



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**PERFIL NOSOLÓGICO E SOCIODEMOGRÁFICO DAS CRIANÇAS
DE 0-12 ANOS ASSISTIDAS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS NO PERÍODO DE JANEIRO
DE 2007 A JANEIRO DE 2010**

THÂNIA MARIA CLAUDINO DE OLIVEIRA ARAÚJO

**GOIÂNIA
2012**



**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE**

**PERFIL NOSOLÓGICO E SOCIODEMOGRÁFICO DAS CRIANÇAS
DE 0-12 ANOS ASSISTIDAS NO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS NO PERÍODO DE JANEIRO
DE 2007 A JANEIRO DE 2010**

THÂNIA MARIA CLAUDINO DE OLIVEIRA ARAÚJO

Orientadora: Prof^a. Dra. Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, da Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

GOIÂNIA

2012

V663p Araújo, Thânia Maria Claudino de Oliveira
Perfil nosológico e sociodemográfico das crianças de 0-12 anos assistidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010 [manuscrito] / Thânia Maria Claudino de Oliveira Araújo. – 2012.
69 f.

Bibliografia: f. [57]-66.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2012.

“Orientadora: Prof^a. Dr^a. Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer”.

1. Crianças – saúde e higiene – Goiânia (GO). 2. Epidemiologia. 3. Doenças respiratórias nas crianças. I. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. II. Pfrimer, Irmtraut Araci Hoffmann. III. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. IV. Título.

CDU: 613.95/955(817.3)(043.3)
616-036.22



DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE
DEFENDIDA EM 18 DE JANEIRO DE 2012 E CONSIDERADA
APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

1) *Imtraut Araci H. Pfrimer*

Profª. Dra. Imtraut Araci H. Pfrimer / PUC Goiás (Presidente/Orientadora)

2)

José Rodrigues do Carmo Filho
Prof. Dr. José Rodrigues do Carmo Filho / PUC Goiás (Membro)

3)

Gélio Sisteroli de Carvalho
Prof. Dr. Gélio Sisteroli de Carvalho / SES (Membro Externo)

4)

Profª. Dra. Maira Barberi / PUC Goiás (Suplente)

DEDICATÓRIA

*Ao Divino Pai Eterno, minha força na caminhada,
meu agradecimento especial.*

*À minha família: aos meus pais Joaquim (in
memoriam) e Maria; ao meu irmão José Carlos;
ao meu esposo Emival; aos meus filhos Vinícius,
Letícia e Adriano, minha eterna gratidão.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer, quero agradecer por tudo: pela acolhida carinhosa, pela confiança, pela disponibilidade, pela preciosa orientação, pelos incentivos, pelas críticas construtivas e sugestões. Agradeço ainda por contribuir para a minha formação profissional, como também, para a minha formação como pessoa humana.

Aos Prof^o Dr. Gélcio Sisteroli de Camargo e Prof^o Dr. José Rodrigues do Carmo Filho por terem aceitado participar da minha banca examinadora e pela oportunidade de aprendizado.

Aos diretores e responsáveis pela instituição, Hospital das Clínicas da UFG, por permitirem a realização desta pesquisa e compreenderem a importância do estudo.

A todos os professores, colegas, em especial, a colega Rosa Azevedo da Luz, os profissionais e funcionários do Mestrado Ciências Ambientais e Saúde que muito contribuíram para a conclusão desse trabalho.

Às crianças que participaram como sujeitos desse estudo, minha eterna gratidão.

Enfim, a todos aqueles que colaboraram de forma direta e indireta para a realização deste trabalho, o meu muito obrigado!..

RESUMO

Araújo TMCO. **Perfil nosológico e sociodemográfico das crianças de 0-12 anos assistidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010.** [Dissertação]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2012.

A atenção à saúde infantil é uma prioridade mundial, uma vez que a infância é um período único de desenvolvimento das potencialidades humanas. Vários fatores podem estar associados à saúde da criança. O objetivo do estudo foi descrever o perfil nosológico e sociodemográfico das crianças de 0-12 anos assistidas no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Goiás, no período de três anos (janeiro de 2007 a janeiro de 2010). Trata-se de um estudo descritivo transversal. Foram analisados 501 prontuários de crianças de 0-12 anos, colhendo-se informações sobre o sexo, idade e procedência da criança, o diagnóstico no momento do último comparecimento no HC, o número de comparecimentos, o tipo de atendimento, além de dados sobre escolaridade, situação funcional e renda familiar dos pais e/ou responsáveis. Foram realizadas análises estatísticas descritivas. Os resultados revelaram o predomínio de crianças do sexo masculino, idade entre zero a cinco anos, residentes na cidade de Goiânia e região metropolitana. Essa população de crianças estudada estava inserida em famílias de baixo poder aquisitivo e a maioria dos pais das crianças eram trabalhadores autônomos e a maioria das mães se encontravam desempregadas. Os pais e as mães tinham baixa escolaridade, porém havia significativamente um maior número de mães com a mesma escolaridade do que a dos pais; enquanto 27,5% dos pais tinham ensino médio (completo ou incompleto), 41,0% das mães tinham esse nível de escolaridade. Os diagnósticos que ocorreram com maior frequência foram os das doenças do aparelho respiratório e dessas, a pneumonia prevaleceu sobre as demais (29,5%). O número médio de comparecimentos foi de 5,2 vezes ou 1,7 atendimentos por criança, por ano. Internação foi o tipo de atendimento mais frequente nessa população infantil. Conclui-se que as doenças respiratórias, em especial a pneumonia, persistem entre as principais causas de adoecimento e de demanda de crianças menores de cinco anos aos serviços de saúde.

Palavras-chave: Saúde infantil; Epidemiologia; Perfil de Saúde.

ABSTRACT

Araújo TMCO. **The nosologic and sociodemographic profile of assisted children from 0-12 years old at Hospital das Clínicas of Universidade Federal de Goiás, Brazil, in the periodo from January 2007 to January 2010.** [Dissertation]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás, 2012.

A worldwide priority is to pay attention to child health once childhood is a singular period for the development of human being potentialities. Several factors may be associated to child health. The aim of this study was to describe the nosologic and sociodemographic profile of assisted children from birthday to 12 years old at Hospital das Clínicas (HC) of Universidade Federal de Goiás (UFG), Brazil, during three years (from January-2007 to January 2010). This research is a descriptive transversal study. It was analysed 501 handbook records of 0-12 years old children, taking information about sex, age and parentage(origin) of the children, health diagnosis record in the last attendance at HC, number of attendances, kind of health service, besides data regarding the school level, functional situation and income of the parents or responsible. Descriptive and statistical analyses were presented as well. The results have revealed that most children were of the masculine sex, aged from zero to five years old, residents in Goiania and metropolitan area. This population of children was inserted in low-income families and most their fathers were self-employed and mothers were unemployed. These fathers and mothers had low school level, however, there were significantly a bigger number of mothers with the same school level than the fathers; while 27,5% of the fathers had high school level (complete or uncomplete), 41,0% of mothers had the same school level. The majority of diagnoses were respiratory system diseases while pneumonia prevailed over other ones (29,5%). The average number of attendances was 5,2 times or 1,7 health service per child, per year. The highest frequency of health service for this children's population was hospital admission. In conclusion, respiratory system diseases and in particular pneumonia remains as one of the main causes of illness and demand for children under five years to health care.

Keywords: Child health; Epidemiology; Health Profile.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
2. OBJETIVOS	15
2.1. Objetivo Geral	15
2.2. Objetivos específicos	15
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
3.1. Saúde infantil	16
4. METODOLOGIA	36
4.1. Caracterização do estudo	36
4.2. Local, período do estudo, amostra e amostragem	36
4.3. Instrumento da coleta de dados, variáveis e categorias de estudo.....	37
4.4. Operacionalização	39
4.5. Processamento e análise dos dados	40
4.6. Aspectos éticos e legais.....	40
5. RESULTADOS	41
5.1. Perfil demográfico	41
5.2. Perfil nosológico.....	42
5.3. Perfil sociodemográfico dos pais.....	45
6. DISCUSSÃO	48
7. CONCLUSÕES	55
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos dados demográficos das crianças assistidas (n=501) no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010.....	41
Tabela 2. Distribuição do número e porcentagem dos diagnósticos médicos e situações das crianças assistidas (n=501) no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010.....	42
Tabela 3. Distribuição dos diagnósticos médicos e situações das crianças assistidas (n=501) no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010 de acordo com a faixa etária	43
Tabela 4. Distribuição do número de comparecimentos das crianças assistidas (n=501) no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010 de acordo com a faixa etária	44
Tabela 5. Distribuição das categorias de atendimento das crianças assistidas (n=501) no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010	45
Tabela 6. Distribuição do tipo de atendimento das crianças assistidas (n=501) no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010 de acordo com a faixa etária	45
Tabela 7. Distribuição da escolaridade dos pais das crianças no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010.....	46
Tabela 8. Distribuição dos dados socioeconômicos dos pais das crianças assistidas no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010.....	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

CID - Classificação Internacional de Doenças

DDA - Doenças Diarréicas Agudas

DEP - Desnutrição Energético-Protéica

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

HC/UFG - Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás

HIV - *Human Immunodeficiency Virus*

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IMC- Índice da Massa Corporal

IRA - Infecções Respiratórias Agudas

ITU - Infecção do Trato Urinário

IVAS - Infecções das Vias Aéreas Superiores

IVAI - Infecções das Vias Aéreas Inferiores

OMS - Organização Mundial de Saúde

POF- Pesquisa de Orçamento Familiares

PAISC - Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SAMIS - Serviço de Arquivo Médico e Informação em Saúde

SIH-SUS - Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SPSS - *Statistical Package for the Social Sciences*

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

WHO - *World Health Organization*

1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde infantil é uma prioridade mundial, uma vez que a infância é um período único de desenvolvimento das potencialidades humanas. Além disso, há o crescente reconhecimento de que os primeiros anos de vida do ser humano constituem o alicerce de uma vida futura mais saudável. A garantia das condições favoráveis para o desenvolvimento da criança estimula o desenvolvimento integral do indivíduo e, com ele, de toda a sociedade (BRASIL, 2009).

Vários fatores podem estar associados à saúde da criança de uma forma ampla. Dentre estes fatores podem ser relacionados à qualidade de vida, o contexto familiar, aspectos culturais e condições socioeconômicas e demográficas. Reconhece-se que as condições de vida influenciam a saúde infantil (MARÇAL, 2006; GHANEM, 2007; CHEN & LI, 2009).

Fatores determinantes provenientes do meio ambiente (alimentação, moradia, saneamento básico, renda, educação, acesso aos bens e serviços essenciais) em uma relação de forças com as condições próprias do indivíduo (sexo, idade) e com aquelas relativas ao agente etiológico (morfologia, patogenicidade) resultam no estado de saúde e/ou de doença dos indivíduos e das populações (SENA et al., 2006; BARROS et al., 2010).

Na área da saúde infantil, estudos epidemiológicos sobre os problemas de saúde da criança têm reconhecido a dimensão multifatorial das doenças na infância e demonstrado a associação entre processo saúde-doença, saneamento básico, renda, nível de educação, nutrição, acesso aos serviços médicos e que esses aspectos estão correlacionados entre si (HARRIS et al., 2004); FIGUEIREDO & MELLO, 2007; MONTEIRO et al, 2009).

A associação entre fatores de risco sociodemográficos e as doenças infecciosas, por exemplo, evidencia que baixa renda não é causa direta de doença, mas que a moradia em condições insalubres, pode determinar que maior carga de bactérias eleve a frequência de episódios mórbidos (VICTORA & CÉSAR, 2003; VICTORINO & GAUTHIER, 2009).

Além disso, uma mãe inserida num contexto socioeconômico desfavorável, com baixa escolaridade, certamente estará menos apta a se beneficiar da estrutura assistencial durante a gestação. Nessa perspectiva, configura-se um círculo vicioso de eventos posteriores que não favorecem o crescimento e desenvolvimento integral da criança, gerando problemas sociais que se perpetuam de forma transgeracional (DOWD et al., 2009).

São importantes as iniciativas de identificação desses eventos e seus fatores determinantes, reduzi-los ou eliminá-los de maneira apropriada, com o fim de interromper “esses círculos viciosos” em que as populações mais vulneráveis estão subordinadas (WHO, 2008a).

Avaliar o padrão de saúde de uma população é uma tarefa complexa, tendo em vista as dificuldades de conceituá-la, de acompanhá-la e de sistematizar parâmetros para estas definições. Por isso, a epidemiologia opta por medir saúde de forma indireta, paradoxalmente, pela não saúde, ou seja, pela ocorrência de doenças e de mortes nas populações humanas, utilizando-se de métodos quantitativos para estudá-las e definir estratégias de prevenção e controle. (AYRES, 2002; BONITA et al., 2010).

A faixa etária infantil é mais vulnerável à ocorrência de desequilíbrios que possam afetar o estado de saúde da criança e comprometer o desempenho na vida adulta (CASSELL & GOLDEN, 2010).

No Brasil houve avanço nas políticas públicas de saúde infantil associado ao progresso científico e tecnológico registrado na segunda metade do século XX. Em 2010, o Ministério da Saúde publicou que o Brasil mantém queda significativa de mortalidade infantil. Entre 1990 e 2008, a mortalidade neonatal caiu 36% (a quantidade de óbitos baixou de 46.893 para 29.881). No mesmo período, a mortalidade infantil geral (de 0 até 12 meses de vida) teve redução de 54%: o número de mortes caiu de 95.476 para 43.601 (BRASIL, 2010).

Esta mudança na taxa de mortalidade infantil decorre da interação de fatores demográficos, econômicos e sociais, ampliação do saneamento básico, redução da fecundidade, além de medidas específicas do setor saúde, tais como: imunizações, uso da terapia de reidratação oral, incentivo ao aleitamento materno, os Programas de Atenção Integral à Saúde da Mulher, assistência ao pré-natal e a implantação do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2009a).

Para o Ministério da Saúde do Brasil, as principais causas de adoecimento e morte na infância, na década de 1980, mudaram das doenças diarreicas para as afecções perinatais (BRASIL, 2009a). Na atualidade, o país convive com morbidades infantis associadas a anomalias congênitas e septicemia, ao lado das doenças comuns na infância, como a pneumonia e diarreia.

Vale ressaltar que, com a diminuição da mortalidade infantil, os estudos de morbidade são de grande importância no controle das doenças e no planejamento de ações em saúde, pois captam aspectos do processo saúde-doença que escapam das estatísticas de mortalidade (CÉSAR et al., 1996; FERRER, 2009).

Assim, desafios relacionados ao tratamento e prevenção de doenças impõem-se como fortes demandas para o fortalecimento de políticas públicas que garantam a saúde de um indivíduo em crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2009a).

A identificação do perfil das crianças relativo ao sexo, idade, escolaridade dos pais, informações com relação à procedência, aos diagnósticos médicos, ao tipo e número de atendimentos, somado ao interesse em aprofundar o conhecimento desta realidade, suscitou o problema abordado nesse estudo, que perpassa pela seguinte indagação: Qual o perfil nosológico e sociodemográfico das crianças de 0-12 anos assistidas no Hospital das Clínicas da UFG em um período de três anos?

Conhecer as características de uma determinada população, de um determinado local, em um determinado período permite o desenvolvimento de medidas e políticas de saúde adequadas à realidade da população, bem como para fornecer subsídios para uma leitura mais crítica da demanda que procura uma instituição de saúde e pode ser também de utilidade para o fortalecimento de políticas públicas eficazes para o controle das doenças na infância.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Descrever o perfil nosológico e sociodemográfico das crianças de 0-12 anos assistidas no Hospital das Clínicas da UFG no período de três anos compreendidos entre janeiro de 2007 a janeiro de 2010.

2.2. Objetivos específicos

1- Descrever os dados demográficos, idade, sexo e procedência da população infantil (0 a 12 anos) assistida no Hospital das Clínicas da UFG, no período de três anos compreendidos entre janeiro de 2007 a janeiro de 2010;

2- Descrever os diagnósticos médicos e situações no momento do último comparecimento da população infantil (0 a 12 anos) assistida no Hospital das Clínicas da UFG;

3- Descrever o número de comparecimento e tipo de atendimento da população infantil (0 a 12 anos) assistida no Hospital das Clínicas da UFG, no período de três anos compreendidos entre janeiro de 2007 a janeiro de 2010;

4- Descrever a escolaridade, situação funcional e renda familiar dos pais e/ou responsáveis das crianças assistidas (0 a 12 anos) no Hospital das Clínicas da UFG no período de três anos compreendidos entre janeiro de 2007 a janeiro de 2010.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1. Saúde infantil

Está garantido na Constituição Federal do Brasil: “**A Saúde é um direito de todos e um dever do Estado**”. A legislação brasileira, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), reforça o compromisso pela promoção do bem-estar desses pequenos cidadãos. Responsabilidade esta que não é apenas da família, mas do Estado e da sociedade como um todo. O ECA foi criado como lei nº 8069 em 1990 e atualizado em 2003 (BRASIL, 2003a). O fundamento da lei está no artigo 227 da Constituição de 1988:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Nesse contexto, o bem estar da criança é entendido de uma forma mais ampla, holística, abrangendo diversas áreas da vida da criança, um ser humano em desenvolvimento. A saúde complementa o bem estar integral do ser humano.

Estes avanços na legislação ocorreram a nível global, não somente no Brasil. A Organização Mundial da Saúde (OMS), Organização Panamericana de Saúde (OPAS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) dedicam seu trabalho à saúde e bem estar de populações, incluindo crianças e adolescentes, com programas, protocolos e estudos sobre o assunto.

Em 1989, a Convenção sobre os Direitos da Criança adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas foi ratificada por 192 países, inclusive o

Brasil. Nessa convenção, os governos comprometeram-se a assumir a responsabilidade de se trabalhar em favor da saúde e dos direitos das crianças e das mães.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) adotou em sua Constituição (1948) a seguinte definição de saúde: “*saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade*”. Esse conceito tantas vezes citado simboliza um compromisso, um objetivo a ser perseguido, porém um construto complexo (MAMBRINI, 2009).

(...) em nossa cultura, adotou-se a concepção do corpo humano como uma máquina, a ser analisado em termos de suas partes. A mente e o corpo estão separados, a doença é vista como um mau funcionamento de mecanismos biológicos, e a saúde definida como a ausência de doença. Essa concepção agora está sendo lentamente eclipsada por uma concepção holística e ecológica do mundo, que não considera o universo como uma máquina, mas um sistema vivo; essa nova concepção enfatiza a inter-relação e interdependência essenciais de todos os fenômenos e procura entender a natureza não só em termos de estruturas fundamentais, mas também em função de processos dinâmicos subjacentes. Diríamos que a concepção sistêmica dos organismos vivos pode fornecer a base ideal para uma nova abordagem da saúde e da assistência à saúde, que é inteiramente compatível com o novo paradigma, e mergulha suas raízes em nossa herança cultural” (CAPRA, 1982, p314-315).

Assim, a partir do referencial holístico, tem-se uma compreensão diferenciada sobre saúde, superando o conceito de simples ausência de doença e entendendo a mesma como um fenômeno multidimensional, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais, todos interdependentes (CAPRA, 1982).

Saúde, enquanto qualidade de vida pressupõe considerar as várias dimensões humanas e, em relação à saúde infantil, a especificidade do ser criança. Para tanto, depende e resulta de um conjunto de fatores que se combinam, ou seja, saúde como resultante das condições de alimentação,

educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamento interpessoal, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde, como também a qualidade da atenção, por eles prestados. Enfim, a saúde é produto e parte do estilo de vida e das condições de existência, sendo a vivência do processo saúde/doença uma forma de representação da inserção humana no mundo (GWATKIN et al., 2007; BARROS, 2008).

A parcela da população formada por crianças é considerada um grupo que necessita de muitos cuidados, pois as influências sociais e ambientais exercem grande impacto sobre a saúde e o bem-estar das mesmas e de suas famílias (FROTA et al., 2010). Entretanto, se reconhece que tais fatores agem de forma diferenciada na determinação dos problemas de saúde na infância por causa de algumas peculiaridades: a criança é mais vulnerável em função do sistema de defesa encontrar-se em desenvolvimento e, assim, pela sua maior vulnerabilidade bio-psico-social é vítima frequente aos agravos à sua saúde, especialmente nos dois primeiros anos de vida em função da imaturidade desses sistemas e órgãos (HALPERN et al., 2000; FALBO & ALVES, 2002; LEJARRAGA, 2002).

Além disso, quanto menor a idade da criança, maior a dependência do adulto para os cuidados básicos com a saúde, a alimentação, a higiene, a estimulação e a proteção contra acidentes e situações adversas. Por isso se diz ser a mortalidade infantil um dos mais sensíveis indicadores de condições de vida de uma população (GUYER et al., 2009; BRASIL, 2009a)

De acordo com Castellanos (1997, apud REIS, 2006) cada indivíduo, família, comunidade e grupo populacional, em cada momento de sua existência, têm necessidades e riscos que lhes são característicos, seja por idade, sexo e

outros atributos individuais, seja por sua cultura e nível educacional, ou seja, pela sua inserção econômico-social, que se traduz em um perfil de problemas de saúde/doença peculiares. Estes, por sua vez, favorecem ou dificultam sua realização como indivíduo e, no caso específico da população infantil, o desenvolvimento integral das potencialidades da criança, um ser humano em formação (POWER et al., 2007; COHEN et al., 2010; RAJMIL et al., 2010).

Há quem ainda acredite que a saúde, em especial, a saúde da criança é basicamente uma questão de mantê-las limpas e evitar que adoçam. Porém, sua saúde envolve dimensões muito mais amplas que higiene ou “ausência de doenças”. O estresse familiar e individual de viver em famílias em ampla desvantagem social, econômica, educacional e demográfica tende a influenciar o contexto de vida, ocasionando problemas de saúde em suas crianças (WHO, 2008a). Circunstâncias sociais adversas podem reduzir a disponibilidade da mãe para dar suporte emocional ao filho, podendo predispor a ocorrência, manutenção ou agravamento de problemas nas crianças (BORDIN et al., 2009; HOFFMANN et al., 2009).

Acontece uma crescente conscientização de que os problemas de saúde das crianças são diferentes das patologias dos adultos e de que as respostas das crianças às doenças são variáveis de acordo com a idade, devido aos seus sistemas orgânicos e processos fisiológicos peculiares, e por isso suas necessidades requerem atenção especial (UNICEF, 2009).

Em sua publicação “Situação Mundial da Infância 2008 – Sobrevivência Infantil”, o Unicef reforçou que a saúde da criança deve iniciar-se durante a gestação e estender-se após o nascimento. Além da genética que determina inúmeras características, inclusive a propensão para certas doenças, a criança

chega ao mundo com o histórico de sua vida intra-uterina, que pode influenciar a saúde na infância e na fase adulta de maneira positiva ou negativa. E essa influência continua a cada dia de vida do recém-nascido, da criança, do adolescente e parte da saúde do futuro adulto está sendo construída nessas etapas (SILVEIRA et al., 2007; MARTINEZ- CASTALDI et al., 2008; GUYER et al., 2009).

Recentemente, estudos sobre a determinação de doenças crônicas em adultos, como os de Barker (2003) e de Gluckman (2009), têm reforçado o valor da atenção prioritária à saúde na infância. De acordo com essas pesquisas, doenças originadas no início da vida e riscos cumulativos de diferentes exposições durante o curso da vida influenciam o surgimento de doenças crônicas como obesidade, hipertensão, diabetes e certos tipos de câncer na idade adulta.

Nesse sentido, o processo de transição epidemiológica e demográfica, ocorrido ao longo do último século, aponta para um modelo de cuidado ampliado, visando à prevenção das doenças infantis e, em consequência, das doenças do adulto (BARKER, 2003; MARTINEZ-CASTALDI et al., 2008).

Sabe-se que os fatores que moldam a saúde do feto, da criança e o seu desenvolvimento têm implicações para a saúde do adulto, as quais se manifestam cinco a seis décadas mais tarde. O ambiente intra-uterino, incluindo desnutrição e infecção parece interagir com a composição genética, influenciando o desenvolvimento dos órgãos e a criação de vulnerabilidades às interações gene-ambiente. Estas influências iniciais e, subsequentes exposições ambientais, aumenta o risco de doenças crônicas na idade adulta. (GUYER et al, 2009).

No Brasil, em resposta à necessidade de políticas públicas de saúde direcionadas para a atenção materno-infantil, em 1984, foi instituído, pelo

Ministério da Saúde, o *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher* (PAISM).

O PAISM introduziu uma nova e diferenciada abordagem nas políticas públicas voltadas para a saúde da mulher. O referido programa incorporou propostas centradas na integralidade e na equidade da atenção, com ênfase no atendimento à saúde reprodutiva, no âmbito da atenção integral, tendo em vista o aperfeiçoamento do controle do pré-natal, parto e puerpério, incluindo ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 2005).

Nos últimos 20 anos, tem havido um grande investimento no setor saúde, priorizando ações de prevenção e promoção de saúde e, especificamente com relação à saúde da criança, têm-se implementado programas direcionados aos problemas de alta morbidade e mortalidade (BRASIL, 2002).

Segundo o Ministério da Saúde do Brasil, os programas de atenção à saúde da criança têm desenvolvido atividades voltadas, principalmente, para o incentivo ao aleitamento materno, cobertura vacinal, controle de diarreia e infecções respiratórias, com foco especialmente sobre as crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2002).

Na década de 80, foi elaborado o *Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança* (PAISC), o qual se baseou na análise das condições sanitárias e epidemiológicas da população brasileira. O objetivo principal era garantir a assistência integral à saúde da criança, através das ações básicas como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes e de maior repercussão na mortalidade de crianças de zero a cinco anos de idade (BRASIL, 1984).

A abordagem epidemiológica nesse programa está respaldada no entendimento de que havia uma cadeia de fatores que podiam explicar o binômio

desnutrição- infecção na complexa estrutura da morbimortalidade infantil. Múltiplos fatores determinantes podiam preceder as altas prevalências de desnutrição e da infecção e comprometer uma grande parcela da população infantil em crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 1984; FIGUEIREDO & MELLO, 2007).

Os programas do PAISC formam um conjunto de ações interligadas, visando à diminuição dos indicadores epidemiológicos de mortalidade infantil, o aumento da resolutibilidade do atendimento à criança, além da racionalização do uso de medicamentos e realização de exames complementares (BRASIL, 1984).

Em 1996, a estratégia de *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância* (AIDPI) foi adotada e adaptada para o perfil epidemiológico do Brasil. Essa estratégia foi desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, Organização Panamericana da Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância com vistas a diminuir a morbimortalidade infantil, mediante sistematização do atendimento das doenças prevalentes de forma integrada e simultânea (BRASIL, 2003b).

Nessa estratégia, a criança é avaliada no todo, ou seja, não apenas pela queixa ou doença que a levou à consulta, mas abrange também o contexto social e familiar no qual a criança está inserida (HIGUCHI et al., 2011). O Programa da Saúde da Família (PSF) vem se apresentando como um campo propício à incorporação da estratégia *Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância* (AIDPI).

A abordagem epidemiológica da AIDPI está relacionada ao perfil de saúde infantil do país, destacando proporção relativa de óbitos por afecções originadas no período neonatal, consideradas de difícil intervenção e, por outro lado, as

doenças chamadas “doenças do subdesenvolvimento” como as pneumonias, diarreias, desnutrição e, particularmente, na Região Norte, a malária (BRASIL, 2003b).

No Brasil, houve queda na prevalência da desnutrição e aumento nos índices de sobrepeso e obesidade. Nos últimos 25 anos, a desnutrição em crianças (relação altura/idade) apresentou um declínio de 29,3% (1974-75) para 7,2% (2008-09) entre meninos e de 26,7% para 6,3% nas meninas, mas se sobressaiu no meio rural da Região Norte: 16% dos meninos e 13,5% das meninas. Já o déficit da altura em crianças com menos de cinco anos (um importante indicador da desnutrição infantil) foi de 6% no país, sendo mais expressivo em meninas no primeiro ano de vida (9,4%), crianças da Região Norte (8,5%) e na faixa mais baixa de rendimentos (8,2%) (IBGE, 2010).

A desnutrição energético-protéica (DEP) torna-se, direta ou indiretamente, a principal causa de morbidade e mortalidade nas crianças abaixo de cinco anos, período de maior vulnerabilidade. Isso pode ser explicado pela elevada velocidade de crescimento observada nessa faixa etária, com maiores necessidades energéticas, e também pela perda paulatina da imunidade passiva ao longo do primeiro ano de vida (MALAFAIA, 2009).

Atualmente, no Brasil, a duração mediana da amamentação aumentou de 2,5 meses nos anos 1970 para 14 meses em 2006-07. A prevalência de amamentação exclusiva em menores de quatro meses aumentou de 3,6% em 1986 para 48,1% em 2006-07. Os padrões de amamentação melhoraram bastante e é um dado importante, pois a alimentação introduzida após o desmame é, em geral, insuficiente para satisfazer as necessidades dos lactentes entre famílias de baixo poder aquisitivo. Além disso, as condições sanitárias

insatisfatórias e as práticas inadequadas de higiene acompanham a desnutrição, o que favorece a ocorrência de parasitoses, infecções e diarreia (SALES & SEIXAS, 2008).

A OMS estima que mais de 20 milhões de crianças nasçam com baixo peso a cada ano, cerca de 150 milhões de crianças de cinco anos tenham baixo peso para a sua idade e 182 milhões (32,5%) tenham baixa estatura. Cerca de 20 a 30% das crianças gravemente desnutridas vão a óbito durante o tratamento em serviços de saúde de países em desenvolvimento. Essas cifras têm se mantido inalteradas nas últimas cinco décadas e correspondem a um percentual quatro a seis vezes mais alto que a taxa de 5%, reconhecida como aceitável pela OMS (CARDOSO et al., 2006).

A incidência de baixo peso ao nascer teria declinado de valores em torno de 11% para 8%, em anos recentes. Contrariando as tendências de melhoria no cenário das carências nutritivas, a anemia estaria aumentando sua prevalência, apresentando uma elevação de 110% (caso de São Paulo) e de 88% (caso da Paraíba), num intervalo de 21 e 10 anos, respectivamente (GARCIA et al., 2007).

Atualmente, vem-se observando um importante aumento na prevalência da obesidade, em variadas faixas etárias, inclusive a pediátrica. Dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), sugerem que a prevalência de sobrepeso e obesidade está aumentando num ritmo de grande magnitude a nível global. Na maioria dos países europeus, a prevalência de excesso de peso (sobrepeso e obesidade juntos) em adultos varia entre 50 e 75%. Nos Estados Unidos, a obesidade acomete cerca de 20% dos homens e 25% das mulheres. No Brasil, 12,7% das mulheres e 8,8% dos homens adultos brasileiros são obesos (OMS, 2004).

A obesidade infantil é preocupante em virtude do elevado risco que essas crianças têm de se tornarem adultos obesos e devido às várias condições mórbidas associadas à obesidade. A Organização Mundial de Saúde (OMS) passou a considerar a obesidade como um problema de saúde pública tão preocupante quanto a desnutrição (GARCIA et al., 2007; MENDONÇA et al., 2010).

A Pesquisa de Orçamento Familiares (POF 2008-2009) realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE, 2010), em parceria com o Ministério da Saúde, apresentou um aumento importante no número de crianças acima do peso no país, principalmente na faixa etária entre cinco e nove anos de idade. O número de meninos acima do peso mais que dobrou entre 1989 e 2009, passando de 15% para 34,8%, respectivamente. Observou-se padrão semelhante nas meninas que, de 8,6% na década de 70, foram para 11,9% no final dos anos 80, e chegaram aos 32% em 2008-09. Já o número de obesos teve um aumento de mais de 300% nesse mesmo grupo etário, indo de 4,1% em 1989 para 16,6% em 2008-2009 (IBGE, 2010). A pesquisa mostra, ainda, que, desde 1989, entre os meninos de cinco a nove anos de idade nas famílias dos 20% da população com menor renda, houve um forte crescimento daqueles com excesso de peso, passando de 8,9% para 26,5%. Na faixa de maior rendimento, o aumento notado foi de 25,8% para 46,2% no mesmo período (IBGE, 2010).

Estudo de coorte de indivíduos com síndrome metabólica seguidos desde a infância por vinte e cinco anos, mostrou que o risco de adultos jovens desenvolverem evento cardiovascular foi vinte vezes superior entre os que tinham síndrome metabólica quando crianças, comparativamente aos que não tinham (GAMA et al., 2007; PACÍFICO et al., 2011).

No estudo de Monego & Jardim (2006) desenvolvido com o objetivo de conhecer os determinantes de risco para doenças cardiovasculares em 3.169 escolares, foi demonstrado que o índice de massa corporal (IMC) identificou 16,0% com excesso de peso, dos quais 4,9 já eram obesos e que houve associação significativa ($p=0,01$) entre hipertensão arterial e excesso de peso.

A literatura científica aponta (MONEGO & JARDIM, 2006; GAMA et al., 2007; DUNTON et al., 2009; NAGHETTINI et al., 2009) que as doenças crônicas principiam na infância e é nessa faixa etária, que os programas para o seu controle devem ser incrementados, pois o diagnóstico precoce e a intervenção ainda na infância e na adolescência são fundamentais para a prevenção das doenças e suas complicações na idade adulta.

Crianças menores de cinco anos de idade são especialmente suscetíveis aos efeitos das desigualdades socioeconômicas, devido à sua dependência dos outros para garantir o seu estado de saúde. Segundo revisão desenvolvida pela *Priority Public Health Conditions Knowledge Network of the Commission on Social Determinants of Health* (WHO, 2008) sobre a morbidade infantil, mortalidade, alimentação e utilização de serviços de saúde, as crianças de menor condição socioeconômica e suas mães apresentam sistematicamente uma situação pior em termos de mortalidade, morbidade e desnutrição.

Tais desigualdades na condição de saúde resultam do fato das mesmas apresentarem mais susceptibilidade de serem expostas aos agentes causadores de doenças e, quando expostas, elas são mais vulneráveis devido à baixa cobertura com intervenções preventivas e, uma vez adquirindo uma doença que há a exigência de tratamento médico, são menos propensas a ter acesso aos serviços de saúde de qualidade. Ainda, segundo essa revisão, há muito poucas exceções a esse padrão – a obesidade infantil e inadequada prática de

amamentação foram as únicas condições mais frequentemente relatadas entre as crianças socioeconômico favorecidas (WHO, 2008a).

Doenças que atingem a mãe, tais como infecções, hipertensão ou diabetes mal controladas podem prejudicar a oxigenação e a nutrição do feto, e por isso a criança já nasce com maior predisposição para ter problemas de saúde. Crianças que nascem abaixo do peso ou prematuras têm mais chances de desenvolver doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão, além de serem mais propensas a doenças respiratórias (BETTIOL et al., 2010; Van DIJK et al., 2010).

As síndromes infecciosas respiratórias ou infecções respiratórias agudas (IRA) formam um grupo de doenças de importância fundamental no contexto da saúde da criança, tendo em vista sua elevada incidência e impacto sobre a morbimortalidade infantil. São doenças de etiologia viral ou bacteriana que acometem qualquer segmento do trato respiratório, englobando várias síndromes clínicas. Apesar da distribuição global das doenças do aparelho respiratório, seu impacto sofre diferenças significativas de acordo com as desigualdades sociodemográficas (VICTORA et al., 1994; GRUBER, 1995).

Infecções respiratórias agudas, principalmente a pneumonia aguda na infância, constitui uma das principais causas de morbidade e mortalidade em todo o mundo, especialmente em países em desenvolvimento (RUDAN et al., 2008). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) ocorrem aproximadamente 13 milhões de óbitos de crianças menores de cinco anos anualmente por doenças do aparelho respiratório e 95% delas ocorrem nos países em desenvolvimento (OMS, 2008b)). No Brasil, no ano de 2003, as doenças respiratórias ocuparam a terceira causa de internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (GONDIM, 2007; CHIESA et al., 2008).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde (2010), no Brasil, a proporção de internações, por local de internação, segundo grupos de doenças, na faixa etária de um a quatro anos, no período de 2009 ficou distribuída da seguinte forma: doenças infecciosas e parasitárias (24,45%); neoplasias (1,67%); transtornos mentais e comportamentais (0,01%); doenças do aparelho circulatório (0,47%); doenças do aparelho respiratório (44,85%); doenças do aparelho digestivo (6,11%); doenças do aparelho geniturinário (4,28%); causas externas (4,47%); demais causas (13,68%) (BRASIL, 2010).

As infecções respiratórias agudas (IRA) são o principal motivo dos atendimentos a crianças nas salas de emergência e postos de saúde. Somente as infecções de vias aéreas superiores respondem por cerca de 40% a 60% dos atendimentos pediátricos nas Américas. Cerca de 20% a 40% de todas as hospitalizações em crianças com idade inferior a cinco anos englobam causas como pneumonia, bronquite, bronquiolite e outras doenças do aparelho respiratório (BRASIL, 2009a).

A grande maioria dos óbitos por IRA deve-se às infecções das vias aéreas inferiores, basicamente a pneumonia. Segundo o Ministério da Saúde, as IRAs encontram-se como a segunda ou terceira causa de morte em menores de cinco anos, nas diferentes regiões, perdendo apenas para as afecções originadas no período perinatal e para as doenças infecciosas e parasitárias, sendo que 80% dos óbitos atribuídos às IRAs são devidos à pneumonia (BRASIL, 2009a).

Ainda que a incidência total de infecções respiratórias agudas seja semelhante em países desenvolvidos e em desenvolvimento, existem amplas diferenças em relação à pneumonia quanto à frequência e à gravidade. Nos países em desenvolvimento, as pneumonias que ocorrem durante a infância não

são apenas mais comuns, mas também são mais graves, causando maior mortalidade (RODRIGUES, FILHO & BUSH, 2002).

Vale ressaltar que a incidência de infecções respiratórias agudas (IRA) é similar em menores de cinco anos ao redor do mundo, entretanto as incidências de formas graves, como a pneumonia, hospitalizações e óbitos, são heterogêneas (MULHOLLAND, 1999; SILVA, 2006; RUDAN et al., 2008).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a epidemiologia e etiologia da pneumonia no mundo e verificou-se que a incidência média estimada para países em desenvolvimento é de 0,28 episódios por criança, equivalente ao total de 151,8 milhões de casos novos de pneumonia por ano, no mundo (95% da incidência mundial em menores de cinco anos); 7 a 13% dos casos resultam em internação; e mais de 2 milhões evoluem para óbito, posicionando a pneumonia como principal causa de óbito em crianças (OMS, 2008b).

Segundo Cardoso (2010), o Brasil é um dos quinze países com maior número de casos anuais de pneumonia clínica em menores de cinco anos (1,8 milhão), com incidência estimada de 0,11 episódio/criança-ano. Nesse grupo, 30% a 50% das consultas ambulatoriais, mais de 50% das hospitalizações e 10 a 15% dos óbitos são atribuídos às IRA, sendo 80% destes por pneumonia. Entre 2000 e 2007, houve redução de 18% nas hospitalizações por pneumonia clínica em menores de um ano, e de 27% entre um e quatro anos, ainda que a proporção de hospitalização por esta causa tenha se mantido estável no período (27%). Entretanto, os custos com as hospitalizações cresceram, atingindo R\$ 189 milhões e 20,5% dos gastos com hospitalização em menores de cinco anos.

Os fatores identificados como favorecedores da maior gravidade e mortalidade das infecções respiratórias agudas nos países em desenvolvimento

encontram-se assim listados: aglomeração, baixa cobertura vacinal, baixo nível socioeconômico, baixo peso ao nascer, desmame precoce, desnutrição, demora e dificuldade de acesso à assistência médica, elevado número de crianças de cinco anos na família e tabagismo domiciliar (NASCIMENTO-CARVALHO & SOUZA-MARQUES, 2004). Segundo Benguigui (1997), o fator mais importante entre todos os demais tem sido atribuído à demora e dificuldade de acesso ao atendimento médico.

A gravidade das pneumonias em crianças é devido aos inúmeros fatores de risco que contribuem para a sua ocorrência. Idade menor que nove meses, número de pessoas no domicílio, escolaridade e ausência paterna, idade materna menor que vinte anos, frequência em berçário e creches, peso ao nascer menor que 2.500g, desnutrição (peso/idade), falta de aleitamento materno, história prévia de pneumonia, doenças pulmonares pré-existentes (asma, fibrose cística), alterações anatômicas, como fístulas traqueoesofágicas, refluxo gastroesofágico, doenças neurológicas (encefalopatia crônica não progressiva), imunodeficiências congênitas ou adquiridas são fatores de risco para morbidade em pneumonias em menores de dois anos (McCRACKEN, 2000).

Goya & Ferrari (2005) relataram que as crianças desnutridas apresentam o mesmo número de infecções que as crianças eutróficas, porém com duração mais prolongada e maiores complicações. Considerando as infecções respiratórias, o risco de morte aumenta de duas a três vezes mais em crianças desnutridas quando comparadas à crianças eutróficas (RICE et al., 2000).

Segundo o estudo de Cantagalli et al. (2010), cujo objetivo foi avaliar a associação entre a desnutrição energético-protéica e episódios de infecção respiratória aguda (IRA) em crianças menores de cinco anos, os autores

concluíram que os episódios de IRA manifestaram-se mais frequentemente como infecções das vias aéreas inferiores (IVAI) no grupo de desnutridos, surgindo de forma mais agressiva, com maior necessidade de internações e permanência no hospital, acarretando maiores custos para o Estado.

É consenso que infecções em neonatos e outros indivíduos comprometidos em virtude de fatores intrínsecos, tais como má nutrição e doenças crônicas, são mais graves do que em lactentes e crianças maiores saudáveis. Alguns fatores de risco podem estar presentes, facilitando o surgimento de pneumonia, principalmente em crianças menores de dois anos, porém, se os mecanismos de defesa não apresentarem danos ou alterações, a pneumonia não ocorre (AMARAL et al., 2000; IBIAPINA et al., 2004).

Os autores Rocha et al., (2000), Riccetto et al., (2003) e Anunciato & Xavier (2007) encontraram a prevalência da pneumonia no sexo masculino, no entanto, no estudo de Chalfun et al., (2009) o risco de morbidade respiratória para as meninas foi maior quando comparado ao dos meninos. Segundo os autores, este paradoxo pode ser explicado pelo fato das meninas terem apresentado doença neonatal mais grave, como maior incidência de displasia broncopulmonar (31%) e por nascerem com peso inferior a 1.000g (33,3% meninas e 26,2% meninos). A incidência de morbidade no primeiro ano de vida também foi maior nas meninas do que nos meninos (59,5% e 50%, respectivamente).

Ainda Chalfun et al., (2009), estudando fatores associados à morbidade respiratória entre 12 e 36 meses de vida de crianças nascidas de baixo peso, os autores concluíram que a incidência de morbidade respiratória neste grupo de crianças de alto risco se manteve elevada: entre 12 e 24 meses, 55,6% e entre 24 e 36 meses, 38,1% das crianças foram acometidas e a incidência de pneumonia

nas crianças entre 12 e 24 meses de idade foi de 26,3% e entre 24 e 36 meses, 20,6%. Os autores concluem ressaltando a necessidade da melhora da qualidade de vida destas crianças e suas famílias, pois a população deste estudo é de nível socioeconômico desfavorável.

De acordo com César et al. (1996), a baixa condição socioeconômica é um dos importantes fatores relacionados com a alta incidência da pneumonia, assim como a baixa escolaridade materna está associada a um risco aumentado de hospitalização e de mortalidade por esse agravo nos primeiros anos de vida, o que condiz com Abrantes et al., (1998) no que se refere ao nível de escolaridade dos pais.

Outra doença frequente e de maior risco durante a infância, especialmente entre lactentes, são as infecções do trato urinário (ITU). A ITU é a infecção bacteriana mais comum no âmbito comunitário, a seguir às infecções respiratórias (CORREIA et al., 2007). Acomete 3-5% das meninas e 1-2% dos meninos. Os episódios de ITU são responsáveis por 1% das consultas ambulatoriais, mas o percentual de suspeita de ITU e a necessidade de investigação superam, em muito, estes números. Este agravo é responsável por 10% das internações, chegando a 20% nos hospitais pediátricos (KOCH & ZUCCOLOTTO, 2003; FIOLE et al., 2009; SWEI LO et al., 2010).

Nos meninos, as infecções do trato urinário são mais comuns durante o primeiro ano de vida, havendo uma relação de frequência entre o sexo masculino e o feminino de 4:1, aproximadamente. É a única fase da vida em que a ITU é mais frequente no sexo masculino. Nas meninas, a época de maior incidência das ITU ocorre ao redor de cinco anos, durante o treinamento do controle esfintérico (CORREIA et al., 2007).

As precárias condições de vida normalmente se expressam na baixa renda da unidade familiar, no limitado poder de compra, particularmente dos alimentos, no inadequado saneamento do domicílio e do meio ambiente, no limitado e desigual acesso a serviços de saúde com capacidade resolutiva. Então, essas adversidades imprimem um padrão de morbidade na infância, caracterizado por altas taxas de doenças infecciosas e parasitárias como também carenciais (ASSIS & BARRETO, 2007; BLAKELY et al., 2010).

No Brasil, as informações de morbidade mostram rápidos avanços para algumas doenças infecciosas, mas não na sua totalidade. A poliomielite foi eliminada do Brasil em 1989 e o último caso autóctone de sarampo ocorreu em 1999. Na região Nordeste, as hospitalizações por diarreia correspondiam a 57% do total de internações entre menores de um ano, em 1980. Esse percentual diminuiu para 30% em 1990 e para 7% e 6% em 2008 e 2009, respectivamente. A prevalência de HIV em mulheres grávidas é estimada em 0,4% e a transmissão materno-infantil do HIV, em 7%, variando de 5% na região Sul a 15% na região Norte. A sífilis congênita ainda é um problema de saúde pública no Brasil, apesar de ser uma doença totalmente passível de prevenção, ainda apresenta taxa de 1,7 por 1.000 nascidos vivos em 2006, taxa que está, talvez, subestimada, devido à subnotificação (VICTORA et al., 2011).

As causas relacionadas a enfermidades infecciosas e parasitárias começaram a perder importância relativa na estrutura geral da mortalidade infantil e de menores de cinco anos, sendo agora predominantes, nestas faixas de idade, as afecções perinatais, refletindo as dificuldades associadas à qualidade da atenção à gestante, ao parto e ao recém-nascido. Os maiores decréscimos na mortalidade infantil por causa específica, no Brasil, foram observados para

diarréia e infecções respiratórias, com reduções de 92% e 82%, respectivamente, entre 1990 e 2007. Nesse período, a mortalidade por causas perinatais caiu pela metade (47%), enquanto a taxa por má-formação congênita permaneceu estável. (IBGE, 2009; VICTORA et al., 2011).

No caso das internações de crianças até um ano de idade, no Brasil e em todas as regiões, entre 2000 e 2006, somente as doenças infecciosas apresentaram clara redução, enquanto se observa que há uma participação crescente das afecções perinatais que, em termos nacionais, passaram de 28,3% para 30,0% (BRASIL, 2009b).

Dentre as doenças infecciosas, merecem destaque, principalmente com relação à população infantil menor de um ano, as doenças diarreicas agudas (DDA). A diarréia aguda é uma das principais causas de mortalidade e morbidade nos países em desenvolvimento, especialmente entre crianças menores de seis meses. A diarréia leva ao óbito por desidratação e causa morbidade por desnutrição. Estima-se que em todo o mundo um bilhão de crianças padeça dessa enfermidade com uma mortalidade em torno de quatro a cinco milhões de casos. Em um país em desenvolvimento, as crianças menores de cinco anos podem apresentar cerca de três a cinco episódios de diarréia/ano. No Brasil, quando analisadas as internações por estas causas na mesma faixa etária, observa-se uma redução, com o crescente reforço ao tratamento das diarreias por meio da terapia de reidratação oral, que, em 2006, chega a ser utilizada por 74% das crianças com diarréia (BRASIL, 2009b).

Apesar de a maioria dos indicadores de saúde infantil no Brasil mostrar progressos, desafios persistem. A conquista desses indicadores positivos dependerá da manutenção das políticas econômicas e sociais que têm favorecido

o aumento do poder aquisitivo dos mais pobres e de investimentos públicos que permitam melhorar o acesso da população brasileira aos serviços essenciais de educação, saúde e saneamento (MONTEIRO et al., 2009).

4. METODOLOGIA

4.1. Caracterização do estudo

Estudo descritivo transversal.

4.2. Local, período do estudo, amostra e amostragem

A pesquisa foi realizada no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás (HC/UFG). Trata-se de um hospital escola, com atividades de ensino, pesquisa e extensão, que atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde.

A população estudada foi composta por crianças de 0 a 12 anos de idade assistidas no HC/UFG durante o período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010, completando um período de três anos.

Utilizando-se de nível de significância de 5%, precisão absoluta de 1,3 e uma proporção estimada de 2,0% de infecções do trato urinário em meninos (KOCH & ZUCCOLOTTO, 2003), com intervalo de confiança de 95%, o tamanho da amostra foi de 446 prontuários. Foram acrescentados 12,5% sobre este número para repor perdas de dados e também dar maior consistência à análise. O total da amostra foi de 501 prontuários.

Toda criança atendida no HC/UFG possui um registro constando nome, número de prontuário, idade e sexo, procedência, data de atendimento, dados sociodemográficos e de situação de saúde, conforme o formulário utilizado nos diferentes setores do hospital.

Segundo registro eletrônico do Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS), no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010, o HC/UFG atendeu em média 5.038 crianças por ano, com idade menor de doze anos. Estas crianças foram assistidas no Ambulatório de Pediatria, no Ambulatório de Ortopedia, na Clínica Pediátrica (internação), UTI Pediátrica, Pronto-Socorro Pediátrico e UTI Neonatal.

Utilizando-se do número de registro que identificava as crianças atendidas no período determinado para este estudo, foram identificados os prontuários das crianças que foram atendidas no período determinado para este estudo e que poderiam servir de fonte dos dados.

Os prontuários foram sorteados para a composição da amostra, considerando o número total de prontuários de registro no HC/UFG. Foi construída uma lista de números aleatórios por meio de programa eletrônico, considerando o sorteio de 501 números dentro do total de prontuários pediátricos existentes de 0001 a 6000. Os números sorteados foram associados aos números dos prontuários no intervalo considerado. A lista de números aleatórios contemplou até 550 para viabilizar a reposição de prontuários quando não localizados e dessa forma, completar o tamanho da amostra calculada.

Os prontuários eram solicitados em lotes de 20 (vinte), com numeração próxima, ao Serviço de Arquivo Médico e Informações em Saúde (SAMIS).

4.3. Instrumento da coleta de dados, variáveis e categorias de estudo

Os dados foram colhidos diretamente dos prontuários sorteados. A coleta foi realizada pela própria pesquisadora, que registrou os dados em um formulário (Anexo I) construído especificamente para este fim, o qual constou de duas

partes: uma relativa a dados socioeconômicos e outra relativa às condições clínicas. Este formulário permitiu o registro de dados referentes às seguintes variáveis:

- **Sexo:** masculino e feminino;
- **Idade da criança:** foi registrada a data de nascimento e calculada a idade em meses, considerando a data do último comparecimento;
- **Procedência:** local onde a criança residia com os pais ou responsáveis;
- **Escolaridade do pai e da mãe:** foi registrada como: ausência de escolarização e escolarização incompleta ou completa, nos níveis fundamental, médio e superior;
- **Situação funcional do pai e da mãe:** autônomo(a), empregado(a) e desempregado(a);
- **Renda familiar:** convertida em salários mínimos (SM), caracterizando-se em três grupos: menos de 1SM, 1SM e mais de 1SM; considerou-se o valor do salário mínimo como a média dos valores vigentes no período de 2007 a 2010 (R\$ 420,00).
- **Diagnóstico:** as hipóteses diagnósticas se basearam na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas com a Saúde, na décima revisão, CID-10, ou, na ausência dessa informação foi colhida a informação da situação que provocou o atendimento, conforme descrito pelo profissional médico que assistiu a criança e categorizada de acordo com as especialidades de atendimento; foi considerado o diagnóstico médico dado no último comparecimento da criança no HC/UFG, de acordo com o registro no seu prontuário;
- **Número de comparecimento:** foi verificado o número de vezes que a criança compareceu para o atendimento no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010.

- **Tipo de atendimento:** foram consideradas as situações em relação ao tipo de atendimento: somente ambulatorial; somente internação; internação e atendimento ambulatorial associado: ambulatorial e clínica pediátrica; ambulatorial e clínica de emergência; ambulatorial e UTI-neonatal; ambulatorial e outras clínicas;

4.4. Operacionalização

A operacionalização do processo de coleta de dados consistiu das seguintes etapas:

- 1ª ETAPA: Busca, no registro eletrônico do SAMIS, da relação dos números dos prontuários das crianças que foram atendidas no HC/UFG, no período de **janeiro de 2007 a janeiro de 2010**; segundo os registros do SAMIS, nesse período foram atendidas 15.116 crianças menores de doze anos, incluindo internações e consultas ambulatoriais;
- 2ª ETAPA: Solicitação dos prontuários para compor a amostragem, utilizando-se de uma requisição própria, de lotes de vinte prontuários para a análise. Quando algum prontuário do lote solicitado não era localizado este era substituído por outro da lista de números aleatórios e solicitado novamente. Quando completou o total da amostra calculada encerrou-se a solicitação de remessa dos lotes de prontuários do SAMIS. Após a coleta dos dados nos prontuários do lote solicitado estes eram devolvidos para o SAMIS e só então solicitado novo lote de 20 (vinte) prontuários.
- 3ª ETAPA: os dados coletados diretamente dos prontuários, foram digitados de forma codificada em planilha eletrônica, criando-se assim o banco de dados para a análise.

4.5. Processamento e análise dos dados

Foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15.0 for Windows para análise estatística.

As variáveis quantitativas foram descritas quanto à sua variância e distribuição e apresentadas em média, mediana e desvio padrão. Para análise de distribuição foi aplicado o teste de *Kolmogorov Smirnov* e utilizados testes adequados de acordo com o padrão de normalidade. Dados não paramétricos foram analisados com teste *U de Mann-Whitney*. Os parâmetros qualitativos foram apresentados em proporções e realizada a análise de associação por meio do teste *Qui-quadrado*. Todos os testes aplicados consideraram 5% para o nível de significância do banco de dados.

4.6. Aspectos éticos e legais

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da UFG, sob o protocolo CEPMHA/HC/UFG Nº 030/2010, de 25 de março de 2010 (ANEXO II).

5. RESULTADOS

5.1. Perfil demográfico

A amostra foi constituída por 501 crianças, sendo que o sexo masculino foi proporcionalmente mais frequente que o feminino (56,3% e 43,7%, respectivamente; $p < 0,05$). A idade média foi de 3 anos e 7 meses ou 44,8 meses ($DP \pm 35,43$) com idade mínima e máxima de zero e 143 meses respectivamente. Do total da amostra 10,2% eram menores de seis meses, 9,8% tinham de seis meses a um ano, 48,9% de um ano a cinco anos e 31,1% de cinco anos a doze anos. Quanto à procedência observou-se que a maioria é residente na própria capital (61,1%) (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição dos dados demográficos das crianças (n=501) assistidas no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010. Goiânia –GO, 2011.

Fator	N	%
Sexo		
Masculino	282	56,3
Feminino	219	43,7
Total	501	100,0
Faixa etária		
0 --- 6 meses	51	10,2
6 --- 12 meses	49	9,8
1 ano --- 5 anos	245	48,9
5 anos --- 12 anos	156	31,1
Total	501	100,0
Procedência		
Goiânia e região metropolitana	306	61,1
Outras cidades do Estado de Goiás	187	37,3
Outros estados	8	1,6
Total	501	100,0

Fonte: Prontuários do HC/UFG.

5.2. Perfil nosológico

As doenças respiratórias foram as mais frequentes na amostra analisada e corresponderam a 29,5% dos casos de atendimento de crianças no período estudado (Tabela 2). Dessas, a pneumonia prevaleceu sobre as demais agrupadas (doenças das amígdalas e adenóides, bronquite, bronquiolite, rinite, asma, broncodisplasia pulmonar). Do total de 148 crianças com diagnósticos de doenças respiratórias, identificou-se 120 casos de pneumonia (81,2%), sendo que a maioria estava inserida na faixa etária de 1 a 5 anos (50,3%), seguida pelas de 0 a 12 meses (30,7%) e 5 a 12 anos (19%). Quanto ao sexo, os meninos apresentaram prevalência de 56,1% desse diagnóstico e as meninas 43,9%, sem diferença significativa ($p>0,05$).

Tabela 2. Distribuição do número e porcentagem dos diagnósticos médicos e situações das crianças assistidas no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010. Goiânia – GO, 2011 (n=501).

Diagnósticos e situações (último atendimento)	N	%
Doenças do Aparelho Respiratório	148	29,5
Sintomas, Sinais não classificados em outra parte	89	17,8
Causas Cirúrgicas	69	13,8
Doenças do Aparelho Genitourinário	38	7,6
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos (anemias)	34	6,8
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	33	6,6
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	26	5,2
Doenças do aparelho digestivo	24	4,8
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	15	3,0
Doenças do Sistema Nervoso	9	1,8
Transtornos originados no período perinatal	9	1,8
Lesões, envenenamentos e consequências de causas externas	7	1,4
Total	501	100,0

Fonte: Prontuários do HC/UFG

A segunda causa de demanda ao HC/UFG, excluindo a categoria “Sintomas, Sinais não classificados em outra parte”, que engloba queixas ou sintomas isolados que não caracterizavam uma síndrome ou doença em particular, foram as causas cirúrgicas com 13,8%. E a terceira situação mais encontrada foi “doenças renais e do aparelho genito-urinário”, com 38 casos (7,6%) (Tabela 2). Não houve diferença na distribuição dos diagnósticos/situação médica segundo o sexo.

As doenças respiratórias foram significativamente mais frequentes na faixa etária de menos de 5 anos (33,9%) e as causas cirúrgicas foram mais frequentes entre as crianças de idade igual e maior de cinco anos (Tabela 3).

Tabela 3. Distribuição dos diagnósticos médicos e situações das crianças assistidas no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010 de acordo com a faixa etária. Goiânia – GO, 2011 (n=501).

Diagnósticos e situações	Idade			
	< 5 anos	%	>= 5 anos	%
Doenças do Aparelho Respiratório	117	33,9	31	19,9
Sintomas, Sinais não classificados em outra parte	52	15,1	37	23,7
Causas Cirúrgicas	42	12,2	27	17,3
Doenças do Aparelho Genitourinário	20	5,8	18	11,5
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoéticos	27	7,8	7	4,5
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	23	6,7	10	6,4
Doenças do Aparelho Digestivo	21	6,1	3	1,9
Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	8	2,3	7	4,5
Algumas doenças infecciosas e parasitárias	17	4,9	9	5,7
Doenças do Sistema Nervoso	5	1,4	4	2,6
Transtornos originados no período perinatal	8	2,3	1	0,6
Lesões, envenenamentos e consequências de causas externas	5	1,4	2	1,3
Total	345	100,0	156	100,0

Teste Qui Quadrado (p=0,001)

Durante os três anos analisados, o número de comparecimentos das crianças variou de 1 (um) a 31 (trinta e um) comparecimentos, sendo que a média foi de 5,2 vezes ($\pm 5,65$), ou 1,7 atendimento por criança, por ano. O número de comparecimentos foi significativamente maior em menores de 5 anos, 68,9% (Tabela 4). Não houve diferença no número de atendimentos por criança em relação à variável sexo.

Tabela 4. Distribuição do número de comparecimentos das crianças assistidas no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010 de acordo com a faixa etária. Goiânia – GO, 2011(n=501).

Faixa Etária	Nº de Comparecimentos				TOTAL	%
	<= 5	%	> 5	%		
0 --- 6 meses	46	90,2	5	9,8	51	10,1
6 --- 12 meses	40	81,6	9	18,4	49	9,8
1 --- 5 anos	165	67,3	80	32,7	245	49,0
5 --- 12 anos	90	57,7	66	42,3	156	31,1
TOTAL	341	68,1	160	31,9	501	100,0

Teste Qui Quadrado ($p < 0,05$)

O tipo de atendimento de maior frequência durante os três anos foi o da categoria “somente internação” (24,4%), seguido da categoria “somente ambulatorial” (23,4%) (Tabela 5). E a distribuição do tipo de atendimento foi semelhante em ambos os sexos.

Crianças com idade acima de 5 anos tiveram significativamente mais frequência de atendimento exclusivo em ambulatório (32,5%). Já as crianças menores de 5 anos tiveram mais atendimento exclusivo em internações (30,9%), conforme Tabela 6.

Tabela 5. Distribuição das categorias de atendimento das crianças assistidas no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010. Goiânia – GO, 2011 (n=501).

Fator	n	%
Tipo de atendimento		
Somente Ambulatorial	117	23,4
Somente Internação	122	24,4
Ambulatorial e Clínica Pediátrica	97	19,4
Ambulatorial e Clínica de Emergência	76	15,2
Ambulatorial e UTI Neonatal	25	5,0
Ambulatorial e outras Clínicas	64	12,8
Total	501	100

Fonte: Prontuários do HC/UFG.

Tabela 6. Distribuição do tipo de atendimento das crianças (n=501) assistidas no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010 de acordo com a faixa etária. Goiânia – GO, 2011.

Tipo de atendimento	Faixa Etária			
	≤ 5 anos	%	> 5 anos	%
Somente ambulatorial	52	17,3	65	32,5
Somente internação	93	30,9	29	14,5
Ambulatório e Clínica Pediátrica	56	18,6	41	20,5
Ambulatório e Clínica de Emergência	43	14,3	33	16,5
Ambulatório e UTI-neonatal	23	7,6	2	1,0
Ambulatório e outras clinicas	34	11,3	30	15,0
Total	301	100,0	200	100,0

Teste Qui Quadrado (p<0,05)

5.3. Perfil sociodemográfico dos pais

Pais e mães apresentaram baixa escolaridade, sendo que 68,6% dos pais tinham escolaridade fundamental completa ou incompleta e 56,0% das mães a mesma escolaridade (Tabela 7).

As mães tinham significativamente mais escolaridade do que os pais; enquanto 27,5% dos pais tinham ensino médio (completo ou incompleto), 41,0% das mães tinham esse nível de escolaridade (Tabela 7).

Tabela 7. Distribuição da escolaridade dos pais das crianças assistidas no HC/UFG no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010. Goiânia –GO, 2011.

Fator	N	%
Escolaridade do pai		
Fundamental	57	30,8
Fundamental incompleto	70	37,8
Ensino médio	18	9,7
Ensino médio incompleto	33	17,8
Não alfabetizado	3	1,6
Nível superior	4	2,2
Total	185	100
Escolaridade da mãe		
Fundamental	46	22,2
Fundamental incompleto	70	33,8
Ensino médio	22	10,6
Ensino médio incompleto	63	30,4
Nível superior	6	2,9
Total	207	100

Fonte: Prontuários do HC/UFG.

Com relação à renda familiar, a análise revelou que 53,4% das famílias recebem um salário mínimo. Quanto à situação funcional paterna, 95,8% declararam-se como trabalhadores autônomos. Já na situação funcional das mães, verificou-se que a maioria delas não possuía vínculo empregatício, conforme Tabela 8.

Tabela 8. Distribuição dos dados socioeconômicos dos pais das crianças assistidas no HC/UFG, no período de jan/2007 a jan/2010. Goiânia – GO, 2011.

FATOR	N	%
SITUAÇÃO FUNCIONAL DO PAI		
Autônomo	126	52,3
Empregado	105	43,5
Desempregado	10	4,2
Total	241	100,0
SITUAÇÃO FUNCIONAL DA MÃE		
Autônoma	34	12,7
Empregada	48	18,0
Desempregada	185	69,3
Total	267	100,0
RENDA FAMILIAR		
Menos de 1SM	14	4,9
1SM	151	53,4
Mais de 1SM e menos de 3SM	111	39,2
Mais de 3SM	7	2,5
Total	283	100,0

Fonte: Prontuários do HC/UFG.

A escolaridade da mãe ou do pai não esteve associada ao número de comparecimento das crianças no HC/UFG no período desses três anos de análise e nem com o tipo de diagnóstico ou situação que provocou a demanda ao hospital.

As variáveis socioeconômicas relacionadas aos pais não estiveram associadas com as variáveis de análise das crianças como número de comparecimentos, tipos de atendimento, diagnósticos e situações.

6. DISCUSSÃO

Neste estudo procurou-se descrever as características sociodemográficas e perfil nosológico das crianças de 0 a 12 anos assistidas no HC/UFG durante o período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010. É consenso que o conhecimento do perfil dos pacientes atendidos em um serviço médico é de fundamental importância para o planejamento de ações preventivas e curativas (DUARTE, 2000; FERRER et al., 2010)

Houve predomínio de crianças do sexo masculino e menores de 5 anos. Estes dados são semelhantes a outros estudos. No estudo de Sena et al., (2006) realizado em 271 prontuários, da unidade de pediatria do Hospital Universitário Clemente de Faria, Montes Claros – MG, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2004, predominaram as crianças do sexo masculino e idade entre 1 a 4 anos. No estudo de Souza et al.,(2010) desenvolvido com o objetivo de mostrar a prevalência da pneumonia em crianças de acordo com o sexo e faixa etária de 1 a 14 anos no município de João Pessoa – PB no período de 2000 a 2008, foi demonstrado que maioria das crianças acometidas estava na faixa etária de 1 a 4 anos de idade (72%) e quanto ao sexo o que apresentou maior prevalência foi o masculino com 54%. E, no estudo de Beker et al., (2009) em que analisaram 49 prontuários de crianças de 2 a 12 anos assistidas em um Hospital Público da Zona Sul – RJ nos últimos nove meses foi observada maior proporção de meninos e de pré- escolares. Salgado & Agüero (2010) desenvolveram uma investigação com o objetivo de caracterizar a população pediátrica que foi atendida no pronto-socorro infantil do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul mostraram que, dos atendidos, 685 (55,2%) foram do sexo masculino e a faixa etária mais atendida foi a de menor de 3 anos (59%).

Segundo dados divulgados pelo último censo (IBGE, 2010) nascem mais meninos do que meninas nas maternidades de todo o País e são as crianças do sexo masculino as que mais adoecem e mais utilizam os serviços de saúde (POSTIAUX, 2004; SCHWARTZ, 2004).

A grande maioria das famílias das crianças do estudo reside no município de Goiânia e região metropolitana (61,1%), 37,3% da amostra em outras cidades de Goiás e 1,6% em outros estados. O Hospital das Clínicas da UFG é um hospital público, de referência no atendimento integral à saúde e, portanto, muito procurado pela população mais próxima e mesmo por residentes de outras regiões.

No que se refere ao perfil nosológico, os resultados da análise dos dados do presente estudo foram concordantes com outras investigações, que apontam as doenças respiratórias como uma das principais causas de adoecimento e de demanda aos serviços de saúde, tendo a pneumonia como a primeira responsável por essa ocorrência (CAETANO et al., 2002; FAÇANHA & PINHEIRO, 2004; SENA et al., 2006; ROSA et al., 2008; MOLINA et al., 2008; CHALFUN et al., 2009; SALGADO & AGUERO, 2010; OLIVEIRA et al., 2010; VERAS et al., 2010).

Os achados desta pesquisa corroboram com os resultados do estudo de Nascimento et al., (2004) e Macedo et al., (2007), os quais esclarecem que a relação entre baixa idade e morbidade/mortalidade por pneumonia justifica-se pelo fato de crianças mais jovens apresentarem as vias aéreas mais estreitas e também o sistema imunológico menos eficiente, ou seja, os mecanismos de defesa das vias respiratórias ainda apresentarem-se imaturos. Assim, o fato de o sistema imunitário da criança ser menos eficiente durante os doze primeiros

meses de vida faz com que o lactente se torne mais suscetível a contrair infecções agudas, com complicações sistêmicas graves (PIVA & GARCIA, 2003).

Considera-se que as doenças respiratórias da primeira infância têm repercussões a longo prazo sobre a função respiratória dos adolescentes e dos adultos (AMARAL et al., 2000; POSTIAUX, 2004).

Ao analisar os resultados da presente pesquisa, quanto ao tipo de atendimento, as crianças menores de cinco anos tiveram maior necessidade de internação hospitalar e todas as crianças com diagnóstico de pneumonia foram internadas. Vale ressaltar que as doenças respiratórias, em especial a pneumonia, representam grande proporção de morbidade que impõem internações hospitalares (ABRANTES et al., 1998; IWANE et al., 2004; VERAS et al., 2010).

Tal achado corrobora com os últimos dados do SIH- SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS), segundo os quais, em 2007, a pneumonia foi a doença que requereu um maior número de internações no Brasil, perdendo apenas para parto/puerpério, não considerados doença e o sexo masculino foi predominante (BRASIL, 2008).

Ferrer (2009) constatou que as doenças respiratórias, em particular a pneumonia, foram as principais causas de internação nas três faixas etárias de seu estudo (menores de um ano, entre um ano e quatro anos e entre cinco e nove anos). Além disso, observou um aumento nos coeficientes de internação no município de São Paulo, em todas as idades avaliadas nos anos de 2002 a 2006.

Oliveira et al. (2010) estudando as causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos de idade, concluíram que em relação à morbidade os resultados indicam como primeira causa de hospitalização para esta faixa

etária, no país como um todo, as doenças do aparelho respiratório, seguidas das doenças infecciosas e parasitárias.

Num outro estudo onde foi avaliada internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial em municípios mineiros, os autores (OLIVEIRA et al., 2007) encontraram maior vulnerabilidade masculina a hospitalizações potencialmente evitáveis e maior probabilidade das internações ocorridas por essas causas citadas anteriormente, em menores de cinco anos, refletindo a fragilidade da criança, grupo prioritário para as ações da atenção primária em saúde.

Vale ressaltar que as pneumonias fazem parte do agrupamento de causas evitáveis ou de condições sensíveis à atenção ambulatorial, ou seja, adequadamente tratadas com uma terapêutica bem conduzida nos serviços de atenção primária, não deveriam evoluir para internação (CUNHA, 2002; ROSA et al., 2008; GALVÃO & SANTOS, 2009).

Segundo os resultados desta presente pesquisa, nos primeiros cinco anos o número de comparecimentos é maior e esta frequência vai sendo reduzida à medida que a idade aumenta. Esse resultado corrobora com o estudo de Santos (2009), o qual demonstrou que conforme as crianças ficam mais velhas diminui a média de consultas realizadas.

Guyer et al. (2009) chamam a atenção para o fato de que à medida que a criança cresce diminui a vulnerabilidade biológica, o que favorece a diminuição do número de comparecimentos das crianças aos serviços médicos.

Abrantes et al. (1998), estudando internações hospitalares de crianças, verificou que todas as causas de internações declinaram com o aumento da idade exceto a asma, que teve seu pico na faixa etária entre dois e os sete anos de idade.

Os resultados dos dados sociodemográficos da amostra populacional estudada revelaram que as crianças deste estudo estavam inseridas em famílias de baixo poder aquisitivo, pois a maioria dispunha de uma renda familiar de um salário mínimo (53%), como seria de se esperar, pois o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás atende basicamente a população mais carente, usuária do SUS, não assistida por seguros de saúde privados. A maioria das mães declararam-se desempregadas.

Assis et al., (2000) encontraram dados semelhantes no município de Salvador, num estudo sobre as condições de vida, saúde e nutrição na infância. O presente trabalho confirma os achados de outros estudos que também trabalharam com populações semelhantes, ou seja, populações de um mesmo extrato social (SENA et al., 2006; CHALFUN et al., 2009; SILVA et al., 2010).

Outro resultado que merece destaque é a baixa escolaridade dos pais. Esta variável sociodemográfica juntamente com a renda familiar são frequentemente mencionados em outros estudos como fatores de risco à saúde infantil, já que estes interferem no cuidado com a saúde da criança (PRIETSCH, 2002; VICTORA et al., 2011).

Evidências indicam que baixa escolaridade materna e desestruturação familiar representem, em última análise, diferença nos cuidados e práticas com a criança nos primeiros anos de vida, como dieta e higiene (HALLETT & O'ROURKE, 2006). Portanto, a família é uma importante fonte de suporte social para seus membros, uma vez que, é no meio familiar que acontece a dinâmica ou mecanismos pelos quais a família provêem suporte para as práticas de saúde de seus membros (PRATT, 1991; BERKMAN et al., 2000).

O desenvolvimento de atividades de educação para higiene e saúde infantis voltadas para as famílias, além da busca de melhores maneiras de

comunicação nas relações familiares- profissional de saúde seriam interessantes no sentido de ajudar a prevenir doenças e diminuir a frequência das crianças nos serviços.

CADWELL (1979), estudando a educação materna como um determinante da mortalidade em crianças na Nigéria, descreveu três maneiras pelas quais o nível de instrução da mãe exerce influência na saúde infantil. Primeiramente, a educação modifica o tradicional papel da mulher na família, trazendo-lhe maior autonomia nas questões relacionadas à criança. Em segundo lugar, a educação muda a percepção dos problemas de saúde da criança, na medida em que a mãe se apropria de conhecimentos e opiniões sobre causa, prevenção e tratamento de doenças e, conseqüentemente, aumenta a sua capacidade de entendimento das informações sobre saúde, o que influencia na adoção de estilos de vida saudáveis. Finalmente, mães com melhor nível educacional procuram mais pelos serviços de saúde e têm maior adesão às orientações terapêuticas.

No presente estudo, os pais e as mães tinham baixa escolaridade, entretanto havia significativamente um maior número de mães com a mesma escolaridade do que a dos pais ($p < 0,05$); enquanto 27,5% dos pais tinham ensino médio (completo ou incompleto), 41,0% das mães tinham esse mesmo nível de escolaridade, mas a maioria não estava inserida no mercado de trabalho.

Portanto, maior nível de escolaridade associa-se às conquistas na percepção da saúde e às melhores condições de saúde, o que condiz com o estudo de Aranha et al. (2011), porém o fato da maioria das mães não terem completado o segundo grau, inviabiliza uma melhor formação profissional e, conseqüentemente, a inserção no mercado de trabalho, refletindo em um baixo poder aquisitivo, o que limita as tomadas de decisões e ações em relação aos

cuidados com a saúde das crianças. Essas considerações confirmam os achados de outros estudos (SILVA et al., 2009; SILVA et al., 2010).

Segundo Chalfun et al. (2009), “ *...mulheres com escolaridade superior a oito anos tendem a ter maior adesão aos serviços de saúde e maior valorização dos sintomas associados à morbidade respiratória*”.

Por isso, dentre os fatores socioeconômicos mais utilizados em desfechos de saúde infantil são escolaridade, principalmente materna, emprego materno ou paterno e renda familiar. Segundo LYNCH & KAPLAN (2000), é possível que estilos de vida considerados “de risco” sejam mais prevalentes em grupos ou indivíduos de menor nível socioeconômico.

Por essa razão, especialistas em saúde pública e outros profissionais de saúde reforçam a importância da educação dos pais para a saúde da criança e sua sobrevivência (VAN GINNKEN et al., 1996). E nesse sentido, estudos apontam que renda e escolaridade estão fortemente associados a resultados de saúde (MAMBRINI, 2009).

Portanto, as variáveis socioeconômicas, renda, grau de escolaridade e ocupação funcional estão intimamente vinculadas. Altos níveis de escolaridade geralmente são preditores de melhor posicionamento no mercado de trabalho, melhores condições de vida e melhor posição socioeconômica, o que implica o maior acesso aos meios materiais de promoção de saúde e, em particular, a saúde infantil (BARRET & BROWNE, 1996; DAHLGREN & WHITEHEAD, 2006; GUYER, 2009).

7. CONCLUSÕES

1. As crianças da amostra do presente estudo, em sua maioria, eram do sexo masculino (56,3%), se encontravam na faixa etária de 0 a 5 anos (68,9 %) e residiam na cidade de Goiânia e região metropolitana (61,1%).
2. Quanto ao perfil nosológico, observou-se uma maior freqüência no agrupamento “Doenças Respiratórias/Pneumonia” (29,5%).
3. O número de comparecimentos das crianças ao HC/UFG no período de jan/2007 a jan/2010 variou de um a 31 comparecimentos, sendo que a média foi de 5,2 comparecimentos em todo o período.
4. O fato da internação ter sido o tipo de atendimento mais frequente no presente estudo pode indicar a necessidade de mais empenho no controle das doenças sensíveis à atenção primária, reduzindo as hospitalizações que geram muito impacto financeiro no setor saúde.
5. No presente estudo ficou evidenciado, quanto à caracterização socioeconômica, que as crianças eram inseridas em famílias de baixo poder aquisitivo. Além disso, os pais e as mães das crianças possuíam baixa escolaridade. As mães declararam-se, em sua maioria, “desempregadas” e os pais trabalhadores autônomos.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo buscou-se descrever o perfil nosológico e sociodemográfico das crianças de 0-12 anos assistidas no HC/UFG durante o período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010.

Embora com as limitações inerentes aos estudos descritivos realizados com dados oriundos de prontuários, as conclusões desse trabalho possibilitaram a identificação de alguns aspectos que podem contribuir para o planejamento de estratégias (estratégias baseadas em evidências) de prevenção e promoção de saúde direcionadas às necessidades e ao perfil epidemiológico da população em questão.

A utilização adequada desses dados, através de divulgação, criação de oportunidades de discussões e de debates interdisciplinares, pode servir de substrato para orientação e fortalecimento de políticas públicas eficazes para o controle das doenças na infância, em especial, as infecções respiratórias agudas (IRA) em menores de cinco anos.

É importante a persistência de ações intersetoriais positivas que promovam saúde na infância e, nessa direção, os profissionais de saúde têm papel fundamental nesse processo, na medida que buscam articular as diretrizes políticas às práticas de saúde e procurando ampliá-las através de pesquisas, de intervenções que ajudam a solucionar os problemas e de inovações tecnológicas em saúde.

Apesar dos avanços alcançados, o desafio continua sendo o de desenvolver e implementar mais e melhor a promoção da saúde infantil num arcabouço holístico.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRANTES, M. M.; LAMOUNIER, J. A.; FARIA, J. F.; DINIZ, C. M.; CUNHA, F. A. F. 1998. Causas de internações de crianças e adolescentes nos hospitais do SUS em Minas Gerais entre 1994 e 1995. *IESUS*. 7(1): 95 - 104.
- AMARAL, J. J. F.; CUNHA, A. J. L. A.; SILVA, M. A. F. S. 2000. Manejo de Infecções Respiratórias Agudas em Crianças. Brasília: Ministério da Saúde.
- ANUNCIATO, I. F.; XAVIER, M. A. F. 2007. Prevalência de pneumonia nosocomial em pacientes submetidos à fisioterapia respiratória após esofagectomia. *Arq Med ABC*. 32(2): 17 – 9.
- ARANHA, M. A. F.; GRISI, S. J. F. E.; ESCOBAR, A. M. U. 2011. Relação da doença respiratória declarada pelos pais e fatores socioeconômicos e culturais. *Rev Paul Pediatr*. 29(3): 352 - 6.
- ASSIS, A. M. O.; BARRETO, M. L. 2000. Condições de vida, saúde e nutrição em Salvador. Salvador: UFBA/Escola de Nutrição/ Instituto de Saúde Coletiva.
- ASSIS, A. M. O.; BARRETO, M. L. 2007. Desigualdade, pobreza e condições de saúde e nutrição na infância no Nordeste Brasileiro. *Cad. Saúde Pública*. 23(10): 2337 – 50.
- AYRES, J. R. C. M. 2002. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. *Rev. Bras. Epidemiol*. 5(1): 28 - 42.
- BARKER, D. J. 2003. The development origins of adult disease. *Eur J Epidemiol*.,18: 733 – 6.
- BARRETT H., BROWNE A. 1996. Health, Hygiene and Maternal Education: Evidence from the Gambia. *Soc. Sci. Med*. 43(11): 1579 – 90.
- BARROS, A. J. 2008. Methods used in the 1982, 1993, and 2004 birth cohort studies from Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil, and a description of the socioeconomic conditions of participants' families. *Cadernos de Saúde Pública*. 24(3): 371 – 380.
- BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; SCHERPBIER, R.; GWATKIN, D. 2010. Iniquidades sociais na saúde e nutrição de crianças em países de renda baixa e média. *Rev. Saúde Pública*. 44(1): 1 - 16.
- BEKER, R. S.; TORRES, M. S.; LIMA, L.; LIMA, G. M. 2009. Fatores associados à Alergia Respiratória em Crianças. *Revista de Pediatria SOPERJ*. 10(1): 33 – 34.
- BENIGUI, Y. 1997. Infecções Respiratórias Agudas: Fundamentos Técnicos das Estratégias de Controle. Série HCT/AIEPI – 8.P. Washington D C.: OPS.

BERKMAN, L. F.; GLASS, T. 2000. Social integration, social networks, social support, and health. *In*: BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I. *Social epidemiology*. Oxford: Oxford University Press. 137 – 73.

BETTIOL, H.; BARBIERI, M. A.; SILVA, A. A. M. 2010. Epidemiologia do nascimento pré-termo: tendências atuais. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 32(2): 57 – 60.

BLAKELY, T. et al. 2010. The global distribution of risk factors by poverty level. *Bulletin of the World Health Organization.* 83(2): 118 – 126.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. 2010. Epidemiologia Básica. 2ª Ed. – Santos - SP.

BORDIN, I. A.; DUARTE, C. S.; PERES, C. A.; NASCIMENTO, R.; CURTO, B. M.; PAULA, C. S. 2009. Severe physical punishment: risk of mental health problems for poor urban children in Brazil. *Bull World Health Organ.* 87(5): 336 – 44.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2008. DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. *Morbidade Hospitalar do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2010. Portal Saúde. Brasil mantém queda sustentada de mortalidade infantil. [Internet]. [citado em 2010]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=11571.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2010. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Acesso em 12/12/2011. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2010/d13.def>.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2003a. Estatuto da Criança e do Adolescente. 2ª Ed. Brasília. Ministério da Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2005. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2009. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2009b. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Indicadores de Vigilância Alimentar e Nutricional: Brasil 2006/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2002. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e projetos da saúde da criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*. 2:193-6.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2003b. AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: Curso de capacitação: introdução – módulo 1. Brasília: Ministério da Saúde.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 1984. Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas. Brasília: Ministério da Saúde.

CADWELL, J. 1979. Education as a factor in mortality decline: na examination of Nigerian data. *Popul Stud (Camb)*. 33: 395 – 413.

CAETANO, J. R. M.; BORDIN, I. A. S.; PUCCINI, R. F.; PERES, C. A. 2002. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos. *Rev. Saúde Pública*. 36(3): 285 - 91.

CANTAGALLI, M. R.; ALVIM, V. F.; ANDRADE, E. C.; LEITE, I. C. G. 2010. Associação entre desnutrição energético-protéica e infecção respiratória aguda em crianças na atenção primária à saúde. *Rev. APS*. 13(1): 26 – 33.

CAPRA, F. 1982. O Ponto de Mutação: A Ciência, a Sociedade e a Cultura emergente. Editora Pensamento-Cultrix Ltda. p 314 - 315.

CARDOSO, A. L.; LOPES, L. A.; TADDEI, J. A. A. C. 2006. Tópicos atuais em Nutrição Pediátrica. São Paulo: Editora Atheneu.

CARDOSO, A. M. 2010. A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de Saúde Pública. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 26(7): 1270 – 1271.

CASSELL, C. H.; GOLDEN, L. 2010. Epidemiology as a Guardian of Children's Health: Translating Birth Defects Research into Policy. *AEP*. Vol. 20(7): 493 – 98.

CASTELLANOS, P. L. 1997. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida: considerações conceituais. *In: BARATA, R. B. (org.). Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO. p. 31 – 75.

CÉSAR, J. A.; VICTORIA, C. G.; BARROS, F. C.; RAMOS, F. A.; ALBERNAZ, E. P.; OLIVEIRA, L. M.; HALPERN, R.; BREITENBACH, A.; STONE M. H.; FRACALLOSSI, V. 1996. Hospitalizações em menores de um ano pertencentes a duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. *Cad Saúde Publ*. 12(1): 67 – 71.

CHALFUN, G.; MELLO, R. R.; DUTRA, M. V. P.; ANDREOZZI, V. L.; SILVA, K. S. 2009. Fatores associados à morbidade respiratória entre 12 e 36 meses de vida de crianças nascidas de muito baixo peso oriundas de uma UTI neonatal pública. *Cad. Saúde Pública*. 25(6): 1399 - 1408.

- CHEN, Y.; LI, H. 2009. Mother's education and child health. *Journal Health Economics*. 28: 413 – 42.
- CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M. F.; AKERMAN, M. 2008. Doenças respiratórias agudas: um estudo das desigualdades em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 24(1): 55 – 69.
- COHEN, S.; JANICKI-DEVERTS, D.; CHEN, E. et al. 2010. Childhood socioeconomic status and adult health. *Ann Ny Acad Sci*. 1186: 37 – 55.
- CORREIA, C.; COSTA, E.; PERES, A.; ALVES, M.; POMBO, G.; ESTEVINHO, L. 2007. Etiologia do Trato Urinário e sua susceptibilidade aos antimicrobianos. *Acta Med Port*. 20: 543 – 549.
- CUNHA, A. J. L. 2002. Manejo de infecções respiratórias agudas em crianças: avaliação em unidades de saúde do Rio de Janeiro. *Cad Saúde Pública*. 18(1): 55 – 61.
- DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. 2006. Levelling up: a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health (part 2). *WHO Regional Office for Europe*.
- DOWD, J. B.; ZAJACOVA, A.; AIELLO, A. 2009. Early origins of health disparities: burden of infection, health and socioeconomic status in U.S. children. *Social Science & Medicine*. 68(4): 699 – 707.
- DUARTE, D. M. G. 2000. Perfil clínico de crianças menores de 5 anos com infecção respiratória aguda. *Rev. de Saúde Pública*. 76(3): 207 – 12.
- DUNTON, G. F.; KAPLAN, J.; WOLCH, J.; JERRETT, M.; REYNOLDS, K. D. 2009. Physical environmental correlates of childhood obesity: a systematic review. *Obes. Rev*. 10: 393 - 402.
- FAÇANHA, M. C.; PINHEIRO, A. C. 2004. Doenças respiratórias agudas em serviços de saúde entre 1996 e 2001, Fortaleza, CE. *Rev. Saúde Pública*. 38(3): 346 – 350.
- FALBO, A. R.; ALVES, J. G. B. 2002. Desnutrição grave: alguns aspectos clínicos e epidemiológicos de crianças hospitalizadas no Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP). *Cadernos de Saúde Pública*. 18: 1473 – 77.
- FERRER, A. P. S.; SUCUPIRA, A. C. S. L.; GRISI, S. J. F. E. 2010. Causes of hospitalization among children ages zero to nine years old in the city of São Paulo, Brazil. *CLINICS*. 65 (1): 35 – 44.
- FERRER, A. P. S. 2009. Estudo das causas de internação hospitalar das crianças de 0 a 9 anos de idade no município de São Paulo. [Dissertação]. São Paulo.
- FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. 2007. Atenção à Saúde da Criança no Brasil: Aspectos da Vulnerabilidade Programática e dos Direitos Humanos. *Revista Latino-am Enfermagem*. 15(6): 1171 – 6.

FIOL, F. S. D.; LOPES, L. C.; BORO, A. C. 2009. Tratamento antimicrobiano das infecções do trato urinário em crianças. *Revista Eletrônica de Farmácia*. 6(1): 7 – 13.

FROTA, M. A.; MAIA, J. A.; PEREIRA, A. S.; NOBRE, C. S.; VIEIRA, L. J. E. S. 2010. Reflexão sobre políticas e estratégias na saúde integral da criança. *Enfermagem em Foco*.1(3): 129 – 32.

GALVÃO, M. G. A.; SANTOS, M. A. R. 2009. Pneumonia na infância. *Pulmão*. 1: 45 – 49.

GAMA, S. R.; CARVALHO, M. S.; CHAVES, C. R. M. M. 2007. Prevalência de fatores de risco para as doenças cardiovasculares. *Cad. Saúde Pública*. 23(9): 2239 – 45.

GARCIA, E. K. S.; FIEL, G. V.; NAVARRO, F. 2007. Alteração na composição corporal de indivíduo pré-adolescente obeso submetido à intervenção alimentar e atividade física. *Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento*. 1(4): 94 – 108.

GHANEM, E. 2007. Influir em políticas públicas e provocar mudanças sociais: experiências a partir da sociedade civil brasileira – São Paulo: Ashoka: Avina: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo.

GLUCKMAN, P. D.; HANSON, M. A.; BATESON, P.; BEEDLE, A. S.; LAW, C. M.; BHUTTA, Z. A.; ANOKHIN, K. V.; BOUGNÈRES, P.; CHANDAK, G. R.; DASGUPTA, P.; SMITH, G. D.; ELLISON, P. T.; FORRESTER, T. E.; GILBERT, S. F.; JABLONKA, E.; KAPLAN, H.; PRENTICE, A. M.; SIMPSON, S. J.; UAUY, R.; WEST-EBERHARD, M. J. 2009. Towards a new developmental synthesis: adaptive developmental plasticity and human disease. *Lancet*. 373(9675): 1654 – 57.

GONDIM, A. P. S. 2007. Comportamento e ações populares no enfrentamento de doenças respiratórias infantis em um assentamento urbano. [Tese]. Saúde Coletiva, Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador.

GOYA, A.; FERRARI, G. F. 2005. Fatores de risco para morbimortalidade por pneumonia em crianças. *Rev. Paul Pediatría*. 23(2): 99 – 105.

GRUBER, W. C. 1995. The Epidemiology of Respiratory Infections in Children. *Seminars in Pediatric Infectious Disease*. 6(2): 49 – 56.

GUYER, B.; MA, S.; GRASON, H.; FRICK, K. D.; PERRY, D. F.; SHARKEY, A.; MCINTOSH, J. 2009. Early Childhood Health Promotion and Its Life Course Health Consequences. *Academic Pediatrics*. 9 (3): 142 – 9.

GWATKIN, D. R.; RUTSTEIN, S.; JOHNSON, K.; SULIMAN, E. 2007. Wagstaff A and Amozou A. Socio-economic differences in health, nutrition, and population within developing countries: an overview. *JAMA*. 298(16): 24 – 31.

HALLET, K. B.; O'ROURKE, P. K. 2006. Pattern and severity of early childhood caries. *Community Dent Oral Epidemiol.* 34: 25 – 35.

HALPERN, R.; GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C.; HORTA, B. L. 2000. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *J Pediatr.* 76(6): 421 – 28.

HARRIS, R.; NICOLL, A. D.; ADAIR, P. M.; PINE, C. M. 2004. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. *Community Dental Health.* 21: 71 – 85.

HIGUCHI, C. H.; FUJIMORI E.; CURSINO E. G.; CHIESA A. M.; VERÍSSIMO M.; MELLO D. F. 2011. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. *Rev Gaúcha Enferm.* 32(2):241-7.

HOFFMANN, B.; KOLAHGAR, B.; RAUCHFUSS, K.; EBERWEIN, G.; FRANZEN-REUTER, I.; KRAFT, M.; WILHELM, M.; RANFT, U.; JÖCKEL, K. 2009. Childhood social position and associations between environmental exposures and health outcomes. *International Journal of Hygiene and Environmental Health.* 212: 146 – 56.

IBIAPINA, C. C. et al. 2004. Pneumonias comunitárias na infância: etiologia, diagnóstico e tratamento. *Rev Med.* 14(1): 19 – 25.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. 2010. POF 2008/2009 – Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. 2009. Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. 2010. Síntese dos Indicadores Sociais 2010. *Estudos e Pesquisas.* Rio de Janeiro.

IWANE, M. K.; EDWARDS, K. M.; SZILAGYI, P. G.; WALTER, F. J.; GRIFFIN, M. R.; WEINBERG, G. A. et al. 2004. Population-based surveillance for hospitalizações associated with respiratory syncytial vírus, and parainfluenza viruses among young children. *Pediatrics.* 113(6): 1758 – 64.

KOCH, V. H.; ZUCCOLOTO, S. M. C. 2003. Infecção do trato urinário: em busca das evidências. *Jornal de Pediatria.* 79(1): 97 – 106.

LEJARRAGA, H. 2002. O fascinante processo de desenvolvimento psicomotor da criança. Berço, 13. *Nestlé Nutrition.*

LYNCH, J.; KAPLAN, G. 2000. Socioeconomic position. In: BERKMAN, L. F.; KAWACHI, I. (editors). *Social epidemiology.* New York: Oxford Press. p. 13 – 35.

MACEDO, S. E.; MENEZES, A. M.; ALBERNAZ, E.; POST, P.; KNORST, M. 2007. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. *Rev Saúde Públ.* 41(3): 351 – 8.

MALAFAIA, G. 2009. A desnutrição protêico-calórica como agravante da saúde de pacientes hospitalizados. *Arq. Bras. Ciên. Saúde*. 34(2): 101 – 7.

MAMBRINI, J. V. M. 2009. Desigualdade em Saúde no Brasil: Medida e Avaliação. [Tese] Belo Horizonte (MG): Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG.

MARÇAL, M. L. P. 2006. Perfil sociodemográfico e imunológico de crianças com paralisia cerebral tetraparética espástica. [Dissertação]. Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde) – Pró-Reitoria de Pós-Graduação da Universidade Católica de Goiás. Goiânia.

MARTINEZ-CASTALDI, C.; SILVERSTEIN, M.; BAUCHNER, H. 2008. Child versus adult research: the gap in high-quality study design. *Pediatrics*. 122: 52 – 57.

McCRACKEN Jr, G. 2000. Etiology and treatment of pneumonia. *Pediatr Infect Dis J*. 19: 373 – 7.

MENDONÇA, M. R. T.; SILVA, M. A. M.; RIVERA, I. R.; MOURA, A. A. 2010. Prevalência de Sobrepeso e Obesidade em crianças e adolescentes na cidade de Maceió. *Rev. Assoc. Med. Bras*. 56(2): 192 – 6.

MOLINA, R. C. M.; MARCON, S. S.; UCHIMURA, T. T.; LOPES, E. P. 2008. Caracterização das internações em uma unidade de terapia intensiva pediátrica, de um hospital-escola da região sul do Brasil. *Cienc Cuid Saúde*. 7(1): 112 – 120.

MONEGO, E. T.; JARDIM, P. C. B. V. 2006. Determinantes de risco para doenças cardiovasculares em escolares. *Arq. Bras. Cardiol*. 87(1): 37 – 45.

MONTEIRO, C. A.; BENÍCIO, M. H.; SILVA, A. C. F.; LIMA, A. L. L.; CONDE, W. L. 2009. Causas do declínio da desnutrição infantil no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 43(1): 35 – 43.

MULHOLLAND, K. 1999. Magnitude of the problem of childhood pneumonia. *Lancet*. 354: 590 – 2.

NAGHETTINI, V. A.; BELÉM, J. M. F.; SALGADO, C. M.; JÚNIOR, H. M. V.; SERONNI, E. M. X. S.; JUNQUEIRA, A. L.; FORTES, P. M. 2009. Avaliação dos fatores de risco e proteção associados à elevação da pressão arterial em crianças. Universidade Federal de Goiás. Goiânia – GO – Brasil.

NASCIMENTO, L. F. C.; MARCITELLI, R.; AGOSTINHO, F. S.; GIMENES, C. S. 2004. Análise hierarquizada dos fatores de risco para pneumonia em crianças. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*. 30(5): 415 – 51.

NASCIMENTO-CARVALHO, C. M.; SOUZA-MARQUES, H. H. 2004. Recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria para antibioticoterapia em crianças e adolescentes com pneumonia comunitária. *Rev Panam Salud Pública* 15(6): 380 – 87.

OLIVEIRA, A. C.; SIMÕES, R. F.; ANDRADE, M. V. 2007. A relação entre a Atenção Primária à Saúde e as internações por condições sensíveis à atenção ambulatorial nos municípios mineiros. ANPEC – Associação Nacional dos Centros de Pós-graduação em Economia. XXXV. Encontro Nacional de Economia, Recife, Anais.

OLIVEIRA, B. R. G.; VIEIRA, C. S.; COLLET, N.; LIMA, R. A. G. 2010. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 13(2): 268 – 77.

PACÍFICO, L.; ANANIA, C.; MARTINO, F.; POGGIOGALLE, E.; CHIARELLI, F.; ARCA, M.; CHIESA, C. 2011. Management of metabolic syndrome in children and adolescents. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 21(6): 455 – 66.

PIVA, P. J.; GARCIA, P. C. R. 2003. Medicina intensiva em pediatria. *J. Pediatr.* 79(2): 243 – 54.

POSTIAUX, G. 2004. Fisioterapia respiratória pediátrica: o tratamento guiado por ausculta pulmonar. 2ª Ed. Porto Alegre: *Artmed.* p. 135 – 8.

POWER, C.; ATHERTON, K.; STRACHAN, D. P.; SHEPHERD, P.; FULLER, E.; DAVIS, A.; GIBB, I.; KUMARI, M.; LOWE, G.; MACFARLANE, G. J.; RAHI, J.; RODGERS, B.; STANSFELD, S. 2007. Life-course influences on health in British adults: effects of sócio-economic position in childhood and adulthood. *Internacional Journal of Epidemiology.* 36: 532 – 539.

PRATT, L. 1991. The support functions of the family. In: KICKBUSCH, I.; BADURA, B. *Health promotion research; towards a new social epidemiology.* Copenhagen: WHO / Europe. p. 229 – 250.

PRIETSCH, S. O. M. 2002. Doença aguda das vias aéreas inferiores em menores de cinco anos: influência do ambiente doméstico e do tabagismo materno. *Jornal de Pediatria.* 78(5): 415 – 22.

RAJMIL, L.; DÍEZ, E.; PEIRÓ, R. 2010. Desigualdades sociais in la salud infantil. *Informe SESPAS 2010. Gac Sanit.* 24(1): 42 – 48.

REIS, R. S. 2006. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. LIBERTAS – Revista da Faculdade de Serviço Social – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – UFJF.

RICCETO, A. G. L.; ZAMBOM, M. P.; PEREIRA, I.C.M.R.; MORCILLO, A. M. 2003. Complicações em crianças internadas com pneumonia: fatores sócio-econômicos e nutricionais. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 49(2): 191 – 5.

RICE, A. L. et al. 2000. Malnutrition as an underlying cause of childhood deaths associated with infectious diseases in developing countries. *Bull World Health Organ.* 78: 1207 – 21.

ROCHA, R. T. et al. 2000. Pneumonia adquirida na comunidade em pacientes tratados ambulatoriamente: aspectos epidemiológicos, clínicos e radiológicos das pneumonias atípicas e não atípicas. *J. Pneumologia*. 26(1): 5 – 14.

RODRIGUES, J. C.; FILHO, L. V. F. S.; BUSH, A. 2002. Diagnóstico etiológico das pneumonias – uma visão crítica. *J. Pediatria*. 78(2): 129 – 40.

ROSA, A. M.; IGNOTTI, E.; HACON, S. S.; CASTRO, H. A. 2008. Análise das internações por doenças respiratórias em Tangará da Serra – Amazônia Brasileira. *J. Bras. Pneumol*. 34(8): 575 – 82.

RUDAN, I.; BOSCHI-PINTO, C.; BILOGLAV, Z.; MULHOLLAND, K.; CAMPBELL, H. 2008. Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bulletin of the World Health Organization*. 86: 408 – 416.

SALES, C. M.; SEIXAS, S. C. 2008. Causas de desmame precoce no Brasil. *Cogitare enferm*. 13(3): 443 – 447.

SALGADO, R. M. P.; AGUERO, F. C. M. 2010. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. *Pediatria*. 32(2): 90 – 7.

SANTOS, PL. 2009. Morbidade referida, situação vacinal e acesso a serviços de saúde por pré-escolares. *Medicina*. 42(2): 143 – 50.

SCHWARTZ, J. 2004. Air Pollution and Children's Health. *Pediatrics*. 113(4): 1037 – 43.

SENA, R. R.; LEITE, C. R.; SANTANA, J. J. F.; VIEIRA, M. A. 2006. Perfil das crianças atendidas na unidade de pediatria do Hospital Universitário Clemente de Faria, Montes Claros – MG. *UNIMONTES CIENTÍFICA*. 8(1): 118 – 28.

SILVA, A. S.; MOURA, E. C. 2010. Determinantes do estado de saúde de crianças ribeirinhas menores de dois anos de idade do Estado do Pará, Brasil: um estudo transversal. *Cad. Saúde Pública*. 26(2): 273 – 285.

SILVA, B. M. P. et al. 2006. Tendência da mortalidade por pneumonia na região metropolitana de Salvador – 1980 a 2004. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 30(2): 294 – 308.

SILVA, L. A.; SILVA, R. G. A.; ROJAS, P. F. B.; LAUS, F. F.; SAKAE, T. M. 2009. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. *Revista da AMRIGS*. 53(4): 354 – 360.

SILVEIRA, P. P.; PORTELLA, A. K.; GOLDANI, M. Z.; BARBIERI, M. A. 2007. Developmental origins of health and disease (DOHaD). *J Pediatr* (Rio J). 83: 494 – 504.

SOUZA, J. M.; LINS, L. S.; MEIRELES, J. M. S.; DANTAS, M. S. A.; TORQUATO, I. M. B. 2010. Incidência de pneumonia em crianças no Município de João Pessoa/PB no período de 2000 a 2008. *Revista do UNIPÊ*. 14(2): 147 – 50.

SWEI LO, D.; RAGAZZI, S. L. B.; GILIO, A. E.; MARTINEZ, M. B. 2010. Infecção urinária em menores de 15 anos: etiologia e perfil de sensibilidade antimicrobiana em hospital geral de pediatria. *Rev Paul Pediatr.* 28(4): 299 – 303.

UNICEF - UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. 2008. Situação Mundial da Infância. *Sobrevivência Infantil*. Disponível em: www.unicef.org/brazil/

UNICEF - UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. 2009. State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health. New York: UNICEF.

VAN DIJK, A. E.; VAN EIJSDEN, M.; STRONKS, K.; GEMKE, R. J. B. J.; VRIJKOTTE, T. G. M. 2010. Cardio-metabolic risk in 5-year-old children prenatally exposed maternal psychosocial stress: the ABCD study. *BMC Public Health* .10: 251 – 57.

VAN GINNEKEN, J. K.; LOB-LEVYT, J.; GOVE, S. 1996. Potential interventions for preventing pneumonia among young children in developing countries: promoting maternal education. *Trop Med Int Health.* 1: 283 – 94.

VERAS, T. N.; SANDIM, G.; MUNDIM, K.; PETRAUSKAS, R.; CARDOSO, G.; D'AGOSTIN, J. 2010. Perfil epidemiológico de pacientes pediátricos internados com pneumonia. *Scientia Medica.* 20(4): 277 - 81.

VICTORA, C. G.; AQUINO, E. M. L.; LEAL, M. C.; MONTEIRO, C. A.; BARROS, F. C.; SZWARCOWALD, C. L. 2011. Maternal and child health in Brasil: progress and challenges. *Lancet.* 377: 1863 – 76.

VICTORA, C. G.; CÉSAR, J. 2003. Saúde Materno-infantil no Brasil – Padrões de Morbi- mortalidade e Possíveis Intervenções. In: ROUQUAYROL, M. Z.; FILHO, N. A. *Epidemiologia & Saúde.* 6ª Ed. Rio de Janeiro: MEDSI, cap. 14, p. 415 – 461.

VICTORA, C. G.; FUCHS, S. C.; FLORES, J. A. C.; FONSECA, W.; KIRKWOOD, B. 1994. Risk factors for pneumonia among children in a Brazilian metropolitan área. *Pediatrics.* 93: 977 – 85.

VICTORINO, C. C.; GAUTHIER, A. H. 2009. The social determinants of child health: variations across health outcomes – a population- based cross-sectional analysis. *BMC Pediatr.* 9: 53 – 65.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008a. The World Health Report 2010. *Equity, social determinants and public health programmes.* Geneva.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2004. *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic.* Report of a WHO Consultation. Geneva. WHO Technical Report Series nº 894.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2008b. *World health statistics 2008.* Geneva.

ANEXOS

FORMULÁRIO:
CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA E SOCIOECONÔMICA

DATA: __/__/__

PRONTUÁRIO: _____

Nº. DOCUMENTO: _____

Nº. CARTÃO SUS _____

1- IDENTIFICAÇÃO

A- Nome:

B- Filiação: B-1- Mãe: _____

B-2- Pai: _____

C- Data de Nascimento __/__/__ **D – Idade:** __ **E – Sexo:** ()F ()M

D- Procedência: _____ **U.F.:** _____

E-1- Endereço: _____

E-2- Endereço para contato: _____

2 – SITUAÇÃO DE SAÚDE:

A-1- Diagnóstico médico ou situação do último atendimento: _____

A-2 - Número de comparecimentos no período de jan/2007 a jan/2010: _____

A-3- Tipo de atendimento no período de jan/2007 a jan/2010: _____

2- DADOS SÓCIOECONÔMICOS

A-SITUAÇÃO FUNCIONAL:

A-1- Pai/Responsável

()Empregado(a) ()Desempregado(a) ()Autônomo(a)

A-2- Mãe/Responsável

()Empregado(a) ()Desempregado(a) ()Autônomo(a)

B-ESCOLARIDADE: B-1- Mãe/Responsável: _____

B-2- Pai/Responsável: _____

C-RENDA FAMILIAR (salário mínimo): _____ ()Sem renda

030/2010



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
 MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS
 HOSPITAL DAS CLÍNICAS
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA MÉDICA HUMANA E ANIMAL



PROTOCOLO CEPMHA/HC/UFG Nº 030/2010

Goiânia, 25/03/2010

INVESTIGADOR (A) RESPONSÁVEL: Cirurgiã Dentista: Thânia Maria Claudino de Oliveira

ORIENTADORA: Prof. Irmtraut Araci Hoffmann Pfrimer

TÍTULO: "Aspectos sócio-demográficos e saúde infantil"

Área Temática: Grupo III

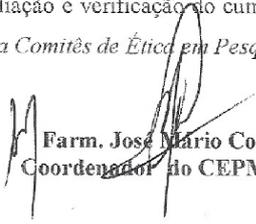
Local de realização: Hospital das Clínicas/UFG - SAMIS

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa Médica Humana e Animal do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás, analisou e aprovou o projeto de pesquisa acima referido, juntamente com os documentos apresentados e o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

Informamos que não há necessidade de aguardar o parecer da CONEP- Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para iniciar a pesquisa.

Após início, o pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEPMHA/HC/UFG, relatórios semestrais do andamento da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões).

O CEPMHA/HC/UFG pode, a qualquer momento, fazer escolha aleatória de estudo em desenvolvimento para avaliação e verificação do cumprimento das normas da Resolução 196/96 (*Manual Operacional Para Comitês de Ética em Pesquisa – Item 13*)


 Farm. José Mário Coelho Moraes
 Coordenador do CEPMHA/HC/UFG