

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE –
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, SOCIEDADE E
ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO
E EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS INTERNADAS
EM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM BELÉM-PARÁ**

CLÁUDIA REGINA NAVAS PEREIRA LOUREIRO

BELÉM
2013

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
CENTRO DE PESQUISA LEÔNIDAS & MARIA DEANE –
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
MESTRADO MULTIDISCIPLINAR EM SAÚDE, SOCIEDADE E
ENDEMIAS NA AMAZÔNIA

CLÁUDIA REGINA NAVAS PEREIRA LOUREIRO

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO
E EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS INTERNADAS
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM BELÉM-PARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia da Fundação Oswaldo Cruz/Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, em convênio com a Universidade Federal do Pará e Universidade Federal do Amazonas, referente a linha de pesquisa Dinâmicas e Agravos das Doenças da Amazônia, para a obtenção do título de Mestre.

Orientação: Prof^a. Dra. Mary Elizabeth de Santana

BELÉM
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Biblioteca do HUIBB / UFPA

Loureiro, Cláudia Regina Navas Pereira.

Perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico das crianças internadas em um Hospital Universitário em Belém-Pará / Cláudia Regina Navas Pereira Loureiro. _ 2013
68 f.: il.

Orientadora: Profª Drª Mary Elizabeth de Santana

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Universidade Federal do Amazonas, Fundação Osvaldo Cruz/Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane, Programa de Mestrado Multidisciplinar em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia Belém, 2013.

1. Enfermagem Pediátrica. 2. Epidemiologia. 3. Doenças transmissíveis em crianças. I. Santana, Mary Elizabeth de, *orient.* II. Título.

CDD 22. ed: 610.7362

Cláudia Regina Navas Pereira Loureiro

**PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CLÍNICO E
EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS INTERNADAS EM UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM BELÉM-PARÁ**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas, Universidade Federal do Pará, Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde, Sociedade e Endemias na Amazônia.

Área de concentração: Determinantes Biossociais do Processo de Saúde e Doença na Amazônia.

Linha de Pesquisa: Dinâmica dos Agravos e das Doenças Prevalentes na Amazônia.

Aprovada em: / / .

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Mary Elizabeth de Santana
Presidente – Universidade Federal do Pará

Prof.^a Dr.^a Jacira Nunes Carvalho
Membro – Universidade Federal do Pará

Prof.^a Dr.^a Roseneide dos Santos Tavares
Membro – Universidade Federal do Pará

Prof.^a Dr.^a Ilma Pastana Ferreira
Membro – Universidade Federal do Pará

Dedico esta vitória tão sonhada aos meus
amores Helder Rogério e Antônio Carlos.
Sem o amor e o apoio deles não teria
chegado até aqui.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus, por todas as oportunidades que me concedeu e concede a cada dia.

Aos meus pais, Cláudio e Thereza Pereira, por todo o amor e apoio a mim dedicados ao longo da caminhada.

A Prof^a. Dra. Mary Elizabeth de Santana, por ter aceitado participar desta árdua missão me direcionando e auxiliando nas dificuldades.

A equipe de profissionais da Pediatria do HUJBB pelo apoio durante a coleta de dados.

As amigas e colegas de trabalho e de curso Patrícia Vasconcelos e Sônia André pelos momentos de discussões valorosas e descontrações inesquecíveis.

A Secretaria de Estado de Saúde Pública (SESPA) e ao Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) pelas liberações para a realização deste curso de mestrado.

Aos profissionais do Departamento de Arquivo Médico e Estatístico (DAME) do HUJBB em especial ao Sívio pelo auxílio na obtenção dos prontuários.

A equipe da Biblioteca do HUJBB pela atenção e auxílio.

Aos meus queridos pacientes pediátricos. Sem eles nada teria sido possível.

Não vos deixeis abater pelas derrotas.
Nada existe que não podeis dominar com
a ajuda daquele que nos dá força.

João Paulo II.

Resumo

Este estudo teve por objetivo descrever o perfil clínico e epidemiológico da clientela da clínica pediátrica do Hospital Universitário João de Barros Barreto no período de agosto a novembro de 2012. As bases conceituais são da epidemiologia e da enfermagem pediátrica. Trata-se de um estudo do tipo observacional, descritivo, de corte transversal, com análise a luz dos métodos da estatística descritiva, os quais orientam a descrição e a apresentação em tabelas. O local da pesquisa foi o Hospital Universitário João de Barros Barreto. No estudo foram pesquisados 97 prontuários de crianças internadas mediante consentimento por escrito de seu responsável. Os dados obtidos foram tabulados através do programa Microsoft Excel e todo o processamento estatístico se realizou sob o suporte computacional do software Epi-info, sendo os resultados apresentados em tabelas e análise crítica dos resultados. Os resultados: o sexo do acompanhante e/ou responsável que predominou foi o feminino com 89,69% (87), sendo que 87,6% (85) eram as mães. Quanto ao sexo dos pacientes que internaram, 53,6% (52) das internações eram crianças do sexo masculino; a faixa etária entre um e cinco anos com 38,10% (37). Quanto às patologias encontradas nas AIHs, observou-se o predomínio da leishmaniose visceral, com 16,49% (16) seguida da pneumonia com 15,46% (15) e a meningite bacteriana com 11,34% (11) casos. Em relação ao tempo de internação, verificou-se que 39,77% das crianças permaneceram internadas por um período compreendido entre sete a quatorze dias. A investigação demonstra o quanto é relevante o conhecimento dos dados do perfil clínico e epidemiológico da criança para a enfermagem e para a gestão hospitalar, pois a partir desses resultados o enfermeiro poderá planejar um cuidado apropriado para criança, assim como o acompanhamento no ambulatório, já que 60,4% (58) das crianças receberam alta para darem continuidade ao tratamento ambulatorial.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica. Perfil Epidemiológico, Criança e Adolescente.

ABSTRACT

This study had for objective to describe the clinical and epidemic profile of the clientele of the pediatric clinic of the João de Barros Barreto Academical Hospital in the period of August to November of 2012. The conceptual bases are of the epidemiology and of the pediatric nursing. It is a study of the observational and descriptive type, of traverse cut, with analysis the light of the descriptive statistics methods, which guide the description and the presentation in tables. The place of the research was the João de Barros Barreto Academical Hospital. In the study they were researched 97 handbooks of children interned in writing by consent of your responsible. The obtained data were tabulated through the program Microsoft Excel and the whole statistical processing took place under the support computational of the software Epi-info, being the results presented in tables and critical analysis of the results. The results: the companion's responsible and/or sex that prevailed was the feminine with 89,69% (87), and 87,6% (85) they were the mothers. With relationship to the patients' sex that you/they interned, 53,6% (52) of the internments they were children of the masculine sex; the age group between an and five years with 38,10% (37). With relationship to the pathologies found in AIHs, the prevalence of the visceral leishmania was observed, with 16,49% (16) followed by the pneumonia with 15,46% (15) and the bacterial meningitis with 11,34% (11) cases. In relation to the time of internment, it was verified that 39,77% of the children stayed interned by a period understood among seven to fourteen days. The investigation demonstrates the all it is important the knowledge of the data of the child's clinical and epidemic profile for the nursing and for the hospital administration, because to leave of those results the male nurse he/she can plan an appropriate care for child, as well as the accompaniment in the clinic, since 60,4% (58) of the children they received high for us to give continuity to the ambulatory treatment.

Keywords: Pediatric nursing. Epidemic profile. Child and teenagers.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1-	Distribuição dos acompanhantes das crianças e adolescentes internados no HUIBB, de acordo com o sexo, HUIBB- Belém-Pará-2012	32
TABELA 2-	Distribuição dos acompanhantes das crianças e adolescentes internados no HUIBB, de acordo com a idade, HUIBB – Belém – Pará – 2012	33
TABELA 3-	Distribuição dos acompanhantes das crianças e adolescentes internados no HUIBB, de acordo com o grau de instrução, HUIBB – Belém – Pará – 2012.....	34
TABELA 4-	Distribuição dos acompanhantes das crianças e adolescentes internados no HUIBB, de acordo com o vínculo, HUIBB- Belém- Pará- 2012	35
TABELA 5 –	Distribuição dos acompanhantes das crianças e adolescentes internados no HUIBB de acordo com o município de procedência, HUIBB – Belém – Pará -2012.....	36
TABELA 6 –	Distribuição dos acompanhantes das crianças e adolescentes internados no HUIBB de acordo com o tipo de domicílio, HUIBB – Belém – Pará – 2012.....	38
TABELA 7 –	Distribuição das Crianças internadas no HUIBB quanto ao sexo, HUIBB- Belém –Pará- 2012	39
TABELA 8-	Distribuição das crianças internadas no HUIBB quanto à faixa etária – HUIBB – Belém – Pará – 2012	40
TABELA 9-	Distribuição das internações de crianças no HUIBB quanto à impressão diagnóstica na AIH, HUIBB – Belém – Pará – 2012	41
TABELA 10 –	Distribuição das crianças internadas no HUIBB quanto à situação vacinal, HUIBB – Belém- Pará -2012	42
TABELA 11 –	Distribuição das crianças internadas no HUIBB por antecedentes mórbidos. HUIBB – Belém –Pará -2012	43
TABELA 12 –	Distribuição das crianças internadas no HUIBB por tempo de doença antes da internação. HUIBB – Belém – Pará – 2012 .	44

TABELA 13 - Distribuição das crianças internadas no HUIBB quanto ao atendimento prestado antes da internação. HUIBB – Belém – Pará -2012	45
TABELA 14 – Distribuição das crianças internadas no HUIBB quanto ao serviço que foi atendida antes da internação. HUIBB – Belém – Pará – 2012	46
TABELA 15 – Distribuição das crianças que tiveram internação anterior à admissão no HUIBB quanto ao tempo e o tipo de acomodação. HUIBB – Belém – Pará- 2012	47
TABELA 16 – Distribuição das crianças internadas no HUIBB quanto aos sinais clínicos e sintomas na admissão – HUIBB – Belém – Pará – 2012.....	48
TABELA 17 – Distribuição das crianças internadas no HUIBB quanto aos tratamentos e recursos utilizados – HUIBB – Belém – Pará – 2012.....	49
TABELA 18 – Distribuição das crianças internadas no HUIBB quanto ao tempo de internação – HUIBB – Belém – Pará – 2012	50
TABELA 19 – Distribuição das crianças internadas no HUIBB quanto ao tipo de alta HUIBB – Belém – Pará – 2012	51
TABELA 20 – Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB quanto ao tipo de alta HUIBB – Belém – Pará – 2012 .	51

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Discorrendo sobre o tema	12
1.2	Justificativa	16
1.3	Problema da pesquisa	17
2	OBJETIVO	19
3	BASES CONCEITUAIS	20
3.1	A enfermagem pediátrica e a integralidade da assistência	20
3.2	O paciente pediátrico e a hospitalização	23
3.3	A situação epidemiológica das doenças transmissíveis no Brasil	24
4	METODOLOGIA	28
4.1	Tipo de estudo	28
4.2	Local	28
4.3	Fontes de informação	29
4.4	Levantamento de dados	30
4.5	Tipo de análise	30
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	32
5	CONCLUSÕES	53
	REFERÊNCIAS	54
	APÊNDICES	59

1 INTRODUÇÃO

1.1 Discorrendo sobre o tema

O perfil da morbidade de crianças menores de cinco anos é considerado parâmetro básico para o estabelecimento de necessidades de saúde desse grupo da população. As taxas e causas de internação em crianças refletem a qualidade da assistência prestada e a resolubilidade ambulatorial (CAETANO *et al.*, 2002).

Para Caetano *et al.* (2002), vários são os fatores de risco para a hospitalização de crianças menores de cinco anos, a saber: sexo masculino, número de crianças menores de cinco anos morando no domicílio, local de residência (área urbana e/ou rural), exposição ao fumo, frio e umidade, desnutrição, desmame precoce, baixo peso ao nascer, idade e grau de instrução materna e maior densidade domiciliar. Enfatiza que a identificação desses fatores de risco para a internação de crianças contribui para a execução de ações que reduzam esse evento.

O autor destaca ainda como características associadas à morbidade e à hospitalização de crianças: as pessoas que assumem os cuidados da criança na ausência da mãe, a presença de doenças crônicas de natureza alérgica e a falta de acesso aos serviços de saúde. Refere que as taxas de hospitalização por doenças infecciosas são desigualmente distribuídas nos diferentes segmentos sociais e regiões do país, afetando, sobretudo, as crianças pertencentes às famílias de menor poder aquisitivo, em razão do menor acesso aos serviços de saúde e do retardo na procura por atendimento adequado, o que favorece o agravamento do quadro e a consequente internação.

Granzotto (2010) ressalta que a internação gera uma série de novas e desagradáveis sensações corporais, além do adoecimento. Outros fatores agregados a essa condição inicial, são a separação da família, o ambiente estranho à criança, o medo quanto aos procedimentos a que serão submetidas, pessoas estranhas executando os seus cuidados e o mal físico ou desconforto corporal, como a dor e outros desconfortos que geram mais ansiedade a este cliente.

Somam-se a esses o estresse que envolve a família desta criança, sobretudo os seus pais, que enfrentarão muitas vezes o medo da doença e do

desconhecido, sentimentos de culpa ou ambivalência para com a criança, insegurança e falta de controle sobre o ambiente hospitalar, pessoas, rotinas, equipamentos e procedimentos, modificações nas rotinas de vida e redução na habilidade dos membros da família em desempenhar os papéis usuais, problemas financeiros, sociais e afetivos vinculados à doença e à hospitalização da criança. Essas circunstâncias são extremamente estressantes, tanto para a família, quanto para a criança, e interferem significativamente no processo de recuperação da mesma.

No Brasil, as causas de internações variam conforme as características regionais. As doenças diarreicas são a causa principal de internação na região Nordeste, enquanto na região Sul predominam os problemas respiratórios. Vários fatores têm sido estudados para correlacionar a vulnerabilidade das crianças propensas à internação, estando fortemente associados à internação no primeiro ano de vida o baixo peso ao nascer, a baixa escolaridade materna e a alta densidade familiar (GRANZOTTO, 2010).

Para que o processo de crescimento e higidez mental da criança ocorra plenamente, faz-se necessário a garantia da satisfação de necessidades afetivo-emocionais, como: ser protegida de sofrimento de origem corporal; sentir-se amada e desejada; viver em um ambiente de harmonia entre os conviventes, sobretudo os pais, entre outras (SCHMITZ, 2000).

A enfermagem torna-se imprescindível para prestar assistência efetiva e de alta qualidade à criança hospitalizada, buscando promover as condições de saúde mais satisfatórias possíveis, envolvendo atividades de prevenção de doenças ou lesões, de proteção de assistência às crianças e suas famílias, com o intuito de oferecer-lhes bem-estar.

Whaley e Wong (1989) descrevem sete funções principais da enfermeira pediátrica:

- a) Defesa da Família;
- b) Educação em Saúde;
- c) Apoio e Aconselhamento;
- d) Papel Terapêutico;
- e) Coordenação e Colaboração;
- f) Planejamento da Assistência;

g) Assistência em Doenças Transmissíveis.

Em seu papel de defensora da família, além de ser responsável por sua conduta profissional e pela instituição que a emprega, é principalmente responsável pelos receptores dos seus cuidados, que são a criança e sua família. A enfermeira deve identificar os problemas e necessidades do cliente e planejar ações a fim de saná-los ou minimizá-los, além de se esforçar para manter a família informada sobre o tratamento utilizado e os serviços disponíveis e direcionar a assistência de enfermagem às necessidades específicas de cada paciente.

A enfermeira é considerada a defensora do paciente nos aspectos da prevenção, que incluem atividades de prevenção de doenças ou incapacidades, com a detecção de fatores de riscos e ações profiláticas, como a imunização, a educação e a orientação antecipada.

Outra função intimamente relacionada as ora citadas é a educação em saúde (segundo papel da enfermeira pediátrica), onde por meio de um objetivo direto da enfermeira como no caso de uma aula para os genitores, ou indireto, como esclarecer os pais e crianças sobre um diagnóstico ou procedimento a ser realizado, educa-os quanto à saúde da criança.

Em se tratando da função de execução do apoio e aconselhamento, são desempenhadas ações imprescindíveis durante a assistência de enfermagem, como: o ouvir, o contato físico e a simples presença ou a troca de ideias e opiniões, que podem resultar na solução de problemas recíprocos.

No que tange ao papel terapêutico, o mais básico de todos os papéis da enfermeira, são desenvolvidas ações que promovam a restauração da saúde por meio da prestação de cuidados diretos, sem desconsiderar a atenção às necessidades físicas e emocionais das crianças. Um aspecto significativo do papel terapêutico desta profissional é a contínua avaliação, da evolução do estado físico dos seus pacientes, podendo, assim, identificar e documentar os desvios.

Em relação à função de executora das ações de coordenação e colaboração, a enfermeira desempenha funções de gerenciamento e articulação dos serviços de enfermagem com as atividades de outros profissionais, a fim de oferecer assistência holística e de qualidade aos seus clientes;

No que se refere ao planejamento da assistência à saúde, esta profissional abrange atividades de utilização do conhecimento das necessidades da comunidade

sendo “defensora da família-consumidor” na elaboração de projetos de atenção à saúde e serviços que contemplem tais necessidades.

Com relação à assistência de enfermagem em doenças transmissíveis, as autoras anteriormente citadas destacam como as principais metas da enfermagem:

- a) Identificar a doença transmissível, a fim de prevenir a exposição de indivíduos suscetíveis por meio dos seguintes fatores: análise de exposição recente a um caso conhecido; história de sintomas prodrômicos ou presença de manifestações gerais, como: febre ou exantema, história de imunizações prévias; prevenção de complicações, com medidas de apoio; e proteção aos casos mais suscetíveis, como os de crianças em tratamento com corticoide e com doenças imunossupressoras;
- b) Prevenção da transmissão por intermédio da imunização (prevenção primária) e pelas ações de controle, como: o uso de isolamentos adequados e de equipamentos de proteção individuais; quando necessárias, dar as orientações aos familiares e cuidadores sobre as formas de contágio e como evitá-las e o incentivo à prática da lavagem das mãos, além de outras orientações quanto ao manuseio de utensílios íntimos e roupas, conforme a necessidade que cada patologia demanda.

Considerando as informações que são indispensáveis para a prática profissional da enfermagem pediátrica de qualidade, não podemos deixar de ressaltar que para um melhor desempenho da equipe, além de tudo o que foi anteriormente descrito, se faz necessário termos o conhecimento do perfil epidemiológico da população infantil do Estado do Pará.

1.2 Justificativa

O conhecimento do perfil epidemiológico da população atendida em um serviço da saúde é de extrema importância, pois contribui para a enfermagem compreender o processo de viver humano em múltiplas dimensões no contexto das relações sociais e do processo saúde-doença em sua diversidade e complexidade. Também contribui como instrumento que possibilita avaliar o cuidado prestado aos usuários para a análise do perfil socioeconômico e de morbidade de uma população. Souza (2008), em seu estudo sobre o uso da epidemiologia na enfermagem, aponta que o maior enfoque da sua utilização está centrado nos estudos sobre a avaliação do cuidado, que propõem um olhar diferenciado para a assistência e um redirecionamento da prática. Os estudos sobre internações e morbidades contribuem com dados importantes para traçar o perfil dos pacientes e das doenças, além de servir de ferramenta para a planificação dos serviços de saúde, a fim de diminuir a mortalidade infantil (GRANZOTTO, 2010, p. 16).

Observa-se que a internação dos filhos modifica o cotidiano da família, principalmente dos pais, em especial o das genitoras pelo seu papel fundamental na vida da criança, pois é nela que o menor busca apoio, orientação e proteção. Sendo assim, se a criança pode contar com a assistência da mãe, poderá também ser mais capaz de suportar os sofrimentos e ansiedades geradas durante a doença e a hospitalização.

Para comprovar a importância não só da mãe, mas de todos os familiares que atuam como acompanhantes, é que a Constituição de 1988 garante o direito à saúde e à internação hospitalar com o acompanhamento dos familiares. Tais benesses são corroboradas com a promulgação da Lei nº 8.069, promulgada em 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). No título II (Dos Direitos Fundamentais), capítulo I (Do Direito à Vida e à Saúde), e no artigo 12 determina que: “[...] os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente”.

Pinto (2010) considera que a família deve estar presente como uma constante na vida da criança, principalmente quando da internação na unidade básica de

saúde onde a mesma receberá os cuidados de promoção à saúde e prevenção de doenças, bem como os primeiros atendimentos.

O referido autor destaca a importância de se planejar os cuidados destinados à criança baseados em torno da família como unidade, onde todos os membros são reconhecidos como foco do cuidado e não somente a criança. Considera, também, que as necessidades da família variam de acordo com a situação e, assim, a enfermeira deve estar atenta para avaliar se naquele momento a sua intervenção deve ser voltada exclusivamente ao indivíduo ou estendida à sua unidade familiar, ou se é necessário intervir em ambos os aspectos, e para que isso ocorra de forma eficaz, é imprescindível o conhecimento das realidades de cada indivíduo atendido.

Os dados que compõem o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico do usuário de um serviço de saúde podem ser facilmente obtidos pelo enfermeiro em sua prática profissional diária. Se esses dados forem submetidos a uma análise epidemiológica, poderão subsidiar a identificação de problemas de saúde já contemplados pelo serviço e até os que ainda não estão sendo atendidos e que merecem ser considerados, e a eficácia dos serviços de saúde (GOMES, 1994).

Considerando a riqueza de informações e a aplicabilidade que os estudos epidemiológicos oferecem a um serviço, faz-se relevante para a enfermagem, sobretudo a pediátrica, o conhecimento das características sociodemográficas, clínicas e epidemiológicas dos usuários da clínica pediátrica do Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), uma vez que esta instituição possui característica singular pelas patologias que atende, por ser um hospital de ensino e ser referência na região Norte no tratamento de doenças tropicais.

Desta feita, este estudo justifica-se pela necessidade de se delinear o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico da população atendida na pediatria do HUJBB, bem como determinar os serviços de promoção à saúde existentes, a fim de que se possa construir um protocolo de assistência de enfermagem direcionado às necessidades específicas desta clientela para assim, melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários deste serviço.

1.3 Problema de Pesquisa

Ao longo da trajetória profissional na clínica pediátrica do Hospital Universitário João de Barros Barreto da autora desta pesquisa foram observados os

mais variados casos de internações por diversos tipos de patologias infectocontagiosas, as quais esta instituição de saúde tem por especialidade atender. Assim, entende-se que em se tratando de enfermagem pediátrica, temos dois clientes para assistir: a criança e seu acompanhante, uma vez que este também demanda atenção e algumas necessidades a serem sanadas para que o tratamento do paciente propriamente dito possa ter melhor condução, posto que em muitas ocasiões a autora desta pesquisa presenciou episódios em que mães ou pais acompanhando filhos e apresentavam uma série de outros problemas que, se fossem considerados, poderiam ajudar a elucidar diagnósticos ou auxiliar na prevenção ou tratamento de patologias. Esta necessidade de se conhecer as características das famílias dos pacientes pediátricos é enfatizada por Pinto (2010) ao afirmar que a família exerce influência sobre a saúde do paciente e a inclui como parceira na melhoria das práticas e do sistema de cuidado.

Com o passar dos anos surgiu a necessidade de buscar conhecimentos atualizados na área e para tanto, a autora desta pesquisa vem participando de cursos de aperfeiçoamento em Pediatria, pós-graduação em Neonatologia e atividades profissionais congêneres que aguçam ainda mais o interesse nessa campo de estudo.

Em sua prática profissional, o enfermeiro trabalha rotineiramente com dados que são coletados e compilados para registros e relatórios, porém, no âmbito administrativo, essas informações geralmente não possuem a consistência necessária para sua utilização, uma vez que não são indicadores reais do serviço.

Além disso, observa-se que o conhecimento das enfermeiras acerca das características epidemiológicas da clientela não é documentado em banco de dados, nem é levado em consideração durante o processo de planejamento da assistência a ser prestada pela equipe de enfermagem, que ainda é baseada no diagnóstico médico, objetivando sanar ou minimizar as necessidades físicas.

Somado a isso, nota-se, uma carência na produção do conhecimento em enfermagem no que se refere ao perfil clínico e epidemiológico da clientela atendida por esta categoria, o que gera dificuldades ou falhas na execução de uma assistência voltada para as reais necessidades do cliente, principalmente no que tange à Pediatria. Partindo-se dessas premissas básicas, conseqüentemente insurge a seguinte questão: **Qual o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico das crianças atendidas na clínica pediátrica do HUJBB?**

2 OBJETIVOS

Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico das crianças atendidas na clínica pediátrica do HUUJBB no período de agosto a novembro de 2012.

Descrever o perfil sociodemográfico dos acompanhantes das crianças atendidas na clínica pediátrica do HUUJBB no período de agosto a novembro de 2012.

3 BASES CONCEITUAIS

3.1 A Enfermagem pediátrica e a integralidade da assistência

O movimento preventivista na saúde, considerado um dos mais importantes do século XX, traz à cena aspectos inerentes à prática dos profissionais ao mesmo tempo em que tenta despertá-los para a ideia de que saúde é mais do que não estar doente. Esse argumento engloba mudanças de atitudes do profissional em relação a fatos socioeconômicos e culturais e determinantes históricos do processo saúde-doença (PEDROSO, 2010).

A equipe de enfermagem pediátrica, ao considerar as dificuldades que compõem o contexto ao qual a criança e família estão inseridas, pode planejar e elaborar um cuidado integral à saúde, articulando ações tanto em nível hospitalar como domiciliar, desenvolvendo uma prática assistencial contextualizada e humanizadora capaz de potencializar e qualificar o exercício profissional da enfermagem.

A família é a principal responsável pelo desenvolvimento das crianças, pois elas ainda não são capazes de realizar o autocuidado, de tal modo que são o foco principal do planejamento dos cuidados de enfermagem pela enfermeira nos aspectos referentes ao ambiente que a cerca e com à adequação das orientações à sua realidade e limitações.

King (1981) caracteriza a família como um grupo de pessoas que convivem juntas ou não, que têm objetivos comuns para promover a socialização de seus membros.

O conceito de família, segundo o North American Nursing Diagnosis Association (2010, p. 242) é:

[...] duas ou mais pessoas que mantêm relacionamentos contínuos ou sustentados, observando obrigações recíprocas, percebendo significados comuns e compartilhando certas obrigações em relação a outros; relacionados por sangue ou escolha.

A aproximação dos saberes distintos objetivando um cuidado efetivo à criança e sua família constitui-se em um desafio da enfermagem, já que a

enfermeira se aproxima da realidade de cada família e identifica necessidades e dificuldades, estabelecendo um forte vínculo de confiança, o que pode proporcionar ajuda efetiva, posto que a família é o foco do cuidado. Assim, faz-se necessária a adequada identificação das necessidades socioeconômicas, o conhecimento de alternativas que possam minimizar os seus efeitos, e o delineamento do perfil epidemiológico da população atendida, para que a enfermeira possa interagir com os demais profissionais da equipe multidisciplinar, executando ações eficazes à redução das necessidades da clientela atendida.

Tais colocações são reforçadas quando se fala em integralidade na assistência. Integralidade é o princípio constitucional que doutrina o Sistema Único de Saúde (SUS), o qual tem por objetivo o cuidado integral, ou seja, a promoção à saúde, à cura e à reabilitação, dessa maneira, constituindo-se no maior desafio para os gestores e profissionais de saúde, pois o usuário que busca a assistência integral deseja receber acolhimento, atendimento digno e atenção integral para chegar à promoção à saúde.

O entendimento do princípio da integralidade modifica a prática em saúde da intervenção/medicalização para o cuidado, mediada pela interação profissional - cliente. A citada integralidade só será possível quando os profissionais e gestores de saúde se conscientizarem e refletirem que a atenção à saúde deve ser totalizadora, humanitária, contextualizada, integral e considerada como prioridade para ambos (FONTOURA; MAYER, 2006).

O enfermeiro tem em seu discurso de formação profissional que o cuidado prestado ao paciente ou cliente deve ser integral, com ações que procurem o cuidar de modo holístico. No entanto, isso não traduz a prática de toda a categoria, uma vez que, apesar de o enfermeiro ser o profissional que mais tempo deveria permanecer ao lado do paciente, proporcionando-lhe cuidado integral e humanizado, na prática, envolve-se mais com atividades administrativas e gerenciais, pois, como afirmam Garcia e Egry *et al.* (2010) a integralidade da assistência à saúde contribuirá para reduzir esse hiato existente entre o discurso e a prática de parte desta categoria.

O estudo de Prado (2005) propõe quatro dimensões para a integralidade da assistência a crianças em unidades de atenção básica, que são as seguintes: a) Fatores contextuais, b) a organização de serviços/modelos assistenciais, c) uma política de integralidade no cuidado prestado; e d) os efeitos dos cuidados prestados

à saúde das crianças, concluindo assim que o exercício da integralidade na atenção requer um perfil profissional imbuído de conhecimentos, habilidades e atitudes direcionados para a atenção básica.

Já Santos (2009) nos alerta que na atenção à saúde da criança, existe uma estreita relação entre a educação e a promoção da saúde, pois as ações implementadas em todos os níveis de atenção, além de tratar e/ou prevenir agravos, irão também promover o crescimento e o desenvolvimento infantil com qualidade de vida.

O mesmo autor, em seu estudo sobre a integralidade da assistência nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica, observou que os profissionais buscam de forma isolada uma assistência integral à criança hospitalizada. Contudo, Menossi, Lima e Correa (2008) asseguram que a prática interdisciplinar com base na articulação dos diversos saberes em torno de um projeto comum é essencial para que sejam contempladas as múltiplas dimensões que envolvem o cuidado à criança e ao adolescente hospitalizado. Assim, o trabalho em equipe, articulado e baseado na interação entre os profissionais, pode favorecer a atenção integral à saúde da criança. Dessa forma, verificamos que para que a integralidade se materialize no cotidiano dos serviços de saúde, é necessário um maior diálogo entre os atores que participam da promoção do cuidado, visando o aprimoramento das práticas de gestão e de organização do trabalho em saúde.

3.2 O Paciente pediátrico e a hospitalização

A hospitalização constitui-se em situação traumática para o paciente pediátrico. Esse processo ocasiona um estado de insegurança e ameaça psíquica para a criança.

A doença e a hospitalização podem desencadear alterações importantes no crescimento e desenvolvimento da criança, além do desequilíbrio físico, emocional e cognitivo, provocando estresse na criança e em sua família (KALINOWSKI et al , 2006).

A assistência prestada pela equipe de saúde à criança hospitalizada deve ser fundamentada em zelo e observação no seu planejamento e execução, considerando as peculiaridades de cada um com o intuito de favorecer sua

adaptação ao hospital, gerando um vínculo de confiança entre a criança, sua família e a equipe.

O cuidado de enfermagem em pediatria está baseado na ciência como estrutura teórica. O seu fazer requer conhecimentos como semiologia, anatomia, fisiologia, psicologia, sociologia, entre outras disciplinas comuns a outras profissões que tratam do ser humano (KALINOWSKI et al, 2006, p. 37).

A forma de organização do trabalho constitui um dos aspectos fundamentais como estratégia para minimizar o sofrimento no ambiente hospitalar na assistência à criança, na busca da integralidade da assistência, bem como na construção de dinâmicas de trabalho que visem ampliar as possibilidades do cuidado, com o intuito de recuperar a saúde da criança. As ações dessa equipe estão permeadas por conhecimento e valores que fundamentam o cuidado.

3.3 A SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS NO BRASIL

As doenças transmissíveis têm apresentado mudanças significativas observadas através dos padrões de morbimortalidade em todo o mundo. Esse grupo de doenças oferece desafios aos programas de prevenção com o surgimento de novas doenças, como a AIDS, ou de agentes que sofrem mutações genéticas e se disseminam rapidamente nas populações, como o vírus da Influenza Pandêmica (H1N1) e o ressurgimento de doenças antigas, como a cólera e a dengue. Somadas essas patologias, temos as endemias persistentes e preocupantes para a saúde pública como as meningites e a tuberculose.

Esse cenário reflete as transformações sociais ocorridas a partir da década de 70: urbanização acelerada, migrações, alterações ambientais, facilidades de comunicação entre regiões, países e continentes.

O final do século XX, no Brasil, culminou com o declínio das taxas de mortalidade devido às doenças infectoparasitárias, em especial às doenças transmissíveis.

A situação das doenças transmissíveis no Brasil, do final da década de 80 até agora, corresponde a um quadro complexo, que pode ser dividido em três grandes tendências: a) doenças transmissíveis com tendência declinante, b) enfermidades com quadro de persistência e c) as emergentes e reemergentes (BRASIL, 2010).

Entre as doenças transmissíveis com tendência declinante para as quais se dispõe de instrumentos eficazes de prevenção e controle, temos: a varíola, erradicada em 1973; a poliomielite, erradicada em 1989; o sarampo, que teve sua transmissão contínua interrompida desde o final de 2000; o tétano neonatal, com redução de 70% dos casos em cinco anos, no período entre 2003 e 2007; a raiva humana, que aponta para a perspectiva da eliminação, com três casos notificados em 2008; a difteria, a coqueluche e o tétano acidental, todas imunopreveníveis; a doença de Chagas, que é endêmica há décadas; e outras, como: a febre tifoide, a oncocercose, a filariose e a peste.

No grupo das doenças transmissíveis com quadro de persistência, temos: as hepatites virais B e C, com altas prevalências e ampla distribuição geográfica e com

elevado potencial para formas graves que podem levar ao óbito; a tuberculose, que apesar de sua magnitude, apresentou um declínio em sua taxa de incidência no período entre 2000 e 2007; a leptospirose, que é mais limitada a áreas com condições ambientais propícias à transmissão, e que preocupa mais nos períodos chuvosos pelo elevado número de casos que ocorrem nesta época e pela alta letalidade; as meningites meningocócicas B e C, e as meningites causadas por *H. influenza* e B, que teve uma redução de 90% dos casos após a introdução da vacina HiB na rede de saúde pública; as leishmanioses visceral e tegumentar e as esquistossomoses que mantêm altas prevalências e expansão em áreas de modificações ambientais devido as migrações, (deslocamentos populacionais originados em área endêmica), à insuficiente infraestrutura da rede de água e esgoto e a dificuldade de acesso a estes serviços.

A malária é outra patologia de caráter persistente, que teve suas oscilações nos números de casos, cujo início do aumento se deu em 1976 (100.000 casos por ano), devido à ocupação desordenada da floresta amazônica e à implantação de projetos de colonização e mineração sem a necessária infraestrutura de saúde para atender a população. Em 2005, o número de casos notificados chegou a 607.730. Após a mobilização de forças multissetoriais pelo Ministério da Saúde, a fim de promover uma articulada ordenação dos movimentos populacionais e a priorização das ações de vigilância, prevenção e controle da malária, observou-se um declínio dos casos entre 2006 e 2008, passando de 550.930 para 313.922, com redução de 43%.

A febre amarela também pertence ao grupo das doenças de tendência persistente, e que ultimamente apresentou expansão de sua área de ocorrência, saindo da região amazônica e surgindo em Minas Gerais e Goiás, o que impôs a revisão da delimitação das áreas de risco e o delineamento de uma nova tática de imunização.

As doenças com tendência emergente são aquelas que surgiram ou foram identificadas em período recente, ou as que assumiram novas formas de transmissão, seja por modificações nas características dos agentes infecciosos ou por terem passado de doenças raras a problemas de saúde pública. As reemergentes são as que ressurgiram como problema de saúde pública após terem sido controladas por algum tempo no passado.

Entre as doenças emergentes, destaca-se a AIDS, que no período de 1980 a 2007 teve 474273 casos no país. Em 2006, dados preliminares registraram 32.628 casos. Hoje, a epidemia é concentrada, apresentando taxa de prevalência de 0,6% na população entre 15 a 49 anos. Já a taxa de letalidade que na década de 80 era de 100%, em 1996, caiu em 50%, graças a utilização de novas drogas antirretrovirais que contribuíram para o aumento da sobrevida dos portadores do HVI.

A cólera teve sua introdução no Brasil em 1991. Em 1993, apresentou um pico epidêmico com 60.340 casos, mas apesar de ser uma doença associada a precárias condições ambientais e de saneamento, os esforços para o seu controle conseguiram reduzir drasticamente a sua incidência.

A dengue foi reintroduzida no Brasil em 1982. O seu vetor, o mosquito *A. aegypti*, havia sido erradicado de vários países da América nas décadas de 50 e 60, porém retornou na década de 70 devido à fragilidade na vigilância entomológica, a mudanças sociais e à urbanização acelerada. Outro fator que contribuiu para a maior incidência da dengue foi a introdução de um novo sorotipo, o DENV3, que foi identificado no Brasil em 2000, no Rio de Janeiro, e, em 2001 em Roraima. Com a sua rápida disseminação, tivemos em 2002 697000 casos. Em 2004, já havia os três sorotipos de dengue circulando no país. Em 2008 houve o pior cenário de dengue no Brasil, com epidemias causadas pelo DENV2, com relação ao total de internações e óbitos caracterizados por um padrão de gravidade em crianças, e que representaram 50% das internações em localidades com maior contingente populacional.

Mais recentemente o país investiu esforços para a intervenção frente à pandemia do novo vírus de Influenza Pandêmica (H1N1) em 2009, onde dentre os casos registrados, 91% foram causados pela Influenza Pandêmica e 9% pela Influenza Sazonal. As taxas de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) por Influenza Pandêmica chegou a atingir 14 por 100000 habitantes em São Paulo, sendo que as maiores incidências são entre os menores de dois anos de idade e entre os indivíduos de 20 a 29 anos.

O principal fator de risco para a infecção pelo H1N1 pandêmico é a presença de pelo menos uma das seguintes comorbidades ou condições: gestação, doença crônica cardiovascular, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença imunossupressora, doença neurológica, entre outras.

Apesar da mortalidade por doenças infecciosas e da diminuição significativa da morbidade por várias dessas doenças, vemos, no Brasil, um quadro de exposição das frágeis estruturas ambientais urbanas, o que deixa a população vulnerável a doenças que pareciam superadas. Isso se associa ao surgimento de novas formas de manifestação das doenças na população, ao aumento na severidade dos casos devido ao surgimento de novas cepas patogênicas, ao aumento da resistência dos microorganismos aos antimicrobianos, fatores estes aliados à persistência da desnutrição e de doenças endêmicas, como a tuberculose. Tal situação implica na manutenção de estruturas dispendiosas de atenção, que disputam recursos escassos, os quais poderiam ser empregados na solução de problemas de saúde com menores chances de prevenção em curto prazo, como as doenças crônicas não transmissíveis.

Portanto, a melhoria da qualidade da assistência médica e a adoção das medidas de controle desempenham importante papel na redução de uma série de doenças infecciosas, aliadas a ações de controle e de prevenção adequadas de toda a equipe de saúde da atenção básica.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

O estudo foi observacional, descritivo, de corte transversal, caracterizado pela análise de dados coletados em um grupo de indivíduos em um determinado recorte temporal, a fim de possibilitar um diagnóstico instantâneo da situação de uma característica da população, como a qualidade da saúde por exemplo. Este desenho de estudo quando realizado em populações bem definidas, permite a obtenção de medidas de prevalência de fatores de risco e a frequência de casos prevalentes de doenças, sendo por isso, chamados de estudos de prevalência (FONTELLES, 2010).

Devido suas características, os estudos de corte transversal são indicados para medir e descrever a frequência e a distribuição das doenças em uma população, a distribuição de fatores de risco conhecidos e para avaliar a situação de saúde desta população. É empregado no planejamento de ações de controle de doenças e políticas públicas, visto que inquéritos transversais repetidos podem ser usados para investigar mudanças nos fatores de risco e na frequência das doenças.

4.2 Local

O presente estudo foi realizado no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), localizado em Belém do Pará, o qual atende crianças em nível terciário acometidas por doenças infectocontagiosas, crônicas e em alguns casos cirúrgicas, exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. A instituição serve como cenário de treinamento para alunos da área da saúde tanto da graduação, como da pós-graduação, além de ser um rico campo de pesquisas que visam propor a implementação de melhorias nos tratamentos dispensados aos seus usuários.

A clínica pediátrica do HUJBB era composta por quarenta e sete leitos sendo quatro de isolamentos e os demais distribuídos em oito enfermarias. Atualmente, em razão da construção da UTI Pediátrica do Hospital, os leitos da clínica foram reduzidos a vinte e oito. Na clínica pediátrica, são atendidas crianças na faixa etária de trinta dias a doze anos de idade, com patologias diversas, principalmente as

infecto-parasitárias que caracterizam o perfil de atendimento da instituição; doenças crônicas como asma e diabetes; acidentes ofídicos e por animais peçonhentos e alguns poucos casos cirúrgicos. A equipe de enfermagem é composta por sete enfermeiras assistenciais distribuídas nos turnos de trabalho da seguinte maneira: duas nos turnos da manhã e tarde e uma em cada serviço noturno e uma enfermeira gerente do serviço. A equipe de técnicos e auxiliares é composta por trinta e quatro profissionais distribuídos nos três turnos de trabalho.

Por se tratar de pesquisa com prontuários, a mesma foi desenvolvida no Departamento de Arquivo Médico e Estatístico (DAME) do Hospital.

4.3 Fontes de informação

As fontes de informação foram os prontuários das crianças e adolescentes de zero a doze anos admitidas na clínica pediátrica do Hospital Universitário João de Barros Barreto no período de agosto a novembro de 2012, mediante a obtenção do consentimento por escrito do responsável pelo menor.

A população foi constituída por todas as crianças e adolescentes que internaram neste período na instituição, na faixa etária de zero a doze anos, de ambos os sexos e de todas as patologias. Considerando que a média de internações na pediatria é de 62 pacientes por mês, temos um número estimado de 186 internações para compor a população, sendo representada aqui por uma amostra de 97 prontuários que expressa com significância esta população.

A amostra foi obtida pelo método de amostragem estratificada proporcional tendo como estratos os meses de internação. Com a utilização desta amostra temos um nível de confiança de 95% e um erro amostral de 5%.

Não entraram no estudo os prontuários das crianças e adolescentes cujos responsáveis não autorizaram participar da pesquisa, e os dos pacientes que estavam no CTI. Os prontuários de crianças e adolescentes que receberam alta do CTI e foram autorizados a participar da pesquisa através da assinatura do TCLE por seu pai ou responsável também compuseram a amostra deste estudo.

4.4 Levantamentos de dados

O levantamento de dados ocorreu por meio da pesquisa nos prontuários de crianças e adolescentes admitidos na clínica pediátrica do HUIBB no período de agosto a novembro de 2012. Após aprovação do Comitê de ética, foi encaminhada cópia da folha de aprovação do mesmo à chefia de clínica da pediatria para que os prontuários fossem disponibilizados.

Para Gil, (1996, p. 90), “formulário pode ser definido como a técnica de coleta de dados em que o pesquisador formula previamente questões elaboradas e anota as respostas”. Ainda segundo o autor, este instrumento é aplicável aos mais diversos segmentos da população e possibilita a obtenção de dados facilmente tabuláveis e quantificáveis constituindo-se hoje na técnica mais adequada nas pesquisas de opinião e mercado.

Assim, esta foi a técnica de coleta de dados utilizada nesta pesquisa por contemplar os interesses deste estudo e para obter os dados necessários a atingir os objetivos propostos pelo mesmo.

Após a coleta, os dados obtidos foram submetidos inicialmente a três processos: seleção, na qual foram examinados minuciosamente a fim de detectar falhas ou informações confusas; codificação, onde foram categorizados e codificados; e tabulação onde foram dispostos em tabelas possibilitando maior facilidade na verificação das inter-relações entre eles, além de poder representá-los graficamente para serem melhores compreendidos e interpretados.

4.5 Tipo de análise

Os dados coletados foram analisados a luz dos métodos da estatística descritiva, os quais orientam a descrição e a apresentação dos mesmos em tabelas.

A estatística descritiva objetiva sintetizar uma série de valores de mesma natureza, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores, logo compete à estatística descritiva, o cálculo da estimativa de parâmetros representativos desses dados, tais como a média, a moda, a mediana e o desvio padrão entre outros (FONTELLES, 2010).

Os métodos aplicados foram descritivos, onde os dados foram tabulados através do programa Microsoft Excel e todo o processamento estatístico se realizou sob o suporte computacional do software Epi-info, sendo os resultados apresentados em tabelas e análise crítica dos resultados.

Segundo Vieira Neto (2004) a estatística descritiva utiliza-se de análise exploratória com o objetivo de descrever e resumir os dados a fim de que se possam tirar conclusões a respeito de características de interesse.

Devido à estatística descritiva contemplar o auxílio de que necessitamos para alcançar os objetivos deste estudo, este foi o método estatístico aqui empregado.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto sob o protocolo de número 0395.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de realização do estudo ocorreram 140 internações na clínica pediátrica do HJBB, das quais somente 97 foram incluídas na pesquisa, mediante autorização do responsável por meio da assinatura do TCLE.

Após a coleta dos dados, foi possível caracterizar o cliente da pediatria do HJBB em duas categorias. A primeira relacionada às características de seu acompanhante ou responsável, tais como o sexo, idade, escolaridade, vínculo com a criança, município de procedência e o tipo de domicílio. A segunda, referente às características da criança, a saber: idade, sexo, estado nutricional, situação vacinal, tempo de doença, diagnóstico de internação, tratamentos utilizados e tipo de alta entre outras informações.

Quanto ao sexo dos acompanhantes, houve predomínio do sexo feminino, correspondendo a 84,39% das informações encontradas nos prontuários, conforme demonstrado na Tabela 1.

Tabela 1- Distribuição das crianças e adolescentes internados no HJBB de acordo com o sexo de seus acompanhantes, HJBB- Belém-Pará-2012.

SEXO DO ACOMPANHANTE	F	%
Masculino	10	10,31
Feminino	87	89,69
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

De acordo com Fonseca e Penna (2008), historicamente o cuidado seja da casa ou dos filhos, sempre foi de responsabilidade da mulher, enquanto que o papel do homem era o de prover o sustento da família. Em nossa sociedade, apesar das mudanças recentes, a figura do homem ainda está muito associada a este papel, o que pode ajudar a explicar os dados obtidos com esta pesquisa, onde 84,39% dos acompanhantes eram mulheres, enquanto que apenas 9,7% eram do sexo masculino. Apesar de todas as mudanças sociais e na composição familiar, e dos novos papéis assumidos pela mulher, com destaque para a sua maior participação no mercado de trabalho, ainda se espera que ela assuma as funções do cuidado em geral.

Os autores afirmam ainda que é comum as mulheres assumirem os cuidados mesmo quando trabalham fora, o que repercute em maiores limitações de tempo livre e implicações no seu próprio cuidado. Os homens geralmente promovem um cuidado de forma secundária, auxiliando no provimento de materiais, transporte dos pacientes, pagamento de contas ou outros tipos de tarefas externas.

Tabela 2- Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB de acordo com a idade de seus acompanhantes, HUIBB – Belém – Pará – 2012.

IDADE DO ACOMPANHANTE	F	%
Menor de 18 anos	5	5,2
18 a 25 anos	26	26,8
26 a 35 anos	46	47,4
36 a 45 anos	16	16,5
46 a 55 anos	2	2,1
56 a 65 anos	1	1
Não consta	1	1
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Quanto à idade dos acompanhantes, a mesma variou de menores de dezoito anos a sessenta e cinco anos, com o predomínio da faixa etária entre vinte e seis e trinta e cinco anos, representando 47,4%, seguida da segunda maior que foi entre dezoito e vinte e cinco anos (26,80%).

A faixa etária pode ser relacionada ao grau de parentesco entre os acompanhantes e o paciente. Como a maioria dos acompanhantes era membro da própria família, geralmente a mãe, de fato, deveria ser de pessoas mais jovens (). Vale ressaltar, que essa faixa etária corresponde a fase da vida adulta do ser humano onde o indivíduo encontra-se economicamente ativo para suas atividades laborais ().

Para Karsh (2003), quando o cuidador necessita reduzir o tempo de trabalho isso pode acarretar em dificuldades financeiras frequentes, levando a preocupação e sobrecarga. Pedroso (2010) em seu estudo sobre a compreensão das vulnerabilidades socioeconômicas no cenário da assistência de enfermagem pediátrica constatou que o fato de ser diagnosticada uma patologia em uma criança que necessite de internação, alguns pais temem a perda do emprego e a desestruturação familiar.

TABELA 3- Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB de acordo com o grau de instrução de seus acompanhantes, HUIBB – Belém – Pará – 2012.

ESCOLARIDADE DO ACOMPANHANTE	F	%
Analfabeto	16	16,5
Fundamental Incompleto	19	19,6
Fundamental Completo	7	7,2
Médio Incompleto	5	5,2
Médio Completo	7	7,2
Superior Incompleto	1	1
Superior Completo	2	2,1
Não Consta no Prontuário	40	41,2
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

No que tange a escolaridade dos acompanhantes, observou-se que 41,2% dos prontuários não continham esta informação. Dentre os que continham este dado, constatou-se que 19,6% dos acompanhantes possuíam o nível fundamental incompleto e 16,5% eram analfabetos.

Granzotto (2010) encontrou dados semelhantes em seu estudo sobre fatores relacionados a internação pediátrica, onde mais da metade das mães de sua pesquisa não tinham o ensino fundamental completo.

Estudos apontam que a baixa escolaridade materna é um fator de risco para a internação de crianças, sobretudo menores de cinco anos, e tal fato vem a ser corroborado neste estudo (GRANZOTTO, 2010; PEDROSO, 2010).

Pedroso (2010) em sua pesquisa cita o nível de escolaridade ou grau de instrução das famílias de crianças como construtor de um conceito de vulnerabilidade, sendo diretamente ligada a questão das vulnerabilidades socioeconômicas em uma relação de causa e consequência, pois quem maior escolaridade possui, encontra maiores oportunidades de desenvolver seu status financeiro e assim, oferecer melhores condições de vida aos seus filhos.

Em relação ao analfabetismo, o mesmo autor relatou em seu estudo a preocupação dos profissionais da equipe de saúde com os pais e familiares de crianças internadas quanto aos cuidados a serem prestados a elas após a alta hospitalar por temerem que os mesmos não consigam seguir os passos recomendados no tratamento dos seus filhos.

TABELA 4- Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB de acordo com o vínculo de seus acompanhantes, HUIBB- Belém- Pará- 2012.

VÍNCULO	F	%
Mãe	85	87,6
Pai	9	9,3
Avô / Avó	2	2,1
Outros	1	1
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

De acordo com o vínculo do acompanhante das crianças, houve predomínio das mães, correspondendo a 87,6%. Sendo o cuidar inerente do ser humano, se torna essencial principalmente quando há uma relação de parentesco como entre pais e filhos.

No contexto da família, está socioculturalmente determinado, que a mulher é a provedora dos cuidados às crianças, idosos e doentes. Nesse contexto, a mulher assume o papel de cuidadora principal das crianças, dedicando-se integralmente ao cuidado. Os legados (da tradição, dedicação, abnegação, educação e socialização familiar e solidariedade feminina, aliados à obrigação moral) que são transmitidos culturalmente para as meninas da família, contribuíram para que elas internalizassem a função da cuidadora principal da família. Já o legado da dedicação, implica numa exclusividade da mulher para o desenvolvimento do papel de cuidadora de crianças, em particular daquelas com necessidades especiais de saúde. Esses legados reforçam que o papel da mulher para cuidar é uma construção social ideologicamente determinada, o que se constitui em uma obrigação moral. Nesse sentido, para as mulheres é delegada a responsabilidade do cuidado de toda a família, como uma obrigação moral socioculturalmente construída (NEVES; CABRAL, 2008).

Barbosa *et al.* (2011) ressaltam a importância que os laços afetivos entre mãe cuidadora, a criança e a família possuem para a construção de uma boa relação de cuidado.

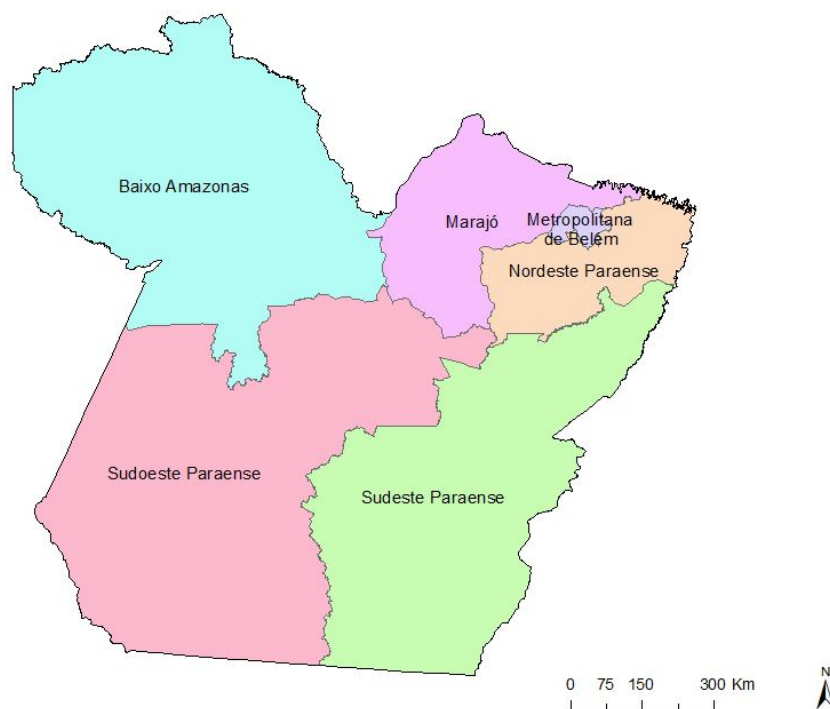
TABELA 5 – Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB de acordo com o município de procedência de seus acompanhantes, HUIBB – Belém – Pará -2012.

MESORREGIÕES	F	%
Mesoregião do Marajó	8	8,25
Mesoregião Metropolitana de Belém	42	43,30
Mesoregião Nordeste	42	43,30
Mesoregião Sudeste	5	5,15
Mesoregião Sudoeste	0	0
Mesoregião Baixo Amazonas	0	0
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Mesoregião é uma subdivisão dos estados brasileiros que congrega diversos municípios de uma área geográfica com similaridades econômicas e sociais. Foi criada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 2012 e é utilizada para fins estatísticos e não constitui, portanto, uma entidade política ou administrativa. O estado do Pará é o segundo maior da federação e foi dividido em seis mesoregiões, a saber, Marajó, Metropolitana de Belém, Nordeste, Sudoeste, Sudeste, Baixo Amazonas.

Mapa 1 – Mesoregiões do Pará



Fonte: IBGE (2013)

Quanto à procedência dos acompanhantes e suas crianças, foi observado que 43,3% dos mesmos são procedentes da **Mesorregião Metropolitana de Belém**, que, dentre os municípios que a compõe, foram assim distribuídas às internações: Ananindeua (cinco internações), Barcarena (quatro internações), Belém (vinte e quatro internações), Benevides (uma internação), Marituba (duas internações), Bujarú (uma internação), Castanhal (duas internações), Santa Isabel do Pará (uma internação), Santo Antônio do Tauá (uma internação).

A **Mesorregião do Nordeste do Estado** apresentou valores iguais ao da Mesorregião Metropolitana de Belém, com quarenta e duas internações, representando também 43,3% dos casos de internação divididos da seguinte maneira nos municípios que a compõe: Augusto Corrêa (uma internação), Bragança (três internações), Abaetetuba (três internações), Baião (uma internação), Cametá (oito internações), Igarapé Miri (duas internações), Oeiras do Pará (uma internação), Capitão Poço (uma internação), Ipixuna do Pará (três internações), Irituia (duas internações), Mãe do Rio (uma internação), São Domingos do Capim (duas internações), São Miguel do Guamá (uma internação), Vizeu (uma internação), Maracanã (duas internações), São Caetano de Odivelas (uma internação), Acará (seis internações), Concórdia do Pará (uma internação), Tomé-Açú (duas internações).

Da **Mesorregião do Marajó**, tivemos a procedência de oito internações (8,25%) assim distribuídas: Cachoeira do Arari (uma internação), Muaná (uma internação), Ponta de Pedras (uma internação), Soure (uma internação), Anajás (uma internação), Breves (uma internação) e São Sebastião da Boa Vista (uma internação).

A **Mesorregião Sudeste** foi responsável por 5,15% das internações com cinco casos, distribuídos em Paragominas (duas internações), Eldorado dos Carajás (uma internação), Parauapebas (uma internação) e Breu Branco (uma internação).

As **Mesorregiões Sudoeste e do Baixo Amazonas** não demandaram internações na pediatria do HUUJBB durante o período do estudo.

De acordo com o site da Secretaria Executiva de Saúde Pública do Estado do Pará (SESPA), 2012, existem no Estado oito Hospitais Regionais, sendo quatro localizados na **Mesorregião Sudeste** (Hospitais Regionais de Conceição do Araguaia, Marabá, Redenção e Tucuruí), um localizado em Altamira (Mesorregião Sudoeste), um na Mesorregião Nordeste em Salinópolis, um na Mesorregião do

Baixo Amazonas em Santarém e dois na Mesorregião Metropolitana de Belém, sendo um em Icoaraci -Distrito de Belém- que é o Hospital Regional Abelardo Santos e um em Ananindeua (Hospital Metropolitano). Além destes, o estado do Pará dispõe de três outros grandes hospitais de referências que se localizam em Belém: Hospital Ofir Loiola, referência em oncologia, Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará, referência em Obstetrícia, Neonatologia e Pediatria, Fundação Hospital de Clínicas Gaspar Viana, referência em Cardiologia, Psiquiatria e Nefrologia.

Considerando as ações e serviços que as regionais de saúde devem desempenhar e a lista brasileira de internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária do Ministério da Saúde, 2008, pode-se inferir que há falhas nos serviços oferecidos em alguns municípios do Estado, pois como foi constatado, houve uma demanda equivalente de internações entre as Mesorregiões Metropolitana de Belém e a Nordeste, com pacientes apresentando patologias que poderiam ser tratadas ou prevenidas no nível de atenção primária, como as pneumonias e as meningites bacterianas, como será apresentado no decorrer deste estudo.

TABELA 6 – Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB de acordo com o tipo de domicílio, HUIBB – Belém – Pará – 2012.

TIPO DE DOMICÍLIO	F	%
Alvenaria com saneamento básico	41	42,7
Alvenaria sem saneamento básico	10	10,4
Madeira com saneamento básico	1	1
Madeira sem saneamento básico	33	34,4
Não consta no prontuário	11	11,5
TOTAL	96	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Em relação ao tipo de domicílio, constatou-se que 42,7% dos acompanhantes e suas crianças residiam em casa com saneamento básico e que uma parcela significativa (34,4%) não possuía saneamento básico.

O saneamento básico é um dos fatores determinantes da saúde. Sendo assim, há um reconhecimento científico quanto à relação de causalidade entre condições inadequadas de saneamento básico abastecimento de água potável, esgotamento sanitário, limpeza urbana, manejo de resíduos sólidos e drenagem e o quadro de saúde pública existente em um determinado local, em um determinado

momento. Estudos sobre a relação entre saneamento básico e saúde pública confirmam que existe uma melhora dos indicadores de saúde com a ampliação da cobertura por serviços de saneamento básico (TEIXEIRA; GOMES; SOUZA, 2012).

Segundo o mesmo autor, a infraestrutura sanitária deficiente desempenha uma interface com a situação de saúde e com as condições de vida das populações dos países em desenvolvimento, onde as doenças infecciosas continuam sendo uma importante causa de morbidade e mortalidade. A prevalência de tais doenças demonstra a fragilidade dos sistemas públicos de saneamento.

Heller e Azevedo (2006) afirmaram que crianças menores de cinco anos residentes em área sem abastecimento de água e sem esgotamento sanitário têm uma probabilidade cinco vezes maior de apresentarem diarreia quando comparadas a crianças residentes em áreas onde estes serviços sanitários estão presentes.

Os achados deste estudo são compatíveis com a literatura, pois a realidade da clientela pesquisada demonstra uma elevada percentagem de domicílios sem saneamento básico 10,4% de alvenaria e 34,4% de madeira, o que pode ter contribuído para o adoecimento destas crianças, em sua maioria por doenças infecciosas como será constatado no decorrer da pesquisa.

TABELA 7 – Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUUJBB quanto ao sexo, HUUJBB- Belém –Pará- 2012.

SEXO PACIENTE	F	%
Masculino	52	53,6
Feminino	45	46,4
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Quanto ao sexo, temos a maioria das internações em crianças do sexo masculino, com 53,6%. Estudos relatam na literatura a maior prevalência do sexo masculino em internações em crianças, sobretudo em menores de cinco anos e por doenças respiratórias. Rosa et al. (2008) afirmam que meninos têm um risco 1,5 vezes maior de internações por doenças respiratórias quando comparados ao sexo feminino, e entre outros fatores, destaca diferenças anatômicas e maior exposição a fatores de risco.

A maior prevalência do sexo masculino tem sido também descrita em outros estudos. Entre as possíveis explicações para um maior predomínio de internações

entre meninos, estaria a maior exposição a agentes infecciosos e a traumas, pois há maior liberdade de ações e brincadeiras no sexo masculino em comparação como sexo feminino por razões socioculturais em nosso meio (ABRANTES, 1998).

TABELA 8- Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB quanto à faixa etária – HUIBB – Belém – Pará – 2012.

FAIXA ETÁRIA DO PACIENTE	F	%
Menores de um ano	19	19,6
De 01 a 05 anos	37	38,1
De 06 a 10 anos	25	25,8
De 11 a 12 anos	16	16,5
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Em relação à faixa etária temos a maioria das crianças entre um e cinco anos, com 38,10%.

Caldeira *et al.* (2011) em seu estudo sobre internações pediátricas, fazem uma relação entre internações e faixa etária, onde afirmam que entre os adultos, quanto maior a faixa etária maiores são as taxas de internação enquanto que nas crianças, estas taxas aumentam com a diminuição da faixa etária.

Segundo Teixeira, Gomes e Souza (2012), a criança de cinco anos não recebe mais os anticorpos maternos e já se expõe mais ao ambiente, brincando no peridomicílio, aumentando o risco de adquirir infecções intestinais. Cita ainda como fator de risco para maior incidência de internações nesta faixa etária o mecanismo de competição entre irmãos, comuns em famílias pobres onde se disputam alimento e atenção dos familiares, o que favorece a emergência de doenças da pobreza com mais intensidade nesse período.

Os achados neste estudo são semelhantes aos existentes na literatura, pois as crianças na faixa etária entre um e cinco anos foram as que mais sofreram internações na amostra pesquisada.

Veras *et al.* (2010) apontam a faixa etária de pré-escolares (menores de cinco anos) como sendo a de maior suscetibilidade às doenças respiratórias, o que é corroborado com o estudo de Chatkin *et al.* (2000), sobre prevalência de asma em crianças.

TABELA 9- Distribuição das internações de crianças e adolescentes no HUIBB quanto à impressão diagnóstica na AIH, HUIBB – Belém – Pará – 2012.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA NA AIH	F	%
Pneumonia	15	15,46
Meningite bacteriana	11	11,34
Leishmaniose visceral	16	16,49
Sepse	5	5,15
Stafilococcia	7	7,22
HIV	7	7,22
Acidente ofídico	3	3,09
Outras	33	34,02
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

No que se refere às patologias encontradas nas AIHs, observou-se o predomínio da Leishmaniose visceral, com dezesseis casos (16,49%) seguida da Pneumonia com quinze casos (15,46%) e a Meningite Bacteriana com onze casos (11,34%).

Estas patologias se enquadram no perfil de doenças que o HUIBB está credenciado para atender, porém, é comum a internação de crianças com diagnósticos na AIH que não refletem a realidade, e que internam para pesquisar o diagnóstico da criança e iniciar o tratamento, o que em alguns casos ocasiona a transferência do paciente para o hospital referência naquela patologia.

Estudos apontam as doenças respiratórias como sendo as principais causas de internações em crianças, porém no presente estudo, observou-se que a pneumonia foi a segunda maior causa de internação e segundo Caldeira (2011), esta patologia encontra-se no rol de condições sensíveis a atenção primária podendo ser evitada a internação pela mesma. O mesmo autor refere que as doenças infecto-parasitárias assumem o segundo lugar nas causas de internações em crianças.

Relacionando as informações das tabelas 8 e 9, observa-se um achado confirmado por outros estudos: crianças da faixa etária de pré-escolares (menores de cinco anos) têm maior suscetibilidade às doenças respiratórias (VERAS et al, 2010; CHIATKIN et al, 2000).

O elevado número de internações por Leishmaniose Visceral se deve ao fato do Estado do Pará ser área endêmica desta patologia, segundo Rosas Filho e Silveira (2007), e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde da população

residente no interior do Estado, que geralmente, quando recebe o diagnóstico da doença já se encontra em um estágio que não pode ser tratado ambulatorialmente.

Nas outras patologias que causaram internações, verificou-se a ocorrência de diabetes, fibrose cística, desnutrição, cirurgias, leucemia, asma e outras doenças infecto-parasitárias não listadas aqui.

TABELA 10 – Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB quanto à situação vacinal, HUIBB – Belém- Pará -2012.

SITUAÇÃO VACINAL	F	%
Esquema vacinal completo	27	27,84
Esquema vacinal em dia	22	22,68
Esquema vacinal atrasado	16	16,49
Não consta no prontuário	32	32,99
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Em relação à situação vacinal, observou-se que 32,99% não continham esta informação. A ausência deste e de outros registros no prontuário prejudica a realização de estudos documentais e também pode prejudicar o atendimento ao paciente, pois o conhecimento da situação vacinal vai subsidiar na elucidação diagnóstica de uma patologia.

Dentre os que informaram a situação vacinal, 27,84% apresentavam esquema vacinal completo, 22,68% informaram esquema vacinal em dia e 16,49% estavam com o esquema vacinal atrasado. Estes resultados são corroborados na literatura, onde constata-se que as crianças de um modo geral têm apresentado situação vacinal em dia ou esquema vacinal completo, como sinalizado por Veras, 2010 e Figueiredo, 2011.

Conforme Figueiredo (2011), a imunização em crianças tem, historicamente, alcançado êxito em diversos países, por meio de altas coberturas vacinais e consideráveis avanços no controle e erradicação de doenças. Ainda de acordo esta autora, a vacinação é ação rotineira nos serviços de atenção primária à saúde, com grande influência nas condições gerais de saúde da criança. A vacinação, como importante cuidado protetor para a saúde da criança, implica na articulação entre família, serviço de saúde e comunidade. O envolvimento e responsabilização de todos nesse processo dificultaria perder oportunidades de imunização.

Molina (2007) em seu estudo que abordou questões sobre o atraso na vacinação a partir de entrevistas com as famílias, constatou que número expressivo delas não recebeu orientações sobre a vacina administrada, as reações e a data da próxima vacina, concluindo que o motivo do atraso na vacinação e da não vacinação está mais relacionado aos serviços de saúde do que às características das populações. Uma das razões para a vacinação incompleta é a contraindicação da imunização, por parte dos profissionais de saúde (AUSTIN, 2008).

TABELA 11 – Distribuição das crianças e adolescentes internados no HJBB por antecedentes mórbidos. HJBB – Belém –Pará -2012.

ANTECEDENTES MÓRBIDOS	F	%
Desconhece	53	54,64
Transfusões	5	5,15
Alergias	5	5,15
Internações anteriores	6	6,19
Pneumonias	5	5,15
HIV	6	6,19
Cirurgias	6	6,19
Tratamentos anteriores	4	4,12
Asma	2	2,06
Outros	5	5,15
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Morbidade referida é o conjunto de relatos de problemas de saúde de indivíduos. Barreto e Grissi (2010) ressaltam a importância do conhecimento do perfil de morbidade das crianças nos diferentes grupos etários, a fim de preparar os serviços para as novas necessidades ou expectativas.

Em se tratando de antecedentes mórbidos, os prontuários pesquisados no presente estudo apontaram que 54,64% dos acompanhantes das crianças desconhecem qualquer antecedente de morbidade. Dentre os que a relataram, observou-se valores de frequências semelhantes para internações anteriores, cirurgias e HIV, com 6,19% cada. Macedo (2007) menciona história de internações anteriores, antecedentes de sintomas respiratórios e desnutrição como fatores de risco para internação.

Caldeira (2011) relaciona as internações prévias com a possibilidade da existência de alguma doença crônica na criança, o que se caracteriza como fator de risco para internação, muito comum na clientela atendida no HJBB, pois, o perfil de

patologias que este Hospital atende se caracteriza por doenças infecto-parasitárias e crônicas, como a Leishmaniose visceral, a AIDS, Asma, entre outras. Caetano (2002) acrescenta a desnutrição e a presença de doenças crônicas e de natureza alérgica como fatores de risco para internações em crianças.

Desta forma, pode-se concluir que apesar da maioria dos acompanhantes das crianças desconhecerem algum antecedente mórbido, as que os apresentaram refletem uma população com histórico comprometido e que inspira mais cuidados durante o tratamento.

TABELA 12 – Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB por tempo de doença antes da internação. HUIBB – Belém – Pará – 2012.

TEMPO DE DOENÇA	F	%
Menos de um mês	65	67
Um mês	10	10,3
De dois a seis meses	14	14,4
Entre seis meses e um ano	7	7,2
Não consta no prontuário	1	1
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Em relação ao tempo de doença das crianças até a internação no HUIBB, verificou-se que 67% encontravam-se doentes há menos de um mês e 14,4% estavam doentes por um período compreendido entre dois e seis meses.

O tempo de doença até a obtenção do atendimento ou tratamento da mesma influi no agravamento do quadro e oferece maiores riscos de internação. Caetano (2002) relata que esta demora na procura por atendimento adequado se dá na maioria das vezes em crianças de famílias com menor poder aquisitivo, devido terem menos acesso aos serviços de saúde.

Pedroso (2010) aponta que a chegada da criança a um serviço de saúde em um tempo que possa comprometer o diagnóstico e o tratamento de uma patologia constitui-se como um resultado da exposição a fatores de risco e vulnerabilidade socioeconômica, onde menciona a vulnerabilidade como um conjunto de aspectos coletivos que vão além do individual, como aspectos contextuais que envolvem suscetibilidade a doenças ou agravos e a disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção as pessoas.

Considerando a região Norte, em especial o Estado do Pará, que tem grandes dimensões territoriais entremeadas por rios, observa-se que em muitas vezes o tempo de chegada de um paciente se deve ao deslocamento que é demorado, sendo em sua maioria por via fluvial, o que contribui para o agravamento do paciente se este não estiver sendo atendido adequadamente durante o transporte. Em outras situações, a demora na internação se deve a dificuldade de acesso aos serviços de saúde, que muitas vezes não possuem resolutividade para determinados casos, sobretudo no interior do Estado, necessitando transferir o paciente para um serviço especializado na capital para realizar exames diagnósticos e o tratamento.

No presente estudo, a maioria das crianças internou-se com menos de um mês de doença. Como diagnóstico mais prevalente, obteve-se a meningite bacteriana que é uma doença de rápida evolução e muito agressiva, diagnosticada facilmente através de punção lombar e análise do líquido cefalorraquidiano, o que pode ser feito nos pronto-socorros e no serviço especializado do Estado, facilitando assim, a rápida internação destes casos.

TABELA 13 - Distribuição das crianças e adolescentes internadas no HUIBB quanto ao atendimento prestado antes da internação. HUIBB – Belém – Pará -2012.

ATENIMENTO PRESTADO ANTES DA INTERNAÇÃO	F	%
Sim	93	95,9
Não	4	4,1
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Quanto ao atendimento prestado às crianças antes da internação, verificou-se que a maioria absoluta obteve atendimento prévio a internação, representadas aqui por 95,9% da amostra. Estes atendimentos certamente geraram as Autorizações de Internações Hospitalares (AIHs) para que estas crianças dessem entrada no HUIBB, uma vez que neste Hospital não existe atendimento de urgência e emergência e de livre demanda. Para que ocorra uma admissão, é necessário o cadastro de uma AIH na central de leitos para que se proceda a internação conforme a disponibilidade de leitos.

Aqueles enquadrados no grupo que não receberam atendimento antes da internação (4,1% da amostra) tiveram suas AIH's preenchidas através de consultas informais com as pediatras que atendem na clínica pediátrica do HUIBB e que

apesar de não ser rotina do serviço, eventualmente realizam esta prática a pedido de funcionários deste Hospital.

TABELA 14 – Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB quanto ao serviço que foi atendida antes da internação. HUIBB – Belém – Pará – 2012.

SERVIÇOS DE SAÚDE	F	%
Unidade de Saúde de seu Município	7	7,5
Hospital de seu Município	31	33,3
Serviço de Urgência e Emergência do seu Município	1	1,1
Hospitais de Pronto Socorro Belém	35	37,6
Outros	19	20,4
TOTAL	93	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Em relação ao serviço que as crianças foram atendidas antes da internação no HUIBB, observou-se que a maioria foi atendida nos Hospitais de Pronto Socorro de Belém com um quantitativo de trinta e cinco crianças, aqui representadas por 37,6% da amostra.

Caldeira (2011) encontrou dados semelhantes em seu estudo, onde o médico do pronto socorro foi o profissional que mais solicitou a internação de crianças. Segundo o autor, as famílias de pacientes procuram com frequência os serviços hospitalares de pronto socorro por avaliarem tais serviços como mais resolutivos, e quando faz uma análise das principais causas de internações e constata que quase sempre se tratam de condições agudas, questiona o acesso e a efetividade dos serviços de saúde da atenção primária, a oferta de leitos pediátricos e a rede de referência adotada pela população.

O Decreto nº 7.580 de 28 de junho de 2011 que regulamenta a Lei nº 8.080/90 sobre a organização do SUS, em seu capítulo II seção II, estabelece as portas de entrada às ações e serviços de saúde nas redes de atenção à saúde, os serviços de atenção primária, urgência e emergência, atenção psicossocial e serviços especiais de acesso aberto, e em seu artigo 10º, afirma que os serviços de atenção hospitalar, os ambulatoriais especializados e de alta complexidade devem ser referenciados pelas portas de entrada aqui mencionadas. Tal realidade não foi verificada na amostra estudada, pois apesar de 37,6% das crianças terem sido encaminhadas de um serviço de urgência de emergência como o Hospital de Pronto Socorro como preconiza a lei, 33,3% das mesmas foram transferidas de outros

hospitais, e 20,4% foram encaminhadas de outros serviços, o que entra em discordância com o estabelecido na lei.

Esta realidade leva a questionamentos sobre o acesso e efetividade dos serviços de atenção primária e a rede de referência adotada pela população.

A categoria outros citada na tabela, se refere aos serviços de Ambulatório de Pediatria do HUIBB, que atendem pacientes agendados, a Unidade de Diagnóstico de Meningite (UDM) que atende pacientes em caráter de emergência, e outros serviços como a Casa Dia.

TABELA 15 – Distribuição das crianças e adolescentes que tiveram internação anterior à admissão no HUIBB quanto ao tempo e o tipo de acomodação. HUIBB – Belém – Pará- 2012.

TEMPO DE INTERNAÇÃO	F	%
Menos de 15 dias	68	71,6
01 mês	6	6,3
02 meses	1	1,1
Mais de três meses	2	2,1
Não consta no prontuário	1	1,1
Não se aplica	19	19,6
TOTAL	97	100
TIPO DE ACOMODAÇÃO		
Enfermaria	69	71,1
Enfermaria e UTI	3	3,1
UTI	3	3,1
Sala de Observação	1	1
Não informa	2	2,1
Não se aplica	19	19,6
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Dentre as crianças que internaram na pediatria do HUIBB, setenta e oito estavam internadas em outro serviço para serem transferidas para esta Instituição, sendo que entre estas, sessenta e oito (71,6%), permaneceram internadas por um período inferior a quinze dias. Apenas duas crianças (2,1%), permaneceram internadas por longa permanência (mais de três meses) antes de serem transferidas para o HUIBB. Esta demora na transferência pode ser atribuída a dificuldade de diagnosticar os casos e referenciá-los ao Hospital, ou a ausência de leitos disponíveis nas instituições hospitalares cadastrados na Central de Leitos. Constatou-se o predomínio do período de internação anterior a transferência menor

do que um mês, pois como visto nas tabelas mostradas anteriormente neste estudo, as patologias que mais causaram as internações nas crianças foram as meningites, pneumonias e estafilococcias, geralmente diagnosticadas em Hospitais de Pronto Socorro ou nos Hospitais Municipais e que se caracterizam por terem rápida evolução, o que pode justificar tal achado.

Em relação ao tipo de acomodação, observa-se o predomínio de crianças oriundas de enfermarias (71,1%), o que pode insinuar uma estabilidade no quadro das mesmas, porém, nem sempre essas crianças provenientes de enfermarias foram admitidas no serviço com perfil deste tipo de acomodação. Comumente o que se observa é a admissão de crianças graves que necessitam de leito de UTI e que admitem no HUIBB devido a AIH omitir tal fato. Verificou-se que apenas seis crianças (6,2%) permaneceram hospitalizadas em UTI antes de internarem no HUIBB. Esta informação é relevante, pois além de demonstrar a gravidade dos pacientes, a mesma reflete o tipo de demanda que o serviço consegue atender em termos de cuidados, pois o HUIBB ainda não dispõe de UTI pediátrica e geralmente desempenha este tipo de atendimento nos isolamentos que são adaptados para se transformarem em UTIs quando necessário. O que o serviço dispõe é de um leito infantil dentro da UTI adulto do Hospital.

TABELA 16 – Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB quanto aos sinais clínicos e sintomas na admissão – HUIBB – Belém – Pará – 2012.

SINAIS CLÍNICOS	F	%
Dispneia	20	20,62
Febre	73	75,26
Palidez	20	20,62
Icterícia	4	4,12
Hipoatividade	3	3,09
Êmese	16	16,49
Sangramento	9	9,28
Hepatoesplenomegalia	19	19,59
Desnutrição	47	45,59
Convulsão	3	3,09
Sibilos	3	3,09
Cefaléia	5	5,15
Tosse	31	31,96
Dor torácica	5	5,15

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Em relação aos sinais clínicos apresentados pelas crianças na admissão, observou-se que um número expressivo apresentou Febre (75,26%), Desnutrição (45,59%), Tosse (31,96%), Dispneia (20,62%), Palidez (20,62%) e Hepatoesplenomegalia (19,59%). Estes sinais clínicos e sintomas relacionam-se diretamente as patologias que mais ocasionaram internações nas crianças aqui pesquisadas e demonstram a gravidade das mesmas.

Queiroz (2004) aponta febre, hepatoesplenomegalia e emagrecimento como sinais clássicos da leishmaniose visceral. Veras (2010) destaca como base para o diagnóstico de pneumonia a presença de sinais e sintomas como tosse, febre e taquipneia e ressalta a desnutrição como fator de risco para infecções respiratórias agudas.

TABELA 17 – Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB quanto aos tratamentos e recursos utilizados – HUIBB – Belém – Pará – 2012.

TRATAMENTOS/RECURSOS UTILIZADOS	F	%
Terapia antimicrobiana	71	73,20
Abordagem da crise convulsiva	7	7,22
Terapia anti-retroviral	4	4,12
Exames laboratoriais (dados hematológicos e bioquímicos)	97	100
Medidas de Suporte (sintomáticos, fisioterapia, oxigenoterapia, nutrição, curativos)	105	108,25
Uso de antimoniais pentavalentes (glucantime e anfotericina B)	16	16,49
Exames diagnósticos por imagem (R-X, USG, TC, ECO)	85	87,63
Tratamento cirúrgico	16	16,49
Suporte do padrão hemodinâmico (UTI, VM, hemotransfusões)	22	22,68
Uso de corticóide	6	6,19

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Devido às variedades de patologias que são atendidas no HUIBB e a necessidade de cada caso, foram utilizados diversos recursos diagnósticos e terapêuticos nas crianças internadas.

A tabela acima ilustra os principais recursos utilizados, onde se verifica que todos os pacientes realizaram exames laboratoriais (97) 100%, medidas de suporte como o uso de sintomáticos, oxigênio, nutrição e fisioterapia foram amplamente utilizados (105 vezes na amostra de 97 pacientes), além de exames de diagnóstico por imagem (87,63%) e suporte do padrão hemodinâmico (22,6%) o que demonstra a gravidade dos pacientes.

Tais tratamentos e recursos diagnósticos são citados na literatura, como o uso de antimoniais pentavalente e anfotericina B e exames diagnósticos por imagem para o tratamento de Leishmaniose visceral por Queiróz (2004); terapia antimicrobiana, corticoides, abordagem das crises convulsivas e suporte do padrão hemodinâmico no tratamento das meningites por Escosteguy (2004); tratamento cirúrgico, uso de antimicrobianos e exames diagnósticos por imagem para o tratamento das pneumonias e suas complicações por Fraga (2002).

TABELA 18 – Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB quanto ao tempo de internação – HUIBB – Belém – Pará – 2012.

TEMPO DE INTERNAÇÃO	F	%
Entre 1 e 6 dias	17	17,53
Entre 7 e 14 dias	41	42,27
Entre 15 e 29 dias	18	18,56
Maior do que 30 dias	21	21,65
TOTAL	97	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Veras (2010) relata que a duração da internação tem influência direta na condição clínica do paciente.

Em relação ao tempo de internação, verificou-se que 42,27% das crianças permaneceram internadas por um período compreendido entre sete a quatorze dias. Isto se deve pelo tempo de esquema de antibioticoterapia padronizado para o tratamento de algumas doenças, principalmente as pneumonias, o que é corroborado por Veras, 2010. Um número considerável de crianças (21) teve seu tempo de permanência prolongado, com um mês ou mais de internação aqui representado por 21,65%. Tal fato se deve a demora na conclusão diagnóstica de alguns casos, onde a criança é submetida a vários exames que muitas vezes demoram a serem realizados e laudados, sobretudo quando são de alto custo ou feitos fora do Hospital. Outra explicação para a longa permanência de algumas crianças se deve ao tipo de patologia que ela possui. A leishmaniose visceral, muito encontrada nesta pesquisa, tem um tratamento padronizado de um mês de medicação específica e exames de controle. Alguns tipos de meningite também têm um tratamento demorado, principalmente quando a criança evolui com complicações e sequelas.

Santos et al (2002) ABEN apontam como causas de longa permanência hospitalar em Hospital Universitário alguns fatores além da doença do paciente, como a presença de acadêmicos de medicina que necessitam de mais tempo para investigação e tratamento dos pacientes, falhas administrativas como a demora ou o atraso na realização de alguns exames e procedimentos, problemas econômicos induzidos pela redução de investimentos nos hospitais, e fatores sociais (quando o paciente não recebe alta por não ter para onde ir).

Através de uma série histórica de seis anos de internações pelas patologias encontradas nesta pesquisa e o tempo médio de permanência obtida no DAME do HUIBB, observou-se os seguintes dados:

TABELA 19 – Tempo Médio de Permanência de acordo com a Impressão Diagnóstica na AIH de crianças e adolescentes internados no HUIBB – Belém – Pará – 2012.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA NA AIH	TMP
Pneumonia	16,2
Meningite bacteriana	31,5
Leishmaniose visceral	26,4
Sepse	25,3
Stafilococcia	27,4
HIV	19,4
Acidente ofídico	16,3
Outras	18,9
TOTAL	23,3

TABELA 20 – Distribuição das crianças e adolescentes internados no HUIBB quanto ao tipo de alta HUIBB – Belém – Pará – 2012.

TIPO DE ALTA	F	%
Médica	29	30,2
Transferência	4	4,2
Encaminhado para continuidade ambulatorial	58	60,4
Óbito	5	5,2
TOTAL	96	100

Fonte: Pesquisa de campo realizada no período de agosto a novembro, 2012.

Quanto ao tipo de alta, observou-se o predomínio das mesmas para continuidade do tratamento a nível ambulatorial, com 60,4% da amostra. Tal resultado era esperado devido à maioria das doenças que são tratadas no HUIBB necessitarem de controle após a internação, como as meningites, a leishmaniose e alguns casos de pneumonias que evoluíram para drenagem torácica, por exemplo.

Este acompanhamento ambulatorial é geralmente realizado no ambulatório do HUUJBB e quando a patologia da criança não é de referência do Hospital, as crianças recebem alta com a ficha de referência para o local onde devem dar continuidade ao tratamento.

Notou-se um número reduzido de óbitos, cinco ocorreram em crianças que admitiram em estado grave na Instituição e permaneceram internadas por um curto período.

Desta forma, pode-se considerar que a resolutividade do HUUJBB encontra-se num nível bom a excelente, pois mesmo com as dificuldades de material, equipamentos e pessoal que o Hospital convive, observa-se que a maioria dos casos tem boa evolução.

5 CONCLUSÃO

Após a análise e discussão dos resultados obtidos, conclui-se que o objetivo da pesquisa foi alcançado, pois foi possível descrever o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico das crianças e adolescentes internados no HUIBB.

Observou-se que a maioria das crianças internadas é do sexo masculino (53,6%), na faixa etária entre 01 e 05 anos (38,1%), predominantemente procedentes da região Metropolitana de Belém e da Mesorregião Nordeste do Estado (43% cada), e como causa mais prevalente de internação apresentou-se a Leishmaniose Visceral (16,49%). Verificou-se a utilização de tratamentos e recursos de alto custo como exames de diagnóstico por imagem, suporte de UTI, hemotransfusões, e outros tratamentos de suporte como nutricional e de reabilitação com fisioterapia. O tempo de internação predominante foi entre sete e quatorze dias (42,27%), e o tipo de alta mais encontrada foi para continuidade de tratamento ambulatorial (60,4%).

Os achados deste estudo em sua maioria são corroborados pela literatura pesquisada na realização do mesmo.

Durante a coleta de dados, foram observados dois vieses: a sazonalidade e o registro incompleto ou inexistente de informações nos prontuários. A sazonalidade é considerada, pois devido ao período do ano em que esta etapa da pesquisa ocorreu ter sido restrita aos meses de agosto a novembro, a ocorrência de algumas patologias específicas na amostra pode ter sido influenciada por este fator. O outro viés constatado foi o registro incompleto ou inexistente de informações nos prontuários, o que prejudica a realização de pesquisas em prontuários e demonstra a falta de compromisso de alguns profissionais com a tarefa de documentar os dados e ocorrências de seus pacientes neste documento que tem entre outros, valor legal.

O presente estudo reforça a importância do conhecimento do perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico da clientela pediátrica, pois, a partir daí pode-se planejar um cuidado adequado e de qualidade para essas crianças, melhorando assim o padrão da assistência prestada através da criação de protocolos assistenciais para as doenças mais comuns.

Propõe como sugestões o aprofundamento de estudos nesta área e a elaboração de protocolos assistenciais

REFERÊNCIAS

ABRANTES, Marcelo M et al . Causas de internações de crianças e adolescentes nos hospitais do SUS em Minas Gerais entre 1994 e 1995. **Inf. Epidemiol. Sus**, Brasília, v. 7, n. 1, mar. 1998 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010416731998000100006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 fev. 2013.

AUSTIN, H.; CAMPION-SMITH, C.; THOMAS, S.; WARD, W. Parents' difficulties with decisions about childhood immunization. **Community Pract.**, v.81, n. 10, p. 32-5, 2008

BARBOSA, D.C.; SOUSA, F. G.M; SILVA, A. C.O; SILVA, I.R.; SILVA, D. C.M.; SILVA T. P. Funcionalidade de famílias de mães cuidadoras de filhos com condição crônica, **Cienc Cuid Saude**, v. 10, n. 4,p. 731-738, 2011.

BARRETO, I. C. H. C; GRISSI, S. J. F. E. Morbidade referida e seus condicionantes em crianças de 5 a 9 anos em Sobral, CE, Brasil, **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 13, n.1, p. 35-48, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Senado Federal. Constituição Federal. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 221, de 17 de abril de 2008. Diário Oficial Da União. Brasília, 18.04.2008; seção 1, nº75, p.70.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CAETANO, J. R. M.; BORDIN, I. A. S; PUCCINI, R. F.; PERES, C. A. Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, 2002, v. 36, n.3, p. 285-91. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n3/10489.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2011.

CALDEIRA, Antônio Prates et al. Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 1, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&

pid=S1519-38292011000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Feb. 2013.

CHATKIN, Moema et al . Fatores de risco para consultas em pronto-socorro por crianças asmáticas no Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, Oct. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00348910200000050009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Feb. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução 196/96**. Brasília, DF, 1996.

ESCOSTEGUY, Claudia Caminha *et al.* Vigilância epidemiológica e avaliação da assistência às meningites. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 5, p. 657-63; 2004 Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n5/21753.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2013.

FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves et al . Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, June 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 Feb. 2013.

FONSECA, N. R; PENNA, A. F. G. Perfil do cuidador familiar do paciente com sequela de acidente vascular encefálico. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n.4, July/Aug. 2008.

FONTELLES, M. J. **Bioestatística aplicada à pesquisa experimental**. Belém: O Autor, 2010. 2 v.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 532-7, jul./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2011.

FRAGA, José Carlos; KIM, Peter. Abordagem cirúrgica da efusão pleural parapneumônica e suas complicações. **Jornal de Pediatria**, v. 78, Supl. 2, 2002. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/jped/v78s2/v78n8a07.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2013.

GARCIA, T. R.; EGRY, E. Y. **Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem**. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 111-126.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

GOMES, D.L.S. A epidemiologia para o enfermeiro. **Rev Latino Americana de Enfermagem**, v. 2, n. 1, p 31-39. jan. 1994. Disponível em :<<http://www.scientificcircle.com/pt/22188/epidemiologia-enfermeiro/>> Acesso em : 02 Agosto 2011.

GRANZOTTO, J. A., FONSECA, S.S. et al. Fatores Relacionados à internação pediátrica em um hospital universitário no sul do Brasil. **Revista de Pediatria**, São Paulo, v. 32, n. 1, p. 15-19, 2010. Disponível em: <<http://www.pediatrasiapaulo.usp.br/upload/pdf/1325.pdf> >. Acesso em: 10 maio 2011.

HELLER L, AZEVEDO E. A. Exclusão sanitária em Belo Horizonte (MG): caracterização e associação com indicadores de saúde. In: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. **1º Caderno de pesquisa em engenharia de saúde pública**. Brasília: Funasa; 2006.Pp.71-98.

KALINOWSKI, C.E. et al. **Programa de Atualização em Enfermagem**: saúde da criança e do adolescente: PROENF, módulo1, ciclo 1. Porto Alegre: Artemed; Panamericana, 2006. Sistema de Educação Continuada (SESCAD).

KARSCH, U. M; Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cad. Saúde Pública.**, v. 19, n. 3, p. 861-866, jun. 2003

MENOSSEI, J. M.; LIMA, G. A. R.; CORRÊA, K. A. A dor e o desafio da interdisciplinaridade no cuidado à criança. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 3, maio/jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_25.pdf >. Acesso em: 13 maio 2011.

MOLINA, A.C.; GODOY, I.; C, L. R.; CALDAS, A. L. Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo. **Acta Sci.Helth Sci.**, Maringá, v. 29, n. 2, p.99-106, 2007.

NANDA INTERNATONAL. **Diagnóstico de Enfermagem da NANDA Definições e Classificação 2009-2011**. Trad.: Regina Machado Garcez. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NEVES, E. T; CABRAL, I. E. Empoderamento da mulher cuidadora de crianças com necessidades especiais de saúde. **Texto & Contexto: Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 3, p.552 – 560, jul./set. 2008.

PEDROSO, M. L. R; MOTTA, M. G. C. A compreensão das vulnerabilidades socioeconômicas no cenário da assistência de enfermagem pediátrica. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n.2, p. 218-24, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/03.pdf>>. Acesso em: 28 abril 2011.

PINTO, Júlia Peres et al . Cuidado centrado na família e sua aplicação na enfermagem pediátrica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, fev. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000100022&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 10 dez. 2013. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000100022>.

PRADO, Sônia Regina Leite de Almeida. **Integralidade:** Um estudo a partir da atenção básica à saúde da criança em modelos assistenciais distintos. 2005. 130 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005.

QUEIROZ, Márcia J. A.; ALVES, João G. B.; CORREIA, Jailson B.. Leishmaniose visceral: características clínico-epidemiológicas em crianças de área endêmica. **J. Pediatr.**, Porto Alegre, v. 80, n. 2, Apr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 Feb. 2013.

ROSA, Antonia Maria et al. Análise das internações por doenças respiratórias em Tangará da Serra - Amazônia Brasileira. **J. Bras. pneumol.**, São Paulo, v. 34, n. 8, Aug. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-37132008000800006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Feb. 2013.

ROSAS FILHO, Mário de Souza; SILVEIRA, Fernando Tobias. Epidemiologia, clínica e imunologia da infecção humana por Leishmania (Leishmania) infantum chagasi em área endêmica de leishmaniose visceral no Pará. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 21, n. 3, set. 2007. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-59072007000300002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 fev. 2013.

SANTOS, D. L. et al. A integralidade nas ações da equipe de saúde de uma unidade de internação pediátrica. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n 31, p. 359-68. out/dez. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n31/a10v1331.pdf> > . Acesso em: 08 maio 2011

SCHMITZ, E.M. et al. **A Enfermagem em Pediatria e Puericultura**. São Paulo: Atheneu, 2000.

SOUZA, S.S et al. A epidemiologia como instrumental na produção de conhecimento em enfermagem. **Rev. Enfermagem UERJ**; v. 16, n. 1, p. 58-63. jan./mar. 2008. Disponível em :< <http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a09.pdf>> Acesso em 02 agosto 2011.

TEIXEIRA, J. C.; GOMES, M. H. R; SOUZA, J. A. Associação entre cobertura por serviços de saneamento e indicadores epidemiológicos nos países da América Latina: estudo com dados secundários. **Rev Panam Salud Publica**, v. 32, n. 6, p. 419–25, 2012.

VERAS, T. N.; SANDIM, G.; MUNDIM, K.; PETRAUSKS, R.; CARDOSO, G.; AGOSTIN, J. D'. Perfil Epidemiológico de pacientes pediátricos internados com pneumonia. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 20, n. 4, p. 277-281.2010.

VIEIRA NETO, P.. **Estatística Descritiva**: Conceitos básicos. Mar/2004. Disponível em: <http://www.uni.direcional.com.br/up/59960001/.../Apos_Est_I_fEV04_C1.PDF> Acesso em: 05 jul. 2011.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L.. **Enfermagem pediátrica**: elementos essenciais à intervenção pediátrica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

ZANNON, C.M.L.C. A Importância da Hospitalização Conjunta: da prescrição do ponto de vista da família. **Pediatria Moderna**, v. 30, p. 1126-1136, p.1126-36, 1994

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PERFIL CLÍNICO E EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS INTERNADAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO, EM BELÉM-PARÁ

O presente estudo trata-se de uma pesquisa descritivo, exploratório, quantitativa e tem como objetivo descrever o perfil clínico e epidemiológico da clientela da clínica pediátrica do Hospital Universitário João de Barros Barreto. Convidamos você a participar desta pesquisa autorizando-me a obter informações do seu prontuário nesta Instituição durante esta internação.

Caso não saiba alguma pergunta ou lhe provoque algum constrangimento, você tem a liberdade para não responder.

A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Em nenhum momento a coleta de dados oferecerá riscos à sua dignidade, bem como não será feito nenhum procedimento que lhe trará qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Ao participar desta pesquisa você não terá benefício direto, entretanto esperamos que este estudo possa gerar opinião e contribuir para a melhoria da assistência prestada às crianças internadas na clínica pediátrica do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal pesquisador é Cláudia Regina Navas Pereira Loureiro, que pode ser encontrado no endereço Rua dos Mundurucus, 4487, telefones 91-91467114/91-32016636, ainda como orientadora a Prof^a Dra. Mary Elizabeth de Santana, telefone 91-91465969, se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), no mesmo endereço ou pelo telefone 91-32016754, e e-mail: cephujbb@yahoo.com.br.

É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo à continuidade do seu tratamento na Instituição. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identificação de nenhum paciente. Em qualquer momento você tem o direito de se manter atualizado sobre os resultados que sejam de conhecimento dos pesquisadores.

Não haverá despesa pessoal para o participante em qualquer fase do estudo, assim como não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Os dados coletados serão utilizados somente nesta pesquisa e guardados por cinco anos e os resultados divulgados em eventos e/ou revista científica.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, sobre o estudo "Perfil Clínico e Epidemiológico das Crianças Internadas no Hospital Universitário João de Barros Barreto, em Belém-

Pará". Eu discuti com a pesquisadora Cláudia Regina Navas Pereira Loureiro, sobre minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta despesa e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Belém, ___/___/___

Assinatura do sujeito/ representante legal

Belém, ___/___/___

Assinatura da testemunha (para casos de sujeitos menores de 18 anos, analfabetos, semianalfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

Belém, ___/___/___

Assinatura do sujeito que colheu o T.C.L.E.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL.

Nome: CLÁUDIA REGINA NAVAS PEREIRA LOUREIRO

Endereço: Rua dos Mundurucus, 4487

Telefone: 3201-6636

Registro no Conselho: COREN-PA 100.156

Belém, ___/___/___

APÊNDICE B**FORMULÁRIO DE RECOLHIMENTO DE DADOS**

Nº: _____ Data: _____
 Avaliador: _____

1-DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO ACOMPANHANTE:

Iniciais do nome: _____

Sexo: 1. Masculino () 2. Feminino ()

Idade: 1. () < 18 anos
 2. () 18 a 25 anos
 3. () 26 a 35 anos
 4. () 36 a 45 anos
 5. () 46 a 55 anos
 6. () 56 a 65 anos
 7. () 66 e + anos.

Escolaridade:

- 1 Analfabeto ()
2. Fundamental incompleto ()
3. Fundamental completo ()
4. Médio incompleto ()
5. Médio completo ()
6. Superior incompleto ()
7. Superior completo ()
8. Não consta no prontuário ()

Vínculo com o paciente:

1. Mãe ()
2. Pai ()
3. Avô ()
4. Outros () Qual?

Município de Procedência: _____

Tipo de Domicílio:

1. () Alvenaria com saneamento básico
2. () Alvenaria sem saneamento básico
3. () Madeira com saneamento básico
4. () Madeira sem saneamento básico
5. () Não consta no prontuário

2- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA:

Iniciais do nome: _____

Sexo: 1. Masculino () 2. Feminino ()

- Idade : 1. < 01 ano ()
 2. 01 a 05 anos ()
 3. 06 a 10 anos ()
 4. 11 a 12 anos ()

Peso na admissão: _____

Data da internação: __ / __ / __ Enfermaria: _____ Leito: _____

Matrícula: _____

Impressão Diagnóstica na AIH: _____

Impressão Diagnóstica anterior: _____

Situação Vacinal:

1. () Esquema vacinal completo
2. () Esquema vacinal em dia
3. () Esquema vacinal atrasado
4. () Não consta no prontuário

Antecedentes mórbidos:

2.1- Tempo de doença:

1. () Menos de um mês
2. () Um mês
3. () De dois a seis meses
4. () Entre seis meses e um ano
5. () Não consta no prontuário

2.2 - atendimentos prestados à criança antes desta internação:

1. () Sim
2. () Não

2.3- Se a resposta anterior tiver sido SIM, marque em quais serviços ela foi atendida até chegar aqui:

1. () Unidade de saúde de seu município;
2. () Hospital de seu município;
3. () Serviço de urgência e emergência de seu município;
4. () Hospital de Pronto Socorro de Belém (14 de março ou Guamá);
5. () Outros, quais? _____
6. () Não consta no prontuário

2.4- No caso de internação anterior a esta, marque o tempo em que permaneceu hospitalizada:

1. () < 15 dias
2. () 01 mês
3. () 02 meses
4. () Mais de 03 meses, quanto tempo? _____
5. () Não consta no prontuário

6.() Não se aplica

2.5- Marque que o tipo de acomodação hospitalar a criança permaneceu internada:

1. () Enfermaria
2. () Enfermaria e UTI
3. () UTI
4. () Maca no corredor.
5. () Sala de observação
6. () Não informa
7. () Não se aplica

2.6- Sinais clínicos e sintomas apresentados na admissão no HUJBB e tempo de duração dos mesmos:

2.7- Achados no exame físico:

2.8- Estado Nutricional:

1. () Eutrófico
2. () Desnutrido
3. () Sobrepeso
4. () Obeso

2.9- Resultado do hemograma da admissão:

Hemácias:

Hemoglobina:

Hematócrito:

Leucócitos:

Plaquetas:

2.10- Tratamentos realizados:-

2.11- Tempo de internação:

- 1.() 1 a 7 dias
- 2.() 8 a 14 dias
- 3.() 15 a 21 dias
- 4.() 22 a 30 dias
- 5.() 31 a 60 dias
- 6.() 61 dias e +

2.12-Tipo de alta:

1. () Médica
2. () Transferência

3. () Encaminhada para continuidade no ambulatório
4. () Evasão
5. () Óbito

ANEXO C – FOLHA DE APROVAÇÃO DA PESQUISA NO CEP

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital Universitário João de Barros Barreto - UFPA

PROJETO DE PESQUISA

Título: Perfil Clínico e Epidemiológico das Crianças Internadas no Hospital Universitário João de Barros Barreto, em Belém-Pará.

Área Temática:

Pesquisador: Cláudia Regina Navas Pereira Loureiro

Versão: 2

Instituição: Hospital Universitário João de Barros Barreto - UFPA

CAAE: 00921412.2.0000.0017

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 45100

Data da 26/06/2012

Apresentação do Projeto:

O estudo será observacional, descritivo, retrospectivo de corte transversal, caracterizado pela análise de dados coletados em um grupo de indivíduos em um determinado ponto no tempo, a fim de possibilitar um diagnóstico instantâneo da situação de uma característica da população, como a qualidade da saúde por exemplo. Estudo retrospectivo com análise de prontuários. As fontes de informação serão os prontuários das crianças de zero a doze anos admitidas na clínica pediátrica do Hospital Universitário João de Barros Barreto no período de 2007 a 2011. A população será constituída por todas as internações que ocorreram naquele período na instituição totalizando um número de 4078, sendo representada aqui por uma amostra de 524 prontuários que expressa com significância a população.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o perfil clínico e epidemiológico da clientela da clínica pediátrica do HJBB no período de 2007 a 2011.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos basicamente são a possibilidade de revelação da identidade dos pacientes. Quanto aos benefícios, a intenção é que a pesquisa produza discussão e reflexão no meio acadêmico e assistencial, no intuito de gerar opinião e contribuir para a assistência prestada às crianças internadas na clínica pediátrica do Hospital Universitário João de Barros Barreto.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante, pois a avalia o perfil epidemiológico das crianças avaliadas no HJBB com uma amostragem significativa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos de apresentação fornecidos.

Recomendações:

Recomendações atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este colegiado manifesta-se pela Aprovação do protocolo de pesquisa por estar de acordo com a Resolução nº196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Recomendamos a coordenação do estudo que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá ser encaminhado relatório semestral e, ao final, elaborado um relatório consolidado, incluindo os resultados finais da pesquisa, em prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a finalização da pesquisa.
CEP/HUBB

BELEM, 27 de Junho de 2012

Assinado por:
João Soares Felício



Francisco L. Mesquita
Infeciologia - CRM 1743