

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA – EMESCAM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E  
DESENVOLVIMENTO LOCAL – EMESCAM

ROSIMERI SALOTTO ROCHA

**POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: OS DETERMINANTES  
SOCIAIS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-INTERNAÇÃO**

VITÓRIA, ES  
2017

ROSIMERI SALOTTO ROCHA

**POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: OS DETERMINANTES  
SOCIAIS NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA-INTERNAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientador: Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva

Coorientadora: Dra. Janine Pereira da Silva

VITÓRIA, ES

2017

Dados internacionais de Catalogação -na- Publicação (CIP)  
EMESCAM – Biblioteca Central

---

R672p Rocha, Rosimeri Salotto.  
Política de atenção à saúde da criança: os determinantes sociais no processo saúde-doença-internação / Rosimeri Salotto Rocha. - 2017.  
62 f.

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dr. <sup>a</sup>. Valmin Ramos da silva

Dissertação (Mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, 2017.

1. Hospitalização. 2. Criança. 3. Atenção primária à saúde. 4. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. I. Siva, Valmin Ramos da. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM. III. Título.

CDU: 613.95

---

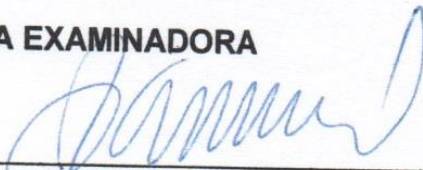
**ROSIMERI SALOTTO ROCHA**

**POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA:  
OS DETERMINANTES SOCIAIS NO PROCESSO  
SAÚDE-DOENÇA-INTERNAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

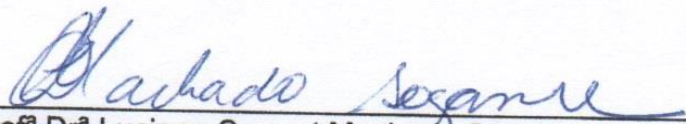
Aprovada em 14 de dezembro de 2017.

**BANCA EXAMINADORA**



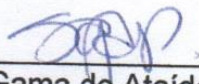
---

Prof Dr Valmin Ramos da Silva  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
**Orientador**



---

Profª Drª Luciana Carrupt Machado Sogame  
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de  
Misericórdia de Vitória – EMESCAM  
**Membro Titular Interno**



---

Profª Drª Soraya Gama de Ataíde Prescholdt  
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES  
**Membro Titular Externo**

Dedico este trabalho a minha família, sempre presente, estimulando nos momentos difíceis e dando o apoio necessário com muito amor e carinho.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela abençoada oportunidade reencarnatória.

A minha família, que é a base de tudo, pelo carinho, apoio e amor incondicional.

Aos meus orientadores Prof. Dr. Valmin Ramos da Silva e Profa. Dra. Janine Pereira Silva por terem acreditado em mim, pela paciência e apoio em todos os momentos.

A todos os professores do mestrado pelos ensinamentos transmitidos, pelo exemplo profissional e pela amizade demonstrada.

Aos meus amigos de mestrado em especial a Aline, Denise, Daniela e Rachel pela companhia, alegria, união e carinho durante o curso.

As famílias e as crianças participantes deste estudo que me ensinaram a conhecer e compreender suas vivências perante a doença e a hospitalização.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a concretização do mestrado.

Toda ascensão exige esforço, adaptação e sacrifício. Toda queda resulta em prejuízo, desencanto e recomeço. Trabalha-te interiormente, vencendo limite e obstáculo, não considerando os terrenos vencidos, porém, fitando as paisagens ainda a percorrer.

*Joanna de Ângelis - Francisco Cândido Xavier*

## RESUMO

**Introdução:** As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são hospitalizações por condições que poderiam ter sido resolvidas no primeiro nível de atenção à saúde através de cuidados preventivos e de tratamento adequado. Estudos realizados destacam as ICSAP como um dos indicadores que pode ser utilizado para avaliar os serviços de saúde e a capacidade de resolução da atenção primária, em consonância com os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). **Objetivo:** identificar as causas de ICSAP e DSS em menores de cinco anos de idade. **Método:** Trata-se de estudo transversal, prospectivo, com seguimento de crianças menores de cinco anos de idade internadas por ICSAP. Foram incluídas todas as crianças na faixa etária especificada para o estudo, internarem na enfermaria de pediatria de um hospital filantrópico no sul do Estado do Espírito Santo, Brasil, no período de 01/10/2016 a 30/07/2017. Coletadas informações referentes a variáveis demográficas, clínicas e socioeconômicas dos pacientes. Estudo aprovado Comitê de Ética em Pesquisa Institucional (Protocolo CAAE nº 58486416.7.0000.5065). **Resultados:** Foram avaliados 682 pacientes, média de idade da amostra de 19,6±15,6 meses, com predomínio do sexo masculino (51,6%). Cerca de 43,2% das internações foram atribuídas a ICSAP, e as principais causas foram doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças gastrointestinais. **Conclusão:** No período do estudo internaram 1643 crianças, destas 710 foram por ICSAP, sendo as doenças respiratórias e gastrintestinais as mais frequentes.

Palavras-chave: Hospitalização. Criança. Atenção Primária à Saúde. Sistemas de saúde. Indicadores de qualidade em assistência à saúde. Determinantes sociais da saúde. Processo saúde-doença.



## ABSTRACT

**Introduction:** Ambulatory Care-Sensitive Conditions (ACSC) should be resolved at the first level of health care through preventive care and appropriate treatment. Studies highlight ACSC as one of the indicators that can be used to evaluate health services and the capacity to solve primary health care, in line with the Social Determinants of Health (SDH). **Objective:** to identify the causes of ACSC and characterizing SDH in children under five years of age. **Method:** This was a prospective, cross-sectional study with follow-up of children under five years of age hospitalized for ICSAP. All the children in the age range specified for the study were admitted to the pediatric ward of a philanthropic hospital in the southern State of Espírito Santo, Brazil, from 01/10/2016 to 07/30/2017. Data were collected regarding demographic, clinical and socioeconomic variables of the patients. Study approved by the Institutional Ethics Committee (CAAE Protocol nº 58486416.7.0000.5065). **Results:** A total of 682 patients were evaluated, mean age of the sample was  $19.6 \pm 15.6$  months, with a predominance of males (51,6%). Almost 43,2% of the hospitalizations for ACSC and diseases of the respiratory tract were the main causes of hospitalization followed by gastrointestinal diseases. **Conclusion:** During the study period, 1643 children were hospitalized, of which 710 were by ICSAP, with respiratory and gastrointestinal diseases being the most frequent.

Keywords: Hospitalization. Child. primary health attention. Health service. Quality indicators on health assistance. Social determinants of health. Health disease-process.

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Figura 1 - Mapa de Cachoeiro de Itapemirim, seus distritos e municípios vizinhos, ES, Brasil.....	30
Quadro 1 – Síntese dos manuscritos que versam sobre ICSAP em menores de cinco anos, nas bases de dados MEDLINE/PUBMED, LILACS e SCIELO*, no período de 1999 a 2015.....	36
Gráfico 1 – Idade dos moradores, por domicílio, das famílias das crianças menores de cinco anos de idade, internadas na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, ES, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682) .....	43
Gráfico 2 – Idade das crianças internadas por ICSAP na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, ES, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682) .....	43

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos manuscritos nas bases de dados MEDLINE/PUBMED LILACS e SCIELO, no período de 1999 a 2015.....	36
Tabela 2 – Dados demográficos e sociais dos pacientes avaliados na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682) .....	42
Tabela 3 – Bairros de procedência dos pacientes avaliados na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682) .....	44
Tabela 4 – Municípios de procedência dos pacientes avaliados na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, ES, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682) .....	45
Tabela 5 – Local de atendimento das consultas pediátricas, de crianças internadas na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, ES, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682).....	46
Tabela 6 – Número de retornos prévios à internação dos avaliados na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682). .....	46
Tabela 7 – Diagnóstico das internações por causas evitáveis na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, ES, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=1089*).....	47

## LISTA DE SIGLAS

<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>ACSC</b>	Ambulatory Care-Sensitive Conditions
<b>CAAE</b>	Certificado de Apresentação para Apreciação ética
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>CSAP</b>	Condições Sensíveis à Atenção Primária
<b>CNS</b>	Conselho Nacional de Saúde
<b>CNDSS</b>	Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
<b>CID</b>	Código Internacional de Doenças
<b>DSS</b>	Determinantes Sociais de Saúde
<b>ECRIAD</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>EMESCAM</b>	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
<b>ES</b>	Espírito Santo
<b>ESF</b>	Estratégia Saúde da Família
<b>HIFA</b>	Hospital Infantil Francisco de Assis
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IDH</b>	Índice de Desenvolvimento Humano
<b>ICSAP</b>	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
<b>SEMUS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2 QUADRO TEÓRICO</b> .....	15
2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	15
2.2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	16
2.3 INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA.....	18
2.4 HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA CRIANÇA.....	21
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	29
3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO.....	29
3.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO.....	29
<b>4 MÉTODO</b> .....	30
4.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA.....	30
4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO E CASUÍSTICA.....	31
4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	31
4.4 COLETA DOS DADOS .....	32
<b>4.4.1 Pesquisadores</b> .....	32
<b>4.4.2 Variáveis do estudo</b> .....	32
4.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	33
4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS.....	34
<b>5 RESULTADOS</b> .....	35
5.1 HOSPITALIZAÇÕES POR CONDIÇÕES EVITÁVEIS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	35
5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS DA FAMÍLIA.....	41
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	49
<b>7 CONCLUSÃO</b> .....	53
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	54
<b>APÊNDICE A</b> .....	60
<b>APÊNDICE B</b> .....	61
<b>ANEXO A</b> .....	62

## 1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção à saúde, sendo considerada uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS). Tem por objetivo ser resolutiva para as necessidades de saúde da população, e quando as ações de sua competência não são eficientes ou não são desenvolvidas de forma eficaz e oportuna, levam os usuários a procurarem outros serviços da rede de atenção à saúde, podendo aumentar, por consequência, a possibilidade de internação hospitalar (STARFIELD, 2002; NEDEL et al., 2010).

As Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) são internações de condições sensíveis ao primeiro nível de atenção e que podem estar diretamente relacionadas a problemas de acesso e/ou a baixa resolutividade deste nível de atenção (ALFRADIQUE et al., 2009). De acordo com Nedel et al. (2010) as ICSAP são utilizadas como indicadores para avaliar e monitorar a efetividade da APS. Estudos que utilizam esses indicadores têm possibilitado o incremento de ações e políticas públicas capazes de reduzir esse evento traumático para a criança e sua família (CAETANO et al., 2002).

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) (2008) desenvolveu uma série de atividades que contribuiu para o debate nacional sobre a problemática dos determinantes sociais e iniquidades em saúde, destacando o grupo etário menor de cinco anos como o mais vulnerável aos determinantes sociais da saúde (DSS), incluindo o acesso aos serviços de saúde. Também comentado no trabalho de Oliveira et al. (2010), as desigualdades econômicas e sociais (SILVA et al., 1999), a escolaridade materna (CAETANO et al., 2002), as condições socioambientais (saneamento e educação), a situação nutricional incluindo baixo peso ao nascer, subnutrição e sobrepeso/obesidade (OLINTO et al., 1993) e o desenvolvimento cognitivo configuram-se, ainda, como importantes DSS nesse processo.

Segundo a CNDSS existem marcadas desigualdades socioeconômicas em praticamente todos os indicadores de saúde e estado nutricional de crianças

menores de cinco anos de idade. Estas desigualdades representam quadro de iniquidade, por serem evitáveis e injustas, impedindo que todas as crianças atinjam seu potencial de saúde, crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2008), com possibilidade de perpetuação da pobreza, em função da redução de perspectiva de desenvolvimento humano.

As estratégias governamentais não implantadas em sua totalidade no contexto da APS, remetem ao modelo assistencial focado na atenção as doenças agudas e no atendimento as demandas espontâneas dificultando a articulação entre os serviços de saúde na construção de um modelo de assistência em rede com a inclusão da família e a integralidade do cuidado (ARAÚJO et.al., 2014).

A Atenção à Saúde da Criança representa uma área prioritária no contexto dos cuidados à saúde das populações. Para que desenvolva adequadamente, é necessário compreender os aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, assim como, os demais determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença (VETTORE; LAMARCA, 2011).

A assistência à saúde da criança ainda encontra-se em processo de construção, juntamente com assistência à saúde em geral e a mais recente política voltada para a saúde da criança é a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Os eixos envolvem toda a rede de atenção à saúde, desde a atenção humanizada perinatal e ao recém-nascido até a prevenção do óbito infantil (BRASIL, 2015).

A evolução histórica da participação da criança na sociedade, assim como os cuidados à saúde voltados a essa população, apresentou avanços, tendo como reflexo a redução da mortalidade infantil e implantação de diversas políticas públicas de saúde (ARAÚJO, 2014).

Além do exposto, é importante destacar que como pediatra atuante, ao longo de vários anos, na enfermaria de pediatria observo um grande número de ICSAP, principalmente em crianças menores de cinco anos de idade, justificando, portanto,

a necessidade de realizar uma pesquisa para identificar os fatores associados a essas interações e os DSS envolvidos nesse processo.

Assim, o objetivo deste estudo é identificar as causas de ICSAP e caracterizar os DSS em crianças menores de cinco anos de idade.



## 2 QUADRO TEÓRICO

Serão apresentados os conceitos principais para um melhor entendimento deste estudo, com base em pesquisa realizada por diversos autores sobre o assunto.

### 2.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), a atenção básica ou Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

A APS é o primeiro nível de atenção à saúde, sendo considerada uma das portas de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), deve ser o contato preferencial dos usuários e o centro de comunicação com toda a rede de atenção à saúde, cuidando da população no ambiente em que vive. Presta assistência contínua e integral a uma população definida, e trabalha de forma organizada e integrada com os diferentes níveis de atenção à saúde (MENDES, 2010). A efetividade da organização dos serviços de saúde no âmbito da APS possibilita a melhoria da atenção, resultando, por consequência, em impactos positivos na saúde da população e na eficiência do sistema (STARFIELD, 2012).

Segundo a Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, a APS orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social; considerando o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (BRASIL, 2011).

No esforço de reorganizar o modelo de atenção à saúde no Brasil, o Ministério da Saúde implantou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF) que passou a ser designado como estratégia para consolidação da APS (BRASIL, 1997).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é entendida como uma reorientação do modelo assistencial, resgatando conceitos mais amplos de saúde e formas diferenciadas de intervenção junto ao usuário, sua família e a comunidade, através de trabalho em equipe multiprofissional, dirigidas a populações de territórios definidos com foco principal na população alvo e território delimitado, além de assumir a responsabilidade sanitária, considerando todo o contexto social, demográfico e cultural da população (BRASIL, 2011).

A ESF apresenta uma proposta consecutiva de transformação da realidade, com base no planejamento territorial, na ampliação dos mecanismos de participação social, na gestão com o desenvolvimento da oferta das ações e serviços, inclusão e integração das populações vulneráveis, em especial, àquelas em situação de injustiças sociais (SOUZA; FRANCO; MENDONÇA, 2014).

Há evidências de que um sistema de saúde que possui suas bases com referencial na APS é mais efetivo, mais satisfatório para a população, tem menores custos e é mais equitativo, mesmo em contextos de grande desigualdade social (STARFIELD, 2002; ALFRADIQUE et al., 2009; DEININGER et al., 2015). Ratificando, portanto, a importância da APS enquanto porta preferencial de acesso ao SUS pelo usuário.

## 2.2 INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

As Condições Sensíveis à Atenção Primária em Saúde são definidas como:

[...] agravos à saúde cuja morbidade e mortalidade pode ser reduzida através de uma atenção primária mais eficaz. Embora outros fatores, inclusive os culturais, possam interferir nos indicadores de internação hospitalar, a capacidade dos serviços de atenção primária na prevenção de hospitalizações desnecessárias, tem sido tomada como indicador de qualidade da assistência à saúde (STARFIELD, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta que os sistemas de saúde invistam na APS como modalidade assistencial potencialmente capaz de melhorar os indicadores de saúde da população (FERREIRA et al., 2014). Estudos vem sendo realizados com o objetivo de avaliar a capacidade de resolutividade da APS, como parte do desafio da efetivação dos princípios do SUS; e um dos instrumentos utilizados são os indicadores que contribuam para o planejamento e avaliação de determinantes do processo saúde-doença de indivíduos ou coletividades (CAETANO et al., 2002; PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015).

Neste contexto, destaca-se o indicador de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP), conhecido internacionalmente como Ambulatory Care-Sensitive Conditions (ACSC) e utilizado, por exemplo, nos Estados Unidos da América desde a década de 1990 (CAMINAL et al., 2004). No Brasil, a seleção das ICSAP foi feita com base na Lista Brasileira de ICSAP (ANEXO A), publicada pelo Ministério da Saúde, através da Portaria Nº MS/GM no 221, de 17 de abril de 2008, composta por 19 grupos de causas, com 74 diagnósticos classificados de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças – CID10 (BRASIL, 2008).

A justificativa para o indicador é que o atendimento ambulatorial de qualidade a determinados agravos à saúde pode diminuir o risco de hospitalização. As CSAP são os problemas de saúde que com ações específicas da atenção primária podem modificar a sua ocorrência ou evolução por meio da prevenção, diagnóstico e do tratamento precoce (PAZÓ et al., 2014).

As taxas de hospitalização, segundo diagnóstico, são importantes indicadores da qualidade de vida e da resolubilidade ambulatorial, e servem para monitorar o alcance daquelas metas preconizadas pelo Pacto pela Saúde (redução da mortalidade infantil). Estudos que utilizam esses indicadores têm possibilitado o incremento de ações e políticas públicas capazes de reduzir esse evento traumático para a criança e sua família (CAETANO et al., 2002).

Segundo Caldeira et al. (2011) a proporção de internações pediátricas consideradas evitáveis, de acordo com a lista oficial do Ministério da Saúde, foi

semelhante àquela observada em estudos realizados em outros países, embora esses percentuais variem de acordo com a idade, com a população avaliada ou com a lista de referência para as CSAP. Assim, o uso deste indicador pode ajudar a identificar as áreas prioritárias de intervenção na APS, colocando em evidência problemas de saúde que necessitam de melhor avaliação e acompanhamento entre os diferentes níveis assistenciais.

Assim, o uso deste indicador, de maneira prudente, pode ajudar a identificar as áreas prioritárias de intervenção na atenção primária, colocando em evidência problemas de saúde que necessitam de melhor avaliação e acompanhamento entre os níveis assistenciais.

### 2.3 INFLUÊNCIA DOS DETERMINANTES SOCIAIS NA SAÚDE DA CRIANÇA

OMS define a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afeções e enfermidades” considerando, desta forma, não apenas os determinantes biológicos da saúde, mas também o processo saúde-doença como resultado do binômio corpo-mente e de sua interação com o meio ambiente (BADZIAK; MOURA, 2010).

O processo saúde-doença é uma expressão usada para fazer referência a todos os fatores que envolvam a saúde e a doença, e os determinantes sociais são importantes elementos que irão permitir que a saúde seja alcançada ou não e estão diretamente relacionadas as políticas sociais, necessitando, portanto, a intersetorialidade na capacidade de estímulo e manutenção da promoção da saúde e de qualidade de vida dos indivíduos (CARVALHO, 2013).

O binômio saúde-doença deve ser compreendido como um processo biopsicossocial. O homem sendo um ser social necessita se relacionar com o outro e, desta forma, o lugar onde se encontra vai influenciar no seu estilo de vida e interferir diretamente na sua saúde. O reconhecimento da determinação social das doenças exige novas maneiras de enfrentar os problemas de saúde, reforçando,

assim, a necessidade de desenvolver ações voltadas para a erradicação das causas sociais das doenças, ou seja, a resolutividade das múltiplas expressões da questão social (OLIVEIRA; SANTO, 2013).

E isto se fortalece no fato de que a condição de saúde de uma população está fortemente associada ao padrão de desigualdades existentes na sociedade, tendo em vista que as desigualdades sociais no acesso e utilização de serviços de saúde são expressão direta das características do sistema de saúde (TRAVASSOS; CASTRO, 2008).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são:

[..] os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. Os determinantes sociais da saúde estão relacionados, ainda, às condições onde o indivíduo vive e trabalha, isto é, as condições onde as pessoas vivem, crescem, se desenvolvem e morrem, influenciando todas as dimensões do processo de saúde, tanto individualmente quanto na comunidade na qual está inserido (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

No texto *Compromisso com a Ação* (PELLEGRINI FILHO, 2006) é relatado que grande parcela da população brasileira ainda sofre de problemas geradores de importantes iniquidades de saúde como o desemprego, a falta de acesso à moradia digna, ao sistema de saneamento básico, a serviços de saúde e educação de qualidade e um meio ambiente protegido.

Deve-se compreender que quando se fala de determinação social da saúde, amplia-se o conceito saúde, isto é, não restrito apenas ao aspecto biológico (corpo físico) ou a simples ausência de doença, mas a concepção de saúde enquanto qualidade de vida que busca relacionar a saúde com fatores como o trabalho (FLEURY, 2009), a moradia e a educação e, conseqüentemente, o contexto social em que os indivíduos são inseridos, sua posição social e as relações daí decorrentes, influenciando nos diferentes riscos de adoecer e morrer (PRATA, 1994; REIS, 2004-2005).

Analisa-se, inicialmente, o papel da família para a saúde da criança, pois a mesma necessita que alguém cuide dela para sua sobrevivência, e é na família que terá o carinho, amor, alimentação, educação e o cuidado necessário para sua subsistência. Quanto maior for a capacidade da família em cuidar bem de uma criança, maior será também o potencial de saúde (REIS, 2004-2005).

Outro determinante é o local em que essa criança vive, pois é onde fica a maior parte do tempo, influenciando em sua qualidade de vida. Em sua maioria são moradias improvisadas, sem ventilação, úmidas e com mofo, sem saneamento básico, sem água tratada, enfim, um local precário, tornando o ambiente desfavorável à saúde e influenciando no processo saúde-doença (VETTORE; LAMARCA, 2011).

A escolaridade dos pais ou representantes legais apresenta-se, também, como influenciadora na saúde da criança, uma vez que, o nível de instrução e conhecimento dos mesmos facilitará ou não um cuidado mais adequado (SUCUPIRA et al., 2014).

Outro fator relevante é o aspecto cultural da família, que seria o modo de ser e de agir das pessoas e que estará presente na maneira de cuidar da criança (REIS, 2005), por exemplo, pais que têm o costume de colocar pó de café no umbigo do recém-nascido para *curar o umbigo* podem colocar em risco a saúde deste bebê, desencadeando tétano neonatal. Logo, esses saberes adquiridos por um indivíduo ou grupo social podem interferir no processo saúde-doença.

Segundo Barros et al. (2010) crianças de famílias de baixa renda e com menor acesso à alimentação saudável, são mais suscetíveis à exposição a agentes patogênicos; uma vez expostas, têm um risco aumentado de adoecer devido à sua menor resistência e menor cobertura de medidas preventivas.

O Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI) tem influência determinante nas possibilidades subsequentes de vida e saúde, através do desenvolvimento de conhecimentos, da educação e oportunidades profissionais. De forma direta, a primeira infância é afetada pelos riscos de obesidade, má nutrição, transtornos

mentais, doenças cardiovasculares e criminalidade. As crianças necessitam de ambientes seguros, saudáveis, acolhedores, educativos e dinâmicos para viverem e se desenvolverem plenamente (CARVALHO, 2013).

O relatório da CNDSS indica que, apesar de alguns avanços na cobertura das políticas públicas ao longo dos anos, ainda persistem fortes desigualdades econômicas e sociais no país, com reflexos negativos nas condições de vida de crianças (VETTORE; LAMARCA, 2011) e destaca o grupo etário menor de cinco anos como o mais vulnerável aos DSS. Estas desigualdades configuram um quadro de iniquidade, por serem evitáveis e injustas, impedindo que as crianças atinjam seu potencial de saúde, crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2008).

Diante do exposto, percebe-se que os DSS influenciam, direta ou indiretamente, a saúde da criança, inviabilizando que as mesmas atinjam seu potencial de crescimento e desenvolvimento. Como a criança é um ser em desenvolvimento, ela precisa ter saúde como um instrumento para atingir suas potencialidades físicas e mentais plenas. Refletir a saúde da criança, em seus diversos aspectos, é uma tarefa não só complexa, mas de grande relevância biopsicossocial.

#### 2.4 HISTÓRIA DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E A SAÚDE DA CRIANÇA

Podemos compreender as políticas públicas como um conjunto de decisões e ações propostas pelo Estado em uma determinada área e, segundo Meksenas (2002), a história da formação cultural e econômica do Brasil é marcada pela quase inexistência de políticas públicas.

Desde o período Brasil colônia, o Estado brasileiro não estava preocupado com a instituição de políticas em benefício da sociedade, e sim em explorar as riquezas do território (FAORO, 1985) com o objetivo de promover o crescimento econômico, acelerando o processo de industrialização (BACELAR, 2003). Neste período, competia a igreja católica cuidar do social cuidando dos órfãos, viúvas, das coletas e da distribuição de esmolas (MEKSENAS, 2002). Neste cenário, a

evolução histórica das políticas de saúde relaciona-se diretamente à evolução político-social e econômica da sociedade brasileira (BACELAR, 2003).

Como o Brasil não dispunha de nenhum modelo ou qualquer política voltada à saúde da população até a instalação do império, a atenção à saúde ficava limitada aos recursos disponíveis da terra, como as plantas e ervas, e eram os curandeiros que detinham as habilidades na arte de cura (BERTOLLI FILHO, 1996). Somente no período entre o fim da monarquia e o início da república velha ocorreram ações mais concretas de políticas públicas de saúde, mudando dessa forma as práticas utilizadas até então (POLIGNANO, 2006). Mas essas ações foram realizadas somente nos momentos de epidemias ou endemias, quando apresentavam repercussão econômica ou social, por exemplo, na presença de doenças como varíola, malária e febre amarela (POLIGNANO, 2006).

Segundo Júnior e Júnior (2006) o Estado passou a interceder no setor saúde, mesmo que de forma insuficiente, após a segunda guerra mundial. A política de saúde existente na época se baseava em ações voltadas à saúde pública e tinha por objetivo elaborar condições sanitárias mínimas para as populações urbanas, não eliminando, portanto, o quadro de doenças infecciosas e parasitárias, nem reduzindo as taxas de morbimortalidade infantil e adulta elevadas à época.

As políticas públicas de saúde vêm ganhando importância nas últimas décadas, principalmente após a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) (CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP, 2015). O SUS, enquanto política de saúde pública vigente no Brasil, é o responsável pela gestão de bens e serviços que influenciam a saúde humana, representando uma resposta social de uma organização diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes (PAIM; TEIXEIRA, 2006).

A partir da Constituição Federal de 1988, as políticas de saúde adquiriram um novo formato, estabelecendo-se como direito universal, antes restrito ao trabalhador, e passa a abranger a totalidade da população brasileira. Outra alteração observada é a forma de financiamento da saúde, que antes era responsabilidade da União, e após a criação do SUS passa a contar com a



participação dos estados e municípios. O conceito de saúde foi ampliado e vinculado às políticas sociais e econômicas e a assistência concebida de forma integral (CIELO; SCHMIDT; WENNINGKAMP, 2015).

Ao longo do tempo, a infância não era valorizada, nem pela família e nem pelo Estado, como etapa do ciclo vital com necessidades e peculiares, sendo as crianças tratadas da mesma forma que os adultos, não considerando a perspectiva do crescimento e desenvolvimento infantil (ARIÈS, 1986). O seu reconhecimento enquanto ser biopsicossocial, assim como seus direitos como cidadão, transcorreram gradativamente e de acordo com as transformações ocorridas na assistência à saúde deste grupo (ARAÚJO et al., 2014).

O período do Brasil Colônia foi marcado por muita desumanidade, pois as crianças eram consideradas instrumento de trabalho para as famílias, quando não eram abandonadas em hospitais ou casas de caridade por motivos diversos como a extrema pobreza, o nascimento de filho sem casamento, abandono de filhos de escravas para que essas pudessem ser mães de leite para os filhos das famílias de elite e adoecimento ou morte dos pais. Elas viviam também em condições sanitárias precárias, colaborando para o processo de adoecimento (ARIÈS, 1986) e contribuindo para os altos índices de mortalidade infantil, em torno de 70,0% naquela época (MARCILIO, 1988; RIBEIRO, 2006).

Somente após a conscientização da sociedade e dos serviços públicos da necessidade de se responsabilizar pela situação da criança, que foi iniciado o trabalho efetivo na elaboração de políticas públicas e investimento na saúde materno infantil, focadas na criança e na família, alterando, desta forma, o índice de mortalidade infantil (ARAÚJO et al., 2014).

Na década de 1920 iniciaram-se as discussões sobre a prática do aleitamento materno, devido à preocupação das autoridades públicas e privadas com o aumento das faltas entre as trabalhadoras da indústria acarretadas pelo adoecimento infantil. O estímulo ao aleitamento materno teria como objetivo reduzir o adoecimento das crianças para que suas mães diminuíssem as faltas ao trabalho e cumprissem a jornada de trabalho (PEREZ; PASSONE, 2010).

Entre 1930 e 1940, surgem os programas de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, todos submetidos às propostas do Departamento Nacional da Criança (DNCr). Este departamento tinha por objetivo o Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização (BRASIL, 2011). As ações instituídas à saúde da criança apresentaram apenas caráter curativo e individualizado, com o objetivo de normatizar o atendimento ao binômio mãe-filho e combater a mortalidade infantil.

Em 1970 foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil que tinha como finalidade o planejamento, orientação, coordenação, controle e fiscalização das ações de proteção à maternidade, infância e adolescência (BRASIL, 2011). Nesse período os índices de mortalidade infantil encontravam-se altos, pois alcançavam números preocupantes chegando a 120,7/1000 nascidos vivos, sendo que a criança era assistida apenas em questões pontuais decorrentes das condições agudas de saúde (ARAÚJO, 2014).

Com o propósito de reduzir a morbidade e mortalidade da mulher e da criança foi criado, em 1975, o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, que tinha por objetivo ampliar e melhorar a qualidade das ações direcionadas à mulher durante a gestação, o parto e o puerpério e à criança menor de cinco anos (BRASIL, 2011). Não foi observada mudança no índice de mortalidade infantil neste período, pois se contabilizava 113/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2014).

Em 1976, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil passou a chamar-se Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI). Vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, a DINSAMI se tornou o órgão responsável, no nível central, pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente (BRASIL, 2011). Já nas décadas de 1980 e 1990, mediante a Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas Municipais e, posteriormente, as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, ocorreram muitas conquistas no âmbito da saúde, que contribuíram para o planejamento das mudanças no modelo de saúde brasileiro (PEREZ; PASSONE, 2010).

Visando modificar a assistência à saúde da criança no Brasil, com foco no cuidado integral, em meados de 1980, identificou-se como necessidade o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças (SILVA, 2006) e por este motivo, foi criando o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), ambicionando melhorar as condições de saúde da mulher e da criança, promovendo a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Por muito tempo a saúde da criança era interligada a saúde materna, quando em 1984, foi implantado no Brasil o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) como estratégia de enfrentamento às adversidades nas condições de saúde da população pediátrica, especificamente no que se refere à sua sobrevivência, priorizando crianças pertencentes a grupos de maior vulnerabilidade (FRIAS; MULLACHERY; GIUGLIANI, 2008).

Neste período, foram estabelecidas algumas ações básicas para o atendimento das crianças, em especial, o incentivo ao aleitamento materno e orientação familiar sobre a alimentação em situação de desmame; controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas (IRA); imunização, prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações; assistência ao recém-nascido; e acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil (BRASIL, 2011).

Adicionalmente, foi aprovada em 13 de julho de 1990 a Lei nº 8.069 que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a partir da qual os mesmos conquistam os direitos de proteção da integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, comunidade e Estado (PEREZ; PASSONE, 2010).

Em 1991 foi implantado o Programa de Agentes Comunitários (PACS) e, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente foi ampliado para uma estratégia de governo denominada Estratégia Saúde da Família (ESF) reestruturando, assim, os serviços de saúde de cada município e modificando o modelo hegemônico centrado na medicalização para o modelo focado na

promoção da saúde e na participação comunitária, assumindo o vínculo entre uma equipe de saúde interdisciplinar e sua população (MENDES, 2012).

No ano de 1991, foi fundado o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP) que tinha como proposta a organização da assistência perinatal com melhora na qualidade da assistência ao parto, instituindo, também, o alojamento conjunto e incentivando o aleitamento materno (COSTA et al., 2010). O Ministério da Saúde lançou, em 1995, a iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) (BRASIL, 2011) com a finalidade de garantir o direito da criança à assistência humanizada e incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno e, conseqüentemente, reduzir a mortalidade infantil (ARAÚJO et al., 2014).

No Brasil, em 1996, a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), desenvolvida inicialmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF), foi adaptada às características epidemiológicas das crianças como uma nova abordagem da atenção à saúde na infância e tem por finalidade promover redução na mortalidade infantil (BRASIL, 2002). A AIDPI resultou em um declínio importante da mortalidade nos estados do norte e nordeste brasileiro, entretanto, tais estados ainda permaneciam com índices elevados quando comparados aos demais estados do país (BRASIL, 2009).

Desde o início da década de 1990, a mortalidade neonatal passou a ser o principal componente da mortalidade infantil (cerca de 40,0%) em função, principalmente, do grande número de nascimentos prematuros e de baixo peso (LANSKY et al., 2002). E por esta razão, o Ministério da Saúde lançou pela Portaria Ministerial nº 693 de 5 de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso – o Método Canguru. Esta proposta do cuidado facilitou o contato maior da mãe com seus filhos e com melhores resultados na sua recuperação (BRASIL, 2011).

Foi instituído no ano 2000, o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, por meio da Portaria nº 569/2000, garantindo o acesso das gestantes à assistência à saúde no período pré-natal, parto e puerpério e neonatal,

possibilitando, assim, a integralidade da assistência (COSTA et al., 2010). O Brasil, em setembro de 2000, assumiu internacionalmente a meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em reduzir dois terços da mortalidade infantil até o ano de 2015, ou seja, apresentar em 2015 um índice de mortalidade de 15,9/1000 nascidos vivos (BRASIL, 2012).

Diante da necessidade da construção do cuidado integral na assistência à saúde da criança, articulando os três níveis de atenção à saúde, o Ministério da Saúde lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que tinha como diretrizes ações para fortalecer o nascimento saudável, o crescimento e desenvolvimento, o combate a distúrbios nutricionais e às doenças prevalentes na infância (SILVA et al., 2009).

A Rede Amamenta Brasil, lançada em 2008, propunha a atuação e educação crítico-reflexiva dos profissionais de saúde, abrangendo Unidades Básicas de Saúde (UBS), focado na ESF (BRASIL, 2008) e, em 2009, estabeleceu a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis (Portaria Ministerial nº 2.395/2009) com o objetivo de construir novas ofertas de cuidados humanizados à saúde das crianças e mães, na perspectiva do vínculo, crescimento e desenvolvimento integral da criança de zero a cinco anos (BRASIL, 2009). Ainda, como estratégia para estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País (BRASIL, 2010), foi implantada em junho de 2011 a Rede Cegonha (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011), promovendo assistência à saúde de maneira humanizada, contínua, integral, de qualidade e responsável.

A mortalidade infantil continua em queda no Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a mortalidade de crianças menores de um ano representava 28,0% do total de óbitos no País, e nos menores de cinco anos 35,6% em 1974. A pesquisa “Estatísticas do Registro Civil 2015” (resultado da coleta de informações prestadas por cartórios de registro civil de pessoas naturais, varas de família, foros ou varas cíveis e os tabelionatos de notas) do IBGE, aponta que as mortes de crianças menores de um ano de idade passaram de 4,0% do total de óbitos registrados em 2005 para 2,5% em 2015; e na faixa etária até cinco anos, esse percentual caiu de 4,8% para 3,0% dos óbitos.

O IBGE atribui o declínio da mortalidade infantil ao aumento da escolaridade materna, à elevação do percentual de domicílios com saneamento básico adequado (esgotamento sanitário, água potável e coleta de lixo), e maior acesso da população aos serviços de saúde, o que proporcionou melhoria da qualidade do atendimento pré-natal e durante os primeiros anos de vida da criança.

Diante do exposto, a criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, apesar das dificuldades de operacionalização, representou, enquanto política pública, um grande avanço na área da saúde, possibilitando aos cidadãos acesso ao atendimento público de saúde. Por fim, observa-se que a implantação de diversas políticas públicas voltadas à saúde da criança, teve como reflexo a redução da mortalidade infantil, mudanças de paradigmas com a construção de modelos de assistência à saúde em formato de redes, em prol da integralidade do cuidado, de acordo com as reais necessidades deste grupo populacional.

### 3 OBJETIVOS

O presente estudo tem os objetivos descritos a seguir, que visam contribuir para a realização da pesquisa.

#### 3.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

Descrever as políticas de saúde da criança, identificando as causas de internações por condições sensíveis à atenção primária e a influência dos determinantes sociais da saúde em crianças menores de cinco anos de idade.

#### 3.2 OBJETIVO SECUNDÁRIO

- 1) Resgatar a evolução histórica das políticas públicas e o caminho percorrido até a instituição da política de atenção à saúde da criança;
- 2) Identificar o perfil epidemiológico das internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de cinco anos de idade;
- 3) Conhecer os fatores demográficos e socioeconômicos na ocorrência das internações por condições sensíveis à atenção primária;
- 4) Caracterizar os DSS em crianças menores de cinco anos.

## 4 MÉTODO

Apresentamos neste item o roteiro metodológico, que consistiu em verificar o objeto proposto, detalhando as principais etapas, caracterização do local da pesquisa e população do estudo, delineamento do estudo e casuística, variáveis, estratégia de coleta dos dados e análise, bem como os aspectos éticos.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DA PESQUISA

Estudo realizado em Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil, situado na Região Sul do Estado. Sua população é de 210.235 habitantes, sendo o quinto Município mais populoso do ES. Possui 11 Distritos, um sede e dez rurais (FIGURA 1); e um Índice de Desenvolvimento Humano de 0,746 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Figura 1- Mapa de Cachoeiro de Itapemirim, seus distritos e municípios vizinhos



**Fonte:** Prefeitura de Cachoeiro de Itapemirim, ES, Brasil (2017).



A Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) é a responsável por oferecer e gerenciar os serviços básicos de saúde que são prestados no município. Possui 44 equipes de Saúde da Família com uma cobertura populacional de 73,34% (BRASIL, 2015a).

O local de realização da pesquisa foi o Hospital Infantil Francisco de Assis (HIFA), instituição de direito privado, de caráter filantrópico, fundada em 30 de novembro de 1969. O HIFA possui Programa de Residência Médica, constituindo-se referência em Pediatria na Macrorregião Sul do Estado do ES.

#### 4.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO E CASUÍSTICA

Trata-se de estudo epidemiológico, observacional, com coleta de dados prospectivo e transversal, com amostra probabilística de crianças menores de cinco anos de idade, de ambos os sexos, internadas no HIFA no período de 01 de outubro de 2016 a 30 de julho de 2017, que atenderam aos critérios da Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (ANEXO A).

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado para amostragem aleatória simples, considerando uma margem de erro de 3,0%, nível de confiança de 95,0%, e prevalência de 60,0% de ICSAP, perfazendo um total de 512 crianças menores de cinco anos de idade.

#### 4.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas crianças hospitalizadas na faixa etária menor de cinco anos, de ambos os sexos, e que atenderam aos critérios da Lista Brasileira de ICSAP (ANEXO A). Foram excluídas as crianças que moravam em abrigo e não possibilitarem a coleta das variáveis, maiores de cinco anos de idade e familiares que não tinham certeza em relação as informações coletadas na entrevista.

#### 4.4 COLETA DOS DADOS

Foram coletados dados dos pacientes durante sua internação na Enfermaria Clínica do HIFA, por equipe de pesquisa previamente treinada, através de instrumento de avaliação (APÊNDICE B), contendo perguntas abertas e fechadas, respondido pelos pais e/ou responsáveis legais da criança.

O instrumento de avaliação contemplava dados relativos à idade, sexo, socioeconômicos (escolaridade materna, renda familiar, local de residência, tipo de moradia, número de pessoas no domicílio, dentre outros), antropométricos (peso e estatura), variáveis clínicas (data da internação e da alta hospitalar, diagnóstico da internação, exames laboratoriais, dentre outras), além da frequência na creche e identificação do cuidador da criança (APÊNDICE B).

##### **4.4.1 Pesquisadores**

Os dados foram coletados por residentes do Programa de Residência Médica do HIFA, capacitados e aptos a executarem todas as etapas do estudo, sempre coordenados pela pesquisadora responsável (mestranda) que participou ativamente de todas as etapas do estudo. Ainda, foram realizadas reuniões periódicas com a equipe objetivando melhorar a qualidade dos dados coletados.

##### **4.4.2 Variáveis do estudo**

Dados retirados do prontuário da criança:

- Idade: será calculada pela diferença entre a data da avaliação e a data de nascimento.

- Data da internação: obtida no momento da internação hospitalar e registrada no prontuário.
- Data da alta: obtida no momento da alta hospitalar e registrada no prontuário.
- Sexo: masculino ou feminino.
- Local de residência: identificação do município e/ou bairro de procedência.

Dados obtidos pela entrevista com pais ou responsável:

- Tipo de moradia: própria ou alugada.
- Escolaridade Materna (avaliada por anos de estudo): analfabeto (sem grau de instrução), primeiro grau (ensino fundamental 1º ao 9º ano), segundo grau (ensino médio 1º ao 3º ano), ensino superior (faculdade).
- Renda Mensal Familiar (salário mínimo): ano de 2017 R\$ 937,00 lei nº 13.142/2015 (equivale a \$ 302,25; cotado em 01 de maio de 2017).
- Cuidadora: responsável pelo cuidado da criança no domicílio.
- Número de moradores no domicílio: número de pessoas (e suas respectivas idades) que residem no mesmo domicílio.
- Diagnóstico de internação: diagnóstico médico da internação registrado no prontuário.
- Data e hora de início da doença no domicílio: para determinar em que momento os sinais e sintomas da doença apareceram. Para facilitar, direcionou-se os horários para momentos específicos do dia: ao acordar, antes do lanche da manhã, no almoço ou logo após, no final da tarde, no jantar, ao deitar, de madrugada.

#### 4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados no software Microsoft® Office Excel 2016 e analisados no software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versão

23. As variáveis categóricas foram apresentadas como frequências absolutas e relativas e as variáveis quantitativas foram descritas em média e desvio-padrão ou mediana e amplitude.

#### 4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS

O estudo está em consonância com a Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012) e suas complementares, e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da EMESCAM (Protocolo CAAE nº 58486416.7.0000.5065). Os dados foram coletados após aprovação do projeto de pesquisa pelo CEP/EMESCAM e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pais e/ou representantes legais da criança (APÊNDICE A).

## 5 RESULTADOS

No período do estudo foram internadas 1643 crianças, destas 710 internações foram por ICSAP. Os resultados serão detalhados a seguir, através dos dados da revisão bibliográfica e demográfica das famílias avaliadas no estudo.

### 5.1 HOSPITALIZAÇÕES POR CONDIÇÕES EVITÁVEIS EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Para subsidiar o referencial sobre as ICSAP fez-se uma revisão integrativa da literatura, no período de junho a dezembro de 2015, nas bases de dados MEDLINE/PUBMED (Literatura Internacional em Ciências da Saúde), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e na biblioteca eletrônica SCIELO (Scientific Electronic Library Online). A pesquisa incluiu artigos publicados entre 1999 e 2015, nos idiomas português, inglês e espanhol, utilizando os descritores: Hospitalização, Criança, Atenção Primária à Saúde e Indicadores de Qualidade em Assistência à saúde.

Foram adotados como critérios de exclusão dos artigos: 1) Faixa etária superior a cinco anos de idade; 2) Estudos que não abordavam, simultaneamente, pelo menos quatro condições de saúde contidas na Lista Brasileira de ICSAP (Portaria SAS/MS nº 221, de 17 de abril de 2008). As principais conclusões da pesquisa bibliográfica estão descritas no Quadro 1.

Identificados 222 artigos nas bases de dados, contudo, 206 foram excluídos após revisão por títulos, leitura dos resumos ou por estarem duplicados. Assim, foram incluídos 16 artigos, sendo 14 (87,5%) originais e 2 (12,5%) de revisão, publicados nas bases MEDLINE/PUBMED (18,75%), LILACS (50%) e na biblioteca eletrônica SCIELO (31,25%). A busca das referências a partir dos 16 artigos analisados resultou na inclusão de três novos trabalhos (Tabela 1).

As seguintes estratégias de busca foram aplicadas:

- MEDLINE/PUBMED: primary health care AND hospitalization AND health care system AND Brazil AND children;
- LILACS: Hospitalização AND Criança AND Atenção Primária à Saúde;
- SCIELO: Hospitalização AND Criança AND Atenção Primária à Saúde.

Tabela 1 – Distribuição dos manuscritos nas bases de dados MEDLINE/PUBMED, LILACS e SCIELO\*, no período de 1999 a 2015

Base de Dados				
Tipo de Manuscrito	MEDLINE/PUBMED	LILACS	SCIELO	TOTAL
Original	3	8	6	<b>17</b>
Revisão	0	0	2	<b>2</b>

\*scielo = biblioteca eletrônica

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 1 - Síntese dos manuscritos que versam sobre ICSAP em menores de cinco anos, nas bases de dados MEDLINE/PUBMED, LILACS e SCIELO\*, no período de 1999 a 2015

(continua)

Autor/Ano	Objetivo	Tipo de estudo	Conclusão
Alfradique et al., (2009)	Descrever o processo de construção e validação de uma lista de internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) para o Brasil	Revisão de literatura.	Este trabalho orienta o uso e o aperfeiçoamento da análise das ICSAP e que os resultados possam contribuir para melhorar a qualidade e acesso à atenção primária no Brasil.
Barreto; Nery; Costa (2012)	Identificar mudanças no perfil de morbidade hospitalar e discutir sua relação com a expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no estado.	Trata-se de um estudo quantitativo de abordagem ecológica, na sua primeira parte, e transversal, no segundo momento.	No período de 2000 a 2010, a frequência e as taxas de internações em menores de 5 anos foram reduzidas, porém, a proporção de hospitalizações nos principais grupos de causas se manteve ou aumentou, ao longo da década analisada. Em 2010, 60% das internações em menores de 5 anos foram por causas sensíveis à atenção primária, em especial gastroenterites infecciosas, infecções respiratórias e asma.

Quadro 1 - Síntese dos manuscritos que versam sobre ICSAP em menores de cinco anos, nas bases de dados MEDLINE/PUBMED, LILACS e SCIELO\*, no período de 1999 a 2015

(continuação)

Butler et al., (2013)	Analisar e descrever as variações da área em ICSAP e explorar a relação da ICSAP e as desvantagens socioeconômicas.	Análise comparativa da criança Exclusão social (CSE) e o índice de pontuação composta de Privação (CSD) Esta é uma análise de dados secundários transversal.	Esta pesquisa tem implicações importantes para o planejamento de serviços de atenção primária à saúde, uma vez que estes resultados confirmam que nem todas as áreas são as mesmas em termos de resultados de saúde, e pode haver benefício na adaptação de mecanismos para identificar áreas de necessidade, dependendo do resultado que destina-se a ser afetada.
Caetano et al., (2002)	Caracterizar a morbidade hospitalar e identificar os fatores associados à hospitalização de crianças menores de cinco anos.	Estudo transversal.	As doenças respiratórias representaram as principais causas de internação hospitalar no grupo etário menor de cinco anos e a pneumonia foi a primeira responsável por essa ocorrência. Entre os fatores associados a essas internações estão: elevada densidade domiciliar; crianças cuidadas pela avó; óbito de irmãos menores de cinco anos e baixo peso ao nascer.
Carvalho et al., (2015)	Avaliar a evolução das taxas de ICSAP levando em consideração mudanças no PSF, a cobertura e outros fatores.	Estudo ecológico de abordagem longitudinal.	A maior cobertura do ESF teve efeito protetor contra ICSAP. A diminuição de ICSAP indicou melhoria na situação de saúde e pode estar associada à consolidação da ESF.
Ceccon; Meneghel; Vecili (2014)	Avaliar a relação entre as ICSAP e a cobertura populacional de ESF nas Unidades da Federação brasileira na última década.	Estudo ecológico que investigou as hospitalizações evitáveis e a cobertura da atenção básica no Brasil.	No período estudado houve relação entre a ampliação da cobertura de ESF e a diminuição das internações por CSAP no País.
Deininger et al., (2015)	Analisar a produção científica sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.	Revisão integrativa.	O indicador ICSAP possui potencial para avaliar a efetividade dos serviços de Atenção Primária e amparar a tomada de decisão em saúde; contudo, possui suas limitações nas fontes de alimentação dos bancos de dados que estão sujeitas a falhas e subnotificações

Quadro 1 - Síntese dos manuscritos que versam sobre ICSAP em menores de cinco anos, nas bases de dados MEDLINE/PUBMED, LILACS e SCIELO\*, no período de 1999 a 2015

(continuação)

Mafra (2011)	Avaliar de que modo a expansão da atenção básica em saúde têm afetado as taxas de ICSAP, a duração das internações e os recursos públicos envolvidos	Estudo ecológico.	Os resultados obtidos contribuem para um melhor entendimento dos efeitos que a atenção básica pode gerar sobre a saúde da população.
Melo et al., (2014)	Caracterizar o perfil ICSAP e seus respectivos gastos, em crianças de 0 a 4 anos de idade.	Estudo descritivo e analítico, com dados retrospectivos e secundários.	Houve crescimento das ICSAP em crianças de 0 a 4 anos residentes em Guarulhos. A fragilidade na prevenção e tratamento oportuno de doenças sensíveis à APS no SUS engloba uma perspectiva que extrapola o setor saúde.
Nedel et al., (2008)	Estimar a probabilidade do diagnóstico de CSAP em pacientes hospitalizados pelo Sistema Único de Saúde.	Estudo transversal.	As ICSAP permitem identificar grupos carentes de atenção à saúde adequada. Embora o estudo não permita inferências sobre o risco de internação, as análises por sexo e modelo de atenção sugerem que o ESF é mais resolutivo que a atenção básica tradicional.
Oliveira; Costa; Mathias (2012)	Caracterizar o perfil da morbidade hospitalar, segundo idade e diagnóstico principal de internação, de crianças menores de cinco anos.	Estudo descritivo, exploratório	Este estudo traz dados condizentes aos encontrados na literatura, em relação às causas de hospitalização, sendo as doenças do aparelho respiratório, infecciosas e parasitárias e afecções originadas no período perinatal as causas mais frequentes de adoecimento e de demanda aos serviços de saúde para crianças com até cinco anos de idade, nos países em desenvolvimento.
Paixão, Pereira, Figueiredo (2013)	Analisar em que medida o coeficiente de incidência das ICSAP é influenciada pelo percentual de cobertura da ESF	Estudo ecológico de corte transversal	O aumento da cobertura da Estratégia Saúde da Família resultou em redução das taxas de internações por condições sensíveis a Atenção Primária por gastroenterites infecciosas e doenças respiratórias em menores de cinco anos de idade.



Quadro 1 - Síntese dos manuscritos que versam sobre ICSAP em menores de cinco anos, nas bases de dados MEDLINE/PUBMED, LILACS e SCIELO\*, no período de 1999 a 2015

(continuação)

Pazó et al. (2014)	Investigar a associação entre a organização dos serviços de saúde e as taxas de ICSAP após ajuste para variáveis socioeconômicas e demográficas no contexto dos municípios do Espírito Santo, Brasil.	Estudo ecológico	Este estudo permitiu uma reflexão geral sobre o uso do indicador ICSAP e não encontrou relação das ICSAP com a cobertura da ESF e do PACS. Por outro lado, na análise multivariável, observou-se que o percentual de urbanização, de analfabetismo e de leitos do SUS ofertados esteve positivamente associado ao risco de internações sensíveis. Enquanto a cobertura de planos de saúde e a proporção de pardos e negros associaram-se negativamente às internações sensíveis
Prezotto; Chaves; Mathias (2015)	Analisar o perfil das ICSAP, segundo grupo etário, diagnóstico principal de internação	Estudo de séries temporais do tipo ecológico.	As pneumonias bacterianas, gastroenterites e infecções do rim e trato urinário foram condições sensíveis mais frequentes. Foi identificado acréscimo nas taxas de ICSAP em todos os grupos etários na faixa de zero a cinco anos, com aumento mais evidente em crianças menores de um ano.
Santos et al., (2015)	Caracterizar as hospitalizações de crianças menores de cinco anos por CSAP.	Estudo descritivo	A maior parte das hospitalizações por CSAP foi de crianças com idade de um a quatro anos e do sexo masculino. As principais causas foram pneumonias bacterianas e outras doenças pulmonares, gastroenterites infecciosas e complicações.
Silva et al., (1999)	Caracterizar os fatores de risco para hospitalização infantil	inquérito domiciliar transversal, em amostra aleatória	A maioria das hospitalizações ocorreu por causas evitáveis ou sensíveis à atenção ambulatorial, em especial, por pneumonia e diarreia. Crianças de famílias mais pobres, com menor renda familiar, apresentaram riscos maiores de serem hospitalizadas.

Quadro 1 - Síntese dos manuscritos que versam sobre ICSAP em menores de cinco anos, nas bases de dados MEDLINE/PUBMED, LILACS e SCIELO\*, no período de 1999 a 2015

(conclusão)

Souza (2013)	Estudar o perfil regional das hospitalizações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária à saúde.	Estudo descritivo	O estudo das internações pediátricas possivelmente evitáveis pela assistência oportuna e efetiva evidenciou a importância do monitoramento da atenção primária quanto às ações direcionadas à população infantil, visto sua maior vulnerabilidade. Revelou o predomínio de hospitalizações de crianças do sexo masculino, provenientes da zona urbana e com idade inferior a cinco anos.
--------------	---	-------------------	--

\*SCIELO = biblioteca eletrônica; ICSAP = Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária; CSAP = Condições Sensíveis à Atenção Primária; ESP = Estratégia Saúde da Família; SUS = Sistema Único de Saúde; APS = Atenção Primária à Saúde; PACS = Programa de Agentes Comunitários.

Fonte: Elaborado pela autora.

Esta revisão permitiu uma análise sobre as hospitalizações de crianças menores de cinco anos através da utilização do indicador ICSAP, demonstrando que as internações pediátricas por causas evitáveis ainda permanecem altas (alguns trabalhos reportam índice que varia de 32,6% a 60,0%), principalmente entre menores de um ano; sendo as doenças do aparelho respiratório, gastroenterites e infecção do trato urinário as causas mais frequentes de internações.

Entre os fatores associados as ICSAP estão elevada densidade domiciliar, crianças cuidadas pela avó, óbito de irmãos menores de cinco anos, baixo peso ao nascer, baixa renda familiar, escolaridade materna, exposição ao fumo, frio e umidade, ser do sexo masculino e o acesso ao serviço de saúde. Ainda, destaca-se a importância da consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF) na melhoria da situação de saúde em alguns municípios brasileiros e como a maior cobertura da ESF resultou em efeito protetor das ICSAP em nível ambulatorial.

O estudo da efetividade da atenção básica em saúde é de grande importância devido ao papel primordial que representa na estruturação do acesso a todos os serviços de saúde no Brasil, justificando, assim, a necessidade de planejar ações

que garantam a acessibilidade aos serviços do primeiro nível de atenção, com atendimento resolutivo das necessidades singulares de cada criança em sua faixa etária, visando prevenir a hospitalização infantil.

## 52 CARACTERIZAÇÃO DOS DADOS DEMOGRÁFICOS E SOCIAIS DAS FAMÍLIAS AVALIADAS NO ESTUDO

No período do estudo foram internadas 1643 crianças, destas 710 internações foram por ICSAP, sendo excluídas 28 em função de: serem moradoras de abrigo e não possibilitarem a coleta das variáveis (12); maiores de cinco anos (4); familiares não tinham certeza em relação as informações (12). Portanto, foram avaliados no estudo 682 crianças.

Das crianças avaliadas, 352 (51,6%) masculinos, com média de idade de  $19,6 \pm 15,6$  meses, a grande maioria 555 (81,4%) são cuidados pela mãe, não frequentam creche 425 (62,3%), e aqueles que frequentam a creche ficam em período integral 174 (25,5%). A média de crianças menores de cinco anos no domicílio era de  $1,4 \pm 0,7$  e a média do número de pessoas convivendo no mesmo domicílio foi de  $4,4 \pm 1,5$ .

Quanto à escolaridade materna, 341 (50,0%) possuem o ensino médio completo ou incompleto. Em relação aos dados sociais, o tipo de moradia em mais da metade dos casos era próprio, a média da renda familiar foi de  $1543,8 \pm 1425,5$  reais. Os dados demográficos e sociais estão detalhados na Tabela 2.

Tabela 2 - Dados demográficos e sociais dos pacientes avaliados na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682)  
(continua)

Variável	Frequência (%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	352 (51,6%)
Feminino	123 (40,0%)

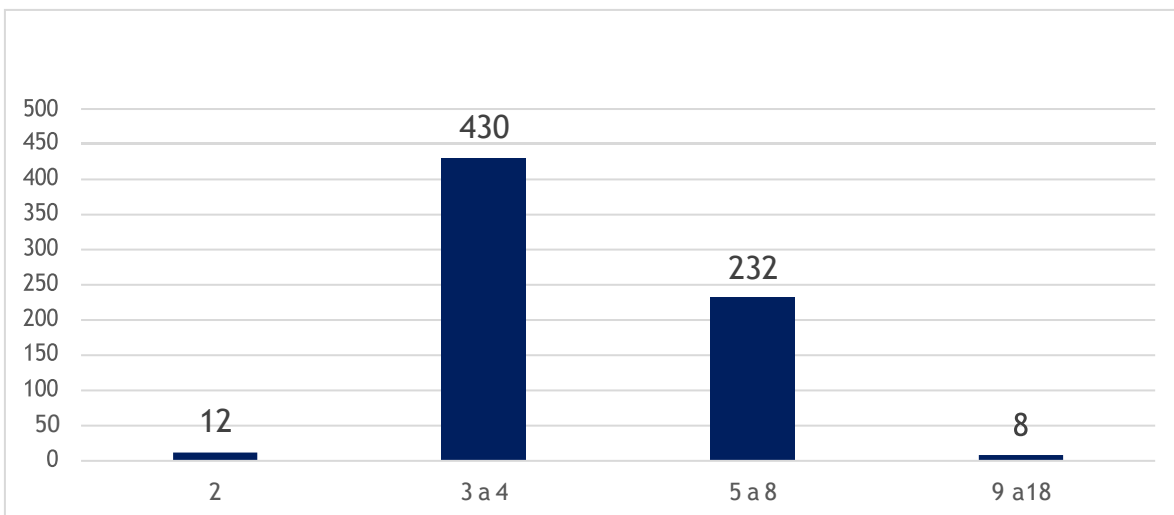
Tabela 2 - Dados demográficos e sociais dos pacientes avaliados na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682) ..... (conclusão)

<b>Idade (meses)</b>	
0 – 12	288 (42,3%)
13 – 24	183 (26,8%)
25 – 60	211 (30,9%)
<b>Moradia</b>	
<b>Própria</b>	468 (68,7%)
Alugada	202 (29,6%)
Cedida	11 (1,6%)
Abrigo*	1 (0,1%)
<b>Escolaridade materna</b>	
Analfabeta	9 (1,3%)
Fundamental	280 (41,1%)
Médio	341 (50,0%)
Superior	52 (7,6%)
<b>Cuidador (a)</b>	
Mãe	555 (81,4%)
Avó	83 (12,2%)
Babá	19 (2,8%)
Bisavó	3 (0,4%)
Pai	7 (1,0%)
Tia	13 (1,9%)
Prima	2 (0,3%)
<b>Creche</b>	
Frequentam	257 (37,7%)
Não frequentam	425 (62,3%)
<b>Período na creche</b>	
Matutino	40 (5,9%)
Vespertino	40 (5,9%)
Integral	174 (25,5%)
Não frequenta	428 (62,7%)
<b>Renda</b>	
Sem renda	8 (1,2%)
Menor que um salário	127 (18,6%)
Entre um e dois salários	377 (55,3%)
Entre dois e três salários	95 (13,9%)
Maior que três salários	75 (11,0%)

\*Abrigo: foi incluída esta criança de abrigo pois as informações foram completas.

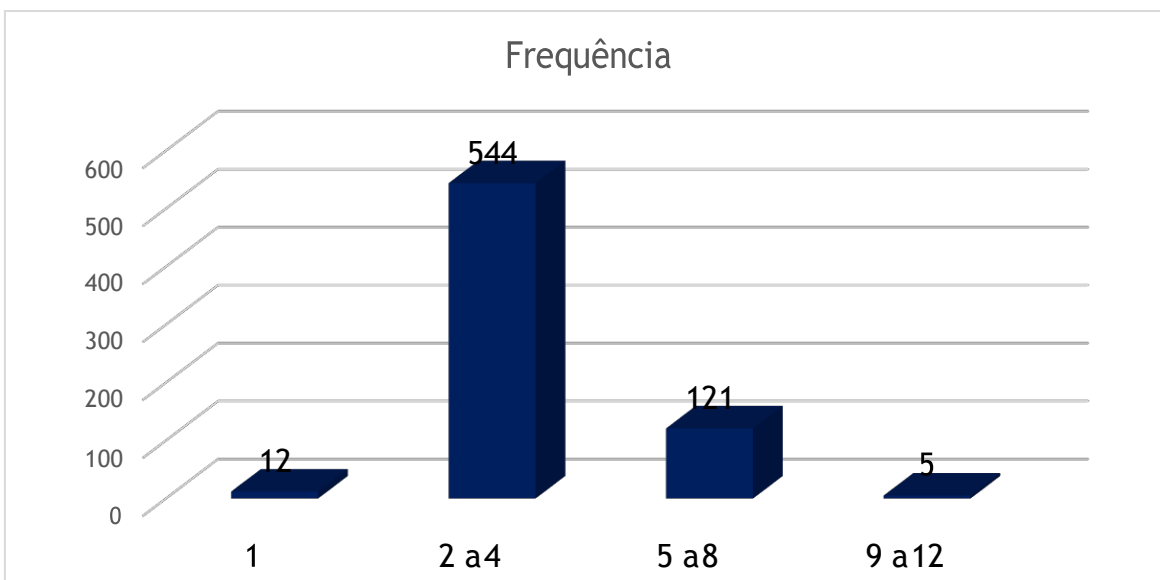
Fonte: Elaborada pela autora.

Gráfico 1 - Idade dos moradores, por domicílio, das famílias das crianças menores de cinco anos, internadas na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, ES, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682)



Fonte: Elaborada pela autora.

Gráfico 2 – Idade das crianças internadas por ICSAP na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, ES, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682)



Fonte: Elaborada pela autora.

A maioria dos avaliados era moradores de Cachoeiro de Itapemirim 484 (71,0%), sendo o bairro Zumbi (4,8%) mais frequente nas internações. Os demais bairros estão descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Bairros de procedência dos pacientes avaliados na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, ES, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682)  
(continua)

<b>Bairro</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual</b>
Bairros de outros Municípios	199	29,2
Abelardo Machado	3	0,4
Aeroporto	14	2,1
Agostinho Simonato	6	0,9
Alto Amarelo	14	2,1
Bela Vista	10	1,5
Outros bairros	23	3,4
Alto Monte Cristo	3	0,4
Alto Novo Parque	6	0,9
Alto União	16	2,3
Amaral	7	1,0
Amarelo	5	0,7
Aquidabã	13	1,9
Baiminas	10	1,5
Basílio Pimenta	3	0,4
BNH	3	0,4
Boa Vista	5	0,7
Caiçara	6	0,9
Campo Leopoldina	7	1,0
Centro	4	0,6
Coramara	11	1,6
Coronel Borges	5	0,7
Elpidio Volpini	4	0,6
Gilson Caroni	21	3,1
IBC	24	3,5
Ibitiquara	6	0,9
Marbrasa	8	1,2
Monte Líbano	4	0,6
Nossa Senhora Aparecida	10	1,5
Nossa Senhora da Penha	4	0,6
São Geraldo	4	0,6
Nova Brasília	3	0,4
Novo Parque	30	4,4
Otto Marins	5	0,7
Paraiso	3	0,4

Tabela 3 – Bairros de procedência dos pacientes avaliados na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, ES, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682) (conclusão)

Recanto	6	0,9
Ruben Braga	16	2,3
Safra	8	1,2
Santa Helena	9	1,3
São Geraldo	6	0,9
São Lucas	3	0,4
São Luiz Gonzaga	13	1,9
União	7	1,0
Vila Rica	11	1,6
Village da Luz	24	3,5
Zumbi	33	4,8
Distritos	47	6,9
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 4 – Municípios de procedência dos pacientes avaliados na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, ES, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682) (n=682)

<b>Município</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
Cachoeiro de Itapemirim	484	71,0
Marataízes	24	3,5
Outros	23	3,4
Vargem Alta	22	3,2
Atílio Vivacqua	18	2,6
Castelo	15	2,2
Itapemirim	15	2,2
Muqui	14	2,1
Presidente Kenedy	12	1,8
Alegre	11	1,6
Jerônimo Monteiro	10	1,5
Rio Novo do Sul	10	1,5
Guaçuí	7	1,0
Muniz Freire	5	0,7
Piúma	5	0,7
Ibitirama	4	0,6
Anchieta	3	0,4
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pela autora

Das 682 crianças internadas, somente 1 não passou por consulta prévia. As demais, foram atendidas no pronto atendimento infantil (502/73,6%) e em outros locais, conforme indicado na Tabela 5.

Tabela 5 – Local de atendimento das consultas pediátricas, de crianças internadas na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682)

<b>Município</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
Pronto Atendimento Infantil	502	73,6
Pronto Socorro	133	19,5
Ambulatório	3	0,4
Consultório	8	1,2
Unidade Básica De Saúde	33	4,8
Farmacêutico	3	0,4
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Elaborada pela autora.

Foram indicadas internações imediatas para 372 (54,5%) e as demais (310/45,5%), foram medicadas e orientadas com retorno para casa, sendo necessária a internação posterior. O tempo médio de espera para a internação foi de 04:0±02:43 horas. O tempo de início da medicação depois da consulta médica foi de 5,2±2,5 horas, e ocorreu 171 (25,1%) de retornos dessas consultas. Algumas crianças necessitaram de vários retornos ao pronto atendimento antes da internação (Tabela 6). O tempo de início da medicação depois da consulta médica foi de 5,2±2,5 horas, e ocorreu 171 (25,1%) de retornos dessas consultas.

Tabela 6 – Número de retornos prévios à internação dos avaliados na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=682)

<b>Número de retornos</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
1	171	25,1
2	91	13,3
3	37	5,4
4	9	1,3
5	2	,3
Internação	372	54,5
<b>Total</b>	<b>682</b>	<b>100%</b>

Fonte: Elaborada pela autora.



Os diagnósticos clínicos de internação envolveram principalmente as doenças do aparelho respiratório, gastrointestinal e trato urinário. Diagnósticos como a anemia não foram causa primária de internação, mas secundária a outras doenças. Alguns pacientes tiveram mais de um diagnóstico à internação, justificando o aparecimento de 1089 casos (Tabela 7).

Tabela 7 – Diagnóstico das internações por causas evitáveis na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, ES, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=1089\*)  
(continua)

<b>Diagnóstico de internação</b>	<b>Frequência</b>	<b>Percentual (%)</b>
Bronquite	147	13,5
Gastroenterite	122	11,2
Anemia	115	10,6
Pneumonia	105	9,6
Bronquiolite	100	9,2
Asma	69	6,3
Infecção do Trato Urinário	69	6,3
IVAS	48	4,4
Desidratação	37	3,4
Otite Média Aguda	36	3,3
Abscessos	32	2,9
Celulite	27	2,5
Refluxo Gastresofágico	19	1,7
Amigdalite	16	1,5
Laringite	14	1,3
Piodermite	12	1,1
Gengivoestomatite	11	1,0
Linfadenite	11	1,0
Epilepsia	9	0,8
Sinusite	9	0,8
Laringotraqueobronquite	7	0,6
Rinosinusite	7	0,6
Monilíase Oral	7	0,6
Convulsão	7	0,6
Diarreia	7	0,6
Desnutrição	6	0,6
Cardiopatía Congênita	4	0,4
Varicela	3	0,3
Faringite	3	0,3

Tabela 7 – Diagnóstico das internações por causas evitáveis na Enfermaria de Pediatria do Hospital Infantil Francisco de Assis, Cachoeiro de Itapemirim, ES, entre outubro de 2016 a julho de 2017 (n=1089\*)  
(conclusão)

Urticária	3	0,3
Diabetes	3	0,3
Derrame Pleural	2	0,2
Doença Exantemática	2	0,2
Febre à Esclarecer	2	0,2
Atelectasia	2	0,2
Síndrome De Down	2	0,2
Paralisia Cerebral	2	0,2
Epididimite	1	0,1
Dor Abdominal	1	0,1
Mastoidite	1	0,1
Dengue	1	0,1
Síndrome Nefrítica	1	0,1
Torcicolo	1	0,1
Ascaridíase	1	0,1
Balanopostite	1	0,1
Hiperglicemia	1	0,1
Caxumba	1	0,1
Escabiose	1	0,1
Conjuntivite	1	0,1
<b>Total</b>	<b>1089</b>	<b>100,0</b>

\*o n=1089 se justifica pelo fato de a mesma criança ter recebido mais de um diagnóstico à internação.

Fonte: Elaborada pela autora.

## 6 DISCUSSÃO

Neste estudo, foram avaliadas as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) em menores de cinco anos de idade. Segundo o modelo de Dahlgren e Whitehead (2006), em sua base, estão os seres humanos com suas características individuais que influenciam o modo de viver e adoecer. Assim, o estudo confirmou que entre os menores de cinco anos de idade (<12 meses/42,3%), por serem os mais vulneráveis às doenças e suas complicações, foram os mais acometidos (OLIVEIRA; COSTA; MATHIAS, 2012; PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2014; SANTOS et al., 2015; PAZÓ et al., 2017). As maiores taxas de ICSAP foram observadas entre as crianças, na faixa etária de 0 a 4 anos (PAZÓ et al., 2017).

Houve predomínio de internações de pacientes do sexo masculino (51,6%) e os dados da literatura corroboram este achado (SILVA et al., 1999; SOUSA, 2013; SANTOS et al., 2015).

Vários são os fatores de risco associados à hospitalização de crianças menores de cinco anos, destacando-se a escolaridade materna que, neste estudo, evidenciou o predomínio do ensino médio; embora foram identificadas em pequeno percentual chefes de família (mães) analfabetas (1,3%) responsáveis pelo cuidado de crianças menores. Segundo Sucupira et al. (2014), a escolaridade é um fator determinante do modo de inserção no mercado de trabalho e, conseqüentemente, dos níveis de salário e condições de vida.

O baixo nível de escolaridade materna pode contribuir para a não identificação de doenças e de sua gravidade, bem como dificultar o entendimento e o cumprimento de orientações prestadas pela equipe de saúde e pode contribuir para aumentar as ICSAP.

A maioria dos entrevistados morava em casa própria ou de familiares. Morar em casa de familiares propicia o maior aglomerar de pessoas, e neste trabalho a média de convivência foi de  $4,4 \pm 1,5$ , incluindo crianças menores de cinco anos vivendo

em um mesmo domicílio. Na Visão de Caetano et al. (2002), esse fato contribui para maior adoecimento destas crianças e maior risco para internação.

Mais de 80,0% das crianças eram cuidadas pelas mães, mas nem sempre esse cuidado pode ser dispensado por elas, pois existe a necessidade de trabalharem fora de casa. Nesses casos, a avó (12,2%) aparece como única alternativa pelos cuidados aos netos, o que pode representar maior vulnerabilidade para a criança com aumento do risco de internação (CAETANO et al., 2002).

Relativamente à frequência à creche, a maioria (62,3%) não a frequentou; entre as que tiveram acesso, 25,5% ficaram por período integral. A literatura menciona que frequentar creche é fator de risco associado a morbidade e internação hospitalar por Infecções Respiratórias Agudas (CAETANO et al., 2002).

As condições socioeconômicas aparecem como fator de risco para adoecer nas camadas mais pobres da sociedade (DAHLGREN; WHITEHEAD, 2006). Nestas condições, estão os baixos níveis de renda, que neste estudo foi de R\$1.543,8± R\$1425,5. Houve informação de ausência de rendimento em 1,2% dos casos, mas isto pode ser justificado pelo trabalho informal ou participação de redes sociais e comunitárias no auxílio a estas famílias (SUCUPIRA et al, 2014).

Ainda, a importância da desigualdade de renda e da coesão social, como determinantes de saúde, tem como reflexo do capital social as redes de relações entre grupos formais e informais como igreja, esporte e outras organizações fraternais de ajuda mútua e estão fortemente relacionadas a melhor da qualidade de vida e de saúde interferindo, por consequência, no processo saúde-doença (KAWACHI; KENNEDY, 1997).

Para o combate às iniquidades em saúde, entre grupos ou indivíduos, devem ser observadas as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como resultado de um conjunto de fatores determinantes e condicionantes como transporte, lazer, acesso aos serviços essenciais, trabalho, renda, dentre outros. Deve-se, também, observar como as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde, determinando novas maneiras de enfrentamento dos problemas de

saúde e desenvolvendo ações voltadas para as múltiplas expressões da questão social (OLIVEIRA; SANTO, 2013).

Além disso, em mais de 90,0% dos casos, houve procura pelo serviço de Pronto Atendimento (PA) e Pronto Socorro (PS), mesmo em horários de funcionamento normal de ambulatórios e das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que é considerado a porta de entrada desses pacientes. Isso pode ser justificado pela facilidade e disponibilidade de acesso aos serviços de PA e PS, e pela ausência de rigidez de horário, facilitando, desta forma, o atendimento a quem trabalha durante o dia (SUCUPIRA et al., 2014).

No percurso da pré-internação, 45,5% das crianças atendidas foram medicadas e liberadas, indicando baixo risco naquele momento. Ocorreram vários retornos a estes serviços, antes da internação, mostrando a importância do seguimento ambulatorial para melhor avaliação da evolução da doença; considerando que o atendimento no serviço de urgência e de emergência não permite o acompanhamento pelo mesmo médico, prejudicando o seguimento do paciente e possibilitando maior risco de avaliação inadequada, com agravamento do quadro clínico e maior risco de hospitalização (NEDEL et al., 2008).

Este estudo fornece dados que estão de acordo com os encontrados na literatura em relação as causas de hospitalização, sendo as doenças do aparelho respiratório as causas mais frequentes de adoecimento e de demandas aos serviços públicos de saúde, seguidas do aparelho gastrointestinal e do trato urinário (OLIVEIRA et al., 2010; BARRETO; NERY; COSTA, 2012; SOUSA, 2013; PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015; SANTOS et al., 2015).

Pesquisa realizada na Bahia mostrou que as hospitalizações por causas respiratórias, como as apontadas no presente estudo, podem estar associadas à cobertura dos serviços da atenção primária à saúde (PAIXÃO; PEREIRA; FIGUEIREDO, 2013).

Neste estudo, identificou-se um maior número de hospitalizações em apenas seis grupos dos 19 grupos da Lista Brasileira ICSAP, que são: pneumonias bacterianas, asma, gastroenterite infecciosa, infecção do rim e do trato urinário,

anemia, infecção de ouvido, nariz e garganta e infecção de pele e tecido subcutâneo demonstrando as singularidades e especificidades da faixa etária infantil (ALFRADIQUE et al., 2009).

Em conclusão, 43,2% das internações foram atribuídas as ICSAP e as causas mais frequentes foram doenças respiratórias e gastrintestinais.

## 7 CONCLUSÃO

Neste estudo analisamos as taxas de ICSAP em crianças menores de cinco anos, um indicador que avalia a qualidade da assistência e a efetividade dos cuidados prestados na Atenção Básica e observamos que, no período estudado, 43,2 % das internações foram atribuídas a ICSAP, taxa considerada alta pela literatura, sendo as doenças respiratórias (51,1%) e gastrintestinais (14,4%) as mais frequentes.

Os resultados encontrados permitem refletir sobre a maneira como os serviços públicos de saúde podem se organizar para implementar a integralidade na atenção à saúde para esse grupo etário, com foco na atenção primária, priorizando a prevenção dos agravos preveníveis à saúde da criança.

## REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M. E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP – Brasil). **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p.1337-49, jun. 2009.

ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, Brasília. 67, n. 6, p. 1000-7, nov./dez. 2014.

ARIÈS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1986.

BACELAR, T. As políticas públicas no Brasil: heranças, tendências e desafios. In: SANTOS JÚNIOR, O. A. (Org.). **Políticas públicas e gestão local**. Rio de Janeiro: FASE, 2003.

BADZIAK, R. P. F.; MOURA, V. E. V. Determinantes sociais da saúde: um conceito para efetivação do direito à saúde. **Rev Saúde Pública**, Florianópolis, Santa Catarina, v. 3, n. 1, p. 69-79, jan./jun. 2010.

BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia saúde da família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro. v. 28, n.3, p. 515-26, mar. 2012.

BARROS, et al. Iniquidades sociais na saúde e nutrição de crianças em países de renda baixa e média. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 1-16, fev. 2010.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BRASIL. **Lei n. 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, 2015. (Série legislação; n. 175).

\_\_\_\_\_. Portaria n. 221, de 17 de abril de 2008. Define a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial da União**, Brasília DF, 18 abr. 2008. Seção 1, p.70.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Seção 1, n. 149, p.37.

\_\_\_\_\_. Portaria no. 2.395, de 7 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o comitê técnico- consultivo para



a sua implementação. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 out 2009; Seção 1.

\_\_\_\_\_. Portaria no 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série A Normas e Manuais Técnicos).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação**. 2. ed. rev. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Atenção primária e promoção da saúde: para entender a gestão do SUS**. Brasília, DF: CONASS; 2011.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Cobertura da saúde da família nos municípios, MS**. 2015a. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php)>. Acesso em: 15 out. 2017.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde).

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. Determinantes sociais da saúde. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p.1772-3, set. 2006.

\_\_\_\_\_. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 77-93, mar. 2007.

BUTLER, D. C. et al. Social exclusion, deprivation and child health: a spatial analysis of ambulatory care sensitive conditions in children aged 0-4 years in Victoria, Australia. **Soc Sci Med**, Oxford, v. 94, p. 9-16, Oct. 2013.

CAETANO, J. R. M. et al. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 36 n. 3, p. 285-91, 2002.

CALDEIRA, A. P. et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev Bras.de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 1, p. 61-71, jan./mar. 2011.

CAMINAL, J. et al. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. **Eur J Public Health**, Oxford, v. 14, n. 3, p. 246-51, Sep. 2004.

CARVALHO, S. C. et al. Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à atenção primária à saúde em Pernambuco, Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p.744-54, abr. 2015.

CARVALHO, A. I. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. In FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030**: prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2013. v. 2, p. 19-38,

CECCON, R. F. MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da saúde da família no Brasil: um estudo ecológico. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 17. n. 4, p.968-977, out./dez. 2014.

CIELO, I. D; SCHMIDT, C. M.; WENNINGKAMP, K.R. Políticas Públicas de saúde no Brasil: uma avaliação do idsus no estado do Paraná (2011). **DRd Desenv Regional Deb**, Santa Catarina, v. 5, n. 1, p. 211-30, jan./jun. 2015.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

COSTA, R. et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Hist Enferm Rev Eletronica**, Brasília, DF, v. 1, n. 1, p. 55-68, 2010.

DEININGER, L. S. C. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: revisão Integrativa. **Rev Enferm UFPE**, Recife, v. 9, n.1, p. 228-36, jan. 2015.

FAORO, R. **Os donos do poder**: formação do patronato político brasileiro. São Paulo: Globo, 1985.

FERREIRA, J. B. B. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, DF, v. 23, n. 1, p.45-56, jan./mar. 2014.

FLEURY, P.T. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-7, set./dez. 2009.

FRIAS, P. G.; MULLACHERY, P. H.; GIUGLIANI, E. R. J. Políticas de saúde direcionadas às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: Saúde Brasil 2008: 20 anos de sistema único de Saúde (SUS) no Brasil [Internet]. 2008. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/saúde\\_brasil\\_2008.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicações/saúde_brasil_2008.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em:<<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 29 out. 2017.

KAWACHI, I.; KENNEDY, B. P. Health and Social Cohesion: why care about income inequality. **BMJ**, London, v. 314, n. 7086, p. 1037-40, Apr. 1997.

MAFRA, F. **O Impacto da atenção básica em saúde em indicadores de internação hospitalar no Brasil**. 2010.129 f. Tese (Mestrado em Regulação e Gestão de Negócios) - Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação (FACE), Universidade de Brasília-UnB, Brasília, DF, 2010.

MARCÍLIO, M. L. **História social da criança abandonada**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MEKSENAS, P. **Cidadania, poder e comunicação**. São Paulo: Cortez, 2002.

MELO, M. D. et al. **Gastos com internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças de 0 a 4 anos: uma análise descritiva**. (2014). Disponível em: < [http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/avaliacao\\_trabalho\\_09\\_gastos\\_com\\_internacoes\\_por\\_condicoes\\_sensiveis\\_a\\_atencao\\_primaria\\_em\\_crianças\\_de\\_0\\_a\\_4\\_anos\\_uma\\_analise\\_descr.pdf](http://abresbrasil.org.br/sites/default/files/avaliacao_trabalho_09_gastos_com_internacoes_por_condicoes_sensiveis_a_atencao_primaria_em_crianças_de_0_a_4_anos_uma_analise_descr.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2016.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-305. 2010.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.

NEDEL, F. B. et al. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, DF, v. 42, n. 1, p.61-75, jan./mar. 2010.

NEDEL, F. B. et al. Programa saúde da família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.6, p. 1041-52, dez. 2008.

OLINTO et al. Determinantes da Desnutrição Infantil em uma População de Baixa Renda: um Modelo de Análise Hierarquizado. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p.514- 527. 1993.

OLIVEIRA, M. T. A. et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Rev Bras Epidemiol**. São Paulo, v.13, n.2, p. 268-77, jun. 2010.

OLIVEIRA, M. J. I.; SANTO, E. E. A relação entre os determinantes sociais da saúde e a questão social. **Cad Saúde e Desenvol**, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 7-24, jan./jun. 2013.

OLIVEIRA, R. R.; COSTA, J. R.; MATHIAS, T. A. F. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. **Rev Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, jan./fev. 2012.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 40, n. especial, p. 73-8, 2006.

PAIXÃO, E. S.; PEREIRA, A. P. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. A. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em menores de cinco anos. **Rev Eletrônica Gestão Saúde**, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 2089-108, 2013.

PAZÓ, R. G. et al. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1891-902, set. 2014.

PAZÓ, R. G. et. al. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil, 2000 a 2014. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-12, 2017.

PEREZ, J. R. D.; PASSONE, E. F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos adolescentes no Brasil. **Cad Pesquisa**, São Paulo, v. 40, n. 140, p. 649-73, maio/ago. 2010.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil**: uma pequena revisão. 2006. Disponível em: <[http://www.medicina.ufmg.br/dmps//saude\\_no\\_brasil.rtf](http://www.medicina.ufmg.br/dmps//saude_no_brasil.rtf)>. Acesso em: 10 out. 2017.

PRATA, P. R. Desenvolvimento econômico, desigualdade e saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p.387-91, jul./set. 1994.

CACHOEIRO DE ITAPEMERIM. PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRO DE ITAPEMERIM. **Censo rural**: dados estatísticos, mapas e gráficos. Disponível em: < <http://www.cachoeiro.es.gov.br/nap2/censo/tecnico/Cachoeiro%20-%20Divis%C3%A3o%20Geo-Pol%C3%ADtica.jpg>>. Acesso em: 10 out. 2017.

PREZOTTO, K. H.; CHAVES, M. M. N.; MATHIAS, T. A. F. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 44-53, nov. 2015.

REIS, R. S. A Influência dos determinantes sociais na saúde da criança. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 4/5, n. especial, p.17-42, jan./dez 2004, jan./dez. 2005.

RIBEIRO, P. R. M. História da saúde mental infantil: a criança brasileira da colônia à república velha. **Psicol Estud**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 29-38, jan./abr. 2006.

SANTOS, I. L. F. et al. Hospitalização de crianças por condições sensíveis à atenção primária. **Cogitare Enfermagem**, Cuiabá, v. 20, n. 1, p.171-9, jan./mar. 2015.

SILVA, A. A. M. et al. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 749-57, out./dez.1999.

SILVA, A. C. M. A. et.al. Perspectivas de médicos do programa saúde da família acerca das linhas de cuidado propostas pela agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 349-58, fev. 2009.

SILVA, M. A. Política de saúde para crianças: apontamentos para a atuação da enfermagem. In: Gaíva, M. A. M. **Saúde da criança e do adolescente: contribuições para o trabalho de enfermeiros (as)**. Cuiabá: Universidade Federal do Mato Grosso, 2006. p. 9-28.

SOUSA, A. L. D. G. C. **Hospitalizações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em uma região ampliada de saúde do sudeste do Brasil**. 2013. 76 f. Tese (Mestrado em saúde, Sociedade e Ambiente). Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG. 2013.

SOUZA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos do espelho do futuro**. Campinas, SP: Saberes, 2014.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. **Gac Sanit**, Barcelona, Supl 1, p. 20-6, mar. 2012.

SUCUPIRA, A. C. S. L. et al. Determinantes sociais da saúde de crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral, Ceará, Brasil. **Rev Bras Epidemiol**, São Paulo, v. 17, supl 2, p.160-77, 2014.

TRAVASSOS, C.; CASTRO, M. S. M. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: GIOVANELLA, L. et al. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 215-43.

VETTORE, M. V.; LAMARCA, G. A. **Determinantes sociais em saúde infantil: determinantes de uma boa saúde ou determinantes das iniquidades sociais?**. 2011. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/?p=1813&preview=true>>. Acesso em: 15 out. 2016.

WHITEHEAD, M.; DAHLGREN, G. **Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling up part 1**. Copenhagen: World Health Organization, 2006.

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O seu filho menor \_\_\_\_\_ e você estão sendo convidados para participar de uma pesquisa como voluntário. A sua participação consiste em permitir que as informações do seu filho, referentes aos dados da doença e os exames produzidos durante a internação e que sejam exclusivamente necessários para o atendimento durante a internação na enfermaria de pediatria, tais como a idade, sexo, o diagnóstico de internação, principais exames, para que sejam utilizados na pesquisa intitulada “**Política de Atenção à Saúde da Criança: os determinantes sociais no processo saúde-doença-Internação**”. Além disso, você será entrevistado. A entrevista será gravada e durará no máximo 30 minutos e se você concordar ela será feita no mesmo horário em que daremos as informações diariamente, referente a saúde do seu filho. O estudo será feito pela Dra. Rosimeri Salotto Rocha, médica pediatra da enfermaria, onde seu filho está internado. O objetivo da pesquisa é investigar quais os motivos que fizeram o seu filho adoecer e por que ele precisou internar. Você não é obrigado a participar da pesquisa e caso você não deseje participar o seu filho será receberá o mesmo tratamento e não terá nenhum prejuízo em seu tratamento, durante o período de sua internação. Mesmo depois que você concordar em participar da pesquisa você poderá se retirar dela a qualquer momento, bastando para isto, apenas dizer que não quer mais participar, sem dar nenhuma explicação. Os riscos de participar são mínimos e se referem ao sigilo na identificação dos participantes, sendo garantido o sigilo, a confidencialidade das informações recebidas e o anonimato dos participantes. A pesquisa não vai trazer benefícios para você ou para o seu filho. Mas, mesmo assim, se você quiser participar é necessário que você assine o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE), em duas vias que também será assinada pela Dra. Rosimeri Salotto Rocha (pesquisadora) e uma via ficará com você e a outra com a pesquisadora. Você não pagará e nem receberá nenhum dinheiro para participar do estudo. Mais uma vez garantimos o sigilo absoluto na pesquisa, pois o seu nome e nem o nome do seu filho, ou qualquer outra forma de identificação nunca serão divulgados. Se tiver alguma dúvida você poderá procurar pedir esclarecimento com a Dra. Rosimeri Salotto Rocha, na Enfermaria de Pediatria, onde o seu filho está internado, no horário de 07 às 13 horas ou pelo telefone da enfermaria (28 2101-5656). Você poderá também entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, que avaliou este trabalho no telefone (27)33343586 ou no e-mail comite.etica@emescam.br ou no endereço Comitê de Ética em Pesquisa - Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza - Vitória - ES - 29045-402.

### TERMO DE CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, autorizo a participação no estudo referido. Fui devidamente informado e esclarecido pelos pesquisadores sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes da participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer prejuízo. Cachoeiro de Itapemirim, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante de Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Dra. Rosimeri Salotto Rocha (Pesquisadora)

**APÊNDICE B - Instrumento de avaliação**

1. Nome da criança: \_\_\_\_\_
2. Data: Nascimento \_\_\_\_\_ Internação \_\_\_\_\_ alta \_\_\_\_\_ 3.
- Sexo: (1) masculino (2) feminino
4. Escolaridade Materna: \_\_\_\_\_
- 5- Moradia: \_\_\_\_\_
- 6- Renda Mensal Familiar \_\_\_\_\_
- 7- Cuidadora: \_\_\_\_\_
- 8-Número de moradores no domicilio \_\_\_\_\_
9. Diagnóstico de internação: \_\_\_\_\_
10. Diagnóstico da alta \_\_\_\_\_
11. Data e hora de início da doença em casa: \_\_\_\_\_

**ANEXO A - Lista brasileira de internações por condições sensíveis à atenção primária**

<b>Diagnóstico CID 10</b>	<b>Códigos Seleccionados</b>
1. Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	A37; A36; A33 a A35; B26; B06; B05; A95; B16; G00.0; A17.0 A19; A15.0 a A15.3; A16.0 a A16.2, A15.4 a A15.9, A16.3 a A16.9, A17.1 a A17.9; A18; I00 a I02; A51 a A53; B50 a B54
2. Gastroenterites infecciosas e complicações	E86; A00 a A09
3. Anemia	D50
4. Deficiências nutricionais	E40 a E46; E50 a E64
5. Infecções de ouvido, nariz e garganta	H66; J00; J01; J02; J03; J06; J31
6. Pneumonias bacterianas	J13; J14; J15.3, J15.4; J15.8, J15.9; J18.1
7. Asma	J45, J46
8. Doenças pulmonares	J20, J21; J40; J41; J42; J43; J47; J44
9. Hipertensão	I10; I11
10. Angina	I20
11. Insuficiência cardíaca	I50; J81
12. Doenças cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13. Diabetes melitus	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1; E10.2 a E10.8, E11.2 a E11.8; E12.2 a E12.8; E13.2 a E13.8; E14.2 a E14.8; E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9
14. Epilepsias	G40, G41
15. Infecção no rim e trato urinário	N10; N11; N12; N30; N34; N39.0
16. Infecção da pele e tecido subcutâneo	A46; L01; L02; L03; L04; L08
17. Doença inflamatória órgãos pélvicos femininos	N70; N71; N72; N73; N75; N76
18. Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19. Doenças relacionadas ao pré-natal e parto	O23; A50; P35