



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Lilian de Lima

**Estratégia de apoio às famílias para prevenção de
internação pediátrica por condições sensíveis à Atenção
Primária à Saúde**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lucia Pamplona Tonete

**Botucatu
2018**

Lilian de Lima

Estratégia de apoio às famílias para prevenção de
internação pediátrica por condições sensíveis à
Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para a
obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lucia Pamplona Tonete

Botucatu
2018

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Lima, Lilian de.

Estratégia de apoio às famílias para prevenção de
internação pediátrica por condições sensíveis à atenção
primária à saúde / Lilian de Lima. - Botucatu, 2018

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu
Orientador: Vera Lucia Pamplona Tonete
Capes: 40406008

1. Atenção primária a saúde. 2. Hospitalização. 3.
Crianças - Cuidado e higiene. 4. Enfermagem pediátrica.

Palavras-chave: Atenção primária a saúde; Hospitalização;
Saúde da Criança.

Lilian de Lima

Estratégia de apoio às famílias para prevenção de internação pediátrica
por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”,
Câmpus de Botucatu, para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Vera Lucia Pamplona Tonete

Comissão examinadora

Profa. Dra. Vera Lucia Pamplona Tonete
Universidade Estadual Paulista

Profª. Drª. Marli T. C. Duarte
Universidade Estadual Paulista

Profª. Drª. Ana Paula P. Carvalheira
Faculdade Sudoeste Paulista

Botucatu, 28 de fevereiro de 2018

Dedicatória

Dedico este trabalho a todas as pessoas que de alguma forma me ajudaram a concluí-lo.

Ao meu filho Vinicius, a razão de tudo, ao meu amado esposo Fabio e minha amada família, minha mãe Fátima, meu pai Benedito, e meus irmãos Leticia e Matheus. Os quais me ensinam o amor incondicional todos os dias, me incentivam e me fortalecem a buscar o melhor sempre.

À minha orientadora Vera, por se dedicar a esse projeto com tanto amor. E por me guiar pelo caminho dos saberes e do desconhecido, com toda paciência e compreensão.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, por me guiar e abençoar em todos os momentos da minha vida, por sempre me conduzir pelo melhor caminho, sem Ele eu nada seria.

Ao meu marido Fabio, pela paciência e pelo seu amor, por sempre estar ao meu lado, por compreender a minha ausência e me incentivar a lutar por meus sonhos.

Aos meus pais e meus irmãos, por cuidarem do meu filho com tanto amor e carinho, todas as vezes que eu e meu marido não pudemos estar presentes. Por estarem junto de mim, fazendo dos meus sonhos os seus, e principalmente por me amarem sem medidas.

Ao Núcleo de Ensino e Pesquisa do Hospital Estadual Bauru, por confiarem no meu trabalho e permitir que meu projeto ali fosse realizado.

Às minhas colegas de mestrado, por tornarem nossas aulas mais alegres, são pessoas que levarei para minha vida toda. Em especial a Natália, Regina e Inês, minhas colegas também de viagem, que tornavam nossa longa jornada em momentos inesquecíveis.

A minha orientadora, toda a gratidão possível, por partilhar comigo todo o seu saber e não medir esforços para fazer deste projeto o melhor. O fato de acreditar em mim, antes mesmo de me conhecer e de dividir os seus conhecimentos, me deixa sem palavras para agradecer. Me orgulho de tê-la como minha orientadora, sem sua compreensão e auxílio este sonho não seria concretizado.

RESUMO

Lima L. Estratégia de apoio às famílias para prevenção de internação pediátrica por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Medicina de Botucatu – Universidade Estadual Paulista, 2018.

Introdução: as internações por condições sensíveis à atenção primária - ICSAP são ocorrências que podem ser evitadas caso a Atenção Primária à Saúde exerça sua função corretamente, ou seja, realizando o tratamento de doenças agudas e o devido controle de doenças crônicas, sendo hospitalizados somente aqueles que necessitem de atenção especializada e de nível tecnológico avançado. Objetivo: elaborar material educativo sobre ICSAP para pais/responsáveis de crianças usuárias de unidades básicas de saúde, considerando as causas de internação mais prevalentes em hospital de referência de um município do interior paulista. Aspectos metodológicos: trata-se de pesquisa de abordagem mista, realizada em três etapas. Na primeira etapa, foi realizado um estudo observacional sobre as ICSAP de crianças no primeiro ano de vida, internadas em hospital público estadual de julho de 2015 a junho de 2016, com dados coletados dos seus prontuários. Para verificar a associação das condições mais prevalentes e variáveis explanatórias foi realizado teste quiquadrado ou Exato de Fisher, considerando-se o valor de $p < 0,05$ para nível de significância, com cálculo de *Odds Ratio* e respectivos intervalos de confiança. Para realizar as análises foi empregado o programa Epiinfo, versão 7.2.2.2. A segunda etapa foi realizada no primeiro semestre de 2017, quando foram entrevistadas mães/responsáveis de crianças internadas por CSAP sobre suas concepções e experiências quanto à atenção à saúde de seus filhos pelas unidades básicas de saúde. Os depoimentos foram analisados segundo técnicas de Análise de Conteúdo, na vertente Temática. O material educativo foi desenvolvido na terceira etapa, com base nos achados das etapas anteriores. Resultados: Das 253 hospitalizações infantis, 53,3% foram por CSAP. A maioria dessas crianças tinha menos de seis meses (66,4%), nasceu a termo (78,8%), de parto vaginal (51,9%), não era o primeiro filho (72,2%), tinha mãe adulta (89,8%) e com mais de oito anos de estudo (63,5%). E, também, a maior parte não possuía hospitalização prévia (71,5%), não foi internada em UTI (94,2%) e tinha vacinação atualizada (92,7%). As CSAP mais prevalentes foram respiratórias (69,3%) e essas tinham menores chances de ocorrer entre as mães primíparas ($p=0,0085$, $OR=0,35$, $IC=0,16 - 0,77$). Sobre as concepções e experiências apreendidas, configuraram-se dois temas: Atenção à saúde das crianças

pelos serviços públicos de saúde e Motivos atribuídos à hospitalização da criança. Sobre o material educativo, contando com a parceria de responsáveis pela rede pública de atenção primária à saúde, foram elaborados um folder e uma cartilha sob forma de história em quadrinhos, os quais abordam as doenças respiratórias, seus fatores relacionados, sua prevenção e outras informações pertinentes na ocorrência de casos. Considerações finais: os achados das etapas iniciais foram fundamentais para confirmar a relevância da elaboração da proposta educativa voltada à prevenção de internação por doenças respiratórias durante o primeiro ano de vida, fornecendo subsídios teóricos e metodológicos para a sua concretização, particularmente junto às mães multiparas.

Palavras-chave: Saúde da Criança, Atenção Primária a Saúde, Hospitalização.

ABSTRACT

Lima L. Strategy to support families for the prevention due to sensitive conditions primary health care. Dissertation (Master degree). Botucatu Medical School - Paulista State University, 2018.

Introduction: the hospitalizations for conditions sensitive to primary care - ICSAP are occurrences that can be avoided if Primary Health Care performs its function properly, that is, performing treatment of acute diseases and due control of chronic diseases, and hospitalized only those that require specialized attention and advanced technological level. Objective: to elaborate educational material on ICSAP for parents / guardians of children using basic health units, considering the most prevalent causes of hospitalization in a referral hospital in a city in the state of São Paulo. Methodological aspects: this is a mixed approach research, carried out in three stages. In the first stage, an observational study on the ICSAP of children in the first year of life was carried out, hospitalized in a state public hospital from July 2015 to June 2016, with data collected from their charts. To verify the association of the most prevalent conditions and explanatory variables, a chi-square or Fisher's exact test was performed, considering the value of $p < 0.05$ for level of significance, with Odds Ratio calculation and respective confidence intervals. Epiinfo, version 7.2.2.2 was used to perform the analyzes. The second stage was carried out in the first semester of 2017, when mothers / guardians of children hospitalized by CSAP were interviewed about their conceptions and experiences regarding the health care of their children by the basic health units. The statements were analyzed according to Content Analysis techniques, in the Thematic area. The educational material was developed in the third stage, based on the findings of the previous stages. Results: Of the 253 infantile hospitalizations, 53,3% were by CSAP. The majority of these children were less than six months old (66.4%), born full term (78.8%), vaginally (51.9%), not the first child (72.2%), (89.8%) and with more than eight years of schooling (63.5%). Also, most of them did not have previous hospitalization (71.5%), were not admitted to the ICU (94.2%) and had updated vaccination (92.7%). The most prevalent CSAPs were respiratory (69.3%) and these were less likely to occur among primiparous mothers ($p = 0.0085$, $OR = 0.35$, $CI = 0.16-0.77$). On the conceptions and experiences seized, two themes were configured: Attention to the health of the children by the public health services and Reasons attributed to the hospitalization of the child. With regard to the educational material, with

the partnership of the public primary health care network, a folder and a booklet in the form of a comic book were elaborated, which deal with respiratory diseases, their related factors, their prevention and other information cases. Final considerations: the findings of the initial stages were fundamental to confirm the relevance of the elaboration of the educational proposal aimed at the prevention of hospitalization for respiratory diseases during the first year of life, providing theoretical and methodological subsidies for its implementation, particularly with multiparous mothers.

Key words: Child health, Primary Health Care, Hospitalization

APRESENTAÇÃO

Meu interesse pela enfermagem ainda se deu no Ensino Médio, saber que eu teria a oportunidade de cuidar de outros seres humanos, me despertou o desejo de ingressar nesse curso, e assim se deu. Ao término da graduação, no final de 2010, mesmo com anseios e inseguranças eu percebi que deveria buscar uma área da enfermagem a qual me identificaria. No entanto, em 2011, sem que eu o escolhesse, as portas do Hospital Estadual de Bauru se abriram para mim, em especial da unidade de pediatria.

A partir desse momento eu conheceria uma realidade, a realidade da doença e da hospitalização infantil. Crianças que passam por tratamentos prolongados e dolorosos, outras que são hospitalizadas desnecessariamente, mas que sofrem na mesma proporção.

Isso me impulsionou a buscar o conhecimento progressivamente, para ao menos um pouco, minimizar este sofrimento e tornar aquele lugar um pouco mais confortável. Fiz um curso de enfermagem neonatal e pediátrica, e assim tenho buscado me especializar na área da enfermagem pediátrica,

E foi em 2016, quando iniciei o Mestrado Profissional em Enfermagem, já em contato com minha orientadora, e relatando a ela a realidade vivenciada naquele hospital, que nos despertou o interesse de investigar a ocorrência de internações não necessárias. E assim fazer algo, que interviesse nessa realidade, tendo em vista, que uma internação traz danos, tanto para as crianças, quanto para suas famílias.

LISTA DE TABELA E QUADRO

Tabela

- Tabela 1** – Características de nascimento, maternas e de internação atual das crianças menores de um ano e residentes em Bauru hospitalizadas por CSAP no HEB, de julho de 2015 a junho de 2016. Bauru, 2017..... 33
- Tabela 2** – Distribuição de crianças menores de um ano e residentes em Bauru no HEB, de julho de 2015 a junho de 2016, por CSAP. Bauru, 2017..... 34
- Tabela 3** – Associação de características de nascimento e a ocorrência de ICSAP relacionada aos problemas respiratórios de crianças menores de um ano, nascidas e residentes em Bauru no HEB, de julho de 2015 a junho de 2016. Bauru, 2017..... 36

Quadro

- Quadro 1** - Síntese dos temas e respectivos núcleos de sentido..... 38

LISTA DE SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACSC	Ambulatory Care Sensitive Condition
AIS	Ações Integrais de Saúde (AIS)
AME	Ambulatório Médico de Especialidade
APS	Atenção Primária à Saúde
CEO	Centro médico de especialidades
CID-10	Código Internacional de Doenças – 10
CSAP	Condições Sensíveis a Atenção Primária
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HEB	Hospital Estadual de Bauru
ICSAP	Internação por Condições Sensíveis a Atenção Primária
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste
PNH	Política Nacional de Humanização
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a infância
UP	Unidade de Pediatria
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
US	Unidade de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil	15
1.2 Internações por Condições Sensíveis a Atenção Primária.....	18
1.3 Internações Pediátricas por Condições Sensíveis Atenção Primária.....	19
2 OBJETIVOS.....	23
2.1 Objetivo geral.....	23
2.2 Objetivos específicos	23
3 ASPECTOS METODOLÓGICOS	24
3.1 Tipo de estudo	24
3.2 Local da pesquisa.....	25
3.3 População de estudo, procedimentos de coleta e análise dos dados das etapas realizadas.....	26
3.4 Aspectos éticos.....	30
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1 Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária à saúde: prevalência, características de nascimento, maternas e de internação das crianças.....	31
4.2 Prevalência das internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária à saúde e fatores associados.....	34
4.3 Motivos atribuídos por mães/responsáveis à internação de seus filhos por condições sensíveis à atenção primária: destaque às causas respiratórias.....	37
4.4 Prevenção de internação pediátrica por problemas respiratórios: estratégias de apoio às famílias.....	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
6. REFERÊNCIAS.....	68
ANEXOS.....	77
APÊNDICES.....	82

1 INTRODUÇÃO

1.1 Atenção Primária à Saúde no Brasil

Os primeiros registros sobre a Atenção Primária a Saúde (APS) datam de 1920, com a divulgação de um texto oficial, o Relatório Dawson, do governo inglês, que tratava da organização do sistema de serviços de saúde na Grã-Bretanha, dividindo-o em três níveis: o primário, com centros de saúde, o secundário, com ambulatorios com especialidades médicas e o terciário com hospitais escolas, vinculados entre si e planejados para atender os vários níveis de necessidades da população. Essas ações do governo inglês influenciaram sistemas de saúde de todo mundo, especialmente difundindo os conceitos de regionalização e integralidade. Posteriormente, na 30ª Reunião Anual da Assembleia Mundial de Saúde, em 1977, onde foi estipulada a meta “Saúde para Todos no Ano 2000”, desencadeou-se uma série de atividades que influenciaram os pensamentos a respeito da APS, culminando com a enunciação dos seus pressupostos na Conferência em Alma Ata, em 1978, os quais foram confirmados na Assembleia Mundial de Saúde, em 1979 (Starfield, 2002).

No Brasil, a APS teve seu primeiro esboço com a criação dos Centros de Saúde, em 1924, esses tinham ações curativas e preventivas, com enfoque na educação sanitária. Em 1940, surgiu o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) que também realizava ações curativas e preventivas. De início, em áreas de grande desenvolvimento econômico e, depois, nas demais áreas. Em 1970, manifestou-se a preocupação com os marginalizados e foi criado o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS), para que essas pessoas pudessem ter atendimento médico. A partir dessa série de inovações, juntamente com o movimento sanitário, a APS foi se estruturando e o modelo médico privatista perdendo suas forças. Iniciaram-se as Ações Integrais de Saúde (AIS) que buscavam a atenção integral e universal da população. Todas essas ações e decisões políticas, com a efetivação do Sistema Único /de Saúde (SUS), a partir dos anos 90, embasaram a construção da APS no Brasil, que atualmente tem alcançado todas as regiões do país (Ribeiro, 2007; Dicionário da Educação Profissional em Saúde, 2009).

A APS é conceituada como a porta de entrada do SUS, onde deve haver o primeiro contato do usuário com o sistema, por meio das unidades de saúde (US). Nesse contexto, deve ser realizado atendimento não especializado e com capacidade

para a resolução de grande parte dos problemas de saúde apresentados pela comunidade (Lavras, 2011).

Inicialmente, a APS foi regulamentada no Brasil pela Portaria 648/GM de 28 de março de 2006, a qual instituiu a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que por sua vez sofreu alterações no decorrer da última década, sendo a última alteração publicada em 22 de setembro de 2017, pela Portaria 2436/GM (Brasil, 2006, 2012, 2017).

A APS, no país, é denominada por Atenção Básica de Saúde (ABS), configurando-se como conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada. Tais ações devem ser desenvolvidas por equipe multiprofissional e dirigidas à população em determinada região, pelas quais a US assume a responsabilidade (Brasil, 2017).

A APS utiliza tecnologias de baixa densidade para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. Deve ser contato preferencial dos usuários com o sistema de saúde, orientando-se pelos princípios SUS da universalidade, da acessibilidade e da equidade, do vínculo e continuidade, da integralidade, da humanização e da participação social. Dessa forma, deve-se considerar o indivíduo/comunidade em sua singularidade, na complexidade e na inserção sociocultural, na busca da promoção de sua saúde e redução de danos que se apresentem. Como porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), a APS assume papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede (Mendes, 2015).

Cabe destacar que, o modelo assistencial adotado pela ABS é o da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo denominados de unidade básica de saúde (UBS) todos os estabelecimentos de saúde que prestem ações e serviços de ABS, no âmbito do SUS. As UBS são consideradas como potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS. A equipe da ESF é constituída por um médico generalista ou especialista em Saúde da Família, um enfermeiro, de preferência especialista em Saúde da Família, um auxiliar/técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo haver um cirurgião dentista e um auxiliar/técnico de saúde bucal compondo a equipe

ou não. O MS recomenda que cada unidade faça a cobertura de cerca de 2500 a 3000 pessoas, e que cada ACS se responsabilize por 750 pessoas (Brasil, 2017).

A essa equipe cabe o desafio de atingir seu potencial resolutivo, de forma a garantir a coordenação do cuidado na rede de atenção à saúde e a ampliação do acesso na mesma, pela adoção de estratégias que permitam a definição de um amplo escopo dos serviços a serem ofertados na UBS. Espera-se, assim, que essa atenção seja compatível com as necessidades e demandas de saúde da população adscrita, atuando em conjunto, compartilhando o cuidado e apoiando as práticas de saúde nos territórios. Essa oferta de ações e serviços na ABS deve considerar políticas e programas prioritários, as diversas realidades e necessidades dos territórios e das pessoas, em parceria com o controle social (Brasil, 2017).

Espera-se que a APS tenha alta resolutividade, com capacidade clínica e de cuidado e incorporação de tecnologias leves, leve duras e duras (diagnósticas e terapêuticas), além da articulação da Atenção Básica com outros pontos do Sistema de Saúde. Ao poder público, em qualquer instância, cabe articular ações intersetoriais, assim como a organização, com ênfase nas necessidades locais, promovendo a integração das referências de seu território. Recomenda-se a articulação e implementação de processos que aumentem a capacidade clínica das equipes, que fortaleçam práticas de microrregulação nas UBS, tais como gestão de filas próprias da UBS e dos exames e consultas descentralizados/programados para cada UBS, que propiciem a comunicação entre UBS, centrais de regulação e serviços especializados, com pactuação de fluxos e protocolos, apoio matricial presencial e/ou a distância, entre outros (Brasil, 2017; Lavras, 2011).

No decorrer da estruturação do SUS, a APS passa a ter papel primordial, inclusive, relacionado às responsabilidades de gestão e coordenação do sistema de saúde, com destaque ao estabelecimento das RAS. As RAS são organizações de conjunto de serviços de saúde, que tem objetivos comuns, vinculados entre si, com ação cooperativa e interdependente, ofertando atenção contínua e integral à população, e é regulamentada pela Portaria 4279 de 30 de dezembro de 2010. (Brasil, 2015a; Mendes, 2015).

As RAS vêm sendo estruturadas com o propósito de melhorar o que ocorre no SUS, visando à superação de alguns desafios, como a necessária mudança na atenção voltada para responder às condições agudas e às agudizações de condições crônicas, que segue de forma fragmentada e sem continuidade no processo de cuidado dos

indivíduos/comunidades. Com a operacionalização das RAS, espera-se que a ABS seja detentora de clara comunicação e articulação com os demais níveis de atenção, de forma coordenada (Brasil, 2017; Mendes, 2015).

A Portaria GM/MS n. 4279/2010 diz que a ABS é apta a fazer a conexão entre os vários níveis de atenção a saúde, por ser responsável pelo cuidado contínuo e integral. Assim na RAS a ABS assume o papel de coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, alcançando a superação da fragmentação do sistema (Brasil, 2015a).

Diante do protagonismo e dos muitos desafios encontrados pela ABS em colocar em prática tais premissas, propõe-se a utilização de indicadores capazes de avaliar o desempenho desse nível de atenção dentro do sistema, evidenciando sua qualidade e dificuldades, com vistas ao aumento da sua resolubilidade. Neste sentido, como indicador progressivamente utilizado encontra-se o que se refere às internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (Fernandes et al., 2009) (Anexo 1).

1.2 Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Conforme esclarecem Alfradique et al. (2009), as ICSAP são ocorrências que podem ser evitadas caso a APS exerça sua função corretamente, ou seja, elas não ocorreriam se a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de doenças agudas e o devido controle de doenças crônicas fossem eficientes, sendo hospitalizados somente aqueles que necessitassem de atenção especializada e de nível tecnológico avançado.

Portanto, quando ocorre o aumento das ICSAP, conclui-se que está havendo falha no atendimento da APS (Alfradique et al., 2009).

Esse indicador utilizado para avaliar a APS foi desenvolvido por Billings e colaboradores no final da década de 1980, com o propósito de verificar o atendimento ambulatorial oferecido nos Estados Unidos, sendo designado como Ambulatory Care Sensitive Condition (ACSC), que foi posteriormente traduzido para o português como Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) (Billings et al., 1993). Ele tem como objetivo a resolutividade pela APS e deve implicar na diminuição das internações hospitalares, através de medidas preventivas, assim como melhoria dos tratamentos ambulatoriais.

Nesse sentido, o uso prudente desse indicador auxilia a identificar áreas que necessitam claramente de melhorias, evidenciando problemas de saúde que requerem melhor seguimento.

O MS brasileiro elaborou uma lista de diagnósticos com base na décima Classificação Internacional de Doenças (CID 10), que são relacionados às ICSAP. Os critérios utilizados de inclusão/exclusão desses diagnósticos foram baseados em Caminal et al. (2004), a saber, ter fundamentação científica de que a causa de internação é sensível à APS, ser diagnosticado facilmente, ser um problema de saúde capaz de ser solucionado pela APS, prevenindo hospitalização futura (Alfradique et al., 2009).

A referida lista foi construída com apoio de evidências científicas, em oficina realizada com 19 pessoas provenientes da gestão de serviços de saúde e de instituições de ensino superior no Brasil e do exterior (Alfradique et al., 2009). Após diversas revisões e validações pelo MS, a lista resultante foi agrupada conforme as possibilidades de intervenção e foi composta por 19 grupos de diagnósticos, sendo então publicada através da Portaria 221 de abril de 2008 (Brasil, 2008) (Anexo 1).

Os grupos de diagnósticos de ICSAP reunidos na Lista do MS são: 1-doenças imunizáveis; 2 - gastroenterite infecciosa; 3 – anemias; 4 - deficiências nutricionais; 5 - infecções de ouvido, nariz e garganta; 6 – pneumonias; 7 – asma; 8 - doenças das vias aéreas; 9 – hipertensão; 10 – angina; 11 - insuficiência cardíaca; 12 – doenças cerebrovasculares; 13 – diabetes; 14 – epilepsia; 15 – infecção de urina e rins; 16 – infecção de pele; 17 – doença inflamatória de órgãos pélvicos; 18 – úlcera gastrointestinal e 19 – Doenças relacionadas ao pré natal e parto (Brasil, 2008).

Com a oficialização da Lista do MS, a partir de 2008, estudos sobre o assunto vem sendo realizados no país. Esses autores confirmaram que as hospitalizações somente ocorrem devido à falha no sistema de saúde em atender a demanda da sociedade na APS, confirmando a necessidade de melhorias (Fernandes et al., 2009). As ICSAP assumem uma alta prevalência, particularmente quando relacionada saúde infantil (Caldeira et al., 2011; Ferrer, Sucupira, Grisi, 2010; Oliveira, Costa, Mathias, 2012). Evidenciando a necessidade de investimentos no primeiro nível de atenção a saúde, para que ocorra uma assistência resolutiva na saúde da criança (Prezotto, Chaves, Mathias, 2015). Esses resultados ratificam como o uso desse indicador favorece no direcionamento de ações, e na reformulação da atenção à saúde.

1.3 Internações Pediátricas por Condições Sensíveis à Atenção Primária

Em estudos realizados sobre a realidade brasileira, verificam-se que essas ocorrências assumem grande proporção, quando comparadas às demais condições de internação de crianças em hospitais, como os apresentados a seguir.

Pesquisa configurada no período de dez anos (1998-2007), sobre os agrupamentos de doenças que mais acarretaram internações de crianças na faixa etária de um a quatro anos, em todo país, indicou as ICSAP, como as principais. Como primeira causa de internação hospitalar, nessas crianças, prevaleceu doenças do sistema respiratório (40,3%), seguidas de doenças infecciosas e parasitárias (21,6%) e, figurando como terceira causa, doenças do sistema digestório (5,5%) (Oliveira et al., 2010).

Em outra investigação realizada referente ao período de 2002 a 2006, sobre as admissões hospitalares de crianças de zero a nove anos em São Paulo, verificou-se que as doenças respiratórias foram as principais causas, correspondendo a 32,5% de todas as internações pediátricas na referida faixa etária, enquanto que no Brasil essa proporção foi de 38,4% (Ferrer, Sucupira, Grisi, 2010).

Da mesma forma, na análise realizada nas cidades paranaenses, Maringá, Sarandi e Paiçandu, entre 1998 e 2009, com crianças menores de cinco anos, as doenças do aparelho respiratório se destacaram como causas de ICSAP, perfazendo 55,6% do total de internações, seguidas pelas doenças infecciosas e parasitárias e perinatais, respectivamente com 14,8% e 12,9% (Oliveira, Costa, Mathias, 2012).

As características das ICSAP são distintas conforme as diferentes fases da vida. Em crianças, os principais determinantes de ICSAP estão relacionados ao cuidado familiar e de suas particularidades imunológica, além do despreparo da equipe da APS e existência de recursos (Prezotto, Chaves e Mathias, 2015). Em um estudo realizado por Fernandes et al. (2009) evidenciou que as ICSAP estão estatisticamente associadas com: existência de internação prévia, controle regular de saúde realizado fora das unidades da ESF e solicitação de internação realizada por médicos que não atuam na ESF.

De modo geral, esses resultados são atribuídos aos desencontros entre o que é ofertado pela APS e as reais necessidades da criança, as barreiras organizacionais ao acesso, a não existência de contra referência, a predominância de práticas curativas, a inexistência de comunicação adequada entre profissionais e usuários. Isso resulta

em usuários desinformados, o que contribui para a vulnerabilidade às doenças e aos agravos de saúde (Silva, Fracoli, 2016).

Os estudos sobre as ICSAP na infância identificam ainda como diagnóstico recorrente de hospitalização, as doenças respiratórias. Isso se torna preocupante, pois essas patologias assumiram o quinto lugar, em relação as causas de mortalidade em menores de cinco anos, no ano de 2015 (França et al., 2017). Além desse diagnóstico, desnutrição e meningite, patologias consideradas evitáveis pela APS, também estão entre as dez causas de mortalidade infantil em 2015 (França et al., 2017). Se as crianças fossem assistidas adequadamente, ocasionaria a prevenção do adoecimento e quando não, a descoberta precoce da doença. O que poderia evitar a hospitalização e, até mesmo, o óbito.

Outra questão alarmante são os recém-nascidos que possuem fatores de riscos e vulnerabilidades. De acordo com o Ministério da Saúde (2012), o recém-nascido é considerado de risco, quando apresenta alguma dessas características: residente em área de risco, baixo peso ao nascer (< 2500 gramas), prematuridade (< 37 semanas de idade gestacional), Apgar menor do que 7 no 5º minuto de vida, internação ou intercorrência na maternidade ou em unidade de assistência ao recém-nascido, recém-nascido de mãe adolescente (<18 anos), recém-nascido de mãe com baixa instrução (< 8 anos de estudo), recém-nascido de mãe residente em área de risco e história de morte de crianças menores cinco anos na família, aleitamento materno ausente, ausência de pré-natal, gestação gemelar, malformação congênita, violência intrafamiliar, não realização das vacinas, retardo no desenvolvimento. São crianças que necessitam de atenção especializada e de equipe multiprofissional preparada para cuidar e acompanhar, o seu crescimento e desenvolvimento, especialmente nos primeiros anos de vida (Brasil, 2012).

Um exemplo relevante é a prematuridade, que foi a primeira causa de morte entre crianças menores de cinco anos, no Brasil, em 1990 e 2015 (França et al., 2017). E, apesar de não estar na Lista Oficial de Diagnósticos de CSAP, sabe-se que o lactente prematuro está suscetível às diversas patologias que compõe a Lista, requerendo olhar diferenciado tanto no nascimento, quanto no período neonatal, sendo a prevenção do nascimento prematuro, ainda no pré natal, a melhor conduta.

A APS, por ser o primeiro nível de atenção e estar mais próxima do usuário, consegue definir as características de cada família, verificar quais necessitam de auxílio e orientação no cuidado com a criança. Enfim, é capaz de acompanhar o

desenvolvimento e o crescimento das crianças que estão sob sua responsabilidade, identificando e priorizando as que são mais vulneráveis e realizando ações de recuperação, prevenção e de promoção da saúde (Brasil, 2017). Assim como, garantindo a contra-referência daquela criança que por ventura foi hospitalizada, para que a mesma possa se recuperar completamente.

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC) assegura a relevante atuação da APS, ao assumir como eixo estratégico, a promoção do crescimento e do desenvolvimento integral, através desse primeiro nível de atenção, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares (Brasil, 2015b). Enfatiza-se que a PNAISC objetiva promover e proteger a saúde da criança, mediante cuidados integrais, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, com intuito de reduzir a morbimortalidade e de obter um ambiente facilitador à vida (Brasil, 2015b).

Enfim, com o intuito de contribuir para a diminuição das ocorrências de ICSAP na infância e na perspectiva de promover a aproximação entre serviços de saúde de diferentes níveis de atenção que atendem a população infantil, a presente pesquisa volta-se para a elaboração de material de cunho educativo sobre ICSAP. Espera-se que os recursos elaborados possam ser utilizados com as famílias de crianças usuárias da ABS de um município de grande porte do interior paulista, com vistas a orientar pais/responsáveis sobre tais ocorrências, instrumentalizando-os para participarem proativamente na prevenção das mesmas.

OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Elaborar material educativo sobre ICSAP para pais/responsáveis de crianças usuárias de unidades básicas de saúde, considerando as causas mais prevalentes em hospital de referência de município do interior paulista, bem como as concepções e experiências de mães/responsáveis de crianças internadas neste hospital por tais causas.

2.2 Objetivos específicos

- ✓ Descrever características sócio-demográficas e de saúde de crianças menores de um ano, internadas na UP e na UTI pediátrica do HEB por CSAP, de julho de 2015 a junho de 2016, nascidas e residentes em Bauru/SP.
- ✓ Estimar a prevalência das ICSAP e fatores associados de crianças menores de um ano, internadas na UP e na UTI pediátrica do HEB por CSAP, de julho de 2015 a junho de 2016, nascidas e residentes em Bauru/SP.
- ✓ Apreender as concepções e experiências de pais/responsáveis por crianças menores de um ano internadas na UP e na UTI pediátrica do HEB por CSAP mais prevalentes, no período de janeiro a junho de 2017.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de Estudo

Para a realização desta pesquisa, empregou-se método misto, baseado na combinação integrada de abordagem qualitativa e quantitativa de pesquisa (Creswell, 2010), composta por três etapas.

A primeira etapa ocorreu de janeiro a março de 2017, quando foi realizado um estudo transversal e descritivo sobre as ICSP de crianças menores de um ano, submetidas à internação hospitalar, entre julho de 2015 e junho de 2016.

Os estudos transversais medem a prevalência de determinadas doenças, sendo as medidas de exposição e efeitos realizados simultaneamente, e os resultados obtidos poderão ser utilizados para verificar as necessidades de saúde de determinada população (Bonita, Beaglehole, Kjellström, 2010).

Na segunda etapa, ocorrida no primeiro semestre 2017, por meio da abordagem qualitativa de pesquisa, foram abordados pais/responsáveis de crianças hospitalizadas pelas CSAP mais prevalentes.

Ao realizar pesquisa qualitativa, o pesquisador objetiva apreender o significado para os participantes dos estudos sobre manifestações, fatos, eventos, sentimentos e assuntos de interesse (Turato, 2005). É um método que fornece dados com maior riqueza de detalhes e profundidade, no qual existe imersão do pesquisador no contexto com interações entre indivíduos, grupos e organizações. Nesse sentido, trabalha-se com o universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, que são coletados através de citações de pessoas, trechos de documentos e discursos (Minayo, 2014).

Para Creswell (2010), o crescente emprego de métodos mistos se relaciona à constante evolução que o campo da pesquisa vem sofrendo, no sentido de se reconhecer a importância de se constituir uma abordagem de problemas de pesquisa que procura utilizar os pontos fortes de ambas as metodologias (quantitativa e qualitativa). Dessa forma, espera-se seguir uma metodologia que não só dê resposta a problemas complexos, como contemple a diversidade de aspectos multidisciplinares envolvidos.

Na terceira etapa, que se deu no último bimestre de 2017 e início de 2018, foi desenvolvido o material educativo pretendido, com base nos achados das etapas anteriores.

3.2 Local da pesquisa

O contexto municipal deste estudo é Bauru, localizado no interior do estado de São Paulo, localizado no centro oeste Paulista, com área territorial de 667.684Km², fundada em 1939, e com IDH em 2015 de 0,801, acima do índice nacional, que para o mesmo ano, era de 0,755 (IBGE, 2017). Esse município possui grau de urbanização de 98,33% e uma população estimada, no ano de 2017, de 358.619 habitantes, com um discreto predomínio de mulheres (56,76%). Dispõe de 723 leitos hospitalares do SUS, com um coeficiente de 1,72 leitos por mil habitantes (Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados, 2018). A sua população infantil, de zero a 5 anos, em 2016, era de 21.253, e possui uma taxa de mortalidade infantil de 8,69 por mil nascidos vivos, inferior a taxa do Estado de São Paulo, de 10,91 e do Brasil de 13,8, para o mesmo ano (Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados, 2018; IBGE, 2017).

A população infantil bauruense é atendida por uma rede de serviços de saúde composta por 17 UBS, seis USF, um CAPS I, um Pronto Socorro Infantil, quatro unidades de pronto atendimento (UPAS), um Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), um Banco de Leite Humano e, um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (Prefeitura Municipal de Bauru, 2017). Na cidade ainda está localizado um Ambulatório Médico de Especialidades (AME) e caso a criança necessite de hospitalização deverá ser encaminhada para o Hospital Estadual Bauru (HEB), o único hospital público do município, com referência para o atendimento infantil.

O estudo apresenta como contexto institucional o HEB da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo. O HEB, inaugurado em 2002, é referência na prestação de serviços exclusivos aos usuários do SUS para a população aproximada de dois milhões de habitantes que compõem os 68 municípios pertencentes ao Departamento Regional de Saúde VI (DRS VI). Este hospital tem capacidade operacional de 335 leitos, oferecendo serviços diagnósticos e terapêuticos, oncologia, centro cirúrgico ambulatorial, centro cirúrgico, urgência referenciada, unidades de terapia intensiva geral, pediátrica, coronária e de queimados, unidade ambulatorial e centro de terapia

renal substitutiva. O HEB presta atendimento referenciado, ou seja, seus pacientes vêm encaminhados pela rede pública de saúde. (Hospital Estadual Bauru, 2018)

Especificamente, a unidade de internação pediátrica (UP) é composta por 34 leitos, sendo três de isolamento. A unidade de terapia intensiva (UTI) pediátrica é composta por 11 leitos, sendo dois de isolamento. As duas unidades recebem pacientes de 0 a 17 anos 11 meses e 29 dias, para tratamento clínico, cirúrgico e oncológico, contando com equipe multiprofissional, entre eles médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos e assistentes sociais. Segundo dados do próprio serviço, entre julho de 2015 e junho 2016, nas duas unidades, UP e UTI pediátrica, houve cerca de 1500 internações de crianças menores de cinco anos, sendo que aproximadamente 600 eram menores de um ano.

3.3 População de estudo, procedimentos de coleta e análise dos dados das etapas realizadas

3.3.1 Primeira etapa

A população dessa etapa foi composta por crianças menores de um ano, internadas na UP e na UTI pediátrica do HEB, de julho de 2015 a junho de 2016, nascidas e residentes em Bauru/SP, que não apresentavam patologias pregressas ou que fossem portadoras de anomalia genética ou congênita, compondo a amostra todas as que apresentaram como diagnóstico principal na alta hospitalar, os correspondentes às CSAP. Optou-se pelo diagnóstico médico da alta e não o de entrada, por se ter a confirmação diagnóstica, após resultados dos exames e da avaliação médica.

Inicialmente, foi realizada busca no Sistema de Informações do HEB, pela pesquisadora, com o intuito de identificar as crianças de acordo com os critérios de inclusão desta pesquisa, das quais foram separados os prontuários para a coleta de dados, seguindo formulário previamente estipulado para esse propósito, contendo as variáveis a serem estudadas (Apêndice 1).

As variáveis estudadas foram:

- Relativas às mães, idade: $< 18/\geq 18$, anos de estudo: $< 8/\geq 8$, perdas fetais: sim/não, primiparidade: sim/não;
- Relativas ao nascimento da criança, data de nascimento: dd/mm/aa; sexo: feminino/masculino; sim/não índice de Apgar no 5º minuto: $< 7/\geq 7$; peso ao

nascer: < 2500g/≥ 2500g; idade gestacional: < 37 semanas/≥ 37 semanas; tipo de gestação: única/gemelar e tipo de parto: cirúrgico/vaginal;

- Relativas à internação da criança: data da internação dd/mm/aa; local inicial da internação: UTI/UP; diagnóstico(s) de internação CID10; internações hospitalares anteriores: sim/não; esquema vacinal: atualizado/atrasado; se menor de seis meses de vida, aleitamento materno exclusivo: sim/não; entre seis meses e 12 meses de vida, aleitamento materno: sim/não; data da alta hospitalar: dd/mm/aa; diagnóstico(s) de alta hospitalar: CID10.

Os dados coletados nessa etapa foram analisados estatisticamente, com descrição da frequência e porcentagem das variáveis estudadas. Para verificar a associação das CSAP mais prevalentes e variáveis explanatórias foi realizado o teste qui-quadrado ou Exato de Fisher, considerando-se o valor de $p < 0,05$ para nível de significância, com cálculo de *OddsRatio* e respectivos intervalos de confiança. Para realizar as análises foi empregado o programa Epiinfo, versão 7.2.2.2.

3.3.2 Segunda Etapa

Os participantes desta etapa da pesquisa foram pais/responsáveis por crianças menores de um ano internadas na UP e na UTI pediátrica do HEB por CSAP mais prevalentes identificadas na primeira etapa, no período de janeiro a junho de 2017.

Cabe ressaltar que o número de participantes da segunda etapa foi definido, em última instância, pelo critério de saturação dos dados. Segundo premissas da pesquisa qualitativa, esse critério pode ser definido pela ausência de dados novos em relação ao que já tenha sido mencionado pelos respondentes às indagações do pesquisador, demonstrando a suficiência do material coletado para alcançar o objetivo estabelecido. Portanto, buscou-se incluir aqueles que pudessem fornecer dados ricos, interessantes e suficientes para exprimir as informações pretendidas, sob diferentes pontos de vista (Fontanella et al., 2011).

Os dados de cunho qualitativo foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, realizadas pela pesquisadora junto aos participantes do estudo, seguindo roteiro previamente estipulado, com questões norteadoras (Apêndice 2)

A entrevista semiestruturada possibilita, partindo de questões básicas relacionadas aos objetivos do estudo, as ampliações para outras que surgem à medida que as respostas vão sendo obtidas. Permite, também, que os entrevistados participem da elaboração do conteúdo da pesquisa. A opção por esse tipo de coleta

de dados se faz, ao admitir que por meio do discurso, que é o modo que naturalmente as pessoas pensam, se torna possível o acesso aos dados da realidade de caráter subjetivo, com a profundidade pretendida. Ao mesmo tempo, pressupõe-se que esse método valoriza a presença do investigador, oferecendo ao informante as perspectivas possíveis para que alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias, enriquecendo a investigação (Triviños, 2009).

Os pais/responsáveis foram abordados pela pesquisadora no HEB, durante a hospitalização de seus filhos, sendo incluídos 30 participantes que, após anuência, foram entrevistados na sala de reuniões da UP, ou no próprio quarto em que a criança estava hospitalizada, garantindo a privacidade das mesmas, havendo duração de cerca de dez minutos por entrevista. Os depoimentos foram gravados e depois de transcritos pela pesquisadora, foram apagados.

A análise do material obtido nesta etapa foi embasada em princípios da proposta de interpretação qualitativa de dados denominada Análise de Conteúdo. Essa se configura como um conjunto de técnicas de análise de comunicação realizada por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, para obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relacionados às condições de produção/recepção destas mensagens. E, dentre as vertentes de Análise de Conteúdo, foi realizada a Análise Temática que, ao recortar, a partir do conteúdo das mensagens obtidas, as unidades de registro, permite descobrir os núcleos de sentido que compõem a investigação, cuja presença signifique o objeto analítico visado, por temas de análise (Bardin, 2011).

Operacionalmente, esse processo analítico se divide em três partes: Pré-análise: consiste na leitura flutuante, constituição do corpus, formulação e reformulação de hipóteses e objetivos; Exploração do material: consiste na operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto pela categorização, que é um processo de redução do texto às palavras e expressões significativas; Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os resultados brutos são submetidos a operações que permitam colocar em relevo as informações obtidas. Por fim, o analista propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando com o quadro teórico (Bardin, 2011).

3.3.3 Terceira Etapa

Na terceira etapa, foi desenvolvido o material educativo pretendido, com base nos achados das etapas anteriores, composto por um folder e uma cartilha em formato de história em quadrinhos, ambos sobre prevenção de internação hospitalar pediátrica por doenças respiratórias.

Tendo em vista que é a instância municipal de saúde, a responsável pelas ações da ABS, e pelo acompanhamento e desenvolvimento das crianças usuárias das UBS, contou-se com a sua parceria para que esse material educativo fosse produzido, com a finalidade de ser divulgado junto a mães/responsáveis de crianças menores de um ano usuárias da APS e outros usuários interessados, do município em foco.

Isso se deu após a pesquisadora entrar em contato por telefone com os gestores da APS do município em foco e expor a proposta inicial. Houve então o interesse dos mesmos em participar. A proposta foi levada à comissão científica da Secretaria Municipal de Saúde, e após análise mais aprofundada, houve a aprovação e autorização do secretário municipal. Na sequência, foram realizados vários contatos telefônicos e uma reunião entre a pesquisadora e as gestoras da APS, para que fosse aprovado o formato e o conteúdo dos materiais educativos. Ressalta-se que, achou-se pertinente elaborar esses materiais com informações condizentes com a realidade da população do município em foco.

Para a editoração gráfica contou-se com a parceria do NEAD.TIS da FMB – UNESP.

Tem-se que materiais educativos podem ser impressos ou audiovisuais, devendo conter informações e ilustrações corretas e contextualizadas do assunto a ser abordado. Os que são relacionados à saúde têm como objetivo aproximar a população do conhecimento, potencializar a sua visão diante do processo saúde doença e promover a condição de saúde. E devem ser elaborados conforme as carências da população que irá utilizá-lo (Reberte, Hoha e Gomes, 2012).

Os materiais educativos desenvolvidos, nesta oportunidade, foram caracterizados conforme os seguintes aspectos: Tipos de produto, População alvo, Locais de distribuição/divulgação, Conteúdo a ser abordado, Referenciais teóricos e metodológicos.

3.4 Aspectos éticos

O projeto desta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, CAAE:

61062916.9.0000.5411, Parecer nº: 1.833.798, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, a fim de se cumprir as exigências da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as normas para a realização de pesquisas que envolvem seres humanos.

Para a coleta de dados nos prontuários hospitalares foi solicitado ao referido comitê, dispensa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, uma vez que se tornaria inviável a localização e acesso a todas potenciais participantes devido ao tempo transcorrido entre as internações pesquisadas e a realização desta pesquisa. Para a coleta dos dados qualitativos, as mães/responsáveis foram consultadas quanto ao interesse e disponibilidade, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 3), quando foram esclarecidos de todas as peculiaridades da pesquisa. Cabe ressaltar que foi garantido o caráter confidencial e voluntário da participação, bem como o compromisso de manter esse caráter na divulgação dos resultados do trabalho.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária à saúde: prevalência, características de nascimento, maternas e de internação das crianças.

No período estudado, foram admitidas na UP e UTI pediátrica do HEB, 257 crianças menores de um ano, residentes e nascidas em Bauru. Após a análise e classificação dos diagnósticos médicos de alta hospitalar segundo a Lista do MS de ICSAP, foi constatado que 148 correspondiam a tais condições. Contudo, cabe ressaltar que, daquelas, foram excluídas 11 crianças com patologias pregressas ou portadoras de alguma anomalia genética ou congênita, como cardiopatia, asma, anemia falciforme e mielomeningocele, pois essas condições aumentam a probabilidade de hospitalização, independentemente de haver um acompanhamento regular de saúde;

Portanto, a prevalência de ICSAP de crianças moradoras e nascidas em Bauru foi de 53,30% (n=137). Resultado esse similar ao encontrado em um estudo realizado no estado do Piauí em 2010, em que 48,6% das hospitalizações em menores de um ano foram por CSAP (Barreto, Nery, Costa, 2012). E, consideravelmente distinto, quando comparado aos resultados obtidos em uma pesquisa realizada no Estado do Paraná, onde apenas 1% das crianças menores de um ano foi hospitalizado por CSAP (Prezotto, Chaves, Mathias, 2015). Os dados evidenciam a necessidade de uma reformulação da APS voltada para o cuidado infantil, onde os profissionais sejam preparados para essa fração da população com características singulares, que carece de atenção diferenciada.

A Tabela 1 expõe características de nascimento, maternas e de internação dessas crianças hospitalizadas por CSAP. Ela ilustra que praticamente foi igual à distribuição da amostra quanto ao sexo, que a maioria das crianças nasceu de parto vaginal (51,9%), a termo (78,8%), de gestação única (95,6%) e não era primeiro filho (72,2%). Quanto às mães, 89,8% possuíam mais que 18 anos de idade e 63,5% tinham mais que oito anos de estudo, no nascimento dessas crianças. No estudo realizado por Caldeira et al. (2011), foram encontradas algumas características similares às identificadas neste estudo, como a prevalência de mães com mais de 18 anos de idade e com mais de oito anos de estudo.

Contudo pesquisas comprovam que características como a escolaridade materna, é um fator influenciador para o desenvolvimento de patologias e para hospitalizações de crianças. Seguramente isso se deve ao fato das mães com maior escolaridade cuidarem mais adequadamente de seus filhos, e serem conhecedoras de práticas preventivas das patologias (Macedo et al, 2007). Na China, um estudo realizado com cuidadores de crianças com até 36 meses e diagnosticadas com diarreia, identificou que cuidadores com mais anos de estudos buscavam o cuidado mais adequado para suas respectivas crianças. (Gao W, Dang, Yan, Wang, 2012)

Ainda, na Tabela 1, pode-se verificar que em relação à internação atual, a maior parte estava com menos de seis meses de vida (66,4%), não tinha sido internada em hospital anteriormente (71,5%), foi internada na UP (94,6%) e possuía calendário vacinal atualizado (92,7%).

Nessa mesma tabela, consta que das crianças menores de seis meses, 43,9% estavam em aleitamento materno exclusivo e daquelas de seis a 12 meses, apenas 36,9% recebiam leite materno (Tabela 1). Um número pouco expressivo, por ser tratar de aleitamento materno, já que o mesmo é recomendado exclusivamente até 6 meses de vida, e até os dois anos de idade complementado com os demais alimentos (Brasil, 2012; WHO, 2001). Uma pesquisa, realizada com bebês aborígenes canadenses, evidenciou que se eles tivessem sido amamentados, diminuiria o risco de hospitalização por otite média, infecção gastrointestinal e do trato respiratório inferior (McIsaac, Moineddin, Matheson, 2015). As mães devem ser estimuladas ao aleitamento materno desde o pré-natal, e orientadas quanto aos seus inúmeros benefícios, que não se limita somente a redução de doenças, mas na promoção do vínculo afetivo entre mãe e filho, na diminuição dos custos financeiros, na prevenção do câncer de mama e do risco de uma nova gestação, além de ter efeitos benéficos sobre o desenvolvimento da inteligência e de alergias (Brasil, 2012).

Por fim, na análise das características estudadas dessa amostra nessa tabela, é notável que haja um menor número de crianças com algum fator de risco, como prematuridade e baixo peso ao nascer, o que supostamente diminuiria a possibilidade dessas internações terem ocorrido, considerando que essas tiveram melhores condições de nascimento e de desenvolvimento. O que permite apontar que essas hospitalizações ocorreram não especificamente pelas características similares de cada criança, mas principalmente pelo modo como essas foram acompanhadas e cuidadas, tanto na promoção da saúde quanto na prevenção e no cuidado frente a

uma patologia. Fica evidente a importância do papel desempenhado pela APS junto a essas crianças para a prevenção de hospitalizações, o que confirma resultados encontrados em outros estudos

Tabela 1 – Características de nascimento, maternas e de internação atual das crianças menores de um ano, nascidas e residentes em Bauru hospitalizadas por CSAP no HEB, de julho de 2015 a junho de 2016. Bauru, 2017 (n = 137)

Características	N	%
De nascimento		
Sexo		
Feminino	68	49,6
Masculino	69	50,4
Tipo de parto		
Vaginal	71	51,9
Cirúrgico	66	48,1
Peso ao nascer		
≥ 2.500g	115	83,9
< 2.500g	22	16,1
Apgar no 5º minuto		
≥ 7	134	97,8
< 7	3	2,2
Idade gestacional (semanas)		
≥ 37	108	78,8
< 37	29	21,2
Tipo de gestação		
Única	131	95,6
Gemelar	6	4,4
Maternas		
Primiparidade		
Não	99	72,2
Sim	38	27,8
Idade materna (anos)		
≥ 18	123	89,8
< 18	14	10,2
Escolaridade materna (anos)		
≥ 8	87	63,5
< 8	50	36,5
Perdas fetais		
Não	114	89,2
Sim	23	16,8
Da internação atual		
Idade na internação (meses)		
< seis	91	66,4
≥ seis	46	33,6
Internação prévia		
Não	98	71,5
Sim	39	28,5
Local de internação		
UP	129	94,2
UTI pediátrica	8	5,8
Esquema vacinal		
Atualizado	127	92,7
Atrasado	10	7,3
Se < seis meses, amamentação exclusiva (n = 91)		
Não	51	56,1
Sim	40	43,9
Se ≥ seis meses, está sendo amamentado (n = 46)		
Não	29	63,1
Sim	17	36,9

4.2 Prevalência das internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária à saúde e fatores associados.

Ao se correlacionar o diagnóstico médico de saída das ICSAP em estudo, constatou a distribuição das crianças mostrada na Tabela 2, onde se pode verificar que dentre diferentes causas, destacam-se as relacionadas a problemas respiratórios: doenças pulmonares (63,5%) e pneumonias bacterianas (5,8%), totalizando 69,3%. O restante das internações (30,7%) está relacionado aos demais diagnósticos de ICSAP, como gastroenterite, infecção de rim e trato urinário e infecção de pele.

Tabela 2 – Distribuição de crianças menores de um ano, nascidas e residentes em Bauru no HEB, de julho de 2015 a junho de 2016, por CSAP. Bauru, 2017 (n = 137)

CSAP	N	%
Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis	3	2,2
Gastroenterites infecciosas e complicações	7	5,0
Deficiências nutricionais	1	0,7
Infecções de ouvido, nariz e garganta	11	8,3
Pneumonias bacterianas	8	5,8
Doenças pulmonares	87	63,5
Infecção no rim e trato urinário	13	9,5
Infecção da pele e tecido subcutâneo	7	5,0
Total	137	100

Esses resultados corroboram com os encontrados em um estudo realizado no Piauí, em que foi analisada a evolução das internações hospitalares em menores de cinco anos, de 2000 a 2010, e as doenças pulmonares foi a principal causa de hospitalização entre os menores de um ano (Barreto, Nery, Costa, 2012). Resultado semelhante também foi encontrado em um estudo realizado em um hospital universitário do Paraná, de 2005 a 2009, em que doenças pulmonares foram responsáveis por 56% das internações pediátricas (Ferrer, Sucupira, Grisi, 2010). Um levantamento realizado entre 1998 e 2007 essas patologias assumiram 40% das internações em todo Brasil (Oliveira et al., 2012). E nos Estados Unidos, as patologias respiratórias como asma e pneumonia foram responsáveis por 48,4% das hospitalizações pediátricas por CSAP no ano de 2006 (Lu, Kuo, 2015). O que confirma essas patologias como um grave problema de saúde pública mundial, em que se deve buscar práticas para a sua prevenção.

As crianças menores de um ano são amplamente vulneráveis às doenças respiratórias. Entre seus fatores de risco estão: a faixa etária menor de seis meses, o

seu imaturo sistema imunológico e o calibre diminuído das vias aéreas, aglomeração e renda familiar, baixa escolaridade materna, condições precárias de moradia, desmame precoce, tabagismo materno, história de hospitalização e antecedentes de sintomas respiratórios. Por isso, são extremamente relevantes as ações da APS, na prevenção e na detecção precoce desse tipo de doença (Macedo et al., 2007).

Na APS, através dos cuidados de Puericultura, consegue-se desenvolver ações de promoção e educação em saúde, acompanhando de forma individualizada o desenvolvimento da criança (Prato et al, 2014). Os pais devidamente orientados poderão, junto as instituições de saúde, intervir nesses fatores de risco, promovendo uma melhor qualidade de vida para seus filhos, e reduzindo as chances de adoecimento. A estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e Adolescência (UNICEF), busca resolutividade dos problemas de saúde, através da reorganização dos serviços com a melhoria na atenção dos profissionais e na orientação das famílias, através de ações de educação em saúde (Brasil, 2014).

Com essa prática as famílias conseguem adotar medidas de promoção da saúde, além de perceber os sinais de alerta de patologias recorrentes, e buscar auxílio nas instituições de saúde, prevenindo o seu agravamento. Ressalta-se que a orientação das famílias ainda nas consultas de pré-natal é extremamente relevante, para o preparo desses pais antes mesmo que o bebê nasça. Essas medidas são essências e impactam até mesmo na redução da mortalidade infantil (França et al., 2017).

A Tabela 3 apresenta os resultados das análises de associação entre características de nascimento e a ocorrência de ICSAP relacionadas aos problemas respiratórios. Constatou-se que somente a primiparidade está associada com um menor número de crianças hospitalizadas por causas respiratórias (OR = 0,35; IC 95%: 0,16 – 0,77). Em revisão integrativa de literatura dos últimos cinco anos, realizada para subsidiar a presente pesquisa, não foi encontrado estudo algum que tenha abordado a relação entre as mães primíparas e a hospitalização infantil.

Tabela 3 – Associação de características de nascimento e a ocorrência de ICSAP relacionada aos problemas respiratórios de crianças menores de um ano nascidas e residentes em Bauru no HEB, de julho de 2015 a junho de 2016. Bauru, 2017

Características de nascimento	ICSAP por Problemas Respiratórios				P	OR (IC 95%)
	Sim N	(%)	Não n	(%)		
Sexo					0,6690	0,85 (0,41 – 1,76)
Feminino	46	(67,6)	22	(23,4)		
Masculino	49	(71,0)	20	(29,0)		
Tipo de parto					0,3049	0,68 (0,32 – 1,41)
Cirúrgico	43	(65,1)	23	(34,9)		
Vaginal	52	(73,2)	19	(26,7)		
Peso ao nascer					0,2059	0,42 (0,13 – 1,32)
≥ 2,500Kg	76	(67,7)	38	(33,3)		
< 2,500Kg	19	(82,6)	4	(17,4)		
Apgar no 5º minuto					0,2442	-
≥ 7	92	(68,6)	42	(31,4)		
< 7	3	(100,0)	0	(0)		
Idade gestacional					0,3911	0,66 (0,25 – 1,70)
Maior ou igual a 37 semanas	73	(67,6)	35	(32,4)		
Menor que 37 semanas	22	(75,9)	7	(24,1)		
Primiparidade					0,0085	0,35 (0,16 – 0,77)
Sim	20	(52,6)	18	(47,4)		
Não	75	(75,8)	24	(24,2)		
Idade materna					0,2960	1,81 (0,58 -5,59)
≥ 18 anos	87	(70,7)	36	(29,3)		
< 18 anos	8	(57,1)	6	(42,9)		
Estudo materno					0,2001	0,60 (0,27 – 1,31)
≥ 8 oito anos	57	(65,5)	30	(34,5)		
< 8 anos	38	(76,0)	12	(24,0)		
Internação prévia					0,4013	0,71 (0,32 – 1,56)
Sim	25	(64,1)	14	(35,9)		
Não	70	(71,4)	28	(28,6)		
Esquema vacinal					1,0000	0,96 (0,23 – 3,93)
Atualizado	88	(69,3)	39	(30,7)		
Atrasado	7	(70,0)	3	(30,0)		

Contudo houve um número pequeno de mães com o primeiro filho e uma maior proporção de mães com mais de 18 anos, o que faz presumir que essas mães tenham alguma experiência de vida, também há de se considerar que mães multíparas têm maior chance de terem maior acúmulo de trabalho e preocupação em relação aos seus filhos, podendo apresentar menor disponibilidade para o cuidado adequado para com todos. Além disso, infere-se que entre as crianças estudadas, houve um predomínio de mães com maior nível de escolaridade, portanto com um maior nível de instrução e conhecimento. Todas essas características aumentam a probabilidade das mães primíparas realizarem o devido cuidado da criança e a prevenção das hospitalizações. Estudos nacionais e internacionais confirmam essa realidade (Gao W, Dang, Yan, Wang, 2012; Hatakka et al., 2010; Prato et al., 2014). Como constatado em um estudo realizado na Finlândia, em que a probabilidade da criança de

desenvolver uma doença respiratória aguda e otite aumentou, quando anos acadêmicos maternos diminuía (Hatakka et al., 2014).

Também se denota que as crianças do sexo masculino obtiveram um número superior de hospitalizações por causas respiratórias, diferentemente das internações por outras CSAP, onde o sexo feminino predominou. O parto vaginal foi mais frequente entre as crianças internadas por doenças respiratórias, resultado distinto das crianças hospitalizadas pelas demais CSAP, em que o parto cirúrgico esteve presente em um maior número delas. A Unicef (2017), após revisão de literatura, defende que a criança nascida de parto vaginal terá menores chances de desenvolver asma, além de ter a sua maturidade pulmonar acelerada e o sistema imunológico fortalecido, o que consequentemente previne as doenças respiratórias.

Ademais, na Tabela 3 verifica-se que as crianças que possuíam fatores de risco de nascimento, foram consideravelmente mais hospitalizadas por doenças respiratórias, do que por outras patologias. Das crianças com baixo peso ao nascer, 82,6% estiveram no hospital por esse tipo de patologia, assim como 100% daquelas que obtiveram Apgar menor que sete no quinto minuto e 75,9% entre as que tiveram idade gestacional menor que 37 semanas. Esses dados são semelhantes aos resultados de um estudo realizado entre 2009 e 2010, em um hospital universitário do sul do país, e outro realizado em 2011 na cidade de Cuiabá, em que a principal causa de reinternação em crianças prematuras foi afecções respiratórias (Martins et al., 2014; Nunes et al., 2013)

4.3 Motivos atribuídos por mães/responsáveis à internação de seus filhos por condições sensíveis à atenção primária: destaque às causas respiratórias

Nessa etapa da pesquisa, foram entrevistadas 29 mães e um pai que estavam acompanhando seus filhos durante a internação hospitalar na UP por CSAP relacionadas a problemas respiratórios. Esses tinham de 17 a 37 anos de idade e, quanto à escolaridade, 16 completaram o Ensino Médio e 14 não, ressaltando que apenas uma mãe possuía Ensino Superior completo. Em relação à ocupação, 14 deles trabalhavam e 16 estavam desempregados. A renda familiar dos participantes variou de um a seis salários mínimos.

Em relação ao número de filhos, 15 tinham dois filhos, 12 possuíam entre três a cinco filhos, e somente três tinham um único filho. A par dos resultados da primeira etapa, emergiu a necessidade de se entrevistar mães não primíparas.

Após caracterizar o perfil dos sujeitos do estudo, segue a análise dos depoimentos coletados, pelas categorias temáticas e núcleos de sentido. Considerando o necessário sigilo quanto à identidade e às informações fornecidas pelos entrevistados, os recortes de seus depoimentos foram identificados pela letra “E” (entrevistados), seguidos do número sequencial correspondente às entrevistas realizadas (1 a 30).

Inicialmente, apresenta-se o Quadro 1, que contém a síntese dos temas estudados e os respectivos núcleos de sentido, configurados com base nos depoimentos coletados. Na sequência e a título de ilustração, trechos de depoimentos foram relacionados aos temas e núcleos de sentidos sistematizados, tornando possível a discussão desses achados, com vistas à elaboração da terceira etapa desta pesquisa.

Quadro 1 - Síntese dos temas e respectivos núcleos de sentido.

Tema 1 - Atenção à saúde das crianças pelos serviços públicos de saúde
Na maternidade só tive experiências boas com o atendimento
O atendimento no posto tem suas vantagens
No posto enfrento muitos problemas
Tema 2 – Motivos atribuídos à hospitalização das crianças
Ele foi piorando, não dava para evitar
Eu deveria ter cuidado melhor
Aconteceu por que não foi bem atendido
Eu não sabia direito o que estava acontecendo

Tema 1 - Atenção à saúde das crianças pelos serviços públicos de saúde

Na maternidade só tive experiências boas com o atendimento

Todos os entrevistados fizeram referências positivas à atenção à saúde disponibilizada aos seus filhos nas maternidades, desde o nascimento até a alta desses serviços, especialmente por se sentirem seguros de estar recebendo o cuidado adequado para as necessidades específicas apresentadas pelas crianças e pelo bom vínculo estabelecido entre eles e os profissionais de saúde:

Lá na maternidade eles cuidavam bem. Eles monitoravam, ficavam sempre perto dele olhando. E4

Na maternidade foi bom, atendimento ótimo. Desde a hora que ela entrou, minha esposa, até a hora que ela saiu, foi tratamento show de bola. E13

Ela nasceu de sete meses, mas o atendimento desde a hora que eu cheguei lá na maternidade, fui super bom. E17

Lá (maternidade), eu tive a pressão alta, aí eu ganhei ele de 37 semanas, mas eu já estava lá internada a semana toda. Eles atenderam bem sim, eu falava sempre com a médica. Na hora que eu cheguei lá, já me atenderam na hora, já me internaram, já fizeram a cesárea dele na hora. E18

Então, no hospital que ela nasceu, o atendimento foi bom sim, porque foi gestação gemelar, foram prematuros, nasceram de 36 semanas. Não tenho o que reclamar das meninas lá não. E29

Seja na descoberta de uma gravidez ou planejando uma, a mulher deseja uma atenção adequada e humanizada, especialmente na hora do parto, momento incomparável, de transição de sentimentos, de inseguranças e de mudanças fisiológicas. Em um estudo realizado com parturientes e seus acompanhantes em uma maternidade pública do estado do Paraná, evidenciou a importância da atenção dispensada por toda equipe para com essas mães, elas se sentem seguras, o que auxilia até mesmo na evolução do trabalho de parto (Souza e Gualda, 2016). Esse momento que é único para uma mulher e que a torna tão frágil é importante ser acolhida, principalmente pela a equipe que lhe auxiliará na chegada do seu filho, e isso fica claro nos relatos dessas mães. A equipe deve estar preparada para receber toda e qualquer gestante, com suas particularidades, para que as boas lembranças permaneçam.

O atendimento no posto tem suas vantagens.

Sobre o acompanhamento das crianças, realizado pelas unidades da ABS do município em foco após a alta da maternidade, também, foram referidos aspectos satisfatórios, dentre outros, quanto ao atendimento pela equipe de saúde, quando pode se verificar a grande importância dada ao profissional médico:

Eu não posso reclamar não, todo mês ele passa. Tanto que ele está meio atrasadinho na hora de sentar, e mandaram ele pra SORRI, pra fazer fisioterapia, essas coisas pra voltar... É rápido assim: se ele passar mal, ficar com febre em casa, chegar lá, eles atendem. E5

Ah! tirando hoje, desde que ela nasceu foi tudo bem graças a Deus! Ontem que foi, que ela teve isso aí, lá no [Posto A].. Mas desde que ela nasceu, eu levo ela no [Posto B]. Não tenho o que reclamar, é muito bom. Eles são atenciosos, tem acompanhado ela desde o primeiro mês. E agora já está com quatro. Isso é muito bom! Até agora nenhuma (dificuldade). E6

No posto de saúde, foi sempre bem tratado... E9

Toda vez que eu chego lá (unidade de saúde), eles me ajudam, até quando preciso de consulta, eles arrumam. O médico de lá é maravilhoso. Ela nasceu prematura e, desde então, ele cuidou dela. Todo mês ela tem consulta com ele. E10

Lá (unidade de saúde) tem consulta (médica) todo mês... Não tenho dificuldade não. Eu gosto da doutora mesmo, somente dessa doutora mesmo. Porque a primeira que tinha lá eu não gostava não, agora dessa é boa, é muito boa, é atenciosa e explica direitinho. E12

Tem uma pediatra muito, muito boa, atenciosa, olha tudo... Porque antes tinha uma médica que eu não gostava muito. A de agora, ela tipo, ela olha o bebê, examina, ela pega aquele gráfico de crescimento, mostra pra mim e tal. Eles já deixam agendado todo mês pra passar nela. E15

Olha ela, quando a médica atende ela, que é aquela que só atende duas vezes por semana no posto, ela é uma excelente pediatra. Ela é o que eu mais gosto, e eu não troco ela por nada. E23

Na parte de vacinação também é muito boa, são atenciosos. Ela precisou de vacinas especiais, eles foram atenciosos, explicaram cada uma delas. E25

Desde que ele nasceu, ele vai no posto. Lá é bom, tem as consultas uma vez no mês, fez as vacinas... Tudo o que eu preciso é só ir lá,

não tenho problema com nada. Se ele tiver ruinzinho, ou minha outra menina tiver ruinzinha, eles passam eles. O médico de lá, ele é bom, atende bem. Eu acho ele bom. E26

Constata-se que há um acompanhamento contínuo da criança, e que o médico assume, na visão das mães, um papel de evidência. Na ABS, é atribuído ao profissional médico realizar a atenção à saúde e consultas clínicas aos indivíduos sob sua responsabilidade, avaliar a necessidade de possíveis encaminhamentos para outras especialidades e de hospitalizações em instituições de referência, além de planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas nas UBS em conjunto com outros membros da equipe (Brasil, 2017). Ao se tratar da criança, não só o médico, mas a equipe multiprofissional da ABS é responsável pelo acompanhamento do seu desenvolvimento e crescimento, através das consultas de puericultura, das visitas domiciliares, do calendário de imunização. Em alguns dos relatos obtidos pode-se constatar que no município estudado há esse acompanhamento, e que isso ocorre principalmente através das consultas médicas, que são agendadas mensalmente até um ano de vida, indo além do que é preconizado pelo MS, que afirma que nos primeiros doze meses a criança deverá ser submetida a sete consultas (Brasil, 2012).

No entanto, em raros relatos dessas mães, observa-se a participação da equipe, em especial dos enfermeiros. O que se percebe é uma assistência onde o médico é visto como figura central, e quando ele é considerado bom, consequentemente o serviço também o é, desconsiderando os papéis dos demais profissionais. Isso reforça a falta de conhecimento dos usuários em relação à assistência embasada na multidisciplinaridade e no compartilhamento de atribuições e responsabilidades, bem como na percepção de que os resultados dependem do trabalho da equipe e não apenas de um ser singular (Malaquias, Gaíva, Higarashi, 2015).

A enfermagem tem um papel importante na APS, tanto de forma assistencial, quanto administrativa, o enfermeiro assume diversas funções principalmente por estar em contato direto com a população. Em relação ao cuidado infantil, o MS estabelece que a puericultura também deve ser realizada pela enfermagem, através das consultas de enfermagem (Brasil, 2012). Em um estudo realizado com enfermeiros da APS do Sistema de Saúde Inglês, identificou-se que a ampliação da prática clínica desses profissionais resultou em melhor acesso aos serviços, em consultas com maior tempo de duração, na comunicação mais eficiente e na melhora na adesão ao tratamento, consolidando a valorização desse profissional (Toso, Filippin e

Giovanella, 2016). Um outro estudo realizado com enfermeiras da APS de um município do Nordeste do Brasil, mostra que quando a enfermagem cria uma relação afetiva e de escuta qualificada com os familiares influencia na busca destes pela consulta de enfermagem, mesmo quando a criança permanece saudável (Reichert et al., 2016).

No posto enfrento muitos problemas

Em contrapartida, sobre o acompanhamento das crianças pelas unidades da APS, foram frequentes as referências de dificuldades enfrentadas, principalmente na marcação de consulta médica e de exames laboratoriais, no fornecimento de medicações prescritas, no acúmulo de usuários esperando atendimento em condições precárias, na carência de médicos especializados como o pediatra. Essas situações levam a ideia de falta de organização e de indiferença pelos profissionais de saúde:

Dificuldade é marcar exame... De marcar exame e pegar remédio. Nossa, é muito difícil! Quase nem Dipirona tem, nem Dipirona... E1

Tem vez que você não consegue vaga, você vai lá, aí você tem que ir bem cedo, umas cinco horas da manhã, pra você conseguir pegar. E3

Lá as instalações são precárias, muita pessoa aglomerada, a gente se preocupa de ficar mais doente ainda... Sinto que por causa do constante movimento de pessoas ali, os funcionários têm certa indiferença com as pessoas. Fora outras coisas, o que eu mais observo, é isso. E4

Porque no bairro onde eu moro, é precário conseguir um atendimento, tem que ir de madrugada, pegar número, é bem complicado. E quando eles marcam, eles agendam pra dois, três meses... faz dois meses que ela está sem atendimento no posto, ela não passa, super difícil conseguir consulta. Problema lá e conseguir marcar consulta. E7

Ela tem consulta todo mês, só que direto, vai na porta da casa da gente as agentes, porque o médico não foi e tem que trocar o dia. Que nem no caso, no mês de maio ela não vai ter consulta, só no mês de junho, já pulou um mês, e é difícil porque ela é bebezinha e precisa, olha a situação que a menina estava... lá não tem pediatra, lá é clínico geral, ele atende tudo. Então, não é a mesma coisa né. E o médico de lá, que passa com ela, praticamente nem toca na criança... É difícil agendar consulta. Pra ela ainda consegue, porque ela é bebezinha, mas dos outros é mais difícil. E11

Ele tem consulta todo mês... Tanto que era pra ele ter passado, como não tinha pediatra, disseram pra voltarmos no fim do mês pra tentar

marcar...só que esse mês as pediatras pediram a conta, então ficou sem pediatra. E12

Ela não tinha tomado vacina ainda, porque ela nasceu em Lençóis. Mas assim o horário de vacina, eles falam que é 8hrs, mas nunca é às 8, é sempre depois das 9, 10hrs a vacina...agora o atendimento e a recepção não é bom. O atendimento no geral lá, é bem decaído, tem pessoas que tem medo de perguntar pra não levar uma patada. E16

A dificuldade é quando é agendamento pra gente, pra conseguir consulta. E se tipo, ela tiver com febre, eu só consigo passar ela, se tiver uma desistência. E17

Eu levo ela no Posto do [X]. Lá é dificultoso, porque você tem que está agendando, e aí às vezes você marca e o médico não vai. Aí tem que está indo outro dia pra remarcar, ou quando ela passa mal tem que está indo pro Pronto Socorro. E Pronto Socorro a gente sabe né que é um horror... A maior dificuldade lá é marcar consulta né. É conseguir uma consulta, porque assim todo mundo tem que está agendando, eu marquei pra ela o mês passado pra ela passar o mês que vem, então olha o tanto de intervalo de tempo né, e os dias que ela estava ruim, eu fui no posto e não consegui consulta pra ela, não consegui vaga pra ela e fui pro Pronto Socorro. E23

Comprei até os remédios, porque alguns remédios que ela receitou não tinha no posto. E24

Silva e Vieira (2014), em um estudo realizado em uma cidade paranaense com responsáveis de crianças com até um ano de idade e usuárias da APS, encontraram dados que corroboram com o núcleo de sentido anteriormente apresentado: identificou-se a falta do acolhimento do usuário pelos profissionais, a dificuldade de se obter o atendimento básico, como a imunização, o déficit no atendimento médico da criança frente a uma urgência, já que as consultas agendadas consumiram toda a carga horária do trabalho médico, fazendo com a criança seja levada a um pronto atendimento, sem uma necessidade prévia, e prejudicando o atendimento de crianças mais graves. Rotineiramente, os usuários buscam em um primeiro momento o atendimento nos serviços de Pronto Socorros, talvez pelo desgaste de não encontrar a assistência na APS.

Algumas mães usuárias de um serviço de urgência/emergência de Belo Horizonte, confirmam esses resultados ao alegaram que não optam pela UBS, e entre outros motivos, pela limitação do horário e pela demora no atendimento, quando ele ocorre (Rati et al., 2013).

No transcorrer das entrevistas muitas mães referiram que seus filhos possuíam consultas agendadas mensalmente no seu primeiro ano de vida, algo excelente quando comparado ao que o MS propõe de uma consulta até 15 dias de vida, uma com: um mês, dois meses, quatro meses, seis meses, nove meses e um ano (Brasil, 2012). No entanto, mesmo sendo excelente, será este o melhor caminho? Pois o que se percebe é um número reduzido de profissionais para atender uma grande demanda de usuários. Talvez fosse uma melhor alternativa, diminuir o número de consultas programadas, seguir o que é recomendado pelo MS, para que as crianças sem um agendamento prévio, com algum problema de saúde, também possam ser atendidas. Já que essas teriam um melhor seguimento na APS, considerando que a equipe desse nível de atenção já a conhece e é capaz definir não somente os seus problemas de saúde, mas todos os outros que influenciariam em sua recuperação. É por esse aspecto tão relevante que possivelmente esse fluxo em busca de ajuda médica, em que a APS é ignorada, tem sido ineficaz.

Os relatos também apontam a falta do atendimento de um pediatra na ESF, onde a criança rotineiramente é atendida pelo médico generalista ou médico especialista em Saúde da Família. Contudo, é extremamente necessário que essas famílias sejam orientadas que no contexto da ESF, torna-se preciso não somente um profissional com habilidades especializadas, mas que também saiba trabalhar em equipe, e entenda o sentido da integralidade, equidade e do trabalho da equipe multiprofissional, veja que o atendimento à criança não é somente a consulta médica, mas todas as questões que envolvem a sua família e o lugar em que vive (Brasil, 2017).

Um estudo realizado na APS da Catalunha mostra que os seus próprios pediatras consideram sua função abrangente, levando em consideração o contexto da criança, o monitoramento de seu desenvolvimento e a atenção aos vários problemas de saúde. Para eles o pediatra deve cuidar completamente da criança, de sua família e do seu meio ambiente, entendendo, os problemas familiares que cercam a criança e tudo o que isso leva: problemas educacionais, problemas escolares e sociais, problemas da criança ou adolescente com seu ambiente social e com a sexualidade (Pueyo et al., 2011). O que confirma a necessidade de um profissional com sua visão voltada para o contexto social e familiar dessa criança, e não somente para os aspectos biológicos. Tendo em vista que a formação de um Médico da Família, é estruturada nesses aspectos, deve se considerar essa especialidade como a melhor indicada para uma ESF, mesmo se tratando da saúde infantil (Nogueira, Guedes,

2013).

A falta de medicamentos na APS também foi um problema citado por dois dos entrevistados, eles relataram que medicações básicas prescritas pelo médico não são encontradas na rede pública. Isso é uma realidade para muitas regiões brasileiras, Nascimento et al. (2017) ao realizarem um estudo para estimar a disponibilidade de 50 itens da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais na Atenção Primária de todo o Brasil, concluíram que a média é de 52,9%. Contudo não é possível presumir uma situação somente com relato de alguns cidadãos, é de extrema necessidade a realização de mais estudos acerca deste assunto no município.

Tema 2 - Motivos atribuídos à hospitalização das crianças

Não dava para evitar, ele foi piorando

Dentre os motivos atribuídos à hospitalização das crianças, os entrevistados apontaram as complicações no estado de saúde das mesmas, em uma perspectiva de que essa medida não poderia ter sido evitada:

Por questão... Por causa da crise de asma. Acho que sempre interna por isso. Vem pro Estadual. Acho que a primeira vez foi o mês passado, e agora a segunda vez. É que aqui é mais pra cuidados a longo prazo, né? Lá é mais um cuidado imediato, não tem condições de cuidar muito tempo, e como crise é três, quatro dias. Então, eu acho que não dava pra ser evitada. E4

Então! Eu acho que foi mesmo pelo jeitinho que ele estava já, resfriadinho, que foi de uma hora pra outra. E a pediatra dele era só dia 18 e eu não tinha passado com ela ainda pra ela saber do caso. E, também, começou de um dia pro outro. Foi muito de repente, ele estava bonzinho, só com uma tossinha, aí já virou de repente. Eu fui dois dias para o Pronto Socorro, fui no domingo à noite e na segunda de manhã, que ele piorou de novo. E8

Ah! Ele estava com dificuldade na respiração, entendeu? Aí ele ficou um dia no oxigênio, aí ele reagiu bem, porque teve bronquiolite. Sabe, a médica lá do PS internou mesmo porque estava baixa a respiração, a saturação. Mas aqui ele melhorou bem sim... Não, eu acho que não dava (para evitar), ainda mais ele tendo um mês, né? Ele é muito pequeninho. Na hora a médica lá do PS já viu que ele não estava bem, demorou, no mesmo dia já transferiram ele pra cá, entendeu? E20

Porque ela precisava de internação, ela ficou assim (cansada). E22

Ah! Eu acho que não dava pra evitar, porque eu já tinha passado ele no médico, depois que ele ficou ruim, lá no posto. Aí ele foi piorando e levei no PS. E26

Sexta ele estava muito ruim... Porque eu que bati o pé pra internar. Eu que bati o pé! Na terceira vez que eu fui, eu falei: Não vou sair daqui enquanto não internar! Eu que fiquei lá porque não dava pra levar pra casa, ele tossia e ficava roxo. E28

Não dava pra evitar porque ela estava muito ruinzinha. Eu preferia que tivesse internado o primeiro dia que eu fui e não dá um monte de remédio e ir embora. E29

Quando os pais relatam sobre a situação de saúde das crianças é evidenciada a falta de um diagnóstico e de um tratamento eficaz relacionado a essas crianças, ocasionando a peregrinação dessas famílias por um tratamento adequado, e consequentemente a piora do quadro patológico. Outro aspecto evidenciado em alguns relatos é a rápida evolução da doença, que impediu que esses pais buscassem assistência médica a tempo.

Como já mencionado, as entrevistas foram realizadas com pais que tiveram seus filhos hospitalizados por patologias respiratórias. Ao que se sabe a progressão dessas patologias, depende de múltiplos fatores, no entanto há alguns que podem ser influenciados pela atuação da APS como: tabagismo; resposta imunológica da criança relacionada aos fatores de risco de nascimento, como o baixo peso ao nascer e a prematuridade; cobertura vacinal; aleitamento materno; baixa renda familiar e idade materna, que estão associados a falta de instrução desses (Prato et al., 2014; Ring, 2012). Fatores esses que, em sua maioria, podem ser amenizados, quando os cuidadores são respaldados com uma atenção de saúde contínua e integral, até mesmo antes do nascimento, através do pré-natal, com ações de educação em saúde.

A prevenção permanece como a melhor alternativa, e isso se dá através da orientação dos pais, sobre o melhor cuidado e as ações preventivas, que devem ser cotidianas e que são extremamente significativas. A saúde da criança está relacionada e depende de um trabalho em equipe (prato et al., 2014).

Eu deveria ter cuidado melhor

Como outro motivo para a ocorrência das internações hospitalares de seus filhos, alguns entrevistados apontaram o descuido por eles próprios quanto à saúde das crianças:

Então, eu estava de mudança. No dia em que eu fui limpar minha casa nova, eu levei ela, e coloquei ela num colchão no chão, no quintal da casa, e fui varrendo a casa. A poeira foi tudo indo para ela, foi por um pouco de descuido meu e por causa da friagem que eu deixei ela pegar. (E2)

[A internação seria evitada] sim, mas por mim, não por causa de médico, essas coisas não. Eu deixava ela muito peladinha, sem meia. Às vezes eu sentia um calor e achava que ela também, mas não. Mas graças a Deus ela está bem! (E6)

É difícil explicar, porque ela tem asma, e tem vez que está bom e de repente... E eu fui acampar na quinta-feira, só que lá não entrou em água nada, porque eu não deixei, porque lá é tipo uma prainha. E mesmo assim ficou muito mal. (E10)

Porque ele estava um pouquinho cansado... Se eu tivesse levado ele no posto... Porque ele começou mais com uma gripe, uma gripinha assim normal. Até levei ele pra tomar vacina, ele tomou. Só que se eu tivesse passado ele antes lá, já teria orientado, já teria passado os remédios certinhos, não teria ficado assim. E21

Isso remete a refletir como essas crianças estão sendo acompanhadas e esses pais orientados. O acompanhamento eficaz do crescimento e do desenvolvimento da criança, observando sua situação de saúde e orientando os familiares sobre os primeiros cuidados, ainda em domicílio, frente a uma enfermidade, são ações que devem ocorrer no atendimento de puericultura e que consequentemente diminuiriam as hospitalizações (Oliveira et al., 2012).

O descuido dos pais relacionado a seus filhos, talvez pela falta de conhecimento sobre o processo saúde-doença, confirma a importância do acompanhamento da equipe multiprofissional sobre essas crianças na APS e do seu preparo como orientadores. É necessário que os profissionais de saúde, em especial a equipe de enfermagem, se aproximem mais da educação em saúde, conscientizando as mães, e também os familiares sobre cada doença respiratória aguda na infância, para que possa haver o melhor manejo e tratamento dessas afecções. É possível desenvolver a educação em saúde, interferindo no processo saúde-doença e melhorando a qualidade de vida (Silva, Vieira, 2014; Brasil, 2012).

Por isso a importância de se investir na APS, na prevenção e na promoção da saúde, pois quando esse serviço é oferecido com qualidade, evita-se, nesse caso especificamente, que essa criança passe por uma hospitalização traumática e que

seja gasto o dinheiro público desnecessariamente. Um estudo realizado com dados do SIH/SUS evidenciou que foi gasto pouco mais de 190 milhões de reais com crianças menores de quatro anos no ano de 2013, o que fortalece a necessidade de mudanças nesse sistema (Souza, Peixoto, 2017).

A orientação favorece a qualidade da assistência prestada pelos profissionais da APS e promove ações conjuntas para transformação do meio onde atuam. A saúde da criança necessita da ação dos profissionais e da família para de fato ser efetivada. Porém, ainda há muito para ser modificado e melhorado. Estudos realizados com usuários da Atenção Básica de Londrina e de João Pessoa revelam que ainda existem áreas que, mesmo estando cobertas pela APS carecem ampliar o vínculo entre a família e os profissionais da saúde. (Daschevi et al., 2015; Reichert et al., 2014). Em outro estudo realizado com familiares de crianças hospitalizadas por doenças respiratórias em Medellin, na Colômbia, também foi verificado que os conhecimentos e práticas dos responsáveis sobre as patologias respiratórias eram inadequadas, confirmando o despreparo dos mesmos (Torres et al., 2011).

Portanto, os relatos dos participantes do presente estudo apenas confirmam o quanto é necessário, no cuidado a criança, o contato com seus responsáveis e a orientação dos mesmos, pois se estivessem mais bem esclarecidos, poderiam ter evitado a hospitalização de seus filhos. E confirmam também como essas ações de saúde devem ser melhoradas e ampliadas.

Aconteceu por que não foi bem atendido

Outros entrevistados atribuíram a hospitalização da criança ao atendimento insatisfatório quando precisaram. Eles enfatizaram que, logo no início do problema de saúde, a criança foi levada ao atendimento, especialmente ao médico, no entanto, eles não receberam a atenção necessária, resultando na piora do quadro e consequentemente na hospitalização:

Se acaso tivesse um pediatra não precisaria (internar). Que nem por causa do feriado do carnaval, o pediatra acaba não vindo, entendeu? Aí eu tenho que correr pra UPA. Só essa semana eu fui três vezes na UPA. Ontem eu fui, aí ele internou. E3

Lá não é pediatra, lá é PSF. Então, é um clínico geral pra tudo, sabe? Às vezes é uma coisa, que um pediatra olhando s 8aberia... igual o dia que eu levei ele para o Pronto Socorro, a moça olhou e falou que ele estava com pneumonia... Se tivesse um pediatra lá... Aí eu garanto

que só de ver ele já saberia que ele estava com pneumonia. Então, lá no posto não resolveu. Porque ele foi lá duas vezes e o médico deu antibiótico. E quando vi que não sarava, levei para o Pronto Socorro. Aí ele já estava ruim. E5

Uma semana antes de eu levar ela lá no Pronto Atendimento, eu tinha passado ela lá (USF) com o médico, e ela já estava com uma tosse, que eu falei pra ele. E ele falou que não podia passar nada, e que era pra eu continuar fazendo inalação só com soro na minha casa. E eu continuei fazendo. Só que não resolveu de nada! Acabei que eu fui com ela pro Pronto Atendimento e hoje eu estou aqui... Se tivesse tido um atendimento melhor, ele nem tocou direito na menina. E11

Eu passei com ele no Posto, com uma médica. Eu falei, ele já estava meio ruinzinho com a respiração, ela falou que não, que era normal, aí não melhorou, eu passei no Pronto Socorro duas vezes, ainda com a mesma médica, nem pra pegar outro médico diferente pra avaliar o caso. Aí foi a mesma médica, aí ela: “Não mãe, isso daí é normal, não é sinal de bronquite”. Aí levei de novo “Não mãe, fica em paz, faz só a inalação”. Aí eu falei, o menino não estava mamando, não estava dormindo, só estava chorando a noite. E eu falei não, isso não é normal não. Aí eu já fiquei desesperada, ia internar, e lá eles escondem as coisas. Ah! Eu acho que se o primeiro médico tivesse, ou pedido já pra internar ou se ele tivesse dado o tratamento certo. E14

Acho que se tivesse o atendimento sido bom né, não tinha internado. E16

Um pouco mais de atenção lá no Pronto Socorro e ela não estaria aqui. E17

Dava [pra evitar], porque a primeira vez que ele estava com bronquiolite, se tivesse cuidado direito não estava isso né. E19

[a internação ocorreu] Por negligência médica...por causa que até desde então lá maternidade mesmo, com as meninas, eu falei pra elas que ela estava assim tossindo. Ela tossiu bastante forte, até saiu catarrinho pelo nariz dela e ninguém deu atenção. Desde quando ela nasceu que eu estou indo com ela no posto, no PS tudo, eu estou falando, e eles esperaram ela piorar pra poder ser atendida... porque como estava no comecinho ela poderia ter mandado direto pra me internar tudo, aí minha filha não estaria passando mal agora né, assim. E eu em casa, ela ficou roxa, ela engasgou, soltou leite pelo nariz tudo. E eu levando tudo, só que ninguém deu atenção. Todo munda fala: “Ah! da paracetamol! Ah! Faz inalação em casa”, e eu estava fazendo tudo direitinho. E24

...eu precisei ir três vezes no PS, pra eles internarem. Sexta ele estava muito ruim. E28

Foi por um descuido do médico do Pronto Socorro, porque eu fui à noite no sábado e o médico falou que ele estava com uma pneumonia, uma mancha no pulmão, e mandou embora. E nossa! Ele estava quase morrendo, de tanta falta de ar que ele estava. Aí eu levei (para casa) e ele começou a passar mal à noite. Eu vi que ia dar um treco no menino, aí eu esperei amanhecer o dia e levei ele de novo (no Pronto Socorro), na mesma hora internaram ele... Se o médico tivesse atendido melhor e antes, ele não teria internado. E30

Dois estudos realizados em cidades paranaenses, que entrevistaram familiares de crianças atendidas em uma unidade de emergência, ratificam as dificuldades apontadas pelos participantes deste estudo, como a não responsabilização dos serviços de saúde pela saúde infantil, com consequente falta de resolutividade das ações implementadas e piora do quadro patológico (Silva e Vieira, 2014; Silva et al., 2015).

Constata-se que na ABS, com a não disponibilização do atendimento emergencial, os pais levam seus filhos nos serviços de emergência, para a resolução dos problemas de saúde mais precocemente. A esse processo, além de outros motivos, emerge a falta de responsabilização dos profissionais de saúde sobre seus usuários, bem como a não existência da referência e contra-referência. A ABS como coordenadora da RAS deve ser capaz de identificar as necessidades de saúde de seus usuários, e mesmo sem condições de atendimento em sua unidade física, deve estar apta a referenciar esse usuário para outro nível de atenção, esperando que o mesmo volte e continue sendo acompanhado por ela, isso garante a longitudinalidade e a continuidade do cuidado (Silva et al., 2015; Brasil, 2017). Possivelmente, isso evitaria que essas crianças fossem levadas tantas vezes em unidades do sistema de saúde, sem obter a resolutividade de suas patologias e que um simples problema de saúde evolua para uma grave doença, com riscos de vida para criança.

Evidencia-se que quando uma família procura uma unidade de pronto socorro, para que seu filho possa ser atendido, ignorando o primeiro nível de assistência que é a APS, ela corre alguns riscos, pois naquela unidade a criança acaba sendo reduzida a sua própria patologia, os profissionais que ali trabalham pouco sabem das condições de vida daquela criança, e por várias vezes buscam falsas soluções para o problema de saúde, protelando o seu tratamento e a sua cura. Em uma pesquisa na cidade de Cascavel, no Paraná, pais com dificuldades; semelhantes optaram por alternativas para conseguir solucionar o problema de saúde de seus filhos, como entidades

religiosas e médicos particulares (Silva et al., 2013). No entanto, infreqüentemente a comunidade tem a possibilidade de ter um atendimento particular, são pessoas com baixa renda, com outros dependentes, que já buscam o SUS, com a esperança de ter um bom atendimento gratuito.

Tudo isso contradiz o que o SUS almeja e propõe, principalmente com os princípios da humanização, como a ampliação do acesso, o atendimento acolhedor e resolutivo, a ampliação do diálogo entre o profissional e o usuário, garantia da referência e contra-referência (Brasil, 2010). É perceptível a necessidade de mudanças e de uma gestão que tenha os olhos voltados para essas práticas, para que se possa atender as carências do usuário, de forma integral, garantindo a equidade e a universalidade nesse processo (Silva et al., 2013).

Eu não sabia direito o que estava acontecendo

Em coerência com a insatisfação dos entrevistados quanto ao atendimento nos serviços de saúde, previamente à internação hospitalar das crianças, os depoimentos coletados revelam situações de dúvidas, de insegurança e, por vezes, angústia, que vivenciaram:

Antes de vir pra cá, um (médico) disse que era bronquiolite, que ele ia ficar aquela noite e no outro dia ia embora. Quando trocou de plantão, a outra médica veio e disse que era pneumonia e que eu não podia embora, porque era pequeno. Aí, eu fiquei dependendo daqui (hospital) pra saber o que era. E5

Então, primeiramente o doutor falou que era uma pneumonia, mas depois a doutora falou que não era, falou que era bronquiolite. Cada um me informou de um jeito... Sei lá o que ele tem de verdade. E12

Ontem a gente passou com a médica do OS. Lá ela (criança) chegou muito cansada. A médica falou: “Corre com ela pra inalação e dá remédio na veia. Aí eu falei: “Mas é o que doutora? É bronquiolite?” Porque eu estava cismada. “Não, bronquiolite ela já teve, agora é bronquite”. Aí chegando aqui hoje, a médica falou que ela está cansadinha por causa da doença, aí eu disse: “Que doença?” A bronquiolite, ela está com bronquiolite. E13

Eu perguntava: “Doutora o que é que ele tem?” E aí: “Ai mãe espera aí que já venho”, e não vinha me falar. Aí, até que eu comecei a chorar, e falei assim: “Olha eu preciso saber o que que meu filho tem, vocês estão falando que é bronquiolite, que a saturação não está boa...E14

Só aqui (hospital) que falaram, lá (pronto socorro) deixaram a gente super apavorado! Aqui que falaram que ela está com um resfriado. E17

E ela (médica do pronto socorro) falou que estava meio grave, e eu vim pra cá desesperada, aí cheguei aqui falaram que não era pneumonia. Nem sei... E20

Ah! Não sei, não sei explicar o que é (o problema de saúde). Eu estava fazendo o tratamento dele em casa, mas não estava adiantando. E22

Olha, eu fui saber mesmo ao certo o que ela tinha praticamente quando eu fui vir pra cá. No pronto socorro infantil, lá o médico que me atendeu foi ótimo, ele atendeu ela super bem, mas assim ele não dava o diagnóstico, ele ia lá avaliava e saia quieto. Eu fui saber mesmo, ao certo o que ela tinha, quando eu já estava pra vir pra cá. E27

Ah! Não sei muito, porque é meu primeiro filho. O médico me falou que é um vírus, que é bronquiolite, é isso daí. E30

Em um estudo realizado no sul do Brasil, os familiares de crianças demonstraram sentimentos semelhantes aos percebidos neste estudo, que além de não serem ouvidos, também não receberam informações acerca do tratamento que a criança estava sendo submetida, sendo que essa escuta pouco sensível gerou insegurança e desconfiança (Gomes et al., 2015).

O acolhimento vai além de uma relação de prestação de serviço entre usuário e profissional da saúde, é o momento em que você recebe a família, de forma humanizada, percebendo seus anseios, ouvindo suas queixas e orienta sobre o cuidado, fazendo com que aquele atendimento em saúde alcance a resolutividade do problema enfrentado pelo usuário (Brasil, 2010). E, considerando os achados deste estudo, observa-se que o acolhimento por vezes não foi algo vivenciado pelos participantes do mesmo. Na verdade, em certos momentos eles acabaram por ser desconsiderados pelos profissionais de saúde, frente ao cuidado. Os profissionais de saúde parecem estar desvalorizando o acolhimento, a escuta qualificada e a participação ativa dos pais/responsáveis das crianças, tornando esquecidos aspectos fundamentais para o sucesso do cuidado infantil.

A escuta é uma importante ferramenta para se atender em saúde é o momento que o usuário expõe suas necessidades, juntamente com seus saberes e cultura (Brasil, 2010). Resta saber se os profissionais são orientados sobre a relevância de

como acolher os usuários e se eles compreendem que a escuta qualificada aumenta a qualidade técnica dos trabalhadores, pois promove a interação entre os trabalhadores da saúde e a comunidade. (Raimundo e Cadete, 2012). Quando uma família encaminha seu filho doente para uma instituição de saúde, é importante que ela seja orientada a respeito do que está acontecendo, de como será o tratamento, e também que ela seja ouvida sobre como a evolução patológica ocorreu, seus medos e anseios. Isso garante a troca de saberes que será importante para o cuidado que a família dispensará para a criança e sua recuperação. E a literatura confirma que apesar da extrema magnitude da participação dos pais no tratamento de seus filhos, ela ainda é diminuída (Daschevi et al., 2015; Reichert et al, 2014).

Por fim, o que se percebe com os relatos obtidos, é que a APS detém grandes desafios, como o atendimento das necessidades dos usuários, através de atendimento equânime e integral. A saúde da criança, especificamente, precisa de um olhar diferenciado, são indivíduos em pleno crescimento e desenvolvimento, com particularidades, talvez por isso necessitem de empenho ainda maior por parte das instituições e das autoridades.

4.4 Prevenção de internação pediátrica por problemas respiratórios: estratégias de apoio às famílias

Os materiais educativos são fontes de conhecimento e instrução, neste caso particularmente, é esperado que os mesmos possam ampliar a visão dos usuários da APS, em especial, as mães de crianças menores de um ano sobre doenças respiratórias, de forma a subsidiá-las para prevenção e atuação frente a essas patologias, fortalecendo o potencial em saúde dessas famílias (Reberte, Hoga e Gomes, 2012) e evitando assim internações hospitalares.

Espera-se da APS a identificação de famílias com riscos e vulnerabilidades para o adoecimento infantil, contando-se com a necessidade de se desenvolver planos de ação para no âmbito da prevenção e promoção da saúde desse grupo populacional. Um meio eficaz para isso é a educação em saúde, dotar as famílias de informações necessárias, faz com que elas saibam cuidar de suas crianças e intervir no momento preciso. Essa ação deve ocorrer ainda no pré-natal, as orientações sobre a chegada de um filho, suas responsabilidades em relação ao cuidado, as particularidades da criança, a prevenção das doenças prevalentes na infância, especialmente no neonato, deve ser desenvolvida junto as famílias (Guerreiro et al., 2014).

O enfermeiro da APS é o profissional ideal para desenvolver as ações de educação em saúde com os usuários, e também para aproximar a equipe multiprofissional dessa prática. Ele deve, cotidianamente, avaliar as necessidades de sua população e reformular as ideias e ações baseadas nisso. Ressalta-se que essas ações educativas devem ser alcançadas tanto em momentos planejados, como em conversas informais (Acioli, 2008). Essas são ações extremamente necessárias, para que se alcancem mudanças na realidade da saúde da criança.

Os materiais educativos desenvolvidos, nesta oportunidade, caracterizam-se conforme os seguintes aspectos:

- Tipos de produto: folder e uma cartilha em formato de história em quadrinhos.
- População alvo: familiares de recém-nascidos e lactentes, frequentadoras da APS, escolas de educação infantil (berçários e creches) e de unidades de pronto-atendimento e de internação hospitalar /pediátrica.
- Locais de distribuição/divulgação: escolas de educação infantil, unidades básicas de saúde, de pronto-atendimento e de internação hospitalar pediátrica.

- Conteúdo a ser abordado: doenças respiratórias na infância: descrição, sinais de alerta e de perigo, condutas preventivas recomendadas para o cuidado domiciliar, condutas frente aos casos recomendadas para o cuidado domiciliar

- Referenciais:

Teóricos: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, Política Nacional de Humanização, Manual de saúde da criança, Manual de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância.

Metodológicos: produção científica e técnica sobre tecnologias de comunicação e de informação em saúde.

Com o propósito de ilustração, esses produtos seguem apresentados

Folder

- Parte externa do folder



Parte interna do folder:

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS NA INFÂNCIA

POR QUE OCORREM?

O sistema respiratório do bebê é composto por algumas partes: oronasofaringe, faringe, laringe, traqueia e pulmões. A doença respiratória ocorre quando uma dessas partes apresenta algum problema, geralmente causado por infecção viral ou de bactérias. Os bebês ainda não têm defesas suficientes para combater esses microrganismos e podem adoecer com maior facilidade quanto mais novos forem e se houver: desmame antes do tempo recomendado, condições de higiene precárias, exposição ao frio sem proteção adequada, contato com outras crianças ou adultos doentes ou outra doença prévia.



COMO SÃO?

Existem vários tipos de doenças respiratórias, com vários graus de gravidade, sendo possível que um resfriado comum em um bebê evolua rapidamente para uma pneumonia grave.

ATENÇÃO SE O BEBÊ ESTIVER:

- COMENDO OU MAMANDO MENOS;
- MAIS SONOLENTO OU RESPONDENDO POUCO AOS ESTÍMULOS;
- APRESENTANDO ESFORÇO PARA RESPIRAR E/OU COM SOM DIFERENTE AO RESPIRAR;
- RESPIRANDO MAIS RAPIDAMENTE DO QUE O NORMAL;
- TOSSINDO OU ESPIRRANDO MUITO;
- COM O NARIZ ESCORRENDO E/OU NARIZ ENTUPIDO;
- FEBRIL (TEMPERATURA CORPORAL MAIOR QUE 37,5°).



QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS SINAIS DE PERIGO?

Se o bebê apresentar um ou mais desses sinais, levá-lo imediatamente ao serviço de saúde mais próximo:

Convulsão; agitação/irritabilidade intensas; excesso/ausência de choro; gemido; não responde aos estímulos ou está inconsciente; sonolência excessiva mesmo sem febre; fraqueza; moleira afundada ou estufada; palidez intensa; respiração muito rápida ou com muito esforço ou com som diferente; pausa respiratória prolongada; coloração arroxeada na boca ou extremidades das mãos e pés; temperatura corporal muito baixa: menos do que 35,5°C em menores de dois meses; febre persistente há mais de três dias (temperatura corporal maior do que 37,5°); recusa alimentar/sução débil; vômito ao ingerir alimento/líquido; secreção purulenta no ouvido; bebê doente há mais de sete dias.



O QUE FAZER?

- Manter o aleitamento materno, aumentando sua frequência se possível;
- Se a criança estiver em desmame ou desmamada, dar mais líquidos do que de costume;
- Oferecer alimentos mais vezes, mas em menor quantidade;
- Limpar as narinas do bebê com uma fralda ou toalha macia, se necessário lavar com soro fisiológico;
- Diminuir os estímulos e atividades do bebê, promovendo seu descanso;
- Evitar que o bebê entre em contato com poluição ou fumaça de qualquer tipo;
- Manter a casa ventilada e umidificada: à noite colocar uma bacia com água ou toalha molhada próximo ao berço/cama do bebê, retirando pela manhã;
- Se febre: dar banho morno por 15 minutos, secar bem e deixar a criança com poucas roupas, mas sem exposição ao frio;
- Se o bebê não apresentar melhora, assim que possível, levá-lo para atendimento na unidade de saúde onde ele é acompanhado;
- Se a unidade de saúde não estiver em horário de atendimento, procurar os serviços de urgência/emergência, como Pronto Socorro e UPA.



COMO EVITAR?

- Evitar que o bebê fique em lugares com muitas pessoas, principalmente onde tem alguma doente;
- Lavar bem as mãos antes de realizar qualquer cuidado com o bebê;
- Deixar os locais onde o bebê fica sempre arejados e limpos;
- Manter a vacinação do bebê em dia;
- Amamentar o bebê sem introduzir líquidos ou outros alimentos até seis meses de idade e oferecer alimentação saudável após este período, continuando a amamentação até os dois anos ou mais do bebê;
- Levantar para consulta com pediatra/enfermeiro na unidade de saúde, conforme estiver agendado e também sempre que surgir algum problema de saúde. Esse é um direito do bebê e um dever dos profissionais de saúde de assegurar a sua realização, da melhor forma possível.

Cartilha em formato de história em quadrinhos

Uma internação que poderia ter sido evitada:
a sofrida experiência de Jéssica e Kauã



Lilian de Lima
Vera Lúcia Pamplona Tonete

Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" - UNESP

Faculdade de Medicina de Botucatu

Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Curso Mestrado Profissional

Autores:

Lilian de Lima

Profa Dra Vera Lúcia PamplonaTonete

Editoração e Diagramação:

Dra Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira

Coordenadora do Núcleo de Educação a Distância e Tecnologias da Informação em Saúde

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÍT. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM. DIVISÃO DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CAMPUS DE BOTUCATU - UNESP
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSÂNGELA APARECIDA LOBO - CRB 87909

Lima, Lilian de.

Uma internação que poderia ter sido evitada [recurso eletrônico] : a sofrida experiência de Jéssica e Kauã / Lilian de Lima, Vera Lúcia Pamplona Tonete; Editoração e diagramação: Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira. - Botucatu : Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu, NEAD.TIS, 2018

1 E-book

ISBN: 978-85-65318-57-0

1. Pediatria. 2. Doenças respiratórias infantis. 3. Pneumonia em crianças. 4. Crianças - Cuidado e higiene. I. Título. II. Tonete, Vera Lúcia Pamplona. III. Ferreira, Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra. IV. Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho". Faculdade de Medicina de Botucatu. V. Núcleo de Educação a Distância e Tecnologias da Informação em Saúde.

CDD 618.92

Prefixo Editorial: 65318

Número ISBN: 978-85-65318-57-0

Título: Uma internação que poderia ter sido evitada: a sofrida experiência de Jéssica e Kauã

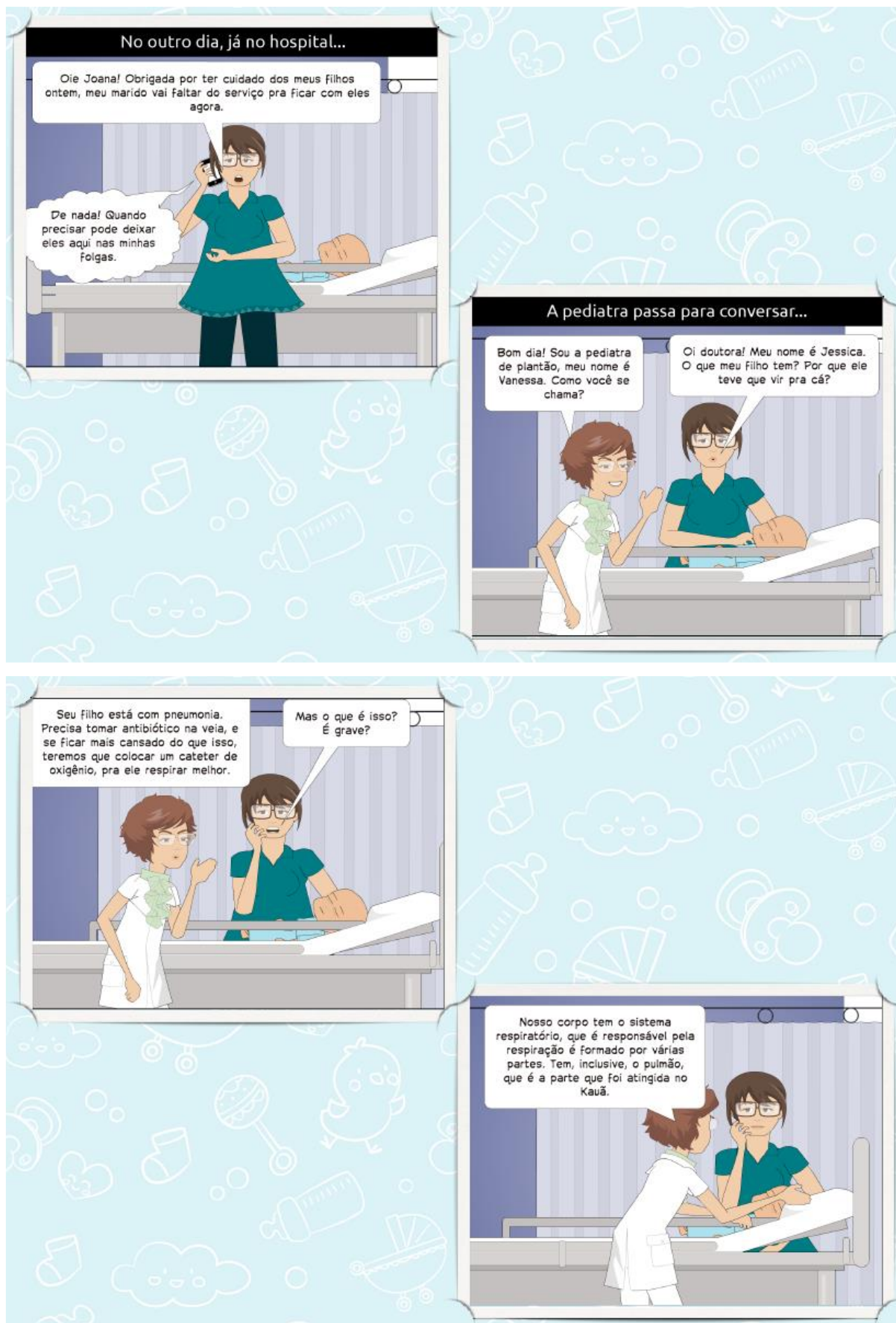
Tipo de Suporte: E-book

Formato Ebook: PDF



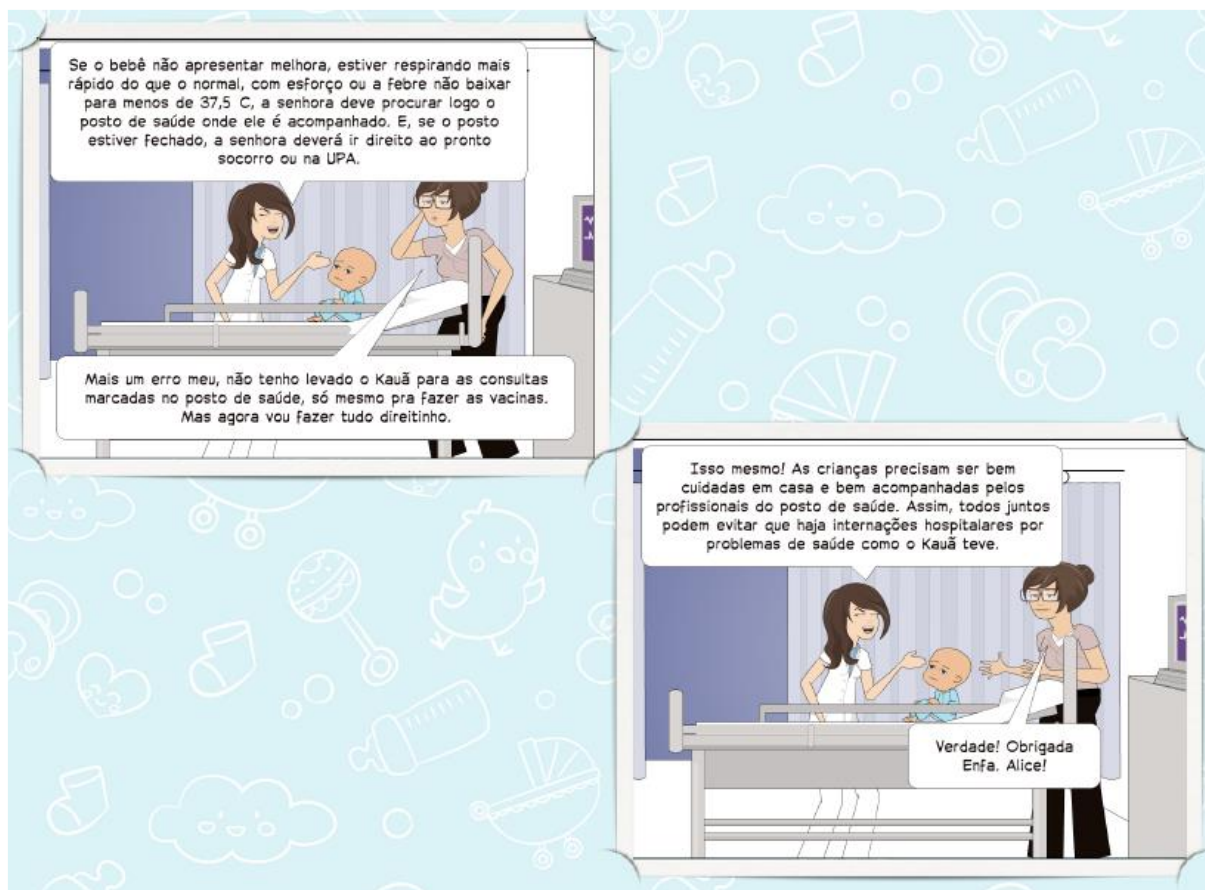














5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo de abordagem mista permitiu obter os dados necessários para a elaboração do material educativo pretendido, contando com dados de cunho quantitativo e qualitativo para elucidar aspectos importantes da hospitalização de crianças no contexto estudado.

Pode-se verificar que mais da metade das hospitalizações infantis foi por CSAP, destacando-se as causas respiratórias, sendo que a multiparidade revelou-se como fator de risco.

Os relatos das concepções e experiências dos pais sobre as hospitalizações infantis por problemas respiratórios revelaram que na ABS, ocorrem situações consideradas pelos pais como satisfatórias, como o bom atendimento pela equipe de saúde, com especial valorização do atendimento médico. Por outro lado, foram apontados entreves para o adequado atendimento das crianças no referido contexto, principalmente na marcação de consulta médica frente a problema/agravo de saúde da criança e de exames laboratoriais solicitados, no fornecimento de medicações prescritas, no acúmulo de usuários esperando atendimento em condições precárias, na carência de médicos especializados como o pediatra.

Especificamente, sobre os motivos atribuídos pelos pais para a ocorrência das ICSAP, chamou atenção a percepção de que tais ocorrências não poderiam ser evitadas, revelando o pleno desconhecimento e passividade da situação. Também, de modo polarizado, os pais indicaram outros motivos tanto as próprias condutas ou falta delas para prevenir tais ocorrências, assumindo para si a responsabilidade desses desfechos, quanto atribuindo a falta ou inadequada atenção dos serviços de ABS para evitar o problema.

Em coerência com a insatisfação dos entrevistados quanto ao atendimento nos serviços de saúde, previamente à internação hospitalar das crianças, os depoimentos coletados estiveram permeados por sentimentos de dúvidas, insegurança e, por vezes, angústia, que os pais experienciaram.

Essas situações revelam que, embora se observe avanços em relação à atenção integral à saúde da criança, na perspectiva da RAS, e do que se espera da ABS, ainda existem desafios a serem superados, especialmente, objetivando incluir os pais/famílias como sujeitos ativos e esclarecidos no cuidado em saúde infantil.

Neste sentido, confirma-se a necessidade de se intensificar, no âmbito da

atenção primária, cuidados de enfermagem que sejam voltados à prevenção de doenças respiratórias e de suas complicações em crianças no primeiro ano de vida, particularmente junto às mães multíparas. Espera-se que o recurso educativo elaborado possa orientar pais/responsáveis sobre tais ocorrências, instrumentalizando-os para contribuírem proativamente na prevenção das mesmas.

REFERÊNCIAS

- Acioli, S, A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. Rev. bras. enferm. 2008;61(1):117-21.
- Afradique ME, Bonolo PF, Dourado I, Lima-Costa MF, Macinko J, Mendonça CS, 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. 2009;25(6):1337-1349.
- Almeida PVB, Zanolli ML. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16(Supl. 1):1479-1488.
- Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. Cad. Saúde Pública. 2012; 28(3):515-526.
- Bardin L. Análise de conteúdo. 6ª ed. São Paulo: Edições 70; 2011.
- Billings J, Zeitel L, Lukomnikc J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. Health Affairs, Millwood. 1993;12(1):162-173.
- Bonita R, Beaglehole R, Kjellström T. Epidemiologia Básica. São Paulo: Santos; 2010. O que é epidemiologia; p. 1-12.
- Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília; 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDP Neonatal. Brasília; 2014.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 221, de 17 de abril de 2008. Define que a lista brasileira de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária

será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde nos âmbitos Nacional, Estadual e Municipal. In: Diário Oficial da União. Brasília, 2008; n. 75, Seção I, p. 70.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2006. P. 7-10.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 1130 de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília; 2015 [citado 03 Jan 2018]. Disponível em: <file:///E:/Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde%20PNAISC.html>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [internet]. Brasília; 2017 [citado 02 Out. 2017]. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; 2012. P. 13-17.

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

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília DF; 2010.

Caldart RV, Marrero L, Basta PC, Orellana JDY. Fatores associados à pneumonia em crianças Yanomami internadas por condições sensíveis à atenção primária na região norte do Brasil. *Ciênc& Saúde Colet*. 2016; 21(5):1597-1606.

Coelho MAQ, Pinho P, Marques PQ, Silveira MF, Solé D. Prevalência e fatores associados à asma em escolares de Montes Claros, MG, Brasil. *Ciênc& Saúde Colet*. 2016;21(4):1207-1216.

Caldeira AP, Fernandes VBL, Fonseca WP, Faria AA. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2011;11(1):61-71.

Caminal J, Starfield B, Sánchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *EurJournPublic Health*. 2004;14(3):246-251.

Creswell, J. W. Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Trad. de Magda Lopes. Porto Alegre: Artmed, 2010.

Dias MAB, Deslandes SF. Expectativas sobre a assistência ao parto de mulheres usuárias de uma maternidade pública do Rio de Janeiro, Brasil: os desafios de uma política pública de humanização da assistência. *Cad. Saúde Pública*, 2006; 22(12):2647-2655./

Daschevi JM, Tacla MTGM, Alves BA, Toso BRGO, Collet, N. Avaliação dos princípios da orientação familiar e comunitária da atenção primária à saúde da criança. *Ciênc Biológ e da Saúde*. 2015; 36(1):31-38.

Dicionário da Educação Profissional em Saúde [internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2009. [acesso em 2017 set. 12]. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>.

Fernandes VBL, Caldeira AP, Faria AA, Rodrigues JF. Internações sensíveis na atenção primária como indicador de avaliação da Estratégia Saúde da Família. *Rev Saúde Pública*. 2009;43(6):928-36.

Ferrer APS, Sucupira ACSL, Grisi SJFE. Causes of hospitalization among children ages zero to nine years old in the city of São Paulo, Brazil. *Clinics*. 2010;65(1):35-44.

França EB et al. Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. *Rev Bras Epidemiol*. 2017; 20 (1):46-60.

Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*, 2011; 27(2):389-394.

Fundação Sistema Estadual de Análises de Dados. Secretaria de Desenvolvimento e Planejamento regional do Estado de São Paulo. População e estatísticas vitais [Internet]. São Paulo: SEADE; 2018 [acesso em 08 jan 2018]. Disponível em: <http://www.imp.seade.gov.br/frontend/#/perfil>

Fundo das Nações Unidas para a infância (UNICEF). Quem espera espera. 2017 [acesso em 2018 Jan. 20]. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/pt/quem_espera_espera.pdf

Gao W, Dang S, Yan H, Wang D. Care-Seeking Pattern for Diarrhea among Children under 36 Months Old in Rural Western China. *Plos One* [internet]. 2012 [acesso em 2018 Jan 8]; 7(8): e43103. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3422327/?tool=pubmed>

Gomes GC, Xavier DM, Pintanel AC, Farias DHR, Lunardi VL, Aquino DR. Significados atribuídos por familiares na pediatria acerca de suas interações com os profissionais da enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*. 2015;49(6):953-959

Guerreiro EM, Rodrigues DP, Queiroz ABA, Ferreira MA. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(1):13-21.

Hatakka K, Piirainen L, Pohjavuori S, Poussa T, Savilahti E, Korpela R. Factors associated with acute respiratory illness in day care children. *Scand J Infect Dis*, 2010; 42(9): 704-11.

Hospital Estadual Bauru [internet]. Bauru; 2017. [acesso em 09 jan. 2018]. Disponível em: <http://www.heb.famesp.org.br/institucional.php?mnu=4>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades. [acesso em Jan 2018]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/>

Lavras, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc*. 2011;20(4);867-874.

Lu S, Kuo DK. Hospital charges of potentially preventable pediatric hospitalizations. *Acad Pediatr*. 2012;12(5):436–444.

Macedo SLC, Menezes AMB, Albernaz E, Post P, Knorst M. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):351-358.

Malaquias TSM, Gaíva MAM, Higarashi IH. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. *Rev. Gaúcha Enferm*. 2015;36(1):62-8.

Martins CBG, Barcelon AA, Lima FCA, Gaíva MAM. Perfil de morbimortalidade de recém-nascidos de risco. *CogitareEnferm*. 2014;19(1):109-15.

McIsaac KE, Moineddin R, Matheson FI. Breastfeeding as a means to prevent infant morbidity and mortality in Aboriginal Canadians: A population prevented fraction analysis. Can J Public Health [internet]. 2015 [acesso em 2018 Jan 8]. Disponível em: <http://journal.cpha.ca/index.php/cjph/article/view/4855>.

Mendes EV. Atenção Primária nas Redes de Atenção a Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. Brasília; 2015. A construção social da Atenção Primária a Saúde. p. 19-40.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2014.

Nascimento RCRM et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais na atenção primária do Sistema Único de Saúde. Rev Saude Publ. [internet] 2017 [acesso em 2017 Dez 29]. Disponível em: <http://www.rsp.fsp.usp.br/wp-content/plugins/xml-to-html/include/lens/index.php/?xml=0034-8910-rsp-S1518-51-s2-7872017051007062.xml> 2:10s

Nogueira MI, Guedes CR. Da graduação biomédica à Medicina de Família: aprendendo a se tornar um “médico da pessoa”. Physis Ver. de Saúde Col. 2013; 23(2): 439-460.

Nunes CR, Abdala LG, Beghetto MG. Acompanhamento dos desfechos clínicos no primeiro ano de vida de prematuros. Rev. Gaúcha Enferm. 2013; 34(4):21-27.

Oliveira BRG, Viera CS, Collet N, Lima RAG. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2010; 13(2):268-77.

Oliveira BRG, Viera CS, Furtado MCC, Mello DF, Lima RAG. Perfil de morbidade de crianças hospitalizadas em um hospital público: implicações para a Enfermagem. Rev. Bras. Enferm. 2012;65(4):586-93.

Oliveira RR, Costa JR, Mathias TAF. Hospitalizações de menores de cinco anos por causas evitáveis. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2012 [acesso em 2017 jun 13]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_18.pdf

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

Prefeitura Municipal de Bauru. Secretária municipal da Saúde. Bauru; 2010 – 2016. [acesso em 27 ago 2017]. Disponível em: http://www.bauru.sp.gov.br/saude/servicos_saude.aspx

Pueyo MJ, Baranda L, Valderas J, Starfield B, Rajmil L. Papel del pediatra de atención primaria y coordinación con atención especializada. Anal. Da Ped. [internet]. 2011 [acesso em 2017 Dez 20]. Disponível em: <http://www.analesdepediatria.org/es/>

Prezotto KH, Chaves MMN, Mathias TAF. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em crianças, segundo grupos etários e regionais de saúde. Rev. Esc. Enferm. USP. 2015;49(1):44-53.

Rati RMS, Goulart LMHF, Alvim CG, Mota JAC. “Criança não pode esperar”: a busca de serviço de urgência e emergência por mães e suas crianças em condições não urgentes. Ciênc. & Saúde Colet. 2013;18(12):3663-3672.

Raimundo JS, Cadete MMM. Escuta qualificada e gestão social entre os profissionais de saúde. Acta Paul Enferm. 2012;25(Número Especial 2):61-7.

Reberte LM, Hoga LAK, Gomes ALZ. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. jan.-fev. 2012 [acesso em 06 Jan 2018];20(1):[08 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n1/pt_14

Reichert APS, Leônico ABA, Toso BRG, Santos NCCB, Vaz EMC, Collet N. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. Ciênc & Saúde Colet,. 2016;21(1):119-127.

Reichert APS, Rodrigues PF, Albuquerque TM, Collet N, Minayo MCS. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. *Ciênc & Saúde Colet*. 2016;21(8):2375-2382.

Ribeiro, FA. Atenção Primária e (APS) e Sistema de Saúde no Brasil: uma perspectiva histórica [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2007.

Ring J. Davos Declaration: allergy as a global problem. *Allergy*. 2012; 67(2):141-143.

Rodrigues DP, Alves VH, Penna LHG, Pereira AV, Branco MBLR, Silva LA. A peregrinação no período reprodutivo: uma violência no campo obstétrico. *Esc Anna Nery*. 2015;19(4):614-620.

Silva AS, Fracolli LA. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):54-61.

Silva RMM, Sobrinho RAS, Neves ET, Toso BRGO, Viera CS. Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2015; 20(4):1217-1224.

Silva RMM, Vieira CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. *Rev. Bras. Enferm*. 2014;67(5):794-802.

Silva RMM, Vieira CS, Toso BRGO, Neves ET, Rodrigues RM. Resolutividade na atenção à saúde da criança: percepção de pais e cuidadores. *382 Acta Paul Enferm*. 2013; 26(4):382-8.

Souza SRRK, Gualda DMR. A experiência da mulher e de seu acompanhante no parto em uma maternidade pública. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2016 [acesso em 2017 dez. 22]; 25(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201600004080014>

Souza DK, Peixoto SV. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. *Epidemiol. Serv. Saude*. 2017; 26(2):285-294.

Starfield B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: Unesco. Ministério da Saúde; 2002. Atenção Primária e sua relação com a saúde; p. 18-98.

Torres AMP, Galeano SPO, Suarez YR, Cardona MAS. Conocimientos y prácticas del cuidador como factor asociado a enfermedad respiratoria aguda en niños de 2 meses a 5 años. *Invest Educ Enferm*. 2011;29(1):19-27.

Toso BRGO, Filippin J, Giovanella L. Nurses' performance on primary care in the National Health Service in England. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(1):169-77.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Rev Saúde Pública*, 2005; 39(3):507-14.

Triviños A. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 18º ed. São Paulo: Atlas; 2009.

World Health Organization (WHO). The optimal duration of exclusive breastfeeding. Note for the press. Geneva; 2001. [acesso em 2018 Jan. 8]. Disponível em: <<http://www.who.int/inf-pr-2001/en/note2001-07.html>>.

ANEXOS

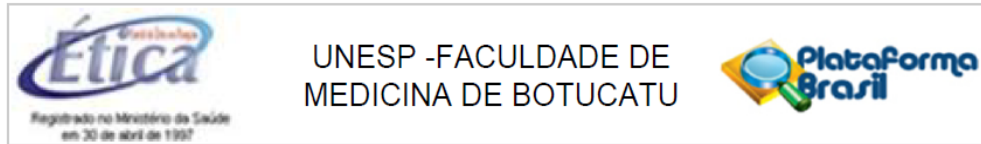
Anexo 1 - LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA		
Grupo	Diagnósticos	CID 10
1 Doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis		
1,1	Coqueluche	A37
1,2	Difteria	A36
1,3	Tétano	A33 a A35
1,4	Parotidite	B26
1,5	Rubéola	B06
1,6	Sarampo	B05
1,7	Febre Amarela	A95
1,8	Hepatite B	B16
1,9	Meningite 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	Ascaridíase	B77
2 Gastroenterites Infecciosas 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	Kwashiorkor/outras formas desnutrição proteico-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

LISTA DE CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA (Continuação)	
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., 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 N12
	Crônica
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
	Doença inflamatória do útero exceto o
17,2	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

ANEXO 2



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Estratégia de apoio às famílias para prevenção de internação pediátrica por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde

Pesquisador: Lilian de Lima

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 61062916.9.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.833.798

Apresentação do Projeto:

Trata-se os autos de resposta do pesquisador referente ao questionamento do parecerista constante no Parecer nº 1.802.403 de 07 de novembro de 2016 do Projeto intitulado "Estratégia de apoio às famílias para prevenção de internação pediátrica por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde".

A pendência relatada foi para o pesquisador adequar o TCLE que será aplicado na segunda etapa do estudo para as 30 mães e/ou responsáveis pelas crianças, de acordo com as normas vigentes (modelo na página do CEP).

Objetivo da Pesquisa:

Já relatado no Parecer 1.802.403 de 07/11/2016 pelo CEP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já relatado no Parecer 1.802.403 de 07/11/2016 pelo CEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Já relatado no Parecer 1.802.403 de 07/11/2016 pelo CEP.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Já relatado no Parecer 1.802.403 de 07/11/2016 pelo CEP.

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

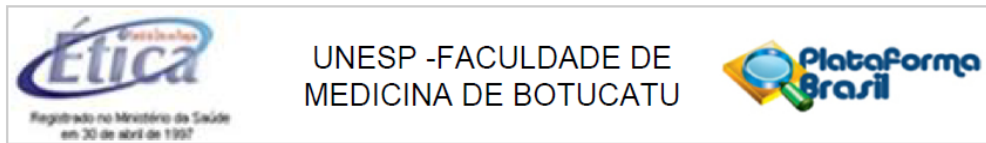
UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

CEP: 18.618-970

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.833.798

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O pesquisador atendeu a solicitação do parecerista, anexando o TCLE em forma de convite, com todos os esclarecimentos pertinentes ao estudo. Sugiro aprovação por este CEP sem necessidade de encaminhamento a CONEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de Pesquisa APROVADO, deliberado em reunião EXTRAORDINÁRIA do CEP de 24 de Novembro de 2.016, sem necessidade de envio à CONEP.

O CEP, no entanto, solicita aos pesquisadores que após a execução do projeto em questão, seja enviado para análise o respectivo "Relatório Final de Atividades", o qual deverá ser enviado via Plataforma Brasil na forma de "NOTIFICAÇÃO".

OBS: LEMBRAMOS QUE A PRESENTE PESQUISA SOMENTE PODERÁ SER INICIADA APÓS DIA 24/11/2016 – DATA DA APROVAÇÃO DO CEP.

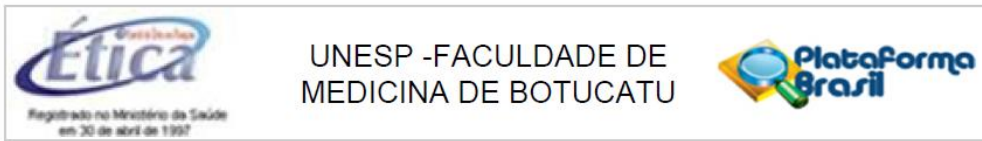
Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_808932.pdf	11/11/2016 15:31:34		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	11/11/2016 15:29:39	Lilian de Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/11/2016 15:27:21	Lilian de Lima	Aceito
Outros	DOCUMENTO_DE_ANUENCIA.pdf	16/10/2016 18:00:45	Lilian de Lima	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	16/10/2016 17:53:12	Lilian de Lima	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PARECERHEB.pdf	11/10/2016 18:45:25	Lilian de Lima	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Chácara Butignolli, s/n
Bairro: Rubião Junior **CEP:** 18.618-970
UF: SP **Município:** BOTUCATU
Telefone: (14)3880-1608 **E-mail:** capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 1.833.798

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 24 de Novembro de 2016

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

APENDICES

APÊNDICE 1 - Formulário para coleta de dados dos prontuários

A – Dados relacionados ao nascimento da criança:

- 1- Data de Nascimento: __/__/__
- 2 - Sexo: ()Fem. ()Masc.
- 3 - Índice de Apgar no 5º minuto: () < 7 () ≥ 7:
- 4 - Peso ao nascer: () < 2500g () ≥ 2500g
- 5- Idade gestacional: () < 37 semanas () ≥ 37 semanas,
- 6 - Tipo de gestação: () única () gemelar
- 7 - Tipo de parto: () cirúrgico () vaginal

B – Dados relacionados à internação da criança:

- 1 - Data da internação: __/__/__
- 2 - Local inicial da internação: () UP () UTI pediátrica
- 3 - Diagnóstico de internação, de acordo com o CID 10:
- 4 - Internações hospitalares anteriores? () Sim () Não
- 5 - Esquema vacinal: () Atualizado () Atrasado
- 6 - Se menor de seis meses, em aleitamento materno exclusivo? () Sim () Não
- 7- Se possui idade entre seis a doze meses, em aleitamento materno? () Sim () Não
- 8- Data da alta hospitalar: __/__/__
- 9 - Diagnóstico(s) de alta hospitalar CID10:

C – Dados relacionados a mãe:

- 1 - Idade: () < 18 () ≥ 18
- 2 - Anos de estudo: () < 8 () ≥ 8
- 3 - Perdas fetais: () sim () não;
- 4 - Primiparidade: () sim () não

APÊNDICE 2 - Roteiro para entrevista com mães/responsáveis pelas crianças**DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:**

Número da Entrevista: _____

Data da entrevista: __/__/__ Horário: Início:____ Término:____ Duração: _____

Data de nascimento: __/__/__ Sexo: ()Fem. ()Masc.

Grau de escolaridade: _____ Estado civil: _____

Ocupação: _____

Renda familiar (salários mínimos): _____

Nº. de pessoas que dependem da renda: _____ Número de filhos: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

- 1 Conte-me como tem sido o atendimento de saúde seu/sua filho/a desde que ele/a nasceu.
- 2 O que mais gostou deste(s) atendimento(s)? Qual(is) dificuldade(s) enfrentada(s)?
- 3 Sobre esta internação de seu/sua filho/a, por que acha que ela ocorreu?
- 4 Como poderia ter sido evitada?
- 5 O que sabe a respeito da condição/doença de internação de seu/sua filho/a?
- 6 Gostaria de falar algo mais?

APÊNCICE 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada “Estratégia de apoio às famílias para prevenção de internação pediátrica por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde”, que tem como objetivo geral: Elaborar material educativo sobre internações por condições sensíveis a atenção primária para pais/responsáveis das crianças usuárias de unidades de atenção primária à saúde de um município do interior paulista. Este é um estudo com uma abordagem quanti-qualitativa e, caso aceite participar da mesma, gostaria que soubesse que os dados serão obtidos por meio de entrevista, com duração de aproximadamente trinta minutos. As falas serão gravadas, e depois de transcritas, sendo que o conteúdo gravado será excluído após a transcrição. Quando terminar a análise dos dados, os resultados obtidos serão utilizados para fins científicos e poderão ser apresentados em encontros científicos e publicados em revistas. Porém, a identidade dos sujeitos pesquisados será preservada em todos os momentos. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada, uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição que forneceu os seus dados ou na qual trabalha. Sr(a) não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. Não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de Saúde da Criança e possivelmente reduzir sua hospitalização desnecessária. Sr(a) receberá uma cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável e de sua orientadora, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Este documento após aprovação do CEP será elaborado em 2 vias, sendo uma entregue ao sujeito da pesquisa e outra será mantida em arquivo pelo pesquisador. Desde já agradeço!

Botucatu, ____ de _____ de 20____

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Participante da pesquisa

Lilian de Lima¹
Pesquisadora

Profa. Dra. Vera Lucia Pamplona Tonete²
Orientadora

Telefone para contato do CEP:3880-1608/3880-1609

¹Rua Vital Alves Negrão, 451. CEP 1744000 - Ubirajara, São Paulo. Tel (014) 996873969. Email: lilianli.lirio@hotmail.com

²Rua General Telles, 1396, apto. 121, Centro. Cep 18.602-120 Botucatu São Paulo Tel. (14) 38821842. E-mail: pamp@fmb.unesp.br

////////////////////