



Perfil clínico-epidemiológico de crianças admitidas em unidade pediátrica

Clinical and epidemiological profile of children admitted to a pediatric unit

Perfil clínico y epidemiológico de niños ingresados en una unidad pediátrica

Aline Cerqueira Santos¹ ; Fernanda Garcia Bezerra Góes¹ ; Fernanda Maria Vieira Pereira-Ávila¹ ;
Liliane Amazonas Camilo¹ ; Michelly Cristynne Souza Bonifácio¹ ; Virginia Maria de Azevedo Oliveira Knupp¹

¹Universidade Federal Fluminense. Niterói, RJ, Brasil

RESUMO

Objetivo: analisar o perfil clínico epidemiológico de crianças admitidas na pediatria de um hospital público no interior do estado do Rio de Janeiro. **Método:** estudo descritivo, transversal, de abordagem quantitativa, desenvolvido com responsáveis de crianças admitidas na pediatria, através da aplicação de questionário. **Resultados:** 92 (100%) responsáveis participaram do estudo, dos quais, 57 (62,0%) não trabalham; 27 (29,4%) possuem quatro dependentes; 35 (38,0%) perfazem renda familiar de um salário mínimo. A maior proporção das crianças foi de lactentes, 47 (51,1%); com diagnóstico de afecção respiratória, 35 (38,0%). **Conclusão:** foi evidenciada associação entre determinantes sociais, sobretudo o socioeconômico, com o desenvolvimento de afecções respiratórias, especialmente em lactentes. Sugere-se que políticas direcionadas sejam intensificadas, não apenas para ação curativa, mas preventiva, através de educação em saúde direcionadas às famílias e aos responsáveis, visando reconhecer os fatores de risco para aquisição dessas doenças, bem como o reconhecimento dos sinais de gravidade.

Descritores: Enfermagem Pediátrica; Morbidade; Perfil Epidemiológico.

ABSTRACT

Objective: to analyze clinical and epidemiologically profile of children admitted to pediatrics at a public hospital in Rio de Janeiro State. **Method:** this quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted by applying a questionnaire to parents and guardians of children admitted to pediatrics. **Results:** 92 (100%) parents and guardians participated, 57 (62.0%) of whom were out of work; 27 (29.4%) had four dependents; 35 (38.0%) received family income of one minimum wage. The children were mostly infants (47; 51.1%) and diagnosed with a respiratory condition (35; 38.0%). **Conclusion:** an association was found between social determinants, especially socioeconomic factors, and the development of respiratory disorders, particularly in infants. It is recommended that specific policies, for not only curative care, but also prevention, be intensified by health education to enable families, parents and guardians to recognize the risk factors for such diseases, as well as the signs of severity.

Descriptors: Pediatric Nursing; Morbidity; Health Profile.

RESUMEN

Objetivo: analizar el perfil clínico y epidemiológico de los niños ingresados en pediatría en un hospital público del estado de Río de Janeiro. **Método:** este estudio cuantitativo, descriptivo y transversal se realizó mediante la aplicación de un cuestionario a padres y tutores de niños ingresados en pediatría. **Resultados:** participaron 92 (100%) padres y tutores, de los cuales 57 (62,0%) estaban sin trabajo; 27 (29,4%) tenían cuatro dependientes; 35 (38,0%) recibieron ingresos familiares de un salario mínimo. Los niños eran en su mayoría bebés (47; 51,1%) y diagnosticados con una afección respiratoria (35; 38,0%). **Conclusión:** se encontró asociación entre los determinantes sociales, especialmente los socioeconómicos, y el desarrollo de trastornos respiratorios, particularmente en la infancia. Se recomienda que las políticas específicas, no solo de atención curativa, sino también de prevención, se intensifiquen mediante la educación en salud para que las familias, padres y tutores reconozcan los factores de riesgo de dichas enfermedades, así como los signos de gravedad.

Descritores: Intercambio de Información en Salud; Pase de Guardia; Comunicación; Seguridad del Paciente.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, o desenvolvimento de estudos sobre análise de dados distribuídos pelo espaço geográfico tem sido amplamente valorizado por subsidiar o planejamento e a avaliação de ações embasadas na localização e distribuição espacial das doenças, na prestação da assistência pelos serviços de saúde, nos riscos ambientais, bem como em outros determinantes¹.

Sobre este aspecto, a epidemiologia mostra-se promissora quanto à compreensão da situação de saúde de uma determinada população, onde os indicadores analisados possibilitam descrever, acompanhar e comparar características de saúde de populações, grupos de indivíduos e coletividades humanas. Além disso, possibilita o entendimento acerca do que produz doenças, óbitos, fatores de exposição e determinantes das condições de saúde¹.

Autora correspondente: Aline Cerqueira Santos Santana da Silva. E-mail: alinecer2014@gmail.com
Editor responsável: Antonio Marcos Tosoli Gomes.



De modo geral, as crianças são mais suscetíveis ao desenvolvimento de doenças e o agravamento do quadro, em função do extremo da idade, tornando-se, portanto, um grupo prioritário no campo da saúde². Entre os indicadores de saúde, a mortalidade infantil (MI) destaca-se como o principal e mais sensível indicador para avaliar a situação de saúde de uma população, por estar associada aos fatores socioeconômicos e aos determinantes das condições de vida, além dos fatores relacionados às políticas públicas e aos serviços de saúde, como o acesso e qualidade da atenção à saúde³.

A efetivação de políticas públicas no Brasil, somada ao avanço ocorrido no campo científico e tecnológico, na metade do século XX, resultou em expressivo declínio da mortalidade infantil. Nessa linha, o Brasil mostrou-se efetivo quando atingiu a meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), alcançando o índice de 15,3/1000 nascidos vivos (NV), reduzindo a MI. Contudo, observa-se que a meta atingida não foi homogênea quando avaliada por região, destacando-se a região norte com índices elevados de mortalidade que variavam de 11,0 a 21,8 óbitos/1.000NV⁴, o que de igual maneira ocorre em pequenos municípios distantes das grandes metrópoles, em condições de extrema pobreza e com serviços de saúde ineficientes, desvelando as iniquidades sociais em saúde no território brasileiro⁵.

Ainda no Brasil, desigualdade na distribuição de renda, baixo nível socioeconômico, elevada densidade domiciliar, exposição ao fumo, frio, umidade, desnutrição, desmame precoce, baixa escolaridade e idade materna, tabagismo passivo e cultura familiar têm sido associados às diferenças no risco de adoecimento e hospitalização, nos diversos estratos sociais, principalmente nos menos favorecidos e em menores de cinco anos⁶.

Assim, analisar o perfil clínico e epidemiológico da população infantil em uma determinada região vai para além de diagnosticar a condição de saúde local. Tal ação provoca a reflexão sobre o modelo de assistência à saúde que está em produção, cujas ações e intervenções restringem-se, por vezes, ao ambiente hospitalar, sem avançar e intervir sobre as reais necessidades e problemas enfrentados pela população¹.

Nesta perspectiva, o desenvolvimento de estudos dessa natureza se faz necessário para o controle e planejamento de ações em saúde sobre as principais morbidades na população infantil e seus determinantes. Considera-se fundamental informar a magnitude, evolução e locais em que há maior prevalência de uma doença, principalmente em municípios distantes dos grandes centros urbanos, subsidiando um melhor direcionamento de ações de enfrentamento e de combate aos agravos identificados⁶.

Compreende-se, portanto, que identificar possíveis intervenções para transformação da realidade sócio sanitária da região estudada possa subsidiar o processo de tomada de decisão pelos gestores locais. E, quando não for possível, direcionar as ações da equipe de saúde para o planejamento de um cuidado mais assertivo no âmbito hospitalar, minimizando possíveis danos da hospitalização⁶.

Nessa diretiva, o estudo objetivou analisar o perfil clínico epidemiológico de crianças admitidas na unidade de internação de um hospital público no interior do estado do Rio de Janeiro.

REFERENCIAL TEÓRICO

O Brasil, frente ao compromisso assumido na Constituição Federal de 1988, de garantir o direito universal à saúde, somado a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a proteção integral da criança com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), vem ao longo dos anos apresentando resultados exitosos com relação a saúde da criança, sobretudo com a redução da taxa da MI (menores de 1 ano) e da mortalidade na infância (menores de 5 anos)⁷.

A compreensão sobre este aspecto, só pode ser possível quando levado em conta também as representações e os determinantes sociais que refletem as alterações/mudanças e experiências do homem por uma perspectiva não apenas individual, mas também coletiva, representando o meio ao qual pertence. Estas demonstram as condições de vida as quais uma comunidade é submetida, vive, age, pensa e entende os aspectos que delimitam sua saúde. Isto não pode ser compreendido como um único determinante para a saúde, mas deve ser entendido como a associação de diversas interações com o indivíduo-meio e indivíduo-indivíduo⁸.

Desta maneira, adotar a visão dos determinantes sociais significa compreender o valor que a saúde tem para a sociedade e ao mesmo tempo admitir que ela depende de ações que, diversas vezes, não possuem relação com o setor da saúde. A abordagem dos determinantes sociais demonstra que as iniquidades em saúde não podem ser reconhecidas e resolvidas sem que sejam observadas as iniquidades sociais⁹.

A saúde é decorrente dos determinantes que envolvem o contexto ou território ao qual o indivíduo está inserido, assim também como a distribuição desigual dos fatores produtores de saúde: materiais, biológicos, psicossociais e comportamentais. A desigualdade econômica, representada pelo nível de estratificação social que o indivíduo está inserido, determinaria uma desigualdade de acesso aos fatores de boa ou má saúde, implicando o aumento das iniquidades da área. O combate à desigualdade busca ampliar o nível de saúde, mas, para isto, é necessário o



desenvolvimento de políticas intersetoriais (econômicas, de emprego, de renda, moradia, educação, etc.), visando assim a garantia da participação e da autonomia/empoderamento das populações, para que estas possam colaborar com a transformação da sociedade^{10,11}.

MÉTODO

Estudo descritivo, de abordagem quantitativa e delineamento transversal, desenvolvido em um hospital público localizado no interior do estado do Rio de Janeiro, Brasil, especificamente no setor de internação pediátrica.

A unidade hospitalar apresenta-se como única instituição de autarquia municipal de grande porte, localizada no município de Rio das Ostras, sendo uma unidade pavilhonar com alta rotatividade de pacientes, onde recebe não só a população do município, mas como regiões vizinhas. A referida instituição, por possuir a única maternidade de referência da região, conta com berçário, emergência pediátrica e unidade de internação pediátrica que atendem pacientes de zero a 16 anos de idade com uma ampla variedade de diagnósticos clínicos.

A unidade pediátrica é composta por duas enfermarias, com três leitos cada e um leito destinado para isolamento. Possui um centro de imagem que atende à demanda populacional do município e alguns municípios vizinhos, atuando como centro de referência para exames ambulatoriais e hospitalares, configurando-se como porta de entrada das unidades de saúde solicitantes. Dispõe de quatro salas de centro cirúrgico, onde desenvolve cirurgias pediátricas de pequeno porte, todavia, não dispõe de centro de terapia intensiva pediátrica e neonatal, onde nestes casos conta com o serviço de central de regulação de vagas para referenciar crianças com maior gravidade.

Compuseram a população deste estudo responsáveis de crianças hospitalizadas no referido setor durante o período da coleta de dados. Foram considerados como critério de inclusão: responsáveis que tivessem uma relação de convivência direta com a criança que estivesse internada no setor de pediatria. Como critérios de exclusão: responsáveis que apesar de manter convivência direta com a criança não tivessem conhecimento aprofundado sobre condições de vida e de saúde das crianças.

A respeito da amostra, os participantes foram selecionados por conveniência durante o período de coleta de dados, de dezembro de 2017 a abril de 2018, por meio de entrevistas face a face, que seguiu um roteiro elaborado pelos pesquisadores, dividido em duas partes, onde a primeira continha questões fechadas referentes à caracterização do perfil socioeconômico dos responsáveis, como raça, escolaridade, estado civil, renda familiar, trabalho e número de dependentes.

A segunda parte contou com perguntas fechadas que foram formuladas com o propósito de favorecer análise sobre os aspectos epidemiológicos e clínicos, com as variáveis: idade da criança, amamentação, tempo de amamentação, responsável pela criança, diagnóstico médico na internação, esquema vacinal, acompanhamento médico, pré-natal e número de consultas no pré-natal.

Os questionários foram previamente testados mediante aplicação com quatro responsáveis, o que possibilitaria identificar possíveis fragilidades e adaptações necessárias, entretanto, não houve necessidade de modificações, bem como nenhum dos participantes, durante a coleta de dados ou após, manifestou o desejo em retirar-se do estudo.

O recrutamento e a seleção dos responsáveis do estudo se deram no cenário da pesquisa em um momento em que a criança se apresentava tranquila. O pesquisador se apresentava ao pretense participante, o responsável, explicando de forma detalhada e clara, por meio de linguagem coloquial, o que concernia a pesquisa e os seus objetivos. Ainda, foi explicado que a aplicação do instrumento, por meio de entrevista, teria em média a duração de 30 minutos, que seria previamente agendada e realizada em uma sala reservada do setor, em ambiente calmo respeitando a privacidade dos mesmos e o sigilo das informações.

Foi esclarecido que sua participação poderia gerar desconfortos por revisitar momentos e histórias vivenciadas junto às crianças durante a internação. Caso ocorresse desconforto de qualquer natureza, a entrevista seria interrompida imediatamente ficando este responsável livre para decidir se continuaria ou não a participar do estudo. Após apresentação do projeto e elucidação de qualquer dúvida no que diz a respeito à participação do responsável na pesquisa e, mediante ao aceite, gratuito e consciente em participar da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado. O respeito ao anonimato e sigilo foi garantido pelo uso de códigos alfanumérico (Família 1= FAM 1, FAM 2 e assim por diante) para os participantes, na sequência em que as entrevistas foram realizadas. Os dados coletados foram digitados em planilha eletrônica e processados no Programa R, que é gratuito e permite desenvolver de forma integrada cálculos estatísticos e representações gráficas. Foram calculadas proporções e medidas de tendência central, que compõem a estatística básica.

Em observância às determinações da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição.

RESULTADOS

Participaram do estudo 92 responsáveis que acompanhavam as crianças durante o período da coleta de dados, como demonstrado na Tabela 1.

TABELA 1: Distribuição das variáveis relacionadas às crianças internadas em um hospital público na Baixada Litorânea do estado do Rio de Janeiro (n=92). Rio das Ostras, Brasil, 2018.

Variáveis		N	%
Idade	Lactente	47	51.1
	Pré-escolar	30	32.6
	Escolar	14	15.2
Sexo	Feminino	47	51.1
	Masculino	45	48.9
Foi amamentada	Sim	76	82.6
	Não	14	15.2
	Não lembra	2	2.2
Tempo amamentação	Menos de um mês	4	4.4
	Até dois meses	8	8.7
	Até três meses	5	5.4
	Até quatro meses	3	3.3
	Até cinco meses	9	9.8
	Até seis meses	3	3.3
	Até um ano	15	16.3
	Até dois anos ou mais	31	33.7
Responsável pelo cuidado da criança	Mãe	86	93.5
	Pai	6	6.5

Entre os participantes, 86 (93,5%) eram mães e seis (6,5%) pais. Em relação ao perfil das crianças, verificou-se a maior proporção de lactentes, 47 (51,1%), seguido de pré-escolares 30 (32,6%), cuja média da idade foi de 2,7 anos. O sexo com maior proporção foi o feminino, 47 (51,1%). Em relação à amamentação, 76 (82,6%) crianças foram amamentadas, das quais 31 (33,7%) durante dois anos ou mais.

A análise das variáveis relacionadas à saúde das crianças internadas é apresentada na Tabela 2.

TABELA 2: Distribuição das variáveis relacionadas à saúde das crianças internadas em um hospital público na Baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro (n=92). Rio das Ostras, Brasil, 2018.

Variáveis		N	%
Diagnóstico medico	Sistema respiratório	35	38,0
	Sistema digestório	12	13,0
	Sistema tegumentar	15	16,3
	Sistema metabólico	1	1,1
	Sistema urinário	16	17,4
	Ortopédico	3	3,3
	Sistema neurológico	1	1,1
	Sistema hematológico	6	6,5
	Sistema imunológico	2	2,2
Vacina em dia	Sim	85	92,4
	Não	7	7,6
Acompanhamento medico	Sim	68	73,9
	Não	23	25,0
Realizou consulta pré-natal	Sim	89	96,7
	Não	3	3,3
Número de consultas pré-natal	Duas a Quatro consultas	6	6,5
	Cinco consultas	8	8,7
	Seis consultas	10	10,9
	Sete consultas	61	66,3
	Oito consultas	7	7,6

Verificou-se para diagnóstico médico a maior proporção entre o sistema respiratório, 35 (38,0%), e sistema urinário, 16 (17,4%). Em relação à vacina, foi observada a maior proporção de crianças com as vacinas em dia, 85 (92,4%). Do total de crianças analisadas, 68 (73,9%) estavam em acompanhamento médico. Para a realização de pré-natal pela mãe da criança, 89 (96,7%), afirmaram ter realizado o pré-natal. Com relação ao número de consultas de pré-natal, verificou-se o maior valor no estrato com sete consultas, 61 (66,3%).

Já as variáveis relativas aos responsáveis pelas crianças são apresentadas na Tabela 3.

TABELA 3: Distribuição das variáveis relacionadas aos responsáveis pelas crianças internadas em um hospital público na Baixada litorânea do estado do Rio de Janeiro, Rio das Ostras, RJ, Brasil, 2018.

Variáveis	N	%
Sexo	Feminino	86 93.5
	Masculino	6 6.5
Raça do responsável	Preta	23 25.0
	Parda	41 44.6
	Branca	28 30.4
Estado civil do responsável	Casada	43 46.7
	União estável	10 10.9
	Solteira	35 38.0
	Viúva	1 1.1
Responsável trabalha	Divorciada	2 2.2
	Sim	35 38.0
Renda familiar	Não	57 62.0
	Até um salário mínimo	35 38.0
	De um a dois salários mínimos	31 33.7
	De dois a três salários mínimos	17 18.5
	De três a quatro salários mínimos	1 1.1
Número de dependentes	Quatro salários mínimos ou mais	5 5.4
	Dois dependentes	7 7.6
	Três dependentes	25 27.2
	Quatro dependentes	27 29.4
	Cinco dependentes	21 22.8
	Seis dependentes	9 9.8
	Sete dependentes	2 2.2
	Acima de oito dependentes	1 1.1
Escolaridade do responsável	Ensino fundamental I completo	4 4.4
	Ensino fundamental I incompleto	22 23.9
	Ensino fundamental II incompleto	12 13.0
	Ensino médio completo	28 30.4
	Ensino médio incompleto	13 25.0
	Ensino superior completo	1 1.1
Ensino superior incompleto	2 2.2	

Fonte: elaborada pelos autores (2018).

Verificou-se maior proporção de pessoas pardas, 41(44,6%), casadas, 43 (46,7%), com ensino médio completo, 28(30,4%), que não trabalha 57 (62,0%), e com renda de até um salário mínimo, 35 (38,0%). Na análise do número de dependentes, foi observada a maior proporção entre quatro ou mais dependentes, 27 (29,4%).

DISCUSSÃO

Os resultados apontaram que os lactentes foram hospitalizados em maior proporção quando comparado aos demais grupos etários, cujo diagnóstico médico prevalente foi afecções do sistema respiratório. Quanto aos determinantes sociais dessas crianças e suas famílias, pode-se verificar que alguns fatores, em consonância com a literatura, podem ter contribuído a ocorrência desse tipo de agravo à saúde, especialmente a escolaridade materna associada à baixa renda familiar, além do grande número de dependentes em desacordo com a renda per capita das famílias, sendo, portanto, os principais achados da presente investigação.



Segundo a Organização Mundial de Saúde, as afecções respiratórias exercem grande impacto sobre a saúde da população, perfazendo 8% do total de mortes em países desenvolvidos e 5% nos países em desenvolvimento, com destaque para as pneumonias que respondem por 20 a 40% das hospitalizações em crianças nos países em desenvolvimento. Sua prevalência também é alta em nível nacional, chegando a representar 16% das internações no SUS, acometendo principalmente menores de cinco anos⁵. Assim, as doenças respiratórias configuram-se importante problema de saúde pública, por representar a principal causa de mortalidade neste segmento populacional¹², o que implica na necessidade de uma investigação mais aprofundada dos determinantes sociais associados à sua ocorrência em estudos locais/regionais.

Nesse sentido, a idade se destaca como uma variável de grande importância na aquisição de doenças, sobretudo entre os menores de 05 anos, por serem mais susceptíveis ao agravamento de enfermidades em função não só da própria fragilidade que é imposta, mas como também em sua grande maioria por pertencer às famílias com baixa renda determinando maior vulnerabilidade, acrescido ao fato do epitélio das vias aéreas nesse segmento ser mais permeável a poluentes e agentes etiológicos concomitante a imaturidade do sistema fisiológico e imunológico¹³.

Nesta diretiva, cumpre destacar um achado importante nesse estudo dissonante ao postulado pela literatura, que apesar da grande proporção de crianças realizarem acompanhamento médico, boa parte destas crianças foram hospitalizadas tendo como diagnóstico médico predominante as afecções do sistema respiratório. Entretanto, a literatura tem mostrado a redução na taxa de internações infantis nas últimas décadas, e que esta redução está atrelada ao direcionamento de ações programáticas voltadas para a prevenção e recuperação da saúde como, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; cobertura vacinal; incentivo à amamentação, bem como o controle de doenças prevalentes na infância nos serviços de atenção básica de saúde⁵. Logo, tais achados apontam para lacunas no atendimento e acompanhamento das crianças na atenção primária do município investigado, que precisam, portanto, ser reconhecidas pelos gestores locais para a definição de ações e estratégias específicas que promovam a saúde na infância e minimizem agravos evitáveis.

Ainda sobre esse aspecto, é observado que Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP's), são condições particularmente evitadas por meio de cuidados preventivos e precoces da doença, portanto, sendo diagnosticadas em momento oportuno e tratadas efetivamente junto aos usuários que buscam o primeiro nível de atenção à saúde¹⁴, o que novamente indica a necessidade de investimentos locais nesta diretiva, a partir dos resultados ora encontrados.

Diante disto, pode-se inferir uma gama de fatores responsáveis pela hospitalização da população analisada como, conhecimentos, atitudes e práticas da família e da comunidade que determina o momento para o reconhecimento da doença; fragilidades nos níveis de atenção básica à saúde e a identificação dos grupos mais prevalentes. Assim, a busca pelas famílias do acompanhamento médico sobre a condição de saúde das crianças permitiria a reestruturação de programas e políticas, além de ser um importante dado para a reformulação de ações direcionadas às doenças mais incidentes em regiões específicas¹⁵.

Sobre este aspecto, a literatura menciona que elevados coeficientes de internação por causas tratáveis a nível ambulatorial, pode indicar uma assistência fragmentada e pontual, resultando na ineficiência dos serviços de saúde, como dificuldade de acesso ao serviço, falta de medicamento e baixo desempenho no cuidado, haja vista, que atenção primária tem como principal objetivo, reduzir e evitar internações por essas causas¹⁶, o que é crucial para desenvolvimento sadio e harmonioso das crianças.

Em relação à amamentação, foi evidenciado um pequeno quantitativo de crianças que foram amamentadas até os dois anos de idade ou mais. Sobre esta vertente, estudos mostram que o aleitamento materno, assim como, a duração desta prática traz diversos benefícios para a população infantil, como, por exemplo, a redução da mortalidade¹⁷, melhora das condições nutricionais e imunológicas e da qualidade de vida, entre outros benefícios, contribuindo consequentemente para a melhoria dos indicadores de saúde no Brasil¹⁸.

Sobre esta vertente, cumpre destacar que o Ministério da Saúde (MS), recomenda o aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses, atuando como fator protetor contra aquisição de infecções e consequentemente reduzindo internações e mortes por causas preveníveis¹⁹, inclusive pelas afecções respiratórias.

Outro aspecto que vai de encontro ao que é preconizado na literatura foi a alta proporção de crianças imunizadas, que apesar desta proteção, apresentaram alto índice de internação por doenças respiratórias. Sobre essa vertente, um estudo evidenciou que a vacina consiste de um fator protetor de grande importância para a população, especialmente para as crianças, pois certifica a prevenção e proteção de doenças adquiridas por meio dos imunobiológicos, fortalecendo o sistema imunológico, desta maneira, entende-se que a vacinação em dia confere proteção contra patologias nestes indivíduos, oposto ao dado evidenciado neste estudo²⁰.

Outra evidência relata que as doenças do sistema respiratório compreendem uma importante parcela das internações hospitalares, onde a pneumonia corresponde à maior causa de admissão por doença respiratória, representando uma das cinco principais causas de óbito no público infantil, sobretudo em crianças nos países em



desenvolvimento e que dentre os principais fatores associados à aquisição desta morbidade é destacado o status vacinal incompleto²¹.

Outro estudo afirma, que entre os agentes etiológicos bacterianos envolvidos na gênese da pneumonia adquirida na comunidade (PAC), o *Streptococcus pneumoniae* é o principal causador de doença em crianças e adultos. Desse modo, as PACs são responsáveis por causar grande morbidade, correspondendo a ocorrência de 13,8 milhões de novos casos em todo o mundo a cada ano. Cerca de 6-16% dos casos de PAC necessitam de hospitalização, principalmente em crianças abaixo dos cinco anos. A doença, sobretudo de etiologia bacteriana, é responsável por 20-40% das internações apenas no continente americano e, no Brasil, no ano de 2004 e 2006, as doenças pneumocócicas foram responsáveis por cerca de 34.000 internações, justificando de forma contundente, a importância da cobertura vacinal, como prevenção para internações hospitalares neste segmento etário. Portanto, apesar da alta taxa de crianças vacinadas neste estudo, uma pequena parcela não estava com a vacinação em dia, logo, estratégias assistenciais e gerenciais precisam ser empregadas para aumentar a cobertura vacinal no município, o que contribuirá para a redução de agravos evitáveis na infância²².

Os achados deste estudo testificam que os responsáveis das crianças, em sua maioria, mulheres/mães, afirmaram ter realizado sete consultas durante o pré-natal. Sobre este aspecto, um estudo relata que as gestantes que realizam um maior número de consultas, são aquelas que possuem maior nível de escolaridade e que moram no interior dos estados, devido a comodidade de estarem alocadas próximo as unidades básicas de saúde. Diante dos fatos, destaca-se que em parte os achados corroboram com essa afirmativa, no que tange o município onde o estudo foi realizado. De outra parte, a escolaridade materna, apresentou maior estrato entre as que não alcançaram o ensino superior, indo de encontro ao postulado pelo estudo²³.

Com relação aos determinantes socioeconômicos foi observado que a grande proporção de responsáveis não possui vínculo empregatício, possui quatro dependentes e se mantém com renda familiar de um salário mínimo. Ademais, os dados referentes às condições socioeconômicas, estão de acordo com a literatura, visto que os principais fatores de risco para doenças respiratórias prevalentes neste estudo são a baixa escolaridade materna, aglomeração familiar e condições precárias de moradia. O desenvolvimento de um estudo evidenciou a renda familiar como um determinante capaz de influenciar a qualidade de vida de indivíduos, evidenciando maior prevalência de doença respiratória entre menores de cinco anos com níveis socioeconômico mais baixo, elevando em até 2,2 vezes a chance de a criança apresentar asma e bronquite. Sobre este fato, compreende-se que, famílias com renda per capita elevada têm mais possibilidades de cuidar efetivamente da saúde dos filhos, resultando em menor incidência de doenças e hospitalizações⁶.

De outra parte, fatores sócio ambientais desfavoráveis como elevadas densidades domiciliar, habitações insalubres e menor acesso a saúde entre outros fatores, podem contribuir individualmente, ou quando associados podem aumentar a probabilidade na aquisição e/ou reincidência de morbidades em crianças na primeira infância⁶, o que condiz com o perfil sociodemográfico ora levantado.

Diante deste contexto a escolaridade dos responsáveis neste estudo evidenciou o maior estrato entre as que não alcançaram ou não concluíram o ensino médio. Esse dado remete o apresentado em outro estudo, onde é apontada a escolaridade materna como fator de risco para a hospitalização infantil. É fato que, mães ou responsáveis com escolaridade mais elevada possuem mais acesso aos diferentes tipos de informação, conhecimento e acesso a serviço de saúde. Além disso, a baixa escolaridade está diretamente associada ao menor entendimento quanto à evolução e gravidade da doença, educação em saúde, higiene do domicílio e alimentar, seguimento correto das orientações médicas, diante da presença de agravos a saúde, bem como cuidados referentes a prevenção e promoção da saúde, o que resulta na hospitalização do indivíduo⁵.

Entende-se, portanto, que a escolaridade materna viabiliza uma pluralidade de ações protetoras à saúde de seus filhos, como por exemplo, maior adesão aos serviços de atendimento à saúde e medidas preventivas de cuidado, as quais reduzem a morbidade. Dessa forma, a educação materna se mostra como dado preditor de saúde infantil, o que reforça a vertente de que este fator seja o mais importante determinante socio demográfico das condições gerais de saúde, bem como aquisição de doença entre crianças⁶.

LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente tem como limitação o desenvolvimento em apenas um centro sem privilegiar outras unidades hospitalares, as quais podem apresentar indicadores de saúde diferente diante de sua realidade local e contexto social. E como potencialidade, no que tange informar, a magnitude, a evolução e os locais em que há maior prevalência desse tipo de doença, sobretudo em municípios do interior, distante das grandes metrópoles subsidiando melhor direcionamento das ações supracitadas no enfrentamento e combate a esse problema, reforçando a importância de estudos locais.



CONCLUSÃO

Analisar o perfil clínico e epidemiológico infantil no referido município permitiu inferir uma relação entre determinantes sociais, especialmente a escolaridade materna associada a baixa renda familiar, além do grande número de dependentes em desacordo com a renda per capita das famílias, com o desenvolvimento de afecções respiratórias, principalmente em lactentes.

No entanto, morbidades do aparelho respiratório em sua maioria, são consideradas doenças de causas evitáveis ou de condições sensíveis à atenção primária, assim, quando diagnosticadas em momento oportuno, são tratadas e geralmente, não evoluem para internação. Desse modo, sugere-se que políticas direcionadas a este grupo etário, sejam intensificadas, não apenas para ação curativa, mas preventiva, através de ação de educação em saúde direcionadas às famílias e aos responsáveis, visando reconhecer os fatores de risco para aquisição dessa doenças, bem como o reconhecimento dos sinais de gravidade, além da capacitação de recursos humanos no manejo dessa morbidade. Vislumbra-se, com essas ações reduzir indicadores relacionados a morbimortalidade infantil.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos JPR, Rosa JCS. Infant mortality in five years of age old in the municipality of Águas Lindas de Goiás. *Rev Eletrônica Gestão & Saúde* [Internet], 2016 [cited 2019 Jul 18]; 7(1):176-190. Available from: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/download/3403/3088/>.
2. Santos LA, Oliveira VB, Caldeira AP. Hospitalizations for conditions susceptible to primary care among children and adolescents in Minas Gerais, Brazil, 1999-2007. *Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.* [Internet], 2016 [cited 2019 Jul 18]; 16 (2): 169-178. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042016000200006>.
3. Sousa JS, Campos RT, Silva AS, Bezerra FNR, Lira JS. Estimación e análise dos fatores determinantes da redução da taxa de mortalidade infantil. *Rev. Bras. de Estudos Regionais e Urbanos* [Internet], 2016 [cited 2019 Jul 18]; 10 (2): 140-155. Available from: <https://revistaaber.org.br/rberu/article/view/126/182>.
4. Lima JC, Mingarelli AM, Segri JN, Zavala AAZ, Takano AO. Population-based study on infant mortality. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet], 2017; 22(3):931-939. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017223.12742016>.
5. Barbosa SFA, Costa FM, Vieira MA. Causes of child hospitalization: an integrative review of the brazilian reality. *Rev. de Saude Publica* [Internet], 2017; 18(2):129-137. DOI: <http://dx.doi.org/10.22421/1517-7130.2017v18n2p129>.
6. Silva WB, Prado PF, Soares NM, Lima CA, Figueredo ML, Oliveira VV. Children admitted to a university hospital: sociodemographic and epidemiological surveillance. *Rev. Norte Mineira de Enfermagem* [Internet], 2017 [cited 2019 Jul 18]; 6(1):18-31. Available from: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/renome/article/view/1237/1285>.
7. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Brasília (DF): MS; 2018. [cited 2019 Jul 18]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
8. Moura LM, Shimizu HE. Social representations of health and illness of municipal health counselors. *Rev. de Saúde Coletiva* [Internet], 2017 [cited 2019 Jul 18]; 27(1):103-125. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000100006>.
9. Carrapato P, Correia P, Garcia B. Health determinants in Brasil: searching for health equity. *Saúde soc* [internet], 2017 [cited 2019 Jul 18]; 26(3):676-689. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>.
10. Rocha MGL, Caldeiras AP. Reported morbidity for children assisted by Family Health Teams in the northeast region of Minas Gerais, Brazil. *Rev. APS* [Internet], 2016 [cited 2019 Jul 18]; 19(3):446-456. Available from: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15556>.
11. Lannye B, Priscila CPB, Suyane SL, Claudia BC. Evaluation of group educational intervention for diabetics receiving care at Teaching Clinic. *Rev. enferm. UERJ* [Internet], 2016 [cited 2019 Jul 18]; 24(2):4968. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2016.4968>.
12. Fioravanti C. Progress and challenges for respiratory health in Brazil. *Lancet Respir. Med.* [Internet], 2015 [cited 2019 Jul 18]; 3(5):348-9. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(15\)00152-6](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(15)00152-6).
13. Pereira BB, Limongi JE. Epidemiology of human health outcomes related to air pollution in Brazil: a systematic review. *Cad. Saude Coletiva* [Internet], 2015 [cited 2019 Jul 18]; 23(2):91-100. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462X201400050103>.
14. Sampaio JCS, Araujo AG, Pereira FZ, Lima H, Souto F. Internations profile by primary care sensitive conditions related to the family health strategy coverage in Anápolis, from 2001 to 2017. *Rev. Educ. Saúde* [Internet], 2018 [cited 2019 Jul 18]; 6(1):1-9. DOI: <https://doi.org/10.29237/2358-9868.2018v6i1.p01-09>.
15. Pereira FJR, Silva CE, Lima NEA. Profile of Hospitalization for Primary Care Sensitive Conditions subsidizing health activities in Brazilian regions. *Saude debate* [Internet], 2015 [cited 2019 Jul 18]; 40(107):1008-17. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420161070142>.
16. Santos ILF, Gaíva MAM, Abud SM, Ferreira SMB. Child hospitalization due to primary care sensitive conditions. *Cogitare enferm.* [Internet], 2015 [cited 2019 Jul 17]; 20(1):171-9. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37586/24868>.
17. Bocolini CS, Bocolini PMM, Monteiro FR, Venâncio SI, Giugliani ERJ. Breast feeding indicators trends in Brazil for three decades. *Rev. Saude Publica* [Internet], 2017 [cited 2019 Jul 17]; 51(108). DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000029>.
18. Santos JT, Makuch DM. The prevalence of exclusive maternal breastfeeding in 0 to 6-month-old in patient children at a pediatrics hospital in Curitiba. *Tempus actas de Saude Coletiva* [Internet], 2018; 11(2):145-58. DOI: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/881494/2-p.pdf>.



19. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança. Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília (DF): MS; 2015. [cited 2019 Jul 17]. Available from: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf.
20. Almeida MR, Achkar TCS, Silva LL, Maraschin MS, Ross C. Immunization in childhood: a review of the literature. Rev. Thêma et Scientia [Internet], 2015 [cited 2019 Jul 17]; 5(1). Available from: <https://www.fag.edu.br/upload/arquivo/1457719404.pdf>.
21. Figueiredo ABD, Silva BLC, Abreu CAP, Freitas CM, Cardoso CM, Santos LAR, et al. Fatores associados à internação por pneumonia em crianças menores de 5 Anos: subtítulo do artigo. Cad. de publicações UNIVAG [Internet], 2018 [cited 2019 Jul 17]; 9. Available from: <https://periodicos.univag.com.br/index.php/caderno/article/viewFile/1212/1389>.
22. Silva SR, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Impact of the pneumococcal 10-valent vaccine on reducing hospitalization for community-acquired pneumonia in children. Rev. Paul. Pediatr. [Internet], 2016 [cited 2019 Jul 17]; 34(4):418-424. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2016.03.008>.
23. Oliveira EC, Barbosa SM; Melo SEP. A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros. Rev. Paul. Pediatr. [Internet], 2016 [cited 2019 Jul 17]; 34(4). Available from: <http://www.faculdadedofuturo.edu.br/revista1/index.php/remas/article/view/37>.