



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM**

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA
ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

GEIZA LISBOA ROLIM

**CAJAZEIRAS – PB
2019**

GEIZA LISBOA ROLIM

**INTERAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA
ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem, do Centro de Formação de
Professores da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Ms. Gerlane Cristinne Bertino Vêras

**CAJAZEIRAS – PB
2019**

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

R748i Rolim, Geiza Lisboa.
Internações por condições sensíveis a atenção primária entre crianças e adolescentes atendidas em um Hospital Universitário / Geiza Lisboa
Rolim. - Cajazeiras, 2019.
62f.; il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Ma. Gerlane Cristinne Bertino Vêras.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2019.

1. Hospitalização de crianças. 2. Atenção primária à saúde. 3. Avaliação em saúde. 4. Saúde da criança. I. Vêras, Gerlane Cristinne Bertino. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 614.21-053.2

GEIZA LISBOA ROLIM

**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA
ENTRE CRIANÇAS E ADOLESCENTES ATENDIDAS EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO**

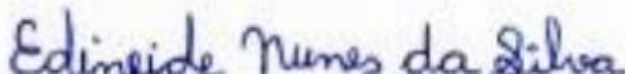
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem, do Centro de Formação de
Professores da Universidade Federal de Campina
Grande, como requisito para obtenção do título de
Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em 10/07/2019

BANCA EXAMINADORA



Profª Mestra Gerlane Cristinne Bertino Vêras
(Orientadora – ETSC/CFP/UFCG)



Profª. Mestra Edineide Nunes da Silva (Membro Examinador)

UAENF/ CFP/ UFCG



Especialista Rafaela Rolim de Oliveira (Membro Examinador)

UANEF/ CFP/ UFCG

Aos meus pais,

Que são os maiores colaboradores para a realização deste sonho, sempre me incentivando a continuar batalhando por meus ideais e me dando forças para vencer todas as dificuldades. Sou grata pela imensurável dedicação à minha vida ao longo desses anos e por me ensinar valores e princípios que os carregarei comigo por toda vida.

Com amor, DEDICO!

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sempre estar comigo e iluminar o meu caminho me dando saúde e força para superar todas as dificuldades encontradas ao longo dessa árdua jornada e assim poder concluir este trabalho, sem ele eu nada seria.

À minha família, que eu amo com todo o meu coração, por ser meu pilar de sustentação, onde encontro os subsídios que necessito para continuar minha jornada e superar as dificuldades que surgem ao longo do caminho, especialmente minha mãe, Geralda Vieira Rolim, que mesmo com poucas condições financeiras nunca medi esforços para que eu pudesse me dedicar exclusivamente aos meus estudos sempre me incentivando e me apoiando, e não permitindo que eu desistisse mesmo diante de momentos de dificuldades, ao meu pai, minha grande inspiração, um exemplo de pessoa humilde, que apesar de não ter conseguido estudar diante das circunstâncias da sua época, fez também de tudo para que eu pudesse chegar até aqui, um ser humano incrível.

À minha grande amiga professora Edineide Nunes, que esteve sempre do meu lado desde o momento em que eu decidi começar este trabalho, apesar de não poder oficialmente ter sido a minha orientadora, mas felizmente pôde contribuir de forma significativa na construção do mesmo e de uma forma especial, pessoa altamente capacitada, dedicada em tudo que faz e muito competente, e com sua rica experiência contribuiu significativamente para o meu aprendizado durante a trajetória acadêmica, um exemplo de profissional que eu carregarei como inspiração durante todo o sempre, não tenho palavras suficientes para expressar minha eterna gratidão por tudo, meu carinho por você é muito grande.

À minha orientadora professora Gerlane Cristinne Bertino Vêras, por todo seu auxílio ao longo da construção deste trabalho, por toda sua criticidade e sabedoria que só contribuíram para o avanço e crescimento da pesquisa, meu muito obrigada por primeiramente ter aceitado o desafio da orientação, diante das circunstâncias e tribulações, ela está sempre de prontidão, me ajudando e me orientando sobre os melhores caminhos a percorrer ao longo dessa jornada, é com muita satisfação que me orgulho da orientadora que tive.

À minha grande amiga Maria Indyajara da Silva Filgueiras, minha irmãzinha, pessoa muito querida que tive o imenso prazer de conhecer ao entrar no curso, e confesso que não teria chegado até aqui sem o seu apoio, ela foi minha grande incentivadora, nunca me deixou desistir, sempre com seus pensamentos muito positivos, foi um verdadeiro anjo que conheci na graduação e não quero me separar jamais, agradeço a Deus por tê-la em minha vida.

À minha amiga Dâmárys Larissa Morais, minha gratidão por tudo, não teria palavras para agradecer tudo o que fez por mim nessa reta final, obrigada por todo apoio moral que me deu, sempre se fazendo presente, me dando forças para não desistir quando eu mais pensava que não conseguiria você é mil, mora no meu coração.

À meu grande amigo Wesley Lima, pessoa que sempre se fez presente desde que entrou no curso, e nunca medi esforços para ajudar a mim e todos os demais colegas, pude contar com muito de seu apoio, fui muito feliz por tê-lo ao meu lado na graduação, amo você amigo, quero levá-lo para a vida.

Às minhas grandes amigas: Ivla Mirelle, Iolanda Dantas, Anamélia Lisboa e Isidora Patrícia por toda força, incentivo e apoio todo esse tempo, pessoas que sempre pude contar, vocês moram no meu coração, que Deus abençoe vocês.

Às minhas amigas Carol e Rafaela, por toda energia positiva, e apoio, sempre do meu lado me dizendo que daria certo, amo vocês.

Aos meus irmãos Odoniel Lisboa e Genicléia Lisboa por sempre poder contar com vocês, minhas pedrinhas preciosas! E a minha cunhada Cibelly, por toda ajuda e apoio, um verdadeiro anjo, não sei como seria sem ajuda de vocês, que Deus continue vos abençoando.

Aos amigos que a graduação me deu, Vitória, Daniele Rodrigues, Daniele Barbosa, Catarina, Mateus Filgueiras, Mateus Andrade, Larissa e Hemeson, Deus colocou vocês na minha vida com um propósito e eu só tenho a agradecer, Amo muito todos vocês, ficarão guardados em um espaço especial no meu coração, vocês conseguiram suavizar todo o processo sofrido que percorremos ao longo da graduação.

Sou grata ao Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Melo (HUJB), pois além de ter sido fonte de conhecimentos teórico-prático ao longo do estágio supervisionado II, ainda foi o protagonista dessa pesquisa, agradeço em especial ao Chefe do Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação (SGPTI) David Oliveira Lopes por não medir esforços para nos ajudar na construção desse trabalho e está sempre a disposição, tem todo o meu respeito e admiração.

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou quem gostaria de ser, não sou quem poderia ser não sou o que deveria ser não sou o que irei ser, mas graças a Deus, não sou quem eu era”.

(Martin Luther King)

ROLIM, Geiza Lisboa. **Internações por condições sensíveis a atenção primária entre crianças e adolescentes atendidas em um hospital universitário** 2019, 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

RESUMO

As crianças e adolescentes são considerados pessoas vulneráveis ao adoecimento, por vezes são submetidas ao processo de hospitalização que pode desencadear traumas psicológicos. Dentre as principais doenças que acometem as crianças hospitalizadas destacam-se os problemas respiratórios, seguindo de doenças infecciosas e parasitárias e afecções originadas no período perinatal, considerados como condições sensíveis à Atenção Primária. Neste contexto, a presente pesquisa objetivou-se conhecer o perfil das internações por condições sensíveis à Atenção Primária entre crianças e adolescentes atendidas em um Hospital Universitário. Tratou-se de um estudo descritivo, quantitativo, epidemiológico, retrospectivo e de caráter documental, cuja população foi constituída por 618 casos de internações de crianças e adolescentes atendidos no ano de 2018 no Hospital Universitário Júlio Bandeira, é um recorte de uma pesquisa maior intitulada: *Perfil clínico-epidemiológico e de qualidade da cobertura assistencial em um hospital universitário*, cadastrada na plataforma Brasil e autorizada pelo parecer nº 2.672.468 do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Campina Grande. Os resultados apontam que 43,53% das 618 internações ocorreram em pacientes na faixa etária de 01 a 04 anos, 52,75% da amostra é do gênero masculino e 46,60% residem na cidade de Cajazeiras, cidade sede do Hospital Universitário. Em relação às causas de internação 52,91% ocorreram por Causas Sensíveis a Atenção Primária com destaque para as doenças do aparelho respiratório, principalmente a pneumonia bacteriana não especificada 14,07%, seguidas de infecção do trato urinário 8,57 %, gastroenterites 5,50% e asma 2,26%. Em relação aos desfechos, houve o predomínio de altas hospitalares 93,85%, seguido de 5,50% de casos de transferência interinstitucional, 0,48% de óbitos e 0,16% de desistência de tratamento. Verifica-se que o presente estudo alcançou os objetivos previstos, uma vez que foi possível conhecer o perfil das internações por condições sensíveis à Atenção Primária entre crianças e adolescentes atendidos em um Hospital Universitário. As principais Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária identificadas foram pneumonias, infecção do trato urinário, gastroenterites e asma. Foram registrados cinco óbitos no período estudado, dos cinco somente um foi institucional, ou seja, ocorreu após a internação, enquanto que os demais foram considerados hospitalares. Constatou-se um alto percentual de internações por causas sensíveis a atenção básica, diante do exposto faz-se necessário o desenvolvimento de um trabalho em rede, com ênfase para o planejamento e implantação de ações multisetoriais e multiprofissionais para o fortalecimento da atenção básica, o que certamente diminuirá o número de hospitalizações por causas sensíveis a atenção primária entre crianças e adolescentes.

Descritores: Atenção Primária à Saúde. Avaliação em Saúde. Hospitalização. Saúde da Criança.

ROLIM, Geiza Lisboa. **Care hospitalizations are sensitive among children and adolescents attending a university hospital.** 2019, 62f Work Completion of Course (Graduation in Nursing) – Federal University of Campina Grande, Cajazeiras, 2019.

ABSTRACT

Children and adolescents are considered to be people who are vulnerable to illness and are sometimes subjected to the hospitalization process that can trigger psychological trauma. Among the main diseases that affect hospitalized children are respiratory problems, followed by infectious and parasitic diseases and conditions originating in the perinatal period, considered as conditions sensitive to primary care. In this context, the present study aimed to know the profile of hospitalizations due to conditions sensitive to Primary Care among children and adolescents attended at a University Hospital. This was a descriptive, quantitative, epidemiological, retrospective and documental study whose population was constituted by 618 cases of admissions of children and adolescents attended in 2018 at Hospital Universitário Júlio Bandeira, is a cut from a larger research entitled : Clinical-epidemiological profile and quality of care coverage in a university hospital, registered in the Brazil platform and authorized by the opinion No. 2.672.468 of the Ethics and Research Committee of the Federal University of Campina Grande. The results indicate that 43.53% of the 618 hospitalizations occurred in patients aged 01 to 04 years, 52.75% of the sample is male and 46.60% are in the city of Cajazeiras, the city where the University Hospital is located. Regarding the causes of hospitalization, 52.91% occurred due to Primary Care Sensitive Causes, especially respiratory diseases, especially unspecified bacterial pneumonia 14.07%, followed by urinary tract infection 8.57%, gastroenteritis 5 , 50% and asthma 2.26%. Regarding the outcomes, the prevalence of hospital discharge was 93.85%, followed by 5.50% of cases of interinstitutional transfer, 0.48% of deaths and 0.16% of withdrawal of treatment. It is verified that the present study reached the expected objectives, since it was possible to know the profile of hospitalizations due to conditions sensitive to Primary Care among children and adolescents attended at a University Hospital,. The main hospitalizations for identified Primary Care Conditions were pneumonia, urinary tract infection, gastroenteritis and asthma. Five deaths were recorded in the study period; of the five, only one was institutional, that is, it occurred after hospitalization, while the others were considered hospital. In view of the above, it is necessary to develop a network, with an emphasis on the planning and implementation of multisectoral and multiprofessional actions to strengthen basic care, which will certainly decrease the number of hospitalizations for sensitive primary care causes among children and adolescents.

Descriptors: Primary Health Care. Health Assessment. Hospitalization. Child Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AB	Atenção Básica
BI	Business Intelligence
CAAE	Certificação de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CSAP	Condições sensíveis a Atenção Primária
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HCPA	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
HUF	Hospital Universitário Federal
HUJB	Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internação por condições sensíveis a atenção primária
IU	Infecção Urinária
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SI	Sistema de Informação
ST	Saúde do Trabalhador
SIH	Sistema de informações hospitalares
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Campina Grande

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADRO 01: Décima revisão de classificação internacional de doenças (CID-10): lista de condições sensíveis à atenção primária.....	25
TABELA 01: Distribuição de dados sócio demográficos da amostra. Cajazeiras-PB, 2018.....	38
TABELA 02- Distribuição de internações por cidades. Cajazeiras-PB, 2018.....	39
TABELA 03- Distribuição do número de internações por mês. Cajazeiras-PB, 2018.....	40
TABELA 04- Distribuição de Internações Por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Cajazeiras-PB, 2018.....	41
TABELA 05- Distribuição de eventos relacionados ao desfecho das internações por mês. Cajazeiras-PB, 2018.....	46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	Erro! Indicador não definido.	4
2 OBJETIVOS	Erro! Indicador não definido.	7
2.1 GERAL.....	Erro! Indicador não definido.	8
2.2 ESPECÍFICOS	Erro! Indicador não definido.	8
3 REVISÃO DE LITERATURA	Erro! Indicador não definido.	9
3.1 Níveis de assistência à saúde com ênfase na hospitalização infante juvenil: aspectos históricos e conceituais		20
3.2 Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária		24
4 METODOLOGIA		32
4.1 TIPO DE ESTUDO		33
4.2 LOCAL DA PESQUISA		33
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA		34
4.4 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS		34
4.5 ANÁLISE DE DADOS		36
4.6 ASPÉCTOS ÉTICOS DO ESTUDO.....		36
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES		37
5.1 Caracterização dos Participantes do Estudo		38
5.2 Dados Específicos do Estudo		40
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	Erro! Indicador não definido.	7
REFERÊNCIAS		49
APÊNDICES		57
APÊNDICE A- Instrumento para coleta de dados.....		58
ANEXOS		60
ANEXO A - Termo de Solicitação de Anuência.		61
ANEXO B - Parecer Consubstanciado do CEP.....		62

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro ficou marcado por um modelo individual e curativista após a crise do sistema previdenciário, contudo surgiu à necessidade de uma reformulação no sistema de saúde, que se deu por meio dos movimentos sociais, culminando na criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (AGUIAR, 2015), o qual se trata de um conjunto de ações e serviços de saúde integrados de forma regionalizada e hierarquizada, regulamentado no Brasil na década de 90 para assegurar saúde a todos os indivíduos, por meio do cumprimento de seus princípios e diretrizes como universalidade, integralidade e descentralização (YAMAGUCHI, 2014).

Partindo do modelo de atenção baseado na resolução de problemas de saúde e na organização de um sistema criado pela Constituição, é que o SUS tem instituído a Rede de Atenção à Saúde (RAS), que tem como base e centro de comunicação a Atenção Básica (AB), que é principal porta de entrada no sistema (MENDES, 2011 e COSTA, 2014). Nessa perspectiva a proposta de implantação da RAS se deu por meio de discussões dos gestores que compõem o sistema, foi institucionalizada por meio de publicações de Portarias e Decreto Presidencial que dispôs sobre a organização do SUS, de forma articulada e em regiões de saúde (CONASS, 2015).

Como elemento constituinte da RAS, a estrutura operacional atua proporcionando a junção dos pontos de atenção à saúde, que são os diferentes serviços de saúde se distribuindo nos três níveis de organização do cuidado: primário, secundário e terciário. Tal união deve se apoiar no diálogo horizontal entre todos os serviços de saúde e nos sistemas logísticos e sistema de governança, os mesmos instituídos para o funcionamento da RAS (MOLL, 2017).

A definição da RAS dos níveis de atenção à saúde vem para substituir o modelo dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, que defendem uma visão de estrutura hierárquica, definida por níveis de “complexidades” crescentes, onde a AB não se comunica fluidamente com a atenção secundária dessa forma, e estes por sua vez também não se comunicam com o nível de atenção terciária à saúde, a RAS rompe com esse modelo substituindo a concepção de hierarquia pela de poliarquia, organizando o sistema perante a forma de uma rede horizontal de atenção (CURITIBA, 2014).

De acordo com dados da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, 2014 o Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello – HUJB criou-se a partir da Resolução do Conselho Universitário nº 02 de 2012, após a doação do Instituto Materno Infantil Dr. Júlio Maria pelo município de Cajazeiras para a Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Nessa perspectiva o HUJB exerce um importante papel na RAS, por se tratar do único hospital de referência em média complexidade em pediatria, para a microrregião de saúde (BATISTA *et al.*, 2016).

A hospitalização é um processo complexo tanto para a criança quanto para o familiar, pois afeta a criança como um todo causando desconforto e medo do ambiente desconhecido. Dessa forma esse processo só deve ser recorrido quando uma determinada doença não pode ser tratada ao nível da AB, e esse deve ser o objetivo das equipes de saúde nos mais diversos serviços (GONÇALVES *et al.*, 2017).

Em consonância com o que foi discutido em relação à saúde da criança e do adolescente e as condições sensíveis, se faz necessário abordar as principais doenças que acometem as crianças hospitalizadas, que de acordo com dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS) foi constatado que 55,6% das hospitalizações foram devido a problemas respiratórios, 14,8% por doenças infecciosas e parasitárias e 12,9% por afecções originadas no período perinatal, condições estas sensíveis aos cuidados da atenção primária (PREZOTTO *et al.*, 2017).

Neste sentido, com base nos dados do Aplicativo de Gestão de Hospitais Universitários do HUJB esta pesquisa se aporta no seguinte questionamento: qual o perfil das internações por condições sensíveis a atenção primária entre crianças e adolescentes atendidas em um Hospital Universitário?

Justificando-se pela necessidade de conhecer a eficácia da RAS, uma vez que este estudo ao identificar causas de internação em um hospital universitário, constatará se o tipo de atendimento realizado está de acordo com a complexidade do serviço, pois a AB responde por um conjunto de ações de saúde de promoção, proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, já a atenção secundária e terciária são responsáveis por atender agravos à saúde que necessitem de uma densidade tecnológica maior e de resolubilidade de assistência mais complexos e quando esses papéis são invertidos, temos uma lotação dos serviços de media e alta especialidade. Este estudo é relevante tendo em vista o aumento do número de internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (CSAP) no âmbito hospitalar pediátrico, e sendo as Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária (ICSAP) um indicador indireto que avalia o acesso e qualidade a APS.

2.1 GERAL

Conhecer o perfil das internações por condições sensíveis à Atenção Primária entre crianças e adolescentes atendidas em um Hospital Universitário.

2.2 ESPECÍFICOS

Identificar as principais causas de internação entre crianças e adolescentes atendidos em um Hospital Universitário.

Verificar a prevalência das doenças que acometem os internos de acordo com a faixa etária e sexo.

Conhecer os desfechos das internações realizadas no período estudado.

3.1 Níveis de assistência à saúde com ênfase na hospitalização infanto juvenil: aspectos históricos e conceituais

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aborda a definição dos sistemas de atenção à saúde como sendo o conjunto de atividades cujo propósito primário é promover, restaurar e manter a saúde de uma população. Nessa perspectiva os sistemas de atenção à saúde tratam-se de respostas sociais, organizadas intencionalmente para responder às necessidades, demandas e representações das populações, em determinada comunidade e em certo espaço de tempo (WHO, 2000; CURITIBA, 2014)

O SUS trata-se de um sistema criado no Brasil no ano de 1988 com o objetivo de garantir para todo e qualquer cidadão brasileiro o acesso à saúde de forma gratuita. Com a sua implantação o sistema foi unificado, tendo em vista que antes da sua criação a saúde ficava sob responsabilidade de vários ministérios e dessa forma descentralizou a gestão, diante deste cenário pós implantação do SUS, a saúde passa a ser administrada por estados e municípios deixando de ser exclusividade do Poder Executivo e Federal (ALMEIDA *et al.*, 2015).

A estruturação do SUS se baseia nos três níveis de atenção: a AB, a atenção de média e alta complexidade, no entanto se faz necessário ressaltar a importância da AB, pois a mesma apresenta características de um modelo descentralizado de atenção e serviços, contando com a participação do indivíduo no prestação do seu próprio cuidado; é eficaz e resolutiva e busca identificar riscos, necessidades e demandas de saúde por meio de uma clínica expandida visando associar diferentes tecnologias de cuidado individual e comunitário, com a finalidade de estabelecer vínculos positivos e intervenções clínicas sanitariamente efetivas (SOARES, 2018).

Conforme a Portaria nº 4.279/ 2010, a atenção secundária é composta pelos serviços especializados em níveis ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária, tradicionalmente interpretada como procedimentos de média complexidade. O nível em questão desempenha papel imprescindível na resolubilidade e integralidade do cuidado, com extensão do acesso a consultas e exames especializados, funcionando em conjunto com a AB atendendo encaminhamentos provenientes da mesma (ERDMANN, 2013).

Com a instituição do SUS e unificação do sistema a APS passa a atuar representando a porta de entrada principal para a utilização dos serviços de saúde pela população em geral em todos os níveis de complexidade. A mesma vem se desenvolvendo há dezenas de anos e recebendo diversas denominações e abordagens, tendo sido observado que com a evolução dos conceitos e práticas tanto no âmbito internacional como nacional, a definição de “cuidados primários” referente a AB evoluiu em demasia até chegar a atual denominação (MARSIGLIA, 2012).

A AB é a assistência sanitária primordial e acessível para todos os indivíduos e todas as famílias de uma comunidade com plena participação e a um custo acessível para as mesmas. Este núcleo de sistema de saúde forma a parte integral do desenvolvimento socioeconômico geral da população de um país (WHO, 2015).

Possuindo um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas e cumprindo o papel estratégico na rede de atenção, a AB serve como base para o seu ordenamento e efetivação da integralidade. No entanto é necessário que a mesma tenha uma alta resolutividade dos problemas de saúde, e tenha capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), assim como também muito importante à articulação da AB com outros pontos da RAS (BRASIL, 2017).

Matta e Morosini (2009) apresentam que no Brasil a AB incorpora os princípios da Reforma Sanitária, levando o SUS a adotar a designativa Atenção Básica à Saúde (ABS) para dar ênfase à reorganização de um modelo assistencial, partindo de um sistema universal e integrado de atenção à saúde e representando o primeiro nível de atenção dentro dos sistemas de saúde.

Ao abordar a importância da AB e seu papel na organização dos sistemas de saúde, é notória a necessidade de fazer resgate ao contexto histórico em que a mesma está inserida, iniciando com o marco da ideia de AB, onde foi utilizada pela primeira vez no Relatório Dawson, publicado em 1920, trazendo o conceito de AB como nível de atenção responsável pela organização dos sistemas nacionais de saúde, onde no qual foi proposta a reestruturação do modelo de atenção à saúde na Inglaterra em serviços organizados segundo os níveis de complexidade e os custos do tratamento. Desta forma centros de saúde primários deveriam resolver a maior parte dos problemas de saúde da população e funcionar como a porta de entrada e núcleo do sistema, de forma vinculada e com o suporte de centros de saúde secundários e hospitais de ensino (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Essas propostas estiveram presentes na base da criação do Sistema Nacional de Saúde na Inglaterra e implantaram um conjunto de dimensões ainda centrais nas discussões contemporâneas a respeito da organização de sistemas de saúde com ênfase na APS, como a atenção ao primeiro contato, à hierarquização dos níveis de atenção à saúde e a regionalização a partir de bases populacionais (PORTELA, 2017).

Outro marco histórico da AB é a Declaração de Alma-Ata, cidade da URSS, onde em 1978 se realizou a “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde” (LAVRAS, 2011). Alguns debates internacionais, históricos no movimento sanitário mundial, contribuíram para as diretrizes da nova forma de se entender saúde e na produção social, como a conferência internacional sobre cuidados primários a saúde, em que de acordo com Aguiar (2015), a partir da conferência de Alma Ata, com o objetivo principal de discutir a promoção da saúde para todos os povos do mundo através da atenção primária como modelo de reforma nos sistemas de

serviços de saúde, passando a ser difundido na América Latina e no Brasil com o apoio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), o conceito de APS (SUMAR; FAUSTO, 2014).

Dessa forma uma das estratégias para alcançar os objetivos do SUS é a consolidação de um modelo de APS eficaz e resolutivo, que responda efetivamente às necessidades de saúde da população em relação a um grupo extenso de doenças e riscos (SOUSA, 2016).

A AB se diferencia da atenção secundária pelo tempo de consultas, com esta última se destacando com consultas de curta duração, e diferencia-se da atenção terciária por a mesma tratar de enfermidades a longo prazo, e por várias outras características, neste sentido a AB costuma lidar com os problemas comuns e mais definidos em geral em unidades comunitárias como consultórios, centros de saúde, escolas e domicílio, onde desta maneira os pacientes têm acesso direto a uma fonte adequada de atenção que é continuada, ao longo do tempo e inclui assistência aos diversos problemas de saúde com vista em ações preventivas do cuidado (STARFIELD, 2002).

Na atenção secundária são abordados níveis de assistência ambulatorial e de internações, com esta última se tratando de um processo marcado por diversos sentimentos e frustrações principalmente para a criança, como insegurança, desconforto, e, além disso, o menor ainda acaba por apresentar na maioria das vezes uma combinação de ansiedade com o medo do desconhecido, pelo fato da criança estar auxiliada por várias pessoas estranhas, como é visto para ela, além da mesma estar inserida em um ambiente desconfortável (GONÇALVES, 2017).

A definição de hospitalização remete a permanência no ambiente hospitalar em um período superior a 24 horas, é um evento frequente na primeira infância e na idade pré-escolar, e em âmbito mundial responde por quase metade dos gastos públicos com saúde, custos estes que variam de acordo com as características da doença que levou à hospitalização bem como a idade do indivíduo, grupos extremos de idade e doenças raras podem aumentar ainda mais os custos em consequência de demanda de cuidados de saúde de alta especialidade (SILVA *et al.*, 2017).

Trata-se a hospitalização de um processo complexo tanto para a criança quanto para o familiar, pois afeta a criança como um todo causando desconforto e medo do ambiente desconhecido, dessa forma esse processo só deve ser recorrido quando uma determinada doença não pode ser tratada ao nível da atenção primária a saúde, e esse deve ser o objetivo das equipes de saúde nos mais diversos serviços (GONÇALVES *et al.*, 2017).

De acordo com Gomes, Fernandes e Nóbrega (2016), a hospitalização é tida como um acontecimento frustrante na vida do ser humano, uma vez que engloba uma série de fatores como o declínio da condição de saúde e o afastamento do contexto familiar e social. Tal fato ganha maiores proporções quando se trata de um acontecimento na infância, pois além de implicar mudanças na rotina de toda a família, pode desencadear alterações no desenvolvimento infantil e consequências que podem perdurar por toda a existência, entre elas a ansiedade.

A criança, a família e equipe de saúde sofrem diversas repercussões emocionais no âmbito da hospitalização, que podem refletir de maneira negativa no cuidado da criança, dessa forma devem ser desenvolvidas ações integradas e holísticas para com a tríade, tendo em vista serem muitas situações estressoras relacionadas ao processo de adoecimento, hospitalização e tratamento em que estão inseridos (CHORNEY; KAIN, 2010).

No ambiente hospitalar a criança sente a presença da família como fonte de força e segurança necessária para enfrentar o medo, a dor e os demais sentimentos gerados em função da doença e da hospitalização (PRATO *et al.*, 2014).

O ambiente hospitalar é visto de maneira hostil para a criança, e a família sofre com os períodos de insegurança em relação ao quadro clínico da criança, em decorrência da possibilidade de piora da condição clínica com risco de morte. É importante a atenção destinada à criança hospitalizada e sua família com o intuito de promover a proteção das condições saudáveis do desenvolvimento (CREPALDI; RABUSKE; GABARRA, 2006).

Existem várias maneiras eficazes no alívio do desconforto e medo da criança na fase de internamento. Dentre elas pode-se começar deixando a criança familiarizada com o ambiente hospitalar conduzindo a mesma antes da internação, caso esteja confirmada, para conhecer o local para que entenda o funcionamento bem como procedimentos hospitalares. Apresentar a equipe de Pediatria, mostrando que a mesma não se encontra sozinha, no ambiente desconhecido. Há determinados hospitais que oferecem atividades lúdicas para as crianças em fase de hospitalização sentirem-se acolhidas e confortáveis, tendo também a família no acompanhamento, observando a melhora do estado de saúde do filho e o empenho da equipe de enfermagem ao cuidar com atenção deste ser internado (VAKILI *et al.* , 2015).

Os adolescentes apresentam fragilidades, quando comparados à população em geral, em virtude de diversos fatores inerentes a esta fase da vida, como o crescimento físico, cognitivo e social. Nessa perspectiva a vivência de uma hospitalização devido à situação de doença pode trazer efeitos traumáticos para o seu progresso (AFONSO; JORGE, 2014).

Para os adolescentes a experiência do internamento, pode causar danos emocionais que na maioria das vezes não são fáceis de serem expressos. Portanto, em decorrência disto podem apresentar um conflito interno, necessitando de um manejo adequado pela equipe de saúde que esteja prestando os cuidados (GOMES *et al.*,2012)

Dessa forma destaca-se a importância da atuação dos profissionais de saúde, que além de assistencialistas executam ações de educação em saúde, por isso faz-se necessário que eles expliquem e orientem os familiares e acompanhantes, passando as informações necessárias e desta forma tranquilizando os mesmos, além de poderem está usando da ajuda deles a seu favor, pois a partir do momento que os acompanhantes são orientados sobre a real situação de saúde de seus filhos eles conseguem se tranquilizar e acalmar o indivíduo hospitalizado, fazendo assim

com que a equipe de saúde possa está realizando seu trabalho de forma eficaz com os pacientes e familiares colaborativos (AZEVEDO; CREPALDI; JUNIOR, 2017).

A equipe de saúde que atua diretamente prestando cuidados deve ser resolutiva o máximo possível, esclarecendo as possíveis dúvidas que surgem, transmitindo confiança aos acompanhantes e fazendo com que o cuidado seja humanizado conseguindo assim alcançar um trabalho resolutivo, fazendo-se indispensável também que o profissional procure alternativas que busquem interagir entre acompanhantes e crianças para que fiquem claras as informações sobre o processo de tratamento (CÔA; PETTENGILL, 2011).

3.2 Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária

O termo *ambulatory care sensitive conditions*, traduzido livremente para o português como Condições Sensíveis à Atenção Básica (CSAB), foi desenvolvido por Billings *et al* na década de 1990 e tem sido utilizado como instrumento avaliativo do acesso de qualidade e efetividade da atenção primária (BILLINGS, ZEITEL *et al.*, 1993).

O serviço de atenção básica precisa está em pleno funcionamento para que os outros serviços fluam da mesma forma, pois a AB atua desenvolvendo diversas atividades de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de patologias agudas, além de fazer o controle e acompanhamento de patologias crônicas, o que estando em bom funcionamento reflete diretamente na qualidade da assistência do setor secundário de atenção atuando para reduzir as internações hospitalares desnecessárias (PEREIRA; SILVA; NETO, 2014).

A resolubilidade da atenção básica é diretamente proporcional à demanda de internações hospitalares, uma vez que isso não acontece de forma efetiva, às demandas na atenção secundária aumenta o que gera uma sobrecarga no sistema, criando despesas evitáveis devido às Internações Por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (ELIAS; MAGAJEWSKI, 2008; CAMPOS; THEME-FILHA, 2012).

Quando se pensa na interpretação das internações por condições sensíveis à atenção primária, existem diferenças entre alguns termos, internações sensíveis, evitáveis ou inapropriadas. São inúmeras características que podem determinar o uso inadequado dos serviços de saúde, como características sociodemográficas da população, padrões de utilização dos serviços, atitudes em face do tratamento, variações na prevalência de doenças na população, inexistência de rede de proteção social, barreiras de acesso, dotação de recursos insuficiente, incapacidade organizativa para gerenciar processos, manejo clínico inadequado, facilidade de acesso à atenção especializada e hospitalar bem como baixa ou nula coordenação do primeiro nível assistencial (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

De acordo com o autor supracitado esse indicador foi utilizado no Brasil, pelo Ministério da Saúde (MS), a partir do ano de 2007, com a constituição de um grupo técnico que

alcançou levantamento e revisão das listas existentes, tanto nacionais quanto internacionais de CSAB.

Em meio à seleção dos critérios que foram escolhidos para nortear a escolha dos diagnósticos para estruturação da lista brasileira, se destacaram o fato de que deveriam ser de fácil diagnóstico, possuir evidências científicas sensíveis à APS e que esse nível de atenção disponibilizasse meios de resolver a condição e/ou prevenir os fatores que culminariam em internação hospitalar, além disso, os grupos de causa analisados não poderiam ser considerados raros e nem induzidos por aportes financeiros. Após análises e discussões, a lista brasileira foi construída, levando-se em consideração o contexto de saúde e perfil epidemiológico do país (SOUSA *et al.*, 2016).

No ano seguinte, analisando sua relevância no campo de pesquisa de avaliações do funcionamento da AB, o MS publica a portaria nº 221 de 17 de abril no ano de 2008, que institui a criação da lista Brasileira de ICSAP, estimulados em razão da existência de listas em outros países; levando-se em consideração as variedades das condições de saúde e de processo de adoecimento da nossa população (BRASIL, 2008). Baseado na necessidade de inclusão dos indicadores da atividade hospitalar assim como também fazendo uso indireto para medir o funcionamento da atenção básica, é apresentado à lista Brasileira de ICSAP com seus referentes agrupamentos por causas de internações e diagnóstico, de acordo com a décima Revisão de Classificação Internacional de Doenças (CID-10), como mostrado no quadro 1 a seguir.

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1	Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite por Haemophilus	G00.0
001	Meningite Tuberculosa	A17.0
1,11	Tuberculose miliar	A19
1,12	Tuberculose Pulmonar	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
1,16	Outras Tuberculoses	A18
1,17	Febre reumática	I00 a I02
1,18	Sífilis	A51 a A53
1,19	Malária	B50 a B54
001	Ascariíase	B77
2	Gastroenterites Infeciosas e complicações	

2,1	Desidratação	E86
2,2	Gastroenterites	A00 a A09
3	Anemia	
3,1	Anemia por deficiência de ferro	D50
4	Deficiências Nutricionais	
4,1	Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	E40 a E46
4,2	Outras deficiências nutricionais	E50 a E64
5	Infecções de ouvido, nariz e garganta	
5,1	Otite média supurativa	H66
5,2	Nasofaringite aguda [resfriado comum]	J00
5,3	Sinusite aguda	J01
5,4	Faringite aguda	J02
5,5	Amigdalite aguda	J03
5,6	Infecção Aguda VAS	J06
5,7	Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	J31
6	Pneumonias bacterianas	
6,1	Pneumonia Pneumocócica	J13
6,2	Pneumonia por Haemophilus influenzae	J14
6,3	Pneumonia por Streptococcus	J15.3, J15.4
6,4	Pneumonia bacteriana NE	J15.8, J15.9
6,5	Pneumonia lobar NE	J18.1
7	Asma	
7,1	Asma	J45, J46
8	Doenças pulmonares	
8,1	Bronquite aguda	J20, J21
8,2	Bronquite não especificada como aguda ou crônica	J40
8,3	Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	J41
8,4	Bronquite crônica não especificada	J42
8,5	Enfisema	J43
8,6	Bronquectasia	J47
8,7	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas	J44
9	Hipertensão	
9,1	Hipertensão essencial	I10
9,2	Doença cardíaca hipertensiva	I11
10	Angina	
10,1	Angina pectoris	I20
11	Insuficiência Cardíaca	
11,1	Insuficiência Cardíaca	I50
11,3	Edema agudo de pulmão	J81
12	Doenças Cerebrovasculares	
12,1	Doenças Cerebrovasculares	I63 a I67; I69, G45 a G46
13	Diabetes melitus	
13,1	Com coma ou cetoacidose	E10.0, E10.1, E11.0, E11.1, E12.0, E12.1; E13.0, E13.1; E14.0, E14.1
13,2	Com complicações (renais, oftálmicas, neurol., circulat., periféricas, múltiplas, outras e NE)	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
13,3	Sem complicações específicas	E10.9, E11.9; E12.9, E13.9; E14.9

14	Epilepsias	
14,1	Epilepsias	G40, G41
15	Infecção no Rim e Trato Urinário	
15,1	Nefrite túbulo-intersticial aguda	N10
15,2	Nefrite túbulo-intersticial crônica	N11
15,3	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica	N12
15,4	Cistite	N30
15,5	Uretrite	N34
15,6	Infecção do trato urinário de localização NE	N39.0
16	Infecção da pele e tecido subcutâneo	
16,1	Erisipela	A46
16,2	Impetigo	L01
16,3	Abscesso cutâneo furúnculo e carbúnculo	L02
16,4	Celulite	L03
16,5	Linfadenite aguda	L04
16,6	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo	L08
17	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos	
17,1	Salpingite e ooforite	N70
17,2	Doença inflamatória do útero exceto o colo	N71
17,3	Doença inflamatória do colo do útero	N72
17,4	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas	N73
17,5	Doenças da glândula de Bartholin	N75
17,6	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva	N76
18	Úlcera gastrointestinal	
18	Úlcera gastrointestinal	K25 a K28, K92.0, K92.1, K92.2
19	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto	
19,1	Infecção no Trato Urinário na gravidez	O23
19,2	Sífilis congênita	A50
19,3	Síndrome da Rubéola Congênita	P35.0

Fonte: Ministério da Saúde, 2008.

A lista de doenças que investigam as ICSAP já vem sendo utilizada como instrumento avaliativo, e, no entanto sua criação e consequente utilização precisa está correlacionada e direcionada as realidades e contextos das diferentes situações de saúde em todo o território nacional (BRASIL, 2008).

Alfradique *et al* (2009) caracterizam as CSAP, como um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva ação da APS diminuiria o risco de internações. Essas atividades incluem ações como a prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce de patologias agudas e o ideal controle e acompanhamento de patologias crônicas, tendo como consequência a redução das internações hospitalares relacionadas a estas patologias.

O acompanhamento das ICSAP se mostra com uma importante medida para avaliar a efetividade da Estratégia Saúde da Família (ESF), quando em comparativo com a atenção à saúde tradicional. Alguns estudos avaliaram a ESF como um modelo mais equitativo na atenção

às necessidades da população, ao demonstrar relação inversa entre hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária e serviços ambulatoriais estruturados, e aponta-se a AB como método prioritário na redução de custos bem como no melhoramento dos sistemas de saúde (EGGLI *et al.*, 2014; BRASIL; COSTA, 2016).

A partir de um estudo descritivo realizado por Boing *et al* (2012), para avaliar a prevalência destas doenças que mais acometiam a comunidade no período de 1998 a 2009 no Brasil, e desta forma após as avaliar, classificou-as na seguinte ordem: Gastroenterites, Insuficiência cardíaca e Asma (BOING *et al*, 2012). No estado de Minas Gerais, um estudo realizado por Bastos *et al* (2014) nos moldes de um estudo ecológico, no qual buscava-se correlacionar a presença das ICSAP com as taxas de cobertura de ESFs, observou-se a seguinte classificação: Gastroenterites, Infecção de rim e Trato urinário, Doenças cerebrovasculares, Pneumonia bacteriana pulmonar, Angina pectoris, Diabetes mellitus e Asma.

No entanto recomenda-se aos responsáveis pela avaliação dos sistemas de saúde que ao fazerem uso das ICSAP como indicador de desempenho, deve levar em consideração bem como avaliar as taxas ajustadas por idade, as coberturas de planos de saúde e devem estar excluídos os partos do total de internações, em virtude de abranger somente uma parcela do público feminino e, portanto também não se caracterizando como uma patologia (ALFRADIQUE *et al.*, 2009).

Ademais se observa que as principais causas de doenças que acometem crianças e adolescentes a partir de estudos realizados no Brasil, constatou-se que as causas de internação que mais afetam crianças de um a quatro anos foram gastroenterites, asma e pneumonias (OLIVEIRA; COSTA; MATHIAS, 2012). Para três municípios da região Noroeste do estado do Paraná, as duas principais causas de ICSAPs, no período de 1998 a 2009, foram as doenças do aparelho respiratório (55,6%) e doenças infecciosas e parasitárias (14,8%) (MOURA *et al.*, 2010).

Entretanto o que se observa é que existe uma carência de mais pesquisas que tratem dos principais diagnósticos sensíveis à AP nos diferentes períodos da infância, levando em conta que em cada fase do crescimento e desenvolvimento as crianças podem se mostrar com um perfil de saúde/doença específico, cada uma (PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015). E dessa forma conhecer as causas que mais acometem crianças e adolescentes independentemente da faixa etária e assim poder ajudar a identificar falhas em outros níveis de atenção o que faz com que contribua dessa forma para intervenções que possam reduzir essas causas nesse público.

Nessa perspectiva de assistência aos diversos grupos populacionais, se destaca o público infantil, que se trata de uma categoria vulnerável às patologias e suas complicações, é alvo de inúmeras políticas, programas e metas de saúde que buscam auxiliar o aumento da qualidade de vida bem como reduzir a morbimortalidade das crianças (BRASIL, 2004).

Diante de uma situação que vivencia e prevê aumento da demanda por serviços de saúde para a população brasileira, a análise da incidência de doenças relacionadas às causas

evitáveis de morte representa um interessante fator a ser analisado. As causas evitáveis de morte são aquelas passíveis de evitar por ações de prevenção e promoção da saúde, que estejam acessíveis em um determinado tempo e local, e que, instituídas pelas autoridades governamentais, têm um papel importante no combate a essas causas (MALTA 2007).

No Brasil, entre os anos de 1998 e 2008, foi possível preservar a vida de mais de 26 mil crianças com a redução na taxa de mortalidade infantil. No entanto, no mesmo período, 81 mil adolescentes brasileiros, entre 15 e 19 anos, foram assassinados. Com estes dados, ficou evidente que ações de êxito minimizaram o número de mortes de crianças no país; contudo, há o reconhecimento de que esses adolescentes apresentam vulnerabilidades especiais relacionadas à saúde (UNICEF, 2011).

Diante de algumas doenças relatadas como prevalentes em alguns grupos etários ressalta-se a asma que é uma doença crônica mais prevalente na infância e com importante impacto na economia, faltas na escola e afetando diretamente a qualidade de vida nesta faixa etária. Caracteriza-se por inflamação crônica, hiper-responsividade brônquica e limitação variável ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente ou com uso de broncodilatadores. Necessita desta forma, de terapia medicamentosa continuada para controle dos sintomas e prevenção de crises agudas (VERAS, SAKAE, 2010).

São comuns as crises em crianças com asma, o que gera muitas visitas ao pronto-socorro e internações em unidade de terapia intensiva. Apesar da maioria das crianças asmáticas terem um quadro estável, um grande número apresenta exacerbações graves com necessidade de internação hospitalar. Nas fases lactentes e pré-escolares, devido à heterogeneidade dos quadros respiratórios obstrutivos, o quadro é mais pessimista. Sibilância induzida por vírus representa um grande desafio em termos de manejo adequado. No Brasil, estudo recente de Solé et al. concluiu que entre crianças de 6 e 7 anos e adolescentes de 13 e 14 anos a prevalência média de asma ativa correspondeu a 24,3% e 19%, respectivamente (SOLE *et al.*, 2006).

Contudo nota-se que doenças como: pneumonias, gastroenterites e asma ainda constituem causas importantes de internações entre crianças, apesar de serem doenças preveníveis e tratáveis com o uso de tecnologias de baixo custo atualmente disponíveis. Quando analisadas as internações gerais, a realidade é similar, destacando-se, além das afecções perinatais, as doenças do aparelho respiratório e as infecções parasitárias, estas duas que incluem, respectivamente, as pneumonias e gastroenterites. Esse panorama é preocupante, considerando-se a existência da ESF por mais de duas décadas. A compreensão da importância de ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, como prática direcionada às crianças menores de cinco anos, é essencial para minimizar as complicações e internações decorrentes da morbidade nesse segmento da população (PEDRAZA, ARAUJO, 2017).

O que se observa na adolescência é que ela constitui um processo essencialmente biológico, onde ocorre uma profunda modificação, durante o qual se acelera o desenvolvimento

cognitivo e a formação da personalidade, fazendo-se necessário entendê-la como um período prolongado de transição e não como um marco de processos definidos para alcançar as responsabilidades e o status de adulto, através de uma formação compartilhada entre a família e a comunidade, onde cada ator desenvolve um papel na formação do eu adolescente (WAISELFISZ, 2014)

O desenvolvimento do adolescente sofre forte influência das desigualdades e injustiças sociais a que são submetidos, assim como do tipo de relação interpessoal prevalente nos diversos ambientes de convívio, como: a escola, o grupo de amigos e a família. Assim, observa-se que o meio interfere diretamente na conduta e na formação do adolescente, sendo um fator de extrema relevância na análise das situações de violência e delinquência juvenil (MONTE, 2011).

O fenômeno da violência, noticiado diariamente na mídia, vem desenhando a cada ano um cenário de crescente preocupação na sociedade em geral, impulsionando-nos a reflexão sobre os determinantes sociais ligados à criminalidade e sobre a responsabilização dos jovens como atores principais do crescimento de atos infracionais (LUDKE, 2014).

A violência e a prática de atos infracionais estão atreladas aos processos de identificação do ser, fatos estes que acabam por constituir a identidade do adolescente autor de atos infracionais, permeando sua essência e contribuindo na formação de seu caráter e em suas condutas no decurso de uma dinâmica de relações de poder e status criado no imaginário adolescente. Acredita-se que a identidade ligada ao ato infracional seja proveniente de um contexto social e institucional proveniente das periferias e da convivência em grupos, e entre os pares ligados com a criminalidade (ZAPPE; DIAS, 2012).

O consumo de bebidas alcoólicas exacerbado entre adolescentes tem gerado problemas, tanto sociais como no âmbito da saúde. As estatísticas da OPAS demonstram que, entre os problemas sociais e de saúde envolvendo o consumo de bebidas alcoólicas, incluem-se acidentes e mortes no trânsito, homicídios, quedas, queimaduras, afogamento e suicídio. Tais dados revelam a magnitude do problema para as diferentes esferas da sociedade, entre essas o setor de saúde, principalmente diante da constatação de que 25% de todas as mortes de jovens entre 15 e 19 anos são atribuídas ao álcool (OPAS, 2005).

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, epidemiológico, retrospectivo e de caráter documental. Na pesquisa descritiva o principal objetivo é descrever características de determinada população ou fenômeno ou estabelecer a relação entre as variáveis (GIL, 2008). Prodanov e Freitas (2013) apontam que a pesquisa quantitativa se refere a tudo que pode ser quantificável, o que significa traduzir em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las. Necessitando do uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão etc).

Os estudos epidemiológicos estimam a exposição a um determinado risco e os efeitos que essa exposição pode causar à saúde da população, em particular de grupos específicos e/ou expostos aos mesmos riscos e agravos. Esta pesquisa serve de base para o conhecimento da realidade de uma situação de saúde da população bem como para o planejamento de ações preventivas (MARTINS, 2014).

Em se tratando do estudo retrospectivo, o mesmo está voltado para investigação de fatos que já aconteceram, podendo ser feito o uso desse estudo para retornar, do momento atual até um determinado ponto no passado, ou até vários anos, como a exemplo do que ocorre nos estudos caso-controle, ou ainda o investigador pode marcar um ponto no passado e direcionar a pesquisa até o momento atual (FONTELLE, 2009).

De acordo com Gil (2008), a pesquisa documental segue as mesmas etapas da pesquisa bibliográfica. Iniciando com a exploração dos “documentos de primeira mão”, aqueles que não receberam qualquer tipo de análise (documentos oficiais, reportagens de jornal, cartas, filmes, gravações etc.) e os “documentos de segunda mão” os que já foram analisados de alguma forma (relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, tabelas estatísticas).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O *locus* da pesquisa foi o Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Melo (HUJB), localizado na cidade de Cajazeiras-PB a qual está localizada na mesorregião do alto sertão paraibano, com distância aproximadamente de 468 quilômetros da capital estadual João Pessoa. A cidade de Cajazeiras apresenta uma população estimada de 61.776 habitantes, e é considerada como o município mais populoso entre os 15 municípios que compõem a 9ª Regional de Saúde da Paraíba, que tem sua sede no referido município (IBGE, 2018).

O HUJB foi oficialmente fundado no ano de 2012, no entanto sua história tem início na década de 1970, com a criação do Hospital Infantil de Cajazeiras contando com a colaboração entre sociedade, órgãos municipais, estaduais e federais, o mesmo é referência no atendimento pediátrico, de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O HUJB possui atualmente com 15 leitos pediátricos clínicos e 05 leitos cirúrgicos de ginecologia

ativos (CNES, 2019). Os 15 leitos pediátricos clínicos estão inseridos na Unidade de Atenção a Saúde da Criança e Adolescente (UASCA), distribuídos em 5 enfermarias e 1 leito de isolamento.

O HUJB representa um dos três HUFs da Paraíba, o mesmo vem se estruturando para da assistência às três áreas da atenção à saúde: da criança, mulher e maternoinfantil, conforme sua competência assistencial, estando em conformidade com as necessidades de saúde da região (BATISTA *et al.*, 2016).

No seu pronto atendimento pediátrico recebe um número relevante de pacientes classificados como azuis e verdes segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), atendimentos do nível de AB, repercutindo em casos que não fazem parte do atendimento primordial da atenção secundária.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A palavra “população”, na sua definição se refere à representação do conjunto de habitantes de uma dada região em determinado período. Em estatística, população é o universo do estudo, o conjunto de todos os elementos, cujas propriedades despertam no pesquisador o interesse de estudo, enquanto que a amostra é um subconjunto - representativo ou não, da população em estudo, as mesmas são coletadas e analisadas para trazer informação sobre a população (FRANKE, 2014).

A população estudada foi composta por 618 casos de internação de crianças e adolescentes no HUJB no ano de 2018. Contando com uma amostra que compreendeu dados de 327 internações pediátricas por condições sensíveis ocorridas no ano de 2018 e cadastradas no banco de dados do Aplicativo de Gestão de Hospitais Universitários.

Critérios de inclusão:

- Dados de pacientes internados no ano de 2018 na faixa etária de 30 dias a 18 anos exclusive, por condições sensíveis a atenção primária à saúde.

Critérios de exclusão:

- Dados de pacientes que embora sejam internados por condições sensíveis à atenção primária no ano de 2018 estejam incompletos.

4.4 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados baseou-se em um formulário específico elaborado pela pesquisadora (Apêndice A), contendo dados sócio demográficos, dados relativos a

patologias que acometem crianças e adolescentes internados, distribuição por CID principal de internação e desfecho das internações. A princípio foi realizada uma leitura completa e uma análise precedente das informações localizadas no banco de dados com a finalidade de favorecer uma organização adequada dos dados, dando enfoque as variáveis relativas às internações pediátricas por CSAP.

Nessa perspectiva, as informações necessárias para a construção do estudo foram coletadas a partir do banco de dados BI SOFTWARE, instrumento associado à base de dados do Aplicativo de Gestão de Hospitais Universitários (AGHU), um sistema primordialmente desenvolvido pelo Hospital das clínicas de Porto Alegre- HCPA e adaptado a necessidade da rotina da instituição de cada Hospital Universitário Federal (HUF) pela EBSEH.

Este aplicativo se trata de um sistema implantado para fundamentar a uniformização assistencial e administrativa e favorecer a criação de indicadores nacionais que permitirão uma reflexão sobre a situação sanitária de uma população. Através da padronização instituída pelo aplicativo como resultado de um esforço interinstitucional, tornou-se possível estabelecer soluções eficazes e abrangentes para subsidiar a gestão hospitalar, permitindo também a criação de programas de melhorias comuns para todos os hospitais que fazem sua utilização (EBSEH, 2015).

Assim como o AGHU, os sistemas de BI também se fazem importantes, pois são capazes de analisar dados históricos e correntes maximizando as chances de a decisão ser efetuada de forma mais correta em relação ao atual estado do negócio, e destaca-se seu objetivo primordial que é viabilizar acesso interativo aos dados, propiciando sua manipulação e deixando disponíveis aos gestores condições favoráveis para executarem análises adequadas a cada situação. O processo que é realizado pelo sistema se trata de uma conversão dos dados em informação, informação em decisões e posteriormente em ações (TURBAN *et al.*, 2010).

Correlacionando as Tecnologias de Informação que se destacam por serem ferramentas que melhoram a assistência em saúde, temos o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) que se trata de um conjunto de informações de caráter legal, sigiloso e científico, originadas por meio do processo de trabalho dos profissionais e resolve diversos problemas relacionados à infraestrutura, organização dos dados clínicos e recuperação de dados dos pacientes. Entre as suas facilidades está à rapidez observada na coleta e interpretação das informações obtidas dos pacientes cotidianamente (SOUZA, 2017).

Faz-se necessário que a gestão responsável por cada instituição, busque a melhor forma de identificar as vantagens e as desvantagens para a organização, com segurança do processo dentro da instituição, embora inicialmente haja necessidade de um considerado investimento humano e financeiro, em razão da necessidade da implantação da tecnologia de informação e de treinamentos da equipe multiprofissional (MARTINS; LIMA, 2014).

Neste sentido, o HUIB iniciou a implantação de duas ferramentas tecnológicas importantes para a gestão: o AGHU em setembro do ano de 2017, com os módulos iniciais de paciente, internação, prescrição e ambulatorios, favorecendo deste modo a estruturação do prontuário eletrônicos de seus pacientes. E, no primeiro semestre de 2018 o Setor de Gestão de Processos e Tecnologia da Informação do referido hospital implantou ferramentas de *Business Intelligence* (BI), ou Inteligência de Negócios que trata de um conjunto de metodologias instituídas por meio de ferramentas de softwares, com função de proporcionar tomadas de decisões eficazes, facilitando o processo em situações adversas (SAITO; HORITA, 2015).

4.5 ANÁLISE DE DADOS

As informações de interesse foram extraídas dos *softwares* BI-AGHU e transcritas para planilhas eletrônicas do programa Microsoft Excel, estas foram checadas e analisadas para posteriormente serem organizadas em tabelas e gráficos com o objetivo de se ter uma melhor visualização dos dados, os quais foram analisados por intermédio da estatística descritiva simples.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DO ESTUDO

Este estudo se trata de um recorte da pesquisa maior intitulada: *Perfil clínico-epidemiológico e de qualidade da cobertura assistencial em um hospital universitário*, cadastrada na plataforma Brasil e submetido ao comitê de ética e pesquisa - CEP da Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Centro de Formação de Professores-CFP, localizado na Rua Sérgio Moreira de Figueiredo, s/n Casas Populares, E-mail: cep@cfp.ufcg.edu.br, Telefone: (83)3532-2075, e formalmente autorizado pelo parecer nº 2.672.468 (Anexo A). A pesquisadora seguiu as observâncias éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), todos os preceitos éticos estabelecidos foram respeitados.

A pesquisa apresenta alguns riscos como vazamento de dados para pessoas não autorizadas a participar da pesquisa por se tratar de uma pesquisa documental, mas que foram minimizados ao máximo pela pesquisadora ao utilizar um local reservado e apropriado para a coleta das informações, mantendo o sigilo profissional.

Nesta fase do estudo será apresentada uma análise relativa aos dados coletados, que serão apresentados em duas etapas, a primeira sobre a caracterização das crianças e adolescentes internadas participantes do estudo, estando incluídos nessa etapa dados sócio demográficos como sexo, idade, cor e município de origem, permitindo traçar o perfil da amostra e, na segunda etapa os dados específicos da pesquisa.

5.1 Caracterização dos Participantes do Estudo

A Tabela 01 apresenta os dados sócios demográficos da população do estudo, incluindo as variáveis idade e sexo. Com relação à distribuição de internações por faixa-etária, constatou-se que 19,74% ocorreram em crianças menores de 01 ano, enquanto que 43,53% das internações se concentram na faixa etária de 01 a 04 anos, seguida de 21,68% entre pacientes de 05 a 09 anos, com um declínio de internação de pacientes na faixa etária de 10 a 18 anos exclusive com 15,05%.

TABELA 01- Distribuição de dados sócio demográficos da amostra. Cajazeiras-PB, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
IDADE		
< 1 ano	122	19,74
01 a 04 anos	269	43,53
05 a 09 anos	134	21,68
10 a 18 anos exclusive	93	15,05
SEXO		
Masculino	326	52,75
Feminino	292	47,25
TOTAL	618	100,00%

Fonte: BI-AGHU/HUJB

Neste estudo percebe-se que a faixa etária de 01 a 04 anos corresponde ao maior número de internações. Lenz *et al.*, (2008) afirmam que a faixa etária de maior risco para internação por condição sensível é a de um a quatro anos e, reforça a necessidade de manter vigilância à saúde dessas crianças de forma sistematizada até os cinco anos de idade.

O estudo de Natali *et al* 2011, aponta que as crianças menores de cinco anos apresentam maior susceptibilidade ao adoecimento devido a sua vulnerabilidade biológica. Contudo, Avelino *et al.*, (2015) e BRASIL (2015) afirmam que é necessário destacar o papel da APS neste contexto, no sentido de que esta deve atuar identificando e tratando os sinais e sintomas das doenças para prevenir que as crianças necessitem da atenção secundária, pois conta com recursos de baixa densidade tecnológica para prevenção de doenças, por meio de imunização e antibióticos.

Em relação a variável sexo, o que se observou neste estudo foi que o percentual de crianças e adolescentes do sexo masculino foi levemente superior em relação ao feminino. O que também foi observado no estudo de Luciano, Dias (2015), que apontou que houve um maior

número de internações por CSAP no sexo masculino com 1.641 casos, representando um percentual de (51,03%), em detrimento ao sexo feminino com 1.575 (48,97%).

No que se refere a variável município de origem, constatou-se na Tabela 02 que (46,60%) das internações de crianças e adolescentes, ocorreram no município de Cajazeiras, cidade sede do HUIB.

TABELA 02- Distribuição de internações de acordo com a cidade de moradia dos pacientes. Cajazeiras-PB, 2018.

CIDADE	N	%
Cajazeiras	288	46,60
São José de Piranhas	47	7,61
São João do Rio do Peixe	42	6,80
Uiraúna	40	6,47
Cachoeira dos Índios	34	5,50
Monte Horebe	22	3,56
Triunfo	19	3,07
Poço Dantas	16	2,59
Santa Helena	15	2,43
Joca Claudino	13	2,10
Bernardino Batista	12	1,94
Bonito de Santa Fé	12	1,94
Bom Jesus	11	1,78
Carrapateira	8	1,29
Marizópolis	8	1,29
Poço José de Moura	5	0,81
São José de Espinharas	5	0,81
Ipaumirim	4	0,65
Baixio	3	0,49
Serra Grande	4	0,65
Icó	2	0,32
Riacho dos Cavalos	2	0,32
(Cidade não identificada)	1	0,16
Conceição	1	0,16
Engenheiro Ávidos	1	0,16
São Bernardo	1	0,16
São José de Caiana	1	0,16
Sousa	1	0,16
TOTAL	618	100,00%

Fonte: BI-AGHU/HUIB

Este alto percentual de crianças e adolescentes hospitalizadas do município de Cajazeiras pode ser justificado devido ao fácil acesso destas ao hospital, levando em consideração que o HUIB se localiza no seu próprio território. Este achado também é favorecido pelo fato do número de habitantes desta cidade cuja população estimada é de 61.776 habitantes (IBGE, 2018), destacando a cidade de Cajazeiras como a sétima colocada na Paraíba, ficando entre os dez municípios do estado da Paraíba com maior população.

O HUIB se insere regionalmente, com interlocução entre serviços de diversos níveis de complexidade e de gestão, com forte inclinação para a pediatria na 9ª região de saúde. Sua

localização geográfica no município de sede, interligado a questão de o hospital possuir um pronto atendimento pediátrico caracterizado como porta aberta, facilita o acesso de crianças e adolescentes de outras cidades fora da 9ª região de saúde bem como de estados vizinhos a exemplo do Ceará e Rio Grande do Norte, estados fronteiriços.

As duas outras cidades deste estudo que tiveram o maior número de internações foram respectivamente São José de Piranhas e São João do Rio do Peixe, se justificando também em virtude do número populacional, São José de Piranhas com uma população de 20.053 habitantes (IBGE, 2018) e São João do Rio do Peixe com uma população de 18.201 pessoas no último censo de 2010 (IBGE, 2010).

5.2 Dados Específicos do Estudo

Nesta etapa da pesquisa são explanados os resultados extraídos dos dados coletados no sistema do AGHU-BI referentes às internações e seus desfechos, além da abordagem sobre as causas sensíveis de internações infanto-juvenil.

A Tabela 03 apresentada a seguir expõe a distribuição do número de internações de crianças de 30 dias a 18 anos exclusive. No período estudado observou-se que de janeiro de 2018 a Dezembro de 2018 ocorreram 618 internações entre crianças e adolescentes nessa faixa-etária distribuídas ao longo do ano.

TABELA 03- Distribuição do número de internações por mês. Cajazeiras-PB, 2018.

	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
Nº de internações	23	26	51	64	76	76	59	71	42	46	42	42	618

Fonte: BI-AGHU/HUJB

O HUJB possui atualmente 15 leitos pediátricos ativos, sendo 12 para internação clínica e 03 para clínica cirúrgica, entretanto, no momento da coleta de dados, todos os leitos estavam direcionados para a assistência clínica pediátrica. A partir dos dados da tabela acima pode-se inferir que há uma importante variação no número de atendimentos entre o primeiro e o segundo semestre do ano, pois nos meses de janeiro a junho há um aumento gradativo do número de internações, principalmente nos meses de maio e junho, o que reflete na sazonalidade peculiar da pediatria. No segundo semestre, observa-se oscilação no número de internações com uma distribuição menor do que no primeiro semestre.

Esta alteração de janeiro a junho pode se justificar pela influência da sazonalidade climática nos internamentos, que na perspectiva de Júnior *et al*(2016), tem sido apontada como um dos fatores que influenciam a saúde respiratória, uma das causas de maior número de internamentos de crianças e adolescentes. O HUJB é inserido em uma região geográfica onde se

tem uma concentração do período chuvoso no primeiro semestre do ano, razão pela qual se associa este maior número de internações no primeiro semestre.

Segundo Mold (2008), nos meses de chuva, a alta umidade relativa do ar, associada ao maior tempo de permanência nos ambientes internos, ao menor arejamento e exposição ao sol dos espaços domiciliares, com conseqüente crescimento de mofo e fungos, são fatores que podem contribuir para o aumento das doenças respiratórias de todos os tipos, principalmente as alérgicas.

Em consonância com a afirmativa do autor supracitado, os dados da tabela seguinte constataam uma maior incidência de doenças relacionadas ao aparelho respiratório. Na análise do total das internações distribuídas no banco de dados do AGHU-BI, foram destacadas 163 causas de internação, dentre estas, o quantitativo de 38 que corresponde a 11,62% são causas de internamento sensíveis à atenção primária.

Na tabela 04 foram destacadas as ICSAP, onde verifica-se que das 618 internações ocorridas no ano de 2018, um quantitativo de 327 internações foram por CSAP, representando um percentual de 52,91% das internações. Mendes (2017) apontou que no ano de 2016 os cinco principais grupos de causas sensíveis em seu estudo, foram infecção no rim e trato urinário, a insuficiência cardíaca, as doenças cerebrovasculares, as doenças pulmonares e a angina, que em conjunto representam 53% das ICSAB.

TABELA 04 - Distribuição de Internações Por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Cajazeiras-PB, 2018.

CAUSAS DE INTERNAMENTO	N	%
Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz da face	1	0,16
Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz da nádega	1	0,16
Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz de outras localizações	1	0,16
Abscesso cutâneo, furúnculo e antraz do pescoço	1	0,16
Amigdalite aguda não especificada	4	0,64
Asma não especificada	14	2,26
Bronquite aguda não especificada	5	0,80
Caxumba [parotidite epidêmica] sem complicações	1	0,16
Celulite da face	8	1,29
Celulite de outras partes do(s) membro(s)	5	0,80
Celulite de outros locais	2	0,32
Cistite aguda	5	0,80
Cistite, não especificada	1	0,16
Coqueluche por bordetella pertussis	1	0,16
Dermatite atópica, não especificada	1	0,16
Dermatite não especificada	1	0,16
Dermatose purpúrica pigmentada	1	0,16
Desnutrição protéico-calórica grave não especificada	2	0,32
Diabetes mellitus insulino-dependente - com cetoacidose	8	1,29
Diabetes mellitus insulino-dependente - com complicações não especificadas	1	0,16
Diabetes mellitus insulino-dependente - sem complicações	1	0,16
Diarréia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	34	5,50

Epilepsia, não especificada	1	0,16
Estado de mal asmático	2	0,32
Impetigo [qualquer localização] [qualquer microorganismo]	1	0,16
Infecção do trato urinário de localização não especificada	53	8,57
Linfadenite aguda de face, cabeça e pescoço	1	0,16
Linfadenite não especificada	3	0,48
Nefrite túbulo-intersticial aguda	1	0,16
Otite média aguda supurativa	3	0,48
Outras afecções especificadas da pele e do tecido subcutâneo	1	0,16
Outras infecções agudas das vias aéreas superiores de localizações múltiplas	5	0,80
Outras pneumonias bacterianas	32	5,17
Pneumonia bacteriana não especificada	87	14,07
Pneumonia devida a outros estreptococos	1	0,16
Pneumonia devida a streptococcus do grupo b	1	0,16
Pneumonia devida a streptococcus pneumoniae	34	5,50
Pneumonia lobar não especificada	2	0,32
TOTAL	327	100

Fonte: BI-AGHU/HUJB

Observa-se a partir dos achados da Tabela 04 que dentre as principais ICPAP destacam-se as pneumonias, infecção do trato urinário, gastroenterites e asma. Contudo, o maior número de internações estudadas por causas sensíveis foram as doenças do aparelho respiratório, principalmente a pneumonia bacteriana não especificada. Achado que corrobora com a revisão de literatura de Pedraza e Araújo (2017), que apontam as doenças do aparelho respiratório, principalmente a pneumonia, como maior causa de internação e morbidade comum entre as crianças brasileiras, principalmente dentro do contexto das ICSAP.

As outras variáveis mais incidentes no tocante a doenças respiratórias foram às relativas à pneumonia devida a streptococcus pneumoniae com 5,50% das internações, seguida de outras pneumonias bacterianas com 5,17% das hospitalizações.

A pneumonia é uma importante questão de saúde pública, principalmente entre crianças com menos de 05 anos de idade. No Brasil, as doenças respiratórias (especialmente a pneumonia) respondem por um percentual de 22,3% de todas as mortes entre crianças de 1 a 4 anos, e se trata da principal causa de morte nesta faixa etária. Trata-se de uma doença atrelada a uma alta taxa de hospitalização, onde 30 a 50% das crianças que procuram atendimento médico de emergência ou básico apresentam sintomas respiratórios (PASSOS *et al*, 2018).

Shann, Hart e Thomas (1984), propuseram que as retrações intercostais caracterizam um sinal importante de pneumonia grave em crianças, e também um alerta para internação hospitalar imediata, os mesmos autores sugeriram também que a taquipneia isolada, ainda que associada a uma frequência respiratória superior a 50 incursões/minuto é um sinal confiável de que antibióticos devem ser prescritos para uso doméstico em casos de pneumonia sem outros sinais de gravidade.

A identificação de sinais como a taquipnéia pelos pais é muito importante e indispensável na detecção de crianças em risco de pneumonia. Nos países em desenvolvimento, esses critérios clínicos simples podem ser usados para identificar mais de 80% das crianças que necessitam de terapia antibiótica para pneumonia bacteriana. Consequentemente, capacitar os pais/cuidadores a identificar sinais e sintomas pode facilitar o tratamento precoce e adequado, ajudando a reduzir a mortalidade infantil (SAZAWAL, BLACK, 2003).

No entanto o que se observa através de discussões de outros estudos como o de Passos *et al* (2018) é que o motivo principal para os pais ou responsáveis procurarem cuidados de emergência é a manifestação clínica da febre. Isso pode ainda ser atribuído à ansiedade dos pais/responsáveis e à falta de recursos de cuidados primários disponíveis (CORNFORD, MORGAN, RIDSDALE, 1993).

Entretanto, Benguigui (1998) aponta que a febre não é um sinal confiável de pneumonia em crianças, uma vez que também ocorre em outras doenças da infância e pode interferir marcadamente com a frequência respiratória. Um estudo realizado na Gâmbia com crianças que apresentavam tosse mostrou que a taxa respiratória média aumentou 2,5 respirações por minuto por cada 1°C que se aumentava na temperatura corporal (CAMPBELL, BYASS, O'DEMPSEY, 1992).

São vários os fatores predisponentes as infecções por pneumonia em crianças menores de seis meses, no entanto a imaturidade do sistema imunológico, especialmente das que não se alimentam exclusivamente por leite materno ou que apresentam precário estado de saúde, associada a isto as limitadas coberturas vacinais, coloca este grupo em condição de vulnerabilidade frente às infecções que podem resultar em pneumonia (NAIR *et al.*, 2013).

De acordo com a World Health Organization (WHO), a pneumonia está entre as infecções respiratórias mais graves, o último informativo epidemiológico publicado no mundo sobre a doença enfatizou que ela é responsável por 15% de todas as mortes de crianças menores de 5 anos, matando um número estimado de 922.000 crianças em 2015 (WHO, 2015).

SANTOS *et al* (2016), apontam que devem ser intensificadas as ações de políticas públicas pelas equipes interdisciplinares, voltadas para o controle desta doença na AB principalmente nos períodos dos anos mais chuvosos, pois refletiria diretamente na diminuição das taxas de internações hospitalares e óbitos por esta doença.

Outro importante motivo de internação foi às infecções de trato urinário, colaborou com esse achado o estudo de Rodrigues-Bastos (2013), enfatiza que se deve ter uma atenção à saúde voltada para o público acometido por estas infecções, assim como um diagnóstico precoce, tratamento adequado e, nos casos de recorrência, profilaxia adequada, pois pode favorecer a redução das internações e de efeitos adversos decorrentes da doença, como a pielonefrite, com menor probabilidade terapêutica em nível ambulatorial.

A infecção urinária (IU) é uma das mais prevalentes formas de infecção da infância, atrelada também à mortalidade infantil, se configurando como morbidade de curto prazo relacionada às internações em longo prazo podem está associadas ao déficit de função renal e de elevação dos custos no sistema de saúde. Os fatores de risco principais para essas infecções são: idade, sexo, estado de colonização periuretrais, imunidade, anomalias geniturinárias e iatrogenia (PATRICK *et al.*, 2007). A frequência das IU sofre grande influência da idade quando considerado os sexos, assim as taxas desta infecção nos meninos variam de 2,7% para 0,3% e inversamente de 1% para 3% nas meninas quando considerado os períodos lactente e pré-escolar (RICCABONA, 2003).

Nesse contexto o leite materno se destaca pelo seu papel protetor contra as infecções na infância, justificado pelos diversos componentes imunoativos que o leite possui, muito conhecidos, como as proteínas atuam como fatores protetivos do leite materno, como a lactoferrina, que é a principal delas no leite maduro, a qual tem a capacidade de eliminar bactérias, vírus e fungos (tanto moléculas inteiras, quanto seus fragmentos), sem induzir inflamação (DAMASIO *et al.*, 2016).

As gastroenterites também tiveram relevância nas internações por condições sensíveis, o estudo de Lamberti *et al.* (2012) aponta que ela é uma das principais causas de morbidade infantil no mundo, contudo 64,5% dos casos possuem intensidade leve, 34,7% moderada e apenas 0,5% grave, portanto, não justificando hospitalização na maior parte dos casos, se houvesse resolutividade na atenção primária. O autor supracitado ainda trás que a equipe da atenção básica deve atuar principalmente identificando essas doenças respiratórias, infecciosas e deficiências nutricionais, pois se tratam de doenças prevalentes na infância.

Dados do estudo de Pereira, Silva e Neto (2015), apontam que nas regiões Norte e Nordeste, as gastroenterites estiveram entre os três grupos de ICSAP com maiores valores, e isto pode está associado à questões socioeconômicas dessas regiões que ainda sofrem com altas taxas de analfabetismo funcional e precária infraestrutura instalada em algumas localidades, resultando em baixo conhecimento, condições de higiene precárias atrelado à baixa cobertura de esgotamento sanitário e poluição de rios.

As gastroenterites, pneumonias e infecção do trato urinário estão relacionadas com a faixa etária, principalmente entre os menores de três anos, que são mais vulneráveis para os agravos (OLIVEIRA *et al.*, 2012). Cabe aos profissionais da AB incentivar e acompanhar medidas de prevenção das doenças prevalentes da infância, por exemplo, o aleitamento materno, indicado como fator protetor para a ocorrência de agravos respiratórios (BOCCOLINI, 2012). Tais profissionais devem manter a continuidade da assistência, agendando retorno e visita domiciliar de acordo com a necessidade de saúde da criança, de modo a aumentar a resolubilidade da assistência, evitar o agravamento e a internação desnecessária (BRASIL, 2004).

Mesmo com as mudanças observadas nos perfis de morbimortalidade da população brasileira nas últimas décadas, sobretudo no grupo etário infantil. As parasitoses intestinais ainda são consideradas um problema de Saúde Pública, com mais da metade das crianças brasileiras acometidas, principalmente na região Nordeste do país e nos locais com condições de saneamento e educação sanitária deficientes (VASCONCELOS *et al.*, 2011; JUNQUEIRA, DUARTE, 2012). Autores como Valadares, Fonseca e Welter, (2014) afirmam que as infecções parasitárias ocuparam posição de destaque entre as internações gerais, e as gastroenterites entre as ICSAP.

A asma também figurou como CSAP nesta pesquisa, representando, incluí-la no quadro das principais causas de internações das crianças, segundo os resultados de Damasceno *et al* (2012), reflete as estatísticas nacionais da doença como causa de grande número das internações, sobretudo de crianças na faixa etária até os 6 anos (77,1 mil internações em 2011), além do que esta doença é responsável pela morte de 2,5 mil pessoas por ano.

O autor supracitado aponta que no contexto das políticas nacionais, é importante ressaltar que os profissionais conheçam e informem o cidadão sobre a disponibilidade de medicamentos gratuitos para asma no âmbito do Programa Farmácia Popular para que os mesmos possam tomar conhecimento e adquirir o que é de direito. Sabe-se também a respeito da doença que o manejo é realizado na maioria das vezes, por ações pontuais e abordagens restritas ao tratamento sintomático das exacerbações, sem a identificar precocemente os sinais e sintomas que são indispensáveis na prevenção e resolubilidade do agravo (BRASIL, 2010).

Sobre os eventos relacionados aos desfechos da internação hospitalar os dados da tabela 05 apontam que do total das internações, 580 obtiveram alta hospitalar, correspondendo a um percentual de 93,85%, o que reflete na resolutividade do serviço. Entretanto, por se tratar de um hospital de média complexidade com um Pronto Atendimento porta aberta, o serviço recebe alguns casos que necessitam de uma assistência de alta complexidade, razão pela qual houveram durante o período estudado o quantitativo de 34 transferências interinstitucionais que totaliza 5,50% das internações. Os pacientes são transferidos para outros serviços da rede geralmente inseridos nas cidades de Patos, Campina Grande e João Pessoa.

TABELA 05- Distribuição de eventos relacionados ao desfecho das internações por mês. Cajazeiras-PB, 2018.

VARIÁVEIS	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	%
Número de Altas Médicas	22	21	50	53	77	71	55	63	47	37	40	44	580	93,85
Desistência do tratamento						1							1	0,16
Número de Transferências	1	1		4	2	4	3	1	6	4	4	4	34	5,50
Óbitos					1	1					1		3	0,48
TOTAL													618	100

Fonte: BI-AGHU/HUJB

Apesar da resolutividade do serviço observou-se um caso de desistência do tratamento (0,16%), relacionado à evasão de paciente certamente com o aval dos pais ou responsáveis que apesar de receberem orientações multiprofissionais optam por desistir do tratamento. Com relação a variável óbito, durante o ano de 2018 foram registrados no total cinco óbitos, distribuídos entre institucional e hospitalar. Tais óbitos ocorreram no mês de janeiro (óbito institucional), e os hospitalares nos meses de maio, junho e novembro respectivamente.

O óbito institucional é aquele que ocorre depois de pelo menos 24 horas do início da admissão hospitalar do paciente. Exclui os óbitos ocorridos nas primeiras 24 horas de internação hospitalar, enquanto que o óbito hospitalar é aquele que ocorre após o paciente ter dado entrada no hospital, independente do fato dos procedimentos administrativos relacionados à internação já terem sido realizados ou não (BRASIL, 2002).

Verifica-se que o presente estudo alcançou os objetivos previstos, uma vez que foi possível conhecer o perfil das internações por condições sensíveis à Atenção Primária entre crianças e adolescentes atendidos em um Hospital Universitário, com predomínio das hospitalizações por causas sensíveis em crianças na faixa etária de 01 a 04 anos.

As principais ICPAP identificadas foram pneumonias, infecção do trato urinário, gastroenterites e asma, contudo observou-se que o maior percentual foi relacionado a doenças do aparelho respiratório, em específico a pneumonia bacteriana não especificada. Com relação ao gênero observou-se que mais da metade da amostra foi constituída pelo sexo masculino. Em relação aos desfechos, houve o predomínio de altas hospitalares, um número aceitável de transferências interinstitucionais e desistências, refletindo deste modo na eficácia do serviço. No tocante a variável óbito, dos cinco registrados no período estudado, somente um foi institucional, e os outros quatro foram considerados hospitalares.

O estudo apontou que mais da metade das internações ocorreram por causas sensíveis a Atenção Primária, o que de certo modo reflete na fragilidade na Rede de Atenção Básica. Nesta perspectiva faz-se necessário o desenvolvimento de um trabalho em rede, com ênfase para a implementação de ações educativas direcionadas as equipes da Estratégia Saúde da Família, com o intuito de melhorar a assistência da porta de entrada principal do sistema, conforme diretrizes e princípios instituídos nas políticas públicas de atenção a saúde da criança e do adolescente, bem como vigilância em saúde, objetivando o fortalecimento deste nível de atenção à saúde.

Vê-se com esta realidade a necessidade de redefinição do papel do Hospital Universitário na rede, no sentido de que este deve se direcionar para atender o que de fato está previsto em seu nível de complexidade que é assistência especializada de média complexidade.

Este estudo fornece contribuições não apenas no campo da epidemiologia, mas sobretudo, no campo da gestão, aplicáveis aos níveis primário e secundário, no sentido de que uma vez conhecendo a realidade apresentada, constando-se a prevalência das Internações por Causas Sensíveis a Atenção Primária, os gestores e profissionais de saúde podem planejar e implantar ações multisetoriais e multiprofissionais para o fortalecimento da atenção básica diminuindo deste modo, o número de hospitalizações por causas sensíveis a atenção primária entre crianças e adolescentes.

AFONSO, S.F. M; JORGE, A. M. **Vivências do Adolescente em Ambiente de Cuidados de Saúde Pediátricos** [dissertação de mestrado]. Guarda: Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico da Guarda, 2014.. Disponível em: < <http://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/2054/1/E%20SIP%20-%20Nelma%20Susana%20Fortuna%20Martins%20Afonso.pdf> > Acessado em 07 de junho de 2019.

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**, , vol.25, no.6, p.1337-1349, Jun 2009.

AGUIAR, Z. N. **SUS: sistema único de saúde- antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. 2. ed. São Paulo: Martinari, 2015.

ALMEIDA, J. H. H; FEITOSA, A. D; ARAÚJO, W. et al. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ENFOCANDO AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v.9, n. 11, p. 9811-6, nov, 2015.

AZEVÊDO, A. V. S; JUNIOR, A. C. L; CREPALDI; M. A. Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. vol.22, n.11, p.3653-3666, 2017.

BALEIRO, C. R. B; CERVENY, C. M. O. Família e doença. In: Cerveny CMO. Família e... comunicação, divórcio, mudança, resiliência, deficiência, lei, bioética, doença, religião e drogadição. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo; p. 147-62, 2013.

BASTOS, R; MARIA. R. et al. Internações por condições sensíveis a atenção primária, Linas Gerais, 2000 e 2010. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 6. Dez. 2014.

BATISTA, A.V. et al. **Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS: Plano Diretor Estratégico/ Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa.** – São Paulo, 2016.

BENIGUI Y. Technical bases for the prevention, diagnosis, treatment and control of ARI at the first level of attention. In: Benguigui Y, Antunano F, Schmunis H, Yunes J, editors. **Respiratory infections in children**. Washington, D.C.: Pan American Health Organization, p. 335-52, 1998.

BILLINGS, J. et al. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Aff (Millwood)** v.12, p. 162-73, 1993.

BOING, A. F. et al. Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Rev Saúde Publica**, São Paulo, v. 46, n. 2, abr. 2012.

BOCCOLINI, C.S., et al. Padrões de aleitamento materno exclusivo e internação por diarreia entre 1999 e 2008 em capitais brasileiras. **Ciênc Saúde Coletiva**. v. 17, n.7, p.1857-63, 2012.

BRASIL a. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília: CONASS, 127 p, 2015.

BRASIL b. Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares — EBSEH; acrescenta dispositivos ao Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 — Código Penal; e dá outras providências. Poder Executivo, Brasília, 16 dez. 2011. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm.

Acessado em 16 mar. 2019.

BRASIL c. Ministério da saúde. Portaria no. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017.

BRASIL d. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília; 2004.

BRASIL e. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. III Seminário internacional Atenção Primária a Saúde da Família: expansão com qualidade & valorização de resultados: relatório das atividades: Recife-PE 13 a 15 de dezembro de 2007/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde 2008. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n6/16.pdf> (<http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2016/12/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Ana.pdf>).

BRASIL f. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. Padronização da nomenclatura do censo hospitalar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. – 2.ed. revista – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL g. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília; 2004.

BRASIL h. MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Doenças Respiratórias Crônicas. Brasília (DF): MS; (Cadernos de Atenção Básica, n. 25) (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2010.

CAMPBELL, H; BYASS, P; O'DEMPSEY, T.J. Effects of body temperature on respiratory rate in young children. **Arch Dis Child.**; p.67:664, 1992.

CAMPOS, A. Z.; THEME-FILHA, M.M. Internações por condições sensíveis à atenção primária em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2009. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 845-855, 2012.

CÔA, T. F; PETTENGILL, M. A. M. A experiência de vulnerabilidade da família da criança hospitalizada em unidade de cuidados intensivos pediátricos. **Rev Esc Enferm USP**; v. 45, n.4, p.825-832, 2011.

CORNFORD, C.S; MORGAN, M; RIDSDALE, L. Why do mothers consult when their children cough? **Fam Pract.**; n.10, p. 193-61993.

Copyright ©– Cartilha sobre Prontuário Eletrônico - A Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde. Esta é uma publicação conjunta do Conselho Federal de Medicina (CFM) e da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde. Diretoria do CFM: Diretoria da SBIS: Editor: Claudio Giulliano Alves da Costa, 2012.

CREPALDI, M. A; RABUSKE, M. M; GABARRA, L.M. Modalidades de atuação do psicólogo em psicologia pediátrica. In: Crepaldi MA, Linhares BM, Perosa GB, organizadores. **Temas em psicologia pediátrica.** São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.

CHORNEY JM, KAIN ZN. Family-centered Pediatric Perioperative Care. **Anesthesiology** v. 112, n.3, p.751-755, 2010.

CURITIBA, Curso de Aperfeiçoamento em Gerenciamento de Consórcios Intermunicipais de Saúde. As Redes de Atenção à Saúde, 2014. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/rag_s_comsus/oficina_1_redes_de_atencao.pdf>. Acessado em 03 de maio de 2019.

DATASUS – CNES – Cadastramento Nacional dos Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/ficha/identificacao/2503702504502> Acessado em: março de 2019.

DAMASCENO, E., et al. Custos diretos e indiretos da asma: revisão de literatura. **Rev. Bras. Alerg. Imunopatol.** v.35, n.6, p.234-40, nov-dez 2012.

DAMASIO, C.P., et al. REVISÃO SISTEMÁTICA COM METANÁLISE RELACIONANDO AS TAXAS DE ALEITAMENTO MATERNO COM A PREVALÊNCIA DE INFECÇÕES URINÁRIAS EM CRIANÇAS. **Revista UNILUS Ensino e Pesquisa.** v. 13, n. 30, jan./mar. 2016.

DEININGER, L. S. C; SILVA, C. C. ; LUCENA, K. D. T. et al. INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA: REVISÃO INTEGRATIVA **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, v. 9, n.1, p. 228-36, jan., 2015.

EBSERH. Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/web/aghu/sobre/o-que-e>>. Acesso em: 02 maio. 2019.

EGGLI Y. et al. Comparing potentially avoidable hospitalization rates related to ambulatory care sensitive conditions in Switzerland: the need to refine the definition of health conditions and to adjust for population health status. **BMC Health Serv Res.** Jan; p.14:25, 2014.

ELIAS, E.; MAGAJEWSKI, F. A Atenção Primária à Saúde no sul de Santa Catarina: uma análise das internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial, no período de 1999 a 2004. **Rev. Bras.Epidemiol**, São Paulo, v. 11, n. 4, p. 633-647, 2008.

ERDMANN, A. L. et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. LatinoAm. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 131-139, 2013.

FONTELLES, M. J. et al. METODOLOGIA DA PESQUISA CIENTÍFICA: DIRETRIZES PARA A ELABORAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE PESQUISA, **Rev. para. med** , v.23, n. 3, jul.-set. 2009.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. 12. Reimpre. São Paulo: Atlas, p. 175, 2010.

GOMES, I.L. V, et al. A hospitalização no olhar de crianças e adolescentes: sentimentos e experiências vivenciadas. **Rev. Cogitare Enfermagem.** v.17,n.4,p. 703-9. out/ dez, 2012.

GOMES, G. L. L; FERNANDES, M. G. M; NÓBREGA, M. M. L. Hospitalization anxiety in children: conceptual analysis. **Rev Bras Enferm** [Internet].;v.69, n. 5, p. 884-9,2016.

GONÇANVES, et al; CRIANÇA HOSPITALIZADA E EQUIPE DE ENFERMAGEM: OPINIÃO DE ACOMPANHANTES. **enferm UFPE on line.**, Recife, v.11, n. 6, p.2586-93, jun., 2017.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | v. 4, n. 3.26, 2018. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/sao-jose-de-piranhas/panorama> Acessado dia: 25 de maio.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística | v.4, n.3.26, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/sao-joao-do-rio-do-peixe/panorama> Acessado dia: 25 de

maio.

JENAL, S; ÉVORA, Y. D. M. Desafio da implantação do prontuário eletrônico do paciente. **J Health Inform.**; v.4, p. 216-9, 2012.

JUNQUEIRA, R. M. P; DUARTE, E. C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Rev Saude Publica.** 2012 out;46(5):761-8.

LAMBERTI, L. M., et al. Systematic review of diarrhea duration and severity in children and adults in low- and middle-income countries. **BMC Public Health.** p.12: 276, 2012.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc. São Paulo,** v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LUDKE, F.N; JAHN, G.M; DELL'AGLIO, D. D. Perfil de adolescentes em privação de liberdade: eventos estressores, uso de drogas e expectativas de futuro. **Psicol Rev [Internet].** 2014 [cited 2016 Jul 05]; 20(1):116-37. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/per/v20n1/v20n1a08.pdf>

MALTA, D. C. Causas de mortes evitáveis por ações efetivas dos serviços de saúde: uma revisão da literatura. **Cien Saude Colet.** v.12, n.3, p.765-76, 2007.

MATTA, G. C. MOROSINI, M. V. G. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DICIONÁRIO DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE, 2009.

MARTINS, C; LIMA, S. M. Vantagens e desvantagens do prontuário eletrônico para instituição de saúde Advantages and disadvantages of electronic health record for health institutions. v.16,n.63 – Abr-Jun, 2014.

MARTINS, J. T. et al. Pesquisa epidemiológica da saúde do trabalhador Uma reflexão teórica// **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde,** Londrina, v. 35, n. 1, p. 163-174, jan./jun, 2014.

MINISTRY OF HEALTH. CONSULTATIVE COUNCIL ON MEDICAL AND ALLIED SERVICES. Interim report on the future provision of medical and allied services. London, 1920. Disponível em: <http://www.sochealth.co.uk/history/Dawson.htm>. Acesso em: 15 fev. 2016.

MOLD. Una breve guía para el moho la humedad y su hogar. Agency. Washington, DC, United States Environmental Protection, 2008. Disponível em: <http://www.epa.gov/mold/moldresources.html>. Acessado em 20 de junho de 2019.

OLIVEIRA, B. R.G ., et al. Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. **Rev Bras Enferm,** v.65, n. 4, p.586-93. 20, 2012.

MOOL. M. F, 2017. O CONHECIMENTO DOS ENFERMEIROS SOBRE AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE. **Rev enferm UFPE on line.,** Recife, 11(1):86-93, jan., 2017.

MONTE, F.F.C. et al. Adolescentes autores de atos infracionais: psicologia moral e legislação. **Psicol Soc [Internet].** 2011 [cited 2016 Jul 05]; v.23, n.1, p.125-34. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a14v23n1.pdf>

MOURA, B.L.A, et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev Bras Saúde Mater Infant.** v.10, n.1, p.83-91, 2010;

MOURÃO, A.D, NEVES, J. T. R. Impactos da implantação do prontuário eletrônico do paciente sobre o trabalho dos profissionais de saúde da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Faculdade Cenecista de Varginha – FACECA, 2007.

OLIVEIRA, R. R; COSTA, J. R; MATHIAS, T. A. F. Hospitalization of children under five years of age due to avoidable causes. **Rev Latino Am Enfermagem.**;v. 20, n.1, p.135-42, 2012.

PASSOS, S.D., et al. DOENÇAS RESPIRATÓRIAS AGUDAS EM CRIANÇAS BRASILEIRAS: OS CUIDADORES SÃO CAPAZES DE DETECTAR OS PRIMEIROS SINAIS DE ALERTA? Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ), Jundiaí, SP, Brasil. Hospital Universitário, FMJ, Jundiaí, SP, Brasil, 2017.

PATRÍCIO, C. M. et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica.** v. 21, n. 3, p.121-31, 2011.

PEREIRA, F. J. R; SILVA, C. C; NETO, E. A. L. Condições Sensíveis à Atenção Primária: uma revisão descritiva dos resultados da produção acadêmica brasileira. **Saúde debate** [online]. v.38, p.331-342, 2014.

PIEIDADE, Maria B. de G.; Business Intelligence no suporte ao conceito e a pratica de Student Relationship Management em Instituições de Ensino Superior. Universidade do Minho, 2011.

PORTELA, G. Z. Atenção Primária à Saúde: um ensaio sobre conceitos aplicados aos estudos nacionais. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 255-276, 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.** v. 49, n. 1, p. 44-53, 2015.

PREZOTTO, K. H. Hospitalizações de crianças por condições evitáveis no Estado do Paraná: causas e tendência. **Acta Paul Enferm.** v.30, n.3, p.254-61, 2017.

PRODANOV, C. C; FREITAS, E. C. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2. ed. Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RICCABONA, M; Urinary tract infections in children; Current Opinion in Urology Jan; v.13, n.1, p. 59-62, 2003.

RODRIGUES-BASTOS, R. M., et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária em município do sudeste do Brasil. **Rev Assoc Med Bras.** 2013 mar-abr;59(2):120-7.

SAITO, E. S; HORITA, R. Y. BUSINESS INTELLIGENCE COMO UMA FERRAMENTA DE GESTÃO BUSINESS INTELLIGENCE AS A MANAGEMENT TOOL, 2015.

SANCHO, L. G. et al. Avaliação do Projeto “Gestão Saúde em Rede”: um primeiro olhar do período pós-informatização, na perspectiva da gestão. Disponível em: <http://www.sbis.org.br/cbis/arquivos/943.pdf>. Acesso em: 15 de maio de 2019, 2011.

SAZAWAL, S; BLACK, R. E. Effect of pneumonia case management on mortality in neonates, infants, and preschool children: a meta-analysis of community-based trials. **Lancet Infect Dis.** v.3, p. 547-56. 2003.

SHANN F; HART, K; THOMAS D. Acute lower respiratory tract infections in children: possible criteria for selection of patients for antibiotic therapy and hospital admission. **Bull World Health Organ**, n.62, p.749-53, 1984.

SILVA, V. L. S. et al. Características e fatores associados à hospitalização nos primeiros anos de vida: coorte de nascimentos de Pelotas de 2004, Rio Grande do Sul, **Brasil Cad. Saúde Pública;** v. 33, n. 10, 2017.

SOUSA, N. P. et al. Internações sensíveis à atenção primária à saúde em hospital regional do Distrito Federal. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n.1, p. 118-25, 2016.

SOUZA, R. S. PRONTUÁRIO ELETRÔNICO: Ótica do profissional de saúde da atenção primária. PORTO ALEGRE, 2017.

SOLE, D, et al. Prevalence of symptoms of asthma, rhinitis, and atopic eczema among Brazilian children and adolescents identified by the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) – **Phase . J Pediatr** (Rio J). n.82, p.341-6, 2006.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia/ Barbara Starfield. - Brasília : **UNESCO**, Ministério da saúde,2002.

SUMAR, N.; FAUSTO, M. C. R. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. *Journal of Management & Primary Health Care*, Pernambuco, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

UNICEF. Situação mundial da infância 2011: adolescência, uma fase de oportunidades [Internet], 2011. Disponível em http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf. Acessado: 12 de maio de 2019.

VAKILI, R; ABBASI, M. A; HASHEMI, S. A. G; HHADEMI, G.; SAEIDI, M. Preparation a child surgery and hospitalization. **Internat Pediatr** [Internet]. v. 3, n.3, p.599-605, 2015. Available from: https://www.researchgate.net/publication/275769284_Preparation_a_Child_for_Surgery_and_Hospitalization

VALADARES, M.B; FONSECA, H. M; WELTER, A. Parasitos intestinais em sanitários públicos da cidade de Palmas - TO. *Cereus*. v. 9, n.1, p.19-34, jan-abr, 2014.

VASCONCELOS, I.A.B. Prevalência de parasitoses intestinais entre crianças de 4-12 anos no Crato, Estado do Ceará: um problema recorrente de saúde pública. **Acta Sci Health Sci.**; v.33, n, 1, p. 35-41, jan-jun 2011.

VERAS, T. N; SAKAE, T. M. Características de crianças hospitalizadas com asma grave no sul do Brasil. **Scientia Medica** (Porto Alegre); v. 20, n.3, p. 223-227, 2010.

VIEIRA, M. S. Perfil de pacientes admitidos na UTI. **Com Cien Saude**. v.22, n.3, p.201-10, 2011.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2014: os jovens no Brasil. Rio de Janeiro: Flacso Brasil; 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Media Centre Pneumonia. **Fact sheet** N°331. Updated November, 2015.

WHO. World Health Organization. Disponível em : <<http://www.who.int/gho/en/>> Acesso em: 04 de maio de 2019, 2000.

YAMAGUCHI, U. M; MAIA, G. L; COSTA, C. K. F. Principais causas de hospitalização de adolescentes em unidade de terapia intensiva na região de Maringá - PR. **Adolesc Saude**. v.11, n.4, p.36-44, 2014;

ZAPPE, J.G; DIAS, A. C. G. Violência e fragilidades nas relações familiares: refletindo sobre a situação de adolescentes em conflito com a lei. **Estud Psicol.** v.17, n.3, p.389-95, 2012.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n3/06.pdf> , Acessado dia: 20 de maio de 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. Media Centre Pneumonia. **Fact sheet** N°331.
Updated November, 2015.

WHO. World Health Organization. Disponível em : <<http://www.who.int/gho/en/>> Acesso em:
04 de maio de 2019, 2000.

APÊNDICE A- Instrumento para coleta de dados

I- INDICADORES RELATIVOS AOS DADOS SÓCIOS DEMOGRÁFICOS DA AMOSTRA	
Sexo	
Idade	
Cor	
Cidade	
II – CID PRINCIPAL DE INTERNAÇÃO	
CID principal de internação	
III - CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA	
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	Enfisema
Coqueluche	Bronquectasia
Difteria	Outras doenças pulmonares obstrutivas crônicas
Tétano	Hipertensão
Parotidite	Hipertensão essencial
Rubéola	Doença cardíaca hipertensiva
Sarampo	Angina
Febre Amarela	Angina pectoris
Hepatite B	Insuficiência Cardíaca
Meningite por Haemophilus	Insuficiência Cardíaca
Meningite Tuberculosa	Edema agudo de pulmão
Tuberculose miliar	Doenças Cerebrovasculares
Tuberculose Pulmonar	Doenças Cerebrovasculares
Outras Tuberculoses	Diabetes mellitus
Febre reumática	Com complicações (renais, oftálmicas, neurológicas, circulatórias, periféricas, múltiplas, outras e não especificadas)
Sífilis	Sem complicações específicas
Malária	Epilepsias
Ascaridíase	Infecção no Rim e Trato Urinário
Gastroenterites Infecciosas e complicações	Nefrite túbulo-intersticial aguda
Anemia	Nefrite túbulo-intersticial crônica
Anemia por deficiência de ferro	Nefrite túbulo-intersticial NE aguda crônica
Deficiências Nutricionais	Cistite
Kwashiokor e outras formas de desnutrição protéico calórica	Uretrite
Outras deficiências nutricionais	Infecção do trato urinário de localização NE
Infecções de ouvido, nariz e garganta	Infecção da pele e tecido subcutâneo
Otite média supurativa	Erisipela
Nasofaringite aguda [resfriado comum]	Impetigo
Sinusite aguda	Abscesso cutâneo furúnculo e

	carbúnculo
Faringite aguda	Celulite
Amigdalite aguda	Linfadenite aguda
Infecção Aguda VAS	Outras infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo
Rinite, nasofaringite e faringite crônicas	Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos
Pneumonias bacterianas	Salpingite e ooforite
Pneumonia Pneumocócica	Doença inflamatória do útero exceto o colo
Pneumonia por Haemophilus influenzae	Doença inflamatória do colo do útero
Pneumonia por Streptococcus	Outras doenças inflamatórias pélvicas femininas
Pneumonia bacteriana não especificada	Doenças da glândula de Bartholin
Pneumonia lobar não especificada	Outras afecções inflamatórias da vagina. e da vulva
Asma	Úlcera gastrointestinal
Doenças pulmonares	Úlcera gastrointestinal
Bronquite aguda	Doenças relacionadas ao Pré-Natal e Parto
Bronquite não especificada como aguda ou crônica	Infecção no Trato Urinário na gravidez
Bronquite crônica simples e a mucopurulenta	Sífilis congênita
Bronquite crônica não especificada	Síndrome da Rubéola Congênita
Pneumonia por Haemophilus influenzae	
Pneumonia por Streptococcus	
IV- DADOS RELATIVOS AOS DESFECHOS DAS INTERNAÇÕES	
Óbito	
Alta médica	
Transferência para outro hospital	

ANEXO A - Termo de Solicitação de Anuência.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
ESCOLA TÉCNICA DE SAÚDE DE CAJAZEIRAS**

Para: Coordenação de Pesquisa e Extensão do HUIB

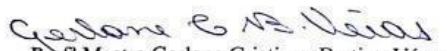
Da: Profª Mestra Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Solicito de V.Sa., um termo de anuência para que o projeto de pesquisa intitulado "PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO" a ser desenvolvido pelos discente de graduação em enfermagem Amanda Beatriz Araújo de Oliveira, Jessica Keyly da Silva Vieira, Joyce de Souza, Kaysa Fernandes Morais, Luiz Henrique Da Silva, e Wagner Maciel Sarmento, sob minha seja realizado no Hospital universitário Júlio Bandeira – HUIB.

Antecipadamente, agradeço.

Cajazeiras, 02 de maio de 2018.

Atenciosamente,


Profª Mestra Gerlane Cristinne Bertino Vêras


Maria Mônica P. do Nascimento
Superintendente
HUIB/EBSERH

Recebido,
03/05/18

ANEXO B- Parecer Consubstanciado do CEP.

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89302018.1.0000.5575

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.672.468

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, 89302018.1.0000.5575 e sob responsabilidade de

Gerlane Cristinne Bertino Vêras trata de um estudo transversal, exploratório, descritivo e analítico de abordagem quanti-qualitativa, de base documental e de campo, a ser realizado no Hospital Universitário Júlio Bandeira, em Cajazeiras – PB para fins de traçar o perfil clínico-epidemiológico e de qualidade da cobertura assistencial dessa instituição de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

O projeto PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM

UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO tem por objetivo principal traçar o perfil clínico-epidemiológico e de qualidade da cobertura assistencial dessa instituição de saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios do projeto de pesquisa foram especificados adequadamente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA

ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO é importante por contribuir para descrição da qualidade de cobertura assistencial do hospital pesquisado no Município de Cajazeiras, e os métodos especificados estão adequados à proposta do trabalho.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos estão apresentados de forma adequada. O autor da pesquisa Gerlane Cristinne Bertino Vêras redigiu e apresentou de forma correta os seguintes itens: Termo de Consentimento Livre e Espontâneo, folha de rosto, carta de anuência, cronograma, orçamento e demais documentos necessários à aprovação do projeto de pesquisa.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando o que foi exposto, sugerimos a APROVAÇÃO do projeto PERFIL CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO E DE QUALIDADE DA COBERTURA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL

UNIVERSITÁRIO, número 89302018.1.0000.5575 e sob responsabilidade de Gerlane Cristinne Bertino Vêras.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1132093.pdf	09/05/2018 20:16:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_submetido.pdf	09/05/2018 20:12:53	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Outros	Termo_anuencia.pdf	09/05/2018 20:02:57	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Outros	Pequisador_responsavel.pdf	09/05/2018 20:01:22	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Outros	Divulgacao_resultados.pdf	09/05/2018 20:00:42	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE.pdf	09/05/2018 19:59:54	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE.pdf	09/05/2018 19:59:37	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito

Justificativa de Ausência				
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	09/05/2018	Gerlane Cristinne	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	19:59:08	Bertino Vêras	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Pesquisador_participante.pdf	09/05/2018 19:58:47	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	09/05/2018 19:58:23	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/05/2018 19:51:16	Gerlane Cristinne Bertino Vêras	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAJAZEIRAS, 24 de Maio de 2018

Assinado por:

ERLANE AGUIAR FEITOSA DE FREITAS
(Coordenador)