UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ANA PAULA CONTIERO TONINATO

Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à
Atenção Primária em região de fronteira

RIBEIRÃO PRETO

2019

ANA PAULA CONTIERO TONINATO

Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à
Atenção Primária em região de fronteira

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde
Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao
Adolescente

Orientador: Maria Cândida Carvalho Furtado

RIBEIRÃO PRETO

2019

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Toninato, Ana Paula Contiero

Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à Atenção Primária em região de fronteira. Ribeirão Preto, 2019.

117 p.: il.; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Maria Cândida Carvalho Furtado

1. Hospitalização. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Qualidade da Assistência à Saúde. 4. Saúde da Criança. 5. Saúde Pública.

TONINATO, Ana Paula Contiero

Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à Atenção Primária em região de fronteira

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

*Aos meus pais, **Geraldo** e **Claudia**, meus exemplos de retidão...*

*Ao meu esposo, **Jerri**, pelo apoio e companheirismo durante este percurso...*

*Ao meu filho, **Gabriel**, razão da minha vida...*

A todas as crianças usuárias do Sistema Único de Saúde...

DEDICO!

AGRADECIMENTOS

*“A gratidão é a memória do coração”
(Antístenes)*

A Deus, pela grandeza de sua presença em minha vida.

À minha querida orientadora, Prof^a Dr^a Maria Cândida Carvalho Furtado, carinhosamente “Can”, por aceitar este desafio junto comigo, pela confiança depositada durante todos estes anos, pelos seus ensinamentos, conselhos, companhia, sobretudo pela sua amizade, carinho e paciência. Serei eternamente grata por tudo.

Ao meu esposo, Jerri, por todo o apoio, incentivo e companheirismo durante esta trajetória e por suportar minha ausência e se dedicar ao cuidado do nosso filho.

Ao Gabriel, meu filho amado, que pacientemente me esperou, durante todos os dias em que estive longe, e sempre me recebia com seu melhor sorriso, enchendo-me de forças para nunca desistir.

A minha amiga de longa data, e também do doutorado, Luciana Fabriz, que compartilhou comigo esta jornada, desde o preparo para o processo seletivo até o desfecho deste trabalho.

As minhas amigas do doutorado, Eliana, Luciana, Rosane e Andrea, obrigada pelo apoio, pela parceria, pelos momentos de desabafo e pela companhia durante as longas viagens até Ribeirão Preto.

À prof^a Adriana Zilly, pelo apoio fundamental para a realização da coleta de dados, parceria, oportunidades de aprendizado e crescimento.

À Ana Caroline de Souza, pela disponibilidade na coleta de dados, sua ajuda foi essencial.

Ao Sérgio Fabriz, pela ajuda e apoio em diversas etapas deste trabalho.

À Dr. Miyeko Hayashida, pela acessoria com o banco de dados e parte das análises.

À Prof^a Suleimy Cristina Mazin, pela acessoria estatística.

Às Professoras Débora Falleiros de Mello e Juliana Coelho Pina, na ocasião da minha qualificação, pelas contribuições para a melhoria deste trabalho,

A todos os professores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP, os quais contribuíram profundamente para minha formação e aprendizado.

Ao Conselho Universitário – COU da Universidade Estadual do Oeste do Paraná - Unioeste, pelo apoio concedido na liberação de estudos, sendo fundamental para que eu conseguisse concretizar o sonho de cursar o doutorado.

Aos meus colegas de trabalho do Hospital Universitário do Oeste do Paraná - HUOP, que me cobriram durante minha ausência.

Aos professores e servidores da Unioeste-Campus Foz do Iguaçu, que não mediram esforços para a concretização do Doutorado Interinstitucional-Dinter em Saúde Pública, em parceria com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-EERP.

À ITAIPU Binacional, pelo apoio financeiro para firmação do convênio Dinter.

Ao Parque Tecnológico Itaipu – PTI - e à Fundação Araucária, pela concessão de apoio financeiro para a realização do Estágio Doutoral.

À Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu e à Direção Geral do Hospital Padre Germano Lauck, por acreditar na seriedade deste estudo e autorizar sua realização.

A todos os familiares das crianças hospitalizadas, muito obrigada pela paciência em aceitar participar deste estudo.

Epígrafe

Imagine

*Imagine there's no heaven
It's easy if you try
No hell below us
Above us only sky
Imagine all the people
Living for today
Imagine there's no countries
It isn't hard to do
Nothing to kill or die for
And no religion too
Imagine all the people
Living life in peace
You may say I'm a dreamer
But I'm not the only one
I hope some day you'll join us
And the world will be as one
Imagine no possessions
I wonder if you can
No need for greed or hunger
A brotherhood of man
Imagine all the people
Sharing all the world
You may say I'm a dreamer
But I'm not the only one
I hope some day you'll join us
And the world will live as one.*

Imagine

*Imagine não existir paraíso
É fácil se você tentar
Nenhum inferno abaixo de nós
Acima de nós apenas o céu
Imagine todas as pessoas
Vivendo o presente
Imagine não existir países
Não é difícil
Nada pelo que matar ou morrer
E nenhuma religião também
Imagine todas as pessoas
Vivendo a vida em paz
Você pode dizer que sou um sonhador
Mas não sou o único
Tenho esperança de que um dia você se
unirá a nós
E o mundo será como um só
Imagine não existir propriedades
Me pergunto se você consegue
Sem necessidade de ganância ou fome
Uma fraternidade do Homem
Imagine todas as pessoas
Compartilhando o mundo inteiro
Você pode dizer que sou um sonhador
Mas não sou o único
Tenho esperança de que um dia você se
unirá a nós
E o mundo será como um só.*

(Imagine, John Lennon)

RESUMO

CONTIERO-TONINATO, AP. **Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à Atenção Primária em região de fronteira.** 2019. 117 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Objetivo: Analisar a prevalência e os fatores associados às internações por condições sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de crianças menores de cinco anos de idade em um município de região de fronteira. **Métodos:** Estudo transversal, quantitativo, com a participação de 249 cuidadores de crianças menores de cinco anos, hospitalizadas por condição sensível em Foz do Iguaçu-PR, na fronteira com o Paraguai e Argentina, entre maio de 2017 e abril de 2018. Aplicou-se um questionário com questões sociodemográficas, de cuidado à criança, morbidade prévia e uso dos serviços de saúde e o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) versão criança. Para se verificar a associação das ICSAP com as variáveis independentes, procedeu-se as análises univariadas, estimando-se as razões de prevalência bruta, e, para as análises multivariadas, utilizou-se o modelo de regressão log-binomial. Na avaliação da qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), considerou-se adequada pontuação acima de 6.6 na somatória dos escores dos seus atributos, sendo realizado o teste de Kruskal Wallis, seguido do pós-Teste de Dunn para se avaliar as diferenças entre os serviços de saúde utilizados pelas crianças. As análises foram feitas pelo programas SAS, versão 9.4, e Programa R, versão 3.5.3. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Resultados:** A prevalência de ICSAP foi de 45,1%, e as doenças respiratórias responderam por 62,3% dos casos de internação. Como principais diagnósticos identificaram-se bronquite; pneumonia; gastroenterites; infecção urinária e epilepsia. Nas análises univariadas, as variáveis sexo masculino, ausência de companheiro materno, baixo peso ao nascer e histórico de hospitalização anterior apresentaram associação estatística com as ICSAP de causa respiratória, no entanto não permaneceram no modelo final multivariado. A qualidade dos serviços de APS foi avaliada com fraca presença e extensão dos seus atributos, com pontuação nos escores essencial e geral abaixo de 6.6, e diferindo significativamente de acordo com o modelo de Atenção à Saúde, sendo a Estratégia Saúde da Família melhor avaliada que as

Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento. Os serviços privados receberam melhor avaliação em alguns atributos, mas de maneira geral não diferiram substancialmente do serviço público. **Conclusão:** A prevalência das ICSAP foi elevada, e, embora não tenham sido encontradas associações estatísticas com esse desfecho, este estudo permitiu descrever o perfil das crianças com ICSAP. Os serviços de APS apresentaram fragilidades, especialmente no componente acesso. Entende-se que o fortalecimento da APS para atender à criança pode evitar complicações na saúde desta e tem potencial para minimizar os custos em saúde, quando da necessidade de hospitalização. Isso posto, investir em ações conjuntas em município de fronteira, como Foz do Iguaçu, que atende à população infantil, muitas vezes de outros países, deve se constituir prioridade nas agendas públicas de atenção à saúde dessa população.

Descritores: Hospitalização. Atenção Primária à Saúde. Qualidade da Assistência à Saúde. Saúde da Criança. Saúde Pública.

ABSTRACT

CONTIERO-TONINATO, A. P. **Hospital admissions of children due to Primary Care Sensitive Conditions in border region.** 2019. 117 f. Thesis (Doctorate) - Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Objective: To analyze the prevalence and factors associated with hospitalizations for Primary Care Sensitive Conditions (HPCSC) of children under five years of age in a municipality in the border region. **Methods:** A cross-sectional, quantitative study with the participation of 249 caregivers of children under five years of age hospitalized for a sensitive condition in Foz do Iguaçu-PR, on the border with Paraguay and Argentina, between May 2017 and April 2018. A questionnaire was applied with socio-demographic, child care, prior morbidity and use of health services and the Primary Care Evaluation Instrument (PCATool-Brazil) children version issues. In order to verify the association of HPCSC with the independent variables, univariate analyses were performed, estimating gross prevalence ratios, and for the multivariate analyses, the log-binomial regression model was used. In the evaluation of the quality of the Primary Health Care (PHC) services, a score above 6.6 was considered adequate, in the sum of the scores of its attributes, and the Kruskal Wallis test was performed, followed by the Dunn test post for assess the differences between health services used by children. The analyses were made by SAS programs version 9.4 and Program R, version 3.5.3. This study was approved by the Research and Ethics Committee of the Ribeirão Preto Nursing School. **Results:** The prevalence of HPCSC was 45.1%, and respiratory diseases accounting for 62.3% of hospitalization cases. As main diagnoses, bronchitis was identified; pneumonia; gastroenteritis; urinary tract infection and epilepsy. In the univariate analyses, the variables male sex; absence of maternal partner; low birth weight and history of previous hospitalization presented a statistical association with HPCSC of respiratory cause; however, did not remain in the final multivariate model. The quality of PHC services were evaluated with poor presence and extension of their attributes, with scores in the essential and general scores below 6.6, and differing significantly according to the health care model, with the Family Health Strategy being better evaluated than the Basic Health Units and the Emergency Care Units. Private services received better evaluation on some attributes, but generally did not differ substantially from the public service. **Conclusion:** The prevalence of HPCSC was high, and although no

statistical association was found with this outcome, this study allowed us to describe the profile of children with HPCSC. PHC services presented weaknesses, especially in the Access component. It is understood that the strengthening of PHC to care for the child can avoid complications in their health and has the potential to minimize health costs when there is need for hospitalization. That said, investing in joint actions in a border municipality, such as Foz do Iguaçu, which serves the child population, often from other countries, should be a priority in the public health care agendas for this population.

Keywords: Hospitalization. Primary Health Care. Quality of Health Care. Child Health. Public Health.

RESUMEN

CONTIERO-TONINATO, A. P. **Hospitalización de niños por causas sensibles a la Atención Primaria en región de frontera.** 2019. 117 f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

Objetivo: Analizar la prevalencia y los factores asociados a la hospitalización por causas sensibles a la Atención Primaria (CSAP) de niños menores de cinco años de edad en un municipio de región de frontera. **Métodos:** Estudio transversal, cuantitativo con participación de 249 cuidadores de niños menores de cinco años, hospitalizados por causas sensibles en Foz do Iguaçu-PR, en la frontera con Paraguay y Argentina, entre mayo de 2017 y abril de 2018. Se aplicó un cuestionario con cuestiones sociodemográficas, de cuidado al niño, morbilidad previa y uso de los servicios de salud y el Instrumento de Evaluación de la Atención Primaria (PCATool-Brasil) versión niño. Para verificar la asociación de las hospitalizaciones por CSAP con las variables independientes, se procedió los análisis univariados, estimando las razones de prevalencia bruta y para los análisis multivariados se utilizó el modelo de regresión log-binomial. En la evaluación de la calidad de los servicios de Atención Primaria a la Salud (APS), se consideró apropiado, puntuación por encima de 6.6 en la suma de los escores de sus atributos, siendo realizado la prueba de Kruskal Wallis, seguido del siguiente del post prueba de Dunn para evaluar las diferencias entre los servicios de salud utilizados por los niños. Los análisis fueron realizados por el programa SAS versión 9.4 y Programa R, versión 3.5.3. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética y Investigación de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. **Resultados:** La prevalencia de hospitalización por CSAP fue del 45,1%, y enfermedades respiratorias respondiendo por el 62,3% de los casos de internación. Como principales diagnósticos se identificó bronquitis; la neumonía; gastroenteritis; infección urinaria y epilepsia. En los análisis univariados, las variables sexo masculino; ausencia de compañero materno; bajo peso al nacer e histórico de hospitalización anterior presentaron asociación estadística con las hospitalizaciones por CSAP de causa respiratoria; sin embargo, no permanecieron en el modelo final multivariado. La calidad de los servicios de APS fue evaluada con escasa presencia y extensión de sus atributos, con puntuación en los escores esencial y general por debajo de 6.6, y difiriendo significativamente de acuerdo con el modelo de atención a la salud, siendo la Estrategia Salud de la Familia mejor

evaluada que las Unidades Básicas de Salud y las Unidades de Pronto Atención. Los servicios privados recibieron una mejor evaluación en algunos atributos, pero en general no difirieron sustancialmente del servicio público. **Conclusión:** La prevalencia de las hospitalizaciones por CSAP fue elevada, y aunque no se encontraron asociaciones estadísticas con este desenlace, este estudio permitió describir el perfil de los niños con CSAP. Los servicios de APS presentaron fragilidades, especialmente en el componente acceso. Se entiende que el fortalecimiento de la APS para atender al niño puede evitar complicaciones en su salud y tiene potencial para minimizar los costos en salud, cuando la necesidad de hospitalización. En este sentido, invertir en acciones conjuntas en el municipio de frontera, como Foz do Iguaçu, que atiende a la población infantil, muchas veces de otros países, debe ser prioritaria en las agendas públicas de atención a la salud de esta población.

Descriptores: Hospitalización. Atención Primaria a la Salud. Calidad de la Atención a la Salud. Salud del Niño. Salud Pública.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Mapa de localização do município de Foz do Iguaçu/PR.....	43
Gráfico 1 – Distribuição das ICSAP por grupo diagnóstico no período de maio/2017 a abril de 2018.....	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características sociodemográficas das crianças menores de cinco anos, hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249).....	52
Tabela 2 – Características sociodemográficas maternas das crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)	53
Tabela 3 – Características dos domicílios das crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)	54
Tabela 4 – Características perinatais e de cuidado à criança hospitalizada por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249).....	56
Tabela 5 – Características de morbidade prévia das crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249).....	57
Tabela 6 – Variáveis de utilização dos serviços de saúde pelas crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018 (n=249).....	58
Tabela 7 – Distribuição das causas de hospitalização por condição sensível, de acordo com os Capítulos Diagnósticos CID-10. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2017-2018. (n=249).....	59
Tabela 8 – Distribuição dos atributos e seus escores dos serviços de saúde utilizados pelas crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249).....	61
Tabela 9- Avaliação dos atributos da APS entre os diferentes modelos de atenção à saúde utilizados pelas crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249).....	62
Tabela 10- Avaliação dos atributos da ESF em relação aos demais modelos de atenção à saúde, utilizados pelas crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)	64
Tabela 11 - Variáveis sociodemográficas das crianças associadas às ICSAP por doenças do aparelho respiratório. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249) ..	65
Tabela 12 - Variáveis perinatais, de morbidade prévia e de cuidado à criança, associadas às ICSAP por doenças do aparelho respiratório. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249).....	67
Tabela 13- Variáveis de uso e qualidade dos serviços da APS, associadas às ICSAP por doenças do aparelho respiratório. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)	69
Tabela 14 - Variáveis associadas às ICSAP por doenças do aparelho respiratório. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)	71

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CDC	Convenção dos Direitos da Criança
CID – 10	Classificação Internacional de Doenças – versão 10
CSAP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
DINTER	Doutorado Interinstitucional
DP	Desvio Padrão
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EC-95	Emenda Constitucional N° 95
eSF	Equipe Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauk
HUOP	Hospital Universitário do Oeste do Paraná
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
NOB	Norma Operacional Básica
NV	Nascidos Vivos
OMS	Organização Mundial da Saúde
ODM	Objetivos do Desenvolvimento do Milênio
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PCATool	<i>Primary Care Assessment Tool</i>
Pnad	Política Nacional da Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNI	Programa Nacional de Imunização
PRMP	Programa Rede Mãe Paranaense
PSF	Programa Saúde da Família
PSMI	Programa de Saúde Materno-Infantil
RAS	Redes de Atenção à Saúde
Rede	
Cegonha	Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil
SIH-SUS	Sistema de Informações do SUS
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEM	Universidade Estadual de Maringá
Unicef	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNIOESTE	Universidade Estadual do Oeste do Paraná
USP	Universidade de São Paulo
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	22
1.1 Atenção Primária à saúde no mundo e no Brasil	24
1.1.1 Atributos da Atenção Primária e sua avaliação	27
1.2 Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Criança no Brasil	29
1.3 Situação da saúde da criança menor de cinco anos	32
1.4 Internações por condições sensíveis à Atenção Primária	34
2 OBJETIVOS	39
2.1 Objetivo geral	40
2.2 Objetivos específicos	40
3 MATERIAIS E MÉTODOS	41
3.1 Desenho do estudo	42
3.2 Cenário da pesquisa	42
3.3 População do estudo	44
3.4 Operacionalização da coleta de dados	45
3.4.1 Estudo piloto	45
3.4.2 Coleta de dados	45
3.5 Instrumento de coleta	46
3.6 Variáveis do estudo	47
3.6.1 Variável dependente	47
3.6.2 Variáveis independentes	48
3.7 Processamento e análise dos dados	48
3.8 Aspectos éticos	50
4 RESULTADOS	51
4.1 Primeira etapa – fase descritiva	52
4.1.1 Características sociodemográficas das crianças hospitalizadas por ICSAP e suas famílias	52
4.1.2 Características perinatais, de cuidado e de morbidade prévia das crianças hospitalizadas por ICSAP	55
4.1.3 Características de uso dos serviços de saúde e causas das ICSAP	58
4.1.4 Características da qualidade dos serviços de saúde, utilizados pelas crianças com ICSAP	60
4.2 Segunda etapa – fase analítica	65
4.2.1 Análises univariadas	65
4.2.2 Análises multivariadas	70
5 DISCUSSÃO	72
6 CONCLUSÃO	86
7 REFERÊNCIAS	89
8 APÊNDICES	104
9 ANEXOS	109

APRESENTAÇÃO

“Renda-se, como eu me rendi. Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei. Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento”.

(Clarice Lispector)

A presente investigação é fruto de minha trajetória profissional que se iniciou em 2009, ano em que ingressei no concurso público do Hospital Universitário (HUOP) da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) em Cascavel-PR, como enfermeira, e descobri o quão prazeroso e gratificante era trabalhar com crianças, o que me despertou profundo interesse pelo universo da saúde infantil.

Desde então, desenvolvi minhas atividades profissionais especificamente na atenção à saúde da criança. Fui coordenadora do serviço de Alojamento Conjunto Pediátrico e da Unidade de Tratamento de Dependência Química de Crianças e Adolescentes do HUOP, de 2009 a 2011, e a partir de 2012 comecei a atuar no setor de UTI neonatal, o que me levou, em 2014, a realizar uma pós-graduação em Enfermagem Neonatal e Pediátrica em Curitiba-PR no Hospital Pequeno Príncipe, referência no atendimento pediátrico no Estado do Paraná.

Durante minha atuação no HUOP, vivenciei a constante falta de leitos hospitalares pediátricos, onde era comum receber crianças com vaga zero, que eram acomodadas em leitos improvisados no Pronto Socorro, até o surgimento de uma vaga nas unidades de internação. Também percebi que parte dessas internações poderia ser evitada, se a criança tivesse recebido tratamento adequado em nível primário, bem como se algumas medidas de prevenção e cuidado adequado tivessem sido instituídos no domicílio.

Essa situação me causava certa angústia, por minha impotência frente a esse problema, e me fazia refletir sobre quais medidas poderiam ser tomadas, visando à solução dos problemas de saúde mais frequentes das crianças, evitando que evoluíssem para a hospitalização.

Somente em 2015 tive a primeira aproximação com o tema “internações por condições sensíveis à Atenção Primária”, o que prontamente despertou meu interesse, pois vinha ao encontro da minha realidade e poderia apontar caminhos para a minha inquietação em relação às causas dessas internações. No mesmo ano, ingressei no doutorado por causa da realização do DINTER em Saúde Pública em Foz do Iguaçu-PR e me empenhei em elaborar uma pesquisa que abordasse essa temática, a qual eu tenho imensa satisfação de apresentar neste momento.

Para tanto, este trabalho está organizado em seis capítulos. No primeiro capítulo apresento a Introdução com a contextualização do problema, para maior compreensão do objeto de pesquisa; em seguida, os objetivos propostos para este estudo.

No terceiro capítulo, discorro sobre o caminho percorrido para a elaboração da pesquisa e, na sequência, apresento e discuto os resultados encontrados.

Por último, no capítulo 6, teço minhas considerações, no sentido de que possam contribuir com o conhecimento das internações evitáveis em crianças em um município situado em região de fronteira, com potencial para orientar as ações de saúde local, como também oferecer subsídios para realidades semelhantes, visando à melhoria do cuidado à criança.

1 INTRODUÇÃO

“Alguns homens vêem as coisas como são, e dizem ‘Por quê?’. Eu sonho com as coisas que nunca foram e digo ‘Por que não?’”

(Geroge Bernard Shaw)”

O presente estudo tem como foco as internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde (ICSAP) em crianças.

As condições sensíveis à Atenção Primária (CSAP) dizem respeito a um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva atenção primária diminuiria o risco de hospitalização. A hospitalização por condição sensível é considerada uma situação evitável, uma vez que o atendimento oportuno e de qualidade em nível primário impediria que as condições de saúde se agravassem e evitaria que as pessoas necessitassem de assistência hospitalar.

Para proporcionar a compreensão sobre esse fenômeno e contextualizar o objeto do estudo, este primeiro capítulo foi, então, dividido em cinco partes: **Atenção Primária à Saúde no mundo e no Brasil**: traz aspectos acerca da Atenção Primária à Saúde (APS), com explanação sobre o conceito desta e como ela se consolidou no mundo e no Brasil, como modelo de Atenção à Saúde, orientando todas as ações, programas e políticas de saúde, com vistas ao atendimento das necessidades de saúde dos indivíduos, família e comunidade.

Em um segundo momento, são apresentados os **Atributos da Atenção Primária e sua avaliação**, eixos estruturais e processuais, fundamentais para que os serviços de saúde estejam realmente orientados ao modelo de APS, sendo sua avaliação valiosa para apontar caminhos necessários para a reorganização dos serviços, visando à qualidade na assistência à saúde.

Na sequência, descreve-se a **Evolução das Políticas de Atenção à Saúde da Criança no Brasil**, as quais foram implementadas a partir dos distintos cenários socioeconômicos e políticos do país, ao longo do tempo, e buscaram contemplar os preceitos da APS, para a redução da morbimortalidade infantil, como também para a prevenção e promoção à saúde da criança.

Posteriormente, apresenta-se a **Situação da saúde da criança menor de cinco anos no Brasil**, que traz o perfil epidemiológico das principais causas de morbidade e de mortalidade na infância, bem como os desafios no atendimento dos problemas mais prevalentes nessa faixa etária.

Por fim, abordam-se as **Internações hospitalares por condições sensíveis à Atenção Primária**, por meio de um panorama mundial sobre essa situação em relação às crianças menores de cinco anos, a importância do conhecimento dos fatores associados a esse desfecho, a relevância desse indicador como ferramenta

para avaliação da APS, a justificativa para a realização desta investigação, bem como a pergunta de pesquisa e as hipóteses que a nortearam.

1.1 Atenção Primária à Saúde no mundo e no Brasil

A Atenção Primária à Saúde (APS) é compreendida como uma atenção ambulatorial de primeiro nível, ou seja, é o primeiro contato do paciente com o sistema de saúde, devendo este ser de fácil acesso, direcionado a resolver a maioria dos problemas de saúde da população (STARFIELD, 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

A primeira proposta de organização dos serviços, com nível primário de atenção, se deu em 1920, a partir da divulgação do Relatório Dowson, com o intuito de organizar o sistema de saúde na Grã-Bretanha, o qual propunha a reestruturação do modelo de atenção à saúde em três níveis organizacionais: centros primários; centros secundários e hospitais-escola. Esse modelo organizacional originou o conceito de regionalização, utilizado posteriormente em diversos países como base de organização dos serviços de saúde, para atendimento das necessidades da população (STARFIELD, 2002).

Contudo, foi em 1978 que adveio um marco histórico da APS, durante a Conferência Internacional sobre APS, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e que resultou na “Declaração de Alma-Ata”, documento que define a APS como o primeiro nível de contato com o sistema de saúde. Ela integra um processo permanente com os outros níveis de atenção à saúde, que inclui a prevenção, a promoção, a cura e a reabilitação, e precisa ser baseada em métodos e tecnologias cientificamente comprovadas e socialmente aceitas, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas (STARFIELD, 2002).

A concepção de APS tornou-se mais abrangente, sendo considerada portadora de uma função central do sistema de saúde e parte do processo mais geral do desenvolvimento econômico e social, orientada pelos princípios de solidariedade, equidade e participação comunitária. A saúde passou a ser compreendida como um direito humano fundamental, visualizada como uma das mais importantes metas sociais mundiais, com ênfase na necessidade de se abordar os determinantes sociais e políticos nos quais as pessoas estão inseridas

(GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

A Conferência de Alma-Ata especificou componentes fundamentais da APS, entre eles, educação em saúde; saneamento ambiental; programas de saúde materno-infantis, como imunização e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas; tratamento adequado; fornecimento de medicamentos essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

A proposta da APS difundiu-se nos países de industrialização avançada, especialmente nos países europeus, destacando-se pela garantia do acesso universal aos serviços de saúde e pelo amplo espectro de serviços ofertados, sendo a base do sistema de saúde, capaz de orientar a organização do sistema como um todo. Os países que adotaram uma APS resolutiva apresentaram melhores resultados e maior eficiência, além da redução de custos, com impactos positivos sobre a saúde da população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

Embora a APS seja considerada internacionalmente o principal modelo de assistência à saúde, com capacidade de melhoria dos indicadores de saúde pública, redução da morbimortalidade e redução dos internamentos hospitalares (STARFIELD, 2002; KRINGOS et al., 2010), e tendo-se em vista que o modelo hospitalocêntrico não atende às transformações do mundo moderno e às necessidades de saúde da população (FRANK et al., 2015), ainda assim, em alguns países, especialmente aqueles em desenvolvimento, adotou-se um modelo de APS seletiva.

Este modelo seletivo é focalizado em programas com objetivos restritos, caracterizado por um pacote de intervenções de baixo custo, destinado a resolver determinadas condições de populações em situações de pobreza, com recursos de baixa densidade tecnológica e sem possibilidade de acesso aos serviços secundários ou terciários, diferentemente do que havia sido proposto na conferência de Alma-Ata (STARFIELD 2002; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014; KRINGOS et al., 2010).

No Brasil, as discussões sobre a APS intensificaram-se no movimento da Reforma Sanitária na década de 1970, consolidando-se após 1988 com a promulgação da Constituição Brasileira que estabeleceu a saúde como um direito de todos e como dever do Estado prover as condições desta, culminando com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentre os princípios do SUS, estão a universalidade do acesso em todos os níveis de atenção à saúde; integralidade da

assistência; equidade; participação comunitária, descentralização; regionalização e hierarquização das redes de serviços; resolutividade. A adoção desses princípios buscou a superação do modelo assistencial previdenciário, biomédico/tecnicista hospitalocêntrico, que vigorava no país e não atendia às necessidades de saúde da população (BRASIL, 1990a; GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

Para diferenciar-se dos programas seletivos e focalizados, difundidos pelas agências internacionais, a APS foi denominada, no Brasil, de Atenção Básica. A Atenção Básica é considerada a porta de entrada dos serviços de saúde, estando no primeiro nível de atenção de uma rede hierarquizada e organizada, desempenhando papel de coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e dos serviços, além de ser responsável pela reordenação dos recursos (DAMASCENO et al., 2016; BRASIL 2017).

De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (Pnad), pode ser assim definida:

Art. 2º A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017).

Inicialmente, as unidades de atendimento da Atenção Básica, denominadas de Unidades Básicas de Saúde (UBS), estavam organizadas para o atendimento da demanda espontânea, com alcance limitado da população, focado no indivíduo, e em alguns programas assistenciais específicos, e com a atuação pautada nos moldes do médico/curativista. Para reorientação do modelo de Atenção Básica, implementou-se, em 1994, a estratégia Programa Saúde da Família (PSF), como forma de reorganização das práticas assistenciais, imprimindo uma nova dinâmica e de modo a superar práticas convencionais nas unidades de saúde, tendo o cuidado centrado na família (GIOVANELLA, 2018).

A estratégia PSF surge a partir da experiência do Programa de Agentes comunitários de Saúde (Pacs) de 1991, implantando nas regiões Norte e Nordeste do Brasil pela incipiente cobertura médico-sanitária daquela região, com resultados importantes nos indicadores de saúde da população. Dessa forma, o PSF foi instituído, tendo a família como núcleo básico do atendimento; estabeleceu-se,

ainda, o cadastramento das famílias em um território delimitado geograficamente para seu acompanhamento e com intervenções adequadas sobre os fatores de risco aos quais a população estaria exposta (ROSA; LABATE, 2006).

O PSF, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), tornou-se a porta de entrada do sistema local de saúde e o primeiro nível de atenção resolutivo; buscou assegurar a referência e contrarreferência para os distintos níveis de atenção, quando identificados problemas de maior complexidade (BRASIL, 2011a).

No entanto, a implementação dessa estratégia ocorreu de forma desigual no país e difundiu-se mais rapidamente nos municípios de pequeno porte, e de forma mais lenta nos grandes centros urbanos, mantendo-se paralelamente ao modelo de atenção básica tradicional (GIOVANELLA, 2018).

A cobertura populacional das ESF no Brasil, em 2017, era de 59,74%; no Estado do Paraná, 62,55%, e no município de Foz do Iguaçu, cenário deste estudo, a cobertura é inferior à média nacional e do Estado, com 44,45% da sua população coberta por essa estratégia, o que demonstra a necessidade de expansão como oportunidade para se contemplar maior número de pessoas (BRASIL, 2019).

1.1.1 Atributos da Atenção Primária e sua avaliação

Os serviços de APS devem estar orientados para a comunidade, com centralidade na família, para atender às necessidades de saúde de todos os seus membros. Nesse sentido, os apontamentos de Barbara Starfield se traduzem no referencial teórico escolhido para este estudo, pois trata-se de uma abordagem que caracteriza a APS como abrangente e de qualidade, de acordo com a presença de eixos estruturais e processuais, denominados atributos. Nessa concepção, os serviços de APS necessitam apresentar, em sua totalidade, os atributos essenciais e derivados. São atributos essenciais da APS (STARFIELD 2002, p.61-62):

-Atenção ao primeiro contato: Definido pela acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. É a porta de entrada dos serviços de saúde.

-Longitudinalidade: Pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. Reflete um vínculo pessoal entre o usuário e o serviço de saúde.

-Integralidade: Implica que as unidades de APS garantam que o paciente receba todos os tipos de serviços de atenção à saúde, mesmo que alguns serviços não possam ser oferecidos eficientemente dentro delas, incluindo o encaminhamento para outros serviços de saúde.

-Coordenação: Consiste na continuidade das informações de saúde do paciente, seja por meio de prontuários ou de outra fonte de informação, além do reconhecimento de problemas observados durante o atendimento no local ou em outros níveis de atenção.

Os atributos derivados contemplam:

-Orientação familiar: Consiste na avaliação integral do indivíduo, considerando o contexto familiar e seu potencial de cuidado, e também, de ameaças à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

-Orientação comunitária: Implica no reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade, através de dados epidemiológicos e do contato direto a ela.

-Competência cultural: Orienta a adaptação da equipe e profissionais às características culturais da população para facilitar sua relação e comunicação com a mesma.

A presença desses atributos está intimamente relacionada à prática assistencial, individual ou coletiva dos serviços de saúde. Quando um serviço apresenta os quatro atributos essenciais, ele pode ser considerado provedor da APS e aumenta, assim, o seu poder de interação com a família e a comunidade à medida que apresenta os atributos derivados, tornando-se, então, capaz de prover atenção integral à saúde (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, foi desenvolvido nos Estados Unidos da América, no início dos anos 2000, o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (SHI; STARFIELD; XU, 2001), um instrumento de domínio público, adotado pela OMS, com a capacidade de avaliar a presença e extensão dos atributos da APS, na perspectiva dos usuários adulto e infantil e dos profissionais de saúde, o qual foi posteriormente adaptado e validado em países como China (TSAI et al., 2010); Coreia do Sul (JEON, 2011); Canadá (HAGGERTY et. al, 2007); Espanha (PASSARIN et. al, 2007). No Brasil, foi traduzido como Instrumento de Avaliação da Atenção Primária, e foi validada, em 2006 (HARZHEIN et al., 2006), a versão criança, sendo posteriormente difundido em 2010, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), que recomendou o emprego desse instrumento para avaliação e monitoramento da qualidade e efetividade da APS, em especial da ESF (PRATES et al., 2017).

O PCATool foi construído de acordo com o referencial teórico de Avedis

Donabedian, para avaliação dos componentes de processo, estrutura e resultado. De acordo com o autor, a estrutura está relacionada com as características do serviço, sendo composta pelos recursos físicos, humanos e materiais, necessários para a assistência. O processo compreende as ações e atividades desenvolvidas entre profissionais e pacientes, sendo o resultado o estado de saúde alcançado pela população, como produto final da assistência prestada, considerando as expectativas e a satisfação do paciente (DONABEDIAN, 1984).

A avaliação é um componente da gestão em saúde, com os objetivos de dar suporte aos processos de decisão no âmbito do SUS e consolidar a APS, a partir da identificação de problemas, que poderão apontar para a necessidade de incorporação de novas práticas sanitárias que reorientem as ações e os serviços e garantam o atendimento das necessidades em saúde da população (BRASIL, 2005).

1.2 Evolução das políticas de Atenção à Saúde da Criança no Brasil

No início do século XX, as ações destinadas à saúde da criança no país tinham caráter curativo e individualizado e estavam direcionadas, preferencialmente, a grupos de risco de maior vulnerabilidade, com alcance limitado e verticalizado. As primeiras preocupações com o adoecimento infantil surgem à medida em que as crianças tornam-se dependentes das trabalhadoras nas indústrias, sendo, então, necessário evitar que aquelas adoecessem, para que as mães pudessem cumprir sua jornada de trabalho, impedindo o absenteísmo materno no trabalho; por essa razão, iniciou-se o estímulo ao aleitamento materno (ARAÚJO et al., 2014).

As ações mais sistematizadas ocorreram a partir da década de 1970 com a criação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI) e do Programa Nacional de Imunização (PNI) para tentar reduzir as altas taxas de mortalidade infantil que se mantinham em torno de 120,7/ 1000 nascidos vivos (/1.000 NV), entretanto tratava-se de ações verticalizadas, adotadas de maneira isolada do contexto social (ARAÚJO et al., 2014).

Somente após a década de 1980 é que se estabeleceram muitas conquistas sociais no campo à saúde da criança. Estas decorreram da implantação do SUS e de vários movimentos internacionais e de direitos humanos, tendo, como um marco internacional na proteção dos direitos da criança, a Convenção dos Direitos da

Criança (CDC), em 1989, pelas Nações Unidas. No Brasil, a instituição do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) pela lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, intencionou assegurar o direito à proteção à vida e saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas, sendo dever da família, do Estado e da sociedade garantir que as crianças tenham seus direitos assegurados (BRASIL, 1990b; BRASIL, 2018a).

A implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) no ano de 1984 teve por finalidade o atendimento das necessidades de saúde das crianças brasileiras, com a definição de ações básicas como acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; aleitamento materno; orientação familiar; controle de afecções respiratórias; imunização básica; e controle das doenças diarreicas (LEAL, et al., 2018). Essas ações impulsionaram um declínio importante da mortalidade infantil para 47,7/1000 NV (ARAÚJO et al., 2014; BRASIL, 2018a).

Para continuar avançando na redução mortalidade infantil e nas doenças prevalentes na infância, em 1996 o Brasil adotou a estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), desenvolvida pela OMS e alicerçada em três pilares básicos: melhoria no primeiro nível de atenção à saúde; reorganização dos serviços de saúde; resolução dos problemas de saúde da criança e sua família, em especial, às crianças menores de cinco anos (BRASIL, 2002).

A década de 1990 foi marcada pela revalorização do tema família; culminou em 1994 com a criação do PSF, o qual propiciou a expansão da estratégia AIDPI, promoveu ações de promoção e prevenção em saúde infantil para o combate das doenças mais prevalentes na infância como pneumonia, diarreia e outras doenças infecciosas e visou à redução das internações hospitalares por essas condições (FIGUEIREDO; MELLO, 2007; LEAL, et al., 2018).

No final da década de 1990 e início dos anos 2000, várias ações são instituídas para aumentar os mecanismos de proteção social e melhorar os indicadores de saúde da criança. No ano 2000, o Brasil assume o compromisso, junto às Nações Unidas, de redução da mortalidade infantil em 2/3, como meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). Tal redução passa a ser considerada prioridade na agenda de saúde do país, sendo reforçada no Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004, e no Pacto pela Vida, em 2006. E três anos antes do prazo acordado, em 2012, o Brasil atinge a meta do

ODM, com coeficiente de mortalidade infantil de 15/1000 NV (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2006; UNICEF, 2015).

Em 2004, o Ministério da Saúde brasileiro publicou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança, documento que articula a assistência nos três níveis de cuidados, apoia a organização de uma rede única integrada de assistência à criança e estabelece as linhas de cuidado à saúde (BRASIL, 2004b).

Em 2011, é lançada a Rede de Atenção à Saúde Materna, Neonatal e Infantil (Rede Cegonha) pela portaria nº 1.459, de 24 de junho, com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materna e infantil, assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, garantir acesso, acolhimento e resolutividade de modo a reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011b). Nesse contexto, institui-se, no Estado do Paraná, no ano seguinte, o Programa Rede Mãe Paranaense, que prevê a assistência qualificada no pré-natal, parto, puerpério e no seguimento da criança, com vistas à redução da morbimortalidade materna e infantil (PARANÁ, 2017).

Instituída em 2015, pela portaria nº 1.130, de 05 de agosto, A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem por objetivos promover e proteger a saúde da criança, mediante a atenção e cuidados integrais, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, e reduzir a morbimortalidade infantil. Essa política estrutura-se nos princípios do direito à saúde, ao acesso universal, equalitário e integral, tendo por diretrizes a organização dos serviços, em Redes de Atenção à Saúde (RAS), sendo a Atenção Básica a ordenadora e coordenadora do cuidado à criança (BRASIL, 2015).

A PNAISC está organizada em sete eixos estratégicos, com enfoque especial na primeira infância, período de vida compreendido entre zero a cinco anos, ou até a criança completar 72 meses de vida, justamente por esse período ser decisivo para o desenvolvimento saudável do ser humano (BRASIL, 2015; BRASIL, 2018a).

O desenvolvimento infantil satisfatório na primeira infância contribui para a formação de indivíduos e de suas potencialidades, influencia no sucesso escolar, com maior possibilidade de estes se tornarem adultos aptos a enfrentar adversidades, no desenvolvimento da autoestima, autoproteção e independência,

reduzindo, assim, as disparidades sociais e econômicas da sociedade (OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015).

1.3 Situação da saúde da criança menor de cinco anos

Desde a década de 1980, o Brasil passou por sucessivas mudanças nos determinantes sociais das doenças, na organização dos serviços de saúde, que ocasionou a transição no perfil epidemiológico de morbimortalidade das crianças (VICTORA et al., 2011).

As diversas ações, programas e estratégias governamentais instituídas no âmbito da saúde da criança, assim como a mudança em alguns determinantes sociais como redução da desigualdade social, aumento da escolaridade entre as mulheres, urbanização e transferência condicional de renda tiveram impacto favorável em vários indicadores de saúde, em especial na redução da mortalidade infantil (VICTORA et al., 2011; OPAS, 2018). As principais estratégias que contribuíram para essa redução foram a ampliação do acesso à saúde com a criação do SUS, o aumento da cobertura vacinal e da cobertura da Atenção Básica (RASELA, 2013).

Embora o Brasil tenha cumprido a meta 4 do ODM, com avanço na redução da mortalidade infantil e da mortalidade na infância (crianças menores de 05 anos) de 52,5/1000 NV, em 1990, para 17,0/1000 NV, em 2015, que representou redução de 67% da mortalidade, essa diminuição ocorreu de forma desigual nas diversas regiões brasileiras. Em alguns municípios, a taxa de mortalidade ainda é elevada, sendo que as crianças em condições de vulnerabilidade, como as indígenas, apresentam o dobro de chances de morrer antes do primeiro ano de vida (ARAÚJO et al., 2014; UNICEF, 2015; FRANÇA et al., 2017)

No ano de 2017, a mortalidade infantil no Brasil foi de 12,8/1000 NV, variando de 8,4/1000 NV, no Espírito Santo, a 23/1000 NV, no Amapá. O Estado do Paraná registrou 8,9/1000 NV, e Foz do Iguaçu, cenário deste estudo, 12,25 NV (IBGE, 2017). Há que se destacar que 85,7% das crianças teriam chance de morrer ainda no primeiro ano de vida, pelo fato de a maioria dos óbitos se concentrar no período neonatal (IBGE, 2017), sendo que, em 2015, 41% dos casos de mortalidade ocorreram no período neonatal precoce, ou seja, na primeira semana de vida (FRANÇA et al., 2017).

Apesar da redução considerável da mortalidade infantil, as taxas ainda são bastantes altas, se comparadas às dos países desenvolvidos como França, Espanha, Japão, Canadá, que mantêm a mortalidade abaixo de 5/1000 NV. E, mesmo quando comparadas às de outros países em desenvolvimento da América Latina como o Uruguai, Chile, Cuba, as taxas do Brasil ainda são maiores (BRASIL, 2013).

Dentre as causas de mortalidade infantil, a prematuridade é a principal e responde pelas perdas na primeira semana de vida, seguida de anomalias congênitas e doenças relacionadas ao parto ou período neonatal. Após o período neonatal, as doenças infecciosas são responsáveis por 26,2% das mortes, com destaque para as doenças diarreicas e do aparelho respiratório (BRASIL, 2013).

Estima-se que 30% dos óbitos de menores de um ano são por causas evitáveis (FRANÇA et al., 2017; LANSKY et al., 2014). Em Foz do Iguaçu, um levantamento preliminar da mortalidade infantil, no ano de 2018, apontou que 55,7% dos casos ocorreram por afecções originadas no período neonatal; 19,2%, por malformação congênita; 7,6%, por doenças do aparelho respiratório; e 1,9%, por doenças infecciosas, o que demonstra concentração das causas de mortalidade principalmente no período neonatal e por doenças ligadas a problemas respiratórios e infecciosos, considerados CSAP (IPARDES, 2019).

As crianças maiores têm, como as principais causas de mortalidade, pneumonias, diarreias e desnutrição. A maioria dessas mortes poderia ser evitada se fossem aplicadas precocemente as medidas de prevenção ou tratamento (BRASIL, 2013). Nesse sentido, o Brasil recebeu o novo desafio junto às Nações Unidas com o compromisso de cumprir a meta 3 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), com prazo até 2030 para acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de cinco anos, reduzir a mortalidade neonatal para 12 /1000 NV e a mortalidade de crianças menores de cinco anos para 25/1000 NV (ONU, 2015).

No que concerne à morbidade das crianças, as doenças diarreicas e respiratórias ainda figuram como as principais causas, em especial nas populações de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2018a). Uma revisão sistemática que analisou os motivos da hospitalização de crianças brasileiras menores de cinco anos, no período de 2008 a 2015, apontou maior frequência das doenças respiratórias, seguidas de infecções parasitárias e de doenças do período perinatal (PEDRAZA; ARAUJO,

2017).

As doenças respiratórias constituem-se nas principais causas de internação em crianças, bem como de procura pelos serviços de emergência, e a pneumonia é uma das principais responsáveis por morte evitável em menores de cinco anos (BRASIL, 2018a).

Para além desse horizonte, novos desafios continuam a surgir, entre eles, o aparecimento de novos agentes infecciosos; o ressurgimento de doenças, consideradas controladas, como o sarampo; a redução da cobertura vacinal para doenças imunopreveníveis; o aumento da incidência de doenças transmissíveis, como a sífilis congênita; as altas taxas de cesarianas e de parto prematuro; a obesidade na infância; e a prevalência das doenças ligadas às condições sanitárias da população. Isso posto, emerge a necessidade do enfrentamento das iniquidades relacionadas às condições de saúde, em especial, aos grupos de crianças de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2018a).

O enfrentamento dessas situações representa um grande desafio, tendo-se em vista as medidas de austeridade fiscal, descritas pela Emenda Constitucional nº95, de 2016 (E-95), que estabeleceu limite para despesas com saúde por 20 anos e poderá agravar ainda mais o subfinanciamento do SUS, ocasionando redução na oferta de serviços e de programas de proteção social, com potencial para aumentar as desigualdades em saúde (OPAS, 2018; GIOVANELLA, 2018).

Estudo de microssimulação prospectiva, que analisou o possível impacto dessas medidas de austeridade, de 2017 a 2030, com a redução da cobertura de programas de proteção social como o bolsa família e a ESF, detectou que isso poderia resultar em uma taxa de mortalidade infantil até 8,6% maior no decorrer de 2017 a 2030, responsável pelo incremento de 20.000 mortes evitáveis e 124.000 hospitalizações evitáveis entre as crianças menores de cinco anos, afetando principalmente os municípios mais pobres (RASELLA, 2018).

1.4 Internações por condições sensíveis à Atenção Primária

As CSAP dizem respeito a um conjunto de problemas de saúde para os quais a efetiva Atenção Primária diminuiria o risco de hospitalização. Inicialmente denominado como *ambulatory care sensitive conditions*, esse termo surgiu nos Estados Unidos na década de 1980 para identificar camadas da população sem

acesso à atenção ambulatorial e para avaliar seu impacto financeiro sobre o sistema de saúde (BILLINGS et al., 1993).

A partir da década de 1990, passou a ser utilizado em alguns países como Espanha, Canadá, Austrália e Brasil, os quais tinham como foco os cuidados primários à saúde e, assim, poderiam avaliar a qualidade desses serviços por meio desse indicador (LIMA; NICHATA; BONFIN, 2019). As ICSAP são um importante indicador de saúde pública que permite avaliar a qualidade, a acessibilidade e a eficácia dos cuidados primários de saúde, a partir da atividade hospitalar (NEDEL et al., 2010; ALFRADIQUE et al., 2009)

Atualmente, sua utilização é justificada por demonstrar que o atendimento ambulatorial, oportuno e de qualidade pode diminuir o risco de hospitalização; constitui-se, portanto, em uma medida indireta da APS (ALFRADIQUE et al., 2009).

No contexto internacional, observa-se uma série de investigações sobre indicadores da atividade hospitalar para medir a efetividade da APS. Diversos estudos têm apontado que o segmento ambulatorial e a continuidade nos cuidados na atenção primária reduzem a chance de ICSAP (HU; MORTENSEN, 2018; COLLIER et al., 2018).

No Brasil, considerando-se as diversas condições de saúde e de doença, foi instituída, em 2008, a Lista Brasileira de ICSAP, de acordo com a décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Esta lista, constituída por 19 grupos diagnósticos e seus subgrupos, pode ser utilizada como instrumento de avaliação da APS ou da utilização da atenção hospitalar e pode ser aplicada para se avaliar o desempenho do sistema de saúde brasileiro (BRASIL, 2008).

A lista brasileira de ICSAP vem sendo empregada como estratégia de monitoramento do desempenho da ESF. Pesquisas nessa vertente exploraram aspectos do acesso no contexto da APS, com potencial para reduzir as ICSAP (CECCON; MENEGHEL; VIECILI, 2014; DE SÁ et al., 2016; BRASIL; COSTA, 2016). Outros estudos demonstraram ainda que a ESF tem contribuído com a redução das ICSAP, embora diferentes taxas sejam identificadas no país. Em Curitiba encontraram-se 11,54% de ICSAP (REHEM et al., 2013); 19,37% em São Paulo (REHEM; EGRY, 2011); 20% no Distrito Federal (JUNQUEIRA; DUARTE, 2012); 22,41% no Espírito Santo (PAZÓ et al., 2014). Autores discutem que a expansão e a implementação da ESF não ocorrem de maneira homogênea nas

diferentes regiões do país, o que pode justificar as divergências entre a redução das ICSAP (BOING et al., 2012).

No que diz respeito à saúde da criança, evidências indicaram diferentes taxas de ICSAP em menores de cinco anos; 60% no Piauí (BARRETO; NERY; COSTA, 2012); 44,1% em Pernambuco (CARVALHO et al., 2015); 41,4% em Minas Gerais (CALDEIRA et al., 2011); 38,7% em Cuiabá (SANTOS et al., 2015); 23,3% no Paraná (TOSO et al., 2016). Na Bahia, o aumento da cobertura da ESF resultou na redução dos coeficientes de ICSAP em menores de cinco anos (PAIXÃO; PEREIRA; FIGUEIREDO, 2013). Em todos os estudos, as principais causas de internação estavam relacionadas às doenças respiratórias e às gastroenterites.

No Paraná, um levantamento realizado pelo Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS), entre 2000 e 2015, apontou que a proporção desses internamentos foi de 9,9%, entre as crianças menores de cinco anos, resultado inferior ao observado nas demais regiões do Brasil. Apesar das taxas se manterem estáveis ao longo desse período, apresentaram crescimento para as crianças menores de um ano ($r^2=0,38$; $p\ 0,017$), resultado que chama a atenção, tendo-se em vista a grande quantidade de programas e políticas de saúde materno-infantil, nessa faixa etária, sugerindo que essas ações não impactaram na redução dos agravos evitáveis (PREZOTTO et al., 2017).

Elevadas taxas de ICSAP podem indicar falhas na resolutividade, no acesso ou no desempenho do sistema de saúde. Nesse sentido, a avaliação da APS pode oferecer suporte na identificação desses problemas e na reorientação das ações e dos serviços, além de avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias e de mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços sobre a saúde da população (BRASIL, 2005; TANAKA; TAMAKI, 2012).

Embora a avaliação das ICSAP seja uma ferramenta importante para se monitorar os resultados dos serviços públicos de saúde, é necessário levar em consideração outros fatores que contribuem para essas internações, que não são possíveis de resolução apenas pela saúde pública, fatores esses que estão relacionados ao contexto social no qual os indivíduos estão inseridos. Diversos autores demonstraram associação entre os determinantes socioeconômicos e demográficos e o aumento das ICSAP (CASTRO et al., 2015; HALE; PROBOST; ROBERTSON, 2015; PREZOTO; CHAVES; MATHIAS, 2015; PAZÓ et al., 2014; ANSARI et al., 2012).

Investigações realizadas no Brasil (ARAUJO et al., 2017), assim também em outros países como Canadá (ROOS; DRAGAN; SCHROTH, 2017); Estados Unidos (BETTENHAUSEN et al., 2017); França (WEEKS; VENTELOU; PARAPONARIS, 2016), apontam as desigualdades de renda associadas às maiores taxas de ICSAP, demonstrando que crianças em situação de pobreza estão mais expostas ao risco de desenvolvimento de internações evitáveis e que a melhoria nas condições socioeconômicas das crianças poderia impactar na redução das ICSAP.

Condições adequadas de moradia são reconhecidamente associadas à saúde infantil, e diversos estudos apontam a falta de saneamento, aglomeração de pessoas, condições insalubres como fatores que predispõem a criança às CSAP (OLIVER et al., 2018).

Segundo Prezotto, Chaves e Mathias (2015), para que seja realizada uma análise adequada das ICSAP, é essencial identificar características individuais e familiares, fatores ambientais e uso de serviços de saúde.

No Brasil, os fatores associados a essas internações ainda necessitam ser mais bem explorados. Uma revisão sistemática que analisou as ICSAP em crianças brasileiras na faixa etária de zero a cinco anos constatou que praticamente todos os estudos realizados no país, no período de 2008 a 2015, utilizaram dados secundários para o levantamento das causas de ICSAP (PEDRAZA; ARAUJO, 2017).

O uso de dados secundários pode apresentar algumas limitações, pela confiabilidade do diagnóstico e fidedignidade dos registros (MOURA et al., 2010; BOING et al., 2012). Nesse sentido, a avaliação das ICSAP é um grande desafio no âmbito do sistema de saúde, tendo-se em vista todos os determinantes sociais envolvidos nesse processo, principalmente quando se trata de áreas de risco e vulnerabilidades sociais, como é o caso de Foz do Iguaçu no Paraná, município pertencente a uma região de fronteira.

Em regiões de fronteira, pela grande mobilidade populacional, aumenta-se o risco da emergência ou reemergência de doenças, em grupos mais vulneráveis, em especial, as crianças (LEVINO; CARVALHO, 2011). As crianças da tríplice fronteira pertencem a diferentes nacionalidades, etnias e culturas e residem em municípios com diversas características socioeconômicas, muitas vezes expostas à situação de extrema pobreza. As crianças também estão inseridas nos fluxos de migração,

sendo comuns as situações de brasileiros que residem no Paraguai ou na Argentina e que procuram os serviços gratuitos de saúde no Brasil (TACRO, 2005).

No sentido de promover assistência qualificada à criança, as políticas públicas de atenção à saúde desta população têm se desenvolvido, minimizando potenciais riscos à saúde com vistas à redução nos indicadores de morbimortalidade (VICTORA et al., 2011; SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012; GOMES; COSTA-FILHO, 2013). Assim, as ações de saúde voltadas para a infância necessitam que a criança seja entendida como sujeito inserido em um ambiente social e familiar, em constante interação com o meio (FURTADO et al., 2013).

Nesse contexto social e considerando-se a relevância de se investigar a saúde da criança em um município com as especificidades de Foz do Iguaçu, toma-se como questão norteadora: Qual a prevalência e os fatores contribuintes para a internação de menores de cinco anos de idade por causas sensíveis à Atenção Primária em município na região de fronteira?

Com base nesse questionamento, este estudo busca subsídios que esclareçam essa problemática e auxiliem na formulação de políticas públicas que contemplem as necessidades de saúde de crianças de zero a cinco anos de idade em município de fronteira.

Tem-se como hipótese que as condições socioeconômicas desfavoráveis e a baixa resolutividade dos serviços de APS estão associadas à ocorrência das ICSAP em crianças menores de cinco anos na região de tríplice fronteira.

2 OBJETIVOS

“Não se deve ir atrás de objetivos fáceis, é preciso buscar o que só pode ser alcançado por meio dos maiores esforços”.

(Albert Einstein)

2.1 Objetivo geral

- Analisar a prevalência e os fatores associados às internações por condições sensíveis à Atenção Primária de crianças menores de cinco anos de idade em um município de região de fronteira.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as características sociodemográficas, de cuidado e de morbidade prévia das crianças menores de cinco anos, internadas por condições sensíveis à Atenção Primária;
- Identificar as principais causas de hospitalização por condição sensível à Atenção Primária;
- Avaliar os atributos da Atenção Primária a partir da experiência de utilização dos serviços de saúde pelos cuidadores das crianças menores de cinco anos de idade, em município de região de fronteira;
- Avaliar a qualidade da Atenção Primária, a partir de seus atributos essenciais e derivados, entre os diferentes modelos de atenção à saúde da criança;
- Investigar a associação entre as internações por condições sensíveis e variáveis sociodemográficas, de cuidado, de morbidade prévia e de uso e qualidade dos serviços da Atenção Primária.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”.

(Martin Luther King)

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo transversal, de abordagem quantitativa, pois possibilita a análise de dados objetivos, passíveis de quantificação. Pressupõe a previsão de mensuração das variáveis pré-estabelecidas, almejando verificar e explicar sua influência sobre outras variáveis (GIL, 2010).

3.2 Cenário da pesquisa

O estudo foi realizado no município de Foz do Iguaçu, no Oeste do Paraná, localizado em região de tríplice fronteira entre o Brasil, o Paraguai e a Argentina. Essa região é considerada uma das fronteiras mais movimentadas da América do Sul, pelo intenso fluxo de pessoas e pela sua mobilidade pendular, definida como movimento cotidiano da população, em suas diversas atividades, seja a trabalho, lazer, estudos ou comércio (ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

Os habitantes dessa região necessitam migrar de um país para outro em busca de recursos para garantir seus direitos, assim como melhorar suas condições de vida em termos de acesso à saúde, educação e renda (ALBUQUERQUE, 2012).

As regiões de fronteira têm uma identidade diferente do restante do país, visto que os municípios fronteiriços se integram cultural, social e economicamente, formando uma sociedade peculiar com culturas e valores próprios (SANTOS-MELO, 2018).

Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) indicam que Foz do Iguaçu conta com uma população total de 256.088 habitantes, sendo 19.901 (7,7%) crianças na faixa etária de interesse deste estudo. No entanto, pela mobilidade pendular, concentra o maior arranjo populacional fronteiriço do Brasil, com 674.669 habitantes (59%) de estrangeiros somente entre as cidades entre Foz do Iguaçu e Ciudad del Este no Paraguai (IBGE, 2016).

O município tem como principais atividades econômicas o turismo e o comércio. É considerada uma das cidades mais multiculturais do Brasil, abrigando 72 grupos étnicos, e a segunda maior comunidade libanesa em território brasileiro (FERNANDES, 2014).

Constitui-se como um polo macrorregional estratégico de atendimento à

saúde e está habilitado em gestão plena do sistema de saúde pela NOB/96. Com base nos princípios do SUS de descentralização e territorialização, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) organiza as ações em saúde por meio de cinco Distritos Sanitários (norte, sul, leste, oeste, nordeste).

A rede de atenção básica é composta por 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e 35 Equipes de Saúde da Família (ESF), distribuídas em 23 Unidades de Saúde da Família (USF), sendo responsáveis pela cobertura de 44,5% da Atenção Primária no município. Para o atendimento de urgências e emergência, o município conta com duas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) (FOZ DO IGUAÇU, 2017).

A rede de atendimento hospitalar é composta por dois hospitais privados, conveniados ao SUS, e pelo Hospital Municipal Padre Germano Lauk, único hospital público, que realiza atendimento pelo SUS das crianças na faixa etária de interesse do presente estudo. Possui 26 leitos pediátricos para internação clínica e cirúrgica, porém não dispõe de leitos de U.T.I pediátrica, sendo realizado o encaminhamento das crianças para outros hospitais, para instituição de terapia intensiva quando necessário (FOZ DO IGUAÇU, 2017).

Figura 1 – Mapa de localização do município de Foz do Iguaçu/PR.

Fonte: Construção dos autores

3.3 População do estudo

Participaram deste estudo todos os cuidadores de crianças menores de cinco anos de idade, internadas na unidade de pediatria do Hospital Municipal Padre Germano Lauk em Foz do Iguaçu, com diagnóstico médico de ICSAP. Considerou-se como cuidador a pessoa que fosse a maior responsável pelo cuidado à saúde da criança, podendo ser os pais, avós, tios, ou cuidadores legais (BRASIL, 2010).

Para que os cuidadores fossem elegíveis a participar do estudo, as crianças deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão:

- a) ter diagnóstico médico considerado como ICSAP, de acordo com a listagem oficial brasileira (BRASIL, 2008);
- b) ter idade até quatro anos, 11 meses e 29 dias no momento da admissão hospitalar;
- c) permanecer hospitalizado por um período igual ou superior a 24 h;

Adotaram-se como critérios de exclusão:

- a) crianças menores de dois meses com diagnóstico de pneumonia, bronquite ou bronquiolite, com recomendação de hospitalização nessa faixa etária, por ser de difícil realização o diagnóstico diferencial com outras doenças graves como meningite ou sepse, assim como as complicações em caso de infecção pelo vírus sincial respiratório (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2011; BRASIL, 2013);
- b) crianças que foram reinternadas durante o período de coleta de dados e que já haviam participado do estudo;
- c) crianças que não tiveram a confirmação do diagnóstico médico de internação por condição sensível na ficha de Autorização de Internação Hospitalar (AIH);

Não houve seleção amostral, pois a proposta do estudo foi trabalhar com toda a população de crianças hospitalizadas, para identificação da prevalência das ICSAP.

No período de abordagem dos participantes, entre 01 de maio de 2017 e 30 de abril de 2018, ocorreram 758 internações de crianças na faixa etária de zero a cinco anos. Destas hospitalizações, 342 crianças tinham diagnóstico de CSAP.

Excluíram-se 48, por se tratar de reinternação e seus responsáveis já terem participado anteriormente na coleta dos dados, e 04, por seus cuidadores não aceitarem participar da pesquisa. Houve 41 perdas pelo fato de a criança ter recebido alta antes da entrevista, o que resultou num total de 249 participantes que compuseram este estudo.

3.4 Operacionalização da coleta de dados

3.4.1 Estudo piloto

Inicialmente, a pesquisa foi apresentada à Direção Geral e de Enfermagem do Hospital Municipal Padre Germano Lauck, para indicação dos objetivos e discussão da melhor forma para proceder-se à coleta de dados, de modo a não causar nenhum prejuízo ao andamento das atividades hospitalares, bem como no tratamento das crianças.

Posteriormente, durante o mês de abril de 2017, realizou-se teste piloto, com o objetivo de sanar dúvidas sobre a aplicação do roteiro e do instrumento de coleta de dados, como também para treinamento da equipe de pesquisa, que foi composta pela pesquisadora principal e pela sua auxiliar.

Durante esse período, a pesquisadora principal acompanhou a pesquisadora auxiliar, até que ambas estivessem seguras e que não tivessem dúvidas para realizar a coleta de dados. Foram necessárias reuniões para discussão sobre as estratégias de coleta de dados, abordagens dos participantes e para esclarecimentos sobre dúvidas acerca do roteiro e do instrumento, ambos utilizados na obtenção dos dados.

Destaca-se, aqui, que os participantes do estudo piloto não foram inclusos no estudo.

3.4.2 Coleta de dados

Como já mencionado, a coleta de dados ocorreu no período de 01 de maio de 2017 a 30 de abril de 2018. Esse tempo de um ano sequencial foi definido para não incorrer no viés de sazonalidade, tendo-se em vista que algumas doenças podem ser mais frequentes em determinados períodos, pelas variações climáticas ao longo

do ano.

Para a identificação dos participantes, realizaram-se visitas diárias na pediatria do hospital municipal para se verificar se alguma criança havia sido admitida e se se atendia aos critérios de inclusão, mediante consulta no prontuário médico. Caso houvesse alguma criança elegível, o pesquisador abordava o cuidador desta, explicava os objetivos do estudo e o convidava a participar.

As visitas na pediatria eram realizadas pelo pesquisador principal de segunda a sexta-feira e, aos finais de semana e feriados, pela pesquisadora auxiliar, com supervisão a distância pela pesquisadora principal. As visitas eram realizadas sempre no período vespertino, por se tratar do melhor horário para abordagem dos participantes, pelo fato de a maioria dos cuidados de enfermagem, procedimentos médicos e exames ocorrerem no período matutino.

Quando o cuidador não estava presente ou quando não havia possibilidade de ele participar, pela instabilidade clínica da criança ou mediante a realização de algum procedimento, novas tentativas eram realizadas nos dias seguintes, enquanto a criança estivesse hospitalizada. Caso recebesse alta hospitalar antes da realização da coleta de dados, a criança era excluída do estudo. Após a alta hospitalar, os prontuários das crianças cujos cuidadores participaram do estudo foram novamente consultados, para a confirmação do diagnóstico médico por condição sensível na ficha de Autorização de Internação Hospitalar (AIH), uma vez que este documento é o que assegura o diagnóstico definitivo da causa da hospitalização. Caso a criança não tivesse a confirmação de internação por condição sensível, era, então, excluída.

3.5 Instrumento de coleta

Para a obtenção dos dados, utilizou-se um questionário elaborado e preenchido pelo pesquisador, composto por 54 itens, com informações demográficas e socioeconômicas da família, bem como histórico de saúde da criança, uso dos serviços da APS e dados da internação hospitalar atual (Apêndice A). Esse questionário foi preenchido mediante a consulta no prontuário e cartão da criança e das respostas dos participantes.

Também aplicou-se, para se avaliar a utilização e qualidade dos serviços de Atenção Primária, o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil)

versão criança (Anexo A). Este instrumento também foi preenchido pelo pesquisador, a partir das indicações de resposta dos cuidadores.

Definiu-se o uso deste instrumento por ser de fácil aplicação e permitir mensurar a presença e a extensão de atributos da APS em serviços de saúde (HARZHEIM et al., 2006; BRASIL, 2010), bem como avaliar a estrutura e processo, além disso, favorecer a obtenção de evidências sobre a efetividade da APS, com implicações importantes para definição das políticas públicas (BRASIL, 2010).

O PCATool contém 55 itens, divididos em 10 componentes, relacionados à atenção primária:

1. Grau de afiliação aos serviços de saúde (composto por 3 itens);
2. Acesso de primeiro contato-utilização (composto por 3 itens);
3. Acesso de primeiro contato-acessibilidade (composto por 6 itens);
4. Longitudinalidade (composto por 11 itens);
5. Coordenação-integração de cuidados (composto por 5 itens);
6. Coordenação-sistema de informações (composto por 3 itens);
7. Integralidade-serviços disponíveis (composto por 9 itens);
8. Integralidade-serviços prestados (composto por 5 itens);
9. Orientação familiar (composto por 6 itens);
10. Orientação comunitária (composto por 4 itens).

As respostas possíveis para cada um dos itens avaliados recebem um valor em escala de Likert que varia de 1 a 4. O escore final de cada um destes atributos é dado pela média das respostas (Brasil, 2010).

O PCATool avalia se um serviço de saúde pode ser considerado provedor da APS, quando apresentar ao menos os quatro atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, coordenação, integralidade), e aumenta seu poder de interação quando apresentar também os dois atributos derivados (orientação familiar e comunitária) (BRASIL, 2010).

3.6 Variáveis do estudo

3.6.1 Variável dependente

A variável dependente, ou de desfecho, foram as ICSAP. Após a realização das análises descritivas, constatou-se a maior prevalência das doenças respiratórias

como causa de ICSAP, sendo essa variável, então, classificada como dicotômica ou binária (1-0), designando-se 1 para as ICSAP por doenças do aparelho respiratório e 0 para as ICSAP por outras causas. Esse agrupamento foi necessário para a realização das análises uni e multivariadas.

Para a avaliação da qualidade da APS, a variável dependente foi o modelo de atenção à saúde.

3.6.2 Variáveis independentes

A escolha das variáveis independentes que compuseram este estudo foi realizada após análise na literatura sobre os fatores associados às ICSAP, sendo essas agrupadas em categorias para a realização das análises uni e multivariadas.

Foram elencadas variáveis sociodemográficas, de cuidado à criança, de morbidade prévia e de uso e qualidade dos serviços de APS.

3.7 Processamento e análise dos dados

Após dupla digitação dos dados em planilhas do software Excel e validação, procedeu-se às análises.

Para se verificar a prevalência das ICSAP, considerou-se o total dessas ocorrências em relação ao total das internações de crianças na faixa etária de interesse do estudo no período investigado. Confirmou-se o número de hospitalizações, por meio de consulta ao Sistema Informatizado do Hospital Municipal. A fórmula utilizada para o cálculo da prevalência (P) foi:

$$P = \frac{\text{número de crianças com ICSAP}}{\text{Total de crianças internadas no período}} \times 100$$

A taxa de ICSAP foi calculada, considerando-se o total de internações por ICSAP e a população total de crianças na faixa etária de zero a cinco anos. Para obtenção do número da população residente em Foz do Iguaçu na faixa etária de zero a cinco anos, utilizou-se o censo demográfico IBGE de 2010 (IBGE, 2010), procedendo-se à seguinte fórmula:

$$T = \frac{\text{número de crianças com ICSAP}}{\text{População total de crianças na faixa etária de zero a cinco anos}} \times 1000$$

População total de crianças na faixa etária de zero a cinco anos

Para análise descritiva dos dados, foram calculadas as frequências absolutas e relativas e as medidas de tendência central (média, mediana e desvio padrão).

O cálculo dos escores do PCATool-Brasil de cada um dos seus atributos ou de seus componentes deu-se a partir das médias dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo. Os valores das respostas variam de 1 a 4, e, após obtidos seus escores, eles foram transformados numa escala de 0 a 10, de acordo com a seguinte fórmula:

$$[\text{escore obtido} - 1 (\text{valor mínimo})] \times 10 / 4 (\text{valor máximo}) - 1 (\text{valor mínimo}).$$

$$\text{Ou seja: } \frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

O escore essencial da APS resultou da soma dos escores dos atributos essenciais (acesso, longitudinalidade, integralidade, coordenação) e do grau de afiliação, sendo, então, dividido pelo número de componentes de cada um dos atributos. Igualmente, calculou-se o escore geral, no qual se acrescentaram, à soma dos escores dos atributos essenciais, os atributos derivados (orientação familiar e comunitária) e o grau de afiliação; posteriormente, dividiu-se pelo número de componentes (HARZHEIM et al., 2006; BRASIL, 2010).

Para se determinar o ponto de corte dos escores, foram considerados com forte presença e extensão da APS valores $\geq 6,6$. Quando o atributo não atingiu essa pontuação, definiu-se como fraca a presença e extensão da APS (BRASIL, 2010).

A associação das ICSAP com as variáveis independentes foram verificadas por meio das análises univariadas, estimando-se as razões de prevalência, seguidas dos seus respectivos intervalos com 95% de confiança (IC=95%). Posteriormente, as variáveis em que o intervalo de confiança não incluísse o valor 1 foram inseridas no modelo multivariado de regressão log-binomial para se estimar a prevalência ajustada.

A qualidade dos serviços de APS entre os diferentes modelos de atenção à saúde da criança foi avaliada pelo teste de Kruskal Wallis, para se verificar a existência de diferenças estatísticas entre os escores dos atributos da APS, seguido do pós-Teste de Dunn para indicação do modelo que apresentava diferença em

comparação com a ESF, sendo considerado o valor de $p < 0,05$.

As análises foram implementadas utilizando-se os programas SAS versão 9.4 e o o programa R, versão 3.5.3.

3.8 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi autorizado pela Direção Geral do Hospital Municipal (Anexo B) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) n. 64907717.6.0000.5393 e parecer n. 2.005.981 (Anexo C).

Os participantes receberam todas as informações acerca dos objetivos da pesquisa e, ao serem convidados a participar, realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE (Apêndice B). Ao aceitarem, assinaram duas vias do TCLE, sendo uma via entregue aos participantes e a outra ficou retida com o pesquisador.

As entrevistas aconteceram em local reservado, garantindo-se a privacidade dos participantes. Cada entrevista recebeu a sigla “E” e foi numerada na ordem de realização (E1, E2,...), preservando-se a identidade e atendendo-se às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos, aprovadas pela resolução CNS 466/12 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012).

4 RESULTADOS

“A percepção do desconhecido é a mais fascinante das experiências. O homem que não tem os olhos abertos para o misterioso passará pela vida sem ver nada”.

(Albert Einstein)

4.1 Primeira etapa – fase descritiva

4.1.1 Características sociodemográficas das crianças hospitalizadas por ICSAP e suas famílias

Houve, no município de Foz do Iguaçu, entre maio de 2017 e abril de 2018, 758 internações de crianças de zero a cinco anos, com prevalência de ICSAP de 45,1% (342) dos casos de internação. Destas, 249 (72,8%) crianças participaram deste estudo, a maioria do sexo masculino, média de idade de 1,02 anos (DP=1,3), de nacionalidade brasileira e residente no município de Foz do Iguaçu (Tabela 1).

Tabela 1 – Características sociodemográficas das crianças menores de cinco anos, hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	140	56,2
Feminino	109	43,8
Idade		
< 1 ano	117	47,0
1 a 4 anos	132	53,0
Nacionalidade		
Brasileiro	242	97,2
Paraguaio	5	2,0
Argentino	2	0,8
País de residência		
Brasil	241	96,8
Paraguai	8	3,2
Município de residência		
Foz do Iguaçu	217	87,1
Outros municípios	32	12,9

A taxa de ICSAP foi de 38 casos de internação por 1.000 habitantes. Identificou-se média de 4,97 dias de internação (DP=3,41), sendo que, em 98,4% (245) dos casos, o desfecho foi a alta hospitalar; 1,6% (4) das crianças foram transferidas para outro hospital, por agravamento das condições clínicas e necessidade de suporte de terapia intensiva.

Todas os entrevistados eram mães das crianças internadas e, a partir de então, serão aqui denominadas de mães e ou cuidadoras.

Tabela 2 – Características sociodemográficas maternas das crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)

Variáveis	N	%
Idade materna (anos)		
<19	12	4,8
19 – 34	187	75,1
≥ 35	50	20,1
Escolaridade materna (anos de estudo)		
0-4	23	9,2
5-8	82	32,9
≥ 9	144	57,8
Etnia materna		
Branco	132	53,0
Preto	30	12,0
Pardo	83	33,3
Amarelo	3	1,2
Indígena	1	0,4
Renda per capita: (US\$ ao dia)*		
< 1,90 - Extrema pobreza	40	16,1
≥ 1,90 - 5,5 - Pobreza	137	55,0
> 5,5 - Acima da linha de Pobreza	72	28,9
Ocupação materna		
Do lar sem remuneração	155	62,2
Exerce trabalho remunerado	94	37,8
Recebe benefício social		
Não recebe	163	65,5
Recebe	86	34,5
Benefício recebido (n=86)		
Bolsa família	79	91,8
Auxílio doença	6	6,9
Outro benefício	1	1,1
Presença de companheiro		
Reside com companheiro	199	79,9
Sem companheiro	50	20,1

Nota: * Optou-se por definir a renda familiar em dólares americanos, à semelhança de estudos nacionais e internacionais (IBGE, 2018).

Das características maternas das crianças hospitalizadas por ICSAP (Tabela 2), a maioria é adulta jovem, com idade média de 28 anos (DP= 7,6), e mais de 3/4 delas se encontram na faixa etária de 19 a 34 anos.

Identificou-se média de oito anos de estudo (DP=3,3), e pouco mais da metade é de etnia branca e reside com companheiro. Sobre a renda familiar, a maioria tem renda *per capita* situada na faixa de pobreza, não exercendo trabalho remunerado, e mais de 1/4 recebe bolsa família para complementação da renda.

Quanto às características dos domicílios (Tabela 3), metade das famílias não possui moradia própria, sendo mais frequente a construção de alvenaria. Quase a totalidade dos domicílios tem água tratada, energia elétrica e coleta de lixo, no entanto, uma parte considerável (1/3) não conta com rede de esgoto.

A relação número de habitantes por cômodo é $\leq 1,5$ para a maioria dos domicílios, com até duas crianças por domicílio. Quase 2/3 das crianças convivem com familiar que faz uso de algum tipo de droga lícita ou ilícita no domicílio, sendo o tabaco a substância mais consumida, com álcool respondendo por quase 1/5 (Tabela 3).

Tabela 3 – Características dos domicílios das crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)

Variáveis	N	%
Moradia		
Própria	124	49,8
Alugada	83	33,3
Cedida	33	13,3
Invadida	9	3,6
Tipo de construção		
Alvenaria	204	81,9
Madeira	43	17,3
Material reaproveitado	2	0,8
Abastecimento de água		
Rede pública	230	92,4
Poço ou nascente	10	4,0
Outro	9	3,6
Esgotamento sanitário		
Sistema de esgoto	163	65,5
Fossa	83	33,3
Céu aberto	3	1,2

(continua)

Variáveis	N	%
Destino do lixo		
Coleta pública	246	98,8
Queimado/enterrado	3	1,2
Energia elétrica		
Sim	246	98,8
Não	3	1,2
Relação de moradores no domicílio por cômodo		
≤ 1,5	228	91,6
> 1,5	21	8,4
Número de crianças no domicílio		
1	74	29,7
2	89	35,7
≥ 3	86	34,6
Consumo de drogas lícitas ou ilícitas no domicílio		
Não	150	60,2
Sim	99	39,8
Tipo de droga lícita ou ilícita consumida no domicílio* n=99		
Cigarro	95	95,9
Álcool	16	16,1
Outras drogas	3	3,0

(final tabela 3).

4.1.2 Características perinatais, de cuidado e de morbidade prévia das crianças hospitalizadas por ICSAP

A Tabela 4 indica maioria das crianças nascidas a termo, com peso ≥ 2.500 . O principal cuidador domiciliar identificado foi a mãe, e mais da metade das crianças não frequenta a creche.

O esquema vacinal da maioria das crianças está atualizado, no entanto para quase metade delas não se realiza acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Quanto ao aleitamento, a maioria recebeu leite artificial antes dos seis meses de vida e quase 1/4 das crianças apresenta peso inadequado para a idade (Tabela 4).

Tabela 4 – Características perinatais e de cuidado à criança hospitalizada por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)

Variáveis	n	%
Peso ao nascimento (gramas)		
≥ 2.500	209	83,9
< 2.500	36	14,5
IG ao nascimento (semanas)		
< 37	40	16,1
37- 42	192	77,1
> 42	15	6,0
Cuidador no domicílio		
Mãe	195	78,3
Outros familiares	43	17,3
Cuidador particular	11	4,4
Frequenta creche ou escola		
Não	177	71,1
Sim	72	28,9
Período de frequência à creche n=72		
Meio período	41	56,9
Período integral	31	43,1
Creche ou escola a que pertence		
Rede pública	58	80,5
Rede privada	13	18,1
APAE	1	1,4
Situação vacinal		
Atualizada	217	87,1
Desatualizada	32	12,9
Realiza acompanhamento do crescimento e desenvolvimento		
Não	103	41,4
Sim	146	58,6
Tipo de aleitamento até o 6 mês de vida		
Aleitamento materno	103	41,4
Aleitamento misto	116	46,6
Leite artificial	30	12,0
Peso de acordo com a idade*		
Adequado	190	80,5
Inadequado	46	19,5

Nota: * Considerou-se peso adequado para idade os valores de escore z ≥ -2 e $\leq +2$, conforme gráfico de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2013).

Sobre a morbidade prévia (Tabela 5), cerca de 1/4 das crianças apresenta alguma condição crônica de saúde, com maior frequência referida pelas cuidadoras para asma 30% (18), doenças congênitas 18,3% (15), que englobavam cardiopatias, sífilis e toxoplasmose congênita; e as doenças neurológicas com 16,6% (10), sendo a epilepsia a mais frequente. Uma pequena parte dessas crianças, 13,3% (8), dependia de algum dispositivo tecnológico: 25% (2) faziam uso de sonda para alimentação; 25% (2), de gastrostomia; 25% (2), de bolsa colostomia; 12,5% (1), de traqueostomia; e 12,5% (1), de cadeira de rodas.

Apesar de a maioria não ser dependente de dispositivo tecnológico, 51,6% (31) tinham prescrição médica de um ou mais medicamentos contínuos, sendo o broncodilatador para 64,51% (20) das crianças, anticonvulsivante 25,8% (8), digitálicos por 22,5% (7) e outros medicamentos 22,5% (7).

Tabela 5 – Características de morbidade prévia das crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)

Variáveis	n	%
Presença de condição crônica de saúde		
Não	189	75,9
Sim	60	24,1
Dependente de dispositivo tecnológico		
Não	241	96,8
Sim	8	3,2
Uso de medicamento contínuo		
Não	218	87,6
Sim	31	12,4
Hospitalização anterior		
Não	177	71,1
Sim	72	28,9
Número de hospitalizações anteriores*		
1	50	69,5
2 – 4	17	23,6
≥ 5	5	6,9

Quanto ao histórico de hospitalização, quase 1/3 das crianças já haviam sido hospitalizadas anteriormente, com uma única internação para a maioria das crianças (Tabela 5). Ressalta-se que, durante o período de realização deste estudo, 15,0%

(114) das crianças foram reinternadas, e quase metade destas, 42,1% (48), por ICSAP.

4.1.3 Características de uso dos serviços de saúde e causas das ICSAP

Em se tratando do uso dos serviços de saúde, as cuidadoras citaram utilizar a APS para diferentes tipos de atendimento à criança. Contudo, de maneira fragmentada, com quase a totalidade para a vacinação, 2/3 para atendimento médico e cerca de 2/4 procuram assistência para consulta de enfermagem (Tabela 6).

No momento do adoecimento da criança que resultou na hospitalização atual, mais de 3/4 procuraram diretamente as Unidades de Pronto Atendimento (UPA).

Tabela 6 – Variáveis de utilização dos serviços de saúde pelas crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018 (n=249)

Variáveis	n	%
Utiliza a UBS/ESF para quais atendimentos da criança		
Não utilizo	6	2,4
Vacinação	239	98,4
Consultas médicas	167	68,7
Consultas de enfermagem	118	48,5
Outros	1	0,41
Serviço procurado antes da hospitalização atual		
UBS ou ESF	9	3,6
UPA	196	78,7
UBS/PSF + UPA	37	14,9
Outro Serviço	7	2,8

As causas de ICSAP, para o grupo de crianças estudado, estão descritas na Tabela 7. Elas foram apresentadas de acordo com o (CID 10), agrupadas por capítulos, e as doenças do aparelho respiratório responderam por 65,1% (162) dos casos de hospitalização.

As cinco principais morbidades identificadas em ordem de frequência foram bronquite aguda; pneumonia; gastroenterites; infecção do trato urinário; epilepsia (Tabela 7).

Tabela 7 – Distribuição das causas de hospitalização por condição sensível, de acordo com os Capítulos Diagnósticos CID-10. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2017-2018. (n=249)

Causas de hospitalização por condição sensível	n	%
Cap X- Doenças do aparelho respiratório		
Bronquite aguda (J20, J21)	98	39,4
Pneumonia (J13, J14, J15.3, J15.4, J15.8, J15.9, J18.1)	53	21,3
Infecção aguda de VAS (J06)	4	1,6
Asma (J45)	3	1,2
Otite média supurativa (H66)	2	0,8
Amigdalite aguda (J03)	2	0,8
Cap I- Doenças infecciosas e parasitárias		
Diarreia e gastroenterites de origem infecciosa (A00-A09)	25	10,0
Sífilis congênita (A50)	3	1,2
Coqueluche (A37)	1	0,4
Cap. XIV-Doenças do aparelho geniturinário		
Infecção do trato urinário (N39.0)	23	9,2
Cap XII- Doenças da pele e tecido subcutâneo		
Celulite (L03)	9	3,6
Abcesso cutâneo (L02)	5	2,0
Infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo (L08)	2	0,8
Impetigo (L01)	2	0,8
Linfadenite aguda (L04)	2	0,8
Cap VI- Doenças do sistema nervoso		
Epilepsia (G40)	11	4,4
Cap V- Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas		
Desnutrição proteico-calórica (E40 a E46)	4	1,6

No Gráfico 1, é possível visualizar a distribuição das ICSAP, de acordo os Capítulos Diagnósticos do CID 10, no decorrer do período do estudo. As doenças respiratórias predominaram durante o ano, com maior prevalência nos meses correspondentes ao outono. Já para o grupo das doenças infecciosas e parasitárias, a maior prevalência ocorreu no verão.

Gráfico 1 – Distribuição das ICSAP por grupo diagnóstico no período de maio/2017 a abril de 2018.

4.1.4 Características da qualidade dos serviços de saúde utilizados pelas crianças com ICSAP

Sobre a avaliação da qualidade dos serviços de saúde, as cuidadoras citaram 42 serviços como fontes de atenção à saúde da criança, sendo 24 ESF; 11 UBS; 2 UPA e 5 consultórios médicos, pertencentes à rede privada.

Quanto ao grau de afiliação, apenas 27,7% (69) das cuidadoras usam o mesmo serviço para o atendimento da criança, uma vez que 72,3% (180) afirmaram que o serviço que geralmente utilizam não é o mesmo que “melhor conhece” a criança, ou que “seja mais responsável” por ela.

Somente 36,9% (92) das cuidadoras relataram a existência de um profissional da saúde que “melhor conhece” a criança, sendo o profissional médico o mais citado, 60,8% (56), seguido do enfermeiro, 39,1% (36).

Na avaliação geral dos atributos desses serviços (Tabela 8), foram considerados com forte presença e extensão da APS os atributos acesso-utilização

e a coordenação-sistema de informação. Entretanto, cabe destacar que os atributos longitudinalidade, coordenação-integração e o escore essencial receberam pontuação próxima ao ponto de corte (Tabela 8).

Tabela 8 – Distribuição dos atributos e seus escores dos serviços de saúde utilizados pelas crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)

Atributos APS	Média	Intervalo de confiança	Desvio padrão
Atributos essenciais			
Acesso- utilização	6,81	6,5-7,0	1,9
Acesso- acessibilidade	4,98	4,6-5,3	2,7
Longitudinalidade	6,07	5,7-6,3	2,3
Coordenação-integração de cuidados	5,56	4,4-6,9	3,5
Coordenação- sistema de informação	6,98	6,7-7,2	2,1
Integralidade-serviços disponíveis	5,08	4,7-5,3	2,4
Integralidade- serviços prestados	4,29	3,8-4,7	3,8
Atributos derivados			
Orientação familiar	2,85	2,4-3,1	2,7
Orientação comunitária	2,19	1,8-2,5	2,6
Escore essencial	5,7	5,5-5,9	1,6
Escore geral	5,0	4,8-5,2	1,6

Ao se avaliar os diferentes modelos de atenção à saúde, utilizados pelas crianças (Tabela 9), houve diferença significativa para todos os atributos da APS, com exceção da coordenação-integração de cuidados. Verifica-se, ainda, que a presença e a extensão dos atributos diferem de acordo com o tipo de serviço de saúde.

Dos serviços públicos oferecidos pelo SUS, a ESF apresentou o maior escore geral (5,4) e essencial (6,0), demonstrando estar mais orientada para APS do que os modelos de atenção oferecidos pela UBS e UPA, muito embora sua avaliação não tenha atingido o ponto de corte (6,6). Os serviços privados resultaram em um escore essencial (6,8) considerado adequado, apesar de os atributos integralidade, orientação familiar e comunitária terem sido avaliados bem abaixo do ponto de corte (Tabela 9).

Tabela 9- Avaliação dos atributos da APS entre os diferentes modelos de atenção à saúde utilizadas pelas crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)

Atributos da APS	ESF (n=131)*		UBS (n=48)*		UPA (n=53)*		Serviços privados (n=17)*		p valor**
	Média	IC	Média	IC	Média	IC	Média	IC	
Atributos essenciais									
Acesso- utilização	7,13	6,8 -7,4	6,94	6,3 -7,5	5,71	5,2-6,1	7,32	6,2-8,3	0,001**
Acesso- acessibilidade	4,51	4,0-5,0	4,42	3,7-5,1	5,45	4,9-5,9	8,75	8,1-9,3	0,001**
Longitudinalidade	6,17	5,7-6,5	5,71	5,0-6,4	5,28	4,7-5,8	8,71	8,1-9,2	0,001**
Coordenação-integração de cuidados	5,90	3,8-7,9	5,56	1,3-9,7	3,78	0,0-7,5	7,56	0,2-15,3	0,350
Coordenação- sistema de informação	7,27	6,9-7,5	7,19	6,5-7,8	5,71	5,0-6,3	7,96	7,1-8,7	0,001**
Integralidade-serviços disponíveis	6,03	5,7-6,3	6,09	5,6-6,6	2,61	1,9-3,2	2,2	1,1-3,3	0,001**
Integralidade- serviços prestados	4,98	4,3-5,6	4,8	3,7-5,9	1,90	1,1-2,6	4,94	2,8-7,0	0,001**
Atributos derivados									
Orientação familiar	3,37	2,8-3,8	2,82	2,0-3,5	1,51	0,9-2,0	2,97	1,9-3,9	0,001**
Orientação comunitária	3,26	2,7-3,7	2,0	1,2-2,8	0,31	0,0-0,5	0,24	0,11-0,6	0,001**
Escore geral	5,4	5,1-5,7	5,1	4,6-5,5	3,8	3,4-4,1	5,6	5,1-6,1	0,001**
Escore essencial	6,0	5,7-6,3	5,8	5,4-6,2	4,6	4,2-5,0	6,8	6,2-7,3	0,001**

*número de vezes que o serviço foi avaliado

** p valor <0,05 Teste de Kruskal-Wallis

A comparação da ESF com os demais modelos de atenção à saúde consta na Tabela 10, tendo a ESF melhor avaliação que o modelo tradicional (UBS). No entanto, essa diferença não teve significância estatística para a maioria dos atributos, à exceção da orientação comunitária, demonstrando que este modelo apresenta maior qualidade neste item, ainda que não tenha atingido o ponto de corte.

Quando comparada à UPA, a ESF foi mais bem avaliada, sendo essa diferença estatisticamente significativa, exceto para a coordenação-integração de cuidados. No atributo acesso-acessibilidade, a UPA recebeu maior pontuação.

E, por último, na comparação da ESF com os serviços privados, para os atributos acesso-acessibilidade, longitudinalidade e no escore essencial, os serviços privados foram mais bem avaliados, enquanto a integralidade-serviços disponíveis e orientação comunitária receberam maior pontuação na ESF. Para os demais atributos, não houve diferença estatisticamente significativa.

Tabela 10- Avaliação dos atributos da ESF em relação aos demais modelos de atenção à saúde, utilizadas pelas crianças hospitalizadas por ICSAP. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)

Atributos da APS	ESF	UBS x ESF		UPA x ESF		Serviço privado x ESF	
	Média	Média	p valor*	Média	p valor*	Média	p valor*
Atributos essenciais							
Acesso- utilização	7,13	6,94	0,3045	5,71	<0,001*	7,32	0,4583
Acesso- acessibilidade	4,51	4,42	0,4479	5,45	0,0132*	8,75	<0,001*
Longitudinalidade	6,17	5,71	0,1141	5,28	0,0049*	8,71	<0,001*
Coordenação-integração de cuidados	5,90	5,56	0,4746	3,78	0,097	7,56	0,1846
Coordenação-sistema de informação	7,27	7,19	0,4678	5,71	<0,001*	7,96	0,1213
Integralidade - serviços disponíveis	6,03	6,09	0,4083	2,61	<0,001*	2,2	<0,001*
Integralidade- serviços prestados	4,98	4,8	0,4428	1,90	<0,001*	4,94	0,4541
Atributos derivados							
Orientação familiar	3,37	2,82	0,1895	1,51	<0,001*	2,97	0,3999
Orientação comunitária	3,26	2,0	0,0014*	0,31	<0,001*	0,24	<0,001*
Escore geral	5,4	5,1	0,115	3,8	<0,001*	5,6	0,1943
Escore essencial	6,0	5,8	0,2553	4,6	<0,001*	6,8	0,0249*

* p valor <0,05 Pós Teste de Dunn

4.2 Segunda etapa – fase analítica

4.2.1 Análises univariadas

Nas Tabelas 11 e 12 são apresentados os agrupamentos das variáveis sociodemográficas, perinatais, de cuidado à criança e de morbidade prévia. Inicialmente, nas análises univariadas, calculou-se a prevalência bruta, sendo que quatro variáveis apresentaram associação estatística com as ICSAP por doenças do aparelho respiratório: sexo masculino; ausência de companheiro materno; baixo peso ao nascer; e histórico de hospitalização anterior.

Tabela 11 - Variáveis sociodemográficas das crianças associadas às ICSAP por doenças do aparelho respiratório. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)

Variáveis	ICSAP por doenças respiratórias		RP bruta	IC 95%	
	Não	Sim		LI	LS
Sexo					
Feminino	46 (42,2)	63 (57,8)	ref	ref	ref
Masculino	41 (29,29)	99 (70,71)	1,223	1,009	1,483
Idade (anos)					
< 1	42 (35,90)	75 (64,10)	ref	ref	ref
1-4	45 (34,09)	87 (65,91)	1,028	0,856	1,234
Escolaridade materna (anos)					
0-8	37 (35,24)	68 (64,76)	0,992	0,825	1,193
≥ 9	50 (34,72)	94 (65,28)	ref	ref	ref
Etnia materna					
Branca	45 (34,09)	87 (65,91)	1,028	0,856	1,234
Não Branca	42 (35,9)	75 (64,1)	ref	ref	ref
Idade materna (anos)					
<19	5 (41,67)	7 (58,33)	0,892	0,548	1,452
≥ 19	82 (34,60)	155 (65,40)	ref	ref	ref

(continua)

Variáveis	ICSAP por doenças respiratórias		RP bruta	IC 95%	
	Não	Sim		LI	LS
Renda per capita (U\$ ao dia)					
<5,5	56 (31,64)	121 (68,36)	1,200	0,959	1,502
≥ 5,5	31 (43,06)	41 (56,94)	ref	ref	ref
Recebe benefício social					
Sim	31 (36,47)	54 (63,53)	ref	ref	ref
Não	56 (34,15)	108 (65,85)	1,036	0,852	1,268
Companheiro materno					
Sim	75 (37,69)	124 (62,31)	ref	ref	ref
Não	12 (24)	38 (76)	1,219	1,009	1,474
Ocupação materna					
Do lar	55 (35,48)	100 (64,52)	ref	ref	ref
Trabalho remunerado	32 (34,04)	62 (65,96)	1,022	0,848	1,231
Moradia					
Própria	43 (34,68)	81 (65,32)	ref	ref	ref
Não própria	44 (35,20)	81 (64,80)	0,992	0,827	1,190
Tipo de moradia					
Alvenaria	68 (33,33)	136 (66,67)	ref	ref	ref
Outros materiais	19 (42,22)	26 (57,78)	0,867	0,663	1,133
Morador/cômodo					
≤ 1,5	80 (35,09)	148 (64,91)	ref	ref	ref
> 1,5	7 (33,33)	14 (66,67)	1,027	0,747	1,410
Nº Crianças domicílio					
1- 2	57 (34,97)	106 (65,03)	ref	ref	ref
≥ 3	30 (34,88)	56 (65,12)	1,001	0,827	1,212
Abastecimento de água					
Rede pública	80 (34,78)	150 (65,22)	ref	ref	ref
Outras formas	7 (36,84)	12 (63,16)	0,968	0,678	1,383

(continua)

Variáveis	ICSAP por doenças respiratórias		RP bruta	IC 95%	
	Não	Sim		LI	LS
Esgotamento sanitário					
Rede pública	55 (33,74)	108 (66,26)	ref	ref	ref
Não possui rede	32 (37,21)	54 (62,79)	1,055	0,867	1,283
Destino lixo					
Coleta pública	86 (34,96)	160 (65,04)	ref	ref	ref
Outros destinos	1 (33,33)	2 (66,67)	1,025	0,458	2,293
Uso substância no domicílio					
Não	54 (36)	96 (64)	ref	ref	ref
Sim	33 (33,33)	66 (66,67)	0,960	0,799	1,154
(final tabela 11).					

(final tabela 11).

Tabela 12 - Variáveis perinatais, de morbidade prévia e de cuidado à criança associadas às ICSAP por doenças do aparelho respiratório. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)

Variáveis	ICSAP por doenças respiratórias		RP bruta	IC 95%	
	Não	Sim		LI	LS
Peso ao nascimento (gramas)					
< 2.500	7 (19,44)	29 (80,56)	1,285	1,061	1,556
≥ 2.500	78 (37,32)	131 (62,68)	ref	ref	ref
Idade gestacional (semanas)					
< 37	10 (25)	30 (75)	1,185	0,963	1,457
≥ 37	76 (36,71)	131 (63,29)	ref	ref	ref
Cuidador domiciliar					
Mãe	66 (33,85)	129 (66,15)	ref	ref	ref
Outros cuidadores	21 (38,89)	33 (61,11)	0,924	0,730	1,169
Frequência à creche					
Não	68 (38,42)	109 (61,58)	0,837	0,698	1,002
Sim	19 (26,39)	53 (73,61)	ref	ref	ref

(continua)

Variáveis	ICSAP por doenças respiratórias		RP bruta	IC 95%	
	Não	Sim		LI	LS
Período de frequência à creche					
Meio período	11 (26,83)	30 (73,17)	ref	ref	ref
Período integral	8 (25,81)	23 (74,19)	1,014	0,767	1,339
Situação vacinal					
Atualizada	75 (34,56)	142 (65,44)	ref	ref	ref
Desatualizada	12 (37,5)	20 (62,5)	0,955	0,718	1,270
Acompanhamento crescimento e desenvolvimento					
Não	38 (36,89)	65 (63,11)	0,950	0,788	1,146
Sim	49 (33,56)	97 (66,44)	ref	ref	ref
Aleitamento materno até 6 mês					
Não	56 (38,36)	90 (61,64)	0,882	0,737	1,056
Sim	31 (30,1)	72 (69,9)	ref	ref	ref
Peso adequado					
Não	14 (30,43)	32 (69,57)	1,074	0,864	1,336
Sim	67 (35,26)	123 (64,74)	ref	ref	ref
Condição crônica de saúde					
Não	65 (34,39)	124 (65,61)	ref	ref	ref
Sim	22 (36,67)	38 (63,33)	0,965	0,776	1,201
Faz uso de dispositivo tecnológico em saúde					
Não	84 (34,85)	157 (65,15)	ref	ref	ref
Sim	3 (37,5)	5 (62,5)	0,959	0,556	1,654
Faz uso de medicação contínua					
Não	80 (36,7)	138 (63,3)	ref	ref	ref
Sim	7 (22,58)	24 (77,42)	1,223	0,986	1,516
Hospitalização anterior					
Não	69 (38,98)	108 (61,02)	ref	ref	ref
Sim	18 (25)	54 (75)	1,229	1,028	1,468

(final tabela 12).

Em relação ao uso dos serviços e qualidade da APS (Tabela 13), não foram encontradas associações com as ICSAP por doenças respiratórias.

Tabela 13- Variáveis de uso e qualidade dos serviços da APS associadas às ICSAP por doenças do aparelho respiratório. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)

	ICSAP por doenças respiratórias		RP bruta	IC 95%	
	Não	Sim		LI	LS
Unidade procurada na ocasião do adoecimento da criança					
UBS/ESF	6 (54,55)	5 (45,45)	ref	ref	ref
UPA	67 (34,18)	129 (65,82)	1,448	0,752	2,788
UBS/PSF + UPA	13 (35,14)	24 (64,86)	1,427	0,716	2,843
Hospital	1 (20)	4 (80)	1,76	0,805	3,846
Grau de afiliação					
< 6,6	41 (40,2)	61 (59,8)	0,870	0,717	1,055
≥ 6.6	46 (31,29)	101 (68,71)	ref	ref	ref
Acesso-utilização					
< 6,6	23 (32,86)	47 (67,14)	1,039	0,853	1,265
≥ 6.6	63 (35,39)	115 (64,61)	ref	ref	ref
Acesso-acessibilidade					
< 6,6	60 (37,04)	102 (62,96)	0,902	0,751	1,083
≥ 6.6	26 (30,23)	60 (69,77)	ref	ref	ref
Longitudinalidade					
< 6,6	46 (35,11)	85 (64,89)	1,005	0,838	1,206
≥ 6.6	41 (34,75)	77 (65,25)	ref	ref	ref
Coordenação-integração de cuidados					
< 6,6	7 (50)	7 (50)	0,625	0,349	1,118
≥ 6.6	3 (20)	12 (80)	ref	ref	ref
Coordenação-sistema de informações					
< 6,6	23 (35,94)	41 (64,06)	0,974	0,788	1,203
≥ 6.6	62 (34,25)	119 (65,75)	ref	ref	ref

(continua)

	ICSAP por doenças respiratórias		RP bruta	IC 95%	
	Não	Sim		LI	LS
Integralidade-serviços disponíveis					
< 6,6	51 (32,9)	104 (67,1)	1,130	0,897	1,423
≥ 6.6	26 (40,63)	38 (59,38)	ref	ref	ref
Integralidade-serviços prestados					
< 6,6	59 (34,3)	113 (65,7)	0,985	0,810	1,198
≥ 6.6	24 (33,33)	48 (66,67)	ref	ref	ref
Orientação familiar					
< 6,6	72 (34,29)	138 (65,71)	1,067	0,817	1,394
≥ 6.6	15 (38,46)	24 (61,54)	ref	ref	ref
Orientação comunitária					
< 6,6	80 (36,2)	141 (63,8)	0,797	0,627	1,014
≥ 6.6	4 (20)	16 (80)	ref	ref	ref
Escore essencial					
< 6,6	61 (36,75)	105 (63,25)	0,921	0,764	1,109
≥ 6.6	26 (31,33)	57 (68,67)	ref	ref	ref
Escore geral					
< 6,6	72 (36,36)	126 (63,64)	0,901	0,733	1,107
≥ 6.6	15 (29,41)	36 (70,59)	ref	ref	ref
Tipo de unidade					
USF	43 (32,82)	88 (67,18)	1,112	0,867	1,426
UBS	17 (35,42)	31 (64,58)	1,069	0,790	1,447
UPA	21 (39,62)	32 (60,38)	ref	ref	ref
Serviços privados	6 (35,29)	11 (64,71)	1,071	0,708	1,620

(final tabela 13).

4.2.2 Análises multivariadas

As variáveis sexo masculino; ausência de companheiro materno; baixo peso ao nascer; e histórico de hospitalização anterior compuseram o modelo multivariado (Tabela 14), no entanto, após o cálculo da prevalência ajustada, não apresentaram associação estatística com as ICSAP por doenças respiratórias.

Tabela 14 - Variáveis associadas às ICSAP por doenças do aparelho respiratório. Foz do Iguaçu, PR, Brasil, 2017-2018. (n=249)

Variáveis	Doenças aparelho respiratório		RP bruta	IC 95%		RP ajustada	IC 95%	
	Não	Sim		LI	LS		LI	LS
Sexo								
Feminino	46 (42,2)	63 (57,8)	ref	ref	ref			
Masculino	41 (29,29)	99 (70,71)	1,223	1,009	1,483	1,172	0,983	1,396
Companheiro materno								
Sim	75 (37,69)	124 (62,31)	ref	ref	ref			
Não	12 (24)	38 (76)	1,219	1,009	1,474	1,074	0,908	1,270
Peso ao nascimento								
<2.500	7 (19,44)	29 (80,56)	1,285	1,061	1,556	1,168	0,910	1,498
≥ 2.500	78 (37,32)	131 (62,68)	ref	ref	ref			
Hospitalização anterior								
Não	69 (38,98)	108 (61,02)	ref	ref	ref			
Sim	18 (25)	54 (75)	1,229	1,028	1,468	1,114	0,956	1,298

5 DISCUSSÃO

“Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver, acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior amor ao coração dos homens”.

(Fernando Pessoa).

Os resultados demonstraram elevada prevalência de ICSAP em crianças menores de cinco anos no município estudado, quando comparado a outras investigações também na região Sul do país, com 9,9% (PREZOTTO et al., 2017) e 23,30% de ICSAP no Paraná (TOSO et al., 2016), e 16,3% nos três Estados que compõem a região Sul (KONSTANTYNER; MAIS; TADDEI, 2015). Prevalências igualmente elevadas foram encontradas na região Sudeste: 42,3% em Minas Gerais (SOUZA; PEIXOTO, 2017); 65,2% em São Paulo (FERRER; GRISI, 2016), e na região Nordeste: 44,1% em Pernambuco (CARVALHO et al., 2015) e 82,4% na Bahia (ARAUJO; COSTA; PEDRAZA et.al, 2017).

Quanto às causas de ICSAP, a maioria decorreu das doenças respiratórias, sendo a bronquite aguda e a pneumonia as doenças mais frequentes, seguidas das gastroenterites e infecção do trato urinário. Tais achados corroboram com revisão sistemática que analisou todas as causas de ICSAP de crianças brasileiras menores de cinco anos, entre 2008 a 2015; os dados apontaram para as doenças respiratórias como principal causa, seguida das gastroenterites e a infecção do trato urinário também foi evidenciada entre as principais causas (PEDRAZA; ARAUJO, 2017).

Diferentemente do que foi encontrado na maioria dos estudos realizados no país (PEDRAZA; ARAUJO, 2017), a epilepsia está entre as cinco causas mais frequentes de ICSAP nas crianças. Resultado semelhante foi encontrado no estado de São Paulo no período de 2008 a 2010 (FERREIRA, et al., 2014).

As doenças respiratórias aparecem como as principais etiologias para o adoecimento em crianças no país, o que pode ser explicado pela maior suscetibilidade destas a tais enfermidades por sua imaturidade imunológica e menor calibre das vias aéreas que impõem dificuldades de remoção de secreções, além do maior consumo de oxigênio por quilograma de peso, quando comparados a adultos (CALDART et al., 2016; NATALI et al., 2011). Denominam-se doenças respiratórias infantis um conjunto de agravos de etiologia e gravidade diversas que comprometem uma ou mais porções do trato respiratório, sendo o curso dessas infecções determinado por vários fatores (HOCKENBERRY; WILSON, 2010).

Destas infecções, a bronquite define-se pela inflação das vias aéreas de maior calibre, enquanto a bronquiolite trata-se de uma infecção viral aguda, causada principalmente pelo vírus sincial respiratório, com efeito máximo em nível

bronquiolar, enquanto a pneumonia consiste em uma infecção do parênquima pulmonar, frequentemente de origem viral ou bacteriana (NATALI et al., 2011; (HOCKENBERRY; WILSON, 2010).

Foi possível avaliar que existe uma sazonalidade das doenças respiratórias com pico mais expressivo no outono, corroborando outro estudo, que também apontou esse padrão sazonal específico (NATALI et al., 2011).

No entanto, são doenças que podem ser tratadas ambulatorialmente, uma vez que a APS dispõe de recursos preventivos como vacinas, além de antibióticos e outros medicamentos para o tratamento, portanto, não se justifica a hospitalização. A mesma situação decorre para as doenças diarreicas, uma vez que a vacina contra o rotavírus humano é capaz de prevenir as gastroenterites, assim como são oferecidos tratamentos com antiparasitários e terapia de reidratação oral (PEDRAZA; ARAUJO, 2017). As infecções do trato urinário podem ser facilmente diagnosticadas por exames de urina, igualmente oferecidos na rede ambulatorial, e, uma vez instituído o tratamento adequado, são passíveis de resolução, evitando complicações como a pielonefrite (PEREIRA; SILVA; LIMA-NETO, 2015).

Em relação a epilepsia, é uma morbidade passível de controle, sendo papel da Atenção Básica identificar os fatores de risco e fazer o diagnóstico, além de encaminhamento ágil e adequado para o atendimento especializado com neurologista pediátrico para melhor resultado terapêutico. O fornecimento de antiepiléticos também é realizado pelo SUS, sendo essencial para o controle e remissão das crises epiléticas evitando assim, a hospitalização (BRASIL, 2018b).

Por se tratar de um município em região de fronteira, identificaram-se pouco mais de 3% das ICSAP em crianças residentes em país vizinho (Paraguai). Essa população procura os serviços de saúde no Brasil, pelas condições de oferta dos serviços no seu país. Um estudo realizado com gestantes brasileiras residentes no Paraguai apontou que a procura por atendimento para realização do pré-natal, parto e seguimento da criança, em Foz do Iguaçu, ocorre em virtude da precariedade do serviço de saúde paraguaio e pelos custos, uma vez que nem todo tipo de atendimento, exames laboratoriais e medicamentos são oferecidos gratuitamente, como ocorre no Brasil (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

Embora tenham sido identificadas poucas crianças residentes em outro país neste estudo, esse número pode estar subestimado, uma vez que muitos pacientes podem omitir o verdadeiro país de residência no momento da admissão hospitalar,

por receio de não conseguir atendimento no serviço público brasileiro. É importante ressaltar que o levantamento da informação sobre o endereço só foi possível ser realizado durante a coleta de dados com os cuidadores, que se sentiram à vontade para declarar o país de residência, pois, no prontuário de todas as crianças, constava o endereço no Brasil.

Ao se analisar as ICSAP e seus fatores associados, as variáveis sexo masculino; ausência de companheiro materno; baixo peso ao nascer; e histórico de hospitalização anterior mostraram-se associadas às ICSAP por doenças respiratórias, no entanto não permaneceram no modelo multivariado de regressão log-binomial após o cálculo de prevalência ajustada.

Uma possível explicação para o não aparecimento de associações estatísticas no modelo final, consiste no fato de as crianças apresentarem características muito próximas, uma vez que todas estavam hospitalizadas por ICSAP, o que leva à inferência de que, independente da causa de ICSAP, seja por doença respiratória ou não, as variáveis das crianças como condições sociodemográficas, de morbidade, de cuidado e uso dos serviços apresentam semelhanças, não permitindo diferenciá-las estatisticamente. Apesar de tal resultado, ressalta-se sua importância clínica, uma vez que vários estudos apontam essas variáveis como fatores de risco para o desenvolvimento de ICSAP.

Dessa forma, torna-se pertinente analisar a prevalência dessas condições de modo geral, independente do diagnóstico, para que se compreenda o perfil da criança hospitalizada por CSAP, uma vez que a ocorrência dessa condição encontra-se muito elevada.

Neste estudo, em relação ao sexo, houve maior frequência para crianças do sexo masculino e, dentre as doenças respiratórias, a prevalência aumentou para quase 3/4, corroborando outras investigações nacionais e internacionais que apontam a prevalência e associação com as doenças respiratórias em crianças do sexo masculino (DEJONG et al., 2018; KONSTANTYNER; MAIS; TADDEI, 2015; LESSARD; ALCALA; CAPITMAN, 2016).

Segundo Silva et.al (2017) uma possível explicação para esse acontecimento poderia estar relacionada com as diferenças imunológicas nos meninos e ao menor calibre das vias aéreas, quando comparadas com as crianças do sexo feminino. Para Araújo (2017) os meninos brasileiros estão expostos à maior quantidade de agentes infecciosos, relacionada à sua maior liberdade para participar de esportes,

entre outras atividades lúdicas, por razões socioculturais, o que os deixaria mais predispostos à hospitalização do que as meninas.

Em relação à ausência de companheiro materno, estudos indicam que mulheres que vivem sem o cônjuge apresentam maior vulnerabilidade social, podendo essa vulnerabilidade ser mais acentuada para as mulheres pretas ou pardas (IBGE, 2018).

O baixo peso ao nascer, outra variável que inicialmente apresentou associação estatística, é fator de importante repercussão na saúde e na sobrevivência da criança, com potencial para influenciar no crescimento e desenvolvimento desta, sendo definido pela OMS como peso inferior a 2.500 gramas ao nascimento, tendo como principais causas a prematuridade e retardo do crescimento uterino (PEDRAZA, 2015).

Um estudo prospectivo, realizado no Paraná, e que acompanhou crianças até o sexto mês de vida apontou que o baixo peso ao nascer esteve associado a episódios de diarreia e pneumonia, ambas CSAP, fazendo com que aproximadamente 20% delas necessitassem de hospitalização (ROCHA, et al., 2017). O baixo peso ao nascer e a prematuridade também estiveram associados à hospitalização de crianças nos primeiros anos de vida no Rio Grande do Sul (SILVA, et al., 2017a).

Quanto ao histórico de hospitalização anterior, situação prevalente em 3/4 das crianças que foram internadas por doenças respiratórias, dado inicialmente associado a esse desfecho, como encontrado na Nova Zelândia, onde as crianças internadas por condições potencialmente evitáveis tinham maior probabilidade de readmissão hospitalar e mortalidade do que as crianças internadas por outras causas (OLIVER et al., 2018). No Brasil, uma coorte de crianças acompanhadas até o sexto ano de vida demonstrou que a hospitalização prévia foi um forte preditor para a ocorrência de novas hospitalizações, especialmente para as doenças respiratórias (SILVA, et. al, 2017a).

Um fator com potencial para contribuir para a internação recorrente da criança pode ser a presença de doença crônica, conforme achados de Silva et al., (2017a). É importante destacar que, nesta investigação, quase 1/4 das crianças apresentou alguma necessidade especial de atenção em saúde com demandas tecnológicas e ou medicamentosas, sendo a asma a condição crônica mais

frequente, seguida de epilepsia, ambas passíveis de tratamento e controle em nível ambulatorial, desde que manejadas adequadamente.

Lima, Nichiata e Bonfin (2019) encontraram até quatro vezes mais chances de atendimento em unidades de emergência em pacientes portadores de doenças crônicas, sugerindo a fragilidade do acesso e do vínculo desses pacientes com a APS, por não conseguirem o cuidado continuado, o que pode propiciar a agudização de sua condição.

Nos Estados Unidos, as crianças com doenças crônicas não complexas que não realizaram consulta ambulatorial no ano anterior da investigação de Coller et al. (2018) tiveram 1,4 vezes mais ICSAP, em comparação com aquelas que realizaram consulta. Esse achado demonstra a importância do acompanhamento com potencial de redução de ICSAP para aqueles que apresentaram problemas crônicos de saúde (COLLER et al., 2018).

Quanto às variáveis sociodemográficas, há que se considerar que pouco mais de 2/3 das famílias encontravam-se em situação de pobreza com renda *per capita* abaixo de US\$ 5,5 ao dia, e quase a metade das mães tinha baixo grau de escolaridade, o que as coloca em situação de vulnerabilidade social.

Diversos estudos nos contextos nacional e internacional indicam as desigualdades socioeconômicas, especialmente a renda, associadas à ICSAP, e revelam que a melhoria desses indicadores tem potencial para a redução da hospitalização em crianças (ARAUJO et al., 2017; BETTENHAUSEN et al., 2017; ROOS; DRAGAN; SCHROTH, 2017; WEEKS; VENTELOU; PARAPONARIS, 2016).

Uma pesquisa que avaliou quatro coortes de nascimento de crianças no sul do Brasil, de 1982 a 2015, evidenciou redução das internações hospitalares em crianças menores de um ano; porém, em crianças pertencentes a classes sociais menos favorecidas, as hospitalizações ocorreram duas vezes mais em comparação aos quintis de maior renda (WEHRSMEISTER, 2019).

Referente às variáveis do domicílio, a habitação é considerada um determinante mundial, claramente associada à saúde infantil, e condições inadequadas de moradia como aglomeração de pessoas, ambientes insalubres e úmidos e falta de saneamento contribuem para o adoecimento da criança (OLIVER, 2018). Neste estudo, pouco mais de 1/3 das famílias reside em locais com ausência de, ao menos, um dos três serviços básicos de saneamento (água, esgoto, lixo). A

relação número de cômodos por pessoas no domicílio foi $\leq 1,5$ para mais de 90% das entrevistadas, situação considerada adequada (RIBEIRO, 2015).

Do cuidado da criança, identificou-se maioria não frequentando a creche, no momento da entrevista, e a mãe como a principal cuidadora no domicílio, corroborando dados do censo brasileiro, segundo o qual, a mãe era a principal responsável por 83,8% das crianças com menos de quatro anos de idade (IBGE, 2010).

Na abordagem das mães, identificou-se uma parcela considerável das crianças, pouco mais de 1/3, que convivia com um familiar que fazia uso de substâncias lícitas ou ilícitas no domicílio; o cigarro representou a substância mais consumida. A exposição passiva ao fumo é sinalizada como fator de risco para o desenvolvimento de problemas pulmonares e de doenças respiratórias, indicados como provável causa de ICSAP (COLLER et al., 2018)

Embora a frequência à creche, escola ou outros ambientes coletivos também possa ser considerada um fator de risco para o surgimento de doenças respiratórias, pela condição imunológica da criança ainda em desenvolvimento e maior exposição a micro-organismos pela aglomeração de pessoas (PREZOTTO et al., 2017), demonstrando associação com pneumonia em crianças no interior de São Paulo (PINA, et al., 2017), as creches podem oferecer um ambiente protegido, com melhores cuidados, alimentação e estímulos que propiciarão um adequado desenvolvimento infantil. Esses espaços favorecem o ganho cognitivo e a aprendizagem em longo prazo, especialmente para aquelas crianças que vivem em domicílios de ambiente desfavorável e em situações de vulnerabilidade social (COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA, 2014).

Neste estudo, percebe-se que o uso do serviços primários ocorreu de maneira fragmentada, sendo guiado pela busca de algum serviço específico, não contemplando o atendimento integral à criança. O profissional médico foi o mais citado pelas cuidadoras como aquele que melhor conhece a criança, com mais de 2/3 das cuidadoras afirmando realizar consulta médica na ESF ou UBS, e pouco menos da metade delas procurou pela consulta de enfermagem.

Os dados revelaram, ainda, que uma importante parcela das crianças não realizava acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o que aponta para a procura pelos serviços de saúde somente na vigência de algum agravo à saúde da criança. No Reino Unido, as crianças que não realizam acompanhamento do

desenvolvimento ou consultas preventivas, assim como aquelas que apresentavam esquema vacinal em atraso, tinham risco aumentado para internações não planejadas (CECIL, et. al, 2018).

Um estudo qualitativo no Paraná, revelou que a dificuldade na formação de vínculo com os serviços da APS em decorrência da falta de confiança no profissional de saúde, ou pela ausência de acolhimento, ou ainda pela não responsabilização pelo cuidado, faz com que os cuidadores procurem serviços diversos para o atendimento da criança, comprometendo a longitudinalidade e integralidade do cuidado (SILVA, et al., 2017b).

O cuidado da criança na APS visa à promoção da saúde, tendo como uma das estratégias a puericultura (FINKLER et al., 2014), compreendida como uma ação sistemática de vigilância do crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, em que o médico ou enfermeiro realizam o exame clínico detalhado e orientam a família sobre os cuidados da criança, e que, se realizada adequadamente, tem potencial para redução das ICSAP (PREZOTTO, et al., 2017). Possibilita a formação de vínculo entre a família e a equipe da APS (FURTADO et al., 2018; YAKUWA et al., 2018), a vigilância em saúde (YAKUWA et al., 2018), além do conhecimento da criança enquanto indivíduo, reforçando o princípio da longitudinalidade, tirando o foco apenas do atendimento tipo queixa, permitindo transcender o cuidado para além do aspecto biológico (BRAZ et al., 2013).

Segundo o PRMP, o calendário mínimo para a realização de consultas de puericultura é mensal até o 6º mês de vida; trimestral do 6º ao 12º mês; semestral de 12 a 24 meses; e ao menos uma consulta anual a partir do 3º ano de vida da criança (PARANÁ, 2017).

O principal serviço procurado na ocasião do adoecimento, antes da hospitalização, foi a UPA para mais de 3/4 das crianças, semelhante aos achados de Ferrer e Grisi (2016) que encontraram 86,3% de crianças hospitalizadas por ICSAP provenientes de unidade de urgência e emergência. É importante destacar que quase 1/5 das cuidadoras referiram ter procurado a ESF ou UBS, no entanto não conseguiram evitar a hospitalização. Infere-se, aqui, se tal fato (não evitabilidade da hospitalização) deveu-se à falta de resolutividade no atendimento, ou à busca tardia do serviço ou, ainda, à ausência de cuidados adequados no domicílio.

Uma explicação para a grande procura da UPA pode ser pela escolha dos cuidadores por preferências pessoais ou por acreditarem que esses serviços, por apresentarem maior densidade tecnológica, estariam mais preparados para atender a situações agudas (FERRER; GRISI, 2016).

Em relação à qualidade dos serviços utilizados para a atenção à saúde da criança com ICSAP, a APS, de modo geral, foi avaliada com fraca presença e extensão dos seus atributos, pois não atingiu o ponto de corte nos escores essencial e geral, corroborando outras investigações (MESQUITA-FILHO; LUZ; ARAUJO, 2014; SILVA; BAITILO; FRACOLLI, 2015; ARAUJO; MENDONÇA; SOUZA, 2015; BRAZ et al. 2019) que igualmente avaliaram os serviços primários utilizados por crianças.

Entretanto, a avaliação da APS e seus atributos difere significativamente, de acordo com o modelo assistencial, o que pode ser evidenciado na comparação da ESF com as UBS, UPA e serviços privados. Essa avaliação é importante, uma vez que a ESF é o modelo de referência para a APS, sendo considerada a porta de entrada do SUS, com a função de ordenar o cuidado, para o atendimento das necessidades de saúde do indivíduo, família e comunidade, evitando hospitalizações desnecessárias (FERTONANI et al., 2015); logo, espera-se que esse modelo esteja fortemente orientado a APS.

Quanto à ESF, embora tenha sido mais bem avaliada que a UBS, igualmente a outros estudos (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2015; ARAUJO; MENDONÇA; SOUSA, 2015) e divergindo de Santos et.al. (2018), essa diferença não foi substancial, e seus escores essencial e geral ficaram abaixo de 6.6, sendo considerada com fraca presença e extensão dos atributos da APS, diferentemente de outros estudos que encontraram a ESF com forte orientação dos seus atributos (OLIVEIRA; VERISSIMO, 2015; FRACOLLI et al., 2015; SILVA; FRACOLLI, 2016).

Em relação à UPA, a ESF mostrou-se superiormente orientada à APS, muito embora sua avaliação ainda não seja satisfatória, semelhante ao encontrado em São Paulo, para uma população adulta (BRUNELLI et al., 2016).

O modelo assistencial da UPA remete ao modelo tradicional de “queixa-consulta”, respondendo apenas a casos agudos ou episódios de agudização de agravos crônicos, não possibilitando o seguimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014), corroborando com os achados deste estudo, pois não atendeu aos atributos

da APS, sendo avaliada com orientação fraca para todos os atributos, especialmente na coordenação da atenção, integralidade, orientação familiar e comunitária.

Quanto aos serviços privados, estes apresentaram um escore essencial adequado, provavelmente pela melhor avaliação nos atributos acesso; longitudinalidade e coordenação-integração de cuidados, o que elevou o escore. Os demais atributos não diferiram substancialmente da ESF, com pior escore para os atributos integralidade- serviços disponíveis e serviços prestados e orientação familiar e comunitária. Resultados análogos foram apresentados por Silva et al. (2016) quando o serviço privado apresentou maior orientação no acesso, integralidade e longitudinalidade na avaliação de usuários adultos diabéticos.

Tais resultados podem ser atribuídos à maior facilidade de acesso aos serviços privados, uma vez que as demandas de saúde no setor público são mais elevadas. Embora o acesso aos serviços do SUS tenham sido ampliados desde sua implantação, há procura crescente pelo serviço, tendo-se em vista o aumento das doenças crônicas não transmissíveis que exigem cuidados contínuos; a violência urbana e no trânsito; o aumento de doenças como dengue e o zika vírus. Todas essas condições impactam no sistema de maneira significativa e, associadas ao subfinanciamento da saúde pública, tornam um desafio garantir a atenção e a ampliação do acesso a toda a população (VIACAVA et al., 2018).

Ainda com relação ao acesso, esse atributo é dividido em utilização e acessibilidade, com diferenças entre esses componentes. A utilização se refere ao uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. É a forma como o usuário percebe a acessibilidade do serviço, sendo considerado um elemento processual do processo avaliativo (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA 2013).

Já a acessibilidade é um elemento estrutural do processo avaliativo, definida como a capacidade do usuário em obter cuidados de saúde, sempre que necessitar, de maneira fácil e conveniente. Refere-se às características da oferta dos serviços e à forma como os serviços estão organizados para que o usuário consiga atendimento (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA 2013). Um serviço é considerado acessível quando está disponível para as pessoas; não existem barreiras geográficas, gerenciais, financeiras (FINKLER, 2014).

Todos os serviços, com exceção da UPA, apresentaram orientação forte para o atributo utilização, demonstrando que os cuidadores reconhecem aquele serviço

como primeiro recurso a ser buscado quando existe uma necessidade de saúde. No entanto, na avaliação da acessibilidade, todos os serviços, exceto os privados, foram mal avaliados com fraca orientação à APS. Dentre os serviços públicos, a UPA obteve melhor escore para acessibilidade. Resultados semelhantes que apontam melhor avaliação da utilização do que a acessibilidade também foram encontrados por diversos autores (SILVA, FRACOLLI, 2016; BRUNELLI et al., 2016; ARAUJO et al., 2018; SANTOS, et al., 2018).

Grande parte das cuidadoras utilizou a UPA para o atendimento de rotina da criança; talvez isso se explique pelo fato de o acesso a esse serviço ser facilitado, uma vez que essas unidades funcionam 24 horas por dia, o que pode ter contribuído para que o atributo acesso-acessibilidade fosse mais bem avaliado, quando comparado com a UBS e a ESF.

Entretanto, as UPA fazem parte de uma rede de atenção para atendimento das urgências e emergências, sendo estruturas de complexidade intermediária entre a atenção básica e a rede hospitalar, para intervir na condição de saúde do paciente e contrarreferenciá-lo para os demais pontos de atenção da RAS (BRASIL, 2011c). Contudo, autores indicam que sua articulação com a rede de atenção básica não está bem estabelecida, e, assim, acabam competindo com a ESF como um serviço de procura regular (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2014).

Esses achados demonstram que existem dificuldades para que as crianças tenham acesso aos serviços primários e que a ESF não tem desempenhado, com êxito, seu papel de porta de entrada do sistema. É necessário repensar as estratégias para se garantir o acesso. As crianças têm peculiaridades clínicas que possibilitam o surgimento de problemas agudos com maior frequência do que os adultos, sendo necessário que haja espaço para o atendimento das demandas espontâneas nas unidades de saúde, além da demanda programada, a qual é essencial no serviço para as ações de promoção e prevenção.

Um estudo realizado na região Sul do país apontou que as unidades que praticam a modalidade de acesso avançado, ou seja que destinam cerca de 65% a 90% da agenda para atendimento da demanda espontânea, obtiveram maior escore da APS na avaliação dos usuários em relação aos serviços que trabalham com outras formas de agendamento (VIDAL et al., 2019).

Nesse contexto, urge refletir sobre o modelo de organização da oferta de serviços da APS, podendo-se incorporar estratégias que atendam às demandas dos

usuários, revendo-se os fluxos de atendimento dentro do serviço, a forma de acolhimento, que consiste na escuta qualificada e atitude positiva frente aos problemas relatados pelos pacientes, melhorando-se as relações do nível primário com os outros serviços de apoio na rede (FACCHINI; TOMASI; DILELIO, 2018).

Contudo, Ferrer e Grisi (2016) destacam que apenas as melhorias na organização do serviço não são suficientes para ampliar o acesso, pois é indispensável buscar outras estratégias que possibilitem uma mudança de cultura sobre o uso dos serviços de saúde pela população em médio e longo prazos, além da qualificação e capacitação dos profissionais que atuam no serviço.

A escassez de acesso à APS está associada ao aumento das taxas de hospitalização em crianças (BOING et al., 2012; ANSARI et al., 2012; LESSARD; ALCALA; CAPITMAN, 2016), além de impactar negativamente nos outros atributos da APS, o que pode ter contribuído, neste estudo, para a pior avaliação da longitudinalidade nos serviços públicos, na comparação com os serviços privados. Esse atributo tem especial valor quando se considera a oportunidade de identificar e atender às necessidades de saúde e evitar a hospitalização da criança, pois ele implica numa fonte regular e habitual de atenção ao longo do tempo, com a criação de vínculo e confiança mútua entre profissional e usuário (OLIVEIRA; PEREIRA 2013).

O atributo longitudinalidade se desenvolve na medida em que os usuários identificam o prestador de serviço como fonte usual de atenção (PRATES et al., 2017), e neste estudo o grau de afiliação, componente de estrutura da longitudinalidade (BRASIL, 2010), foi mal avaliado, pois a grande maioria das cuidadoras referiu serviços diferentes para o atendimento da criança, o que fragiliza ainda mais a avaliação desse atributo assim como os serviços de maneira geral.

A ESF apresentou maior presença da longitudinalidade do que UBS e UPA, corroborando com outros autores (LEÃO; CALDEIRA; OLIVEIRA, 2011; OLIVEIRA; VERISSIMO, 2015; SANTOS et al., 2018), embora não contemplasse esse atributo satisfatoriamente, com o escore próximo ao ponto de corte, igualmente aos achados de Frank (2015) e Braz et al., (2019).

Quando um serviço não é pautado pela longitudinalidade, podem ocorrer diagnósticos imprecisos, tratamentos incompletos ou ineficazes, utilização inadequada dos serviços, insatisfação dos usuários e, conseqüentemente, aumento das hospitalizações (OLIVEIRA; VERISSIMO, 2015).

No que se refere à integralidade, atributo que contempla o atendimento das necessidades de saúde da criança e sua família, está dividido em duas dimensões: integralidade - serviços disponíveis, componente estrutural que diz respeito a uma gama de serviços que todas as pessoas da família poderiam utilizar, não somente a criança; e integralidade - serviços prestados, componente processual que avalia a forma como os profissionais produzem o cuidado (DINIZ et al., 2016).

Na primeira dimensão, integralidade-serviços disponíveis, a ESF apresentou, de forma significativa, maior presença deste atributo do que a UPA e os serviços privados, mesmo tendo ficado com pontuação pouco abaixo do ponto de corte, corroborando com outras avaliações (BRAZ et. al, 2013; SILVA, BAITELO, FRACOLLI, 2016; DINIZ, et.al, 2016), também não orientadas fortemente à APS.

A integralidade-serviços prestados não foi bem avaliada, ainda assim, apresentou diferença significativa em relação ao modelo UPA. Igualmente, alguns estudos revelaram que a falta de integralidade fragiliza a experiência do atendimento da criança no serviço de saúde (MESQUITA-FILHO; LUZ; ARAÚJO, 2014; MARQUES et al., 2014).

A coordenação, por sua vez, refere-se a atributo que busca garantir a continuidade da atenção e também é composta por duas dimensões: integração de cuidados e sistema de informações. A integração de cuidados diz respeito à interação e continuidade da atenção por diferentes profissionais e serviços, nos diversos pontos de atenção à saúde, com a responsabilização pelo cuidado, incorporando os conceitos do acesso e integralidade. O sistema de informações consiste em como essas informações de saúde são geradas e compartilhadas pelos profissionais, seja por prontuários, caderneta de saúde da criança ou por outras formas de registro (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017).

Quanto à coordenação-integração de cuidados, não houve diferença entre os modelos de atenção à saúde. Embora os serviços privados tenham apresentado melhor avaliação, essa diferença não foi significativa, divergindo de outros autores que encontraram escore elevado para a coordenação na ESF (OLIVEIRA, VERISSIMO, 2015; BRUNELLI, 2016) e de outro em que a UBS mista apresentou maior presença desse atributo (SANTOS et al., 2018).

Sobre a coordenação-sistema de informação, a ESF mostrou-se maior provedora desse atributo em relação à UPA, o que indica que a ESF possui registros de saúde que possibilitam o compartilhamento das informações de saúde da

criança. No entanto, a ESF está fragilizada na articulação com os demais níveis assistenciais, não garantindo adequada referência e contrarreferência para aquelas crianças que necessitaram de atendimento especializado.

Para fortalecer a coordenação, algumas estratégias são sugeridas, como melhorar a comunicação entre os serviços de saúde, a exemplo da alta qualificada da maternidade aos serviços de APS; diálogo clínico entre generalistas e especialistas; adoção de prontuários eletrônicos compartilhados entre os serviços; registros no cartão de saúde da criança (GIOVANELLA, 2018).

O enfoque na família e comunidade é primordial no modelo ESF, como forma de reorganização da assistência. Nesse sentido, os atributos derivados - orientação familiar e comunitária - estarão presentes, quando a ESF desempenhar esse papel. O primeiro atributo implica em considerar a família sujeito da atenção, e o segundo reconhece as necessidades da família no contexto no qual elas vivem, seja social, cultural ou econômico (REICHERT et al., 2016).

Em consonância com diversas investigações que avaliaram esses atributos (MARQUES, et al., 2014; ARAUJO et al., 2014; OLIVEIRA; VERÍSSIMO, 2016; SANTOS et al., 2016), nenhum serviço atendeu satisfatoriamente aos princípios da APS, com exceção de FURTADO et al., (2013) que encontraram resultados satisfatórios para as crianças menores de um ano em um serviço de ESF no Estado de São Paulo.

No cenário pesquisado, a ESF apresentou pontuação significativa em relação ao modelo UPA e aos serviços privados na orientação comunitária, indicando que, apesar da sua grande limitação em relação a este atributo, ainda assim consegue desenvolver melhor atuação junto à comunidade por meio da visita domiciliar e do conhecimento dos problemas de saúde no território em que atua.

Na orientação familiar, a ESF mostrou-se mais orientada do que a UPA, revelando que conhece melhor as famílias e seus problemas de saúde, apesar de não atingir a totalidade deste atributo, como já descrito anteriormente.

6 CONCLUSÃO

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim”.

(Chico Xavier)

Este estudo permitiu descrever o perfil das crianças menores de cinco anos, hospitalizadas por ICSAP, em um município de região de fronteira, e apontou que as famílias investigadas apresentam condições de vulnerabilidade social, caracterizadas por condições socioeconômicas desfavoráveis, como situação de pobreza e baixa escolaridade materna.

A prevalência das ICSAP foi elevada e as doenças respiratórias responderam pela maioria das internações, no entanto não houve associações estatísticas entre as hospitalizações por causas respiratórias.

Quanto à qualidade dos serviços de saúde utilizados pelas crianças, identificou-se melhor avaliação da ESF pelas cuidadoras em comparação com os modelos UBS e UPA. Ainda assim, existem muitas fragilidades neste serviço, especialmente no que diz respeito ao componente acesso, apontando que a ESF não consegue ainda atuar como porta de entrada do sistema de saúde de forma satisfatória, de acordo com a percepção dos cuidadores.

Os serviços privados utilizados pelas crianças foram mais bem avaliados em alguns atributos, mas, no geral, não diferem de maneira substancial do serviço público e chama a atenção o fato de não ofertarem assistência integral para a criança, uma vez que elas necessitaram procurar assistência hospitalar na rede pública, por não conseguirem acesso a este nível de assistência na rede privada.

Nesse sentido, é premente a reflexão sobre o modelo de organização dos serviços na APS, de forma a ampliar o acesso e garantir que as demandas agudas das crianças possam ser recebidas e atendidas, podendo subsidiar os gestores locais na organização dos serviços.

Os achados não permitiram fazer inferência causal ou estimar o risco que as crianças apresentaram de ser hospitalizadas por ICSAP, pois se limitaram a estudar o universo das ICSAP e não avaliaram as internações por outras causas. Entretanto, este estudo explora diversas características de base individual das crianças hospitalizadas, as quais não podem ser avaliadas em estudos ecológicos e que são essenciais para se compreender não somente o fenômeno das hospitalizações evitáveis, mas também o contexto no qual elas ocorrem. São, então, úteis para orientar as ações de saúde na APS, de forma a contemplar as necessidades de saúde das crianças e prevenir hospitalizações desnecessárias.

Ademais, o conhecimento das características das crianças e de suas famílias é potencial informação para o direcionamento de ações nos serviços de saúde, em

especial para aqueles que apresentaram maior vulnerabilidade e que necessitam, assim, de maior atenção, de forma a prevenir os agravos à saúde da criança e suas complicações que resultem na hospitalização.

Por se considerar, neste estudo, um município de região de fronteira, com peculiaridades em sua população e implicações para os serviços de saúde, os resultados contribuem para todos os envolvidos (gestores dos 03 países). Os dados revelam a necessidade de se aprofundar a avaliação à saúde da criança na APS, especialmente no tocante ao atributo acesso. Também recomenda-se conhecer as perspectivas dos gestores e dos profissionais de saúde que atuam na APS para se identificar potencialidades para o aprimoramento dos serviços primários no município de Foz do Iguaçu.

Entende-se que o fortalecimento da APS para atender à criança pode evitar complicações na saúde desta e tem potencial para minimizar os custos em saúde, quando da necessidade de hospitalização. Isso posto, investir em ações conjuntas em município de fronteira, como Foz do Iguaçu, que atende à população infantil, muitas vezes de outros países, deve se constituir em prioridade nas agendas públicas de atenção à saúde desta população.

7 REFERÊNCIAS

“O homem chega à sua maturidade quando encara a vida com a mesma seriedade que uma criança encara uma brincadeira.

(Friedrich Nietzsche)

ALBUQUERQUE, J. L. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: O atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde em Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica(s)**, Natal, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012. DOI: https://doi.org/10.5209/rev_GEOP.2012.v3.n2.40040

ALFRADIQUE, M. E. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP - Brasil). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25 n. 6, p. 1337–1349, jun. 2009. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600016>.

ANSARI, Z. *et al.* Patient characteristics associated with hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions in Victoria, Australia. **BMC Health Services Research**, London, v. 12, n. 1, p. 475, Dec. 2012. DOI: 10.1186/1472-6963-12-475.

ARAÚJO, J. P. *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 67, n. 6, p. 1000-10007, nov/dez. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620>.

ARAÚJO, R. L.; MENDONÇA, A. V.; SOUSA, M. A. F. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n.105, p. 387-399, abr./jun. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420151050002007>.

ARAUJO, E. M. N. D.; COSTA, G. M. C.; PEDRAZA, D. F. Internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de cinco anos: estudo transversal. **Sao Paulo Medical Journal**, São Paulo, v. 135, n. 3, p. 270–276, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-3180.2016.03442502>.

ARAUJO, W. R. M. *et al.* Structure and work process in primary care and hospitalizations for sensitive conditions. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 75, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051007033>.

ARAUJO, P. J.; VIERA, S. C.; OLIVEIRA, M. A. G.; RODRIGUES, R. M. Avaliação dos atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde da criança. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v.71, n. 3, p. 1447-1454, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>.

BARRETO, J. O. M.; NERY, I. S.; COSTA, M. S. C. Estratégia Saúde da Família e hospitalizações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 515-526, 2012.

BRASIL, V. P.; COSTA, J. S. D. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina - estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, n. 1, p. 10–11, jan./mar. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000100008>.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, p. 18055, 20 set. 1990a. (Publicação Original).

BRASIL. Lei nº. 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, p. 13563, 16 jul. 1990b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**: curso de capacitação. Brasília, DF, 2002. Série F. Comunicação e Educação em Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília, DF, 2004a.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde**: caminhos da institucionalização. Brasília, DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 221, de 17 de abril de 2008. Define a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária. 2008. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde**: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil. Brasília, DF, 2010. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual AIDPI Neonatal**. Brasília, DF, 2013. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. **Portaria nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html. Acesso em: 22 fev. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial República [da] Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, p. 10, 27 jun. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas

para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**: seção 1, Brasília, DF, 22 out. 2011a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acesso em: 27 abr. 2019.

BRASIL. Portaria nº.1600, de 07 de Julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e Institui a Rede de Atenção Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**: seção 1, Brasília, DF, nº 193, p. 56, 6 out. 2011.

BRASIL. Portaria nº.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**: seção 2, Brasília, DF, p. 57, 27 ago. 2015.

BRASIL. Portaria nº. 2436, de 21 de setembro de 2017. Institui a Política Nacional de Atenção Básica (Pnab), estabelecendo a revisão das diretrizes para organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**, seção 1, Brasília, DF, nº 183, p. 68, 22 set. 2017.

BRASIL. Portaria conjunta nº 17 de 21 de Junho de 2018. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Epilepsia. **Diário Oficial [da] União**, seção 1, Brasília, DF, nº 122, p. 45, 27 jun 2018.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança**: orientações para implementação. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sage**: Sala de apoio à gestão estratégica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://sage.saude.gov.br/index.php/pagina/>. Acesso em: 25 mar. 2019.

BETTENHAUSEN, J. L. *et al.* Association of Income Inequality With Pediatric Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions. **JAMA Pediatrics**, Chicago, v. 171, n. 6, p. e170322, Jun. 2017. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2017.0322

BILLINGS, J.; ZEITEL, L.; LOKOMNIK, J.; CAREY, T. S.; BLANK, A. E.; NEWMAN, L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. **Health Affairs**, Millwood, v. 12, n.1, p. 162-173, 1993.

BOING, A. F.; VICENZI, R. B.; MAGAJEWSKI, F.; BOING, A. C.; MORETTI-PIRES, R. O.; PERES, K. G. *et al.* Redução das internações por condições sensíveis à atenção primária no Brasil entre 1998-2009. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n.2, p. 359-366, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000011>.

BRAZ-MACEDO, J. C.; ARCENCIO, R. A.; WOLKERS, P. C. B.; RAMOS, A. C. V.; CONTIERO-TONINATO, A. P.; FURTADO, M. C. C. Fatores associados à

Pneumonia e diarreia em crianças e qualidade da Atenção Primária. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 28, 2019. No prelo.

BRAZ, J. C.; MELL, D. F.; DAVID, Y. G. M.; TEIXEIRA, S. A.; PRADO, A. S.; FURTADO, M. C. C. A longitudinalidade e a integralidade no cuidado às crianças menores de um ano: avaliação de cuidadores. **Medicina**, Ribeirão Preto, v.46, n.4, p. 416-423, 2013.

BRUNELLI, B.; GUSSO, G. D. F.; SANTOS, I. S. S.; BENSENÖR. Avaliação da presença e extensão dos atributos de atenção primária em dois modelos coexistentes na rede básica de saúde do Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, [S.l.], v. 11, n. 38, p. 1-12, 2016.

CALDART, R. V. *et al.* Factors associated with pneumonia in Yanomami children hospitalized for Ambulatory Care sensitive conditions in the north of Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1597–1606, maio 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.08792015>.

CALDEIRA, A. P. *et al.* Internações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil TT - Admissions to pediatric hospital for conditions amenable to primary care in Montes Claros, Minas Gerais, Brazil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 11, n. 1, p. 61–71, jan./mar. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292011000100007>.

CARVALHO, S. C. *et al.* Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 744–754, abr. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00069014>.

CASTRO, A. L. B.; ANDRADE, C. L. T.; MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n.11, p. 2353-2366, 2015.

CECIL, E. *et al.* Impact of preventive primary care on children's unplanned hospital admissions: a population-based birth cohort study of UK children 2000-2013. **BMC Medicine**, London, v.16, n.1, 2018. DOI: 10.1186/s12916-018-1142-3.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N.; VIECILI, P. R. N. Hospitalization due to conditions sensitive to primary care and expansion of the Family Health Program in Brazil: an ecological study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 968–977, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400040014>.

CHUEIRI, P. S.; HARZHEIN, E.; TAKEDA, S. M. P. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde-uma proposta de intens para avaliação desses atributos. **Revista Brasileira de Medicina Família e Comunidade**, [S.l.], v.12, n. 39, p.1-18, 2017.

COLLER, R. J. *et al.* Hospitalizations for Ambulatory Care-Sensitive Conditions among Children with Chronic and Complex Diseases. **Journal of Pediatrics**, St. Louis, v. 194, p. 218–224, Mar. 2018. DOI: 10.1016/j.jpeds.2017.10.038.

COMITÊ CIENTÍFICO DO NÚCLEO CIÊNCIA PELA INFÂNCIA. **Estudo nº 1 - O Impacto do Desenvolvimento na Primeira Infância sobre a Aprendizagem**. [S.l.], c2014. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/IMPACTO_DESENVOLVIMENTO_PRIMEIRA%20INFANCIA_SOBRE_APRENDIZAGEM.pdf. Acesso em: 26 jun. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012.

DAMASCENO, S. S. *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 2961–2973, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>.

DINIZ, S. G. de M.; DAMASCENO, S. S.; COUTINHO, S. E. D.; TOSO, B. R. G. O.; COLLET, N. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 37, n. 4, p. e57067, 2016.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica: definición y métodos del evaluación**. México, DF: Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, 1984.

DE SÁ, F. DOS S. *et al.* Assessment of primary health care from the perspective of patients hospitalized for ambulatory care sensitive conditions. **Family Practice**, Oxford, v. 33, n. 3, p. 243–248, 2016. DOI: 10.1093/fampra/cmz096.

DEJONG, N. A. *et al.* Outpatient Visits Before Ambulatory Care-Sensitive Hospitalization of Children Receiving Medicaid. **Academy of Pediatrics**, New York, v. 18, n. 4, p. 390–396, May/Jun. 2018. DOI: 10.1016/j.acap.2017.09.015.

FACCHINI, A. L.; TOMASI, E.; DILELIO. Qualidade da Atenção Primária à saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.1, p. 208-223, 2018. DOI: 10.1590/0103-11042018S114

FERNANDES, V. O. **A (re)construção de identidades de imigrantes na região de fronteira: um estudo a partir da Escola Árabe de Foz do Iguaçu**. 2014. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2014.

FERREIRA, J.B.B. *et al.* Internações por condições sensíveis à atenção primária à saúde em uma região de saúde paulista, 2008 a 2010, **Revista Epidemiologia e Serviços Saúde**, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.45-56, 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742014000100005>.

FERRER, A. P. S.; GRISI, S. J. F. E. Assessment of access to primary health care among children and adolescents hospitalized due to avoidable conditions. **Revista**

da **Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 62, n. 6, p. 513–523, set. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9282.62.06.513>.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869–1878, 2015.

FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. Atenção à Saúde da Criança no Brasil: aspectos de vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, 2007. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/275>. Acesso em: 12 abr. 2017.

FINKLER, A. L. *et al.* The access and the difficulty in resoluteness of the child care in primary health care. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 548–553, 2014.

FOZ DO IGUAÇU. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. **Plano Municipal da Saúde 2018-2021**. Foz do Iguaçu, 2017.

FRACOLLI, L. A.; MURAMATSU, M. J. M.; GOMES, M. F. P.; NABÃO, F.R.Z. Avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde num município do interior do Estado de São Paulo-Brasil. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 54-61, 2015. DOI: 10.15343/0104-7809.201539015461.

FRANÇA, E. B. *et al.* Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 46–60, maio 2017. DOI: 10.1590/1980-54972017000500005.

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

FURTADO, M. C. C.; BRAZ, J. C.; PINA, J. C.; MELLO, D. F.; LIIMA, R. A. G. Assessing the care of children under one year old in Primary Health Care. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 554-61, 2013.

FURTADO, M.C.C. *et al.* Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.27, n.1, e930016, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018000930016>.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIOVANELLA, L. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, p. e00029818, 2018.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. cap.16, p. 493-546.

GOMES, E. S.; COSTA FILHO, J. Historicidade na infância no Brasil. **El Futuro del Pasado**, Salamanca, v. 4, p. 255-276, 2013.

HAGGERTY, J. L.; PINEAULT, R.; BEAULIEU, M. D.; BRUNELLE, Y.; GAUTHIER, J.; GOULET, F.; RODRIGUES, J. Room for improvement: patients' experiences of primary care in Quebec before major reforms. **Canadian Family Physician**, Don Mills, v. 53, n. 6, p. 1056 - 1057, Jun. 2007.

HALE, N.; PROBOST, J.; ROBERTSON, A. Rural Area Deprivation and Hospitalizations among Children for Ambulatory Care Sensitive Conditions. **Journal Community Health**, New York, v. 41, n. 3, p. 451-460 Jun. 2016. DOI: 10.1007/s10900-015-0113-2.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ÁLVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A.T. Consistência interna e confiabilidade da versão em português do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) para serviços de saúde infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n8/13.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

HOCKENBERRY, M.; WILSON, D. **Fundamentos de enfermagem pediátrica**, 8.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

HU, T.; MORTENSEN, K. Mandatory Statewide Medicaid Managed Care in Florida and Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions. **Health Services Research**, Chicago, v. 53, n. 1, p. 293–311, Feb. 2018. DOI: 10.1111/1475-6773.12613.

IBGE. **Arranjos Populacionais e Concentrações Urbanas do Brasil**. Diretoria de Geociências. Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv99700.pdf>. Acesso em: 15 mar 2017.

IBGE. **Censo Demográfico 2010: Cidades**. Foz do Iguaçu, 2011. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=410830>. Acesso em: 1 fev. 2019.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: Coordenação de População e Indicadores Sociais. Rio de Janeiro, 2018.

IBGE. **Tábua Completa de Mortalidade para o Brasil- 2017: breve análise da evolução da mortalidade no Brasil**. Rio de Janeiro: Coordenação de População e Indicadores Sociais, 2017.

IPARDES. **Caderno Estatístico- município de Foz do Iguaçu**, 2019. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85850>. Acesso em: 13 maio 2019.

JEON, K. Y. Cross-cultural adaptation of the US consumer form of the short Primary Care Assessment Tool (PCAT): the Korean Consumer form of the short PCAT (KC

PCAT) and the Korean standart form of the short PCAT (KS PCAT). **Quality Primary Care**, Abingdon, v. 19, n. 2, p. 85-103, 2011.

JUNQUEIRA, R. M. P.; DUARTE, E. C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, n.5, p.761-768, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000500001>.

KRINGOS, D. S.; BOER, W. G. W.; HUTCHINSON, A.; VAN DER SEE, J.; GROENEWEG, P. P. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. **BMC Health Services Research**, London, v. 10, n. 65, Mar. 2010. DOI: 10.1186/1472-6963-10-65.

KONSTANTYNER, T.; MAIS, L. A.; TADDEI, J. A. A. C. Factors associated with avoidable hospitalisation of children younger than 2 years old: the 2006 Brazilian National Demographic Health Survey. **International Journal Equity Health**, London, v. 14, p. 69, Ago. 2015. DOI: 10.1186/s12939-015-0204-9.

LANSKY, S. *et al.* Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. S192–S207, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0192.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2017.

LEAL, M.C. *et al.* Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência & Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.6, p.1915-28, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>. Acesso: 10 mar 2019.

LESSARD, L. N.; ALCALA, E.; CAPITMAN, J. A. Pollution, Poverty, and Potentially Preventable Childhood Morbidity in Central California. **Journal Pediatrics**, St. Louis, v. 168, p. 198–204, Jan. 2016. DOI: 10.1016/j.jpeds.2015.08.007.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F. Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v.30, n.5, p. 490-500, 2011. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2011.v30n5/490-500/>. Acesso em: 12 abr. 2017.

LIMA, A. C. M. G.; NICHATA, L. L.Y.I.; BONFIM. Perfil dos atendimentos por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em uma Unidade de Pronto Atendimento. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p. e03414, 2019.

MARQUES, A. S.; FREITAS, D. A.; LEO, C. D. A.; OLIVEIRA, S. K. M.; PEREIRA, M. M. *et al.* Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 365-371, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00365.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2017.

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do centro materno infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2135-2145, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.09462014>.

MESQUITA-FILHO, M.; LUZ, B. S. R.; ARAÚJO, C. S. A. A atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.7, p. 2033-2046, 2014. DOI:<http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.17322013>.

MOURA, B. L. A.; CUNHA, R. C.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G.; MOTA, E. L. A.; MACINKO, J. et al. Principais causas de internação por condições sensíveis à atenção primária no Brasil: uma análise por faixa etária e região. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 10, p. S83-S91, nov. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292010000500008>.

NATALI, R. M. DE T. *et al.* Perfil de internações hospitalares por doenças respiratórias em crianças e adolescentes da cidade de São Paulo, 2000-2004. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 584–590, 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822011000400018>.

NEDEL, F. B.; FACCHINI, L. A.; MARTÍN, M.; NAVARRO, A. Características de atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v.19, n.1, p. 61-75, jan./mar. 2010. DOI: <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742010000100008>.

OLIVEIRA, M. A. C.; PEREIRA, I. C. Atributos essenciais da atenção primária e a estratégia saúde da família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 66, 158-164, 2013. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000700020>.

OLIVEIRA, V. B. C. A.; VERÍSSIMO, M. L. Ó. R. Children's health care assistance according to their families: a comparison between models of Primary Care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 30–36, fev. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100004>.

OLIVER, J. *et al.* Risk of rehospitalisation and death for vulnerable New Zealand children. **Archives of Disease in Childhood**, London, v. 103, n. 4, p. 327–334, Apr. 2018. DOI: [10.1136/archdischild-2017-312671](https://doi.org/10.1136/archdischild-2017-312671).

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS-ONU (Brasil). **Objetivos de Desenvolvimento Sustentável: agenda 2030**. 2015. Disponível em:http://www.agenda2030.com.br/os_ods/. Acesso: 10 nov. 2018.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE-OPAS. **Relatório 30 anos de SUS-Que SUS para 2030?** Brasília, DF: WHO, 2018.

PAIXÃO, E. S.; PEREIRA, A. P. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. A. Hospitalizações sensíveis à atenção primária em menores de cinco anos. **Revista Eletrônica**

Gestão e Saúde, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 224-236, 2013. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/244>. Acesso em: 10 abr 2018.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. **Programa Rede Mãe Paranaense**: linha guia. Curitiba: SESA, 2017.

PASARIN, M. I. An instrument to evaluate Primary Health Care from the population perspective. **Atención Primaria**, Barcelona, v. 39, n. 8, p. 395-401, Aug. 2007.

PAZÓ, R.G.; FRAUCHES, D.O.; MOLINA, M. C. B.; CADE, N.V. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 9, p. 1891-1902, set. 2014. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00099913>.

PEDRAZA, D. F. Baixo peso ao nascer no Brasil: revisão sistemática de estudos baseados no sistema de informações sobre nascidos vivos. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde da USCS**, São Caetano do Sul, v. 12, n. 41, p. 37–50, set./out. 2015. DOI:10.13037/rbcs.vol12n41.2237.

PEDRAZA, D. F.; ARAUJO, E.M.N. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 169–182, jan./mar. 2017. DOI: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000100018>

PEREIRA, F.J.R.; SILVA C.C.; LIMA-NETO, C.C. Perfil das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária subsidiando ações de saúde nas regiões brasileiras. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.39, n.107, p.1008-17, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-110420161070142>.

PINA, J.C. *et al.* Papel da Atenção Primária à Saúde na hospitalização de crianças por pneumonia: um estudo caso-controle. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.25:e2892. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1731.2892>. Acesso: 20 nov 2018.

PRATES, M.L.; MACHADO, J.C.; SILVA, L.S.; AVELAR, P.S; PRATES L.L. *et. al.* Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o Instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1881-83, 2017.

PREZOTTO, K. H. *et al.* Hospitalizações de crianças por condições evitáveis no Estado do Paraná: causas e tendência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 254–261, 2017.

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

RASELLA, D.; AQUINO, R.; SANTOS, C. A. T.; PAES-SOUSA, R.; BARRETO, M. L. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a Nationwide analysis of Brazilian municipalities. **Lancet**, London, v. 36, n.13, p. 60715, 2013.

RASELLA, D.; BASU, S.; HONE, T.; PAES-SOUSA, R.; OCKE-REIS, C. O. *et al.* Child morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: a nationwide microsimulation study. **Plos Medice**, San Francisco, v.15, n.5: e1002570, 2018.

REHEM, T. C. M. S. B.; EGRY, E.Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.12, p. 4755-4766, 2011.

REHEM, T. C. M. S. B.; OLIVEIRA, M. R. F.; AMARAL, T. C. L.; CIOSAK, S. I.; EGRY, E.Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária em uma metrópole brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.1, p. 884-890, 2013.

REICHERT, A. P. S.; ALMEIDA, L. A. B.; TOSO, B. R. G. O.; SANTOS, N. C. C. B.; VAZ, E. M. C.; COLLET, N. Family and community orientation in children's primary healthcare. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 119-127, 2016.

RIBEIRO, L. C. Q. **O futuro das metrópoles**: desigualdades e governabilidade. 2. ed. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2015.

ROCHA, E.L.; FERRARI, R.A.P.; CARDELLI, A.A.M.; TACLA, M.T.G.M.; DALMAS, J.C.D. et al. Doenças respiratórias e gastrointestinais em lactentes: fatores de risco. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.9, n.1, p.1030-37, 2017. Disponível em: https://www.acervosaude.com.br/doc/8_2017.pdf. Acesso: 10 Mar 2019.

ROOS, L. L.; DRAGAN, R.; SCHROTH, R. J. Pediatric ambulatory care sensitive conditions: Birth cohorts and the socio-economic gradient. **Canadian Journal Public Health**, Ottawa, v. 108, n. 3, p. e257-e264, Sep. 2017. doi: 10.17269/cjph.108.5935.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2006. www.eerp.usp.br/rlae v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2006.

SANTOS, I. L. F.; GAÍVA, M. A. M.; ABUD, S. M.; FERREIRA, S. M. B. Hospitalização de crianças por condições sensíveis à atenção primária. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n.1, p. 171-179, jan./mar. 2015.

SANTOS, N. C.; TOSO, B. R. G. O.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. Orientação familiar e comunitária segundo três modelos de atenção à saúde da criança. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 29, n. 6, p. 610-617, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/appe/v29n6/en_1982-0194-appe-29-06-0610.pdf

SANTOS, N. C. C. de B.; VAZ, E. M. C.; NOGUEIRA, J. N. *et al.* Presença e extensão dos atributos da Atenção Primária à Saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, p. e00014216, 2018. DOI: 10.1590/0102-311X00014216.

SANTOS-MELO, G. Z.; ANDRADE, S. R.; RUOFF, A .B. A integração da saúde entre fronteiras internacionais: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 31, n.1, p.102-117, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800015>.

SANTOS, R. C. K.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. **Journal of Human Growth and Development**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 160-165, 2012.

SHI, L.; STARFIELD, B.; XU, J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **Journal Family Practice**, [S.l.], v. 50, n. 2, p. 161–175, Feb. 2001.

SILVA, S. A. S.; BAITILO, T. C.; FRACOLLI, L. A. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: a visão de usuários e profissionais sobre a Estratégia de Saúde da Família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 5, p. 979-987, set./out. 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0489.2639.

SILVA, A. S.; FRACOLLI, L. A. Evaluating child care in the family health strategy. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 69, n.1, p. 54-61, jan./fev. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107i>.

SILVA, S.S. *et al.* Uso de serviços de saúde por diabéticos cobertos por plano privado em comparação aos usuários do Sistema Único de Saúde no Município de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, n.10: e00014615, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00014615>.

SILVA, V.L.S. *et al.* Características e fatores associados à hospitalização nos primeiros anos de vida: coorte de nascimentos de Pelotas de 2004, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.33, n.10, e00035716, 2017a. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00035716>.

SILVA et al. A longitudinalidade no cuidado à saúde da criança no contexto da atenção primária. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v.11, n.5, p. 1909-1917, 2017b. Disponível em: 10.5205/reuol.11077-98857-1-SM.1105201721. Acesso: 10 abr 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Diretrizes para o manejo da Infecção causada pelo Virus Sincial Respiratório (VSR)**. [São Paulo], 2011. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/pdfs/diretrizes_manejo_infec_vsr_vers_ao_final1.pdf. Acesso em: 12 jul. 2018.

SOUZA, D. K. de; PEIXOTO, S. V. Descriptive study on the evolution of hospitalization costs for ambulatory care sensitive conditions in Brazil, 2000-2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 26, n. 2, p. 285–294, abr./jun. 2017.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco, 2002.

TACRO, M. A. S. (coord.). **Situação das crianças e adolescentes na tríplice fronteira entre Argentina, Brasil e Paraguai: desafios e recomendações**. Curitiba: UNICEF: ITAIPU Binacional, 2005.

TANAKA, O. Y.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 821-828, 2012. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232012000400002&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 22 fev. 2017.

TOSO, B. R. G. *et al.* Perfil de hospitalizações de crianças por condições sensíveis à atenção primária. **Acta Scientiarum - Health Sciences**, Maringá, v. 38, n. 2, p. 231–238, 2016.

TSAL, J.; SHI, L.; YU, W. L.; HUNG, L. M.; LEBRUN, L. A. Physician specialty and the quality of medical care experiences in the context of the Taiwan national health insurance system. **Journal of the American Board of Family**, v. 3, no. 3, p. 402-412, May/Jun. 2010. DOI: 10.3122/jabfm.2010.03.090222.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para Infância. **Levels & trends in child mortality**. Report 2015. Estimates developed by the UN inter-agency group for child mortality estimation United Nations L. New York, 2015.

VIACAVA, F. *et al.* SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1751–1762, jun. 2018.

VICTORA, C. G. *et al.* Maternal and child health in Brazil: Progress and challenges. **Lancet**, London, v. 377, n. 9780, p. 1863–1876, May 2011. DOI: 10.1016/S0140-6736(11)60138-4.

VIDAL, T. B.; ROCHA, S. A.; HARZHEIN, E.; HAUSER, L.; TESSER, C.D. Modelos de agendamento e qualidade da atenção primária: estudo transversal multinível. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.53, n.38, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2019053000940>.

YAKUWA, M.S.; NEILL, S.; MELLO, D.F. Nursing strategies for child health surveillance. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26, e3007, 2018. DOI: 10.1590/1518-8345.2434.3007

WEEKS, W. B.; VENTELOU, B.; PARAPONARIS, A. Rates of admission for ambulatory care sensitive conditions in France in 2009–2010: trends, geographic variation, costs, and an international comparison. **European Journal Health Economy**, Berlin, v. 17, n. 4, p. 453–470, May 2016. DOI: 10.1007/s10198-015-0692-y.

WEHRMEISTER, F. C.; VICTORA, C. G.; HORTA, B. L.; MENEZES, A. M.; SANTOS, I. S. *et al.* Hospital admission in the first year of life: inequalities over three

decads in a southern Brazilian city. **International Journal Epidemiology**, Oxford, v. 48, n. 1, p. 63-71, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1093/ije/dyy228>.

ZASLAVSKY, R.; GOULART, B. N. G. de. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 3981–3986, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>.

8 APÊNDICES

“A lei de ouro do comportamento é a tolerância mútua, já que nunca pensaremos todos da mesma maneira, nem nunca veremos senão uma parte da verdade e sob ângulos diversos”.

(Mahatma Gandhi)

APÊNDICE A- Questionário

Questionário N° _____ N° Prontuário: _____ N° Atendimento _____

I- IDENTIFICAÇÃO:	
Data da coleta: ____/____/____ Leito: _____ Diagnóstico médico: _____	
1-Data de nascimento da criança: ____/____/____ 2- Sexo: [1] Feminino [2] Masculino	
3-Nacionalidade: _____ Telefone contato: _____ ou _____	
II-DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS DA FAMÍLIA	
4-Idade Materna:	
5-Escolaridade materna (anos): Quantos anos de estudo?	
6-Renda familiar (Valor Recebido):	
7-A família recebe auxílio/benefício: [1] Não [2] Sim [3] NS/NR	
8- [1] Bolsa Família 9-valor recebido: R\$ _____	
10-Outro: _____ 11-valor recebido R\$ _____	
ATENÇÃO: Não contabilizar este valor na renda familiar (valor em separado)	
12-Etnia: [1] Branco [2] Preto [3] Pardo [4] Amarelo [] Outro:	
13-A mãe reside com [1] Pai da criança [2] Com companheiro que não é pai da criança [3] Sem companheiro	
14-Ocupação: [1] Do lar [2] Emprego formal [3] Emprego Informal [4] Desempregada	
15- Moradia: [1] Própria [2] Alugada [3] Cedida [4] Invadida	
16-Tipo de casa: [1] Alvenaria [2] Madeira [3] Taipa [4] Material aproveitado	
17-Abastecimento de água: [1] Rede pública [2] Poço ou nascente [] Outro:	
18- Destino de fezes e urina: [1] Sistema de esgoto [2] Fossa [3] Céu aberto	
19-Destino do lixo: [1] Coleta pública [2] Queimado/enterrado [3] Céu aberto	
20-Energia Elétrica [1] Não [2] Sim	
21-Nº de cômodos no domicílio: _____ Nº de pessoas que residem domicílio: _____	
22-Nº de adultos no domicílio: _____ 23- Nº de crianças no domicílio: _____	
24-Endereço: _____ Nº _____ Bairro: _____	
Cidade: _____ CEP: _____ País: _____	
III-DADOS RELATIVOS À INTERNAÇÃO ATUAL DA CRIANÇA	
25- Admissão hospitalar: ____/____/____ Data da alta: ____/____/____	
26-Diagnóstico médico internação (CID 10): _____	
27- Desfecho da internação: [1] Alta para casa [2] Transferência hospitalar [3] Óbito [] Outro:	
28-Quando a criança adoeceu, procurou atendimento em alguma Unidade Pública de Saúde, antes da hospitalização? [1] Não [2] Sim	
29- Quais Unidades de Saúde procurou? [1] Nenhum [2] U.B.S ou U.S.F [3] U.P.A ou P.A [4] U.P.A+ UBS (ESCREVER NOME DA UNIDADE): _____	
IV HISTÓRICO DE SAÚDE DA CRIANÇA	
30- Peso ao nascimento (g): _____ 31- Tipo de parto: [1] Normal [2] Cesárea [3] fórceps	
32-Tempo da gestação (semanas IG): _____	
33-A criança mamou no peito: [1] Não [2] Sim [3] NS/NR	

34-Até que idade a criança mamou no peito: _____ Anos e _____ meses [] Ainda mama.		
35-Idade de Introdução de mamadeira (leite artificial): _____ Anos e _____ meses [] Não introduziu		
36-Tipo de alimentação da criança atual : [1] Aleitamento materno exclusivo [2] Aleitamento Misto [3] Leite artificial [4] Papas frutas/legumes [5] Alimentação da família		
37- A criança frequenta creche ou escola: [1] Não [2] Sim (Se não passar para a questão 40)		
38- A criança frequenta a escola: [1] Meio período [2] Período integral		
39- A creche ou escola pertence: [1] Rede pública [2] Rede Privada [3] APAE		
40- Cuidador principal da criança no domicílio: (Quem passa a maior parte do dia com a criança) [1] Mãe [2] Outros familiares [3] Cuidador particular [4] Amigos ou vizinhos		
41- O cuidador ou familiar no domicílio faz uso de: [1] Cigarro [2] Álcool [3] outras Drogas [4] Não usa		
42- A criança possui alguma condição crônica de saúde/ Doença? [1] Diabetes [2] Hipertensão [3] Asma [4] Doenças cardiovasculares [5] Obesidade [6] Câncer [7] Não [] Outro?		
43- A criança possui alguma necessidade especial em saúde?/ Dependente de tecnologias em saúde?/ Qual? [1] Não [2] Sim [1] Alimentação por sonda [2] Gastrostomia [3] Cadeiras de rodas [4] O2 [] Outras		
44-A criança faz uso de alguma medicação contínua? [1] Não [2] Sim Qual?:		
45- A criança já ficou hospitalizada anteriormente? [1] Não [2] Sim		
46-Quantas vezes foi hospitalizada: _____ vezes		[1] NS/NR
47-Causas da hospitalização: _____		[1] NS/NR
48-A situação vacinal da criança está: [1] Atualizada [2] Desatualizada 51-Quais vacinas estão desatualizadas?:		
49- Peso atual da criança (g) :	50-Estatura (cm):	IMC:
51- A criança realiza acompanhamento do crescimento e desenvolvimento? (Leva a criança para pesar e medir?) [1] Não [2] Sim		
52- Tem registro no cartão da criança sobre crescimento e desenvolvimento nos últimos 3 meses? [1] Não [2] Sim [3] Não apresentou cartão		
53- Onde a criança é acompanhada? [1] U.B.S ou E.S.F [2] Consultório Particular [3] Não faz acompanhamento		
54- Utiliza a U.B.S ou E.S.F para quais atendimentos da criança? [1] Não utilizo [2] Vacinação [3] Consultas médicas [4] Consulta de enfermagem [] Outros:		

OBS: _____

APÊNDICE B- Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Prezada Sr. (a),

Meu nome é Ana Paula Contiero Toninato, sou aluna do Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP) e sou responsável pela pesquisa intitulada **“Internações hospitalares em crianças por condições sensíveis a Atenção Primária em região de fronteira”**, sob orientação da enfermeira Maria Cândida de Carvalho Furtado.

Gostaria de convidá-lo (a) a participar desta pesquisa, cujo objetivo é analisar a prevalência e os fatores associados às internações por condições sensíveis à atenção primária em crianças menores de cinco anos de idade no município de Foz do Iguaçu-PR.

Internações por condições sensíveis se referem àquelas internações hospitalares que poderiam ser evitadas, se os problemas de saúde pudessem ser resolvidos nos serviços primários (Unidade Básica de Saúde, Unidade de Saúde da Família). Portanto, esta pesquisa visa identificar as causas de internações em crianças, bem como compreender os fatores que contribuem para essas internações.

Os benefícios do presente estudo estão relacionados ao fato de as informações auxiliarem na compreensão desse problema, para contribuir com a melhoria dos serviços de saúde no município de Foz do Iguaçu e redução das internações hospitalares em crianças.

Eu não tenho vínculo com o hospital municipal e as suas respostas não serão apresentadas para o serviço. Apenas teremos acesso a essas respostas eu e a minha orientadora (Maria Cândida). Garantimos a você que seu nome e de seu (sua) filho (a) não serão identificados em hipótese alguma. Garantimos também que sua participação envolve riscos mínimos relacionados a eventual desconforto emocional ao responder às perguntas, e, caso isso ocorra, você poderá ficar à vontade para interromper suas respostas. Você também poderá me procurar para conversar sobre seu desconforto, no telefone, e/ou e-mail e/ou endereço indicados no final deste termo.

Sua participação é muito importante, e você responderá a dois questionários, preenchidos por mim, com duração de aproximadamente 30 min.

Ressaltamos que você concordar ou não em participar da pesquisa não irá prejudicar o atendimento de seu (sua) filho (a) no serviço de saúde e que você poderá, em qualquer momento, desistir da pesquisa. Também destacamos que você não terá custos em dinheiro ou receberá algum valor em dinheiro para participar da pesquisa. Entretanto, fica assegurado seu direito à indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa.

Uma via desse termo, assinada pelo pesquisador, ficará com você e os resultados da pesquisa serão publicados por meio de artigos científicos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, que tem a finalidade de proteger eticamente o participante da pesquisa. Este comitê funciona das 8 h às 17 h, de segunda a sexta-feira, no endereço que consta ao final deste termo.

Eu, _____, fui informado (a) sobre o objetivo da pesquisa de modo claro e detalhado. Recebi informação a respeito de como os dados serão coletados. Sei que em qualquer momento eu poderei pedir novas informações no telefone ou endereço abaixo e modificar minha decisão se assim eu desejar. Eu fui igualmente informado (a) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos de coleta de dados, da liberdade de tirar meu consentimento, em qualquer momento, da garantia de que não serei identificado (a) quando os resultados forem divulgados e de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos, vinculados à presente pesquisa. Estou ciente de que receberei uma via desse termo, assinada pelo pesquisador.

Nome do entrevistado	Assinatura do entrevistado	Data
_____ Ana Paula Contiero Toninato Enfermeira. COREN – PR nº 155207 Pesquisadora principal E-mail: ana_contiero@hotmail.com	_____ Maria Cândida de Carvalho Furtado Enfermeira. COREN – SP nº 72884 Orientadora E-mail: mcandida@eerp.usp.br	

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Av. Bandeirantes, 3.900, Bloco de Laboratórios Profa. Dra. Neide Fávero, sala 21. Telefone (0XX16) 3315 0542.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Av. Bandeirantes, 3.900 – telefone: (0XX16) 3315 9197

Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 8:00h às 17:00h

9 ANEXOS

“Eu sou aquela mulher que fez a escalada da montanha da vida removendo pedras e plantando flores”.

(Cora Coralina)

Anexo A- Instrumento de Avaliação da Atenção Primária PCATool – Brasil versão Criança

A – Grau de afiliação

A1 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde aonde você **geralmente leva** o/a _____ (nome da criança) quando ele(a) está doente ou quando precisa de algum conselho sobre a saúde dele(a)?

☐ Não ☐ Sim (por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____

A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que **conhece melhor** o/a _____ (nome da criança) como pessoa?

☐ Não ☐ Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima

☐ Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____

A3 – Há um médico ou serviço de saúde que é **mais responsável** pelo atendimento de saúde do(a) _____ (nome da criança)?

☐ Não ☐ Sim, mesmo que A1 e A2 acima ☐ Sim, mesmo que A1 somente ☐ Sim, mesmo que A2 somente ☐ Sim, diferente de A1 e A2 (por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____ Endereço: _____

Para o entrevistador: IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

- Se o entrevistado indicou o MESMO serviço de saúde nas 3 PERGUNTAS, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).

- Se o entrevistado respondeu a 2 PERGUNTAS IGUAIS, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item **A5**).

- Se TODAS AS RESPOSTAS forem DIFERENTES, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde IDENTIFICADO NA PERGUNTA A1. (Preencha o item **A5**).

- Se o entrevistado respondeu NÃO a 2 PERGUNTAS, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde IDENTIFICADO NA PERGUNTA que respondeu SIM. (Preencha o item **A5**).

- Se o entrevistado respondeu NÃO à pergunta A1 e indicou RESPOSTAS DIFERENTES para A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde IDENTIFICADO NA RESPOSTA A3. (Preencha o item **A5**).

- Se o entrevistado respondeu NÃO A TODAS AS 3 PERGUNTAS, por favor, PERGUNTE O NOME DO ÚLTIMO médico/enfermeiro/serviço de saúde ONDE A CRIANÇA CONSULTOU e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha os itens A4 e A5).

A4 – Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, TODAS AS PERGUNTAS seguintes serão sobre o(a):

A5

(Nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde). (VÁ PARA A **SEÇÃO B**)

B – Acesso de primeiro contato – utilização

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
B1 – Quando sua criança necessita de uma consulta de rotina, você vai ao ____ antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B2 – Quando sua criança tem um novo problema de saúde, você vai ao ____ antes de ir a outro serviço de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
B3 – Quando sua criança tem que consultar um médico especialista, o ____ tem que encaminhá-la obrigatoriamente?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

C – Acesso de primeiro contato – acessibilidade

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
C1 – Quando o ____ está aberto e sua criança fica doente, alguém desse serviço de saúde atende a ela no mesmo dia?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C2 – Você tem que esperar muito tempo ou falar com muitas pessoas para marcar hora no ____?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C3 – É fácil marcar uma consulta de rotina no ____?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C4 – Quando você chega ao ____, você tem que esperar mais que 30 min. para que sua criança consulte com o médico ou enfermeiro?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C5 – É difícil para você conseguir atendimento médico para sua criança no ____ quando você acha necessário?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
C6- Quando o ____ está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

D – Longitudinalidade

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
D1 – Quando você vai ao ____, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende à	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

sua criança todas as vezes?					
D2 – Se você tiver uma pergunta sobre a saúde de sua criança, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D3 – Você acha que o médico ou enfermeiro da sua criança entende o que você diz ou pergunta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D4 – O médico ou enfermeiro responde às suas perguntas de maneira que você entenda?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D5 – O médico ou enfermeiro lhe dá tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D6 – Você se sente à vontade contando suas preocupações ou problemas sobre sua criança ao médico ou enfermeiro?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D7 – O médico ou enfermeiro conhecem sua criança mais como pessoa ou somente alguém com um problema de saúde?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D8 – O médico ou enfermeiro conhecem a história clínica (médica) completa de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D9 – O médico ou enfermeiro sabem a respeito de todos os medicamentos que sua criança está tomando?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D10 – O médico ou enfermeiro se reuniria com sua família se você achasse necessário para sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
D11 – Você mudaria do _____ para outro serviço de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

E – Coordenação – integração de cuidados

E1 – Sua criança foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que ela está em acompanhamento no _____?

- ☐ Sim
- ☐ Não (**Passe para a questão F1**)
- ☐ Não sei/ não lembro (**Passe para a questão F1**)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
E2 – O _____ (NSF ou médico) sugeriu/indicou (encaminhou) que sua criança fosse consultar com este especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E3 – O médico ou enfermeiro da sua criança sabem que ela fez essa consulta com este especialista ou	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

serviço especializado?					
E4 – O médico ou enfermeiro ficou sabendo quais foram os resultados desta consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E5 – Depois desta consulta com o especialista ou serviço especializado, o seu médico ou enfermeiro conversaram com você sobre o que acontece durante essa consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
E6 – O seu médico ou enfermeiro pareceram interessados na qualidade do cuidado que foi dado à sua criança no especialista ou serviço especializado?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

F – Coordenação – sistema de informações

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
F1 – Quando você leva sua criança ao _____, você leva algum dos registros de saúde ou boletim de atendimento que sua criança recebeu no passado? (exemplificar se não entender: “registro” – ficha de atendimento de emergência, carteira da vacinação).	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F2 – Quando você leva sua criança ao _____, o prontuário dela está sempre disponível na consulta?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
F3 – Você poderia ler (consultar o prontuário/ficha de sua criança se quisesse) no _____ (serviço de saúde)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

G – Integralidade – serviços disponíveis

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

A seguir, apresentamos uma lista de serviço/orientações de que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento.

Indique, por favor, se no _____ (serviço de saúde) esses serviços ou orientações estão disponíveis:

(REPETIR A CADA 3-4 ITENS: Está disponível no _____ serviço de saúde

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
G1 – Vacinas (imunizações)	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

G3 – Planejamento familiar	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G4 – Programa de suplementação nutricional (ex.: leite e alimentos)	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G5 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas: álcool, remédios para dormir, cocaína, outros)	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G6 – Aconselhamento para problemas de saúde mental	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G7 – Sutura de um corte que necessita de pontos	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G8 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
G9 – Identificação (algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

H – Integralidade – serviços prestados

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Vou lhe falar sobre vários assuntos importantes para a saúde de sua criança. Quero que você me diga se, nas consultas ao seu médico ou enfermeiro, alguns desses assuntos foram conversados com você.

Em consultas ao _____ (serviço de saúde/médico/enfermeiro), algum dos seguintes assuntos sobre sua criança já foram ou são discutidos (conversados) com você? (REPETIR ESSA FRASE A CADA 3-4 ITENS)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
H1 – Orientação para manter sua criança saudável, como alimentação saudável, boa higiene ou sono adequado	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H2 – Segurança no lar: como guardar medicamentos com segurança	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H3 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança, isto é, que coisas você deve esperar de cada idade. Por exemplo, quando a criança vai caminhar, controlar o xixi,....	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H4 – Maneiras de lidar com o comportamento de sua criança	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
H5 – Maneiras para manter sua criança segura, como evitar tombos ou quedas de altura ou mantê-la afastada do fogo	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

I – Orientação familiar

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
I1 – Você acha que o médico ou					

enfermeiro conhecem sua família bastante bem?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I2 – O médico ou enfermeiro sabem quais são os problemas mais importantes para você e sua família?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I3 – O médico ou enfermeiro sabem sobre o trabalho ou emprego dos familiares de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I4 – O médico ou enfermeiro saberiam, de alguma forma, se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos de que sua criança precisa (ou se precisasse)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I5 – O seu médico ou enfermeiro lhe perguntam sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento e cuidado de sua criança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
I6 – O seu médico ou enfermeiro já lhe perguntaram sobre doenças ou problemas que existam na família de sua criança (câncer, alcoolismo, depressão)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

J – Orientação comunitária

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
J1 – Alguém do _____ (serviço de saúde) faz visitas domiciliares?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J2 – O _____ (serviço de saúde/médico/enfermeiro) conhece os problemas de saúde importantes de sua vizinhança?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

A seguir, serão listadas formas de se avaliar a qualidade de serviços de saúde.

O _____ (serviço de saúde/médico/enfermeiro) realiza algumas dessas?

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/não lembro
J3 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐
J4 – Convida membros da família a participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor/Conselho de Usuários)?	4 ☐	3 ☐	2 ☐	1 ☐	9 ☐

Anexo B- Termo de autorização para realização da pesquisa

<p>HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE – N.E.P.</p>	<p>FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE FOZ DO IGUAÇU</p>
<h2>AUTORIZAÇÃO</h2>	
<p>Fica a partir dessa data autorizada a pesquisadora Ana Paula <u>Contiero Toninato</u> a realizar sua pesquisa nesta instituição de saúde para sua tese de doutorado intitulada <u>"Internações hospitalares em crianças por condições sensíveis à atenção primária em região de fronteira"</u>.</p>	
<p>Foz do Iguaçu, 30 de Janeiro de 2017</p>	
<p><i>Carolina Schaffer Piatzchaki</i> Enfermeira COREN/PR 427 766</p> <hr/>	
<p>Carolina S. Piatzchaki</p> <p>Enfermeira do Núcleo de Educação Permanente do Hospital Municipal Padre Germano Lauck</p>	

Anexo C- Certificado de apreciação ética

Centro Colaborador da OPAS/OMS para o
Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315.3382 - 55 16 3315.3381 - Fax: 55 16 3315.0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício CEP-EERP/USP nº 073/2017, de 07.04.2017

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 225ª Reunião Ordinária, realizada em 05 de abril de 2017.

Protocolo CAAE: 64907717.6.0000.5393

Projeto: Internações Hospitalares em Crianças por Condições Sensíveis a Atenção Primária em Região de Fronteira

Pesquisadores: Ana Paula Contiero Toninato
Maria Cândida de Carvalho Furtado (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP