

FACULDADE NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ - FACENE/RN

ÍTALO RENAN DANTAS DE BRITO

**CAUSAS DE INTERNAMENTO HOSPITALAR NO SUS DE CRIANÇAS DE 0 A  
5 ANOS**

MOSSORÓ/RN  
2018

ÍTALO RENAN DANTAS DE BRITO

**CAUSAS DE INTERNAMENTO HOSPITALAR NO SUS DE CRIANÇAS DE 0 A  
5 ANOS**

Monografia apresentado ao Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró (FACENE) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Esp. Isabela Goés Dos Santos Soares

MOSSORÓ/RN  
2018

B862c Brito, Ítalo Renan Dantas.

Causas de internamento hospitalar no SUS de crianças de 0 a 5 anos/ Ítalo Renan Dantas Brito.  
– Mossoró, 2018.  
49f.

Orientador: Prof. Esp. Isabela Góes dos Santos Soares

Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró.

1. Internamento hospitalar. 2. Saúde da criança. Enfermagem. I. Título. II. Soares, Isabela Goes dos Santos.

CDU 616-053.2

ÍTALO RENAN DANTAS DE BRITO

CAUSAS DE INTERNAMENTO HOSPITALAR NO SUS DE CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS

Monografia apresentado pelo aluno Ítalo Renan Dantas de Brito, do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN), tendo obtido conceito de aprovado, conforme apreciação da banca examinadora.

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

\_\_\_\_\_ Prof<sup>a</sup>. Esp. Isabela Goés dos Santos  
Soares Orientador

\_\_\_\_\_ Prof<sup>a</sup>. Dr. Fabíola Chaves  
Fontoura Membro

\_\_\_\_\_ Prof. Dr. Wesley Adson Costa  
Coelho Membro

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, e, para todas as pessoas que contribuíram para minha formação e conclusão desta graduação, pessoas essas que me apoiaram e acreditaram em meu potencial. Esta não trata-se de uma conquista individual, mas sim uma conquista coletiva.

## AGRADECIMENTOS

Primeiramente, Agradeço a Deus por ter me proporcionado chegar a este momento. Ter me fortalecido nos momentos que mais precisei e guiados para todas as decisões tomadas e honras alcançadas.

A minha mãe, Aurinete Dantas da Silva, que sempre esteve ao meu lado apoiando e incentivando para realização desta graduação, me fortalecendo para que em nenhum momento eu fraquejasse nessa jornada.

Aos meus familiares, em especial Francisco Arieliton de Melo, Diego Maikon da Silva e Aurineide Inácio da Silva, que mesmo distante me passaram confiança e apoio para realização e conclusão da faculdade.

A minha companheira e amiga, Carla Larisse Morais da Silva, que esteve presente desde antes do início da graduação, ajudando para escolha da graduação que hoje concluo, apoiando e incentivando todos os dias para participar de projetos de pesquisa e extensão, monitoria e atividades extracurriculares, contribuindo assim de forma significativa para minha formação pessoal e profissional, obrigado minha vidinha!

Aos amigos que sempre estiveram ao meu lado, e compartilharam momentos inesquecíveis durante esses quatro anos de graduação.

Por fim, aos professores ao qual tenho enorme respeito, carinho e admiração, agradeço eternamente pelo conhecimento repassado, em especial, a professora, orientadora e amiga Isabela Goés dos Santos Soares, pelos conselhos e críticas repassadas. Saiba que estas foram de enorme importância para a pessoa e profissional que hoje estou me tornando.

“A saúde depende mais das precauções do que dos médicos.”

Jacques Bénigne Bousset

## RESUMO

É notório que a estatística de mortalidade infantil de crianças menores de cinco anos vem aumentando no Brasil. Sendo assim, pesquisas devem ser realizadas no município de Mossoró para verificar as principais causas de internamento infantil de crianças de 0 a 5 anos, fornecendo assim indicadores para a saúde infantil. Diante desse contexto, objetivou-se analisar as principais causas de internamento hospitalar no Sistema Único de Saúde de crianças de 0 a 5 anos; caracterizar da população quanto aos dados socioeconômico e demográfico; identificar a quantidade de internações de crianças de 0 a 5 anos nos últimos 3 anos na cidade de Mossoró/RN; relacionar os fatores condicionantes a hospitalização dos infantes; compreender os fatores contribuintes para a internação de crianças de 0 a 5 anos de idade em clínicas pediátricas na cidade de Mossoró/RN. Tratou-se de uma pesquisa descritiva e documental de caráter longitudinal e retrospectiva com abordagem quantitativa. A população foi constituída por prontuários de crianças que foram internas na clínica pediátrica e que contemplem as principais causas de hospitalização de crianças de 0 a 5 anos no período de 2012 a 2017, por sua vez, a amostra descrita foi realizada de maneira aleatória simples, totalizando 100 prontuários no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia. O instrumento de coleta de dados deu-se por meio de formulário estruturado, que avaliou as principais causas de internamento de crianças de 0 a 5 anos. A coleta de dados foi realizada em sala fechada no hospital supracitado. Este projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa de João Pessoa – JP de acordo Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466 de dezembro de 2012, bem como a Resolução do COFEN n° 370/2017. Os resultados obtidos apontados pela pesquisa, referem que há uma proporção maior para o desenvolvimento de pneumonia quando comparadas a outras afecções clínicas. A pneumonia apresenta-se de forma mais frequente e intensa em crianças com até 3 anos de idade, mostrando 6,25 vezes mais possibilidade de desenvolver pneumonia do que crianças de 4 e 5 anos, em relação aos indivíduos entre 2 e 3 anos. Por sua vez, possuem 5,60 % mais de chances de adquirir pneumonia do que indivíduos de 4 a 5 anos. Pode-se concluir a partir dos dados expressos, que a pneumonia é a afecção clínica que causa maior quantidade de internamento hospitalar infantil de crianças de zero à cinco anos no município de Mossoró.

**Descritores:** Saúde da criança. Internação. Infância.

## ABSTRACT

It is notorious that the statistics on infant mortality of children under five years of age have been increasing in Brazil. Therefore, research should be carried out in the city of Mossoró to verify the main causes of hospitalization of children from 0 to 5 years, thus providing indicators for children's health. Given this context, the objective was to analyze the main causes of hospital admission in the Unified Health System of children from 0 to 5 years; to characterize the population regarding socioeconomic and demographic data; to identify the number of hospitalizations of children from 0 to 5 years in the last 3 years in the city of Mossoró / RN; to relate the conditioning factors to infant hospitalization; to understand the contributing factors for the hospitalization of children from 0 to 5 years of age in pediatric clinics in the city of Mossoró / RN. It was a descriptive and documentary research of longitudinal and retrospective character with quantitative approach. The population was composed of records of children who were interned in the pediatric clinic and who consider the main causes of hospitalization of children from 0 to 5 years in the period from 2012 to 2017, in turn, the sample described was performed in a simple random, totaling 100 medical records at the Regional Hospital Tarcísio de Vasconcelos Maia. The instrument of data collection was given through a structured form, which evaluated the main causes of hospitalization of children from 0 to 5 years. Data collection was performed in a closed room at the hospital mentioned above. This project was forwarded and approved by the Ethics and Research Committee of Joao Pessoa - JP according to Resolution of the National Health Council (CNS) 466 of December 2012, as well as the Resolution of COFEN nº 370/2017. The results obtained by the research indicate that there is a higher proportion for the development of pneumonia when compared to other clinical conditions. Pneumonia occurs more frequently and intensely in children up to 3 years of age, showing a 6.25-fold greater chance of developing pneumonia than children aged 4 and 5 years, compared to individuals between 2 and 3 years of age. In turn, they are 5.60% more likely to acquire pneumonia than individuals aged 4 to 5 years. It can be concluded from the data that pneumonia is the clinical condition that causes the greatest amount of hospital admission of children from zero to five years old in the city of Mossoró.

**Descriptors:** Child health, Internment, Childhood.

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1:** Valores de frequência simples e porcentagem dos indivíduos (n=100) nas diferentes variáveis ----- 32
- Tabela 2:** Valores de frequência simples e porcentagem dos indivíduos (n=100) nas diferentes variáveis. ----- 34
- Tabela 3:** Valores de frequência simples e porcentagem dos indivíduos (n=100) nas diferentes variáveis ----- 35
- Tabela 4:** Valores de frequência simples e porcentagem dos indivíduos (n=100) nas diferentes variáveis ----- 37
- Tabela 5:** Valores de frequência simples (%) da idade frente à pneumonia em crianças (n=100) que desenvolveram a patologia conforme as faixas etárias. ----- 38

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1:** Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano de 2016 e últimos nove anos precedentes. ----- 22
- Figura 2:** Número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados no ano de 2016 e últimos nove anos precedentes. ----- 23
- Figura 3:** Distribuição (%) dos indivíduos (n=100) investigados correlacionados com a idade. ----- 33

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ABS** – Atenção Básica de Saúde  
**ACS** – Agente Comunitário de Saúde  
**AL** – Alagoas  
**APS** – Atenção Primária de Saúde  
**BA** - Bahia  
**C e D** – Crescimento e Desenvolvimento  
**CE** – Ceara  
**CEP** – Comitê de Ética e Pesquisa  
**CNPJ** – Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica  
**CNS** – Conselho Nacional de Saúde  
**COFEN** – Conselho Federal de Enfermagem  
**CSC** – Caderneta de Saúde da Criança  
**DNCr** – Departamento Nacional da Criança  
**ECA** – Estatuto da Criança e do Adolescente  
**Esp.** – Especialista  
**FACENE/RN** – Faculdade Nova Esperança de Mossoró  
**HRTM** – Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos  
Maia **IHAC** – Iniciativa do Hospital Amigos da Criança  
**IRA** – Infecções Respiratórias Agudas  
**IST's** – Infecções Sexualmente Transmissíveis  
**ITU** – Infecção do Trato Urinário **JP** – João  
Pessoa  
**MA** – Maranhão  
**ME** – Ministério da Educação  
**MES** - Ministerio da Educação e Saúde  
**MS** – Ministério da Saúde  
**OMS** – Organização Mundial de Saúde  
**PA** – Paraíba  
**PACS** – Programa dos Agentes Comunitários de Saúde

**PAISC** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

**PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PAISMC** – Programa Assistencial Integral a Saúde da Mulher e da Criança

**PE** – Pernambuco

**PHPN** – Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

**PI** – Piauí

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica

**PNAISC** – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança

**PNSMI** – Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil **Prof<sup>ª</sup>** –  
Professora

**RN** – Rio Grande do Norte

**SE** – Sergipe

**SIM** – Sistema Informação sobre Mortalidade

**SINASC** – Sistema de Informação sobre Nascidos  
Vivos **SISNET** - Sistema de Controle de Envio de Lotes

**SN** – Sem Número

**Sr** – Senhor

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCE** – Trauma Crânio encefálico

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**TRO** – Terapia De Reidratação Oral **UF** – Unidade  
Federal

**UFMA** – Universidade Federal do Maranhão

**UNICEF** – Fundo das Nações Unidas para a  
Infância **UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>6</b>
1.1 PROBLEMATIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	15
1.2 HIPÓTESES.....	15
1.3 OBJETIVOS .....	15
1.3.1 OBJETIVO GERAL.....	15
1.3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	15
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>16</b>
2.1 RETROSPECTIVA HISTÓRICA: SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL 12	
2.2 SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL E NO MUNDO .....	19
2.2.1 SITUAÇÃO ATUAL DE SAÚDE DA CRIANÇA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE.....	23
2.3 MORBIDADE COMO INSTRUMENTO DE GESTÃO EM SAÚDE DA CRIANÇA ..	24
2.4 PRINCIPAIS CAUSAS PARA HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL.....	27
<b>3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS</b> .....	<b>29</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA .....	29
3.2 LOCAL DA PESQUISA.....	30
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	30
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	31
3.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	31
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	31
3.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	31
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>32</b>
<b>5. DISCUSSÕES DOS DADOS</b> .....	<b>38</b>
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>43</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>48</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>49</b>

## 1. INTRODUÇÃO

A infância constitui-se por um período de extrema importância e impacto social, pois nesta fase inicial é onde o indivíduo aprende a comporta-se de forma “civilizada” para atender aos critérios impostos pela sociedade. Apesar da pouca sabedoria, maturidade e entendimento, esta fase consiste na introdução da criança como pessoa na sociedade. Aos poucos, desde que começou a ser estudado, o conceito de criança se molda, pois na medida que o tempo e as características infantis se transformam, o conceito se molda deixando de ser considerados adultos em miniaturas para ser indivíduos com peculiaridades específicas para a fase infantil. (MARCHI; SARMENTO, 2017).

Observou-se então que a forma de tratamento entre o indivíduo adulto e a criança eram distintos, sendo a saúde de ambos bastante importante e essencial, compreendendo várias especificidades. A saúde deste cidadão não sendo apenas a ausência de doença, mas sim a investigação e o estudo sobre a forma como a criança foi gerada seguindo até pouco antes da adolescência. A partir disso, existe uma necessidade pela busca de melhorias na qualidade de vida dos indivíduos por serem seres mais suscetíveis a doenças. Tal fato justifica-se, pois esse público possui mais fragilidades no seu sistema imunológico, bem como não sabem identificar risco eminentes a sua saúde, pois seus aspectos globais de entendimento cognitivo e sensorial da realidade ainda estão em fase de desenvolvimento. Esse dado gera um risco para possíveis hospitalizações durante essa faixa etária nos serviços de saúde (ARAÚJO FILHO et al., 2017).

A saúde do mesmo é marcada por faixas, no qual possui a atenção primária em saúde, que está encarregada dos serviços básicos de prevenção, promoção e reabilitação da população, até os níveis de média e alta complexidade, denominado serviços ambulatorial e hospitalar. (MACEDO; MARTIN, 2014). Por sua vez, quando a necessidade de internação hospitalar pode ser por condições sensíveis à atenção primária, devido à falta de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil, vacinas, entre outras estratégias de prevenção a enfermidades, prevenindo assim diversos tipos de surtos ou agravos.

Porém, algumas enfermidades possuem etiologias que não são possíveis de serem tratadas nessa rede de atenção, por apresentarem um grau mais elevado de complexidade, sendo assim necessário ser encaminhado para o serviço ambulatorial e ou serviço terciário de saúde (SILVA; VERÍSSIMO; MAZZA, 2015)

Nas duas últimas décadas, o descenso da mortalidade infantil e das crianças menores de cinco anos vem se efetivando na grande maioria dos países, e, nestes, vem sobressaindo a mortalidade neonatal como o principal componente da mortalidade infantil, tal como se observa no Brasil. Nesse contexto, dois focos podem ser destacados como prioritários para as ações programáticas. Um se refere à qualidade na atenção à saúde materno-infantil, por meio da melhora da cobertura de atenção pré-natal e da proporção de partos assistidos por pessoal qualificado. O outro se refere à melhoria das condições de saúde das crianças que sobrevivem, o que implica garantir seu crescimento e desenvolvimento plenos (SILVA; VERÍSSIMO; MAZZA, 2015)

### 1.1 PROBLEMATICA E JUSTIFICATIVA

Diante desse contexto supracitado, fez o seguinte questionamento: Quais as principais causas de internamento hospitalar no SUS de crianças de 0 a 5 anos?

A escolha do tema deu-se a partir de vivências pessoais de familiares e amigos, que na infância, vieram a ser internados devido a alguma afecção e a curiosidade despertada nos estágios curriculares na disciplina de saúde da criança, onde foi possível observar um elevado número de crianças internadas com diversas etiologias. A busca pelas principais causas de internações de crianças é uma questão de saúde pública deve ser investigada minuciosamente para contribuir com a melhoria na saúde das crianças.

### 1.2 HIPÓTESE

H0: Presume-se que a provável causa de internação infantil no hospital que atende pelo SUS em Mossoró, seja decorrente de afecções respiratórias tratadas de maneira ineficaz.

### 1.3 OBJETIVOS

#### 1.3.1 Objetivo Geral

- Analisar as causas de internamento hospitalar no SUS de crianças de 0 a 5 anos mais incidentes.

#### 1.3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar da população quanto aos dados socioeconômico e demográfico.

- Identificar a quantidade de internações de crianças de 0 a 5 anos nos últimos 3 anos na cidade de Mossoró/RN.
- Identificar as causas mais incidentes de doenças que levam a internação hospitalar no SUS de crianças de 0 a 5 anos

## **2. REVISÃO DE LITERATURA**

### 2.1 Retrospectiva Histórica: Saúde da Criança no Brasil

No século XI, as crianças eram mundialmente definidas como adultos em miniaturas, sendo estas caracterizadas tanto com comunicação verbal, quanto vestimentas semelhantes aos adultos, e assim, não possuindo características próprias de sua fase, vindo a ser notada a partir do século XVII, sendo estas criadas e cuidadas de qualquer maneira. As crianças passaram a serem notadas a partir dos retratos religiosos do menino Jesus, porém possuindo sua imagem ainda anexada diretamente aos adultos e ao trabalho. Devido a este fato, os cuidados oferecidos a elas eram completamente diferente do cuidado atual, onde as crianças são acompanhadas desde o início da gestação até sua última fase de criança. (ARIÉS, 2011).

Posteriormente no século XVII, Segundo Silva (2005), essas eram vistas como objetos de seus genitores, desfrutando em alguns casos “mais de uma mãe”, uma que gerava sua vida e o carregava durante o período gestacional, e outra que estava encarregada de cuidar da criança após o parto, escravas denominada amas-negras. Algumas das crianças que eram renegadas por suas mães eram entregues em casas de adoção, chamadas de roda dos enjeitados, desta forma, quando doadas quebrando a ligação afetiva entre os pais e a criança, recebendo uma alimentação de pessoas que não possuíam uma alimentação adequada, deixando assim as crianças susceptíveis a doenças.

No século XX, houveram muitos marcos importantes voltados para esse público, como a implantação de programas voltados para uma assistência à criança. O primeiro marco iniciaria na década de 1920, no qual os representantes de empresas privatizadas e públicas concederam cuidados médicos aos conceitos de seus trabalhadores, pois os empregadores perceberam estava havendo um número elevando de profissionais faltosos no trabalho, dado que suas crianças que encontrava - se em processo de adoecimento (PASSONE, 2014).

Iniciou - se discussões a respeito do adoecimento das crianças com as faltas de seus pais nas empresas, após indagações chegaram a conclusão que o aleitamento materno era uma bela forma de redução das enfermidades infantis, visto que o aleitamento é a primeira defesa

do recém-nascido, tal repercussão a respeito do aleitando tinha o propósito da redução de adoecimento infantil e conseqüentemente faltas dos profissionais nas empresas (SILVA, 2005; PASSONE, 2014; BRASIL, 2015).

Nos anos de 1930 a 1940, após o envio de uma carta ao atual presidente da época Getulio Vargas, informando a respeito do descaso com a saúde infantil, surgiu por meio do Decreto Lei N. 2.024 o Departamento Nacional da Criança - DNCr. Este órgão era associado ao Ministério da Educação e Saúde - MES e tinha como objetivo a diminuição da mortalidade infantil por meio da orientação médica a respeito de higienização para a formação de princípios morais. Os puericultorões consideravam as mães despreparadas, ignorantes e desatualizadas para as praticas de cuidados com os seus filhos, emergindo a hipótese que seria uma das principais causas de adoecimento e mortalidade infantil (MARIANO, 2007; FREIRE, 2008).

Na década de 1950, mais especificamente em 25 de junho de 1953, por meio da Lei nº 1.920, o atual órgão do Ministério da Educação e Saúde foi fragmentado em dois órgãos distintos, sendo eles: Ministério da Educação - ME e Ministério da Saúde - MS, no qual o ficou responsável pelo DNCr, possuindo também a missão de solucionar os problemas de saúde pública (BRASIL, 2017).

Em 1969 houve a desvinculação do DNCr do Ministério da Saúde, pelo fato que o DNCr prestava mais cuidados normativos, possuindo poucas ações preventivas. Com isso, MS deu continuidade aos projetos voltado para a área da saúde da mulher e saúde da criança e durante os anos de 1970, houve o surgimento do Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil - PNSMI, que possuía como objetivos principais a redução da mortalidade materno-infantil, além da diminuição da fecundidade (BRASIL, 2011; OLIVEIRA, 2000).

A década de 1980 foi marcada por inúmeras mudanças que colaboraram para o avançar da assistência materno-infantil, iniciando em 1983 com a criação do Programa Assistencial Integral a Saúde da Mulher e da Criança - PAISMC, que possuía o objetivo de melhorar a qualidade de vida materna e infantil por meio da rede pública de serviço, por meio dos serviços acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, controle de doenças diarreicas e Terapia De Reidratação Oral — TRO, controle das complicações respiratórias agudas provindas de infecções e apoio ao controle de doenças imunopreveníveis. Este programa no ano seguinte foi fragmentado em 2 programas, sendo eles o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança – PAISC, ambos os programas surgiram para diferenciar. O principal motivo pelo qual estes programas foram fragmentados foi a necessidade de compreensão

individual dos problemas de saúde do adulto em especial a saúde da mulher, e a saúde da criança, já que cada uma apresenta especificadas para o seu grupo (BRASIL, 2011).

O programa com especificidade a saúde da mulher foi denominado de Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, prestando os cuidados relativos a assistência ao pré-natal; prevenção da mortalidade materna; doenças sexualmente transmissíveis; assistência ao parto e puerpério; planejamento familiar; controle do câncer ginecológico e mamário; e promoção ao parto normal (BRASIL, 1984).

E o programa voltado a saúde da criança foi intitulado de Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança - PAISC, tendo como finalidade acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; controle das diarreias e desidratação; promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, imunização e controle das Infecções Respiratórias Agudas - IRA; prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações; assistência ao recém-nascido, colaborando para umas das principais preocupações da época, que era o alto índice de mortalidade infantil (BRASIL, 2011).

A seguir, em 13 de julho de 1990, foi aprovada a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, assegurando a família direito a saúde, compreendido com a junção de bem-estar físico e psicológico, lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, comunidade e estado, além de atender todas as faixas etárias de forma igualitária, a criação desse estatuto visou melhorar o atendimento prestado as crianças, uma vez que iria promover uma assistência conjunta com programas já existente do MS, como os PAISC e PNAISC. (PASSONE, 2014; CUNHA, 2012).

Para as mulheres, foi assegurado o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição apropriada, atenção integral à gravidez, ao parto e ao puerpério associado a serviços de pré-natal, perinatal e pós-natal integral oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL 1990).

Outros programas voltados a diminuição da mortalidade e aleitamento infantil foram criados, podendo ser destacado a Iniciativa do Hospital Amigos da Criança – IHAC, Amamenta Brasil, Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, bem como o Programa Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (BICALHO; VELÁSQUEZ, 2004; BRASIL, 2000; BRASIL 2013).

O programa IHAC emergiu a partir da parceria da com o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF e Organização Mundial de Saúde – OMS, possibilitando garantir,

incentivar, apoiar e proteger as crianças, por meio do aleitamento materno exclusivo no âmbito intra e extra-hospitalar, tal iniciativa iria colaborar para minimização dos óbitos infantis, alergias, infecções respiratórias, obesidade, ofertando alimentação adequada, com os nutrientes necessários para o desenvolvimento da criança, além de fortalece o vínculo existente entre a criança e a sua genitora (BICALHO; VELÁSQUE, 2004; BRASIL, 2015)

Por sua vez, o PHPN foi instituído pelo Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº 569, de junho de 2000, após a análise da correlação existente entre assistência a gestante e o desenvolvimento da criança, uma vez que existia a necessidade de uma atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mãe no período pós-parto. Este projeto tinha por objetivo reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, perinatal e neonatal; implementação de medidas que visavam a melhoria de acesso ao serviço de saúde prestado a gestante, do acompanhamento de pré-natal, parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2000).

Ainda seguindo a estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, surgiu a Rede Amamenta Brasil – AM. Esta tem como finalidade capacitar os profissionais da atenção básica a orientar a população a respeito do aleitamento materno, aumentar os índices de amamentação no país, visto que uma alimentação materna é rica em nutrientes, possibilitando reduzir significativamente os índices de adoecimento e consequentemente de mortalidade infantil (BRASIL, 2011).

Em junho de 2011 foi implantada, pelo MS, a Rede Cegonha. Que trata-se de um conjunto de ações para assegurar uma assistência de qualidade, segura e humanizada. O programa fornece assistência ao planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, prestando os cuidados a crianças até os seus 24 meses de vida inicial incompletos, por meio de estratégias ofertadas pelo Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2011).

Posteriormente, um dos principais marcos da atenção a criança foi a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança - PNAISC, instituída por meio da Portaria nº 1.130, em 05 de agosto de 2015. Esta tem por objetivo ofertar cuidados gerais desde o período gestacional até os nove anos de vida de uma criança, visando reduzir as taxas de morbimortalidade infantil no país. (BRASIL, 2015).

O programa é fundamentado a partir de 7 eixos, sendo eles: aleitamento materno e complementar saudáveis por meio da promoção, proteção e apoio ao aleitamento; atenção integral a saúde materna e do recém-nascido; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; cuidados voltados ao diagnóstico e prevenção de doenças crônicas; cuidados e inclusão de crianças com vulnerabilidades ao sistema de saúde; prevenção de

acidentes e violência infantil e prevenção de óbitos maternos, neonatais e infantis (BRASIL, 2015)

## 2.2 Situação atual de Saúde da Criança no Brasil e no mundo

A saúde infantil torna-se objeto de estudo e avaliação desde o início da gravidez, passando a ser avaliado pelo conjunto de ações realizadas pelos programas do Ministério da Saúde vigentes, tais programas buscar realizar o acompanhamento do desenvolvimento infante, incentivo ao aleitamento materno exclusivo e complementar, orientações alimentares para prevenção de doenças prevalentes e imunização. Entre os programas infantis brasileiros, podemos citar: a Política Nacional de Atenção Básica, a Política Nacional de Promoção da Saúde, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a Política de Aleitamento Materno e a Rede Cegonha. (UFMA, 2016).

Com a finalidade da redução da má alimentação, o MS no uso das atribuições que os Ihe conferem implantou no ano de 2013 a Política Nacional de Alimentação e Nutrição – PNaN. Compreende-se que a alimentação é um fator indicativo de qualidade de vida e saúde, quando este encontra-se em declínio, constitui-se como um indicativo tendencioso a elevadas taxas de adoecimento, e, conseqüentemente, mortalidade. Diante disto, o PNaN propõe-se respeitar, proteger, promover e prover os direitos humanos à saúde e à alimentação dos indivíduos que integram o SUS (BRASIL, 2013).

Na perspectiva de promoção de saúde, outros programas foram criados ao longo do tempo. Voltado para o aleitamento materno, destaca-se a Política de Aleitamento Materno, ou PNaN. Este programa buscar incentivar a promoção do aleitamento materno exclusivo até os 06 meses de idade como preconiza o MS, introdução de outras fontes de nutrição associado ao aleitamento, auxiliar na formação de hábitos saudáveis na alimentação, introdução de alimentações saudáveis de acordo com a faixa etária e restrições alimentares de acordo com as mesmas (BRASIL, 2015).

Observou-se que o cuidado inicia-se na Atenção Primária de Saúde – APS, sendo definido como o primeiro contato na rede assistencial. Esta assistência continua sendo realizada de forma integral, correlacionando a orientação, participação comunitária e da competência cultural por meio de uma estratégia envolvendo o SUS, que utiliza a Atenção Básica de Saúde – ABS como meio de viabilizar cuidados preventivos e curativos prestados a indivíduo e sua coletividade (BRASIL, 2012).

A promoção da saúde é aqui entendida como um dos eixos da atenção primária. A Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS possui a expectativa de promover a qualidade de

vida, direitos iguais para classes e redução de riscos à saúde da comunidade relacionados aos seus determinantes e condicionantes, como localidade e o meio social ao qual estão inseridos, fornecendo educação, condições de trabalho, lazer, cultura e acesso a bens e serviços essenciais (YAMAGUCHI; BERNUCI; PAVANELLI, 2016).

O PNPS focou-se em as ações voltadas a divulgação e implementação da PNPS, alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade resultante da utilização de drogas lícitas e ou ilícitas, redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito, prevenção da violência e estímulo à cultura de paz e promoção do desenvolvimento sustentável (YAMAGUCHI; BERNUCI; PAVANELLI, 2016).

A Política Nacional de Atenção Básica, também conhecida como PNAB, regulamentada por meio da portaria nº 3.124/GM, tendo como finalidade o tratamento, prevenção, promoção e proteção da saúde seus usuários, sendo está caracterizada por ser um conjunto de ações para se trabalhar saúde, independente de faixa etária, cor, raça, grau de escolaridade ou condições financeiras (BRASIL, 2012).

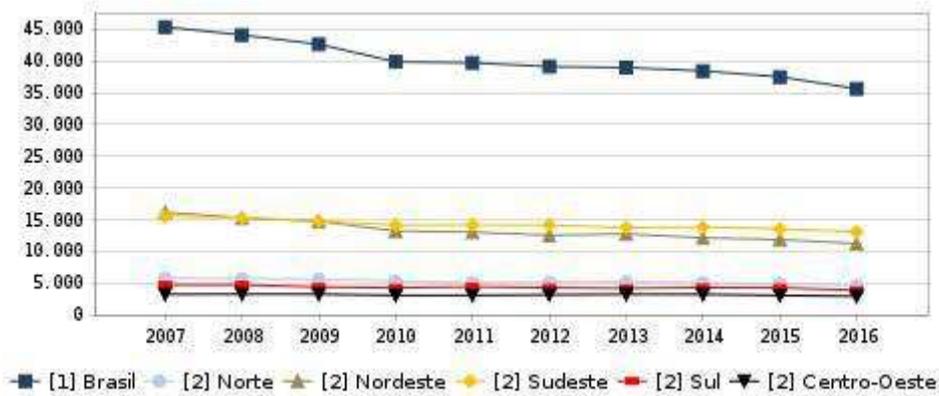
Na óptica de estratégias voltada à comunidade, possuímos também o Programa dos Agentes Comunitários de Saúde – PACS, que objetiva prestar uma assistência ambulatorial e domiciliar, sendo um elo de transição entre o domicilio e as unidades básicas de saúde (BRASIL, 2012).

Os principais membros que compõe o PACS são os próprios Agentes Comunitários de Saúde – ACS que possui inúmeras responsabilidades, onde podemos destacar á as visitas mensais realizadas como o intuito de facilitar a interação indivíduo-comunidade, identificar e encaminhar gestantes para o acompanhamento de pré-natal, avaliar as medidas antropométricas, incentivar o aleitamento materno, monitoramento da imunização infante e irritações indicativas de dermatoses, orientação a respeito das Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST's, entre outras tarefas com o intuito da promoção de saúde da família (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014).

Visando a promoção de saúde coletiva, surgiu o Núcleo de Apoio a Saúde da Família- NASF, que é uma estratégia do MS que visa à promoção e prevenção de complicações por meio de uma equipe multidisciplinar, que organiza-se em conjunto com a Estratégia Saúde Família e ACS para a elaboração de ações para serem desenvolvidas para a comunidade, buscando proporcionar melhores condições de vida a comunidade em geral, em especial a família (BRITO; FERREIRA; SANTOS, 2014).

Segundo Brasil (2012) tais ações em saúde foram elaboradas para a minimização das taxas de mortalidade materno-infantil, que encontrava-se em aproximadamente 45 mil mortes infantis, um valor bastante elevado. Nas regiões do nordeste e o Sudeste, por exemplo, totalizavam 30 mil óbitos, e as demais regiões contemplavam o índice de 15 mil, onde cada região era responsável por 5 mil, sendo distribuída da seguinte forma:

**Figura 1:** Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, no ano de 2016 e últimos nove anos precedentes.



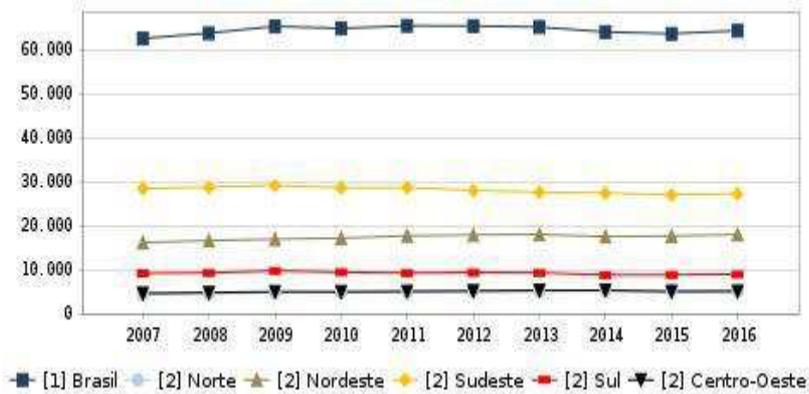
**Fonte:** SIM (2017).

De acordo com o figura 1, nota-se que houve um declínio acerca dos óbitos infantis de aproximadamente 12% ao longo dos anos de 2007 a 2016, correspondendo a uma queda superiora 1% ao ano. Tais resultados refletem a falta de um incentivo para a elaboração de ações em saúde, deixando claro à necessidade de que trabalhar-se questões visando à melhoria na qualidade de vida (BRASIL, 2012).

Os dados também demonstram que houve um declínio nos índices de óbitos infantis em todas as regiões do Brasil, nos entre os anos de 2007 a 2017. Tais resultados podem indicar que os programas executados pelo Ministério da Saúde estão sendo eficazes ao combate a mortalidade infantil. O Nordeste, em termos quantitativos, foi a região que obteve a maior queda nos índices, comparado as demais regiões do país, apesar de ter ainda números bem elevados em relação a esse dado. Dessa forma, pode-se compreender que a região está adotando as políticas e instrumentos ao combate à mortalidade, contudo, a gestão ainda necessita adotar mais estratégias para cometer tais dados (BRASIL, 2012).

De acordo com Brasil (2012) índice de mortalidade de suas genitoras era superior em 25% da população, correspondendo a números de 60 mil óbitos maternos, onde aproximadamente 29 mil era na região sudeste, seguido pelo nordeste com aproximadamente 16 mil casos de mortalidade materna, sendo representado da seguinte forma:

**Figura 2:** Número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados no ano de 2016 e últimos nove anos precedentes.



Fonte: SIM- Maio de 2017.

Constata-se um pequeno aumento nos índices de mortalidade materna, entre os anos de 2007 a 2016, principalmente na região do nordeste que apresenta um aumento de 10 a 20% no número de mortalidade de mulheres em idade fértil. Com essa informação, é necessário que as redes de atenção promovam uma vigilância em saúde mais atenta, além de ações de promoção e prevenção que reduzam tais índices (BRASIL, 2012).

### 2.2.1 Situação atual de saúde da criança no estado do Rio Grande do Norte

A mortalidade no estado do Rio Grande do Norte vem sofrendo oscilações ao longo dos anos, tanto nas taxas de nascidos vivos, quanto na taxa de mortalidade materna e fetal. Tais taxas possuem seus números de mortalidade estabilizados em 600 a 700 mortes ao ano, com média de 657 mortes entre os anos de 2013-2015, já as taxas de nascidos vivos oscilam entre 46 mil a 49 mil, possuindo média de 48.002 entre os mesmo anos já citados anteriormente (BRASIL, 2012).

A taxa de mortalidade infantil no ano de 2015, segundo o BRASIL (2012), foi de exatamente 1.360 crianças de 0 a 4 anos, sendo a capital do estado, Natal, com o maior índice. Por sua vez, a taxa de nascidos vivos foi bem superior, totalizando o incrível número de 49.099 crianças nascidas no mesmo ano de 2015.

Por sua vez, na capital do Rio Grande do Norte – RN, foram notificados 680 casos de mortalidade infantil no ano de 2012 que reflete numa porcentagem de 5% da população de nascidos vivos (12.390). Tais índices são influenciados por fatores como baixo peso ao nascer, idade da genitora, tipo de gravidez, tipo de parto, entre ou fatores. (BRASIL, 2012)

Diante da realidade e situação do estado, alguns programas foram criados com o intuito de diminuir as taxas de mortalidade, melhorar a alimentação das crianças, bem como acompanhar seu desenvolvimento e fornecer condições de saúde para tal feito. Podemos destacar no RN o programa criança feliz, integrará ações nas áreas de educação, saúde, justiça e cultura, para promover o desenvolvimento integral das crianças de 0 a 3 anos (BRASIL, 2016).

Tendo em vista tais fatos, é necessário destacar que a história da assistência infantil no RN, iniciou-se na capital do Estado, mais precisamente no Hospital Infantil Varela Santiago. No início, a assistência era realizada de modo curativo, pois o acesso a saúde era privativo, com poucos recursos e poucas pessoas tinham acesso. Atualmente, com tantos programas para a melhoria de saúde e qualidade de vida dos pacientes, houve uma drástica mudança no que se diz respeito a morbidade e mortalidade materno-infantil. (ARRUDA, 2013)

Nesta mesma ideologia, houve o surgimento de outros programas como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, ou IHAC, que possui como finalidade apoiar, incentivar e promover o aleitamento materno, fazendo com que a mãe aproxime-se cada vez mais de seu filho (RAIES; DOREN; TORRES, 2012).

Os polos de IHAC funcionam como um tipo de hospital-escola que orienta e capacita os profissionais de saúde para oferecer ao binômio mãe-bebê uma assistência mais humanizada e qualificada, auxiliando no enfrentamento de dificuldades, obstáculos e desafios, como também, encorajar a lactação, incentivar a aproximação familiar, explicar sobre alimentação complementar, imunização e cuidados gerais com o bebê (DARTIBALE; BERCINI, 2014).

### 2.3 Morbidade como instrumento de gestão em saúde da criança

Crianças de 0 a 4 anos, por serem mais fragilizadas, são consideradas indicadores situacionais de saúde. Devido sua fragilidade, as mesmas podem ser estudadas de maneira mais ampla para tentar reduzir a taxa de morbidade nesta faixa etária. (FARIA et al, 2014)

De acordo com estudos realizados, a maioria das causas de morbidades em que as crianças são acometidas poderiam ser evitadas, pois as mesmas estão relacionadas a fatores socioeconômicos, culturais, biológicos e ambientais, influenciando diretamente na saúde destas. Caso os problemas que evoluem para comorbidades sejam resolvidos, as mesmas deixam de existir (FARIA et al, 2014).

Os indicadores de morbidades são constituídos por uma variável que tem por finalidade apresentar diversos tipos de patologias, representando o modo como as doenças surgem, como são adquiridas, seus agravos e a conduta ofertada (OLIVEIRA et al., 2015).

Os principais indicadores de morbidade entre os anos de 2000 a 2011 são as doenças transmissíveis como coqueluche, sífilis, hepatite, meningite, tétano, entre outras. Outra forma de indicar são por meio dos números de visitas da população a unidades de saúde, bem como, a quantidade de atendimentos realizados pelos médicos (BRASIL, 2012).

Entre os indicadores de morbidade infantil podemos destacar prevalência de aleitamento materno exclusivo, incidência de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, incidência de nascidos vivos de acordo com a idade de sua genitora, utilização de drogas licitas e/ou ilícitas, infecções por causas conhecidas e desconhecidas, casos novos de infantes acometidos por sífilis congênita, proporção de óbitos infantis e fetais investigados para alimentação do Sistema de Informação de Mortalidade – SIM, proporção de nascidos vivos que realizaram a quantidade mínima de consultas perinatais determinada pelo Ministério da Saúde, cobertura estimada pela ACS, proporção e prevalência de crianças vacinadas (BRASIL, 2015)

Assim como o SIM, o SINASC ou Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos, é um sistema onde são colhidas informações individuais de cada criança desde a descoberta da gravidez da mãe até o momento do nascimento da criança. O sistema requer de quem o alimenta uma grande quantidade de informações para o preenchimento da Declaração de Nascidos Vivos (OLIVEIRA, 2015).

Os gestores podem avaliarem e monitorarem a fase infantil é por meio da implementação e informatização dos serviços que irá gerar e processar os dados no âmbito nacional, regional e federal. Neste prisma, o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC foi desenvolvido, almejando reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos vivos no território brasileiro. As funções do SINASC são gerar e controlar as declarações de nascidos informatizadas nas esferas municipais, regionais e estaduais; fornecimento dos dados por meio do Sistema de Controle de Envio de Lotes – SISNET (BRASIL, 2017).

Os índices de nascidos vivos no ano de 2015 em todo território nacional apresentou o maior índice entre os anos de 2012 a 2015, contando com um total de 3.017.668 nascidos, diferentes do anos de 2012 a 2014 que não ultrapassaram o valor de 2.910.000 (BRASIL, 2012)

Já o Sistema de Informações sobre Mortalidade, ou SIM, consiste em um sistema que requer alimentação com conteúdo sobre a taxa de mortalidade infantil. Este, assim como os outros sistemas, é um meio de expor esses dados de forma mais clara e simples. (MINTO, 2015). Possui fatores que possibilitam, a partir do atestado médico, construir, analisar e arquivar dados epidemiológicos a respeito das causas de morbidades que influenciam na promoção e atividades voltadas a minimização e/ou extinção das morbidades infantis (BRASIL, 2017)

Devido a descentralização do SUS, a coleta de dados sobre morbimortalidade para a alimentação do SIM passou a ter caráter qualitativo e quantitativo, com a finalidade divulgar tais dados em um ambiente virtual, onde toda e qualquer pessoa que tenha interesse para fins de estudo e pesquisa tem acesso. A mesma ainda consiste em uma plataforma que auxilia na área de gestão em saúde, com o auxílio das secretarias municipais para que possa atingir uma área de maior abrangência (BRASIL, 2017; ALMEIDA et al., 2017)

O SIM possui metas bem definidas, como o aumento na quantidade e qualidade das informações de mortalidade e o desenvolvimento de painéis com dados informativos, oferecendo assim, informações acessíveis e fidedignas para a população, favorecendo ainda, estudos com base nas informações divulgadas (ALMEIDA et al., 2017)

A Caderneta de Saúde da Criança – CSC consiste no registro de inúmeras informações sobre a criança desde o seu nascimento até a última fase infantil. A mesma consiste em avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil, garantindo a segurança e o bem estar das crianças. Teve início no ano de 2005 como meio de substituição do antigo e extinto Cartão da Criança (PALOMBO et al., 2014).

Fornecida a todos os recém nascidos no Brasil como forma de registrar marcos do crescimento e desenvolvimento infantil, a caderneta da criança auxilia ainda na prevenção e tratamento de morbidade e mortalidade dos RN. A caderneta da criança conta com informações sobre o processo da gestação da mãe, parto, puerpério, crescimento, desenvolvimento, imunização, alimentação, higiene pessoal, direitos e entre outras informações relevantes a saúde da criança (LIMA et al., 2016)

A CSC é uma estratégia de monitoramento e orientação familiar a respeito da saúde da criança. Por meio desta, os genitores podem estar acompanhando a imunização do infante, alimentação, medidas a serem tomadas em casos de acidentes domésticos, realização de procedimentos específicos (BRASIL, 2013).

Para substituir o antigo Cartão da Criança, o Ministério da Saúde (MS) desenvolveu a Caderneta de Saúde da Criança (CSC), que surgiu com informações atualizadas para melhorar tanto a saúde dos usuários quanto a própria assistência em saúde. A própria oferece espaços para registrar tanto a vida intra quanto extra-uterina do recém-nascido, além de atualizações nas orientações de promoção em saúde (LIMA et al., 2016).

#### 2.4 Principais causas para hospitalização infantil

Hospitalização infantil é compreendida como ato de internar um menor que necessita de cuidado devido ser portador de alguma enfermidade, sendo ela de causa desconhecida ou não. Tal situação em geral é traumática, pois a mesma promove a limitação de convivência entre os doentes e familiares, além de, em determinados casos apresentação limitações físicas, alimentares e psicológicas, devido o trabalha-se como a ciência humana, não é possível afirmar a resposta que o organismo daquele sujeito irá apresentar frente ao tratamento (LIMA, 2012).

Segundo PEDRAZA, et al. (2017) em seu estudo de revisão bibliográfica acerca das internações das crianças brasileiras menores de cinco anos descobriu que as principais afecções que levam a hospitalização são complicações no trato respiratório, seguido por doenças infecciosas e parasitárias e doenças no trato digestivo.

A principal patologia diagnóstica em crianças entre 0 a 5 anos relacionada ao trato respiratório é a pneumonia. Esta pode ser desenvolvida quando o RN nasce com baixo peso, quando a criança é desnutrida ou quando seu sistema imunológico encontra-se deprimido. Entre os principais agentes etiológicos destacam-se os *S. Pneumoniae* e *H Influenzae*. A pneumonia possui alta taxa de prevenção quando o infante segue o esquema vacinal de Pneumocócica 10, que consiste em vírus atenuados inoculados com a finalidade de prevenir as contra as 10 principais formas de pneumonia (PRATO et al., 2014).

Em relação as doenças infectocontagiosas, estão mais presentes nos países subdesenvolvidos devido as fatores socioeconômicos, saneamento básico, água potável, clima/temperatura propicio a proliferação de microorganismos, falta de higiene pessoal e fatores ambientais. No mundo  $\frac{1}{4}$  do total de infecções é provocada por protozoários, ocasionando cerca de 200.000 mortes, atualmente 2 bilhões de pessoas estão parasitadas e susceptíveis a morte (KUBIAK et al., 2015; ADEKOLUJO et al., 2015; ZAISS et al., 2015).

Entre as principais causas de complicações digestivas está a diarreia, a qual pode ser causada por inúmeros microorganismos e sua forma de contaminação pode variar de acordo com agente etiológico. Em sua forma mais agravante possui a infecção por Rotavírus – RV,

que pode ser combatida com a vacina RV disponibilizada gratuitamente na atenção básica de todo o território nacional (ICHIHARA, 2017).

Desta forma, colabora para aumentar os índices de internamentos no Brasil, que segundo os dados de BRASIL (2012) houveram 193.976.530 causas notificadas que levaram a população das diferentes regiões a buscarem as unidades de saúde, sendo distribuídas da seguinte forma entre as regiões:

**Tabela 1:** Distribuições da População que buscaram atendimento em hospitais Brasileiro

Região	População
Total	193.976.530
Norte	16.347.807
Nordeste	53.907.144
Sudeste	81.565.983
Sul	27.731.644
Centro-Oeste	14.423.952

**Fonte:** BRASIL 2012

Houve uma procura elevadas de atendimentos nas unidades hospitalares onde predomina as procuras na região Sudeste, Nordeste e Sul, onde deve-se levar em conta a dimensão territorial, população, saneamento básico, água potável, políticas publicas, entre outras variáveis que favorecem ao processo de adoecimento e conseqüentemente a procura as unidades (BRASIL, 2012)

Na segunda região como mais internações no país, que equivale a aproximadamente 27.79 % de todo o Brasil, consta o total de 9 Unidades de Federação – UF, que distribuiu as internações da seguinte forma (BRASIL, 2012)

**Tabela 2:** Distribuições da População que buscaram atendimento em hospitais localizado no Nordeste

Unidade de Federação – UF	População
Total	53.907.144
Maranhão – MA	6.714.314
Piauí – PI	3.160.748

Continua

Ceará – CE	8.606.005
Rio Grande do Norte – RN	3.228.198
Paraíba – PA	3.815.171
Pernambuco – PE	8.931.028
Alagoas – AL	3.165.472
Sergipe – SE	2.110.867
Bahia – BA	14.175.341

**Fonte:** BRASIL 2012

Como mostra os dados de BRASIL (2012) observa-se um elevado índice de internações na UF BA que apresenta mais de 25 % de população internada da grande região do nordeste, por sua vez existem estados com menos de 5% das internações do Nordeste, como podemos observar os estados do Sergipe, Alagoas, Piauí e Rio Grande do Norte.

### **3. CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

#### **3.1 TIPO DE PESQUISA**

Trata-se de uma pesquisa descritiva e documental de caráter longitudinal e retrospectiva com abordagem quantitativa.

As pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características de determinada população. Também pretendem identificar possíveis relações ou associações entre variáveis, determinando a natureza dessas relações (GIL, 2010).

Por sua vez a pesquisa documental de acordo com Silva; Almeida; Guindani, (2009), pesquisa documental é embasada em arquivos já produzidos como, por exemplo, materiais impressos de revistas, livros, teses, jornais, dissertações, prontuários, relatos de casos e meios eletrônicos. A distribuição do uso de documentos em pesquisa é que ele permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social. Desta forma, a análise documental favorece a observação na linha cronológica no qual tais eventos ocorreram.

Sendo assim, o estudo de caráter retrospectivo pode ser caracterizado por explorar fatos e dados no passado, podendo ser delineado para retornar, do momento atual no qual a pesquisa está sendo desenvolvida até um determinado ponto no passado, sendo ele recente ou não (FONTELLES, 2009).

A pesquisa quantitativa é descrita por Silva (2015), com a aplicação de métodos de quantificação nas etapas de coleta de dados, população e amostra, análise, bem como a expressão dos dados nos resultados obtidos a partir das análises estatísticas.

### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no SAME/Arquivo da instituição, referentes aos prontuários da Clínica Pediátrica do Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia – HRTM. Localizado em Rua. Projetada, Sn - Bairro Aeroporto I - Mossoró – RN CEP: 59.607-100, CNPJ: 08.241.754/0104-50. O local escolhido deu-se pelo fato de ser a única unidade hospitalar na cidade de Mossoró que possui clínica pediátrica vinculada ao SUS.

Na unidade hospitalar são prestados serviços Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Clínica Pediátrica, UPI (Unidade de Pacientes Infectados); Traumatologia, Oftalmologia, Odontologia, Cirurgia Buco Maxilo Facial; Unidades de Enfermagem; Serviço Social, Nutrição e Dietética; Fisioterapia; Terapia Ocupacional e Saúde Ocupacional. Contamos ainda com um Centro Cirúrgico, com 4 salas e uma UTI - Unidade de Terapia Intensiva com 9 leitos; Serviço de Diagnóstico e Imagem como: Raios X, Endoscopia, Ultrassonografia e Tomografia computadorizada, além de constar com Laboratório de Análises Clínicas e microbiologia.

Possui quadro funcional de 637 funcionários, sendo eles Médicos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Bioquímicos, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapeutas, Nutricionistas, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem, Técnicos de Raios-X, Técnicos de Tomografia, Técnicos de Laboratório, Serviços Gerais, Vigilância, Equipe Administrativa e Higienização. A equipe plantonista é constituída por 2 Ortopedistas e Traumatologistas; 1 um Cirurgião Buco-Maxilo Facial; 1 Intensivista, 2 Anestesiologistas; 3 Clínicos Gerais; 3 Cirurgiões; 3 Pediatras, além disto o hospital consta com uma escala de sobre aviso, que é uma equipe que pode ser acionada a qualquer momento para suprir a demanda hospitalar.

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foi constituída por prontuários de crianças atendidas na clínica pediátrica do HRTM no período compreendendo de período de 2012 a 2017, onde a amostra foi realizada de maneira aleatória simples, totalizando 100 prontuários no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia.

Foram adotados os seguintes critérios de inclusão: prontuários de crianças de 0 a 5 anos atendidas e internadas na clínica pediátrica do HRTM de 2012 a 2017. Como critérios de exclusão foram adotados: prontuários de pessoas com idade superior a 5 anos 11 meses e 30

dias, prontuários que não contenham informações clínicas e sociodemográficas das pacientes atendidas, informações ilegíveis, rasuradas e prontuários com dados incompletos.

### 3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados que constituíram a pesquisa foram extraídos através dos prontuários, e transcritos para um formulário visando coletar informações relacionadas à temática em questão. (APENDICE B).

As informações extraídas dos prontuários foram: Dados demográficos: idade, raça/cor da pele, sexo, escolaridade e local onde reside; dados clínicos: diagnóstico médico, agente causador do acidente, podendo ele ser químico, físico e outros, além do ano da hospitalização.

### 3.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou-se após a apreciação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE – FAMENE João Pessoa – PB. Posteriormente, deu-se início a coleta de dados dos prontuários, em local reservado, na própria instituição, garantindo a privacidade do procedimento de coleta dos dados.

### 3.6 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram expressos nos valores de média, desvio padrão, mínimos, máximos, frequência simples e porcentagem através do programa estatístico SPSS 21.0 para evidenciar as principais causas de internamento hospitalar em crianças de 0 a 5 anos de idade em relação às demais. Foram realizados *teste de Qui – quadrado* ou *exato de Fisher e Odds Ratio*. O teste Exato de Fisher é utilizado quando verificado frequência esperada com valor menor que 5. Valores de  $P > 0,5$  ou 5% serão considerados significativos, e, expressos por meio de tabelas e gráficos.

### 3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo foi realizado com rigor dentro dos preceitos éticos e bioéticos relacionados à pesquisa com seres humanos, onde é assegurada de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466 de dezembro de 2012, que delinea a importância da

assinatura do TCLE pelos sujeitos participantes da pesquisa, onde a partir desta, a pesquisa poderá ser iniciada (BRASIL, 2012).

E a Resolução do COFEN nº 370/2017, que reformula o código de ética dos profissionais de enfermagem, e retrata a importância da interrupção da pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa (COFEN, 2017). Também é realizada conforme o protocolo institucional, que este foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da FACENE.

Os riscos relacionados à pesquisa são: exposição do nome e dos dados clínicos, tratamento e diagnóstico do paciente, rasuras e danos aos prontuários. No entanto, tal fato será minimizado considerando que a pesquisa será documental retrospectiva onde serão extraídos dados dos prontuários pelo pesquisador em local reservado, na própria instituição, garantindo assim, a integridade dos prontuários, o anonimato dos pacientes e a privacidade dos dados coletados. Os benefícios superarão os riscos. Assim, os benefícios dessa pesquisa são: o conhecimento acerca da internação de crianças de 0 a 5 anos no interior do Rio Grande do Norte, e com base neste indicador traçarmos estratégias para diminuição dos índices de morbimortalidade relacionadas a este grupo tão frágil. Além disso, para a sociedade de forma geral, contribuindo para produção científica sobre o tema e a para a melhoria na qualidade dos serviços de saúde prestados a comunidade.

#### 4. RESULTADOS

Observou-se no decorrer da pesquisa que o perfil de vulnerabilidade infantil está diretamente relacionado a fatores como: distúrbios alimentares, como desnutrição e ausência de algumas vitaminas, condições de moradia e conhecimento da patologia por parte dos seus genitores. Tais fatores permitem diminuição na probabilidade de infecção e desenvolvimento de doenças e agravos como internamentos (PEGUERO, 2012).

Tabela 1 – Valores de frequência simples e porcentagem dos indivíduos (n=100) nas diferentes variáveis. Mossoró –RN, Brasil, 2018.

Variáveis	Freq.	%
<b>Idade</b>		
Menores de um ano	10	10,0
Um	29	29,0
Dois	27	27,0
Três	12	12,0
Quatro	6	6,0
Cinco anos	16	16,0

**Fonte:** O autor (2018)

A tabela 1 apresenta dados referentes à frequência simples e porcentagem de crianças acometidas por patologias que levaram a internamento hospitalar, com idade igual ou inferior a 5 anos 11 mês e 29 dias, durante os anos de 2012 a 2017, no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, como já expressos no critérios de exclusão e inclusão. Desta forma, pode-se observar que criança com idade de 1 ano apresentou uma frequência maior (29%) com o processo de adoecimento, que outras idades, 2 anos (27%), seguido por 5 anos (16%).

A tabela abaixo, expressa a frequência simples e porcentagem de acordo com o gênero das crianças hospitalizadas.

Tabela 2 – Valores de frequência simples e porcentagem dos indivíduos (n=100) nas diferentes variáveis, Mossoró – RN, Brasil, 2018.

Variáveis	Freq.	%
<b>*Sexo</b>		
Masculino	63	64,9
Feminino	34	35,1
<b>*Residente</b>		
Zona rural	26	27,4
Zona urbana	69	72,6
<b>Ano de hospitalização</b>		
2012	23	23,0
2013	31	31,0
2014	21	21,0
2015	03	3,0
2016	22	22,0
<b>Alta</b>		
Sim	99	99,0
Não	01	1,0
<b>Óbito</b>		
Sim	01	1,0
Não	99	99,0
<b>Remissão da patologia</b>		
Sim	14	14,0
Não	86	86,0
<b>*Dias de internação</b>		
Acima de 15 dias	12	12,9
Até de 15	81	87,1
Média ± desvio padrão	14,0 ± 35,0	
Mínimo – máximo	0 – 308	
<b>Motivo da alta</b>		
Por melhora	89	89,0
Transferência	08	8,0
Outros motivos	03	3,0

\* Número inferior de responde em virtude de ausência de respostas.

Fonte: O autor (2018)

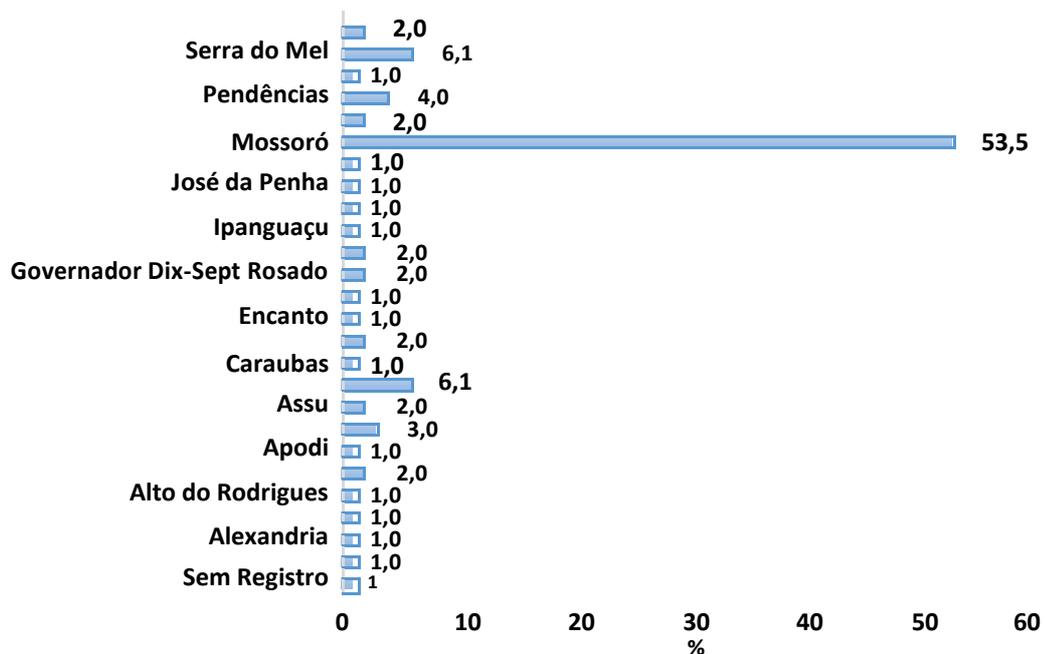
Assim sendo, o gênero masculino, responsável por 63 pacientes, apresentou uma frequência superior quando comparado ao gênero feminino, responsável por 24 pacientes, o que corresponde a 64,9% e 35,1% da população, respectivamente.

Em sua maioria, 72,6% dos indivíduos investigados residiam em zona urbana, e sua minoria, residiam em zona rural, 27,4%. Em se tratando de anos, 2013 (31%), seguido por 2012 (23%) e 2016 (22%), estão entre os principais anos de hospitalização de crianças na faixa etária pesquisada.

Desta população de crianças (n=100), 1% teve como desfecho clínico o óbito. Sua extrema maioria teve como desfecho clínico a alta hospitalar (99%), 14% teve remissão de doença durante a época da pesquisa, e 86% não foram internados no hospital regional.

A figura 3 representa os municípios com maior incidência e prevalência de internação de crianças no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia.

Figura 3 - Distribuição (%) dos indivíduos (n= 100) em seus respectivos municípios em relação à faixa etária escolhida.



**Fonte:** O autor (2018)

Entre os principais municípios, destacam-se Mossoró (53,5%), Baraúna e Serra do Mel (6,1%), devido possuírem uma maior população demográfica (Mossoró), além de possuir o Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, como unidade hospitalar de referência situada mais próxima.

A figura 3 representa os municípios com maior prevalência de internação de crianças no Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia. Entre os principais municípios, destacam-se Mossoró (53,5%), Baraúna e Serra do Mel (6,1%), devido possuírem uma maior população demográfica (Mossoró), além de possui o Hospital Regional Tarcísio de Vasconcelos Maia, como unidade hospitalar de referência mais próxima.

A tabela abaixo, apresenta frequência simples e porcentagem das patologias, de acordo com o diagnóstico médico, que mais acometeram crianças na faixa etária de zero a cinco anos.

Tabela 3 – Valores de frequência simples e porcentagem dos indivíduos (n=100), conforme o diagnóstico clínico, Mossoró – RN, Brasil, 2018.

Diagnósticos	Freq.	%
Abcesso cutâneo	01	1,0
Abcesso perinial	01	1,0
Afecções da pele e tecido subcutâneo	01	1,0
Anemia	01	1,0
Anemia falciforme	03	3,0
Anemia nutricional	01	1,0
Apendicite	02	2,0
Artrite piogênica	01	1,0
Asma	03	3,0
Bronquite	04	4,0
Coqueluche	02	2,0
Dengue	03	3,0
Depleção de volumes	02	2,0
Derivação ventricular externa	01	1,0
Derrame pleural	01	1,0
Diabetes Mellitus	01	1,0
Epilepsia	03	3,0
Gastroenterite	11	11,0
Hematêmese	01	1,0
Hematoma subdural	01	1,0
Infecção estafilocócica	07	7,0
Infecção perinatal	01	1,0
Infecção por coqueluche	01	1,0
Intoxicação	02	2,0
IRA	02	2,0
ITU não localizada	03	3,0
Laringite	01	1,0
Laringotraqueíte	01	1,0
Mastoidite	01	1,0
Meningite	01	1,0
Outras doenças do sangue	01	1,0
Pielonefrite	01	1,0
Pneumonia	31	31,0
Síndrome nefrotica	02	2,0
TCE	01	1,0

**Fonte:** O autor (2018)

Entre as patologias citadas, as mais comuns tratam-se de Pneumonia (31%), seguido por Gastroenterites (11%) e infecção por estafilocos (7%).

A tabela 4 apresenta frequência simples e porcentagem de acordo com o diagnóstico médico, e as faixas etárias acometidas.

Tabela 4 – Valores de frequência simples e porcentagem dos indivíduos (n=100) nas diferentes variáveis

Doenças	Até 01 ano		02 a 03 anos		04 a 05 anos		Total	
	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%	Freq.	%
Abcesso cutâneo	-	-	01	2,6	-	-	01	1,0
Abcesso perineal	-	-	01	2,6	-	-	01	1,0
Afecções da pele e tecido subcutâneo	-	-	01	2,6	-	-	01	1,0
Anemia	01	2,6	-	-	-	-	01	1,0
Anemia falciforme	-	-	01	2,6	02	9,0	03	3,0
Anemia nutricional	-	-	01	2,6	-	-	01	1,0
Apendicite	-	-	01	2,6	01	4,6	02	2,0
Artrite piogênica	-	-	01	2,6	-	-	01	1,0
Asma	03	7,7	-	-	-	-	03	3,0
Bronquite	02	5,1	01	2,6	01	4,6	04	4,0
Coqueluche	01	2,6	01	2,6	-	-	02	2,0
Dengue	01	2,6	02	5,1	-	-	03	3,0
Depleção de volumes	01	2,6	-	-	01	4,6	02	2,0
Derivação Ventricular externa	-	-	01	2,6	-	-	01	1,0
Derrame pleural	-	-	01	2,6	-	-	01	1,0
Diabetes mellitus	-	-	01	2,6	-	-	01	1,0
Epilepsia	01	2,6	-	-	02	9,0	03	3,0
Gastroenterite	05	12,8	02	5,1	04	18,1	11	11,0
Hematêmese	01	2,6	-	-	-	-	01	1,0
Hematoma subdural	-	-	01	2,6	-	-	01	1,0
Infecção estafilocócica	01	2,6	02	5,1	04	18,1	07	7,0
Infecção perinatal	01	2,6	-	-	-	-	01	1,0
Infecção por coqueluche	01	2,6	-	-	-	-	01	1,0
Intoxicação	01	2,6	-	-	01	4,6	02	2,0
Ira	02	5,1	-	-	-	-	02	2,0
Itu não localizada	-	-	03	7,7	-	-	03	3,0
Laringite	-	-	01	2,6	-	-	01	1,0
Laringotraqueíte	01	2,6	-	-	-	-	01	1,0
Mastoidite	-	-	01	2,6	-	-	01	1,0
Meningite	01	2,6	-	-	-	-	01	1,0

Continua

Outas doenças do sangue	-	-	-	-	01	4,6	01	1,0
Pielonefrite	-	-	-	-	01	4,6	01	1,0
Pneumonia	15	38,5	14	35,9	02	9,0	31	31,0
Síndrome nefrótica	-	-	01	2,6	01	4,6	02	2,0
TCE	-	-	-	-	01	4,6	01	1,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>39</b>	<b>100</b>	<b>22</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Fonte:** O autor (2018)

Entre as patologias citadas, as mais comuns tratam-se de Pneumonia (31%), seguido por Gastroenterites (11%) e infecção por estafilococos (7%).

A tabela 4 é uma associação da idade das crianças com a presença da patologia pneumonia, devido à natureza dos resultados. Foi observado que existe uma associação entre a idade da criança e sua intensidade. Foram comparadas as idades de 4 a 5 anos em relação às outras e calculado Odds Ratio, o quanto o fator contribui para a presença da pneumonia, sendo assim, quanto maior o OR, maior será a intensidade de aparecimento da patologia. Desta forma, significa que crianças até 1 ano apresentam 6,25 vezes mais possibilidade de desenvolver pneumonia quando comparado com a faixa etária entre 4 e 5 anos. Em relação aos indivíduos entre 2 e 3 anos possuem 5,60 % de chances de adquirir pneumonia quando comparado aos indivíduos de 4 a 5 anos, podendo-se dizer que o indivíduo mais jovem tem mais probabilidade de adquirir pneumonia.

Tabela 5 – Valores de frequência simples (%) da idade frente à pneumonia em crianças (n= 100) que desenvolveram a patologia em diferente faixas etárias.

Idade	Pneumonia		OR (IC95%)	p-valor
	Sim n (%)	Não n (%)		
Até 01 ano	15 (48,4)	24 (34,8)	6,25 (1,27 – 30,67)	0,014*
02 a 03	14 (45,2)	25 (36,2)	5,60 ( 1,13 – 27,57)	0,022*
4 a 5 anos	02 (6,5)	20 (29,0)	1	
<b>Total</b>	<b>31 (100,0)</b>	<b>69 (100,0)</b>		

**Fonte:** O autor (2018)

## 5. DISCUSSÃO DOS DADOS

A tabela 1, que apresenta dados referente à faixa etária de zero à cinco anos correlacionado a seu nível de frequência de internação em cada faixa etária. Foi visto que crianças com um ano de idade são mais propícias ao acometimento de doenças e serem internadas para a realização do tratamento. Isso devido a fatores como imunização

inadequada, carência em relação a busca por serviços de serviços de saúde, carência em relação ao conhecimento adequado e condições de higiene precárias.

Segundo Andrade (2016) as doenças respiratórias correspondem a 50 % de todos os atendimentos ambulatoriais prestado, sendo que 12 % dos atendimentos possui como causa infecção por pneumonia. Para o autor, 20% dos óbitos em crianças com idade igual ou inferior a cinco anos, possui como causa base infecções respiratórias.

A taxa de hospitalização encontra-se mais frequente em menores de 1 ano, devido a fatores como idade, sexo, nível de conhecimento dos pais ou cuidadores a respeito da doença, baixo peso ao nascer, desnutrição, poluição no ambiente domiciliar, imunização deficiente e condições socioeconômicas precárias de modo geral (ANDRADE, 2016). O estudo em questão, apresentou divergência a respeito da idade, trazendo como idade mais frequente crianças de 1 ano de idade, porem os fatores que proporcionam a fragilidade para a faixa etária são os mesmo.

O ano mais frequente de hospitalização entre crianças de 0 a 5 anos foi em 2013. Analisando epidemiologicamente os dados do plano municipal de saúde, o alto índice de hospitalizações foram devido ao surgimento de arboviroses na America Latina, como dengue, chikungunya e zika-vírus, que colaboraram para a fragilidade do sistema imunológicos dos indivíduos, em especial as crianças, devido sua imunidade baixa quando comparada a adultos que já tiveram contatos com uma gama de agentes causadores de doenças. (BRASIL, 2017)

Quando analisado a faixa etária mais predominante, o sexo feminino prevalece na população de modo geral, porém, é notório, maior incidência de hospitalização de pessoas do sexo masculino com idade igual ou inferior a cinco anos, que corresponde à primeira infância (TOZI; CASTRO, 2011).

As crianças hospitalizadas, com base na pesquisa em questão, residem em sua maioria em zona urbana, possuindo uma maior facilidade de acesso ao serviço de saúde, levando em conta a localização do Hospital Regional Tarcisio de Vasconcelos Maia (HRTM). Outra variável que contribui para o atendimento a população, pelo fato de ser hospital regional de referência em atendimento de menor a maior complexidade.

O HRTM é um hospital de grande porte, responsável pelo atendimento da Região Oeste do Estado do Rio Grande do Norte e regiões circunvizinhas dando o suporte necessário para melhor atender os pacientes, com atendimentos de urgência e emergência 24 horas por dia pelo Sistema único de Saúde (SUS).

Em meio a gama de cidades e municípios que o hospital abrange, a cidade de Mossoró possui maior incidência e prevalência de internações infantis. Tal fato se dá devido o fato do

hospital de referência em atendimento qualificado estar localizado na cidade em questão e os pacientes e seus acompanhantes que moram em outras localidades e precisam do serviço se deslocar para a cidade.

Segundo a análise literária do autor Oliveira (2011), os principais problemas que causam internamentos precoces de crianças menores são patologias como doenças diarreicas e afecções respiratórias. Ambas as doenças causam uma baixa na imunidade da criança, o que facilita a entrada de microrganismos e agentes agressores que corroboram para a piora no quadro clínico dos pacientes.

Com relação às patologias mais comuns em crianças menores de 5 anos de idade, destacam-se as patologias que acometem o sistema respiratório, como a pneumonia, a qual destacou-se como causa mais frequente de internação em crianças no HRTM pelo SUS.

A pneumonia possui inúmeros agentes bacterianos, os agentes que mais acometem crianças com menos de um ano até os cinco anos de idade são *Streptococcus pneumoniae* e o *Haemophilus influenzae* tipo b (Rudan, Boschi-Pinto et al., 2008; Scott, Brooks et al., 2008). Isso é decorrente de a criança menor de um ano não possuir imunidade suficiente para combater certos microrganismos invasores e serem mais propícias a adquirir pneumonia.

As afecções respiratórias, em especial a pneumonia, possui como fatores de riscos para sua obtenção, como: fatores socioeconômicos, idade, sexo, grau de escolaridade, fatores ambientais e higiênicos e baixo nível de conhecimentos por parte dos pais. Esses fatores podem influenciar de forma negativa no diagnóstico e tratamento da doença, pois esta requer cuidados específicos em seu tratamento, e com isso surge a necessidade do internamento dessas crianças (PEGUERO, 2012).

Em uma pesquisa realizada pelo UNICEF (2014), no ano de 2012, o índice de morbimortalidade com relação à hospitalização de crianças menores de cinco anos, atingiu da marca de 6 milhões crianças, das quais cerca de 15% delas, foi diagnosticada com pneumonia.

Em países como o Brasil, considerado um país em desenvolvimento, a pneumonia é uma doença que apresenta-se de forma frequente, o que corresponde a principal causa de internamento precoce em crianças e com alto risco de reinternamento devido a complicações. Isso é resultado das drásticas mudanças de comportamento da sociedade, nível de conhecimento e educação e serviços prestados à saúde do mesmo.

Em um estudo realizado, Moreira et al., (2011) revela que uma vez internada para tratamento clínico, a criança possui chances maiores de serem reinternadas com sua patologia já tratada ou devido a agravos no quadro clínico em relação a alguma criança que nunca foi internada. Isso pelo fato de o ambiente hospitalar ser contaminado por inúmeros

microrganismos, o risco de procedimentos realizados de forma não invasiva e falta de práticas de higiene no âmbito hospitalar. Contudo, o risco de contrair pneumonia no ambiente doméstico, sendo este o mais frequente, ainda é bastante vasto.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Neste estudo, iniciou-se uma reflexão a respeito dos principais motivos que levaram as crianças a serem internadas, atentando-se para fragilizadas individuais e coletivas das crianças, de modo, que fosse traçado um perfil de vulnerabilidade infantil a respeito das afecções clínicas mais predominantes na fase infantil.

A partir dos dados levantados no decorrer da pesquisa, concluiu-se que os objetivos propostos foram alcançados, uma vez que, foi possível analisar quais os principais motivos de internamento infantil de crianças de zero à cinco anos na clínica pediatria de um hospital do sistema único de saúde na cidade de Mossoró. Contabilizando os internamentos e traçando o perfil sociocultural das crianças internas durante os anos de 2012 à 2017.

Os dados expressaram que a pneumonia é a afecção clínica que causa maior quantidade de internamento hospitalar infantil de crianças de zero à cinco anos no município de Mossoró, que confirma a hipótese já referida. A partir da análise dos dados foram confirmados por outros autores que fizeram pesquisa similares, com essa, obtiveram também resultados similares, no entanto, no município de Mossoró, possuem uma maior quantidade de fatores de risco para internamento de crianças com um ano de idade, diferentes de outras pesquisas que trazem como idade mais propícia o internamento de crianças com idade inferior a um ano.

As principais dificuldades encontradas no decorrer da pesquisa foram relacionada aos poucos recursos humanos disponíveis pela entidade hospitalar escolhida para realizar o estudo, pois seus prontuários encontravam-se com dados incompletos, incorretos ou divergentes com o livro de protocolo de internamento, não enquadrando-se nos critérios de inclusão da referida pesquisa.

A temática em questão é de extrema importância para a comunidade de modo geral, pois permite observar e identificar fatores propícios para o desenvolvimento de infecções respiratórias agudas, com foco em pneumonia. A partir disto, elaboram-se planos de cuidados mais eficazes de prevenção das afecções clínicas mais frequente na primeira infância, que na cidade de Mossoró foram pneumonia, gastroenterites e infecção estafilocócicas, que pode estar diretamente relacionada ao surgimento da pneumonia nas crianças desta pesquisa.

A partir desta pesquisa, pode-se nortear diversos estudos visando a prevenção e diminuição dos índices de morbimortalidade infantil de crianças de zero à cinco anos, decorrente da infecção pela pneumonia. Aumentando, assim, a eficácia dos sistemas de atenção primária, colaborando para a diminuição da sobrecarga existente nos serviços de atenção secundária e terciária.

## REFERÊNCIAS

- ADEKOLUJO, Daniel R. et al. **Poliovirus and other enteroviruses in children infected with intestinal parasites in Nigeria**. J. Infect. Dev. Ctries., Italy, v. 9, n. 10, p. 1166- 1171, April. 2015.
- ALMEIDA, Wanessa da Silva de et al. **Captação de óbitos não informados ao Ministério da Saúde: pesquisa de busca ativa de óbitos em municípios brasileiros**. Revista Brasileira de Epidemiologia, [s.l.], v. 20, n. 2, p.200-211, jun. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201700020002>.
- ANDRADE, Sonia Mara de. **Fatores sociodemográficos, perinatais relacionados à causas de internação anterior de crianças hospitalizadas por pneumonia**. Piracicaba, SP : [s.n], 2016.
- ARAUJO FILHO, Augusto Cezar Antunes de et al. Aspectos epidemiológicos da mortalidade neonatal em capital do nordeste do Brasil. **Revista Cuidarte**, [s.l.], v. 8, n. 3, p.1767-1776, 1 set. 2017. Universidad de Santander - UDES. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.417>.
- ARIÉS P. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos; 2011.
- ARRUDA, Lauro. Manoel Varela Santiago Sobrinho: Médico, educador e filantropo. Voz do Coração, Natal: Hospital do Coração. Ano 7, n. 91, 2013.
- BICALHO-MANCINI, Paula G.; VELÁSQUEZ-MELÉNDEZ, Gustavo. **Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática**. Jornal de Pediatria, v. 80, n. 3, p.241-248, 2004. Disponível: <http://dx.doi.org/10.1590/s0021-75572004000400014>. Acesso em: 29 de agosto de 2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde, 2012. DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2012/d29.def>. Acesso em: 12/11/2017.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança-Menina**. Brasília- DF, 8º ed., 2013.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente, Câmara dos Deputados**, Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990. DOU de 16/07/1990 – ECA. Brasília, DF.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Saúde. Portaria no 569, de 1 de julho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**, Câmara dos Deputados, Lei no 13.257 de 08 de Março de 2016. DOU de 09/03/2016 – ECA. Brasília, DF.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mais sobre Saúde da Mulher**. 2013. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/saude-da-mulher/leia-mais-saude-da-mulher/272-mais-sobre-saude-da-mulher>. Acesso em: 28 de agosto de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mortalidade**. 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/oministerio/principal/secretarias/svs/mortalidad e>. Acesso em: 22 de setembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos**. Brasília. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde: manual de implementação**. Brasília, Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SINASC-Sistema de Informações de Nascidos Vivos**. 2017. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/eventos-v/sinasc-sistema-de-informacoes-de-nascidos-vivos>. Acesso em: 13/11/2017

BRITO, Rosineide Santana de; FERREIRA, Nathaly Ellen Maria Silva; SANTOS, DanyelleLeonette Araújo dos. Atividades dos Agentes Comunitários de Saúde no âmbito da

Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa da literatura. **Saúde Transform. Soc.**, Florianópolis , v. 5, n. 1, p. 16-21, 2014 .

CUNHA, Ana Rita Ribeiro da. **Práticas dos enfermeiros na estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância.** 2012. 71 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

D'ARTIBALE, Eloana Ferreira; BERCINI, Luciana Olga. **The practice of the fourth step of the baby friendly hospital initiative.** Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem, [s.l.], v. 18, n. 2, p.356-364, 2014.

FARIA, Cleberson de Souza et al. **Morbilidad y mortalidad entre recién nacidos de riesgo: una revisión bibliográfica.** Enferm. glob., Murcia , v. 13, n. 36, p. 298-309, out. 2014 .

FONTELLES, Mauro José. et al. **Metodologia da Pesquisa Científica: Diretrizes para a Elaboração de um Protocolo de Pesquisa.** Rev. Scientific Research Methodology: Guidelines for Elaboration of a Research Protocol. 2009. Núcleo de Bioestatística Aplicado à Pesquisa da Universidade da Amazônia - UNAMA. Belém, 2009.

FREIRE, Maria Martha de Luna. **Ser mãe é uma ciência: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920.** História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, 2008.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 5ª edição. São Paulo: Atlas S.A., 2010. 184 p.

ICHIHARA, Maria Yury Travassos. **Internação por diarreia aguda em menores de 2 anos no Brasil: fatores de risco e efetividade da vacina oral monovalente contra rotavirus humano.** Salvador, 2014.

KUBIAK, K. et al. **The Prevalence of intestinal parasites in children in preschools and orphanages in the Warmia-Masuria Province (North-Eastern Poland).** Przegł. Destaqes Acadêmicos, Lajeado, v. 8, n. 3, p. 50-57, 2016. ISSN 2176-3070 57 Epidemiol, Warszawa, v. 69, n. 3, p. 483-488, 2015.

LIMA, Larissa et al. **A Utilização da Caderneta de Saúde da Criança no acompanhamento Infantil.** Revista Brasileira de Ciências da Saúde, [s.l.], v. 20, n. 2, p.167-174, 2016. APESB (Associação de Apoio a Pesquisa em Saude Bucal). <http://dx.doi.org/10.4034/rbcs.2016.20.02.12>.

LIMA, Suzana Costa Carvalho de Araújo. **Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à atenção primária à saúde: estudo de tendência temporal em Pernambuco.** Salvador, 2012.

MACEDO, Lilian Magda de; MARTIN, Sueli Terezinha Ferrero. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 18, n. 51, p.647-660, dez. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0597>.

MARCHI, Rita de Cássia; SARMENTO, Manuel Jacinto. **INFÂNCIA, NORMATIVIDADE E DIREITOS DAS CRIANÇAS: TRANSIÇÕES CONTEMPORÂNEAS. Educação & Sociedade**, [s.l.], p.1-14, 10 ago. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/es0101-73302017175137>.

MARIANO, Hélvio Alexandre. **A assistência à Infância e o Amparo à Maternidade no Brasil, 1927-1940**. 2007. 144 f. Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências e Letras de Assis, 2007.

MINTO, Cátia Martinez. **Sistema de informação de mortalidade nos municípios do estado de São Paulo: análise situacional**. Faculdade de Saúde Pública, [s.l.], p.1-156, set. 2015. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/d.6.2015.tde-28102015-102248>.

Moreira Silva G, et al. **Pneumonia adquirida na comunidade numa criança saudável por Acineto-bacter**. Rev Port Pneumol. 2011.

NASCIMENTO RM, Leite AJM, Almeida NMGS, Almeida PC, Silva CF. **Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil**. Cad. Saude Publica. 2012;28(3):559-72. PMID:22415188. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300016>.

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 13, n. 2, p.268-277, jun. 2010. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1415-790x2010000200009>.

OLIVEIRA, Isabel Cristina Dos Santos. A prática da enfermagem em pediatria: reflexões na virada do milênio. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 4, núm. 1, abril, 2000, pp. 15-20 Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil.

OLIVEIRA, Max Moura de et al. **Avaliação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos**. Brasil, 2006 a 2010. Epidemiologia e Serviços de Saúde, [s.l.], v. 24, n. 4, p.629-640, out. 2015. Instituto Evandro Chagas. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742015000400005>.

OLIVEIRA, Thaís Feitosa Leitão de et al. Fatores associados à pneumonia nosocomial em indivíduos hospitalizados. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 57, n. 6, p. 630-636, Dec. 2011.

PALOMBO, Claudia Nery Teixeira et al. **Use and records of child health handbook focused on growth and development**. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [s.l.], v. 48, n., p.59-66, ago. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-623420140000600009>.

PASSONE, Eric Ferdinando Kanai. **Políticas Sociais de Atendimento às Crianças e aos Adolescentes no Brasil**. American Journal Of Educational Research, [s.l.], v. 2, n. 2, p.97-101, 15 fev. 2014.

PEDRAZA, Dixis Figueroa et al. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 26, n. 1, p.169-182, jan. 2017.

Peguero, Matilde. Pneumonia em crianças menores de cinco anos em salvador Bahia / Matilde Peguero Payano. – Salvador, 2012. 114f.

PRATO MIC, Silveira A, Neves ET, Buboltz FL. **Doenças respiratórias na infância: uma revisão integrativa**. Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped. 2014; 14(1):33-9.

RAIES, Camila Lucchini; DOREN, Francisca Márquez, TORRES, Cláudia Uribe. **Efectos Del contactopiel com piel Del reciénnacido com su madre**. Index Enferm. v.21, n.4, 2012.

Rudan, I., et al., Global estimate of the incidence of clinical pneumonia among children under five years of age. Bull World Health Organ, 2004. 82(12): p. 895-903.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. **Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas**. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, n. 1, 2009.

Scott, J.A., et al., Pneumonia research to reduce childhood mortality in the developing world. J Clin Invest, 2008. 118(4): p. 1291-300.

SILVA, Daniel Ignacio da; VERISSIMO, Maria de La Ó Ramallo; MAZZA, Verônica de Azevedo. **Vulnerabilidade no desenvolvimento infantil: influência das políticas públicas e programas de saúde**. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo , v. 25, n. 1, p. 11-18, 2015 .

SILVA, Glauco Peres da. **Desafios ontológicos e epistemológicos para os métodos mistos na ciência política**. Revista Brasileira de Ciências Sociais, [s.l.], v. 30, n. 88, p.115-129, 2 jun. 2015. ANPOCS. <http://dx.doi.org/10.17666/3088115-128/2015>.

SILVA, Leila Rangel da; CHRISTOFFEL, Marialda Moreira; SOUZA, Kleyde Ventura de. **História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança**. Texto & Contexto - Enfermagem, [s.l.], v. 14, n. 4, p.585-593, dez. 2005.

TOZI, Alessandra Altoé; CASTRO, Ingrid de Souza. Assistência De Enfermagem À Criança Hospitalizada Acometida por Pneumonia. 2011. 31 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2011.

UNICEF (United Nations Children's Fund). The state of the world's children 2014 in numbers. Every child counts. Revealing disparities, advancing children's rights. New York: UNICEF 2014.

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA. **Saúde da criança e a saúde da família/ Fabrício Silva Pessoa (Org.)**. - São Luís: EDUFMA, 2016.

YAMAGUCHI, Mirian Ueda; BERNUCI, Marcelo Picinin; PAVANELLI, Gilberto Cezar. Produção científica sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 21, n. 6, p.1727-1736, jun. 2016. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015216.07462016>.

ZAISS, M. M. et al. **The Intestinal Microbiota Contributes to the Ability of Helminths to Modulate Allergic Inflammation.** *Immunity, Cambridge* v. 43, p. 1-13, Oct. 2015.

**APÊNDICE A**  
**PEDIDO DE ISENÇÃO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E**  
**ESCLARECIDO**

Sr (a) Coordenador(a), Solicitamos ao Comitê de Ética em Pesquisa desta instituição, a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) deste projeto encaminhado para vossa apreciação.

O projeto intitulado **Principais causas de internamento hospitalar no SUS de crianças de 0 a 5 anos** trata-se de um estudo retrospectivo em registro, e, portanto, não intervencionista e que dispensa a coleta de informação direta com o sujeito de pesquisa.

As razões para solicitação da isenção do TCLE são enumeradas abaixo:

1. Levantamento retrospectivo de dados em prontuários, o que não interfere no cuidado recebido pelo paciente;
2. Não há riscos físicos e/ou biológicos para o paciente uma vez que o estudo é meramente observacional;
3. População de estudo eventualmente sem seguimento na instituição no presente (pacientes de outras localidades ou falecidos);
4. A confidencialidade da identificação pessoal dos pacientes é garantida pelo pesquisador principal e pelas técnicas de levantamento e guarda dos dados: os pacientes serão identificados apenas através de iniciais e números de registro que servem apenas para validar a individualidade da informação. Esses dados não serão objetos de análise. Por esses motivos e como o uso e destinação dos dados coletados durante este projeto de pesquisa estão descritos no mesmo, solicitamos a dispensa do referido documento.

Atenciosamente,

---

Isabela Goés dos Santos Soares

**ANEXOS - FORMULÁRIO****DADOS DEMOGRÁFICOS:**

Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: M ( )            F ( )

Raça/cor da pele: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Residente: Zona Rural ( )    Zona Urbana ( )

Município: \_\_\_\_\_

**DADOS CLÍNICOS:**

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Agente causador: \_\_\_\_\_

Ano da Hospitalização: \_\_\_\_\_

**DESFECHO CLÍNICO**

Data da internação: \_\_/\_\_/\_\_

Data da Alta: \_\_/\_\_/\_\_

Alta: Sim ( )

Não ( )

Motivo da Alta: \_\_\_\_\_

Óbito: Sim ( )

Não ( )

Remissão da Patologia: Sim ( ) Data: \_\_/\_\_/\_\_

Não ( )