda a equipe deve participar ampliando ações a serem permanentemente desenvolvidas pela unidade de saúde ou pela equipe de saúde da família, de maneira a contribuir para que os problemas prioritários sejam identificados e solucionados. As doenças diarréicas são um grave problema para a criança e quando associadas à desnutrição colocam em risco a sua vida.

Durante a realização deste trabalho, observou-se a carência de estudos voltados para a intervenção e atuação do enfermeiro direcionada à criança acometida por diarreia nos diferentes níveis de assistência à saúde. Por ser um profissional que atua em todos os níveis de atenção à saúde, e a diarreia uma doença bastante prevalente no Brasil, o enfermeiro deve conhecer bem a sua atuação na prevenção, tratamento, recuperação e reabilitação dos pacientes pediátricos com esta enfermidade.

REFERÊNCIAS

1. Oliveira TCR, Latorre MRDO. Tendências da internação e da mortalidade infantil por diarreia: Brasil, 1995 a 2005. Rev Saúde Pública [periódico na Internet]. 2010 fev [acesso em 2010 Abr 23]; 44(1): 102-111. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
2. Victora CG. Mortalidade por diarreia: o que o mundo pode aprender com o Brasil?. J Pediatr (Rio J) [periódico na Internet]. 2009 fev [acesso em 2010 Abr 19];85(1):3-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
3. Motta MEFA, Silva GAP. Diarreia por parasitas. Rev Bras Saúde Matern Infant [periódico na Internet]. 2002 ago [Acesso em 2010 Abr 23];2(2):117-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
4. Vázquez ML, Mosquera M, Cuevas LE, et al. Incidência e fatores de risco de diarreia e infecções respiratórias agudas em comunidades urbanas de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 1999 jan [acesso em 2010 Abr 23];15(1):163-72. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>

5. Lins MGM, Motta MEFA, Silva GAP. Fatores de risco para diarreia persistente em lactentes. *Arq Gastroenterol* [periódico na Internet]. 2003 dez [Acesso em 2010 Abr 19];40(4):239-46. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
6. Silva GAP. Diarréia aguda e persistente In: Alves JGB, Ferreira OS, Maggi RS. Fernando Figueira *Pediatria*. Instituto Materno-Infantil de Pernambuco. 3ª ed. Recife: Medsi; 2004.
7. Vanderlei LCM, Silva GAP. Diarréia aguda: o conhecimento materno sobre a doença reduz o número de hospitalizações nos menores de dois anos?. *Rev Assoc Med Bras*[periódico na Internet]. 2004 set [Acesso em 2010 Abr 19];50(3):276-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
8. Connell FA, Day RW, Logerfo JP. Hospitalization of medicaid children: analysis of small area variations in admission rates. *Am J Public Health*[serial on the Internet]. 1981 [cited 2010 Apr 19]; (71): 606-13. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>
9. Silva AAM, Gomes UA, Silva RA. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1999 [acesso em 2010 Abr 23];(15): 749-57. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
10. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *Int J Health Serv* [serial on the Internet]. 1995 [cited 2010 Apr 23]; (25): 283-94. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>
11. César JA, Victora CG, Barros FC et al. Hospitalizações em menores de um ano pertencentes a duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Pública* [periódico na Internet]. 1996 [acesso em 2010 Abr 23]; 12 Supl 1:67-71. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
12. Davis K, Gold M, Makuc D. Access to health care for the poor: does the gap remain?. *Ann Rev Public Health* [serial on the Internet]. 1981 [cited 2010 Apr 23]; (2): 159-82. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>
13. Pontual JPS, Falbo AR, Gouveia JS. Estudo etiológico da diarreia em crianças hospitalizadas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP, em Recife, Pernambuco. *Rev Bras Saude Matern Infant* [periódico na Internet]. 2006 mai [Acesso em 2010 Abr 23]; 6 Supl 1: S11-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
14. Feliciano KVO, Kovacs MH. Concepções maternas sobre a diarreia infantil. *J Pediatr (Rio J)* [periódico na Internet]. 2001 dez [Acesso em 2010 Abr 23]; 77(6): 487-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
15. Borges CVD, Veiga AB, Barroso GS, et al. Associação entre concentrações séricas de minerais, índices antropométricos e ocorrência de diarreia entre crianças de baixa renda da região metropolitana do Rio de Janeiro. *Rev Nutr* [periódico na Internet]. 2007 abr [Acesso em 2010 Abr 19];20(2):159-69. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
16. Romani SAM, Lira PIC. Fatores determinantes do crescimento infantil. *Rev Bras Saúde Matern Infant* [periódico na Internet]. 2004 mar [acesso em 2010 Abr 23];4(1):15-23. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
17. Vieira GO, Silva LR, Vieira TO. Alimentação infantil e morbidade por diarreia. *J Pediatr (Rio J)* [serial on the Internet] 2003 set/out [acesso em 2010 Abr 23];79(5):449-54 Available from: <http://www.scielo.br/scielo>
18. Vaz FAC. Diarreia: fatores de risco associados ao óbito em crianças. *Rev Assoc Med Bras* [periódico na Internet]. 1999 jan/mar [acesso em 2010 Abr 23];45(1):1. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
19. Caldeira AP, França E, Perpétuo IH, et al. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984 - 1998. *Rev Saúde Publica* [periódico na Internet]. 2005 [acesso em 2010 Abr 23]; 39(1): 67-74. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
20. Valente GSC, Almeida VC, Chagas FS, et al. The nurse in the management of health education of the family health strategy. *Rev enferm UFPE on line* [serial on the Internet]. 2010 Apr/Jun [cited 2010 May 03];4(2):149-57. Available from: <http://www.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php>
21. Ministério da Saúde (Brasil); Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. AIDPI atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
22. Pinto JP, Ribeiro CA, Pettengill MM, et al. Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. *Rev Bras Enferm* [periódico na Internet]. 2010 jan/fev [acesso em 2010 Abr 28]; 63(1): 132-5. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>
23. Hockenberry MJ. Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier; 2006.
24. Lima MC, Motta MEFA, Santos EC, et al. Determinants of impaired growth among

hospitalized children: a case-control study. Sao Paulo Med J[serial on the Internet]. 2004 May [cited 2010 Apr 23]; 122(3): 117-23. Available from: <http://www.scielo.br/scielo>

25. Bittencourt SA, Leal MC, Jourdan-Gadelha AM, et al. Crescimento, diarreia e aleitamento materno: o caso da Vila do João. Cad Saúde Pública [periódico na Internet]. 1993 [acesso em 2010 Abr 23]; 9 supl 1: 07-13. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>

26. Portal da Saúde [homepage na Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2010[acesso em 2010 Abr 26]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=32533

27. Ministério da saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância à Saúde. Manual integrado de prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

28. Gomes AVO, Nascimento MAL, Christoffel MM, et al. A atuação do enfermeiro frente aos sentimentos e atitudes das crianças hospitalizadas submetidas à punção venosa periférica. Rev enferm UFPE on line [periódico na Internet]. 2010 jan/mar [acesso em 2010 Maio 03]; 4(1):375-80. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php>

29. Avanci BS, Avanci CMSS, Góes FGB, et al. Resgate das concepções sobre a criança na história do mundo e do Brasil. Rev enferm UFPE on line [periódico na Internet]. 2009 abr/jun [acesso em 2010 Maio 03]; 3(2):165-72. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2010/07/15

Last received: 2011/04/25

Accepted: 2011/04/27

Publishing: 2011/05/01

Address for correspondence

Angélica de Godoy Torres Lima

Rua Abdias Vilar, 06, Centro

CEP: 55680-000 – Bonito (PE), Brasil