



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE GRADUAÇÃO DA ENFERMAGEM**

**AMANDA REBOUÇAS BEZERRA DE MENEZES**

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PAIS E/OU CUIDADORES E DE CRIANÇAS**  
**DE 0 a 5 ANOS INTERNADAS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO**  
**PRIMÁRIA**

**FORTALEZA**

**2016**

AMANDA REBOUÇAS BEZERRA DE MENEZES

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PAIS E/OU CUIDADORES E DE CRIANÇAS DE 0  
a 5 ANOS INTERNADAS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA

Monografia apresentada ao Departamento de Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert

FORTALEZA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

M51p Menezes, Amanda Rebouças Bezerra de.  
PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PAIS E/OU CUIDADORES E DE CRIANÇAS DE 0 a 5 ANOS  
INTERNADAS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA / Amanda Rebouças Bezerra de  
Menezes. – 2016.  
63 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia,  
Odontologia e Enfermagem, Curso de Enfermagem, Fortaleza, 2016.  
Orientação: Profa. Dra. Fabiane do Amaral Gubert.

1. Enfermagem. 2. Cuidado da Criança. 3. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. I. Título.  
CDD 610.73

---

AMANDA REBOUÇAS BEZERRA DE MENEZES

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PAIS E/OU CUIDADORES E DE CRIANÇAS DE 0  
a 5 ANOS INTERNADAS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS À ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Monografia de Graduação apresentada ao  
Departamento de Enfermagem da Faculdade de  
Farmácia, Odontologia e Enfermagem da  
Universidade Federal do Ceará.

Data de Aprovação:

BANCA EXAMINADORA:

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Fabiane do Amaral Gubert (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Mestranda Marcela Ariadne Braga Gomes Tomé  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Mestranda Jéssica Lima Benevides  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À Deus.

À minha mãe Ana Mary e minha irmã Hanna,

Por sempre acreditarem em mim.

Amo vocês.

## AGRADECIMENTOS

À Deus, por guardar o melhor para mim, por tem me dado sabedoria para chegar até aqui e por nunca ter desistido de mim.

À minha mãe **Ana Mary**, que esteve sempre do meu lado me ajudando, me estimulando e me encorajando, que me acalmou nos momentos de angústia e sempre acreditou em mim. Obrigada por todo amor, carinho e compreensão.

À minha irmã **Hanna Menezes**, por estar sempre presente, me dando forças para nunca desistir, por ser minha companheira e melhor amiga.

À minha professora e orientadora **Dra. Fabiane do Amaral Gubert**, por todo conhecimento, dedicação, apoio e encorajamento, por ter acreditado no meu potencial, muitas vezes mais do que eu e por me proporcionar grande desenvolvimento.

À mestre **Marcela Ariadne**, por toda ajuda durante esse processo, considerações, conselhos e conhecimentos partilhados.

À mestre **Jéssica Benevides**, por contribuir com suas considerações e aceitar fazer parte da banca.

Aos meus amigos **Willian Egawa, Ana Beatriz Uchoa, Sarah Rayssa Cordeiro, Lis Paz, Mariana Diógenes, Mariana Firmeza, Ryvanne Paulino e Camila Medeiros**, por toda a amizade, ajuda e apoio na construção do trabalho e em cada semestre de faculdade, por me proporcionarem momentos inesquecíveis que me ajudaram concluir o curso com mais leveza.

À todos os participantes do projeto de puericultura que ajudaram durante o processo de coleta de dados e tiveram grande influência na minha graduação, me proporcionando crescimento a partir de todas as atividades realizadas nesses anos.

À **Universidade Federal do Ceará** e ao **corpo docente do Departamento de Enfermagem** por me proporcionar ensino da melhor qualidade.

À todos os **profissionais de enfermagem** que fizeram parte da minha graduação durante os estágios.

## RESUMO

As internações por condições sensíveis à atenção primária constituem um conjunto de diagnósticos para os quais os serviços de atenção primária oferecidos em tempo oportuno e de forma efetiva diminuiriam as chances de agravos e internações, por isso são consideradas um importante marcador de qualidade deste nível de atenção. Outra forma de avaliar o desempenho da APS é através da mensuração de cada atributo por meio do PCATool. O estudo objetivou caracterizar o perfil sociodemográfico dos cuidadores e das crianças internadas por CSAP e avaliar a assistência prestada a elas na APS. Trata-se de um estudo avaliativo, de delineamento transversal com abordagem quantitativa. Realizaram-se entrevistas com 120 cuidadores responsáveis por crianças de até cinco anos, internadas por diarreia, pneumonia ou asma em dois hospitais pediátricos, um de nível secundário e o outro de nível terciário de Fortaleza – CE, no período de fevereiro a maio de 2016, no qual se utilizou questionário sociodemográfico e o *Primary Care Assessment Tool – Versão Criança* para a aferição dos atributos da atenção primária. Dos 120 entrevistados, 46 (38,3%) tinham idade entre 14 e 23 anos, 72(60%) estudaram apenas até o ensino fundamental e 38(31,7%) eram procedentes das regionais 5 e 6 que apresentam o IDH mais baixo. Segundo o diagnóstico da internação 84(70%) tinham pneumonia, 29(24,2%) diarreia, 3(2,5%) asma, 4(3,3%) pneumonia e diarreia, apenas 58(48,3%) crianças frequentam consulta de puericultura de rotina. Referente aos atributos da atenção primária obteve-se avaliação positiva apenas para o atributo Afiliação. As condições de moradia, a idade do cuidador, o nível de escolaridade e a renda familiar apresentam-se como construtores de conceito de vulnerabilidade socioeconômica. A insatisfação com a APS se dá devido aos desencontros entre as necessidades de saúde das crianças e o que é ofertado pelo serviço. Essa população encontra barreiras de acesso, predominância de práticas curativas e individualistas, falta de comunicação adequada entre profissionais e usuários, falta de materiais, elevando o número de ICSAP. O enfermeiro, através da consulta de puericultura, tem uma oportunidade importante de reconhecer situações de risco e agravos, permitindo a realização precoce de medidas que promovam a prevenção, promoção e proteção da saúde da criança.

**Palavras-chave:** Enfermagem. Cuidado da Criança. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária.

## ABSTRACT

Admissions due to conditions sensitive to primary care constitute a set of diagnoses for which the primary care services offer in a timely and effective way would reduce the chances of injuries and hospitalizations, so they are considered an important marker of quality of this level of attention. Another way to evaluate the performance of the primary health care is through the measurement of each attribute through PCATool. The study aimed to characterize the sociodemographic profile of caregivers and hospitalized children for conditions sensitive to primary care (CSPC) and to evaluate the care provided to them in the PHC. This is an evaluative, cross-sectional study with a quantitative approach. Interviews were conducted with 120 caregivers responsible for children up to five years old hospitalized for diarrhea, pneumonia or asthma in two pediatric hospitals, one at the secondary level and another one at the tertiary level in Fortaleza City – CE, from February to May 2016, in which a sociodemographic questionnaire and the Primary Care Assessment Tool – Child Version were used to assess the attributes of Primary Care. From the 120 interviewees, 46 (38,3%) were between 14 and 23 years old, 72 (60%) has only studied until elementary school and 38 (31,7%) came from regional 5 and 6 that have the lowest HDI. According to the hospitalization diagnosis, 84 (70%) had pneumonia, 29 (24,2%) diarrhea, 3 (2,5%) asthma, 4 (3,3%) pneumonia and diarrhea, only 58 (48,3%) children attend routine childcare consultation. Regarding the attributes of primary care, a positive evaluation was obtained only for the Affiliation attribute. Housing, caregiver's age, schooling level and family income conditions are presented as constructors of socioeconomic vulnerability. Dissatisfaction with PHC is due to disagreements between children's health needs and what is offered by the service. This population has access barriers, predominance of curative and individualistic practices, lack of adequate communication between professionals and users, lack of materials, increasing the hospitalization for CSPC's number. The nurse, through the child care consultation, has an important opportunity to recognize situations of risk and aggravation, allowing the early realization of measures that promote the prevention, promotion and protection of children's health.

**Keywords:** Nursing. Child Care. Hospitalizations for Conditions Sensitive to Primary Care.



## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1- Apresentação do diagrama sobre a variação dos atributos na população infantil estudada. Fortaleza, Fev./Mai. 2016. -----36

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                      |    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tabela 1- Características sóciodemográficas dos participantes (acompanhantes). Fev./Mai. 2016, Fortaleza-CE -----    | 31 |
| Tabela 2- Características sócio demográficas dos participantes (crianças) Fev./Mai. 2016, Fortaleza-CE -----         | 33 |
| Tabela 3- Resumo descritivo das variáveis contínuas mensuradas nos participantes. Fev./Mai. 2016, Fortaleza-CE ----- | 33 |
| Tabela 4- Escore médio dos atributos na ferramenta PCATool. Fev./Mai. 2016, Fortaleza-CE -<br>-----                  | 35 |

## SUMÁRIO

|          |                                                                                                                                          |           |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> -----                                                                                                                  | <b>11</b> |
| <b>2</b> | <b>OBJETIVOS</b> -----                                                                                                                   | <b>17</b> |
| 2.1      | Objetivo geral -----                                                                                                                     | 17        |
| 2.2      | Objetivos específicos -----                                                                                                              | 17        |
| <b>3</b> | <b>REVISÃO DE LITERATURA</b> -----                                                                                                       | <b>18</b> |
| 3.1      | Políticas públicas voltadas a saúde da criança -----                                                                                     | 18        |
| 3.2      | Atuação do enfermeiro na atenção primária: cuidado à saúde da criança -----                                                              | 20        |
| 3.3      | Internações por condições sensíveis a atenção primária: gastroenterites e doenças respiratórias e instrumento PCATool -----              | 22        |
| <b>4</b> | <b>METODOLOGIA</b> -----                                                                                                                 | <b>25</b> |
| 4.1      | Tipo de estudo -----                                                                                                                     | 25        |
| 4.2      | Local do estudo -----                                                                                                                    | 25        |
| 4.3      | População e amostra -----                                                                                                                | 26        |
| 4.4      | Instrumentos de coleta de dados -----                                                                                                    | 27        |
| 4.5      | Variáveis de estudos -----                                                                                                               | 28        |
| 4.6      | Procedimento de coleta de dados -----                                                                                                    | 29        |
| 4.7      | Organização e análise de dados -----                                                                                                     | 29        |
| 4.8      | Aspectos éticos -----                                                                                                                    | 30        |
| <b>5</b> | <b>RESULTADOS</b> -----                                                                                                                  | <b>31</b> |
| <b>6</b> | <b>DISCUSSÃO</b> -----                                                                                                                   | <b>37</b> |
| 6.1      | Tecendo considerações sobre os dados sociodemográficos dos cuidadores: panorama do meio social e econômico das crianças internadas ----- | 37        |
| 6.2      | Discutindo sobre os atributos da atenção primária mediante aplicação do instrumento PCATool -----                                        | 45        |
| <b>7</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> -----                                                                                                        | <b>50</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b> -----                                                                                                                 | <b>52</b> |
|          | <b>APÊNDICE A</b> -----                                                                                                                  | <b>60</b> |
|          | <b>APÊNDICE B</b> -----                                                                                                                  | <b>61</b> |
|          | <b>ANEXO A</b> -----                                                                                                                     | <b>62</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

A fase inicial da vida constitui uma das etapas mais importantes para a saúde da criança, pois neste período ocorrem processos vitais no crescimento e desenvolvimento, e é quando começam a descobrir o mundo ao seu redor, adquire experiências e habilidades cada vez mais complexas e elabora valores de referência. A junção desses fatores contribui para a formação do seu desempenho futuro. Por ser esse um período de relevantes modificações, faz-se necessário um acompanhamento cauteloso, visando prevenir ou atenuar possíveis agravos à sua saúde (REICHERT *et al.*, 2012).

Um indicador para saber se esses agravos estão sendo prevenidos é a taxa de mortalidade infantil (TMI), que mede a taxa de sobrevivência das crianças, e reflete as condições sociais, econômicas e ambientais em que elas vivem, incluindo o seu acesso aos cuidados de saúde. As altas taxas de mortalidade infantil ainda são problemas atuais. Em 2015 morreram 5,9 milhões de crianças com menos de cinco anos de idade, sendo 16 000 a cada dia. Ainda nesse ano a taxa de mortalidade de menores de cinco em países de baixa renda foi de 76 mortes por 1000 nascidos vivos, cerca de 11 vezes a taxa média nos países de alta renda ,7 mortes por 1.000 nascidos vivos (WHO, 2015).

As principais causas dessas mortes são: complicações no parto pré-termo que é a primeira causa de morte de menores de cinco anos, representando cerca de 17% de todos os óbito. Seguida por pneumonia, que agora é a segunda principal causa com 15%, em terceiro a asfixia ao nascer com 11% , em quarto a diarreia, que foi a terceira principal causa de 2010, totalizando 9% , em seguida malária, anomalias congênitas e infecções neonatais com 7% cada (WHO, 2015).

Essas taxas de mortalidade infantil (TMI) no Brasil, mantém tendência contínua de queda desde 1990, quando registrava 58 mortes a cada mil nascidos vivos. Nesse mesmo ano, 205 mil crianças com menos de 5 anos morreram no País. Em 2011, de acordo com pesquisa do IBGE, esta TMI foi reduzida para 16,1 óbitos a cada mil nascidos vivos e a taxa de mortalidade na infância, até cinco anos de idade, em 18,7 óbitos por mil nascidos vivos. Nesse ano tiveram 44 mil óbitos, uma redução de 73%, bem maior do que a média global, que foi de pouco mais de 40%. No entanto, se comparados a índices de outros países, o Brasil ainda ocupa uma posição desconfortável em 107<sup>a</sup> na tabela de mortes de crianças (CEARÁ, 2014).

Analisando a realidade no nordeste brasileiro, a situação epidemiológica da mortalidade infantil no Ceará corresponde ao contexto nacional, de redução progressiva, destacando-se, no entanto, a mobilização continuada e ações de governo, que têm tratado a

questão como uma prioridade. A evolução da TMI e seus componentes, no Estado do Ceará, entre 1997 e 2013, mostra uma redução de 57% no período analisado, passando de 31,6 em 1997 para 13,7 óbitos por mil nascidos vivos, no ano de 2013. Nesse mesmo ano foram notificados 1.216 óbitos infantis por causas evitáveis, no Ceará, correspondendo a 71,1% dos óbitos infantis notificados (CEARÁ, 2014).

Segundo dados obtidos no DATASUS, em 2014 tiveram 506 óbitos por causas evitáveis em menores de 5 anos na região metropolitana de Fortaleza, sendo 29 desses óbitos por doenças do aparelho respiratório e cinco por doenças do aparelho digestivo. As principais causas de mortalidade nos menores de 5 anos são as infecções respiratórias (pneumonia e asma) e as doenças diarreicas, apresentando, no entanto, um maior impacto nos países em desenvolvimento, onde as taxas de mortalidade infantil relacionadas a este problema são preocupantes (ANDRADE *et al.*, 2014).

A pneumonia é provocada pela penetração de um agente infeccioso ou irritante (bactérias, vírus, fungos e por reações alérgicas), no espaço alveolar, logo após, se instala nos pulmões e provoca o adoecimento (JUNIOR, 2014). Essa patologia é a principal causa infecciosa de morte em crianças em todo o mundo. Essa doença matou um número estimado de 922 000 crianças com menos de cinco anos de idade em 2015, respondendo por 15% de todas as mortes de crianças menores de cinco anos de idade. No Brasil, o grupo de doenças do aparelho respiratório representa a terceira causa de morte e a principal causa de internação para essa faixa de idade (WHO, 2015; PINA *et al.*, 2015).

Outra importante doença respiratória é a asma. Que é uma doença inflamatória crônica, de natureza heterogênea, muito comum na faixa etária pediátrica. Sendo considerada um problema mundial e acomete cerca de 300 milhões de indivíduos no mundo, 24,3% das crianças em idade escolar. Anualmente ocorrem cerca de 280.000 internações por asma no Brasil, constituindo-se a quarta causa de hospitalizações pelo Sistema Único de Saúde (CAVALCANTE *et al.*, 2010; MATSUNAGA *et al.*, 2015).

Já as doenças diarreicas são a segunda causa de morte entre as crianças menores de 5 anos, sendo responsáveis pela perda da vida de cerca de 1,5 milhão de crianças no mundo. No Brasil, no ano de 2010, mais de 850 crianças morreram em decorrência da diarreia. A suscetibilidade do organismo infantil e o grau de exposição aos enteropatógenos são fatores determinantes para sua ocorrência, que estão essencialmente condicionados pelo acesso a água tratada, saneamento ambiental e estado nutricional da criança, sendo de especial relevância a prática do aleitamento materno (MENEGUESSI *et al.*, 2015).

Em estudo realizado no estado do Paraná no período de 2000 a 2011 com crianças menores de 5 anos, os resultados obtidos indicam que as principais causas de hospitalizações sensíveis foram pneumonia, gastroenterite e asma. (PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015)

Essas patologias citadas fazem parte das doenças prevalentes na infância que consta na estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI), elaborada pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para Infância (Unicef), criada em 1996 com os objetivos de: redução da mortalidade de crianças menores de cinco anos de idade; diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningites, tuberculoses, malária, sarampo e, também, distúrbios nutricionais; garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos, tanto nos serviços de saúde quanto nos domicílios e na comunidade; o fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância (PARANHOS; PINA; MELLO, 2011).

No entanto, apesar de se ter diretrizes governamentais para a atenção à saúde da criança no Brasil, tais como: Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil; Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC); Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI; entre outras, ainda são identificadas lacunas no atendimento na APS que divergem das políticas de saúde indicadas a esse grupo, como o cuidado fragmentado, centrado na patologia e reducionista, ao invés de considerar os diferentes determinantes da saúde (VIERA *et al.*, 2014).

Visando a resolubilidade dessas lacunas e a garantia do pleno desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida foi criada a portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015, que institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Essa política visa promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, objetivando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

A PNAISC é constituída por sete eixos estratégicos, são esses: atenção humanizada e qualificada à gestação, parto, nascimento e recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral; atenção a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de

paz; atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015).

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988 e a publicação da legislação que o regulamentou, houve grandes avanços obtidos em relação às políticas públicas de atenção à saúde. A Constituição Federal estabelece que a saúde é um direito universal e dever do Estado, que deve ser garantida através das políticas sociais e econômicas que reduzam os riscos de doença e outros agravos, além do acesso igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (MOREIRA *et al.*, 2012).

A atenção primária à saúde (APS) é o primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada em complexidade crescente, conforme definido na Constituição Federal de 1988, que criou o SUS. Consiste na atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes, socialmente aceitos e com tecnologias acessíveis a indivíduos e famílias em um custo que as comunidades e o Estado possam suportar, independente de seu estágio de desenvolvimento. É parte integral e essencial do sistema de serviços de saúde, tem função central e constitui-se como o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, sendo o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (GIOVANELLA *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2012).

As ações realizadas na atenção primária à saúde da criança são essenciais para as atividades de prevenção e de intervenção, por ter potencial para detectar precocemente possíveis alterações e diminuir os riscos de morbimortalidade (REICHERT *et al.* 2012).

Visto isso, torna-se imprescindível uma produção rigorosa de conhecimento que possibilite avaliar a qualidade dos cuidados primários prestados à população, principalmente no que tange às características da estrutura, processo de atenção e desfechos em saúde (HARZHEIM *et al.* 2013). Para essa avaliação, destaca-se o instrumento *Primary Care Assessment Tool* (PCATool), criado por Starfield, que conceituou a Atenção Primária à Saúde por meio dos seus atributos que são divididos em essenciais – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, coordenação e integralidade, e derivados – orientação familiar e orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi adotada para operacionalizar a atenção primária no SUS, substituindo as unidades de saúde tradicionais. Embora os dois modelos sejam pautados nos mesmos princípios do SUS, a ESF apresenta fatores determinantes para uma maior efetividade. São esses: especificidades, como delimitação de território e abrangência, adstrição de clientela, ênfase no trabalho multidisciplinar, maior organização da demanda e enfoque familiar da assistência. Esses fatores permitem a equipe de

profissionais conhecer as famílias de sua área de atuação e, dessa forma, conseguir mais facilmente identificar suas limitações e situações de risco, abrindo a possibilidade para elaboração de intervenções direcionadas. Além disso, a conformação da equipe multiprofissional da ESF amplia a atuação sobre os determinantes do processo saúde-doença. A ESF é vista como o modelo ideal de atenção à saúde (CARDOSO *et al.*, 2013).

Dentre as áreas atuais de cuidado à saúde na Estratégia Saúde da Família, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o Programa de Puericultura, onde o enfermeiro pode atuar também como educador. Esse programa tem como propósito acompanhar o crescimento e o desenvolvimento; orientar sobre prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; identificar dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família, procurando esclarecê-las; observar a cobertura vacinal; estimular a prática do aleitamento materno; orientar a introdução da alimentação complementar; e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias (GUBERT *et al.*, 2015).

Esse seguimento prevê um calendário mínimo de consultas à criança propondo sete consultas no primeiro ano de vida, duas no segundo e uma por ano a partir do terceiro ano de vida até a criança completar seis anos de idade (ASSIS *et al.*, 2011).

Tendo em vista que alguns cuidadores apresentam dificuldade de compreensão das informações, cabe ao enfermeiro acolher a criança e seu acompanhante, compreender a extensão do problema que a aflige e propor procedimentos de fácil aplicação e comprovada eficácia. Para isso, torna-se extremamente importante o estabelecimento de um canal de comunicação com as famílias, possibilitando a compreensão das recomendações referentes ao tratamento e os cuidados a serem prestados no domicílio, assim como facilitando a memorização dos sinais indicativos de gravidade que exigem o retorno imediato da criança ao serviço de saúde (PARANHOS; PINA; MELLO, 2011).

Contudo, mesmo com o importante papel do enfermeiro na puericultura e os avanços alcançados através da organização dos serviços de saúde e das políticas públicas em defesa da saúde das crianças, a redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil constitui ainda, um grande desafio no País para os gestores, profissionais de saúde e sociedade, uma vez que mesmo apresentando queda importante na última década, os índices ainda continuam elevados. A situação é agravada ao se reconhecer que a maioria das mortes precoces são por condições que poderiam ser evitadas se os serviços concedidos na atenção primária fossem resolutivos e qualificados (CARETI *et al.* 2016).



No intuito de avaliar o desempenho dessa assistência prestada na atenção primária à saúde, tem-se com as internações por condições sensíveis à atenção primária (ICSAP) um importante marcador de acesso dos serviços de saúde. Essas condições constituem um conjunto de diagnósticos para os quais os serviços de atenção primária oferecidos em tempo oportuno e de forma efetiva diminuiriam as chances de internação (CALDEIRA *et al.*, 2011). Medidas de prevenção e eficiência na assistência, em nível primário, poderiam contribuir para a redução dessas internações e de suas consequências para a criança, além da viabilização dos leitos para patologias de maior complexidade (CARDOSO, 2011).

A partir do exposto emergem as seguintes questões norteadoras: Qual o perfil sociodemográfico das crianças menores de cinco anos, internadas por asma, pneumonia e gastroenterites e seus cuidadores? A presença de saneamento básico, a situação econômica e o grau de escolaridade dos cuidadores podem interferir no bem estar da criança, contribuindo no seu adoecimento? O número de pessoas que residem no mesmo domicílio podem afetar a saúde das crianças levando a uma internação? Qual é a opinião dos usuários acerca da atenção primária à saúde disponibilizada a população infantil?

Para tanto, através desse estudo poderá ser identificado os fatores sociodemográficos relevantes para as condições de saúde das crianças de 0 a 5 anos e compreender quais as influências desses fatores na morbimortalidade infantil, além de compreender se esses fatores interferem na resolubilidade dessas doenças na atenção primária e avaliar a satisfação dos acompanhantes sobre os atributos ofertados as crianças. Visto que o enfermeiro assume um importante papel na área da atenção primária, esse estudo mostra-se relevante por poder gerar nesse profissional o questionamento sobre como estão sendo desenvolvidas suas estratégias de promoção da saúde, principalmente com a população que se encontra mais susceptível ao adoecimento por doenças do sistema respiratório e gastroenterites, podendo assim contribuir para a implementação de uma assistência diferenciada.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

- Conhecer o perfil sociodemográfico dos cuidadores e das crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis à atenção primária, pelo diagnóstico pneumonia e/ou asma ou doenças gastroenterais, em dois hospitais pediátricos de Fortaleza, Ceará.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Associar o perfil sociodemográfico das crianças menores de cinco anos e dos cuidadores a variáveis influenciadoras para ocorrência das internações por diagnóstico de gastroenterites, pneumonia e/ ou asma.
- Avaliar os atributos da atenção primária oferecidos às crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis à atenção primária, pelo diagnóstico de pneumonia e/ou asma ou doenças gastrointestinais no município de Fortaleza.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 Políticas públicas voltadas a saúde da criança

Durante um grande período, as crianças foram tratadas conforme adultos, sem nenhuma consideração pelos aspectos relacionados ao crescimento e desenvolvimento infantil. Foram colocadas no lugar de infante, sem voz, como objetos da esfera doméstica. A infância não era percebida pela família e nem pelo Estado como uma etapa do ciclo vital, com necessidades singulares. Entretanto, no decorrer dos séculos a criança passou a ser vista socialmente, com particularidades significativas que exigiram transformações sociais, econômicas e políticas (ARAÚJO *et al.*, 2014).

Em 1988, a Constituição Federal do Brasil, além de assegurar a saúde como direito de todos e dever do Estado, refere-se ao acesso universal e igualitário de todos os cidadãos por meio de ações e serviços de saúde integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada de acordo com as diretrizes de: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BARRIOS *et al.*, 2011).

Dois anos depois, em 1990, as leis orgânicas da saúde, Lei nº 8080/90 e Lei nº 8142/90, estruturam a operacionalização do SUS, fortalecendo os princípios de universalização, integridade, equidade e participação social, bem como a organização por meio da descentralização, possibilitando a construção de responsabilidade por parte dos municípios, para a organização e gestão do sistema local de saúde, sendo que, entre essas leis, a primeira é realçada por se direcionar para a organização e funcionamento dos serviços e a segunda para transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, bem como para a participação da comunidade na gestão do SUS (ANDRADE, 2012).

A partir disso, todos os níveis de atenção devem seguir esses princípios. Uma sociedade que apresenta um serviço sólido de Atenção Primária à Saúde (APS) apresenta sistemas de saúde eficientes, qualitativos e equitativos para atender a toda população, incluindo as crianças. Então, compreende-se que a APS deve ser a porta de entrada principal para o cuidado à saúde da criança, esgotando todas as possibilidades de atenção à saúde antes de encaminhá-las a outras esferas de atenção. Contudo, é fundamental que estas portas permaneçam abertas às famílias, para que não encontrem barreiras aos atendimentos, sejam, geográficas, financeiras, culturais, políticas, físicas, organizacionais e de linguagem (SILVA; VIERA, 2014).

Almejando a melhor organização da APS, em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) que de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2012).

Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde (MS). Em 1990 o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) assegurou legalmente a cidadania como um direito da criança e, a sua promoção, como um dever do Estado e da sociedade. Na esfera da saúde, foi determinado que, além de um atendimento igualitário a criança deve ser tratada em sua individualidade. Nesse contexto, muitas ações vêm sendo realizadas pelo Ministério da Saúde, com o intuito de aumentar o acesso, diminuir a mortalidade infantil, melhorar a qualidade e humanizar a assistência prestada a criança, dentre as quais se destaca, o PAISC, a AIDPI, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, a PNAISC, com o objetivo de mudança do modelo de atenção, até então de caráter eminentemente assistencialista, curativo, médico-centrado, medicalizante e hospitalocêntrico (CUNHA, 2012).

Visando enfrentar os fatores condicionantes e determinantes da mortalidade infantil, o Ministério da Saúde intensificou, a partir de 1984, sua atuação na promoção da saúde dos menores de 5 anos, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). Esse programa objetiva promover a saúde da criança de forma integral, dando prioridade ao atendimento de crianças pertencentes a grupos de risco, melhorando a qualidade do atendimento (BRASIL, 2002).

Outra estratégia importante que tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância, é a AIDPI. A estratégia se alicerça em três pilares básicos: capacitação de recursos humanos no nível primário de atenção, com a consequente melhoria da qualidade da assistência prestada; reorganização dos serviços de saúde, na perspectiva da AIDPI; e educação em saúde, na família e na comunidade, de modo que haja uma participação de todos na identificação, condução e resolução dos problemas de saúde dessa família, especialmente os menores de 5 anos de idade (BRASIL, 2002).

Já em 2004, foi criada a “Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil”, que tem por finalidade apoiar a organização da

assistência à população infantil possibilitando aos gestores e profissionais de saúde o reconhecimento de ações prioritárias para a saúde da criança. Propõe a definição de diretrizes para identificação das linhas de cuidado integral que devem constar no cardápio básico para o funcionamento adequado dos serviços e de toda a rede de ações de saúde da criança no nível local, de maneira a prover respostas mais satisfatórias para esta população (BRASIL, 2004).

Por último, foi criada em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que se estrutura em sete eixos estratégicos, e tem como finalidade orientar e qualificar ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2015).

Apesar dos avanços alcançados com essas ações já citadas, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para assegurar às crianças brasileiras o direito integral à saúde, como assumido em nossas leis. Os índices de mortalidade infantil embora bastante reduzidos na última década ainda são altos. Na maioria dos casos, os óbitos poderiam ser evitados se as crianças fossem encaminhadas para um serviço de saúde qualificado, com uma equipe profissional preparada para atender com eficiência e agilidade (BRASIL, 2004).

### **3.2 Atuações do enfermeiro na atenção primária: cuidado à saúde da criança**

A consulta de enfermagem à criança tem o objetivo de prestar assistência sistematizada de enfermagem, buscar os problemas de saúde-doença e a partir dos resultados avalia e executa cuidados que contribuam para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde. Sua realização envolve uma sequência sistematizada de ações, que vai do histórico de enfermagem ao exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem e avaliação da consulta. Está prevista na Lei n.º 7.498/86, que a consulta de enfermagem é ato privativo do enfermeiro. Nela, o enfermeiro é capaz de dar respostas às complexidades do indivíduo, com base em um saber acumulado de disciplinas que desvendam também relações humanas. A prestação dessa assistência realizada pelo profissional de enfermagem, tanto para a criança sadia quanto para aquela que se encontra hospitalizada, é em muitos casos o primeiro contato com o cliente para que sejam identificados seus problemas de saúde (PEREIRA; FERREIA, 2014).

Por isso é de grande relevância o papel do enfermeiro nos cuidados à saúde da criança, especialmente nos serviços de atenção primária, pois possibilita o melhor acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, visto ser essa uma ação fundamental para se obter melhor qualidade de vida para a população infantil (REICHERT *et al.*, 2012).

Sendo, a consulta de puericultura um campo rico, onde o enfermeiro desempenha seu importante papel na atenção à saúde da criança, por meio da detecção precoce de problemas de saúde e prescrição de cuidados, além de realizar ações interventivas que contribuem para a melhoria da qualidade do atendimento prestado a esse grupo etário, fortalecendo a assistência para que se reduzam índices de morbidade e mortalidade na região e no município onde atua. Tal profissional desenvolve suas atribuições quando: realiza consultas; orienta, treina e define funções para a equipe de enfermagem; supervisiona as atividades; realiza visitas domiciliares às crianças de risco; desenvolve ações educativas fornecendo informações às mães; identifica a situação de saúde da criança relacionando-a às suas condições de vida e considerando suas características biopsicossociais (SOUZA *et al.*, 2013).

A puericultura efetiva-se pelo acompanhamento periódico (uma consulta até 15 dias de vida, consultas com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, totalizando assim, sete consultas no primeiro ano e meio de vida) e sistemático das crianças para avaliar seu crescimento e desenvolvimento. Onde o enfermeiro tem como atribuição: realizar exames físicos; agendar a primeira consulta com o pediatra e demais quando forem identificados riscos de agravos à saúde; verificar e administrar vacinas conforme o calendário básico de vacinação; orientar às mães sobre a prevenção de acidentes, aleitamento materno exclusivo até 6 meses, alimentação complementar após o sexto mês, higiene individual e ambiental e, também, identificar dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família que participam das consultas procurando esclarecê-las, com vista à intervenção efetiva e apropriada (CAMPOS *et al.*, 2011; VIEIRA *et al.*, 2012).

Dentro desta perspectiva, o enfermeiro, por meio das revisões periódicas, desempenha seu trabalho com ações clínicas e uma concepção epidemiológica e social, relacionando-as intimamente com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade (VIEIRA *et al.*, 2012).

Sabe-se que essa consulta é capaz de promover mudanças individuais e coletivas, tanto no que se refere à prevenção de doenças como à promoção e recuperação da saúde, essas mudanças envolvem à criança e seus familiares, repercutindo na melhoria dos dados epidemiológicos (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Na puericultura, os enfermeiros investem bastante tempo nas ações de educação em saúde para os pacientes. Sendo uma importante ferramenta para o cuidado clínico à criança. A enfermagem apresenta na ação educativa um de seus principais eixos norteadores nos vários espaços de realização de sua prática, especialmente nos serviços de atenção primária à saúde (APS). Associando cuidados e ações educativas torna-se possível compartilhar práticas e saberes em uma relação horizontalizada, em que o enfermeiro exerce seu papel de cuidador e educador, agregando ao seu saber-fazer o saber-fazer popular (GUERREIRO *et al.*, 2014).

Ao reconhecer o valor das ações educativas, menciona-se o fato de que promoção da saúde é um processo onde deve haver a capacitação e inclusão da comunidade para que essa possa atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, participando ativamente no controle desse processo. Para que seja efetivo, deve-se repensar sob a perspectiva da participação social, compreender que as reais práticas somente apresentam lugar entre sujeitos sociais e considerar a educação em saúde como estratégia para a constituição de indivíduos que se movimentam em direção a um projeto de vida libertador (VASCONCELOS *et al.*, 2012).

### **3.3 Internações por condições sensíveis à atenção primária: gastroenterites e doenças respiratórias e o Instrumento PCATool**

O conceito de condições sensíveis à atenção primária teve origem nos Estados Unidos no início da década de 1990 com os indicadores “ambulatory care sensitive conditions” e “avoidable hospitalizations”, e posteriormente passou a ser usado em outros países, como no Canadá, na Europa, na Espanha. Utilizado como instrumento de avaliação da atenção oferecida a populações com baixos níveis socioeconômicos como marcador de qualidade dos cuidados primários e na avaliação do acesso aos serviços de saúde. Patologias que apresentem alta prevalência, considerável impacto na morbimortalidade e passíveis de tratamento e prevenção ambulatorial têm sido consideradas objeto de intervenção prioritária na atenção primária à saúde e pertinentes ao conceito de condição sensível a esse nível de atenção (RODRIGUES-BASTOS *et al.*, 2014).

Diversos estudos têm apontado que as internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CSAP) são um importante marcador de qualidade do acesso aos serviços de saúde e da capacidade resolutiva deste nível de atenção. Essas condições constituem um conjunto de diagnósticos para os quais os serviços de atenção primária oferecidos em tempo oportuno e de forma efetiva diminuiriam as chances de agravos e internações. São diversas as ações que o enfermeiro pode realizar na atenção primária à saúde que podem ajudar a reduzir os índices dessas internações na área da saúde infantil. Entre elas: a prevenção de algumas

doenças que podem ser alcançadas através das vacinas; o tratamento oportuno de agravos agudos, a exemplo das gastroenterites, que pode evitar as complicações da doença e o adequado controle de doenças crônicas, como a asma, que também podem reduzir as hospitalizações (CALDEIRA *et al.*, 2011).

Considerando os altos índices de internações por ICSAP e a necessidade de indicadores para avaliar a qualidade da assistência e resolutividade dos serviços de saúde, foi criada em 2008 pelo Ministério da Saúde, a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária, que constitui uma relação de diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças CID-10, organizada em 19 grupos, está incluso as doenças preveníveis por imunização e condições sensíveis, tais como: gastroenterites infecciosas e complicações, anemia, deficiências nutricionais, infecções de ouvido, nariz e garganta, pneumonias bacterianas, asma, doenças das vias aéreas inferiores, infecção do rim e trato urinário, infecção da pele e tecido subcutâneo (SANTOS *et al.*, 2015; PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015).

Estudo realizado nos Estados Unidos mostrou que as principais causas evitáveis de internações foram pneumonias, infecções da pele, gastroenterites e asma. Entretanto, em estudos nacionais sobre fatores de risco para hospitalizações em crianças, os registros dos principais diagnósticos mostram que as pneumonias e as gastroenterites, foram as mais prevalentes dentre as consideradas causas evitáveis de internações (CALDEIRA *et al.*, 2011).

Em pesquisa realizada no estado de Cuiabá, constatou-se que as principais causas de hospitalização por causas evitáveis foram por pneumonias bacterianas, doenças pulmonares, gastroenterites infecciosas e complicações. No período em estudo (2007 a 2011), registraram-se 16.156 hospitalizações de crianças menores de cinco anos. Do total de internações, 6.258 (38,7%) foram por CSAP e 9.898 (61,3%) por não CSAP (SANTOS, 2015).

Como já vimos, as ICSAP são também utilizadas para avaliar o desempenho da rede de assistência, para isso são utilizados indicadores de saúde que buscam identificar características de difícil investigação direta, descrevendo, por exemplo, o perfil epidemiológico de uma região, de modo a promover melhor adequação entre gestão, uso de recursos e qualidade do atendimento (CARDOSO *et al.*, 2013).

Outra forma de avaliar o desempenho da APS é através da mensuração de cada atributo. Starfild (2002) caracteriza os serviços de atenção a partir da presença de sete atributos, que estão associados à qualidade, à efetividade e à eficiência de suas intervenções. São divididos em: acesso, longitudinalidade, integralidade da atenção, coordenação da atenção –



considerados atributos essenciais; atenção à saúde centrada na família, orientação para a comunidade e competência cultural – como atributos derivados.

A mesma autoria criou um instrumento denominado *Primary Care Assessment Tool (PCATool)*, que possibilita a avaliar de forma quantitativa cada atributo da APS e apresenta, originalmente, versões autoaplicáveis destinadas a crianças (PCATool versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde. Esse instrumento foi adaptado e validado para a realidade brasileira, denominando-se *PCATool-Brasil* (BRASIL, 2010).

Em estudo que utilizam esse mesmo instrumento para a avaliação dos atributos da APS, nota-se bastante diferenças nos resultados referentes a cada atributo e na avaliação dos usuários comparada a avaliação dos profissionais. Como em pesquisa realizada por Araújo (2015), sobre o processo de cuidado integral à saúde da criança, onde observou-se clara insatisfação na avaliação dos usuários, porém resultado diferente foi encontrado na avaliação dos profissionais de saúde. Nesse estudo foram identificados fragilidades no acesso aos cuidados disponíveis, na coordenação do cuidado e na integralidade.

A constante avaliação dos serviços de saúde na rede básica é um dos fundamentos que compõe a APS. Neste sentido, considera-se que os resultados encontrados em estudos de avaliação da APS em todas as esferas de atendimento da rede básica contribuem significativamente para a busca de melhorias (OLIVEIRA, 2015).

Assim, conhecer as causas sensíveis e o seu impacto nas internações de crianças menores de cinco anos e avaliar cada atributo de forma individual, segundo as regionais de um estado, favorece a identificação dos efeitos das ações da Atenção Primária a Saúde e contribui para que a equipe multiprofissional possa conhecer as fragilidades e a partir disso direcionar o planejamento de intervenções nas localidades que podem, de fato, contribuir para a redução das internações evitáveis nessa população (PREZOTTO; CHAVES; MATHIAS, 2015).

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1. Tipo de estudo**

Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa. Nesse tipo de estudo as variáveis são medidas em momento único, sem período de segmento e fornecem informações descritivas sobre prevalência, isto é, a proporção que tem a doença ou condição clínica em um determinado momento (HULLEY *et al.*, 2015).

Pode-se destacar como vantagens para este tipo de estudo o baixo custo, simplicidade analítica, alto potencial descritivo além de ser possível realizar a coleta rapidamente acompanhada de facilidade na representatividade de uma população (SITTA *et al.*, 2010).

Nos estudos de natureza quantitativa, o pesquisador direciona a pesquisa partindo do seu ponto inicial, que é a questão norteadora, para o ponto final, à obtenção de uma resposta. Para tanto, o pesquisador utiliza estratégias para coletar sistematicamente as informações e ferramentas estatísticas para a análise dos dados (ANDRADE, 2013).

Esse estudo fez parte de um estudo maior, uma dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, intitulado avaliação da atenção primária à saúde sob a ótica das internações por condições sensíveis na população infantil: doenças gastrointestinais e respiratórias, que tem como objetivo avaliar os atributos da atenção primária oferecidos às crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis à atenção primária, pelo diagnóstico de pneumonia e/ou asma ou doenças gastrointestinais no município de Fortaleza.

### **4.2. Local do estudo**

O estudo foi realizado em Fortaleza, capital do estado do Ceará, situado na região Nordeste do país. Possui área territorial de 314,930 km<sup>2</sup> e uma população de 2.591.188 habitantes estimado pelo Instituto Brasileiro de Estatística e Geografia (IBGE) em 2015. É a maior cidade do Ceará em população e a quinta do Brasil. Fortaleza está dividida em 6 Secretarias Executivas Regionais (SERs) que abrangem toda a capital.

Para a realização do estudo foram escolhidos dois hospitais pediátricos, um de nível terciário e outro de nível secundário. São eles: Hospital Infantil Albert Sabin- HIAS e Centro de Assistência à criança Dra. Lúcia de Fátima- Croa. Sendo essas instituições as que mais recebem internações na capital Fortaleza, incluindo pacientes do interior do estado.

O Hospital Infantil Albert Sabin (Hias) é um órgão da administração pública estadual, subordinado à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, que tem como missão: “prestar assistência terciária à criança e ao adolescente, de forma segura e humanizada, sendo instituição de ensino e pesquisa.” Atualmente, o Albert Sabin é o único hospital infantil terciário do Estado que é referência no atendimento a crianças e adolescentes com doenças graves e de alta complexidade e reconhecido como instituição de ensino e pesquisa. Conta com emergência clínica, ambulatório com 28 especialidades médicas, unidades de terapia intensiva e neonatais de médio e alto risco, centro cirúrgico (cabeça e pescoço, pediatria geral, plástica, torácica, urológica, gastroenterologia, oncologia e neurocirurgia), laboratórios clínico e de imagem, além de um centro especializado em tratamento e serviço de diagnóstico do câncer. O Hospital dispõe de 310 leitos, sendo 306 de internação, 4 do Hospital Dia e 41 de UTIs, 14 serviços técnicos de diagnóstico e terapia. É considerado o mais moderno das unidades de pediatria do Sistema Único de Saúde (SUS) no Nordeste.

Já o Centro de Assistência à criança Dra. Lúcia de Fátima- Croa é o hospital mantido pela Prefeitura de Fortaleza para atendimento exclusivamente infantil, recebendo crianças de um mês até 14 anos. Referência para o tratamento de doenças epidérmicas (de pele), entéricas (que afetam o aparelho digestivo) e respiratórias, como asma, rinite, pneumonias e rinofaringites, a unidade é sede do Programa de Atenção Integral a Criança com Asma (Proaica). Além disso, mantém um setor de urgência e emergência aberto 24 horas com pronto atendimento e pronto socorro especializado e 30 leitos de pediatria clínica para internações.

#### **4.3 População e Amostra**

A população foi composta por crianças internadas nos hospitais descritos anteriormente, com diagnóstico de diarreia, pneumonia e asma. Doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - Décima Revisão (CID-10).

Como critérios de inclusão foram definidos: Crianças até 5 anos de idade- 4anos, 11 meses e 29 dias e que tivessem recebido atendimento em unidade de Atenção Primária a Saúde do interior ou capital nos últimos 12 meses, segundo recomendações do *PCATool versão criança*. Os critérios de exclusão foram: crianças com pais que apresentassem algum tipo de deficiência cognitiva ou limitação na comunicação.

Para seleção da amostra foram consideradas aquelas crianças que corresponderam aos critérios de inclusão propostos e que contaram com a participação dos pais ou responsáveis

durante a internação para responder o instrumento *PCATool* versão criança e o questionário sociodemográfico.

Para tal utilizou-se a fórmula a seguir, empregada em estudos transversais para populações finitas. Fixou-se um nível de confiança de 95% e um erro amostral relativo de 8%.

$$n = \frac{Z^2 \times P \times Q \times N}{e^2 \times (N-1) + Z^2 \times P \times Q}$$

Devido ao fato de serem disponibilizados pelas instituições hospitalares dados incipientes sobre o grupo de interesse no estudo, utilizaram-se dados dos referidos hospitais em relação à média trimestral de internações dos diagnósticos de interesse na faixa etária pré-estabelecida para perfazer os cálculos acima. Foi realizada amostragem não probabilística por conveniência (consecutiva). Então as crianças já internadas nos hospitais selecionados na pesquisa e diagnosticadas com pneumonia, asma ou diarreia seriam incluídas no estudo por conveniência até completar o número de sujeitos indicados pelo cálculo amostral. Logo, ao final foram incluídas 80 crianças do HIAS e 40 do Croa.

#### 4.4 Instrumentos de coleta de dados

Foram aplicados os seguintes instrumentos: Instrumento Avaliação da Atenção Primária- *PCATool-Brasil* (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) versão Criança (ANEXO A) e questionário acerca das variáveis sociodemográficas e de vínculo com a Atenção Primária (APÊNDICE B). Inicialmente foi realizado teste piloto a fim de calibrar e adequar o instrumento e abordagem do estudo.

O *PCATool-Brasil* (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) versão Criança advém de um conjunto de escores de cada atributo da APS, gerando um escore global que define o grau de orientação do serviço ou sistema de saúde à APS (BRASIL, 2010a). A versão criança validada para o país é composta por 55 perguntas para aferição dos atributos da APS assim distribuídos: seis para acesso de primeiro contato, 14 para continuidade ou longitudinalidade, oito para coordenação, 14 para integralidade, três para orientação familiar, quatro para orientação comunitária e, outras três perguntas que medem o grau de afiliação ao serviço de saúde (BRASIL, 2010a).

O *PCATool-infantil* permite medir a presença e extensão dos atributos dos serviços de Atenção Primária às crianças e o grau de afiliação do usuário com o serviço de saúde. Segundo o modelo de Likert, para cada afirmação acerca das práticas de atendimento no serviço, o respondente escolhe uma dentre as seguintes alternativas: com certeza sim;

provavelmente sim; provavelmente não; com certeza não; e não sei/não lembro. Para cada alternativa o instrumento confere uma pontuação (4, 3, 2, 1 e 0, respectivamente), cuja somatória é transformada em escore mediante cálculos estatísticos definidos no manual do PCA-Tool (BRASIL, 2010b).

Para interpretação das respostas individuais dos entrevistados em relação a cada questão, considerou-se, nesse estudo, as alternativas “*com certeza não*”, “*provavelmente não*” e “*não sei*” como negativas ou desfavoráveis, e “*com certeza sim*” e “*provavelmente sim*” como positivas ou favoráveis.

No instrumento, há identificação de elementos de estrutura da APS, que abrangem a acessibilidade, entendida como a capacidade de produzir serviços e responder às necessidades de saúde de uma população; a amplitude de serviços ofertados, relacionada à disponibilidade das ações aos usuários; a definição da população assistida, que concerne à adscrição das famílias às unidades com APS; e, a continuidade dos cuidados, entendida como o aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e a utilização dos serviços ao longo do tempo. Igualmente avalia elementos de processo desse nível de atenção, que incluem os padrões de utilização dos serviços, exemplificados pela questão do profissional que o indivíduo habitualmente recorre na unidade de atenção, e o reconhecimento dos problemas e transtornos de saúde dos indivíduos, pelo levantamento de algumas afecções (BRASIL, 2010a).

#### 4.5 Variáveis de estudo

As variáveis preditoras analisadas foram os dados sociodemográficos selecionados para a caracterização dos entrevistados, que incluem: o grau de parentesco com a criança, sexo, idade, renda, grau de escolaridade, estado civil, raça, condições de moradia; e para as crianças que abrangem: sexo, idade, raça, se recebe auxílio do governo, atendimentos anteriores na atenção primária.

O outro conjunto de variáveis preditoras foram os atributos da APS:

- *Atributos Essenciais*, representados por: Grau de Afiliação, Utilização-Acesso de Primeiro Contato, Acessibilidade-Acesso de Primeiro Contato, Longitudinalidade, Integração de Cuidados-Coordenação, Sistema de Informação-Coordenação, Serviços Disponíveis-Integralidade, Serviços Prestados-Integralidade, e
- *Atributos Derivados*, expressos por: Orientação Familiar e Orientação Comunitária.

As variáveis de desfecho avaliadas foram os escores satisfatórios ou insatisfatórios presentes no estudo.

#### **4.6 Procedimentos de coleta de dados**

As entrevistas foram conduzidas nos hospitais selecionados por entrevistadores treinados pelos pesquisadores, utilizando-se o Procedimento Operacional Padrão (POP) contendo a Escala – *PCATool – Primary Care Assessment Tool* (ANEXO A); Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE A); Questionário Sociodemográfico – (APÊNDICE B).

O instrumento foi aplicado por alunos da graduação de enfermagem, previamente capacitados a fim de ter total domínio no manejo e aplicação do instrumento. Priorizou-se um local silencioso e de privacidade para aplicação do instrumento, garantindo um ambiente acolhedor para a mãe e/ ou responsável.

#### **4.7 Organização e análise de dados**

Inicialmente foi criado banco de dados no programa Excel com digitação dos dados os quais foram organizados e agrupados de acordo com os blocos de perguntas dos instrumentos utilizados na coleta de dados: atributos da APS (Grau de Afiliação, Acesso de Primeiro Contato-Acessibilidade e Utilização, Longitudinalidade, Coordenação-Integração de Cuidados e Sistema de Informação, Integralidade-Serviços Disponíveis e Serviços Ofertados e Orientação-Familiar e Comunitária), características sociodemográficas dos cuidadores (idade, sexo, grau de parentesco, estado civil, grau de escolaridade, raça/cor) e das crianças (idade, sexo e raça/cor). Em seguida foram transcritos para o programa SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 20, para a execução do processamento e a submissão das análises.

Em seguida foram calculados os escores dos atributos de acordo com as instruções presentes no Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*Primary Care Assessment tool-PCAtool*) (BRASIL, 2010a) para cada entrevista realizada. Os escores finais foram dados pela média das respostas das entrevistas. Por sua vez, esses escores, apresentados em escala Likert com intervalo de 1 a 4, foram convertidos em uma escala de 0 a 10, também em conformidade com as normas citadas, com o objetivo de facilitar a interpretação da grandeza dos valores.

Como não há no referido documento a definição de parâmetros para a interpretação dos valores da escala Likert ou do intervalo de 0 a 10, para o status dos atributos e dos escores obtidos, tomou-se como referência os valores estabelecidos no instrumento original, os quais

foram utilizados em estudos realizados com a aplicação do PCATool, conforme descrito a seguir:

- Escores  $> 6,6$  e atributos equivalentes ao valor três ou mais na escala Likert, serão considerados elevados;
- Escores  $< 6,6$  e atributos correspondentes a valores inferiores a três na escala Likert, foram classificados baixos (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2012).

Para melhor entender o fenômeno de estudo, recorreremos da análise descritiva de tabelas e gráficos, a fim de encontrar possíveis padrões nos dados coletados, além de facilitar o resumo do estudo.

#### **4.8 Aspectos Éticos**

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob o parecer de número 1.292.581, seguindo as orientações da Resolução 466/12, outorgada pelo decreto nº 93.933/87 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça. Ressaltando-se a assinatura (ou digitais) do TCLE (APÊNDICE A) de todos os participantes do estudo, sendo-lhes garantido o anonimato, a liberdade de continuar ou não participando da pesquisa em questão e o esclarecimento sobre a relevância de sua participação para a o incremento do conhecimento em uma área ainda incipiente.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Características dos cuidadores e crianças participantes do estudo

A faixa etária predominante das 120 acompanhantes que participaram desse estudo foi entre 14 e 23 anos (38,3%), seguida das com 29 anos ou mais (35%), com uma média de 27,43 anos. Com relação ao estado civil, a grande maioria era casada/união consensual (70,8%). No que tange a escolaridade, 60% deles informaram ter estudado até o ensino fundamental. Apenas 33,3% apresentam emprego formal/informal e a maioria era do lar (58,3%). Quanto a procedência dos acompanhantes e suas crianças, foi observado que 31,7% eram da regionais V e VI de Fortaleza.

Verifica-se, que de um modo geral, as famílias apresentam baixa condição socioeconômica, pois cerca de 73,4% possuía renda familiar de até um salário mínimo mensal. Desses, 75 (62,5%) informaram que recebiam auxílio do Programa Bolsa Família. No que diz respeito a moradia, verificou-se que a maioria da amostra mora em residências com 2 a 4 pessoas (56,7%), com média de 4,67 pessoas, conforme pode ser observado na tabela 1.

Tabela 1: Características sócio-demográficas dos participantes (acompanhantes).  
Fev/Mai 2016, Fortaleza-CE

| <b>Variável N=120</b>        | <b>N</b> | <b>%</b> |
|------------------------------|----------|----------|
| <b>Idade (Mãe/Cuidador):</b> |          |          |
| 14 – 23                      | 46       | 38,3     |
| 24 – 28                      | 32       | 26,7     |
| 29+                          | 42       | 35,0     |
| <b>Procedência</b>           |          |          |
| Regionais 1 e 2              | 7        | 5,8      |
| Regional 3                   | 24       | 20,0     |
| Regional 4                   | 20       | 16,7     |
| Regionais 5 e 6              | 38       | 31,7     |
| Região metropolitana         | 15       | 12,5     |
| Interior do estado do Ceará  | 16       | 13,3     |
| <b>Escolaridade</b>          |          |          |
| Fundamental                  | 72       | 60,0     |
| Médio                        | 48       | 40,0     |



|                                                 |    |      |
|-------------------------------------------------|----|------|
| <b>Estado civil:</b>                            |    |      |
| Casada/ União consensual                        | 85 | 70,8 |
| Solteira /Divorciada                            | 35 | 29,2 |
| <b>Ocupação:</b>                                |    |      |
| Sem informação                                  | 2  | 1,7  |
| Do lar                                          | 70 | 58,3 |
| Emprego Formal ou Informal                      | 40 | 33,3 |
| Estudante                                       | 8  | 6,7  |
| <b>Quantas pessoas moram na residência?</b>     |    |      |
| 2 a 4                                           | 68 | 56,7 |
| 5+                                              | 52 | 43,3 |
| <b>Tem benefício do programa bolsa família?</b> |    |      |
| Não                                             | 45 | 37,5 |
| Sim                                             | 75 | 62,5 |
| <b>Renda familiar:</b>                          |    |      |
| Menos de um salário mínimo                      | 26 | 21,7 |
| Um salário mínimo                               | 62 | 51,7 |
| Dois salários                                   | 32 | 26,7 |
| <b>Número de cômodos na casa:</b>               |    |      |
| de 1 a 3                                        | 23 | 19,2 |
| de 3 a 5                                        | 61 | 50,8 |
| mais que 5                                      | 36 | 30,0 |

Fonte: Dados gerados pelo autor

Na Tabela 2, percebe-se que a faixa etária predominante entre as crianças foi entre 14 e 25 meses (34,2%) e a média de idade foi de 23,67 meses, variando de 3 a 64 meses. Destas crianças, a maioria nasceu a termo (86,7%) e apenas 60 crianças (50%) receberam aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.

No que se refere as patologias, observou-se o predomínio de Pneumonia, com 84 casos (70%), seguida de Diarreia com 29 casos (24,2%). Em relação a assistência e aos cuidados de saúde verificou-se que 51,7% das crianças não frequentam consultas de puericultura de rotina. Dentre estas, 24 (47,1%) frequentaram de 0 a 6 meses e apenas 11(21,6%) de 13 a 36 meses.

Acerca do tempo que as crianças frequentaram a puericultura obteve-se uma média de 10,43 meses de idade. Constatou-se nos dados sobre a categoria que realizou as consultas que 40% foram realizadas apenas por enfermeiro e 29,2% por enfermeiro e médico.

Com relação as informações sobre medidas de prevenção contra essas doenças, 15,8% das acompanhantes nunca haviam recebido informações sobre as doenças diarreicas e 55% nunca haviam recebido informações a respeito de pneumonia e asma.

Sobre à atualização do cartão de vacina, observou-se que 24,2% não informaram e dentre os que informaram, 55% das crianças apresentaram esquema vacinal completo. Apenas 30 crianças (25%) receberam o esquema completo da vacina contra o rotavírus humano (VORH). Um total de 67 (55,8%) crianças foram imunizadas com a vacina Pneumocócica 10 valente, destas, 34 (28,3%) tomaram 4 doses, referentes ao novo calendário de vacinas, o restante tomou 3 doses. Quanto a vacina contra a Influenza A, 43,3% tomaram até 2 doses e 11,7% mais de 3 doses. No presente estudo, 51 crianças (42,5%) frequentavam creches/escola.

Tabela 2: Características sócio demográficas dos participantes (crianças) Fev/Mai 2016, Fortaleza-CE

| <b>Variável N=120</b>                                                             | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|
| <b>A criança nasceu prematura?</b>                                                |          |          |
| Não                                                                               | 104      | 86,7     |
| Sim                                                                               | 16       | 13,3     |
| <b>Você Amamentou exclusivamente seu filho por quanto tempo?</b>                  |          |          |
| Até 1 mês                                                                         | 21       | 17,5     |
| Até 6 meses                                                                       | 60       | 50,0     |
| Entre 2 e 4 meses                                                                 | 39       | 32,5     |
| <b>A criança frequenta a Puericultura de rotina?</b>                              |          |          |
| NÃO                                                                               | 62       | 51,7     |
| SIM                                                                               | 58       | 48,3     |
| <b>Se não, porém já frequentou a Puericultura, até que idade o fez? (M=meses)</b> |          |          |
| 0 a 6 meses                                                                       | 24       | 47,1     |
| 7 a 12 meses                                                                      | 16       | 31,4     |
| 13 a 36 meses                                                                     | 11       | 21,6     |
| <b>Que categoria de profissional a realiza/realizava este tipo de consulta?</b>   |          |          |
| Enfemeiro(a) apenas                                                               | 48       | 40,0     |
| Enfemeiro(a) e Médico(a)                                                          | 35       | 29,2     |
| Médico(a) apenas                                                                  | 23       | 19,2     |
| Não se aplica                                                                     | 14       | 11,7     |
| <b>A criança frequenta creche/escola</b>                                          |          |          |
| NÃO                                                                               | 69       | 57,5     |
| SIM                                                                               | 51       | 42,5     |
| <b>Diagnóstico da internação atual:</b>                                           |          |          |
| Asma                                                                              | 3        | 2,5      |
| Diarréia                                                                          | 29       | 24,2     |
| Diarréia/Pneumonia                                                                | 4        | 3,3      |
| Pneumonia                                                                         | 84       | 70,0     |
| <b>O seu filho recebeu a vacina contra o Rotavírus?</b>                           |          |          |
| Sem informação                                                                    | 87       | 72,5     |
| NÃO                                                                               | 3        | 2,5      |
| SIM                                                                               | 30       | 25,0     |

|                                                                                                                               |    |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| <b>Se sim, quantas doses?</b>                                                                                                 |    |       |
| 2                                                                                                                             | 30 | 100,0 |
| <b>Você já recebeu alguma informação sobre a prevenção da diarreia?</b>                                                       |    |       |
| Sem informação                                                                                                                | 87 | 72,5  |
| NÃO                                                                                                                           | 19 | 15,8  |
| SIM                                                                                                                           | 14 | 11,7  |
| <b>O cartão de vacina encontra-se atualizado?</b>                                                                             |    |       |
| Sem informação                                                                                                                | 29 | 24,2  |
| NÃO                                                                                                                           | 25 | 20,8  |
| SIM                                                                                                                           | 66 | 55,0  |
| <b>A criança recebeu quantas doses da vacina contra influenza? ( Apenas em campanha)</b>                                      |    |       |
| Sem informação                                                                                                                | 54 | 45,0  |
| Até 2 doses                                                                                                                   | 52 | 43,3  |
| Mais do que 3                                                                                                                 | 14 | 11,7  |
| <b>A criança recebeu quantas doses da pneumocócica 10-valente? ( Calendário antigo- 2,4,6 e 12. Calendário novo 2,4 e 12)</b> |    |       |
| Sem informação                                                                                                                | 53 | 44,2  |
| Até 3 doses                                                                                                                   | 33 | 27,5  |
| 4 doses                                                                                                                       | 34 | 28,3  |
| <b>Você já recebeu alguma informação sobre a prevenção da pneumonia/asma?</b>                                                 |    |       |
| Sem informação                                                                                                                | 28 | 23,3  |
| NÃO                                                                                                                           | 66 | 55,0  |
| SIM                                                                                                                           | 26 | 21,7  |
| <b>Idade da Criança (M=Meses)</b>                                                                                             |    |       |
| 3 – 13                                                                                                                        | 39 | 32,5  |
| 14 – 25                                                                                                                       | 41 | 34,2  |
| 26+                                                                                                                           | 40 | 33,3  |

Fonte: Dados gerados pelo autor

Tabela 3: Resumo descritivo das variáveis contínuas mensuradas nos participantes. Fev/Mai 2016, Fortaleza-CE

| Variável N=120                                                                    | Valor Faltante | Média | Mínimo | Máximo | Mediana | Desvio Padrão |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|--------|--------|---------|---------------|
| <b>Idade (Mãe/Cuidador):</b>                                                      | 0              | 27,43 | 14     | 64     | 25,50   | 7,68          |
| <b>Quantas pessoas moram na residência?</b>                                       | 0              | 4,67  | 2      | 12     | 4,00    | 1,80          |
| <b>Idade da Criança (M=Meses)</b>                                                 | 0              | 23,67 | 3      | 64     | 20,00   | 15,03         |
| <b>Se não, porém já frequentou a Puericultura, até que idade o fez? (M=meses)</b> | 69             | 10,43 | 1      | 36     | 9,00    | 8,10          |

Fonte: Dados gerados pelo autor

## 5.2 Apresentações dos atributos da atenção primária presentes nas crianças participantes do estudo: aplicação do instrumento PCATool

A tabela 4 apresenta as informações relativas aos atributos da atenção primária e ao grau da afiliação, presentes no instrumento PCATool. Foi possível verificar que houve avaliação não favorável, abaixo do ponto de corte (escore  $\leq 6,6$ ), dos atributos acesso de primeiro contato (utilização e acessibilidade), longitudinalidade, coordenação (integração de cuidados e sistema de informações), integralidade (serviços disponíveis e serviços prestados), orientação familiar e orientação comunitária.

Verifica-se que o escore geral da atenção primária, referente a todos os atributos, alcançou 5,02 e o escore essencial 5,16. No que se refere ao grau de Afiliação obteve-se o valor de escore elevado, uma média de 7,97. Escore do atributo Acesso de Primeiro Contato – Utilização foi 5,74, já o componente Acessibilidade apresentou escore 3,09.

A Longitudinalidade obteve um valor de 4,39. A Coordenação divide-se em Integração de Cuidados e Sistemas de Informação. A integração de cuidados alcançou escore 4,08, já o sistema de informações 5,86. No que se refere ao atributo Integralidade, que divide-se em Serviços disponíveis e Serviços prestados. Os serviços disponíveis tiveram escore 4,95 e os serviços prestados 4,30. Com relação à Orientação Familiar, obteve-se escore 4,52. No último atributo avaliado, a Orientação Comunitária, foi alcançado escore 4,36.

Tabela 4: Escore médio dos atributos na ferramenta PCATool. Fev/Mai 2016, Fortaleza-CE

| Atributos da Atenção Primária à Saúde    | N   | Mínimo | Máximo | Média | IC 95% da Média |
|------------------------------------------|-----|--------|--------|-------|-----------------|
| Afiliação (A)                            | 120 | 0,00   | 10,00  | 7,97  | (7,42 ; 8,53)   |
| Utilização (B)                           | 120 | 0,00   | 10,00  | 5,74  | (5,18 ; 6,31)   |
| Acessibilidade (C)                       | 120 | 0,00   | 8,33   | 3,09  | (2,7 ; 3,48)    |
| Longitudinalidade (D)                    | 120 | 0,24   | 10,00  | 4,39  | (4,02 ; 4,77)   |
| Coordenação - Integração de Cuidados (E) | 120 | 0,00   | 10,00  | 4,08  | (2,58 ; 5,59)   |
| Coordenação - Sistema de Informações (F) | 120 | 0,00   | 10,00  | 5,86  | (5,44 ; 6,29)   |
| Integralidade - Serviços Disponíveis (G) | 120 | 0,00   | 10,00  | 4,95  | (4,64 ; 5,25)   |
| Integralidade - Serviços Prestados (H)   | 120 | 0,00   | 10,00  | 4,30  | (3,67 ; 4,93)   |
| Escore Essencial                         | 120 | 1,55   | 8,42   | 5,16  | (4,88 ; 5,44)   |
| Orientação Familiar (I)                  | 120 | 0,00   | 10,00  | 4,52  | (4,01 ; 5,02)   |
| Orientação Comunitária (J)               | 120 | 0,00   | 10,00  | 4,36  | (3,8 ; 4,92)    |
| Escore Geral                             | 120 | 1,59   | 8,59   | 5,02  | (4,72 ; 5,31)   |

Fonte: Dados gerados pelo autor

O gráfico abaixo representa visualmente a variação dos atributos e seus escores médios, onde pode-se observar com mais facilidade a variação destes.

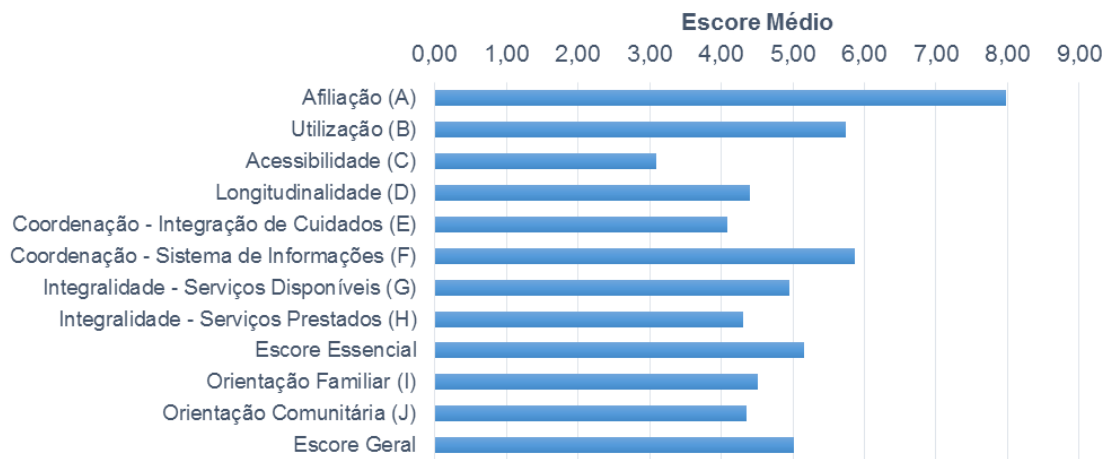


Figura 1. Apresentação do diagrama sobre a variação dos atributos na população infantil estudada. Fortaleza, Fev./Mai. 2016.

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 Tecendo considerações sobre os dados sociodemográficos dos cuidadores: panorama do meio social e econômico das crianças internadas

No estudo observou-se um predomínio de cuidadores jovens, na sua maioria mães. Para autores como Oliveira, Gama e Silva (2010) em estudo no Rio de Janeiro, existe uma tendência maior de adoecimento e óbitos de crianças à medida que diminui a idade materna, pois essas mães adolescentes apresentam pior nível de escolaridade comparado ao nível das mães com 20 anos ou mais, podendo ocasionar precárias condições de saúde e dificuldades de acesso aos serviços de Atenção Primária à Saúde, elevando o número de internações por condições evitáveis e óbitos.

Já estudo realizado por Caldeira (2011) o estado civil da mãe não se mostrara associado com as hospitalizações por CSAP. Porém, Menezes, Moré e Barros (2016) destacam em seu estudo que nem sempre é a mãe que acompanha a criança durante a internação, visto que os arranjos familiares têm mudado. Muitas são mães solteiras e apresentam maior vulnerabilidade às condições de vida precárias, e seu trabalho é a fonte de renda principal da família, acarretando na escolha de outros acompanhantes para a criança, como irmãos mais velhos, avós, tias.

No estudo observa-se uma baixa escolaridade dos cuidadores e estudos comprovam que a escolaridade das mães/cuidador é um fator importante para o entendimento dos perigos que favorecem o adoecimento, da necessidade de cuidados especiais durante a gestação e nos cuidados durante a infância proporcionando menores riscos de contrair enfermidades que levem a hospitalização. A baixa escolaridade do cuidador é considerada um fator de risco para as internações de crianças, principalmente as menores de cinco anos. (GRANZOTTO *et al.*, 2014)

Acrescenta-se que a baixa escolaridade pode ocasionar dificuldades de entendimento quanto às atividades educativas, muitas vezes levando a limitação da busca dos benefícios necessários devido à pouca ou nenhuma experiência, podendo causar também à ineficácia do cuidar. A escolaridade do cuidador apresenta uma relação direta com a qualidade dos cuidados oferecidos aos filhos, pois quando o cuidador dispõe de boa instrução, este apresenta facilidade para compreender as orientações dadas pelos profissionais de saúde e, conseqüentemente, aplicá-las na melhoria do cuidado infantil, como noções de higiene, imunização, terapia de hidratação oral e a própria amamentação. (SOUSA *et al.*, 2013)

Pedroso e Motta (2010) relatam em sua pesquisa que o nível de escolaridade ou grau de instrução das famílias de crianças apresenta-se como construtor de um conceito de

vulnerabilidade socioeconômica, em uma relação de causa e consequência, pois quem possui maior escolaridade, encontra melhores oportunidades de desenvolver seu status financeiro e assim, oferecer boas condições de vida aos seus filhos, essa afirmação é confirmada quando observado os resultados deste estudo.

Outro ponto de vulnerabilidade encontrado no estudo foi a renda familiar, a qual em sua maioria foi de um salário mínimo, considerada extremamente baixa para atender famílias de 4 a 5 membros. A renda familiar tem sido considerada como indicador da disponibilidade de recursos, de bem estar social e conhecimentos em relação a saúde, visto que condições financeiras favoráveis permitem o acesso a serviços e bens de consumo, como saneamento básico, educação e moradia. Condições precárias de moradia e elevado nível de pobreza são fatores de risco para as ICSAP. (GRANZOTTO *et al.*, 2014)

Marque *et al.*, (2014) relatam em seu estudo que muitas vezes a criança doente necessita de atenção integral da família, principalmente da mãe, dificultando seu desempenho em outros afazeres domésticos e familiares. Podendo ocasionar a perda do emprego, dificuldades financeiras e se não houver um bom entendimento entre os membros desta família, a nova situação de saúde possivelmente desencadeará conflitos e desentendimentos, além de sobrecarga de tarefas sobre o cuidador principal da criança.

No presente estudo, percebe-se que a maioria da amostra recebe benefício do programa bolsa família (PBF), que visa melhoria nas condições financeiras das famílias de baixa renda. O programa constitui-se na maior política de assistência social brasileira, na qual o governo brasileiro oferece benefícios que auxiliam no combate à pobreza. O benefício varia de acordo com a renda e a composição familiar. (TAVARES, 2010).

Um dos critérios para receber o auxílio é o acompanhamento do calendário vacinal e do crescimento e desenvolvimento para crianças menores de sete anos, e isso traz grandes melhorias para a saúde, visto que muitas internações por condições sensíveis a atenção primária podem ser evitadas através da imunização. O PBF tem como objetivo a segurança alimentar destas famílias, para que se consiga um bom desempenho escolar e um desenvolvimento da saúde das crianças adequado, sendo muito importante para as crianças, pois a alimentação adequada contribui para a menor frequência de adoecimento. (ROSINKE *et al.*, 2011)

Os resultados do estudo realizado por Rassela (2013) nos municípios brasileiros nos últimos anos, mostram que PBF tem desempenhado um papel significativo na redução da mortalidade infantil, por causas relacionadas com a pobreza, como desnutrição e diarreia. Foi observado também um forte impacto nas internações em menores de cinco anos, pois o programa contribuiu para a diminuição da incidência das doenças, afetando os determinantes

sociais da saúde e possibilitou o primeiro contato com o sistema de saúde, reduzindo assim o número de casos graves que requerem internação hospitalar.

Segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) constatou que, entre os censos de 2000 e 2010, houve uma diminuição no número de pessoas que moram no mesmo domicílio. No período, o número médio de pessoas em cada casa passou de 3,79 para 3,34. A região Norte é a que apresenta o maior número de moradores por domicílio: 4, no Nordeste, a média é de 3,5, já a região Sul é a que apresenta o menor número, com média de 3,1. No censo de 2010, Fortaleza apresentou uma média de 3,44. Embora a população tenha crescido, o instituto destaca que o número de domicílios no Brasil aumentou. Os achados desse estudo não são compatíveis com o da literatura, pois encontramos uma média mais elevada. (PORTAL BRASIL, 2010)

No que se refere as regionais com maior número de crianças internadas por condições sensíveis, destaca-se as regionais 5 e 6 da capital. Cabe ressaltar que Fortaleza é composta por 119 bairros, que são divididos em seis regionais. A regional 2 apresenta a maior média do Índice de Desenvolvimento Humano, 0,587, e neste estudo obteve-se poucas crianças desta localidade, provavelmente porque acessam hospitais particulares. Já as regionais 5 e 6, principais locais de procedência destas internações, apresentam as menores médias com 0,246 e 0,305 respectivamente e a maior população segundo censo do IBGE de 2010. Confirmando o fato de que as condições de moradia e renda influenciam diretamente nas condições de adoecimento.

Em estudo realizado por Junior (2014) na Bahia sobre internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de cinco anos e expansão da Estratégia Saúde da Família, evidenciou-se na análise dos efeitos dos determinantes sociais, como renda, urbanização, escolaridade e IDH, que as hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária são maiores em municípios com piores indicadores socioeconômicos, corroborando com os achados em Fortaleza.

No estudo, 25,8% das crianças internadas são procedentes de cidades da região metropolitana de Fortaleza ou do interior do estado do Ceará. Segundo Costa *et al.*, (2014), em muitos municípios, os estabelecimentos de saúde apresentam desempenho insatisfatório nas ações de atenção à saúde, deixando as crianças sem recursos de tratamento, sendo necessário encaminhá-las à capital. Em estudo realizado com crianças internadas com pneumonia, no hospital Universitário de Alagoas, 53,8% eram oriundas do interior do estado. No Ceará, muitas cidades passam por um grande período de seca, o que contribui para a maior vulnerabilidade as doenças, além de apresentarem carência de insumos, de estrutura adequada e de profissionais,



necessitando de transferências para unidades de outras cidades para que seja prestado os cuidados necessários.

Os grupos sociais com diferentes condições econômicas podem ser representados pelo espaço geográfico-social onde residem, uma vez que este caracteriza uma instância da sociedade, contendo as várias dimensões da estrutura social, como a econômica, a política e a ideológica. As áreas com piores condições de vida encontram-se isoladas social e geograficamente, contribuindo para a formação de importantes barreiras para o cuidado efetivo da saúde, como falhas de acesso aos serviços básicos, a exemplo do transporte, que dificultam a busca por atenção à saúde (ANTUNES *et al.*, 2013)

Loureiro (2013) destaca que as taxas de hospitalização por doenças infecciosas são desigualmente distribuídas nos diferentes segmentos sociais e regiões do país, afetando, principalmente, as crianças que pertencem às famílias de menor poder aquisitivo, devido a menor facilidade de acesso aos serviços de saúde e do retardo na procura por atendimento adequado, o que favorece o agravamento do quadro e a consequente internação. O que se comprova neste estudo quando observados o número de crianças internadas oriundas das regionais com IDH mais baixo em Fortaleza.

Além do poder aquisitivo, do ambiente e do cuidado familiar outro fator que exerce grande influência nas internações por condições sensíveis dessas crianças, é a faixa etária da criança, devido a vulnerabilidade imunológica característica dessa fase da vida. Veras *et al.*, (2010) apontam a faixa etária de pré-escolares (menores de cinco anos) como sendo a de maior suscetibilidade às doenças respiratórias.

Pedraza e Rocha (2016), declaram em seu estudo que as crianças que frequentam creches adoecem mais do que aquelas cuidadas exclusivamente em casa, sendo as doenças infectocontagiosas as mais prevalentes, em decorrência das condições de convívio aos quais essas crianças estão expostas, como a aglomeração, a higiene, a alimentação, fatores que se entrelaçam podendo conduzir ao adoecimento. O resultado obtido nessa pesquisa não equivale ao visto na literatura, pois a maioria das crianças não frequentavam creches/escolas, mostrando que estas estão sendo expostas a essas situações de risco em sua residência, demonstrando a necessidade de orientação para os cuidadores.

Apesar da predominância das crianças desse estudo terem nascido a termo, é imprescindível ressaltar que quando prematuro, o bebê apresenta uma imaturidade de órgãos e sistemas tornando-o mais susceptível a sequelas ou intercorrências no processo de desenvolvimento. (RAMOS; CUMAN, 2009)

Dados do estudo realizado por Prezotto (2015) indicam que as condições sensíveis impactaram principalmente as hospitalizações de crianças com idade entre um e dois anos, sendo compatível com os achados dessa pesquisa. Nesse mesmo estudo, as pneumonias bacterianas são indicadas como a principal causa de ICSAP em menores de 5 anos e a gastroenterite a segunda. A terceira principal causa foi a asma, para as crianças de um a dois anos e de três a quatro anos, resultado semelhante ao nosso.

Em estudo realizado por Caldeira (2011) observou-se que a pneumonia foi a primeira maior causa de internações em crianças, esta patologia encontra-se na lista de internações por condições sensíveis a atenção primária podendo ser evitada com atenção à saúde adequada.

Uma forma eficaz de prevenir essas doenças é através das consultas rotineiras de puericultura. O Ministério da Saúde recomenda que sejam realizadas no primeiro ano de vida da criança sete consultas de rotina (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2012).

Porém, a baixa adesão dessas consultas de rotina é um problema presente não apenas nesse estudo. Verificou-se em estudo realizado em Sobral, no Ceará que a comunicação inadequada e a falta de orientação motivou as mães a não levarem seus filhos à consulta de puericultura, considerando o atendimento “sem seriedade”, já que o filho não estava doente. Talvez as mães ainda não acreditem que essas consultas são necessárias para a prevenção de doenças e agravos, preferindo procurar ajuda profissional apenas quando a criança apresenta sintomas, necessitando de mais orientações sobre os benefícios da puericultura. (NETO et al, 2010)

Outros motivos apontados por mães para a não adesão as consultas foram: esquecimento, falta de tempo, irrelevância da consulta, desinteresse, falha na marcação da consulta, desconhecimento das rotinas da UAPS, ausência de informação a respeito do dia da consulta e acontecimentos inesperados. (LIMA *et al.*, 2013)

A orientação sobre a consulta de puericultura deve ser realizada desde o pré-natal, possibilitando que seja estabelecido um vínculo entre os familiares e principalmente entre as mães, iniciando desde cedo orientações preventivas, enfatizando a amamentação e os primeiros cuidados com o recém-nascido. Neste momento é primordial a mãe receber esclarecimentos não apenas sobre o período de gestação, mas também sobre o puerpério e os cuidados com a

criança, facilitando a adesão materna à consulta de puericultura (MALAQUIAS; GAÍVA; HIGARASHI, 2015)

Visto isso, foi revelado em estudo a importância da realização da puericultura na garantia da cobertura vacinal no primeiro ano de vida, no oferecimento do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, no acompanhar do crescimento e o desenvolvimento infantil, oferecendo um retorno importante para a mãe, já que a mesma acompanha a evolução da criança, além de auxiliar na prevenção das doenças mais comuns da infância por meio do conteúdo educativo presente nas consultas. (RETRÃO *et al.*, 2014)

A literatura é enfática ao afirmar que ao orientar as mães, o enfermeiro possibilita maior participação das mães/família no cuidado infantil, podendo tornar-se corresponsáveis pela saúde da criança. Sendo assim, os achados desse estudo mostram a necessidade de haver mais estratégias de educação em saúde, pois a grande maioria dos cuidadores nunca haviam recebido orientações sobre formas de prevenção dessas doenças. O enfermeiro e toda a equipe de saúde deve atuar oferecendo orientações para que os cuidadores possam participar ativamente no desenvolvimento saudável da criança e na prevenção dessas doenças sensíveis à atenção primária. (REICHERT, 2012)

Nesse sentido, a atenção à saúde da criança deve ser desenvolvida pelo enfermeiro e pelos demais integrantes das UAPS, contudo o enfermeiro tem um papel primordial na consulta de puericultura, sendo ele o componente da equipe de saúde que mais realiza esse serviço, condição evidenciada nesse estudo.

Outra orientação importante abordada pelo enfermeiro nas consultas de puericultura é referente ao aleitamento materno exclusivo, este deve ser estimulado desde o pré-natal, tendo seguimento nas consultas e nas visitas domiciliares. Essas medidas são necessárias para favorecer a continuidade da amamentação, justificando sua importância e demonstrando sua influência positiva no gráfico de crescimento da criança, porém através desse estudo podemos perceber a adesão inadequada ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, pois apenas metade das cuidadoras seguiram essa recomendação, podendo contribuir para a maior frequência de adoecimento dessas crianças. (OLIVEIRA,2013)

Brasil (2009) afirma que há possibilidade de haver prejuízos à saúde da criança quando a alimentação complementar é introduzida antes dos seis meses, pois a inserção precoce de outros alimentos está associada ao aumento de episódios de diarreia, maior número de hospitalizações por doença respiratória, risco de desnutrição se os alimentos introduzidos forem nutricionalmente inferiores ao leite materno e menor absorção de nutrientes importantes do leite materno, como o ferro e o zinco.

Victora *et al.*, (2016) constataram que na maioria dos países, as taxas de amamentação exclusiva são bastante inferiores a 50%. Contudo, práticas adequadas de amamentação fornecem grande proteção à saúde da criança e previnem a morbidade infantil por diarreia, infecções respiratórias, otite média e outras doenças.

Em estudo realizado por Silva e Davim (2012) sobre mulher trabalhadora e fatores que interferem na amamentação, foi evidenciado que aspectos como baixa escolaridade materna, baixo poder aquisitivo, renda mensal inferior a um salário mínimo, família numerosa e mães com menos de 30 anos são preponderantes para o desmame precoce, fator confirmado nesse estudo, pois a população pesquisada em sua maioria se encontra nessas situações sociodemográficas.

Crianças menores de seis meses que não são amamentadas possuem risco quatorze vezes maior de morrer por diarreia e quatro vezes mais chances de morrer por doenças respiratórias, apresentando, conseqüentemente, maiores índices de internações hospitalares. A relevância do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) é uma prática que reduz morbimortalidade infantil por doenças prevalentes na infância. Visto isso, temos que o AME influencia diretamente nas internações dessas crianças estudadas. (MORAIS *et al.*, 2011)

Juntamente com a proteção oferecida pelo leite materno, as vacinas exercem funções de grande importância na manutenção das condições de vida saudável dessas crianças. Figueiredo *et al.*, (2011) constata que de um modo geral as crianças têm apresentado situação vacinal em dia e conclui que o motivo do atraso na vacinação e da não vacinação estão mais relacionados aos serviços de saúde do que às características da população, ocasionado devido à falta de orientação aos acompanhantes por parte dos profissionais da saúde, muitas vezes os acompanhantes demonstram insegurança devido aos eventos adversos das vacinas, preferindo não imunizar as crianças, portanto é necessário que estes conheçam que os benefícios adquiridos na imunização ultrapassam os malefícios das reações causadas por estas. Os resultados encontrados nesse estudo mostram que as crianças não apresentam situação vacinal em dia, podendo contribuir para o elevado número de internações por condições sensíveis, esse resultado pode ser modificado através da persuasão do enfermeiro na consulta de puericultura, como já citado anteriormente.

Dentre as vacinas que apresentam grandes benefícios para na prevenção de internações por condições sensíveis à atenção primária estão a Rotavírus, Pneumocócica 10 valente e a vacina contra a Influenza A.

A Vacina Oral contra o Rotavírus Humano foi introduzida no calendário vacinal do Brasil a partir de março de 2006. É administrada em duas doses, com intervalo de 4 a 8 semanas,

em crianças com 2 a 4 meses. A cobertura vacinal para duas doses aumentou de 79,8% em 2007 para 86,4% em 2012, embora baixas coberturas possam ser observadas em Estados do Norte, Nordeste e Centro-Oeste (ICHIHARA, 2014). A baixa adesão vacinal ficou evidente no presente estudo. A mesma autora afirma que a vacina apresenta evidente eficácia, foi observado uma redução entre 22 a 41% na mortalidade e 17 a 51% nas internações por diarreia em menores de 5 anos.

A vacina pneumocócica 10-valente (PCV10) foi incluída no calendário básico de imunização de menores de dois anos em nosso país desde março de 2010. A finalidade da inserção da vacina é obter impacto na diminuição de internações e mortes por pneumonias e outras doenças causadas pelo pneumococo na infância. Essa vacina proporciona cobertura contra 88% das cepas da bactéria pneumococo, identificada como causadora de pneumonia, meningite, bacteremia e otite média aguda em crianças. Com a disponibilização dessa vacina, muitas internações poderiam estar sendo evitadas, porém encontramos no estudo pequena quantidade de crianças imunizadas, comprovando a necessidade do incentivo à vacinação para essa população. (SILVA *et al.*, 2013)

No calendário antigo eram realizadas 4 doses, aos 2 meses, 4 meses, 6 meses e 12 meses. Com a mudança em 2015 do calendário de vacina passou a ser com 2 meses, 4 meses e 12 meses.

Segundo estudo realizado em 2014, observou-se a redução de 12,7% nas internações por pneumonia por todas as causas em crianças menores de 4 anos de idade, dois anos após a introdução da PCV10 (Scotta *et al.*, 2014).

É preciso destacar que o registro de óbito e internação por pneumonia pode ser influenciado por outras infecções de vias aéreas não prevenidas pela vacina PCV10, tais como a influenza A (H<sub>1</sub>N<sub>1</sub>) que pode originar um quadro de pneumonia, por isso a importância da vacinação de crianças contra a Influenza A (Kupek; Vieira, 2016).

Crianças que apresentam o calendário vacinal em dia e frequentam consultas de puericultura de rotina possuem menores riscos de hospitalizações por CSAP. Considerando que a vacinação é um importante meio de prevenção, os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, tem grande responsabilidade, podendo intervir no processo saúde/doença de forma eficaz, direcionando suas ações na promoção da vacinação e na educação em saúde dos pais/responsáveis pela criança. O estudo comprova a necessidade da intensificação dessas ações mais efetivas para a prevenção de agravos dessas doenças que devem ser prevenidas na APS (SANTOS, 2015).

## **6.2 Discutindo sobre os atributos da atenção primária mediante aplicação do instrumento PCATool**

Os serviços de atenção primária à saúde, são essenciais para a manutenção da saúde e no crescimento e desenvolvimento adequado das crianças. Porém, a constatação de que a maior parte dos atributos da atenção primária apresentaram, nesse estudo escores médios de baixo valor indica o mau desempenho destes serviços. A utilização do PCATool permitiu avaliar esses serviços, a partir da vivência dos cuidadores relativa a cada atributo.

Os escores Essencial e Geral de APS atingiram médias parecidas (4,43 e 4,39). Segundo estudo realizado por Filho, Luz e Araújo (2014), as baixas médias indicam que a população encontra-se insatisfeita com os serviços, demonstrando que a atenção primária à saúde ainda estaria distante de uma atuação integral, resolutiva, participativa, de qualidade. Esses resultados mostram que para os cuidadores, as crianças não recebem cuidados adequados na APS, fator que contribui para o elevado número de internações por condições sensíveis.

Essa insatisfação está relacionada com diversos problemas, que consistem na dificuldade de acesso e na demora, na falta de acesso e indisponibilidade dos registros das informações nos atendimentos, na ausência de alguns programas e serviços destinados às crianças e seus familiares, no conhecimento insuficiente do profissional sobre a família das crianças e da comunidade onde ela está inserida e na deficiência na regularidade de atenção contínua à criança. Tal constatação se tornou previsível a partir da análise de cada atributo, na qual apenas um apresentou escore acima da média. (OLIVEIRA; VERISSIMO, 2015)

O Grau de Afiliação, componente que indica o serviço ou profissional de saúde que é de referência para os cuidados de saúde da criança, obteve resultado satisfatório com escore médio de 7,97, valor acima do escore considerado satisfatório ( $\geq 6,6$ ), este atributo foi o que apresentou maior escore nesse estudo, traduzindo uma experiência positiva quanto à vinculação deste com os serviços de APS. Mostrando que mesmo a população estando insatisfeita com os serviços, ainda o reconhecem como porta de entrada, isso deve ser aproveitado para que não se perca essa adesão, quando a criança é bem atendida no primeiro momento e tem seu problema solucionado, os cuidadores passam a acreditar e confiar nos profissionais retornando a esses serviços com mais frequência.

Resultado satisfatório também foi encontrado em estudo realizado em Montes Claros, o que demonstra o reconhecimento do usuário por um profissional ou serviço que o mesmo julga servir como referência sempre que necessário, ou seja, existe afiliação da população em relação à APS. (OLIVA *et al.*, 2015)

O atributo acesso de primeiro contato é dividido em dois componentes de análise: acessibilidade e utilização. O componente utilização apresentou avaliação desfavorável. Inocêncio (2014), relata em seu estudo que esse resultado pode ser explicado pela percepção contorcida dos cuidadores ao não identificarem a UAPS como serviço prioritário para demanda espontânea/ aguda, mas reconhecem a UAPS como porta de acesso para a demanda programada. Talvez seja por esse motivo que os cuidadores buscam primeiramente os serviços de atenção secundária ou terciária antes de tentar resolução na atenção primária.

Sobre a avaliação dos aspectos referentes à acessibilidade, encontramos a menor média de escores, esse dado mostra que ainda existem obstáculos que dificultam o acesso das crianças a esses serviços de saúde, corroborando com outros estudos.

Damasceno (2014), apresentou resultado semelhante, na qual os usuários relataram dificuldades no acesso devido fatores relacionados à organização dos serviços e aspectos inerentes aos profissionais, como a grande demanda, falha no sistema de marcação de fichas para consultas de rotina, o não funcionamento das unidades nas 24 horas e durante todos os dias da semana, ausências dos profissionais no trabalho e dificuldades no atendimento ao grupo infantil. O qual constatou que os principais motivos de os pais levarem suas crianças diretamente para um atendimento secundário e/ou terciário seriam a dificuldade no acesso dos serviços de atenção primária.

Cezar (2013) afirma que os motivos para a preferência dos pais ou responsáveis por unidades de maior densidade tecnológica são devido à confiança nos profissionais, expectativas positivas sobre a qualidade da assistência, experiência pessoal e/ou de rede social e satisfação com o atendimento, além da acessibilidade facilitada.

Porém, estudo também realizado em Fortaleza (CE) sobre a assistência prestada a crianças menores de 5 anos, mostrou resultado diferente. Nele, as mães avaliaram o acesso à atenção primária como satisfatório, sendo considerado como um ponto positivo já que esse nível de atenção é a porta de entrada do sistema de saúde. (MACHADO *et al.*, 2012)

No tocante à longitudinalidade, o valor da média de escores também foi insatisfatório. Para Frank et al. (2015), este fato demonstra que esses usuários não reconhecem as UAPS como uma fonte regular de cuidados, significando que a população não tem esses serviços como referência habitual para suas necessidades de saúde. Esse resultado mostra que os profissionais não conhecem a individualidade de cada criança e a falta de vínculo entre a população e equipe de saúde, contribuindo para a insatisfação dos cuidadores.

Starfield (2002), pontua que uma fonte regular de acompanhamento, produz uma relação de responsabilidade, vínculo e confiança na equipe de saúde e usuário, possibilitando

diagnósticos mais precisos e tratamentos mais eficazes, favorecendo maior resolutividade dos problemas de saúde da população.

Tal atributo está fortemente relacionado à boa comunicação que beneficia o acompanhamento do paciente, a efetividade do tratamento e a continuidade, contribuindo também para a execução de ações de promoção e prevenção de agravos. Sabe-se que a atuação mútua entre a equipe de saúde, a família e a história de vida da criança é indispensável para uma assistência de qualidade. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013)

Segundo Lima *et al.*, (2014), vale ressaltar que a relação profissional-usuário no cenário da APS é ampla e permeada por aspectos que não se reduzem somente ao encontro no ambiente clínico, mas envolvem uma gama de pessoas que fazem parte da família, comunidade e membros da equipe de saúde da família. Por esses motivos, os profissionais devem se pautar na relação humanizada e dialógica com os usuários no cotidiano de trabalho.

A coordenação é um atributo que se caracteriza pela integração de cuidados e pela presença do sistema de informações. O atributo em questão pode ser desempenhado tanto por enfermeiros e equipe de saúde ou por meio do acompanhamento dos dados de saúde do indivíduo nos sistemas de informação, como prontuário e outros registros. (BRASIL, 2010a)

No que tange ao componente integração de cuidados, este busca identificar a associação das ações promovidas no âmbito da APS às atividades desempenhadas nos serviços de atendimento especializado ou de apoio diagnóstico e terapêutico. (INOCÊNCIO, 2014)

O valor longe do ideal para esse atributo sugere a existência de um sistema de integração de cuidados inadequado, mostrando que os profissionais da APS atuam individualmente, diferente dos resultados encontrados em outro estudo. Para Sala *et al.* (2011), o resultado satisfatório encontrado em seu estudo revela que a APS segue no sentido de alcançar estágios ideais para o atributo coordenação na atenção à saúde da criança. Propondo um sistema de referência e contrarreferência estruturado, com fluxos definidos, o que conduz à resolutividade, pois nem todas as necessidades da criança podem ser atendidas no âmbito da Atenção Primária.

Sobre o sistema de informações, resultados diferentes ao nosso foram encontrados em estudo de Carneiro *et al.* (2014), foi observado que, em um total de 15 unidades avaliadas, apenas uma obteve escore abaixo da média para esse atributo. Porém, os achados insuficientes, do presente estudo sugerem que os profissionais e usuários não possuem adequado acesso aos registros de atendimentos em prontuários, condição significativa para a realização de um bom acompanhamento de usuários e famílias pelos serviços de saúde. A inacessibilidade dos registros contribui para a falta de seguimento de tratamentos e desconhecimento por parte dos



profissionais da situação de saúde das crianças em consultas anteriores, podendo ocasionar agravos na saúde dessa população (PAULA *et al.*, 2015).

O atributo Integralidade está dividido em dois elementos, integralidade – serviços disponíveis e integralidade – serviços prestados. Observaram-se baixos valores de escores para ambos, através desses resultados podemos identificar que a população não tem acesso a serviços e orientações básicas, demonstrando a necessidade de mudanças em vários âmbitos, profissional, estrutural, político, entre outros.

Sousa, Erdmann e Mochel (2011), mencionam em seu estudo que existem condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica, que envolvem estruturas políticas, institucionais, físicas e gerencias, com destaque à insuficiência de recursos, à quantidade insatisfatória de insumos, em especial, medicamentos, assim como à inadequação na estrutura física das unidades, além de características profissionais e pessoais dos trabalhadores de saúde, incluindo o perfil, o processo de trabalho e valores que estes escolhem para desenvolver as práticas de cuidado.

Silva e Francolli (2016), relatam em seu estudo que o segundo atributo de maior valor para os usuários é a integralidade, atrás apenas da longitudinalidade. Quando os serviços são muito reduzidos, as doenças preveníveis podem não ser evitadas, enfermidades podem evoluir por mais tempo do que o justificável, a qualidade de vida pode ser colocada em risco, aumentando os índices de mortalidade.

Os escores dos atributos orientação familiar e comunitária em relação ao cuidado às crianças foram considerados insatisfatórios para uma atenção adequada, esse resultado indica que a assistência prestada ainda não inclui o indivíduo à sua família e não o reconhece como pertencente a uma comunidade específica. Alguns aspectos deveriam estar relacionados com a melhor efetividade desses atributos na APS, como as ações de visita domiciliar. Essa ação, deve ser realizada por enfermeiros e outros profissionais, pois facilita a vigilância à saúde e o acompanhamento das famílias e contribui para o fortalecimento do vínculo entre serviço de saúde, família e comunidade. (MARQUES *et al.*, 2014)

Com relação à orientação familiar, percebemos que esse atributo tem relação com o atributo longitudinalidade. Os achados referentes ao estudo de Oliva *et al.* (2015), em relação ao enfoque da orientação familiar evidenciam descontentamento por parte do usuário, refletindo possivelmente em um serviço composto de ações isoladas, centrado na questão biológica do processo saúde-doença, desvalorizando as características do grupo familiar e a opinião do cuidador da criança.

A orientação comunitária também apresentou escores insatisfatórios, revelando que os profissionais não conhecem as doenças prevalentes e as condições de saúde da comunidade onde a criança está inserida, resultados semelhantes foram encontrados em outros estudos. Melo (2015), refere que esse resultado insatisfatório revela que os profissionais ainda não estão dando a devida importância referente ao conhecimento da situação social, aspecto que interfere na identificação de necessidades e demandas de saúde dos indivíduos, em especial das crianças, faixa etária mais vulnerável.

Alencar *et al.* (2014), realizaram uma pesquisa no município de São Luís (MA), que avaliou o atributo orientação comunitária através da percepção dos usuários. Os resultados também apontaram uma avaliação negativa. Evidenciando que os princípios básicos da APS, os quais devem ter como foco prioritário a família dentro das singularidades do ambiente em que está inserida, não estão sendo seguidos em sua totalidade.

Furtado *et al.*, (2013) consideram que a incorporação dos profissionais de saúde na comunidade, não apenas fortalece laços, mas também possibilita que estes conheçam os determinantes sociais do processo saúde-doença. Isso, porque o contato dos profissionais de saúde com a população propicia espaço para que cada indivíduo seja acolhido e escutado na sua singularidade, o que contribui para restaurar a autonomia da pessoa que demanda atenção à saúde e, conseqüentemente, a disseminação do conhecimento.

Analisando em conjunto todos os atributos, vimos que a APS não tem conseguido realizar seus serviços de forma continuada, atuando como mais uma opção de atendimento, fazendo prevalecer a assistência focada no procedimento e na atenção médica, além de apresentar baixa resolutividade, cooperando para o aumento da demanda nos demais níveis de atenção e conseqüentemente elevando a insatisfação da população em relação aos cuidados oferecidos. O enfermeiro precisa criar laços de confiança com a população, para conhecer as individualidades de cada família e criança, suas dificuldades e limitações, podendo a partir disso prestar cuidados diferenciados e assim possibilitar o retorno, a satisfação e a resolutividade das condições de saúde da comunidade na atenção básica (COSTA *et al.*, 2011).

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo reforça a importância de conhecer o perfil sociodemográfico de cuidadores que acompanham as crianças internadas por condições sensíveis à atenção primária e a partir disso é possível que o enfermeiro realize um planejamento de cuidados adequado e de qualidade para cada criança, seja a nível local na própria unidade de saúde ou de gestão, melhorando a assistência prestada na atenção primária e consequentemente evitando as internações por condições sensíveis por pneumonia, asma e doenças diarreicas.

Observou-se que a maioria das crianças internadas eram procedentes de regionais com IDH muito baixo, demonstrando a necessidade de melhorias e intervenções específicas para cada região. O enfermeiro tem um importante papel na intervenção dessas situações, através de ações de educação em saúde, utilizando linguagem adequada para que possa ser compreendido, possibilitando mudanças nos cuidados ofertados pelos cuidadores a essas crianças e diminuindo a exposição a situações de risco que contribuem para o adoecimento, possibilitando não apenas a troca de conhecimento, mas melhorando a confiança das mães no papel de cuidadoras dos seus filhos.

O profissional de enfermagem pode atuar na prevenção do agravo dessas doenças, mediante a consulta de puericultura de rotina, sendo esta mais efetiva, pois nela o profissional pode realizar o histórico de enfermagem, traçando diagnósticos de enfermagem para mediar suas intervenções, orientar as mães sobre a situação vacinal, possibilitando melhor adesão as vacinas, orientar sobre alimentação, fator que influencia nas condições de saúde, principalmente dessas crianças que estão frequentemente expostas a situações de risco, por meio do exame físico, acompanhar o desenvolvimento e através disso encaminhar a criança para um atendimento especializado caso seja necessário, registrar no prontuário a evolução de enfermagem, necessária para dar seguimento nas consultas subsequentes e além de tudo criar vínculo com a família, deixando estes mais seguros e confiantes no trabalho do enfermeiro. Essas ações possibilitam o enfermeiro realizar uma atenção apropriada para que não ocorra internações por condição sensíveis à APS.

Desse modo, ressalta-se que as amplas atribuições do enfermeiro na atenção primária à saúde de avaliação, orientação, encaminhamento, apoio, comunicação, respeito, humanização, cooperação, responsabilização e construção de parcerias, refletem na saúde e qualidade de vida infantil, mostrando que o cuidado de enfermagem é necessário para a saúde da criança e sua família.

Esta pesquisa reforça também a importância do desenvolvimento de estudos avaliativos, pois podem contribuir para a melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde, através da avaliação dos atributos por meio do instrumento PCATool.

Os resultados apontam fragilidades nos serviços e insatisfação dos cuidadores e acredita-se que a qualidade da assistência pode ser avaliada pela satisfação dos usuários, apontando necessidade de melhoria dos atributos ofertados. Assim, através desses resultados torna-se possível fornecer aos gestores e profissionais de saúde informações referentes aos cuidados e serviços prestados à essas crianças, com objetivo de auxiliar na gestão dos serviços de saúde, para que seja feito um planejamento adequado às necessidades da população infantil.

Porém, os resultados desse estudo devem ser interpretados considerando-se algumas limitações. A avaliação contemplou apenas a experiência dos cuidadores das crianças internadas por condições específicas, que possivelmente está vinculada as suas necessidades, podendo mascarar uma visão mais ampla da realidade da população em geral. Também não foram coletadas informações referentes a opinião dos profissionais, por isso não conhecemos as condições de trabalho destes, fator que pode prejudicar a prestação de serviços de qualidade.

## REFERÊNCIAS

- ALENCAR, M. N. *et al.* Avaliação do enfoque familiar e orientação para a comunidade na Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 2, Rio de Janeiro, Fev. 2014.
- ALVES JUNIOR, J. S. **Hospitalizações por pneumonia em crianças menores de 5 anos no período de 2000 a 2012.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) Universidade Estadual de Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2014
- ANDRADE, L. Z. C. **Avaliação do espectro e da acurácia dos indicadores clínicos de obstrução ineficaz de vias aéreas em crianças com infecção respiratória aguda.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2013.
- ANDRADE, L. Z. C. *et al.* Desobstrução ineficaz de vias aéreas em crianças com infecção respiratória aguda. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. v. 16, n. 1, p. 21-7, Jan/Mar. 2014. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.20315>> Acesso em: 24 de fevereiro de 2016.
- ANDRADE, R. D. **Em defesa da saúde da criança: o cuidado de enfermagem e o direito à saúde no contexto da atenção primária.** Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2012.
- ANTUNES, F. P. *et al.* Desigualdades sociais na distribuição espacial das hospitalizações por doenças respiratórias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 7, p. 1346-1356, Jul. 2013.
- ARAÚJO, J. P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.** v. 67, n. 6, p. 1000-7, Nov/Dez. 2014.
- ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.387-399, Abr/Jun. 2015.
- ASSIS, W. D. *et al.* Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev. bras. enferm.** v. 64, n. 1, Brasília, Jan./Fev. 2011.
- BARRIOS, S. G. *et al.* Tendências históricas no conhecimento da enfermagem e o sistema único de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 1, p. 133-141, Jan/Abr. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1.** Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: Primary care assessment tool – PCATool – Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015**. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança. **Nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Caderno de atenção básica nº33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BÜHLER, H.F. *et al.* Indicadores integrados de saúde e ambiente no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1921-1934, set. 2014.

CALDEIRA, A. P. *et al.* Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** v. 11, n. 1, Recife, Jan./Mar. 2011.

CAMPOS, R. M. C. *et al.* Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm.** USP v.45, n. 3, São Paulo, Jun. 2011.

CARDOSO, C. S. *et al.* Contribuição das internações por condições sensíveis à atenção primária no perfil das admissões pelo sistema público de saúde. **Ver. Panam. Salud. Publica** v.34, n.4, Washington, Oct. 2013.

CARDOSO, M. D. T. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: proposta de manual em mídia**. Dissertação (Mestrado Profissional) Centro Universitário de Volta Redonda – UniFOA. Pós Graduação em Ensino em Ciências da Saúde e do Meio Ambiente, 2011.

CARETI, C. M. *et al.* Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil. **Rev Rene.** v. 17, n. 1, p. 67-75. Jan/Fev. 2016.

CARNEIRO, M. S. M. *et al.* Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. esp., p. 279-295, Out. 2014.

CAVALCANTE, J. C. B. *et al.* Indicadores clínicos de padrão respiratório ineficaz em crianças com asma. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 1, p. 66-75, Jan./Mar. 2010.

CEARÁ. Secretaria de Saúde. **Informe epidemiológico mortalidade infantil**. Fortaleza, 2014.

CEZAR, D. M. **Perfil dos acolhimentos a usuários oriundos de municípios da grande Porto Alegre no serviço de emergência do hospital Nossa Senhora da Conceição**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Saúde Coletiva) Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Escola de Enfermagem, 2013.

COSTA, E. O. *et al.* Análise do Tempo de Internação de Crianças com Pneumonia em Hospital Público de João Pessoa-PB. **Rev. Brasileira de Ciências da Saúde**. v. 18, n. 2, p. 147-150, 2014.

COSTA, G. D. *et al.* Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúdeda Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3229-3240, 2011.

CUNHA, A. R. R.; **Prática dos enfermeiros na estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância**. Dissertação (Mestrado) – Programa de pós graduação em enfermagem - Universidade Federal da Paraíba, 2012.

DAMASCENO, S. S. **Avaliação da orientação à Atenção Primária à Saúde da criança**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal da Paraíba, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, do Centro de Ciência da Saúde, 2014.

DATASUS. Tecnologia da Informação a Serviço do SUS. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/evita10ce.def>>. Acesso em: 28 de fevereiro de 2016.

FIGUEIREDO, G. L. A. *et al.* Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 19, n. 3, Ribeirão Preto, Maio/Jun. 2011.

FILHO, M. M.; LUZ, B. S. R.; ARAÚJO, C. S. A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 2033-2046, 2014.

FRANK, B. R. B. *et al.* Avaliação da longitudinalidade em unidades de Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.400-410, Abr./Jun. 2015.

FURTADO, M. C. C. *et al.* A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 2, Ribeirão Preto, Mar./Abr. 2013.

GIOVANELLA, L., *et al.* **Orgs Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. [online] Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. 2nd. ed. rev. and enl. 1100 p. ISBN 978-85-7541-349-4. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2016.

GRANZOTTO, J. A. *et al.* Características sociodemográficas maternas e perfil das crianças internadas em um hospital do sul do Brasil. **Rev. Enferm. UFSM**. v. 4, n.1, p. 97-104, Jan./Mar. 2014.

- GUBERT, F. A. *et al.* Protocolo de Enfermagem para consulta de puericultura. **Rev Rene.** v. 16, n. 1, p. 81-9, Jan/Fev. 2015.
- GUERREIRO, E. M. *et al.* Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. **Rev Bras Enferm.** v. 67, n. 1, p. 13-21, Jan/Fev. 2014.
- HARZHEIM; E. *et al.* Validação do PCATool-Brasil adultos. **Rev Bras Med Fam Comunidade,** Rio de Janeiro, v. 8, n. 29, p. 274-84, Out/Dez, 2013
- HULLEY; S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica:** uma abordagem epidemiológica. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015
- ICHIHARA, M. Y. T. **Internação por diarreia aguda em menores de 2 anos no Brasil: fatores de risco e efetividade da vacina oral monovalente contra rotavirus humano.** Tese (Doutorado) Instituto de Saúde Coletiva; Universidade Federal da Bahia, 2014.
- INOCÊNCIO, P. R. **Avaliação da assistência à criança na atenção primária à saúde sob a perspectiva do usuário, em um município de médio porte de Minas Gerais.** Dissertação (Mestrado Acadêmico) Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2014.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=231290&search=ceara>>. Acesso em: 20 setembro 2016.
- IBGE diz que número de pessoas que moram no mesmo domicílio caiu. **Portal Brasil,** 27 setembro 2010. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/governo/2010/09/ibge-diz-que-numero-de-pessoas-que-moram-no-mesmo-domicilio-caiu>> Acesso em: 20 setembro 2016.
- KUPEK, E.; VIEIRA, I. L. V. O impacto da vacina pneumocócica PCV10 na redução da mortalidade por pneumonia em crianças menores de um ano em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, Mar. 2016.
- LEÃO, C. D. A.; CALDEIRA, A. P.; OLIVEIRA, M. M. C. Atributos da atenção primária na assistência à saúde da criança: avaliação dos cuidadores. **Revista brasileira de saúde materno infantil,** Recife, v. 11, n. 3, p. 323-334, Jul./Set. 2011.
- LIMA, C. A. *et al.* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. bioét.** v. 22, n. 1, p. 152-60, 2014.
- LIMA, S. C. D. *et al.* Puericultura e o cuidado de enfermagem: percepções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Fundam. Care. Online.** v. 5, n. 3, p. 194-202, Jul./Set. 2013  
Disponível em:  
<[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2163/pdf\\_836](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2163/pdf_836)>.  
Acesso em: 06 de agosto de 2016.
- LOUREIRO, C. R. N. P. **Perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico das crianças internadas em Hospital Universitário em Belém-Pará.** Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Universidade Federal do Amazonas, Fundação Oswaldo



Cruz/Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane; Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia Belém, 2013.

MACHADO, M. M. T. *et al.* Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 3125-3133, 2012.

MALAQUIAS, T. S. M; GAÍVA, M. A. M.; HIGARASHI, I.H. Percepções dos familiares de crianças sobre a consulta de puericultura na estratégia saúde da família. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 36, n. 1, Porto Alegre, Jan./Mar. 2015.

MARQUES, C. D. C. *et al.* O cuidador familiar da criança hospitalizada na visão da equipe de enfermagem. **Cienc Cuid Saude.** v. 13, n. 3, p. 541-548. Jul/Set. 2014.

MATSUNAGA, N. Y. *et al.* Avaliação da qualidade de vida de acordo com o nível de controle e gravidade da asma em crianças e adolescentes. **J Bras Pneumol.** v. 41, n. 6, p. 502-508, 2015.

MELO, M. M. **Avaliação da Atenção Primária à Saúde sob a ótica das internações por condições sensíveis e da qualidade dos serviços em população infantil.** Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em saúde coletiva, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, 2015.

MENEGUESSI, G. M. *et al.* Morbimortalidade por doenças diarreicas agudas em crianças menores de 10 anos no Distrito Federal, Brasil, 2003 a 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 721-730, Out/Dez. 2015.

MENEZES, M.; MORÉ, C. L. O. O.; BARROS, L. Redes sociais significativas de familiares acompanhantes de crianças hospitalizadas. **Rev. Esc. Enferm. USP.** v. 50, n. esp., p. 107-113, 2016.

MORAIS, A. M. B. *et al.* Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 66-71. Jan./Fev. 2011.

MOREIRA, L. M. C. *et al.* Políticas públicas voltadas para a redução da mortalidade infantil: uma história de desafios **Rev Med Minas Gerais**; v. 22, supl. 7, p. S48-S55, 2012.

MOURA, B. L. A. *et al.* Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s83-s91, 2010.

OLIVA, A. C. D. *et al.* Avaliação dos atributos do cuidado primário de saúde na perspectiva do usuário. **Rev. UNIABEU Belford Roxo** v. 8, n. 18, Jan./Abr. 2015.

OLIVEIRA, B. R.G. *et al.* Acesso de primeiro contato na atenção primária em saúde para crianças. **Rev Rene.** v. 13, n. 2, p. 332-42, 2012.

OLIVEIRA, F. F. S. *et al.* Consulta de puericultura realizada pelo enfermeiro na estratégia saúde da família. **Rev Rene.** v. 14, n. 4, p. 694-703, 2013.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** v. 66, n. esp., p. 158-64, 2013.

OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERÍSSIMO, M. L.O. R. **Avaliação da atenção primária à saúde da criança no município de Colombo-PR.** 2012. 123f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

OLIVEIRA, V. F. E; GAMA, N. G. S.; SILVA, P. F. M. C. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 567-578, 2010.

OLIVEIRA; V.C, VERÍSSIMO; M.L.Ó.R. A prática da longitudinalidade no atendimento à saúde da criança: comparação entre modelos assistenciais distintos. **Cogitare Enferm.** v. 20, n. 1, p. 45-52, Jan/Mar 2015.

PARANHOS, V. D.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância e o enfoque nos cuidadores: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** Artigo de Revisão v. 19, n. 1, Jan/Fev. 2011. Disponível em:<[www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae) >. Acesso em: 25 de fevereiro de 2016.

PAULA, F. A. *et al.* Avaliação da atenção à saúde do adulto em um município-polo do Vale do Jequitinhonha (MG). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 802-814, Jul./Set. 2015.

PEDRAZZA, D. F.; ROCHA, A. C. D. Deficiências de micronutrientes em crianças brasileiras assistidas em creches: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1525-1543, 2016.

PEDROSO, M. R. L.; MOTTA, M. G. C. A compreensão das vulnerabilidades socioeconômicas no cenário da assistência de enfermagem pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm.** v. 31, n. 2, p. 218-24, Porto Alegre(RS). Jun. 2010.

PEREIRA, R. T. A.; FERREIRA, V.; A consulta de enfermagem na estratégia saúde da família. **Revista uniara**, v. 17, n. 1, julho 2014

PINA; J.C. *et al.* Presença e extensão dos atributos da atenção primária à saúde entre crianças hospitalizadas por pneumonia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.** v. 23, n. 3, p. 512-9, Maio/Jun. 2015.

PINTO JUNIOR, E. P. **Internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de cinco anos e expansão da estratégia saúde da família na Bahia: um estudo ecológico com dados em painel.** Dissertação (Mestrado Acadêmico) Universidade Estadual do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2014.

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

RAMOS, H.Â.C.; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery**, v. 13, n. 2, Abr./Jun. 2009.

RASSELA, D. **Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil**. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2013.

REICHERT, A. P. S. *et al.* Vigilância do crescimento infantil: conhecimento e práticas de enfermeiros da atenção primária à saúde. **Rev Rene**. v. 13, n.1, p. 114-26, 2012.

RETRÃO, M. M. S. *et al.* Hospitalizações de menores de cinco anos em hospital público: um estudo descritivo. **Rev. Interd.** v. 7, n. 3, p. 28-36, Jul./Set. 2014.

RODRIGUES-BASTOS, R. M. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária, Minas Gerais, 2000 e 2010. **Rev Saúde Pública**. v. 48, n. 6, p. 958-967, 2014.

ROSINKE, J. G. *et al.* Efeitos Sociais e Econômicos para o Desenvolvimento Local através das contribuições do Programa Bolsa Família no município de Sinop- MT no período de 2004 a 2009. **Interações**, Campo Grande, v. 12, n. 1 p. 77-88, Jan./Jun. 2011.

SALA, A. *et al.* Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, pp. 948-960, 2011.

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

SCOTTA, M.C. *et al.* Impact of 10-valent pneumococcal non-typeable Haemophilus influenzae protein D conjugate vaccine (PHiD-CV) on childhood pneumonia hospitalizations in Brazil two years after introduction. **Vaccine**, v. 32, n. 35, p. 4495-9, Jul. 2014.

SILVA, C. A.; DAVIM, R. M. B. Mulher trabalhadora e fatores que interferem na amamentação: revisão integrativa. **Rev Rene**. v. 13, n. 5, p.1208-17, 2012.

SILVA, E. C. S. *et al.* Doenças respiratórias em crianças após a vacina pneumocócica 10 – valente. **Rev Min Enferm.** v. 17, n. 4, p. 910-916. Out./Dez. 2013.

SILVA, R. M. M.; VIERA, C. S.; Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Rev Bras Enferm.** v. 67, n. 5, p. 794-802, Set/Out. 2014.

SILVA, S. A.; FRANCOLLI, L. A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Rev Bras Enferm.** v. 69, n. 1, p. 54-61, Jan./Fev. 2016.

SITTA, E. I.; ARAKAWA, A. M.; CALDANA, M. L.; A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Rev. CEFAC**. v. 12, n. 6, p. 1059-1066, Nov/Dez. 2010.

SOUSA, F.G.M; ERDMANN, A. L; MOCHEL, E.G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Texto Contexto Enferm.** v. 20, n. 1, p. 263-71, Jan. 2011.

SOUSA, G. R. S. *et al.* Perfil das crianças internadas com diarreia em hospital público. **Rev Enferm UFPI**. v. 2, n.2, p. 34-9. Abr./Jun. 2013.

SOUZA, R. S. *et al.* Atenção à saúde da criança: prática de enfermeiros da saúde da família. **Rev Min Enferm**. v. 17, n. 2, p. 331-339, Abr/Jun. 2013.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://www.livrosgratis.com.br/arquivos\\_livros/ue000039.pdf](http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/ue000039.pdf)>. Acesso em: 18 agost. 2016.

TAVARES, P.A. Efeito do Programa Bolsa Família sobre a oferta de trabalho das mães. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 19, n. 3 (40), p. 613-635, Dez. 2010.

VASCONCELOS, V. M. *et al.* Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. **Esc Anna Nery**; v. 16, n. 2, p. 326-331, Abr/Jun. 2012

VICTORA, C. G. *et al.* Amamentação no século 21: epidemiologia, mecanismos, e efeitos ao longo da vida. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 2016

VIEIRA, V. C. L. *et al.* Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm**. v. 17, n. 1, p. 119-25, Jan/Mar. 2012.

VIERA, C. S. *et al.* Resolução de problemas de saúde de crianças na rede de atenção à saúde. **Cienc Cuid Saúde**; v. 13, n. 4, p. 705-713, Out/Dez. 2014.

XIMENES NETO, F. R. G. *et al.* Porque eu não levo meu filho para a consulta de puericultura. **Rev Soc Bras Enferm**. v. 10, n. 2, p. 51-9. 2010.

World Health Organization (WHO). **World Health Statistics 2015**. 2015. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439\\_eng.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1)>. Acesso em: 26 de fevereiro de 2016.

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu \_\_\_\_\_ tendo sido convidada a participar como voluntária do estudo **AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DAS INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS NA POPULAÇÃO INFANTIL: DOENÇAS GASTROINTESTINAIS E RESPIRATÓRIAS**, recebi do(a) Sr(a) \_\_\_\_\_ pesquisador(a) de campo as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades ou dúvidas os seguintes aspectos:

O estudo tem por finalidade avaliar os cuidados oferecidos às crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis no que se refere a atenção primária no município de Fortaleza, ou seja, como o atendimento que a criança recebeu na Estratégia de Saúde da Família/Posto de Saúde, influenciou sua internação atual.

O estudo está sendo realizada pelo Grupo de Pesquisa Puericultura-CEDEFAM/UFC pertencente ao Departamento de Enfermagem/Universidade Federal do Ceará (DENF-UFC). Para participar você terá que responder um questionário que será conduzido pelos pesquisadores contendo cerca de 55 perguntas, com duração de 30 minutos.

Os resultados que se deseja alcançar ao final do estudo são os seguintes: conhecer o perfil sociodemográfico das crianças menores de cinco anos internadas por condições sensíveis à atenção primária. O estudo será importante, pois subsidiará o sistema de saúde municipal com dados que promoveram reflexões, contribuindo para a melhoria das condições de vida das crianças nesta faixa etária. As informações obtidas através da sua participação não permitirão a identificação da sua pessoa, exceto aos responsáveis pelo estudo, e a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto. A qualquer momento você poderá retirar seu consentimento, sem ter qualquer prejuízo no atendimento recebido. E importante ressaltar que o você não receberá qualquer valor para participar do estudo, pois o mesmo é voluntário.

Se o senhor tiver qualquer dúvida sobre a ética da pesquisa, ou precisar informar ocorrências irregulares ou danosas a sua participação no estudo, dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e benefícios que a minha participação implicam, concordo em dele participar e para isso eu DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO FORÇADA OU OBRIGADA.

Pesquisadores responsáveis: Fabiane do Amaral Gubert, Jéssica Lima Benevides e Marcela Ariadne Braga Gomes Tomé  
 Instituição: Universidade Federal do Ceará  
 Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115, Bairro Rodolfo Teófilo, 1115, Fortaleza -CE  
 Telefone para contato: 085- 999953916

Para qualquer informação consultar o Comitê de ética em Pesquisa (COMEPE) UFC - Rua Coronel Nunes de Melo, 1127 Rodolfo Teófilo. Telefone: 3366.8344.

|                                     |                         |
|-------------------------------------|-------------------------|
|                                     |                         |
| Assinatura do voluntário ou digital | Responsável pelo estudo |
|                                     | Pesquisador de campo    |

Data da aplicação do instrumento:

Nome da criança a qual o participante está acompanhando:

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**PROJETO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SOB A ÓTICA DAS**  
**INTERNAÇÕES POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS NA POPULAÇÃO**  
**INFANTIL**  
**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

Nº \_\_\_\_\_

1. Identificação dos pais e/ou responsáveis da criança:

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

1.2 Grau de parentesco:

( ) Pai ( ) Mãe ( ) Madrasta ( ) Padrasto ( ) Tio/a

( ) Avô/ó ( ) Irmão/ã ( ) Guardião legal ( ) Amigo ( ) Outro, especificar: \_\_\_\_\_

1.3 Estado civil:

( ) Solteiro(a) ( ) Casado(a)/união estável ( ) Viúvo(a)

1.4 Raça: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena o (não ler esse enunciado, apenas assinalar alternativa):

1.5 Escolaridade: (em anos de estudo) \_\_\_\_\_

1.6 Renda Familiar:

( ) menos de um salário mínimo ( ) um salário mínimo ( ) dois a quatro salários ( ) mais de quatro salários

2. Dados da criança:

2.1 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino o (não ler esse enunciado, apenas assinalar alternativa):

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

2.2 Raça: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena o (não ler esse enunciado, apenas assinalar alternativa)

2.3 Localidade ( ) Interior ( ) Fortaleza

2.4 Se na alternativa 2.3 responder Fortaleza, perguntar qual a Regional de Saúde

( ) SERI ( ) SERII ( ) SERIII ( ) SERIV ( ) SERV ( ) SERVI

2.5 Condição de habitação:

2.5.1 Moradia:

( ) Casa de madeira/barro ( ) Alvenaria, outros: \_\_\_\_\_

2.5.2 Abastecimento de água:

( ) encanada ( ) poço ( ) outros: \_\_\_\_\_

Instalação sanitária: ( ) interna ( ) externa ( ) ausência ( ) outros: \_\_\_\_\_

Lixo: ( ) coleta ( ) queimado ( ) exposto ( ) outros: \_\_\_\_\_

Esgoto: ( ) aberto ( ) outros: \_\_\_\_\_

2.6 Recebe algum benefício do governo? ( ) Sim ( ) Não

Caso receba, especificar: \_\_\_\_\_

2.7 Raça: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena (não ler esse enunciado, apenas assinalar alternativa):

3 Relação com os serviços de saúde:

1.1 A sua criança recebeu atendimento em serviço de saúde nos últimos 12 meses?

( ) Sim ( ) Não

3.2 Episódio de internação anterior: ( ) Sim ( ) Não Quantas? \_\_\_\_\_

Em caso afirmativo, especifique diagnóstico: \_\_\_\_\_

3.3 Diagnóstico da internação atual: ( ) Pneumonia ( ) Asma ( ) doença gastrointestinal

4. Você gostaria de acrescentar alguma informação que você considere importante que não foi perguntado?

Espaço reservado

Responsável pela coleta \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Observações:

## **ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

### **PCATool - Brasil versão Criança**

#### **Descrição do Instrumento**

É composto por 55 itens divididos em 10 componentes relacionados da seguinte maneira aos atributos da APS:

1. Grau de Afiliação com Serviço de Saúde (A). Constituído por 3 itens (A1, A2 e A3)
2. Acesso de Primeiro Contato – Utilização (B). Constituído por 3 itens (B1, B2 e B3).
3. Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade (C). Constituído por 6 itens (C1, C2, C3, C4, C5 e C6).
4. Longitudinalidade (D). Constituído por 14 itens (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14).
5. Coordenação – Integração de Cuidados (E). Constituído por 5 itens (E2, E3, E4, E5 e E6).
6. Coordenação – Sistema de Informações (F). Constituído por 3 itens (F1, F2 e F3).
7. Integralidade – Serviços Disponíveis (G). Constituído por 9 itens (G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8 e G9).
8. Integralidade – Serviços Prestados (H). Constituído por 5 itens (H1, H2, H3, H4 e H5).
9. Orientação Familiar (I). Constituído por 3 itens (I1, I2 e I3).
10. Orientação Comunitária (J). Constituído por 4 itens (J1, J2, J3 e J4).

Os itens do componente “Primeiro Contato - Utilização” e do componente “Coordenação - Sistema de Informações” não haviam atingido o ponto de corte estatístico para sua validação, mas devido a sua importância conceitual, esses itens foram mantidos no PCATool-Brasil versão Criança, assim como o item D1 do componente Longitudinalidade.

O PCATool-Brasil versão Criança deve ser aplicado aos pais das crianças ou cuidadores destas (como avós, tios ou cuidadores legais), identificando-se o familiar/cuidador que é o maior responsável pelo cuidado à saúde da criança. A pergunta a seguir pode ser utilizada para identificar este cuidador: “Quem é a pessoa que tem mais condições para falar sobre o atendimento em saúde do(a).....(nome da criança)”?