UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

VALÉRIA DIAS REZENDE

A hospitalização de crianças menores de cinco anos e o uso de serviços da Atenção Primária em Ribeirão Preto - SP

RIBEIRÃO PRETO

2021

VALÉRIA DIAS REZENDE

A hospitalização de crianças menores de cinco anos e o uso de serviços da Atenção Primária em Ribeirão Preto - SP

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

Linha de pesquisa: Assistência à Criança e ao Adolescente e suas famílias

Orientadora: Maria Cândida de Carvalho Furtado

RIBEIRÃO PRETO

2021

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.

Rezende, Valéria Dias
A hospitalização de crianças menores de cinco anos e o uso de serviços da Atenção Primária em Ribeirão Preto - SP. RibeirãoPreto, 2021.
86 f. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.
Orientador: Maria Cândida de Carvalho Furtado

1. Enfermagem Pediátrica. 2. Criança Hospitalizada. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde).

REZENDE, Valéria Dias

A hospitalização de crianças menores de cinco anos e o uso de serviços da Atenção Primária em Ribeirão Preto - SP

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

Aprovado em / /

Comissão Julgadora

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

Prof. Dr._____

Instituição:_____

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente à **Deus** que me abençoa e protege desde o ventre da minha mãe e acolheu meu maior sonho da vida, o de ser enfermeira. Gratidão por ter chegado até aqui e concluir mais uma etapa em meu processo de evolução nesta profissão: de me tornar mestre em saúde pública, materno e infantil em uma das melhores Universidades do Brasil, a Universidade de São Paulo.

Também quero dedicar esse trabalho à excelente enfermeira no qual me inspiro desde o início da minha graduação: À **Professora Doutora Maria Cândida de Carvalho Furtado**. Serei eternamente grata por me acompanhar, com sua dedicação, integridade, humanidade, paciência e amizade; Acreditando em meus sonhos, no meu potencial, me ensinando e ajudando a trilhar meu caminho na arte do cuidado, em especial na enfermagem pediátrica.

AGRADECIMENTOS

Aos meus amados pais, **Márcio** José Gomes de Rezende e **Rosa** Maria Dias Rezende, pelo Amor incondicional que depositam em mim, permanecendo do meu lado a cada instante, sem exceção. Obrigada por me educarem segundo as virtudes da honestidade, bondade, justiça, Esperança em Deus e Fé, suportando os mais diversos obstáculos e não medindo esforços para me verem feliz.

Ao meu querido irmão, **Vinícius** Dias de Rezende, que me contagia com sua luz, alegria, força e companheirismo, zelando por minha vida com seu imenso carinho e por ir além de "estar presente" em todos os momentos, "ser um presente" na minha vida. Assim como a sua mulher, **Simone** Silva Florenço, minha cunhada, que se tornou uma grande amiga e conselheira através destes anos, me apoiando e encorajando sempre.

Aos meus sobrinhos e afilhados **Letícia** Gomes Rezende e **Hiago** Florenço Rezende, que são a razão da minha constante busca por um "eu melhor". Obrigada por existirem e tornarem meu mundo mais belo, alegre, animado e colorido. Que vocês trilhem seus caminhos com sabedoria e graça divina, sabendo que tem uma tia-madrinha que os ama "até o infinito e além" e não medirá esforços para que vocês vivam seus sonhos.

Aos meus amigos, os quais opto para não citar nomes aqui, para não ser injusta com nenhum deles, afinal cada um desempenhou um papel fundamental durante minha jornada, deixando-a mais leve, alegre e viva. Obrigada por permanecerem ao meu lado mesmo na distância, suportando minhas ausências por estar estudando e/ou "de plantão".

Aos meus colegas de trabalho da Enfermaria Pediátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (HCFMRP-USP) pela agradeço pela amizade, compreensão e parceria durante esses anos de trabalho. Estendo este agradecimento ao funcionário do HC Criança Carlos

Alberto Siqueira Lima Junior que, com sua paciência e conhecimento, tornou o uso do programa Red Cap® muito mais fácil e interessante.

Aos funcionários da Enfermaria Pediátrica da Unidade de Emergência do HCFMRP-USP, que foram sempre gentis e prestativos durante a coleta de dados realizada no local.

A aluna de Iniciação Científica, Samanta Ferraz Gomes, que foi essencial na coleta de dados deste trabalho. Obrigada por sua disponibilidade, apoio e dedicação de sempre.

À Professora Doutora Angelina Angelina Lettiere-Viana e Professora Doutora Juliana Cardeal da Costa Zorzo que me aconselharam em meu trajeto do Mestrado, com colocações pertinentes e significativas durante o Exame de Qualificação deste trabalho.

À Dra. Miyeko Hayashida pela contribuição com seus saberes em estatística.

À Dra. Suleimy Cristina Mazin pela contribuição com seus saberes em estatística.

Aos docentes e todos funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo que trabalham duro para excercerem um trabalho impecável e de altíssima qualidade na formação de enfermeiros e pós graduandos.
Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública e à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo, por tornarem possível a realização deste mestrado.

Aos familiares das crianças que aceitaram contribuir com este estudo sendo pacientes e solícitos durante as entrevistas, que por vezes se tornavam conversas e desabafos.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

REZENDE, Valéria Dias. **A hospitalização de crianças menores de cinco anos e o uso de serviços da atenção primária em Ribeirão Preto – SP**. 2021. 86f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Este estudo transversal, quantitativo, que analisou a hospitalização de crianças menores de cinco anos de idade e o uso de serviços da atenção primária em município paulista. Entre julho de 2020 e julho de 2021, entrevistou-se 184 cuidadores/responsáveis de crianças hospitalizadas em dois hospitais públicos de Ribeirão Preto, SP. Aplicou-se questionário (dados sócio-demográficos da família e clínicos da criança) e Instrumento de Avaliação da Atenção Primária - Brasil, versão criança, com transferência, dos dados coletados, para a plataforma digital RedCap®. Para analisar o uso dos serviços de saúde, utilizou-se o programa IBM® SPSS® Statistics, versão 25; considerou-se nível de significância α=0,05. Na análise inferencial, construiu-se tabelas de contingências das variáveis exploratórias em relação à três desfechos: Internação por Condição Sensível à Atenção Primária (ICSAP); acometimento respiratório; ocorrência dos atributos essenciais da atenção primária à saúde (APS). O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP aprovou a pesquisa. No período, identificou-se 184 hospitalizações, 102 (55,4%) eram por condições não sensíveis à APS; 82 (44,6%) eram ICSAP. Das ICSAP, houve maior frequência para doenças do aparelho respiratório (52; 28,3%). Mais de 80% das famílias estão acima da linha da pobreza; contudo, cerca de dois terços recebem benefício social. Quase metade das crianças internadas com menos de um ano de vida; mais de 80% nasceram a termo, com peso adequado e sugaram seio materno. Pouco mais de um terço das crianças possui condição crônica de saúde e tem hospitalização anterior; menos de 10% delas é dependente de tecnologia em saúde; quase um terço faz uso contínuo de medicamentos. Mais de três quartos das crianças do estudo têm calendário vacinal atualizado. Verificou-se associação entre o Escore Essencial da APS e a etnia e a criança fazer uso de alguma tecnologia para o cuidado em saúde. O desfecho ICSAP teve associação com renda familiar, moradia e a Integralidade (Serviços Disponíveis e Serviços Prestados). Houve associação entre o desfecho ICSAP por doença respiratória e a renda familiar e a mãe residir com o companheiro. Os aspectos sociodemográficos se reafirmaram como relevantes quando se tornam vulnerabilidades para que a criança tenha desfechos desfavoráveis em sua saúde. Assim, considerá-los nas

consultas e nas visitas domiciliares pode potencializar planos de cuidados individualizados, e promover resultados favoráveis. O estudo contribui ao destacar fatores que demonstraram concorrer para o desfecho ICSAP. Variáveis sociodemográficas, condições clínicas da criança e experiências positivas de atributos na APS são elementos que podem ser incorporados na abordagem cotidiana dos profissionais que atendem a população infantil na atenção primária.

Descritores: Enfermagem Pediátrica. Criança Hospitalizada. Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde).

ABSTRACT

REZENDE, Valéria Dias. **The hospitalization of children under five years old and the use of primary care services in Ribeirão Preto – SP.** 2021. 86p. Thesis (MS) –Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

This cross-sectional, quantitative study analyzed the hospitalization of children under five years of age and the use of primary care services in a city in São Paulo. Between July 2020 and July 2021, 184 caregivers/guardians of children hospitalized in two public hospitals in Ribeirão Preto, SP, were interviewed. We applied a questionnaire (socio-demographic family and clinical data of the child) and the Primary Care Assessment Tool - Brazil, child version; all data were transferred to the RedCap® digital platform. In order to analyze the use of health services, the IBM® SPSS® Statistics program, version 25, was used; considering a significance level of α=0.05. In the inferential analysis, contingency tables of exploratory variables were built in relation to three outcomes: Hospitalization for Ambulatory Care Sensitive Condition (ACSC); respiratory impairment; occurrence of essential attributes of Primary Health Care (PHC). The Research Ethics Committee of the College of Nursing at Ribeirão Preto – University of São Paulo approved the research. During the period, 184 hospitalizations were identified, 102 (55.4%) were for conditions not sensitive to PHC; 82 (44.6%) were ACSC. Among the ACSC, there was a higher frequency for respiratory system diseases (52; 28.3%). More than 80% of families are above the poverty line; however, about two-thirds receive social benefits. Almost half of hospitalized children are under one year of age; more than 80% were born at term, with adequate weight and were breastfeeding. Just over a third of children have a chronic health condition and have been previously hospitalized; less than 10% of them are dependent on health technology; almost a third make continuous use of medication. More than three quarters of the children in the study have an up-to-date vaccination schedule. There was an association between the PHC Essential Score and ethnicity and the child using some technology for healthcare. The ACSC outcome was associated with family income, housing and Integrality attribute (Available Services and Services Provided). There was an association between the ACSC outcome for respiratory disease and family income and the mother living with her partner. The sociodemographic aspects were reaffirmed as relevant when they become vulnerabilities for the child to have unfavorable health outcomes. Thus, considering them in consultations and home visits can enhance individualized care plans and promote favorable results. The study

contributes by highlighting factors that have been shown to contribute to the ACSC outcome. Sociodemographic variables, clinical conditions of the child and positive experiences of attributes in PHC are elements that can be incorporated into the daily approach of professionals who serve the child population in primary care.

Key words: Pediatric Nursing. Child, Hospitalized. Primary Health Care. Process Assessment, Health Care.

RESUMEN

REZENDE, Valéria Dias. **La hospitalización de niños menores de cinco años y el uso de los servicios de atención primaria en Ribeirão Preto** - SP. 2021. 86f. Disertación (Maestría en Ciencias) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Este estudio transversal y cuantitativo analizó la hospitalización de menores de cinco años y el uso de los servicios de atención primaria en una ciudad de São Paulo. Entre julio de 2020 y julio de 2021, se entrevistaron a 184 cuidadores / tutores de niños hospitalizados en dos hospitales públicos de Ribeirão Preto, SP. Se aplicó un cuestionario (datos sociodemográficos familiares y clínicos del niño) y la Herramienta de Evaluación de Atención Primaria - Brasil, versión infantil; todos los datos fueron transferidos a la plataforma digital RedCap®. Para analizar el uso de los servicios de salud se utilizó el programa IBM® SPSS® Statistics, versión 25; considerando un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$. En el análisis inferencial, se construyeron tablas de contingencia de variables exploratorias en relación con tres resultados: Hospitalización por Condición Sensible de Atención Ambulatoria (CSAA); insuficiencia respiratoria; ocurrencia de atributos esenciales de la Atención Primaria de Salud (APS). El Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería de Ribeirão Preto - Universidad de São Paulo aprobó la investigación. Durante el período se identificaron 184 hospitalizaciones, 102 (55,4%) por condiciones no sensibles a la APS; 82 (44,6%) fueron CSAA. Entre las CSAA, hubo una mayor frecuencia de enfermedades del sistema respiratorio (52; 28,3%). La mayoría de los participantes eran madres, jóvenes, no blancas, con estudios superiores, trabajo no remunerado y que vivían en pareja. Más del 80% de las familias están por encima del umbral de pobreza; sin embargo, alrededor de dos tercios reciben beneficios sociales. Todas las casas tienen suministro público de agua, con electricidad, alcantarillado y recolección de basura pública. Casi la mitad de los niños hospitalizados tienen menos de un año; más del 80% nacieron a término, con peso adecuado y estaban amamantando. Sin embargo, tres cuartas partes de ellos tuvieron la introducción de leche artificial, el 40% en el primer mes de vida. Poco más de un tercio de los niños tienen una enfermedad crónica y han sido hospitalizados previamente; menos del 10% de ellos dependen de la tecnología sanitaria; casi un tercio hace uso continuo de medicamentos. Más de las tres cuartas partes de los niños del estudio tienen un calendario de vacunación actualizado, tienen un peso adecuado para su edad y se controlan el crecimiento y el desarrollo en las

unidades básicas de atención médica. Hubo una asociación entre el puntaje esencial de APS y el origen étnico y el niño que usa alguna tecnología para la atención médica. El resultado CSAA se asoció con el ingreso familiar, la vivienda y el atributo de Integralidad (Servicios Disponibles y Servicios Prestados). Hubo una asociación entre el resultado CSAA para la enfermedad respiratoria y los ingresos familiares y la madre que vive con su pareja. Los aspectos sociodemográficos se reafirmaron como relevantes cuando se convierten en vulnerabilidades para que el niño tenga resultados de salud desfavorables. Así, considerarlos en consultas y visitas domiciliarias puede potenciar los planes de atención individualizados y promover resultados favorables. El estudio contribuye destacando los factores que se ha demostrado que contribuyen al resultado de la CSAA. Las variables sociodemográficas, las condiciones clínicas del niño y las vivencias positivas de los atributos en la APS son elementos que pueden incorporarse al abordaje diario de los profesionales que atienden a la población infantil en atención primaria.

Descriptores: Enfermería Pediátrica. Niño Hospitalizado. Atención Primaria de Salud. Evaluación de Procesos, Atención de Salud.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Frequência das causas de hospitalização de crianças menores de cinco anos, segundo CID -10, 2020-2021. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2021 (N=82) 36
Tabela 2. Frequência das variáveis maternas e sociodemográficas de crianças menores de cinco ano hospitalizadas, 2020-2021. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2021 .. 37
Tabela 3. Frequência das variáveis das crianças menores de cinco anos hospitalizadas, 2020-2021. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2021 39
Tabela 4. Valores dos atributos da atenção primária à saúde, segundo causas de hospitalização de crianças menores de cinco anos, 2020-2021. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021 43
Tabela 5. Associação entre as variáveis sociodemográficas das crianças hospitalizadas em relação ao Escore Essencial da Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021 44
Tabela 6. Associação entre as variáveis perinatais, de morbidade prévia e de cuidado das crianças hospitalizadas em relação ao Escore Essencial da Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021..... 45
Tabela 7. Associação entre de uso e de qualidade dos serviços de atenção primária em relação ao Escore Essencial da Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021..... 46
Tabela 8. Associação entre as variáveis sociodemográficas das crianças em relação às internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021 48
Tabela 9. Associação entre as variáveis perinatais, de morbidade e de cuidado da criança em relação às internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021..... 49
Tabela 10. Associação entre as variáveis de uso e qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde em relação às internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021..... 50
Tabela 11. Associação entre as variáveis sociodemográficas das crianças em relação à internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária por doenças do aparelho respiratório. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021..... 52
Tabela 12. Associação entre as variáveis perinatais, de morbidade prévia e de cuidados da criança em relação à internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária por doenças do aparelho respiratório. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021..... 53
Tabela 13. Associação entre as variáveis de uso e qualidade dos serviços de Atenção Primária em Saúde em relação à internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária por doenças do aparelho respiratório. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021..... 54

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Gráfico 1: Índice de Internações de crianças menores de 4 anos em Ribeirão Preto,SP, Brasil, 2021 57

LISTA DE ABREVIATURA

APS	Atenção Primária à Saúde
AB	Atenção Básica
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Acquired Immunodeficiency Syndrome)
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
C&D	Crescimento e Desenvolvimento
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – 10
CMSC	Centro Médico Social Comunitário
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COVID-19	Doença do Coronavírus (corona virus disease) -19
CRIANES	Crianças com Necessidades Especiais de Saúde
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
CSE	Centro de Saúde Escola
DTP	Tríplice Bacteriana (Vacina contra Difteria, tétano e coqueluche)
EERP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
ESF	Estratégia Saúde da Família
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP
GTT	Gastrostomia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
ICSAP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCATool-Brasil	Primary Care Assessment Tool – Versão Brasileira
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente
REDCAP®	Research Electronic Data Capture®
SIH	Sistema de Internação Hospitalar
SNG	Sonda Naso Gástrica
SP	São Paulo
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBDS	Unidade Básica e Distrital de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	Unidade de Emergência
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. Introdução 19
1.1. Atenção à saúde da criança: compromissos e ações para o cuidado 20
1.2. Hospitalizações de criança e uso de serviços de atenção primária 21
2. Objetivos 26
2.1. Objetivo Geral 27
2.2. Objetivos Específicos..... 27
3. Percurso Metodológico..... 28
3.1. Tipo de Estudo..... 29
3.2. Local..... 29
3.3. Participantes..... 30
3.4. Coleta e Registro de Dados..... 31
3.5. Análise dos Dados..... 33
3.6. Aspectos Éticos..... 34
4. Resultados..... 35
5. Discussão..... 56
6. Conclusão 63
7. Referências 65
Apêndices 74
Anexos 79

Apresentação

É com muita alegria que venho, nesse trabalho, celebrar 15 anos que minha vida se entrelaçou na enfermagem e iniciei uma jornada do que vinha a se tornar uma das minhas maiores paixões na vida: promover, proteger e recuperar a vida das pessoas, permeado sempre no respeito e amor ao próximo.

Eu nasci em 13 de maio de 1989, em uma pequena e pacata cidade chamada Muzambinho, localizada no interior e sul de Minas Gerais, Brasil. Numa família cristã, católica, que sempre prezou pelos valores morais e bons costumes. Me percebi interessada na enfermagem durante a adolescência, ao notar que ajudar as pessoas me trazia uma satisfação inigualável. Refletia o quanto as pessoas estavam vulneráveis ao adoecer e o quanto eu gostaria de poder auxiliá-las nesses momentos frágeis. Já a minha ligação com crianças, eu acredito que seja algo inerente à minha característica pessoal; afinal, o elo que eu consigo estabelecer com essa faixa etária sempre me foi algo genuíno, espontâneo e, até mesmo, inexplicável.

Ao concluir o ensino de técnico em enfermagem, eu tive a certeza que gostaria de me tornar enfermeira. Mas, devido as possibilidades econômicas da minha família, sempre soube que este seria um grande desafio. Em 2009, ao ser aprovada no vestibular na Universidade de São Paulo no Curso de Bacharelado e Licenciatura da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP), veio a confirmação de um dos maiores ensinamentos que eu recebi do meu pai, o qual ele me afirma que eu tenho capacidade de realizar qualquer sonho através de muito esforço, dedicação e fé. Sair do interior e "ir para cidade grande" foi um ato de verdadeira coragem, que aos poucos fui descobrindo que eu a tinha. Foram inúmeros momentos desafiadores, de empenho, trabalho e perseverança, até conquistar o tão sonhado e almejado diploma de enfermeira.

Logo no início da faculdade, eu tive a oportunidade de participar de um projeto de extensão supervisionado pela Profa. Dra. Maria Cândida de Carvalho Furtado. Neste projeto da prefeitura municipal, intitulado Floresce uma Vida, eu atuava em uma maternidade para estabelecer e reforçar o vínculo entre o binômio mãe-filho e os serviços da atenção básica de saúde. Esse foi o início do florescer de uma grande amizade entre mim e a professora, afinal nunca mais nos separamos. Com o passar dos anos, eu me via mais interessada nas complexidades que permeavam a organização e os cuidados na atenção básica e o ensino-aprendizagem dos indivíduos, pensando sempre na qualificação da assistência.

Considerando as minhas áreas de afinidade, a minha primeira Iniciação Científica foi na saúde da criança, avaliando a qualidade da Atenção Primária à Saúde, tema pelo

qual eu continuo interessada. Durante a minha evolução acadêmica, também tive a oportunidade de realizar um intercâmbio para Portugal, onde optei por estudar saúde da criança e atenção primária no exterior, ampliando e aprofundando meus conhecimentos sob uma ótica diversificada.

Ao me formar na EERP-USP, mesmo tendo um grande interesse pela área acadêmica, eu escolhi adentrar ao mercado de trabalho, pois acredito que o ensino-aprendizagem baseado em evidências, experiências reais e maturidade profissional tem um maior impacto sobre a vida dos alunos. Nesse âmbito, eu tive a oportunidade de trabalhar como docente em um curso técnico de enfermagem, como gestora operacional de *homecare*, como enfermeira assistencial de um hospital de pequeno porte e outro de médio porte (nos setores de pronto atendimento, centro cirúrgico, enfermaria médica e cirúrgica, clínica adulta e infantil e cuidados paliativos), sendo um de domínio público e outro do privado. Por fim, eu conquistei uma vaga no lugar que tinha como sonho atuar como enfermeira: a enfermaria pediátrica do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto-USP, um hospital quaternário, referência em saúde no país e é onde atualmente eu trabalho como enfermeira assistencial. Estando próxima do meu berço acadêmico e já com alguns anos de experiência de trabalho como enfermeira, eu decidi que seria o momento ideal para retomar a minha vida estudantil.

Ao buscar minha grande amiga e orientadora, Profa. Cândida, ela me recebeu de braços abertos nessa nova aventura: a busca pelo título de Mestre em Ciências. Conhecendo a minha história, ela tinha ciência que eu gostaria de estudar um tema que abrangesse a área hospitalar, setor que desenvolvi grande afinidade por trabalhar desde que eu me graduei; com o público alvo que sempre me encantou (pediatria); e envolvendo a Atenção Primária em Saúde (área que eu tenho tanto apreço). Estudando e pesquisando vários temas, encontrei nas “Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária”, uma oportunidade de unir todos temas propostos, por entender que são internações que acontecem e poderiam ser evitadas com uma assistência adequada e de qualidade na atenção primária. Assim, definimos o direcionamento desta dissertação: A hospitalização de crianças menores de cinco anos e o uso de serviços da Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP, que hoje, com grande honra, apresento a todos.

1 Introdução

O problema tratado nesse projeto de pesquisa diz respeito ao cuidado da saúde da criança, tendo a sua importância residida nas internações hospitalares como desfecho do (não) uso de serviços e do (não) acesso às ações em saúde no âmbito da atenção primária.

Para enunciá-lo, serão abordadas políticas públicas de saúde e acordos internacionais voltados a essa população, bem como a assistência dentro de modelo de cuidado proposto, no cenário brasileiro.

1.1 Atenção à saúde da criança: compromissos e ações para o cuidado

A consolidação das políticas públicas de atenção à saúde na infância permitiu que caminhos de cuidado, ao longo de décadas, viabilizasse a redução na mortalidade infantil no Brasil. Como exemplo, o atendimento ao 4º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) antes do prazo acordado entre as nações no mundo (VICTORA *et al.*, 2011).

Contudo, persistem desafios antigos e novos se fazem presentes e que demandam um olhar singular para a assistência a essa população. O acesso aos serviços de saúde, a qualidade no atendimento, a garantia da saúde e da qualidade de vida são questões apontadas pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estruturados de modo a completar os ODM (PNUD, 2015) e permitir a constante vigilância no cuidado das pessoas. Como meta até 2030 dentre os 17 ODS, o 3º objetivo indica compromisso dos países com a redução de mortes evitáveis de recém-nascidos para menos de 12 por 1.000 nascidos vivos (/1.000NV) e de crianças menores de cinco anos para menos de 25/1.000NV, assim como acabar com epidemias de doenças transmissíveis e doenças negligenciadas (PNUD, 2015).

Tal acordo remete à necessidade de que as práticas em saúde devam ser fortalecidas para proporcionar planos de responsabilização em favor da criança e, com isso, a integralidade do cuidado e o direito em saúde, promovendo a sustentabilidade das ações para o cumprimento de tais metas até o final desta década (ANDRADE *et al.*, 2013; MARINHO *et al.*, 2020).

Autores apontaram as melhorias na saúde de mães e de crianças com o avanço dos sistemas de saúde brasileiros, às condições de saúde e aos determinantes sociais no país (VICTORA *et al.*, 2011; ARAÚJO *et al.*, 2014), o que respondeu aos compromissos internacionais assumidos para garantir atenção à população materno-infantil.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (PNAISC), instituída em 2015, contempla um conjunto de ações programáticas e

estratégicas para o desenvolvimento da criança em todas as etapas do ciclo de vida. O artigo 2º descreve que tal política tem por objetivo ações que visem a promoção e proteção da saúde da criança, por meio de atenção e cuidados integrais e integrados, desde a gestação até os nove anos de idade da criança (BRASIL, 2015).

Dessa forma, essa política, trata a primeira infância (cinco primeiros anos de vida) com especial atenção, como também crianças com maior vulnerabilidade, por meio de ações que reduzam morbimortalidade e favoreçam ambiente digno para a criança crescer e se desenvolver. Destaca-se também o compromisso em se articular com a demais políticas (educação e assistência social) e a organização em eixos estratégicos transversais às redes de atenção à saúde, para viabilizar cuidado integral e continuado dessa população (BRASIL, 2018).

1.2 Hospitalizações de criança e uso de serviços de Atenção Primária

No sentido de compreender a ocorrência de agravos que levam à internação hospitalar e o cuidado ofertado à criança no contexto da atenção primária, apresenta-se a seguir, a fundamentação teórica que contempla os conceitos a serem utilizados na análise dos resultados desse estudo. Inicialmente, destacam-se evidências sobre as Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) de crianças em diferentes localidades, nacionais e internacionais.

Na sequência, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento nos primeiros anos de vida da criança, a partir da vigilância, como instrumento relevante que coopera para promoção da saúde e redução de mortes infantis. Por fim, se apresenta a Estratégia Saúde da Família (ESF) no contexto do cuidado infantil, como promotora de aproximação da equipe de saúde e do cuidador/família da criança, entrelaçando possibilidades de cuidados efetivos e eficazes para manutenção da sua saúde.

As ICSAP permitem avaliar a qualidade, a acessibilidade, a eficácia e a capacidade resolutiva da atenção primária à saúde (APS), a partir da atividade hospitalar (PREZOTTO *et al.*, 2017; SOUZA, PEIXOTO, 2017). Trata de indicador que se fundamenta na oferta de atendimento ambulatorial oportuno e de qualidade, e favorece, assim, a redução do risco de hospitalização; logo, pode ser considerado uma medida indireta da APS (PAZÓ *et al.*, 2017).

Em âmbito internacional, evidências de indicadores da atividade hospitalar para medir a efetividade da APS (ORUETA *et al.*, 2015; CECIL *et al.*, 2015), demonstram que

o seguimento ambulatorial e a continuidade nos cuidados na atenção primária reduzem a chance de ICSAP (HU; MORTENSEN, 2018; WEEKS *et al.*, 2016; BUSBY *et al.*, 2017).

Visando fortalecer a APS, foram propostos eixos denominados **atributos essenciais**, compostos pelo Acesso de primeiro contato, Longitudinalidade, Integralidade e Coordenação da atenção. Os **atributos derivados** que contemplam a Orientação familiar, Orientação comunitária e Competência cultural. O conjunto das ações que integram os atributos visam a favorecer a qualidade da atenção em saúde ofertada em todo processo de saúde-doença, para todos os indivíduos, em todas as etapas da vida (FIGUEIRA *et al*., 2020). Apesar da redução da ICSAP ser evidenciada por pesquisas, ainda persistem pouca ou não ocorrência, nos serviços de saúde, dos atributos da APS para a população infantil (DAMASCENO *et al.*, 2016; BUTLER *et al.*, 2013; TOM *et al.*, 2013).

Estudos brasileiros mostraram a contribuição da ESF na redução das ICSAP. No entanto, diferentes taxas têm sido encontradas no país, como 23,3% no estado do Paraná (TOSO, ROSS, SOTTI, 2016); 11,54% no município de Curitiba (REHEM *et al.*, 2013). Para região sudeste, estado de São Paulo demonstrou 19,37% (REHEM, EGRY, 2011); Espírito Santo, 22,41% (PAZÓ *et al.*, 2014); Minas Gerais, 41,4% (CALDEIRA *et al.*, 2011). Da região Centro-Oeste, os resultados de Junqueira, Duarte (2012) foram 20% de ICSAP no Distrito Federal e de Santos *et al.* (2015), 38,7% no município de Cuiabá. No Nordeste, encontrou-se 60% no estado do Piauí (BARRETO; NERY; COSTA, 2012); 44,1% em Pernambuco (CARVALHO *et al.*, 2015).

Os autores Pinto & Giovanella (2018), apontaram que no Brasil, entre 2001 e 2016 houve uma redução na taxa de ICSAP de 45%, com as capitais brasileiras respondendo por uma média de 24% e municípios do interior do país demonstrando importante queda nas taxas de ICSAP de 48,6% (média entre municípios). Também destacam que a redução de ICSAP foi maior no estado do Rio de Janeiro com 37,7% (PINTO, GIOVANELLA, 2018). Em Rondônia, um estudo identificou redução das taxas de ICSAP de 16,7% de 2012 a 2016 (SANTOS, LIMA, FONTES, 2019). Sobre os municípios brasileiros, taxas de redução por ICSAP de 46,6% foram encontradas em cidades com menos de vinte mil habitantes; em Brasília e cidades satélites de 40,2% e ainda queda de 27,6% em Fortaleza, Ceará (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

Nos estudos acima apresentados, as principais causas de internação relacionaram-se às doenças respiratórias e gastroenterites, com altas taxas em algumas regiões brasileiras. Valores elevados de ICSAP sinalizam lacunas na acessibilidade, na resolução

de problemas ou no desempenho do sistema de saúde (DAMASCENO *et al.*, 2016; BUSBY *et al.*, 2017; WEEKS *et al.*, 2016). Nessa perspectiva, avaliar a atenção primária pode identificar fragilidades e, se oportuno, reorientar as ações oferecidas (DAMASCENO *et al.*, 2016; BUSBY *et al.*, 2017).

Analisar a ocorrência das ICSAP é um modo de monitorar os resultados dos serviços públicos de saúde. Ainda assim, é importante identificar os fatores que influenciam na ocorrência dessas internações (PREZZOTO, *et al.*, 2015; BUSBY *et al.*, 2017). A associação entre os determinantes socioeconômicos e demográficos e o aumento das internações por condições sensíveis é evidenciado por diversos estudos (CASTRO *et al.*, 2015; HALE; PROBOST; ROBERTSON, 2016; PREZOTTO *et al.*, 2015; PAZÓ *et al.*, 2014; BUTLER *et al.*, 2013; TOM *et al.*, 2013; BUSBY *et al.*, 2017).

Investigação realizada no município de São Paulo revelou aspectos que contribuem para estas internações, como a organização ainda fragmentada do sistema de saúde. Apesar disso, a estruturação das Redes de Atenção à Saúde, com integração entre os pontos de atenção e garantia de continuidade dos cuidados ofertados tem potencial para reduzir tais ocorrências (REHEM *et al.*, 2016).

No Brasil, a avaliação das ICSAP ainda se constitui em grande desafio no âmbito do sistema de saúde, tendo em vista todos os determinantes sociais envolvidos nesse processo, principalmente quando se trata do município de interesse para esta investigação, Ribeirão Preto, SP. Este município teve a implantação da ESF há cerca de 20 anos; contudo, a cobertura ainda é relativamente baixa, com dados revelando que em dezembro de 2014, havia cobertura de 18,37%; 5,39% maior do que a identificada em janeiro de 2010. Em dezembro de 2020, a cobertura populacional estimada da ESF era de 23,55%[1].

Frente aos agravos que levam a criança à internação hospitalar, por condições que poderiam ser manejadas na atenção primária, cuidados devem ser oferecidos de modo a evitar este desfecho. Para tanto, o acompanhamento da saúde da criança, a partir da avaliação de seu crescimento e desenvolvimento, deve ser garantido na Atenção Básica e é considerado o principal indicador das condições de saúde infantil. A assistência oferecida busca identificar alterações, encaminhar em tempo oportuno para intervenções, quando necessárias, além de prevenir complicações (BRASIL, 2015; FURTADO *et al.*, 2018).

---

[1] Fonte: e-gestor – Informações e Gestão da Atenção Básica (https://egestorab.saude.gov.br/).

Esse momento de atendimento busca o compartilhamento da responsabilidade entre o profissional de saúde e o responsável pelo cuidado da criança, favorecendo seu pleno desenvolvimento (FURTADO *et al.*, 2018; REICHERT *et al.*, 2016; YAKUWA *et al.*, 2016). Em um processo contínuo de educação para a saúde, toda a equipe deve estar preparada para acompanhar a criança, além de identificar as de risco e realizar busca ativa daquelas faltosas às consultas (FURTADO et al., 2018; YAKUWA *et al.*, 2016).

Estudo que avaliou a efetividade da ESF sobre indicadores de saúde da criança no estado de São Paulo, entre 1998 e 2009, demonstrou tendência crescente da cobertura da ESF; porém, com aumento acentuado nos municípios de pequeno porte (VENÂNCIO *et al.*, 2016). Da análise relacionada à mortalidade neonatal, identificou-se sua redução como possível efeito de proteção da cobertura da ESF; porém, tal resultado foi encontrado somente na análise não ajustada. Coberturas da ESF superiores a 50% mostraram efeito de proteção em relação à mortalidade pós-neonatal e coberturas até 50% ou superiores a 50% foram fatores de proteção para internações por pneumonia (VENÂNCIO *et al.*, 2016).

Contextos locais e regionais podem apresentar variações com relação à efetividade da ESF sobre os desfechos relacionados à saúde da criança (VENÂNCIO *et al.*, 2016). Nesse sentido, profissionais de saúde e gestores precisam ter em mente tal aspecto ao pensar em estratégias para aprimoramento da qualidade do cuidado ofertado na Atenção Básica, com repercussão nos indicadores de saúde da criança (VENÂNCIO *et al.*, 2016).

A avaliação dos efeitos da implementação das ESF ao longo de duas décadas no Brasil demonstrou que, mesmo não podendo isolar os efeitos da atenção primária, é possível que a redução das internações esteja vinculada à ampliação da cobertura da ESF no país (PINTO, GIOVANELLA, 2018).

Contudo, ainda são necessários avanços para ofertar cuidado adequado à criança nesse modelo de atenção, considerando os atributos da APS. Evidências indicam, para a população infantil, fragilidades de acesso (SILVA, FRACOLLI, 2016; HARZHEIM *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2018), longitudinalidade (SANTOS *et al.*, 2018), integralidade (HARZHEIM *et al.*, 2016), coordenação da atenção (SILVA *et al.*, 2015), como também orientação familiar e comunitária (REICHERT *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2018).

Cabe enfatizar que a ocorrência desses atributos na dinâmica dos serviços de saúde que atendem crianças ainda carece de ser revista, com transformações na estrutura (como

os serviços se organizam) e no processo (ações em saúde ofertadas) para um melhor planejamento do cuidado na atenção básica (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Pelo exposto, e tendo por interesse investigar a hospitalização de crianças em um município com mais duas décadas de implantação da ESF e, atualmente, com cobertura relativamente baixa, este estudo tem, como questão norteadora: *Quais os fatores contribuintes para a internação de crianças menores de cinco anos em um município do interior paulista*?

Com base nesse questionamento, a presente investigação tem sua relevância na busca por informações que esclareçam tal problemática. A partir dos resultados, busca-se indicar subsídios que contemplem as necessidades de saúde de crianças e fortaleçam as ações nos serviços de saúde.

Tem-se, como hipótese, que condições socioeconômicas desfavoráveis e baixa resolutividade dos serviços de atenção primária estão associadas ao aumento das internações em crianças menores de cinco anos de idade.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Analisar a hospitalização de crianças menores de cinco anos de idade e o uso de serviços da atenção primária em município paulista.

2.2 Objetivos Específicos

a) Caracterizar os aspectos socioeconômicos e demográficos das famílias e clínicos das crianças menores de cinco anos internadas em hospitais públicos de Ribeirão Preto, SP.
b) Avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde, segundo a utilização dos serviços de saúde, na perspectiva dos pais/responsáveis de crianças menores de cinco anos internadas em hospitais públicos de Ribeirão Preto, SP.
c) Verificar associação entre internações por condições sensíveis e internações por condições não sensíveis à atenção primária e as variáveis socioeconômicas e demográficas das famílias e clínicas das crianças e os atributos da atenção primária a saúde.

3 Percurso Metodológico

3.1 Tipo do estudo

Trata de estudo transversal, com abordagem quantitativa, justificada por possibilitar analisar dados objetivos, passíveis de quantificação. Este tipo de abordagem permite descrever o fenômeno ou as relações entre este em um ponto fixo (POLIT, BECK, HUNGLER, 2011).

3.2 Local

O estudo foi realizado em Ribeirão Preto, SP, município a noroeste da capital do estado, distando desta cerca de 315 km. Ocupa uma área 650,37 km², com população residente de 711.825 habitantes (RIBEIRÃO PRETO, 2020). Com Índice de Desenvolvimento Humano de 0,8, considerado elevado, está no 8º lugar entre os municípios paulistas (IBGE, 2021); é tipicamente urbano, com atividades principais centradas no comércio e na prestação de serviços.

Possui 18 instituições com atendimento hospitalar (três públicas, sete filantrópicas e oito privadas). A rede básica de saúde é constituída por 52 unidades, sendo 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 05 Unidades Básicas e Distritais de Saúde (UBDS), dois Centro de Saúde Escola (CSE), um Centro Médico Social Comunitário (CMSC), 17 Unidades de Saúde da Família (USF) e três Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Há também, no município, Unidades Especializadas, sendo cinco em Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST/Aids) e oito com atendimento em Saúde Mental (Centro de Atenção Psicossocial – CAPS) (RIBEIRÃO, 2021).

Na organização da assistência à saúde, o município conta com cinco Distritos de Saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Central), regiões com populações e áreas definidas para facilitar o acesso aos serviços disponibilizados. Há, em cada um dos referidos Distritos uma UBDS, que disponibiliza atendimento básico nas áreas médicas, odontológicas e de enfermagem para a população de sua área de abrangência, e também pronto atendimento para urgências e especialidades como pediatria, ginecologia e obstetrícia. Além das UBDS, o Distrito **Central** possui um CSE e três UBS; o **Leste**, cinco UBS e uma USF; o **Norte**, possui sete UBS e três USF; o **Oeste**, um CSE, um CMSC, cinco UBS e 12 USF. Já o Distrito **Sul**, conta com três UBS e uma USF. Nessa rede acima descrita, estão inseridas 50 equipes de Saúde da Família (ESF) (RIBEIRÃO PRETO, 2020), com cobertura populacional estimada de 22,41% em julho de 2017. Dos hospitais que atendem

usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), quatro são responsáveis por internações na faixa etária de interesse desse estudo. Destes, dois foram campo para o estudo. Ambos os hospitais atendem crianças em regime ambulatorial e de internação. Um deles é referência, regional e nacional, para cuidados complexos.

3.3 Participantes

Os participantes do estudo foram aqueles identificados como o principal cuidador da criança, ou seja, a pessoa responsável pelos cuidados desta. E, considerou-se critérios de inclusão:

- O cuidador estar como acompanhante da criança internada em um dos hospitais públicos que atendem usuários SUS no município;
- A criança ser residente no município e ser usuária dos serviços de atenção básica à saúde;
- Diagnóstico médico segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID 10) já definido para tratamento;
- A criança estar hospitalizada por um período igual ou superior a 24 horas, justificada por ser considerada internação para tratamento e não internação ambulatorial.

Como critério de exclusão, definiu-se:

- A criança estar hospitalizada em leito/enfermaria de isolamento (no qual permanecem indivíduos em tratamento de doenças infectocontagiosas).
- A criança possuir diagnóstico médico de condições complexas de saúde e fazer seguimento em hospitais/ambulatórios especializados e não em unidades de saúde da rede básica de saúde.

O estudo considerou as ICSAP, cuja lista brasileira conta com 19 grupos de diagnósticos (BRASIL, 2008):

1) doenças preveníveis por imunizações e por condições sensíveis;
2) gastroenterites infecciosas e complicações;
3) anemias;
4) deficiências nutricionais;
5) infecções de ouvido, nariz e garganta;
6) pneumonias bacterianas;

7) asma;
8) doenças pulmonares;
9) hipertensão;
10) angina;
11) insuficiência cardíaca;
12) doenças cerebrovasculares;
13) diabetes mellitus;
14) epilepsia;
15) infecção no rim e trato urinário;
16) infecção da pele e tecido subcutâneo;
17) doença inflamatória de órgãos pélvicos femininos;
18) úlcera gastrointestinal;
19) doenças relacionadas ao pré-natal e ao parto.

3.4 Coleta e Registro de Dados

Este trabalho teve a coleta de dados iniciada em janeiro de 2020, contudo, a pandemia de COVID-19, interrompeu a presença dos pesquisadores nos campos do estudo. A permissão para retorno presencial nos hospitais foi concedida no final de junho de 2020 e definiu-se que a coleta seria iniciada a partir da data de retorno, dado o tempo de dois meses sem coleta.

Assim, a obtenção dos dados ocorreu entre 07 de julho de 2020 e 06 de julho de 2021, respeitando todos os protocolos de segurança de prevenção ao COVID 19. As entrevistas foram realizadas na própria enfermaria, por escolha dos participantes. De modo reservado, o ambiente permitiu privacidade e respeitou o binômio paciente-acompanhante. Para abordar os potencias participantes, o pesquisador principal verificou diariamente o Sistema de Internação Hospitalar (SIH) dos dois hospitais, acesso online que foi previamente autorizado pelas instituições conforme previsto na Lei 13.709/2018, também conhecida como Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). Desta forma, ao identificar ocorrência de internação na faixa etária de interesse para o estudo, o pesquisador principal coletava informações sobre data de internação, registro do paciente, data de nascimento, nome do paciente, leito de internação. Neste momento, o pesquisador principal ou a equipe de coletadores (acionada pelo pesquisador principal), comparecia

no setor de pediatria dos hospitais para abordar acompanhante presente, aplicando os critérios de inclusão e exclusão, confirmando as informações notadas através do SIH.

O diagnóstico médico de internação da criança (CID-10) foi obtido a partir de verificação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), no prontuário eletrônico de cada criança. Quando atendiam aos critérios descritos anteriormente, o cuidador principal foi abordado e convidado a participar do estudo. Após consentimento informado desse, procedeu-se a coleta dos dados na própria enfermaria do hospital. Caso o cuidador não tivesse a disponibilidade para ser entrevistado no momento da abordagem, ele pôde agendar nova data e período para entrevista. Se porventura a criança estivesse desacompanhada no momento da abordagem, a equipe de enfermagem do hospital era acionada para averiguar informações sobre presença de cuidadores e então os pesquisadores tentavam mais três abordagens subsequentes em datas e horários diferentes visando encontrar com este responsável.

Aplicou-se questionário (Apêndice A), elaborado com base em estudo de Contiero-Toninato (2019), com 38 questões fechadas para caracterizar a família (aspectos sociodemográfico e econômico) e obter dados relacionados à saúde da criança e sobre a hospitalização atual. O tempo médio de participação dos cuidadores foi de 20 minutos.

Para responder ao segundo objetivo desse estudo, foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool-Brasil) versão criança (Anexo A). O instrumento tem fácil aplicação e mensura presença e extensão dos atributos da APS nos serviços de saúde (BRASIL, 2020). Mesmo com uma versão reduzida proposta em sua publicação mais atual (BRASIL, 2020), optou-se por coletar os dados com os 58 itens do instrumento completo e que versam sobre os atributos da APS (Acesso, Longitudinalidade, Integralidade, Coordenação, Orientação Familiar e Comunitária). As respostas dos participantes é tipo *Likert* e a partir delas, são construídos da APS em intervalo que varia de 1 a 4 para cada atributo. A média das respostas dos itens de cada atributo fornece o escore final desse, e também varia de 1 a 4 (BRASIL, 2020).

Como já informado anteriormente e para não incorrer em viés de sazonalidade, os dados foram coletados por 12 meses consecutivos, justificado por algumas doenças ocorrerem a partir de variações das estações climáticas, no decorrer do ano. Para operacionalização do estudo no tempo previsto, houve treinamento de uma equipe de coletadores, composta por dois alunos de Graduação em Enfermagem.

Os dados foram coletados em um dispositivo pessoal portátil (tablet), por meio da plataforma Research Electronic Data Capture (REDCap®) com licença de uso da

Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Este aplicativo permite criar e gerenciar pesquisas e banco de dados. Assim, tanto o questionário, quanto o PCATool foram previamente inseridos no REDCap® e permitiram a coleta das informações pelo pesquisador e pelos auxiliares de pesquisa. Após cada coleta, os dados eram descarregados do dispositivo portátil, através de rede online, alimentando do banco de dados criado no RedCap®. Posteriormente, os dados foram baixados para planilha Excel, revisados e devidamente codificados para posterior análise.

3.5 Análise dos dados

Uma vez que o banco de dados foi alimentado no aplicativo REDCap®, não houve necessidade de dupla digitação.

Inicialmente, foi realizada uma análise exploratória dos dados através de medidas de posição central e de dispersão. As variáveis qualitativas foram apresentadas considerando as frequências absolutas e relativas.

Para o uso dos serviços de atenção primária, foi calculado o escore final de cada um dos atributos avaliados através do PCATool-Brasil, como também os Escores Essencial e Geral da APS (BRASIL, 2020). As respostas variam de 1 a 4 e tem-se como ponto de corte os valores ≥ 3 (repostas positivas à APS). Contudo, para melhor visualização, houve conversão dos valores para uma medida que varia de zero a 10; com ponto de corte ≥ 6,6, onde valores superiores a esse indicam serviços com ações voltadas aos atributos da APS (BRASIL, 2020). Para a análise do uso dos serviços da APS utilizou-se o programa IBM® SPSS® Statistics, versão 25 e considerou-se o nível de significância α=0,05.

Para análise inferencial, foram construídas tabelas de contingências das variáveis exploratória em relação ao desfecho “ICSAP”, fundamentado em pesquisas que indicam possíveis associações com aspectos sociodemográficos e clínicos (CASTRO *et al.*, 2015; HALE; PROBOST; ROBERTSON, 2016; PREZOTTO *et al.*, 2015; PAZÓ *et al.*, 2014; BUTLER *et al.*, 2013; TOM *et al.*, 2013; BUSBY *et al.*, 2017). Contudo, considerando evidências que indicam o acometimento respiratório como mais frequente entre as ICSAP (TOSO, ROSS, SOTTI, 2016; CONTIERO-TONINATO, 2019), também foi realizada análise em relação ao desfecho “acometimento respiratório”.

Ainda, tomando por base a literatura que indica fragilidades na APS da criança no Brasil (SILVA, FERNANDES, ALVES, 2020) e experiência positiva como fator que impulsiona cuidado adequado da criança, com envolvimento da equipe e da família na

responsabilização pela atenção a essa clientela (BLACK et al., 2017; FURTADO et al., 2018; YAKUWA et al., 2016) e potencial para melhoria e indicadores de saúde (VENÂNCIO et al., 2016; BLACK et al., 2017; BOERMA et al., 2018), optou-se também por examinar o desfecho "ocorrência dos atributos essenciais da APS", dada pelo Escore Essencial ≥ 6,6.

Nesse momento, utilizou-se o programa SAS, versão 9.4. O teste qui-quadrado foi aplicado para verificar quais as variáveis exploratórias estão associadas ao desfecho. Foi estimada a razão de prevalência para quantificar a associação entre as variáveis exploratórias em relação ao desfecho.

3.6 Aspectos Éticos

O projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP (Parecer n.3.834.085 (Anexo B), após anuência dos hospitais. Os preceitos éticos das diretrizes aprovadas pela Resolução CNS 466/12 (BRASIL, 2012) foram respeitados garantindo, inclusive o anonimato e sigilo dos participantes. Os participantes do estudo foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa e como ocorreria a coleta de dados. Ao concordarem participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma via assinada deste termo (Apêndice B).

4 Resultados

No período, houve 1.647 hospitalizações[2]; 1.618 (98,2%) nos hospitais, campo da pesquisa. Os capítulos CID-10 mostraram 664 internações; destas, 184 (27,7%) cuidadores foram abordados e aceitaram participar; a maioria mãe. Do local, 37 (20,1 %) internações no hospital 1 e 147 (79,89%) no hospital 2. A Tabela 1 mostra as causas das hospitalizações; 102 (55,43%) por condições não sensíveis à atenção primária e 82 (44,57%) ICSAP; maior frequência para doenças do aparelho respiratório, seguida de doenças da pele e tecido subcutâneo.

Tabela 1. Frequência das causas de hospitalização de crianças menores de cinco anos, segundo CID -10, 2020-2021. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2021 (N=82)

Causas	**N**	**%**
Doenças do aparelho respiratório (Capítulos VI,VII, VIII)	**52**	**28,26**
Bronquite aguda (J20, J21)	36	19,56
Pneumonia (J13, J14, J15.3, J15.4, J15.8, J15.9, J18.1)	7	3,80
Infecção aguda de VAS (J06)	1	0,54
Asma (J45)	7	3,80
Amigdalite aguda (J03)	1	0,54
Gastroenterites infecciosas e complicações/ Parasitárias (Capitulo I e II)	**04**	**2,17**
Desidratação (E86)	1	0,54
Diarreia e gastroenterites de origem infecciosa (A00- A09)	3	1,62
Sífilis congênita (A50)	0	0
Doenças do Aparelho Geniturinário (Capitulo XV)	**04**	**2,17**
Infecção do trato urinário (N39.0)	4	2,17
Doenças da Pele e tecido subcutâneo (Capitulo XVI)	**10**	**5,41**
Celulite (L03)	3	1,62
Abcesso cutâneo (L02)	5	2,71
Infecções localizadas na pele e tecido subcutâneo (L08)	0	0
Impetigo (L01)	0	0
Linfadenite aguda (L04)	2	1,08
Doenças do Sistema Nervoso (Capitulo XIV)	**07**	**3,80**
Epilepsia (G40)	7	3,80
Doenças Endócrinas e Deficiências Nutricionais (Capítulo IV)	**04**	**2,17**
Diabetes (E10, E11, E12, E13, E14)	1	0,54
Desnutrição proteico-calórica (E40 a E46)	3	1,62
Ulcera Gastrointestinal (Capitulo XVIII)	**02**	**1,08**
Ulcera Gastrointestinal (K25 a 28, K92.0, K92.1, K92.2)	2	1,08
Outras doenças por condições não sensíveis à atenção primária	**102**	**55,43**
Total	**184**	**100**

Fonte: os autores. 2021

[2] Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nisp.def

Os dados maternos e sociodemográficos da família de crianças hospitalizadas (Tabela 2) demonstram que a maioria das mães são jovem, não branca, com ensino superior, trabalho não remunerado e reside com companheiro. A renda familiar de mais de 80% das famílias é superior a R$ 890,00 ao mês e cerca de dois terços das famílias recebem benefício social e residem em casa alugada ou cedida. Identificou-se a mãe como principal cuidadora da criança e quase metade de cuidadores e/ou familiares que fazem uso de substâncias lícitas, como cigarro e álcool, e ilícitas.

Tabela 2. Frequência das variáveis maternas e sociodemográficas de crianças menores de cinco ano hospitalizadas, 2020-2021. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2021

Variável	**N**	**%**
Idade Materna (anos)*		
< 19	7	3,8
19 a 34	138	75
≥ 35	39	21,2
Etnia		
Branco	65	35,33
Não branco	119	64,67
Escolaridade Materna (anos de estudo)*		
0 a 4	2	1,09
5 a 8	53	28,8
≥ 9	129	70,11
Ocupação Materna		
Sem remuneração	103	55,98
Com remuneração	81	44,02
Mãe reside com companheiro		
Não	56	30,43
Sim	128	69,57
Renda Familiar (US$ ao dia)§		
< 1,9 (extrema pobreza)	5	2,92
≥ 1,9 - 5,5 (pobreza)	23	13,45
> 5,5 (acima da linha da pobreza)	143	83,63
Família recebe auxílio/benefício social		
Não	67	36,41
Sim	117	63,59

(continua)

(continuação da Tabela 2)

Variável	N	%
Moradia*		
Casa própria	58	31,87
Casa não própria	124	68,13
Cuidador principal da criança		
Mãe	**169**	**91,85**
Outro cuidador	15	8,15
Cuidador ou familiar faz uso (cigarro, álcool, drogas)		
Não usa	96	52,17
Cigarro	43	23,37
Álcool	38	20,65
Outras drogas	07	3,80

(final da Tabela 2)

Nota: *: variável com perda de dados. §: Renda Familiar: (U$ ao dia) à semelhança de estudos nacionais e internacionais (valor US$ em 29/09/2021: 1US$ = R$5,43).
Fonte: os autores. 2021

Todas as moradias têm abastecimento de água por rede pública, com rede elétrica, sistema de esgoto para destino de fezes e urina e coleta pública de lixo.

A Tabela 3 aponta que pouco mais da metade tinha mais de um ano de vida no momento da coleta dos dados. A maioria nasceu com peso adequado, de parto normal e a termo. Mais de 80% das crianças recebeu alimentação por seio materno, e houve introdução de leite artificial para quase três quartos delas. Cabe ressaltar o início precoce (com menos de 30 dias de vida) de leite artificial para pouco mais de 40% das crianças do estudo. Na data da coleta, mais da metade das crianças estava com alimentação complementar ou da família.

Dados relacionados à frequência das crianças em creches ou escolas, demonstram que um quinto delas frequenta instituições de ensino, maioria em período integral e em rede pública. Contudo, cabe destacar que durante a coleta de dados, as crianças não estavam frequentando as instituições devido restrições da pandemia de COVID-19. Da condição clínica, pouco mais de um terço das crianças tinham condições crônicas de saúde; maioria sem necessidade de atenção especial à saúde. Contudo, 14 (7,6%) crianças fazem uso de dispositivos para suporte nutricional, de oxigenação, com algumas delas em uso de mais de um dispositivo.

Identificou-se medicamento de uso contínuo em 50 (27,18%) crianças, cerca de um terço delas tinha hospitalização anterior. A situação vacinal estava atualizada para 138

(75,82%) crianças; a maioria faz acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, em serviços públicos de saúde e estava em posse da Caderneta de Saúde da Criança (CSC); entretanto, em menos de um terço destas havia dados preenchidos. A maioria das crianças estava com peso adequado para idade, conforme análise do escore Z, medida estimulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e que consta na CSC para acompanhamento do crescimento infantil (BRASIL, 2020).

Tabela 3. Frequência das variáveis das crianças menores de cinco anos hospitalizadas, 2020-2021. Ribeirão Preto, SP, Brasil. 2021

Variáveis	**N**	**%**
Idade (anos) (na data da coleta)		
< 1	86	46,74
1 a < 5	98	53,26
Peso ao nascer (gramas)*		
< 2.500	35	19,77
≥ 2.500	142	80,23
Tipo de parto		
Normal	107	58,15
Cesáreo	77	41,85
Idade Gestacional (semanas)*		
< 37	35	19,23
≥ 37	147	80,77
Criança mamou seio materno		
Não	31	16,85
Sim	153	83,15
Introdução de leite artificial		
Não	50	27,17
Sim	134	72,83
Idade de introdução de leite artificial (dias de vida) (N=134)		
Ao nascer	32	23,88
< 30	27	20,14
30 a < 180	53	39,55
180 a < 365	13	9,70
≥ 365	09	6,71

(continua)

(continuação da Tabela 3)

Variáveis	N	%
Tipo de alimentação atual (na data da coleta)		
Aleitamento Materno Exclusivo	16	8,70
Aleitamento Misto	31	16,85
Leite Artificial	29	15,76
Papa de frutas e de legumes	14	7,61
Alimentação da família	94	51,09
A criança frequenta creche/escola		
Não	144	78,26
Sim	40	21,74
Período que a criança frequenta a creche (N=40)		
Meio período	11	27,50
Período integral	29	72,50
A creche/escola pertence a (N=40)		
Rede pública	38	95,00
Rede privada	02	5,00
Criança possui condição crônica		
Não	113	61.41
Sim	71	38,59
Criança possui necessidade especial de saúde		
Não	166	90,22
Sim	18	9,78
Criança dependente de tecnologia		
Não	170	92,39
Alimentação por sonda (SNG/gastrostomia)	09	4,89
Oxigênio	02	1,09
Mais de uma tecnologia	03	1,62
Criança faz uso de medicamento contínuo		
Não	134	72,82
Sim	50	27,18
Criança com hospitalização anterior		
Não	113	61,41
Sim	71	38,59

(continua)

(continuação da Tabela 3)

Variáveis	N	%
Situação vacinal (na data da coleta)		
Atualizada	138	75,82
Desatualizada	44	24,18
Peso adequado para idade (na data da coleta)		
Não	29	15,79
Sim	155	84,24
Criança realiza acompanhamento C&D[§]		
Não	18	9,78
Sim	166	90,22
Registros na CSC[‡] nos últimos 3 meses		
Não	93	50,54
Sim	55	29,89
Não apresentou CSC[‡]	36	19,57
Serviço de saúde onde a criança é acompanhada (C&D[§])		
UBS/ESF[†]	180	97,83
Não faz acompanhamento	04	2,17

(final da Tabela 3)

Nota: [*]: variável com perda de dados. [§]: Crescimento e Desenvolvimento. [‡]: Caderneta de Saúde da Criança. [†]: Unidade Básica de Saúde/Unidade com Estratégia Saúde da Família.
Fonte: os autores. 2021.

Na Tabela 4, tem-se os escores dos atributos da APS, avaliados na perspectiva dos pais de crianças hospitalizadas ou não por ICSAP.

A avaliação dos atributos da APS, na perspectiva dos cuidadores, demonstrou que o Grau de Afiliação foi positivo tanto para ICSAP, quanto por condições não sensíveis à APS. O Acesso de Primeiro Contato (Utilização) também obteve uma média elevada, praticamente igual, independente da condição de internação da criança. Contudo o atributo Acesso de Primeiro Contato (Acessibilidade) revelou uma fragilidade em ambos casos, com médias semelhantes entre si. Já o atributo de Longitudinalidade indicou uma média igual para as crianças por ICSAP e para aquelas cujo motivo da internação foi condição não sensível à APS, com valores próximos ao limite do corte.

Entretanto, no atributo Coordenação (Integração de Cuidados), que avalia como tem sido o cuidado de crianças que passam por consulta de alguma especialidade médica, demonstrou uma maior fragilidade nos casos das crianças do grupo ICSAP. Em oposição ao atributo anterior, a Coordenação (Sistema de Informação), demonstra que os

cuidadores têm tido facilidade em acessar as informações dos pacientes (no caso, as crianças) nas unidades de saúde.

Para a Integralidade (Serviços Disponíveis), identificou-se, para as crianças cujas ICSAP, maior vulnerabilidade dos cuidadores sobre o seu conhecimento acerca dos serviços disponibilizados para a comunidade na atenção primária. Porém, a Integralidade (Serviços Prestados) teve menor escore, indicando pouca presença e extensão para as crianças que tiveram ICSAP. Cabe ressaltar que esse atributo destaca e esclarece marcos e cuidados importantes em cada etapa do crescimento e desenvolvimento da criança.

Em ambas as condições de hospitalização, o atributo Orientação Familiar demonstrou pouca presença e extensão, estando abaixo da média. Não obstante, o atributo que se apresentou mais frágil foi o de Orientação Comunitária, revelando, na perspectiva dos cuidadores das crianças desse estudo, um baixo vínculo das unidades de saúde com área que estão inseridas.

Ao comparar os escores entre os grupos da variável ICSAP, apenas as variáveis Escore Essencial e Escore Geral apresentaram normalidade, (teste Shapiro-Wilk), sendo aplicado o Teste t; as demais variáveis dos Atributos não apresentaram normalidade e foi aplicado teste Mann-Whitney. As diferenças entre os grupos foram significantes apenas para os atributos Integralidade - Serviços disponíveis, sendo a pontuação maior para o grupo que é ICSAP (mediana 6,7) e Integralidade - Serviços prestados, sendo a pontuação maior para o grupo que não é ICSAP (mediana 8,0).

Da análise das variáveis exploratórias em relação ao **Escore Essencial da APS**, verificou-se associação entre o Escore Essencial e a etnia (Tabela 5), sendo que a prevalência da avaliação positiva no uso da APS entre crianças não brancas foi 0,72 vezes maior que entre crianças brancas.

Tabela 4. Valores dos atributos da Atenção Primária à Saúde, segundo causas de hospitalização de crianças menores de cinco anos. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

Atributos	**Internação por Condição Sensível à Atenção Primária**										
	Não					**Sim**					**Valor de p**
	Intervalo	**Mediana**	**IC 95%**		**Média (DP)**	**Intervalo**	**Mediana**	**IC 95%**		**Média (DP)**	
			LI*	**LS***				**LI***	**LS***		
Grau de Afiliação	0,0-10,0	10,0	6,8	8,1	7,5 (3,4)	0,0-10,0	10,0	7,2	8,6	7,9 (3,3)	0,385§
Acesso de primeiro contato - utilização	2,3-10,0	7,7	7,3	8,2	7,7 (2,4)	0,0-10,0	6,7	7,1	8,2	7,6 (2,4)	0,789§
Acesso de primeiro contato – acessibilidade	0,0-10,0	5,7	5,0	6,1	5,6 (2,7)	0,0-10,0	6,0	4,9	6,0	5,5 (2,5)	0,832§
Longitudinalidade	1,3-10,0	6,3	5,8	6,6	6,2 (2,2)	0,3-10,0	6,2	5,7	6,6	6,2 (2,1)	0,898§
Coordenação – integração de cuidados	0,0-10,0	6,0	4,9	6,7	5,8 (2,8)	0,0-10,0	4,7	3,3	6,3	4,8 (3,1)	0,229§
Coordenação – sistemas de informação	3,3-10,0	7,7	7,4	8,5	8,0 (1,7)	2,3-10,0	7,7	6,2	7,9	7,1 (1,7)	0,408§
Integralidade – serviços disponíveis	1,3-10,0	6,0	5,4	6,1	5,7 (1,8)	1,3-10,0	6,7	5,9	6,7	6,3 (1,8)	0,048§
Integralidade – serviços prestados	0,0-10,0	8,0	5,7	7,1	6,4 (3,8)	0,0-10,0	6,0	4,5	6,1	5,3 (3,6)	0,045§
Orientação familiar	0,0-10,0	5,7	4,9	6,2	5,5 (3,3)	0,0-10,0	4,3	4,4	5,7	5,1 (2,9)	0,345§
Orientação comunitária	0,0-10,0	2,7	2,3	3,2	2,8 (2,5)	0,0-7,7	2,7	2,1	2,9	2,5 (2,0)	0,406§
Escore Essencial	3,5-9,9	6,7	6,3	6,9	6,6 (1,5)	2,6-9,0	6,7	6,3	6,9	6,6 (1,4)	0,769‡
Escore Geral	2,8-9,4	6,1	5,8	6,4	6,1 (1,6)	2,7-8,5	6,1	8,5	6,3	6,0 (1,4)	0,522‡

Nota: *Limites superior e inferior (LS e LI) do Intervalo de Confiança. §Teste Mann-Whitney. ‡Teste t para amostras independentes.

Tabela 5. Associação entre as variáveis sociodemográficas das crianças hospitalizadas em relação ao Escore Essencial da Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

	Escore Essencial				**IC 95%**	
	< 6,6	**≥ 6,6**	**P-valor***	**RP§**	**LI‡**	**LS‡**
Idade da criança (anos)						
< 1	36 (42,35)	50 (50,51)	0,2692	1,1628	0,8902	1,5189
≥ 1	49 (57,65)	49 (49,49)		ref	ref	ref
Sexo						
Feminino	44 (51,76)	56 (56,57)	0,5145	1,0940	0,8337	1,4354
Masculino	41 (48,24)	43 (43,43)		ref	ref	ref
Idade materna						
< 35	70 (82,35)	75 (75,76)	0,2751	0,8405	0,6266	1,1275
≥ 35	15 (17,65)	24 (24,24)		ref	ref	ref
Escolaridade materna (anos de estudo)						
< 9	24 (28,24)	31 (31,31)	0,6493	1,0693	0,8047	1,4208
≥ 9	61 (71,76)	68 (68,69)		ref	ref	Ref
Renda per capita (US$ ao dia)						
Abaixo da linha da pobreza	9 (11,39)	10 (10,87)	0,9136	0,9756	0,6214	1,5318
Acima da linha da pobreza	70 (88,61)	82 (89,13)		ref	ref	Ref
Recebe Benefício						
Não	30 (35,29)	37 (37,37)	0,7701	1,0421	0,7916	1,3720
Sim	55 (64,71)	62 (62,63)		ref	ref	Ref
Etnia						
Branca	37 (43,53)	28 (28,28)	0,031	0,7220	0,5263	0,9904
Não branca	48 (56,47)	71 (71,72)		ref	ref	Ref
Mãe reside com companheiro						
Não	26 (30,59)	30 (30,3)	0,9666	0,9938	0,7423	1,3304
Sim	59 (69,41)	69 (69,7)		ref	ref	Ref
Ocupação materna						
Sem remuneração	47 (55,29)	56 (56,57)	0,8625	1,0242	0,7814	1,3424
Com remuneração	38 (44,71)	43 (43,43)		ref	ref	Ref
Moradia						
Casa própria	25 (29,76)	33 (33,67)	0,5724	1,0854	0,8205	1,4359
Casa não própria	59 (70,24)	65 (66,33)		ref	ref	Ref
Cuidador/familiar faz uso de:						
Não usa drogas	40 (47,06)	56 (56,57)	0,1981	1,1938	0,9090	1,5678
Álcool, cigarro ou outras drogas	45 (52,94)	43 (43,43)		ref	ref	Ref

Nota: *: P-valor referente ao teste qui-quadrado. §: Razão de Prevalência. ‡: limite inferior e limite superior do intervalo de confiança.
Fonte: Os autores. 2021.

Identificou-se associação entre o **Escore Essencial** e a criança fazer uso de alguma tecnologia para o cuidado em saúde. A prevalência de respostas positivas para crianças

que não fazem uso de algum dispositivo tecnológico em saúde foi 0,65 vezes maior que para crianças dependentes de tecnologia (Tabela 6).

Tabela 6. Associação entre as variáveis perinatais, de morbidade prévia e de cuidado das crianças hospitalizadas em relação ao Escore Essencial da Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

	Escore Essencial				**IC 95%**	
	< 6,6	**≥ 6,6**	**P-valor***	**RP§**	**LI‡**	**LS‡**
Peso ao nascer (gramas)						
< 2.500	15 (18,75)	20 (20,62)	0,7561	1,0538	0,7620	1,4574
≥ 2.500	65 (81,25)	77 (79,38)		ref	ref	ref
Idade Gestacional (semanas)						
< 37	17 (20,48)	18 (18,18)	0,695	0,9333	0,6554	1,3291
≥ 37	66 (79,52)	81 (81,82)		ref	ref	ref
Criança sugou seio materno						
Não	15 (17,65)	16 (16,16)	0,7884	0,9514	0,6568	1,3782
Sim	70 (82,35)	83 (83,84)		ref	ref	ref
Cuidador principal						
Mãe	78 (91,76)	91 (91,92)	0,9695	1,0096	0,6163	1,6538
Outro cuidador	7 (8,24)	8 (8,08)		ref	ref	ref
Condição crônica de saúde						
Não	55 (64,71)	58 (58,59)	0,3952	0,8888	0,6799	1,1620
Sim	30 (35,29)	41 (41,41)		ref	ref	ref
CRIANES†						
Não	79 (92,94)	87 (87,88)	0,2492	0,7861	0,5499	1,1239
Sim	6 (7,06)	12 (12,12)		ref	ref	ref
Usa dispositivo tecnológico saúde						
Não	82 (96,47)	88 (88,89)	0,0531	0,6588	0,4834	0,8980
Sim	3 (3,53)	11 (11,11)		ref	ref	ref
Hospitalização anterior						
Não	54 (63,53)	59 (59,6)	0,5848	0,9268	0,7073	1,2144
Sim	31 (36,47)	40 (40,4)		ref	ref	ref
Situação Vacinal						
Atualizada	67 (78,82)	71 (73,2)	0,3763	0,8707	0,6486	1,1688
Desatualizada	18 (21,18)	26 (26,8)		ref	ref	ref
Peso por idade (z escore)						
Adequado	11 (12,94)	18 (18,18)	0,3307	1,1877	0,8609	1,6387
Não adequado	74 (87,06)	81 (81,82)		ref	ref	ref
Acompanhamento C&D£						
Não	10 (11,76)	8 (8,08)	0,4017	0,8107	0,4750	1,3838
Sim	75 (88,24)	91 (91,92)		ref	ref	ref

Nota: *: P-valor referente ao teste qui-quadrado. §: Razão de Prevalência. ‡: limite inferior e limite superior do intervalo de confiança. †: Criança com Necessidade Especial de Saúde. £: Crescimento e Desenvolvimento. Fonte: Os autores. 2021.

Não foi encontrada associação entre o uso e a qualidade dos serviços de APS e o Escore Essencial (Tabela 7).

Tabela 7. Associação entre de uso e de qualidade dos serviços de atenção primária em relação ao Escore Essencial da Atenção Primária à Saúde. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021

	Escore Essencial				**IC 95%**	
	< 6,6	**≥ 6,6**	**P-valor***	**RP§**	**LI‡**	**LS‡**
Procurou atendimento em US† antes da hospitalização						
Não	3 (3,53)	7 (7,07)	0,2908	1,3239	0,8618	2,0338
Sim	82 (96,47)	92 (92,93)		ref	ref	Ref
Tipo de US† que frequenta						
UBS	53 (62,35)	65 (65,66)	0,2022	1,4689	0,8547	2,5247
ESF	17 (20)	25 (25,25)		1,5873	0,8945	2,8168
UPA/UBDS/UPA	15 (17,65)	9 (9,09)		ref	ref	Ref
Distrito de Saúde						
Central	5 (5,88)	7 (7,07)	0,3152	1,0167	0,6015	1,7183
Norte	28 (32,94)	20 (20,2)		0,7262	0,4875	1,0818
Sul	21 (24,71)	26 (26,26)		0,9641	0,6891	1,3490
Leste	5 (5,88)	11 (11,11)		1,1982	0,8073	1,7784
Oeste	26 (30,59)	35 (35,35)		ref	ref	Ref
Grau de Afiliação						
< 6,6	23 (27,06)	8 (8,08)	0,0006	0,4339	0,2355	0,7994
≥ 6,6	62 (72,94)	91 (91,92)		ref	ref	Ref
Acesso de primeiro contato – utilização						
< 6,6	57 (67,06)	33 (33,33)	<,0001	0,5222	0,3862	0,7062
≥ 6,6	28 (32,94)	66 (66,67)		ref	ref	Ref
Acesso de primeiro contato – acessibilidade						
< 6,6	75 (88,24)	49 (49,49)	<,0001	0,4742	0,3710	0,6061
≥ 6,6	10 (11,76)	50 (50,51)		ref	ref	Ref
Longitudinalidade						
< 6,6	75 (88,24)	23 (23,23)	<,0001	0,2656	0,1842	0,3828
≥ 6,6	10 (11,76)	76 (76,77)		ref	ref	Ref
Coordenação – integração de cuidados						
< 6,6	18 (72)	16 (45,71)	0,0428	0,6440	0,4206	0,9861
≥ 6,6	7 (28)	19 (54,29)		ref	ref	Ref
Coordenação – sistemas de informação						
< 6,6	22 (25,88)	7 (7,07)	0,0005	0,4067	0,2106	0,7854
≥ 6,6	63 (74,12)	92 (92,93)		ref	ref	Ref

(continua)

(continuação da tabela 7)

	Escore Essencial				IC 95%	
	< 6,6	**≥ 6,6**	**P-valor***	**RP§**	**LI‡**	**LS‡**
Integralidade – serviços disponíveis						
< 6,6	68 (80)	45 (45,45)	<,0001	0,5236	0,4031	0,6801
≥ 6,6	17 (20)	54 (54,55)		ref	ref	Ref
Integralidade – serviços prestados						
< 6,6	64 (75,29)	33 (33,33)	<,0001	0,4485	0,3318	0,6062
≥ 6,6	21 (24,71)	66 (66,67)		ref	ref	Ref
Orientação familiar						
< 6,6	67 (78,82)	34 (34,34)	<,0001	0,4299	0,3196	0,5781
≥ 6,6	18 (21,18)	65 (65,66)		ref	ref	Ref
Orientação comunitária						
< 6,6	85 (100)	84 (84,85)	0,0002	0,6055	0,6055	0,6055
≥ 6,6	0 (0)	15 (15,15)		ref	ref	Ref

(final da Tabela 7)

Nota: *: P-valor referente ao teste qui-quadrado. §: Razão de Prevalência. ‡: limite inferior e limite superior do intervalo de confiança. †: Unidade de Saúde.
Fonte: Os autores. 2021.

Conforme apresentado na Tabela 8, ao analisar associação entre as **ICSAP** e as variáveis do estudo, identificou-se associação o desfecho e renda familiar, moradia. A prevalência crianças com renda abaixo da linha da pobreza terem ICSAP é 1,93 vezes maior que as crianças de famílias com renda superior.

Ter moradia própria demonstrou prevalência de 0,65 vezes menor para o desfecho ICSAP.

Tabela 8. Associação entre as variáveis sociodemográficas das crianças em relação às Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

	ICSAP†				IC 95%	
	Não	**Sim**	**P-valor***	**RP§**	**LI‡**	**LS‡**
Idade da criança (anos)						
< 1	36 (35,29)	50 (60,98)	0,0005	1,781	1,272	2,492
≥ 1	66 (64,71)	32 (39,02)		ref	ref	ref
Sexo						
Feminino	51 (50)	49 (59,76)	0,1867	1,247	0,894	1,740
Masculino	51 (50)	33 (40,24)		ref	ref	ref
Idade materna						
< 35	81 (79,41)	64 (78,05)	0,8221	0,956	0,651	1,406
≥ 35	21 (20,59)	18 (21,95)		ref	ref	ref
Escolaridade materna (anos estudo)						
< 9	29 (28,43)	26 (31,71)	0,6295	1,089	0,774	1,533
≥ 9	73 (71,57)	56 (68,29)		ref	ref	ref
Renda per capita (US$ ao dia)£						
Abaixo da linha da pobreza	4 (4,26)	15 (19,48)	0,0016	1,936	1,432	2,615
Acima da linha da pobreza	90 (95,74)	62 (80,52)		ref	ref	ref
Recebe Benefício						
Não	38 (37,25)	29 (35,37)	0,7913	0,956	0,681	1,341
Sim	64 (62,75)	53 (64,63)		ref	ref	ref
Etnia						
Branca	40 (39,22)	25 (30,49)	0,2183	0,803	0,560	1,151
Não branca	62 (60,78)	57 (69,51)		ref	ref	ref
Mãe reside com companheiro						
Não	26 (25,49)	30 (36,59)	0,104	1,319	0,956	1,819
Sim	76 (74,51)	52 (63,41)		ref	ref	ref
Ocupação materna						
Sem remuneração	56 (54,9)	47 (57,32)	0,7429	1,056	0,762	1,464
Com remuneração	46 (45,1)	35 (42,68)		ref	ref	ref
Moradia						
Casa própria	39 (38,61)	19 (23,46)	0,0292	0,655	0,435	0,986
Casa não própria	62 (61,39)	62 (76,54)		ref	ref	ref
Cuidador/familiar faz uso de:						
Não usa drogas	56 (54,9)	40 (48,78)	0,4087	0,873	0,633	1,205
Álcool, cigarro ou outras drogas	46 (45,1)	42 (51,22)		ref	ref	ref

Nota: †: Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *: P-valor referente ao teste qui-quadrado. §: Razão de Prevalência. ‡: limite inferior e limite superior do intervalo de confiança. £:
Fonte: Os autores. 2021.

Não foi encontrada associação entre as variáveis perinatais, de morbidade e de cuidados da criança e as **ICSAP** (Tabela 9).

Tabela 9. Associação entre as variáveis perinatais, de morbidade e de cuidado da criança em relação às internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

	ICSAP†				IC 95%	
	Não	**Sim**	**P-valor***	**RP§**	**LI‡**	**LS‡**
Peso ao nascer (gramas)						
< 2.500	22 (22,45)	13 (16,46)	0,3197	0,799	0,502	1,273
≥ 2.500	76 (77,55)	66 (83,54)		ref	ref	ref
Idade Gestacional (semanas)						
< 37	24 (23,76)	11 (13,58)	0,0832	0,660	0,393	1,108
≥ 37	77 (76,24)	70 (86,42)		ref	ref	ref
Criança sugou seio materno						
Não	18 (17,65)	13 (15,85)	0,7467	0,930	0,593	1,458
Sim	84 (82,35)	69 (84,15)		ref	ref	ref
Cuidador principal						
Mãe	93 (91,18)	76 (92,68)	0,7105	1,124	0,592	2,136
Outro cuidador	9 (8,82)	6 (7,32)		ref	ref	ref
Condição crônica de saúde						
Não	56 (54,9)	57 (69,51)	0,043	1,433	0,995	2,063
Sim	46 (45,1)	25 (30,49)		ref	ref	ref
CRIANES£						
Não	89 (87,25)	77 (93,9)	0,1314	1,670	0,779	3,580
Sim	13 (12,75)	5 (6,1)		ref	ref	ref
Usa dispositivo tecnológico saúde						
Não	94 (92,16)	76 (92,68)	0,8936	1,043	0,557	1,954
Sim	8 (7,84)	6 (7,32)		ref	ref	ref
Hospitalização anterior						
Não	56 (54,9)	57 (69,51)	0,043	1,433	0,995	2,063
Sim	46 (45,1)	25 (30,49)		ref	ref	ref
Situação Vacinal						
Atualizada	75 (74,26)	63 (77,78)	0,5815	1,116	0,749	1,663
Desatualizada	26 (25,74)	18 (22,22)		ref	ref	ref
Peso por idade (z escore)						
Adequado	17 (16,67)	12 (14,63)	0,7069	0,916	0,575	1,461
Não adequado	85 (83,33)	70 (85,37)		ref	ref	ref
Acompanhamento C&D¥						
Não	11 (10,78)	7 (8,54)	0,61	0,861	0,471	1,573
Sim	91 (89,22)	75 (91,46)		ref	ref	ref

Nota: †: Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *: P-valor referente ao teste qui-quadrado. §: Razão de Prevalência. ‡: limite inferior e limite superior do intervalo de confiança. £: Criança com Necessidades Especiais de Saúde. ¥: Crescimento e Desenvolvimento.
Fonte: Os autores. 2021.

A Tabela 10 demonstra associação entre **ICSAP** e os atributos Integralidade (Serviços Disponíveis e Serviços Prestados). A prevalência da ICSAP entre as crianças cujos cuidadores identificaram experiência positiva na APS (presença e extensão do atributo Integralidade - Serviços Disponíveis foi 0,59 vezes menor que para cuidadores que avaliaram de modo negativo o serviço de saúde que a criança utiliza. A prevalência do desfecho de ICSAP foi 1,47 vezes maior para crianças cujos cuidadores avaliaram negativamente o atributo Integralidade – Serviços Prestados.

Tabela 10. Associação entre as variáveis de uso e qualidade dos serviços de Atenção Primária à Saúde em relação às internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

	ICSAP†				**IC 95%**	
	Não	**Sim**	**P-valor***	**RP§**	**LI‡**	**LS‡**
Procurou atendimento em US£ antes da hospitalização						
Não	8 (7,84)	2 (2,44)	0,108	0,435	0,125	1,518
Sim	94 (92,16)	80 (97,56)		ref	ref	ref
Tipo de US£ que frequenta						
UBS¥	64 (62,75)	54 (65,85)	0,905	1,098	0,658	1,834
ESF**	24 (23,53)	18 (21,95)		1,029	0,571	1,852
UPA/UBDS/UPA§§	14 (13,73)	10 (12,2)		ref	ref	ref
Distrito de Saúde						
Central	7 (6,86)	5 (6,1)	0,4327	0,978	0,471	2,029
Norte	23 (22,55)	25 (30,49)		1,222	0,821	1,819
Sul	25 (24,51)	22 (26,83)		1,098	0,721	1,674
Leste	12 (11,76)	4 (4,88)		0,587	0,239	1,439
Oeste	35 (34,31)	26 (31,71)		ref	ref	ref
Grau de Afiliação						
< 6,6	20 (19,61)	11 (13,41)	0,2646	0,765	0,462	1,266
≥ 6,6	82 (80,39)	71 (86,59)		ref	ref	ref
Acesso de primeiro contato – utilização						
< 6,6	48 (47,06)	42 (51,22)	0,5747	1,097	0,794	1,514
≥ 6,6	54 (52,94)	40 (48,78)		ref	ref	ref
Acesso de primeiro contato – acessibilidade						
< 6,6	69 (67,65)	55 (67,07)	0,9342	0,986	0,700	1,388
≥ 6,6	33 (32,35)	27 (32,93)		ref	ref	ref
Longitudinalidade						
< 6,6	53 (51,96)	45 (54,88)	0,6934	1,067	0,772	1,477
≥ 6,6	49 (48,04)	37 (45,12)		ref	ref	ref
Coordenação – integração de serviços						
< 6,6	22 (53,66)	12 (63,16)	0,4897	1,311	0,601	2,859
≥ 6,6	19 (46,34)	7 (36,84)		ref	ref	ref

(continua)

(continuação da Tabela 10)

	ICSAP†				IC 95%	
	Não	**Sim**	**P-valor***	**RP§**	**LI‡**	**LS‡**
Coordenação – sistemas de informação						
< 6,6	19 (18,63)	10 (12,2)	0,234	0,742	0,437	1,260
≥ 6,6	83 (81,37)	72 (87,8)		ref	ref	ref
Integralidade – serviços disponíveis						
< 6,6	73 (71,57)	40 (48,78)	0,0016	0,598	0,437	0,820
≥ 6,6	29 (28,43)	42 (51,22)		ref	ref	ref
Integralidade – serviços prestados						
< 6,6	46 (45,1)	51 (62,2)	0,021	1,476	1,050	2,073
≥ 6,6	56 (54,9)	31 (37,8)		ref	ref	ref
Orientação familiar						
< 6,6	55 (53,92)	46 (56,1)	0,7681	1,050	0,758	1,454
≥ 6,6	47 (46,08)	36 (43,9)		ref	ref	ref
Orientação comunitária						
< 6,6	90 (88,24)	79 (96,34)	0,0458	2,337	0,839	6,513
≥ 6,6	12 (11,76)	3 (3,66)		ref	ref	ref
Escore Essencial						
< 6,6	48 (47,06)	37 (45,12)	0,7934	2,337	0,839	6,513
≥ 6,6	54 (52,94)	45 (54,88)		ref	ref	ref
Escore Geral						
< 6,6	63 (61,76)	55 (67,07)	0,4555	1,139	0,804	1,614
≥ 6,6	39 (38,24)	27 (32,93)		ref	ref	ref

(final da Tabela 10)

Nota: †: Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *: P-valor referente ao teste qui-quadrado. §: Razão de Prevalência. ‡: limite inferior e limite superior do intervalo de confiança. £: Unidade de Saúde. ¥: Unidade Básica de Saúde. ESF**: Unidade com Estratégia Saúde da Família. §§: Unidade de Pronto Atendimento. Unidade Básica e Distrital de Saúde. Serviço de Atenção Domiciliar.
Fonte: Os autores. 2021.

Ter moradia própria e experiência positiva da presença e extensão do atributo Integralidade (Serviços Disponíveis) protege a criança para o desfecho por ICSAP.

Ao considerar, como desfecho, **ICSAP por doença respiratória**, identificou-se associação desta com as variáveis renda familiar e a mãe residir com o companheiro (Tabela 11).

Crianças de famílias com baixa renda tiveram prevalência 1,53 vezes maior de internação por acometimento respiratório que crianças de famílias com renda superior. A prevalência de crianças cujas mães não residem com o companheiro internarem devido doenças respiratórias foi 1,65 vezes maior que das crianças cujas mães possuem o companheiro no domicílio.

Tabela 11. Associação entre as variáveis sociodemográficas das crianças em relação à internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária por doenças do aparelho respiratório. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

	ICSAP† por doença respiratória				**IC 95%**	
	Não	**Sim**	**P-valor***	**RP§**	**LI‡**	**LS‡**
Idade da criança (anos)						
< 1	14 (46,67)	36 (69,23)	0,0436	1,440	0,978	2,121
≥ 1	16 (53,33)	16 (30,77)		ref	ref	ref
Sexo						
Feminino	18 (60)	31 (59,62)	0,9727	0,994	0,711	1,389
Masculino	12 (40)	21 (40,38)		ref	ref	ref
Idade materna						
< 35	24 (80)	40 (76,92)	0,7458	0,938	0,643	1,368
≥ 35	6 (20)	12 (23,08)		ref	ref	ref
Escolaridade materna (anos estudo)						
< 9	6 (20)	20 (38,46)	0,0836	1,346	0,988	1,834
≥ 9	24 (80)	32 (61,54)		ref	ref	ref
Renda per capita (US$ ao dia)£						
Abaixo da linha da pobreza	2 (6,9)	13 (27,08)	0,0302	1,535	1,143	2,063
Acima da linha da pobreza	27 (93,1)	35 (72,92)		ref	ref	ref
Recebe Benefício						
Não	12 (40)	17 (32,69)	0,505	0,888	0,618	1,274
Sim	18 (60)	35 (67,31)		ref	ref	ref
Etnia						
Branca	13 (43,33)	12 (23,08)	0,055	0,684	0,440	1,064
Não branca	17 (56,67)	40 (76,92)		ref	ref	ref
Mãe reside com companheiro						
Não	5 (16,67)	25 (48,08)	0,0045	1,605	1,181	2,181
Sim	25 (83,33)	27 (51,92)		ref	ref	ref
Ocupação materna						
Sem remuneração	15 (50)	32 (61,54)	0,3089	1,192	0,842	1,686
Com remuneração	15 (50)	20 (38,46)		ref	ref	ref
Moradia						
Casa própria	6 (20,69)	13 (25)	0,6607	1,088	0,759	1,560
Casa não própria	23 (79,31)	39 (75)		ref	ref	ref
Cuidador/familiar faz uso de:						
Não usa drogas	14 (46,67)	26 (50)	0,7712	1,050	0,756	1,459
Álcool, cigarro ou outras drogas	16 (53,33)	26 (50)		ref	ref	ref

Nota: †: Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *: P-valor referente ao teste qui-quadrado. §: Razão de Prevalência. ‡: limite inferior e limite superior do intervalo de confiança. £: Renda Familiar: (U$ ao dia) à semelhança de estudos nacionais e internacionais (valor US$ em 29/09/2021: 1US$ = R$5,43). Fonte: Os autores. 2021.

Não foi encontrada associação entre **ICSAP por doença respiratória** e as variáveis perinatais, de morbidade prévia e de cuidados da criança (Tabela 12), nem entre esse desfecho e as variáveis de uso e qualidade dos serviços de APS (Tabela 13).

Tabela 12. Associação entre as variáveis perinatais, de morbidade prévia e de cuidados da criança em relação à internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária por doenças do aparelho respiratório. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

	ICSAP† por doença respiratória				**IC 95%**	
	Não	**Sim**	**P-valor***	**RP§**		**Não**
Peso ao nascer (gramas)						
< 2.500	5 (17,24)	8 (16)	0,8859	0,967	0,606	1,542
≥ 2.500	24 (82,76)	42 (84)		ref	ref	ref
Idade Gestacional (semanas)						
< 37	3 (10)	8 (15,69)	0,4707	1,184	0,788	1,778
≥ 37	27 (90)	43 (84,31)		ref	ref	ref
Criança sugou seio materno						
Não	6 (20)	7 (13,46)	0,4349	0,826	0,485	1,406
Sim	24 (80)	45 (86,54)		ref	ref	ref
Cuidador principal						
Mãe	27 (90)	49 (94,23)	0,4786	1,290	0,569	2,920
Outro cuidador	3 (10)	3 (5,77)		ref	ref	ref
Condição crônica de saúde						
Não	19 (63,33)	38 (73,08)	0,3559	1,191	0,804	1,764
Sim	11 (36,67)	14 (26,92)		ref	ref	ref
CRIANES£						
Não	28 (93,33)	49 (94,23)	0,8701	1,061	0,508	2,213
Sim	2 (6,67)	3 (5,77)		ref	ref	ref
Usa dispositivo tecnológico saúde						
Não	27 (90)	49 (94,23)	0,4786	1,290	0,569	2,920
Sim	3 (10)	3 (5,77)		ref	ref	ref
Hospitalização anterior						
Não	19 (63,33)	38 (73,08)	0,3559	1,191	0,804	1,764
Sim	11 (36,67)	14 (26,92)		ref	ref	ref
Situação Vacinal						
Atualizada	22 (73,33)	41 (80,39)	0,4606	1,171	0,746	1,839
Desatualizada	8 (26,67)	10 (19,61)		ref	ref	ref
Peso por idade (z escore)						
Adequado	5 (16,67)	7 (13,46)	0,6925	0,907	0,545	1,510
Não adequado	25 (83,33)	45 (86,54)		ref	ref	ref
Acompanhamento C&D¥						
Não	2 (6,67)	5 (9,62)	0,6453	1,140	0,691	1,879
Sim	28 (93,33)	47 (90,38)		ref	ref	ref

Nota: †: Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *: P-valor referente ao teste qui-quadrado. §: Razão de Prevalência. ‡: limite inferior e limite superior do intervalo de confiança. £: Criança com Necessidades Especiais de Saúde. ¥: Crescimento e Desenvolvimento.
Fonte: Os autores. 2021.

Tabela 13. Associação entre as variáveis de uso e qualidade dos serviços de Atenção Primária em Saúde em relação à internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária por doenças do aparelho respiratório. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2021.

	ICSAP† por doença respiratória				IC 95%	
	Não	**Sim**	**P-valor***	**RP§**	**Não**	**Sim**
Procurou atendimento em US£ antes da hospitalização						
Não	1 (3,33)	1 (1,92)	0,6901	0,784	0,194	3,167
Sim	29 (96,67)	51 (98,08)		ref	ref	ref
Tipo de US£ que frequenta						
UBS¥	22 (73,33)	32 (61,54)	0,434	0,741	0,506	1,084
ESF**	6 (20)	12 (23,08)		0,833	0,531	1,307
UPA/UBDS/UPA§§	2 (6,67)	8 (15,38)		ref	ref	ref
Distrito de Saúde						
Central	4 (13,33)	1 (1,92)	0,1094	0,325	0,055	1,926
Norte	5 (16,67)	20 (38,46)		1,300	0,906	1,866
Sul	9 (30)	13 (25)		0,960	0,605	1,524
Leste	2 (6,67)	2 (3,85)		0,813	0,291	2,267
Oeste	10 (33,33)	16 (30,77)		ref	ref	ref
Grau de Afiliação						
< 6,6	7 (23,33)	4 (7,69)	0,0453	0,538	0,242	1,195
≥ 6,6	23 (76,67)	48 (92,31)		ref	ref	ref
Acesso de primeiro contato – utilização						
< 6,6	15 (50)	27 (51,92)	0,8667	1,029	0,740	1,430
≥ 6,6	15 (50)	25 (48,08)		ref	ref	ref
Acesso de primeiro contato – acessibilidade						
< 6,6	20 (66,67)	35 (67,31)	0,9526	1,011	0,711	1,437
≥ 6,6	10 (33,33)	17 (32,69)		ref	ref	ref
Longitudinalidade						
< 6,6	15 (50)	30 (57,69)	0,5002	1,121	0,801	1,570
≥ 6,6	15 (50)	22 (42,31)		ref	ref	ref
Coordenação – integração de serviços						
< 6,6	7 (63,64)	5 (62,5)	0,9596	0,972	0,328	2,881
≥ 6,6	4 (36,36)	3 (37,5)		ref	ref	ref
Coordenação – sistemas de informação						
< 6,6	5 (16,67)	5 (9,62)	0,3473	0,766	0,403	1,456
≥ 6,6	25 (83,33)	47 (90,38)		ref	ref	ref
Integralidade – serviços disponíveis						
< 6,6	14 (46,67)	26 (50)	0,7712	1,050	0,756	1,459
≥ 6,6	16 (53,33)	26 (50)		ref	ref	Ref

(continua)

(continuação da Tabela 13)

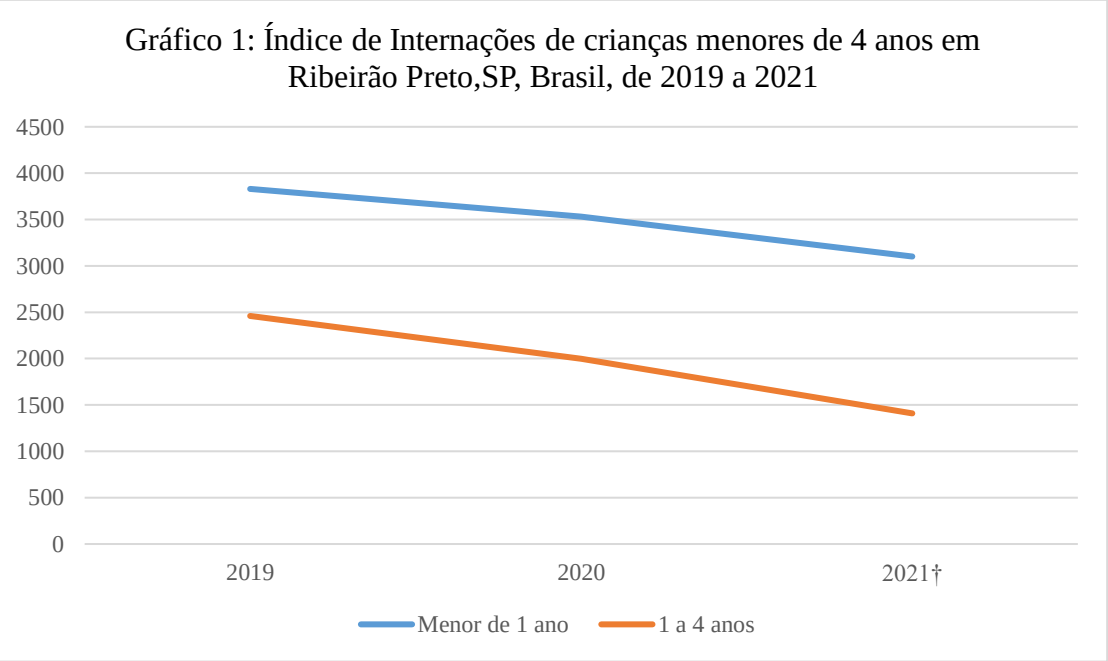
	ICSAP† por doença respiratória				IC 95%	
	Não	**Sim**	**P-valor***	**RP§**	**Não**	**Sim**
Integralidade – serviços prestados						
< 6,6	16 (53,33)	35 (67,31)	0,2088	1,251	0,865	1,811
≥ 6,6	14 (46,67)	17 (32,69)		ref	ref	Ref
Orientação familiar						
< 6,6	19 (63,33)	27 (51,92)	0,3159	0,845	0,611	1,170
≥ 6,6	11 (36,67)	25 (48,08)		ref	ref	ref
Orientação comunitária						
< 6,6	30 (100)	49 (94,23)	0,1801			
≥ 6,6	0 (0)	3 (5,77)				
Escore Essencial						
< 6,6	15 (50)	22 (42,31)	0,5002	0,892	0,637	1,249
≥ 6,6	15 (50)	30 (57,69)		ref	ref	ref
Escore Geral						
< 6,6	20 (66,67)	35 (67,31)	0,9526	1,011	0,711	1,437
≥ 6,6	10 (33,33)	17 (32,69)		ref	ref	ref

(final da Tabela 13)

Nota: †: Internação por Condições Sensíveis à Atenção Primária. *: P-valor referente ao teste qui-quadrado. §: Razão de Prevalência. ‡: limite inferior e limite superior do intervalo de confiança. £: Unidade de Saúde. ¥: Unidade Básica de Saúde. **: Unidade com Estratégia Saúde da Família. §§: Unidade de Pronto Atendimento. Unidade Básica e Distrital de Saúde. Serviço de Atenção Domiciliar.
Fonte: Os autores. 2021.

5 Discussão

O presente estudo registrou um número de internações menor que o registrado no ano anterior, tendo uma queda de 12% dos casos de internação em menores de quatro anos de 2020, comparado ao mesmo período de 2019 (SIH/SUS)[3], conforme Gráfico 1. Essa queda no índice de internações pode ter explicação sustentada na ocorrência da pandemia do COVID-19. As instituições de saúde, como as unidades da rede básica de saúde tiveram que rever o fluxo de atendimento da população de modo a respeitar as normativas de vigilância em saúde, com indicação de prioridades nas agendas de acompanhamento na APS, com horário e atendimentos bastante restringidos à população em geral[4]. Também houve o receio dos cuidadores em levarem suas crianças para consultas de acompanhamento de crescimento e desenvolvimento e para imunização, indicado por Toso et al. (2020) que investigou o atendimento de crianças em três municípios brasileiros, um deles o campo da presente investigação.



† Dados referentes ao período de janeiro a setembro de 2021;

[2]Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Conforme apontado por Cabral et al. (2021) o governo brasileiro emitiu Nota

[3] Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/nibr.def

[4]SMS RP. Nota técnica 02/2020. Orientações COVID 19. Ribeirão Preto, 20 de março de 2020. Disponível em: http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/files/ssaude/pdf/nota02.pdf

Técnica[5], atestada pelas Secretarias de Saúde, para restringir esses atendimentos, para reduzir aglomerações nos serviços de saúde, o que de certo modo contribuiu para desfavorecer o acompanhamento infantil, sobretudo nas ICSAP.

Outrora, os serviços de atendimento das crianças nos dois hospitais campo dessa pesquisa foram cancelados, tais como as cirurgias eletivas, com priorização de atendimentos com queixa respiratória e urgência e emergência, promovendo a observação destes casos em menos de 24h. Desse modo, obteve-se um desfecho menor de internações, assim como menor permanência hospitalar, inclusive para proteger as crianças de agravos e complicações devido a própria internação.

Assim como apontam Farias et al. (2019), Lôbo et al. (2019); Pinto Junior et al. (2020) e Pinto et al. (2019), o presente estudo também evidenciou que grande parte das causas das internações por ICSAP estiveram relacionadas às doenças do aparelho respiratório, respondendo por 28,26% dos casos de internação em menores de cinco anos. Da mesma forma, outras investigações evidenciam as doenças do aparelho respiratório como as que responderam pela maior taxa de internação por crianças menores de cinco anos no Brasil (CAMELO, REHEM, 2019; FREITAS et al., 2020, CONTIERO-TONINATO, 2019). Doenças da pele foram a segunda causa mais frequente (5,43%), motivo que não evidenciado por outros estudos (CAMELO, REHEM, 2019; FREITAS et al., 2020; PINTO JUNIOR et al., 2020; RIBEIRO, ARAÚJO FILHO, ROCHA, 2019).

Encontrou-se alta incidência de internação em menores de um ano, representada por 46,74% das crianças do estudo. Autores apontam que crianças nessa faixa etária estão mais vulneráveis por terem o sistema imunológico imaturo e, geralmente, com uma maior tendência de encaminhamento de profissionais de saúde para internação hospitalar (MARIANO, NEDEL, 2018).

A caracterização das famílias e dos cuidadores das crianças revelou mães jovens, com mais de nove anos de estudo, e que residem com companheiro. Estudo realizado por Chemello, Levandowski, & Donelli (2021), destaca que a escolaridade materna pode impactar o desenvolvimento infantil, assim como o nível de ansiedade materna, considerando que a falta de conhecimento acerca dos cuidados com a criança pode causar maior ansiedade materna, prejudicar o desenvolvimento da criança, assim como aumentar

[5](Código)-Portaria MS-356, de 11/03/2020. Portaria Ministério da Saúde (MS) nº 356, de 11 de março de 2020. Disponível em: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de-11-de-marco-de-2020-247538346

a taxa de morbimortalidade infantil. (MARINHO et al, 2020).

Além disso, também foi apontado que a formação de vínculo entre binômio mãe-filho é favorecida quando as mesmas têm um apoio do companheiro (suporte familiar), que reduz sintomas de ansiedade, depressão e estresse materno.

Apesar de os dados demonstrarem quase todas as famílias acima da linha da pobreza, identificou-se algumas que dependiam de benefício social e outras que viviam exclusivamente com esse recurso financeiro. A contribuição de programas de transferência de renda, como o Bolsa Família (PAIVA et al., 2020) e o auxílio emergencial durante a pandemia de COVID-19 (SILVA, PAES, 2019) tem sido demonstrada, e demonstram o impacto desses programas, associados aos cuidados devidos na APS, nos indicadores de saúde infantil.

As condições de moradia das famílias investigadas revelam acesso à infraestrutura como rede de abastecimento de água, luz, sistema de esgoto e coleta pública de lixo. Esses serviços, considerados essenciais, tem repercussão na saúde das crianças e estudo de Victora et al. (2011) demonstrou impacto destes na redução da mortalidade infantil.

Em relação à amamentação, este estudo apresentou frequência elevada (83,15%) de oferta de seio materno; contudo, não foi levado em consideração o tempo que a criança permaneceu em aleitamento. A literatura aponta que morbimortalidade infantil e doenças a curto, médio e longo prazos, podem ser evitadas através do aleitamento materno exclusivo (AME) até primeiros seis meses de vida, como preconizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e este deve ser incentivado como alimento complementar à uma alimentação saudável até dois anos ou mais (FREBONE et al., 2021; LOPES et al., 2018; VIEIRA et al., 2021).

Quase um terço das crianças desta pesquisa estão com a carteira de vacinação desatualizada. Domingues (2021) destacou que o declínio da cobertura vacinal tem ficado mais evidente através dos anos, com estimativa da OMS em 2019 para vários países, incluindo o Brasil, de quase 14 milhões de crianças que perderam vacinas vitais como a vacina contra sarampo e tríplice bacteriana (DTP). Além disso, é destacado que a OMS juntamente com a UNICEF, tem chamado atenção para esta evidência, e consideram que, no contexto da pandemia do COVID 19, houveram interrupções da distribuição de vacinas, assim como diminuição de ações que promoviam a imunização infantil, além da relutância dos responsáveis comparecerem ao serviço de saúde para vacinação da criança, aspectos que intensificam esta tendência para falhas na cobertura vacinal (Domingues, 2021; GBD 2019 Under-5 Mortality Collaborators, 2021). Domingues (2021) ainda

ressalta recomendações desses órgãos internacionais voltadas à ações que promovam e estimulem o fortalecimento do Programa Nacional de Imunização.

Da análise do uso de serviços da APS, o presente estudo mostrou que as crianças nos dois grupos (ICSAP e não ICSAP) possuem vínculo com as unidades de saúde de referência, representado pelo grau de afiliação. Significa que as famílias buscam os mesmos serviços de saúde quando do adoecimento da criança e se surge algum novo problema de saúde, corroborando outras investigações (ARAÚJO et al., 2018; PAHIM et al., 2018)

Os cuidadores também revelaram experiências positivas relacionadas aos atributos como Acesso de primeiro contato – utilização e Coordenação – sistemas de informação. Estudos como os de (ARAÚJO et al., 2018; BALK et al., 2021; COUTINHO et al. 2020) corroboram esses achados e demonstram que famílias de têm encontrado unidades de saúde que respondem às suas necessidades quando precisam de atendimento de suas crianças. Diferentemente desses achados, Leão e Caldeira (2021) apontam para pouca presença e extensão dos atributos relacionados à acessibilidade, ao avaliarem a trajetória de cuidados para crianças com ICSAP, em um município do sudeste brasileiro. Os autores revelam que as famílias procuram primeiramente serviços hospitalares, em detrimento das unidades de atenção primária em saúde (LEÃO, CALDEIRA, 2021)

Apesar de um escore limítrofe, há que se destacar resultados dos atributos Longitudinalidade e Integralidade Serviços Prestados. Os valores ficaram próximos ao ponto de corte e as questões que envolvem cada um dos atributos tiveram algumas respostas positivas, corroborando os achados de Araújo et al. (2018) e de Pahim et al. (2018), diferindo de Coutinho et al. (2020).

O mesmo pode ser indicado para o Escore Essencial da APS, onde alguns valores foram mais baixos, mas mesmo assim, em ambos os grupos (ICSAP e não ICSAP) tiveram média acima do ponto de corte (ARAÚJO et al., 2018; COUTINHO et al., 2020; PAHIM et al., 2018). Contudo, por terem respostas mais negativas para atributos voltados às famílias e à comunidade, o Escore Geral dos grupos demonstrou fragilidade, no olhar geral dos atributos que deveriam estar presentes nas ações de cuidado à criança na APS e que encontra semelhança aos resultados de Santos et al. (2018), diferindo de outras investigações (ARAÚJO et al., 2018; COUTINHO et al., 2020; PAHIM et al., 2018).

A comparação dos escores revelou diferenças significantes entre os grupos para dois atributos importantes para o cuidado infantil. Integralidade – serviços disponíveis teve maior pontuação para o grupo de crianças hospitalizadas por ICSAP. Cuidadores que

utilizam os serviços de atenção primária reconhecem os serviços que compõem as unidades de saúde que fazem uso quando demandam atendimento para suas crianças (PAHIM et al., 2018); valores limítrofes desse atributo foi encontrado por Coutinho et al. (2020), Araújo et al. (2018), Santos et al., (2018).

Contudo, esse estudo demonstrou a Integralidade – serviços prestados, com maior pontuação para o grupo que não teve internação por ICSAP. Esse dado revela experiência não tão positiva para um grupo que teve desfecho da hospitalização por causas que poderiam ter resolutividade na APS.

Ações de cuidado para a criança são amplamente destacadas em investigações (FURTADO et al., 2018; YAKUWA et al., 2016; COUTINHO et al., 2020; SANTOS et al., 2018; LEÃO, CALDEIRA, 2021) e requerem um olhar atento dos profissionais de saúde das unidades de atenção primária de modo que as famílias tenham oportunidade de vivenciar atendimento qualificado, com resolutividade e com desfechos favoráveis à saúde da criança, minimizando, assim, ocorrências de ICSAP.

Ao analisar a razão de prevalência entre as variáveis sociodemográficas das crianças, de morbidade prévia, de uso e qualidade dos serviços de APS e os desfechos avaliação positiva da APS (Escore Essencial), ICSAP e ICSAP por doenças respiratórias, os achados demonstraram aspectos que merecem destaque.

A baixa renda das famílias favoreceu as ICSAP, sendo que moradia própria protegeu as crianças com relação a esse desfecho. Para as famílias que encontraram, nos serviços de saúde, experiência positiva do atributo integralidade – serviços disponíveis, o resultado foi menor prevalência para ICSAP. Aquelas famílias que não vivenciaram o atributo Integralidade – serviços prestados, tiveram maior prevalência para o desfecho ICSAP.

Quando a hospitalização se deu por causas respiratórias, esse estudo demonstrou maios suscetibilidade das famílias de baixa renda, à semelhança de Pina et al. (2017) e daquelas cujas mães não residem com os companheiros. Estudo de Macedo et al. (2019) demonstrou que experiência positiva no atendimento da criança na APS resultaram em maior chance de as crianças não serem hospitalizadas por pneumonias.

Cabe ainda apontar que a cobertura da ESF demonstrou associação com a diminuição de taxas de ICSAP em crianças (PINTO JUNIOR et al., 2020) e com melhoria de indicadores de saúde infantil (VENÂNCIO et al., 2016). Embora não tenha sido significante, Santos, Lima, Fontes (2019), encontrou-se discreta redução das ICSAP relacionadas à cobertura da ESF. Tais dados instigam à indispensabilidade para reflexão

acerca das ações em saúde infantil no município do estudo, uma vez que este possui baixa cobertura de unidades que dispõem de equipes que trabalham com essa estratégia de atenção à saúde das pessoas.

Isto posto e a despeito da intensa demanda de cuidados que os profissionais de saúde da atenção primária devem atender, não somente para a população infantil, mas também para outros indivíduos em cada tempo do ciclo vital, entende-se como importante que, constantemente, sejam repensadas, inovadas e incorporadas as práticas de cuidado que favoreçam as famílias e suas crianças. Assim, potencializam-se oportunidades de cuidado para contribuírem com a inversão de indicadores de saúde infantil, como o desfecho ICSAP.

Para considerar a interpretação e a generalização dos dados, há que se apontar as limitações do estudo. Elas envolvem aspectos relacionados à amostra de somente dois hospitais e de um município, acrescido ao momento que me se deu a coleta de dados, que envolveu a pandemia de COVID-19. Nesse contexto pandêmico, houve restrições de atendimentos unidades da rede básica de atenção e nos hospitais, o que pode ter afetado a percepção dos familiares sobre os cuidados recebidos relacionados ao uso e qualidade dos serviços da atenção primária. Também, essa pesquisa ter buscado a perspectiva do cuidador da criança para avaliar a experiência do cuidado infantil em unidades vinculadas ao SUS pode limitar o olhar mais ampliado, sugerindo-se, então, a avaliação de profissionais de saúde, como também de outros modelos assistenciais.

Contudo, tais limitações não desconsideram os resultados, pois esses corroboram a literatura e apontam para a importância da avaliação do uso e da qualidade dos serviços da APS pela criança, quando se intenciona resultados que favoreçam indicadores de saúde infantil e respostas mais positivas para essa clientela.

Das contribuições, destacam-se os fatores que demonstraram concorrer para o desfecho ICSAP. Variáveis sociodemográficas, condições clínicas da criança e experiências positivas de atributos na APS são elementos que, se caso não estejam presentes, podem ser incorporados nas ações de cuidados e no cotidiano do trabalho dos profissionais que atendem a população infantil.

Desse modo, este estudo apresenta ou reforça esses achados com vistas a impulsionar, constantemente, a indispensabilidade de condutas que promovam a saúde infantil e reduzam o desfecho hospitalização.

6 Conclusão

Ao demonstrar fatores que podem proteger a criança ou levá-la a uma hospitalização por uma condição passível de ser atendida e resolvida na APS, os dados desse estudo permitem apontar para a necessidade de concentrar esforços que favoreçam a experiência positiva das famílias e das crianças com relação aos atributos que devem estar presentes em serviços de saúde infantil.

Conforme colocado na hipótese deste estudo, os aspectos sociodemográficos se reafirmaram como relevantes quando se tornam vulnerabilidades para que a criança tenha desfechos desfavoráveis em sua saúde. Assim, considerá-los, nos momentos de atenção à essa clientela – como nas consultas e nas visitas domiciliares - potencializam planos de cuidados individualizados, com maiores possibilidades de resultados favoráveis.

As doenças respiratórias se mantiveram em destaque, também nesse estudo, o que enfatiza a necessidade de reforço das ações de vigilância em saúde e de fortalecimento da ESF, que devidamente implementadas, têm potencial para contribuir para a inversão nas taxas de hospitalização por essas condições.

A realização do estudo em um momento de pandemia acende um alerta para as crianças que ficaram longe dos cuidados preventivos e que podem estar vulneráveis ao adoecimento e, consequentemente, à hospitalização.

Os profissionais de saúde da atenção primária, como o enfermeiro, embora sobrecarregados com demandas diversas, possuem ferramentas importantes para acompanhar as crianças em seus contextos de vida, quer seja quando do encontro nas consultas de vigilância do crescimento e desenvolvimento e nas ações de imunização, quer seja na realização de visita domiciliar, o que o aproxima da realidade e do contexto à que essa criança está exposta.

Por fim, recomenda-se que o olhar para a criança na APS, em qualquer momento como os acima indicados e mesmo que na perspectiva da promoção da saúde, considere o desfecho hospitalização. Isto pode auxiliar os enfermeiros, e os demais profissionais, que atendem essa clientela a tomarem como relevantes cada ação de cuidado realizada, cada orientação em saúde, cada oportunidade de empoderar a família para favorecer a saúde da criança.

8 Referências

ANDRADE, R.D.; SANTOS, J.S.; PINA J.C.; FURTADO, M.C.C.; MELLO, D.F. Integralidade das ações entre profissionais e serviços: prerrogativa ao direito à saúde da criança. **Esc. Anna Nery**, v.17, n.4, p. 772-780, 2013. doi: https://doi.org/10.5935/1414-8145.20130023

ARAUJO J.P.; VIERA, C.S. TOSO, R.B.O.; GAÍVA, MAM. RODRIGUES, R.M. Avaliação dos atributos essenciais da atenção primária à saúde da criança**. Rev Bras Enferm**,, v. 71, supl 3, p. 1366-1372, 2018. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569

ARAÚJO, J.P.; SILVA, R.M.M.; COLLET, N.; TATSCH, E.N.; TOSO, B.R.G.O.; VIERA C.S. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev. Bras. Enferm**., v.67, n.6, p.1000-7, 2014. doi: https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670620

BALK, R.; SOUZA, M.B.; NERY, M.E.P. Avaliação do "Acesso de Primeiro Contato" para crianças por meio do PCATool-Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 2, e56310212777, 2021. doi: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12777

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. **Cad Saúde Pública**, v.28, n.3, p.515-26, 2012. doi: https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300012

BLACK, E.R.; TAYLOS, C.E.; AROLE, S.; BANG, A.; BHUTTA, Z.A.; MUSHTAQUE, A.; CHOWDHURY, R. et al. Comprehensive review of the evidence regarding the effectiveness of community–based primary health care in improving maternal, neonatal and child health: 8. summary and recommendations of the Expert Panel. **Journal of Global Health**, v.17, n.1, p.010908, 2017. doi: 10.7189/jogh.07.010908

BOERMA, T.; REQUEJO, J.; VICTORA, C.G.; AMOUZOU, A.; GEORGE, A.; AGYEPONG, I. et al. Countdown to 2030: tracking progress towards universal coverage for reproductive, maternal, newborn and child health. **Lancet,** January 30, 2018. volume 391, ISSUE 10129, ISSN 0140-6736 DOI: 10.1016/S0140-6736(18)30104-1

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1130 de 05 de agosto de 2015**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente no âmbito do SUS. Diário Oficial da União, Brasília (DF); 2015.

_____.Ministério da Saúde. **Portaria n. 356 de 11 de março de 2020**. Dispõe sobre a regulamentação e operacionalização do disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que estabelece as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (COVID-19). Diário Oficial da União. [Internet]. 12 mar 2020 (Acesso 01 novembro 2020); Seção 1:185. Disponível em: http://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-356-de- 11-de-marco-de-2020-247538346

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde:** PCATool – Brasil – 2020/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria n.221, de 17 de abril de 2008. **Define a Lista Brasileira de Condições Sensíveis à Atenção Primária**. Diário Oficial da União, Brasília, 18 abr. 2008. Seção 1, p.70.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_2ed.pdf e https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_2ed.pdf. Acesso 01 out 2021.

BUSBY, J.; PURDY, S.; HOLLINGWORTH, W. How do population, general practice and hospital factors influence ambulatory care sensitive admissions: a cross sectional study. **BMC Family Practice**, v.18, p.67-75, 2017. doi: 10.1186/s12875-017-0638-9.

BUTLER, D.C.; THRECHT, L.; BROWN, L.; KONINGS, P. Social exclusion, deprivation and child health: a spatial analysis of ambulatory care sensitive conditions in children aged 0 to 4 years in Victoria, Australia. **Social Sci Med**, v.94, p.9-16, 2013. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.029

CABRAL IE, PESTANA-SANTOS M.; CIUFFO, L.L.; NUNES,Y.R.; LOMBA, M.L.L.F. Child health vulnerabilities during the COVID-19 pandemic in Brazil and Portugal. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.,** v.29, p.e3422, 2021. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.4805.3422

CALDEIRA, A.P.; FERNANDES, V.B.L.; FONSECA, W.P.; FARIA, A.A. Hospitalizações pediátricas por condições sensíveis à atenção primária em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Mater Infant.**, v.11, n.1, p. 61-71, 2011. doi: https://doi.org/10.1590/S1519-38292011000100007

CAMELO M.S.; REHEM, T.C.M.S.B.; Internações por condições sensíveis à atenção primária em pediatria no Distrito Federal: um estudo ecológico exploratório. **REME – Rev Min Enferm**., v.23, p. e-1269, 2019. doi: 10.5935/1415-2762.20190117

CARVALHO, S.C.; MOTA, E.; DOURADO, I.; AQUINO, R.; TELES, C.; MEDINA, M.G. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Norttheast Brazil. **Cad Saude Publ**, v.31, n.4, p.744-54, 2015.

CASTRO, A.L.B. et al. Condições socioeconômicas, oferta de médicos e internações por condições sensíveis à atenção primária em grandes municípios do Brasil. **Cad Saude Publ**, v.31, n.11, p.2353-66, 2015. doi: https://doi.org/10.1590/0102-311X00069014

CECIL E.; BOTTLE, A.; SHARLAND, M.; SAXENA, S. Impact of UK Primary Care Policy Reforms on short-stay unplanned hospital admissions for children with primary care-sensitive conditions. **Annals of Fam Med**, v.13, n.3, p.214-20, 2015. doi: 10.1370/afm.1786

CHEMELLO, M.R.; LEVANDOWSKI, D.C.; DONELLI, M.S. Ansiedade materna e relação mãe-bebê: um estudo qualitativo. SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. Revista da SPAGESP, v. 22, n.1, p.39-53, 2021. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702021000100004

CONTIERO-TONINATO, A.P. Internações hospitalares de crianças por condições sensíveis à atenção primária em região de fronteira. 2019. 117f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2019. Disponível em: https://teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-23102019-193452/pt-br.php. Acesso em: 10 set 2021.

COUTINHO, S.E.D.; REICHERT, A.P.S.; NOGUEIRA, J.A.; TOSO, B.R.G.O.; COLLET, N. Avaliação em saúde: dimensão processual e estrutural da saúde da criança na atenção primária. **Saúde Debate,** v. 44, n. 124, p. 115-129, 2020. doi: 10.1590/0103-1104202012408

DAMASCENO, S.S.; NÓBREGA, V.M.; COUTINHO, S.E.D.; REICHERT, A.P.S.; TOSO, B.R.G.O; COLLET, N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. Saúde Colet**, v.21, n.9, p.2961-73, 2016. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015

DOMINGUES, C.M.A.S. Desafios para o programa nacional de imunizações diante da pandemia COVID-19. In: SANTOS, A.O.S.; LOPES, L.T. (orgs), Reflexões e Futuro. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2021, Coleção COVID-19, vol. 6. 1ªed, p.170- 187. Disponível em: https://www.conass.org.br/biblioteca/volume-6-reflexoes-e-futuro/

FARIAS, Y.N.; LEITE, I.C.; SIQUEIRA, M.A.M.T.; CARDOSO, A.M. Iniquidades étnico-raciais nas hospitalizações por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil, 2009-2014. **Cad. Saúde Pública,** v.35, Sup 3, p.e00001019, 2019. doi: 10.1590/0102-311X00001019

FEBRONE R.R.; OLIVEIRA M.I.C.; RITO, R.V.V.F.; MORAES, J.R. Sustainability of the Breastfeeding-Friendly Primary Care Initiative: a crosssectional study. **Rev Bras Enferm.**, v.74, n.3, p.e20200869, 2021. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0869

FIGUEIRA, M.C.S.; SILVA, W.P.; MARQUES, D; BAZILIO, J.; PEREIRA, J.A.; VILELA, M.F.G. et al. Attributes of primary care in river health from the perspective of

riverine users. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 125, P. 491-503, 2020. DOI: 10.1590/0103-1104202012516

FREITAS, J.L.G; SILVA, P.P. DA; MOREIRA, K.F.A; CAVALCANTE, D.F.B; SOUZA, M.H.N; ALVES J.C. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em Crianças em Rondônia de 2008 a 2017. **Cogitare enferm.**, v.25, p.e71904, 2020. doi: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.71904.

FURTADO, M.C.C; MELLO, D.F.; PINA, J.C.; BATISTELA, J.V.; LIMA, P.R.; REZENDE, V.D. Ações e articulações do enfermeiro no cuidado da criança na atenção básica. **Texto Contexto Enferm**., v.27, n.1, p.e0930016, 2018. doi: https://doi.org/10.1590/0104-07072018000930016

GBD 2019 Under-5 Mortality Collaborators. Global, regional, and national progress towards Sustainable Development Goal 3.2 for neonatal and child health: all-cause and cause-specific mortality findings from the Global Burden of Disease Study 2019.**The Lancet**; v.398, p.870–905, 2021. doi: https://doi.org/10.1016/ S0140-6736(21)01207-1

HALE, N.; PROBOST, J.; ROBERTSON, A. Rural area deprivation and hospitalizations among children for ambulatory care sensitive conditions. **J. Community Health**, v.41, p.451-60, 2016. doi: 10.1007/s10900-015-0113-2.

HU, T.; MORTENSEN, K. Mandatory statewide Medicaid managed care in Florida and hospitalizations for ambulatory care sensitive conditions. **Health Serv. Res.**, v.53, n.1, 2018. doi: 10.1111/1475-6773.12613.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Cidades. Ribeirão Preto. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/ribeirao-preto/panorama. Acesso em: 20 out 2021.

JUNQUEIRA, R.M.P.; DUARTE, E.C. Internações hospitalares por causas sensíveis à atenção primária no Distrito Federal, 2008. **Rev Saude Pública**, v.45, n.5, p.761-68, 2012.

LEÃO, H.M. e CALDEIRA, A.P. Acessibilidade e trajetórias de cuidado para crianças com internações por condições sensíveis à atenção primária. **Cien Saude Colet,** 26(8):3301-3310, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021268.08882020

LÔBO, I.K.V.; KONSTANTYNER, T.; ARECO, K.C.N.; VIANNA, R.P.T.; TADDEI, J.A.A.C. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária de Menores de um ano, de 2008 a 2014, no estado de São Paulo, Brasil. **Cien Saude Colet,** v.24, n. 9, p.3213-3226, 2019. doi: 10.1590/1413-81232018249.29932017

LOPES, W.C.; MARQUES, F.K.S.; OLIVEIRA, C.F.; RODRIGUES, J.A.; SILVEIRA, M.F.; CALDEIRA, A.P. et al Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. **Rev Paul Pediatr.** v.36, n.2, p.164-170, 2018. doi: https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2018;36;2;00004

MACEDO, J.C.B.; ARCÊNCIO, R.A.; WOLKERS, P.C.B.; RAMOS, C.V.; CONTIERO-TONINATO, A.P.; FURTADO, M.C.C. Fatores associados a pneumonias

e diarreia em crianças e qualidade da atenção primária à saúde. **Texto contexto Enferm**, v. 28, p.e20180225, 2019. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0225

MARIANO, T.S.O. e NEDEL, F.B. Hospitalização por condições sensíveis à atenção primária em menores de cinco anos de idade em Santa Catarina, 2012: estudo descritivo*** Epidemiol. Serv. Saude**, v.27, n.3, p.e2017322, 2018 doi: 10.5123/S1679-49742018000300006

MARINHO, C.S.R.; FLOR, T.B.M.; PINHEIRO, J.M.F.; FERREIRA, M.A.F. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. **Cad. Saúde Pública**, v.36, n.10, p.e00191219, 2020. doi: 10.1590/0102-311X00191219

ORUETA, J.F.; GARCIA-ALVAREZ, A.; GRANDE, G.; NUÑO-SOLINIS, R. The origin of variation in primary care process and outcomes indicators. **Medicine**, v.94, n.31, p.1-10, 2015. doi: 10.1097/MD.0000000000001314

PAHIM, A.T.; GOMES, M.F.P.; FRACOLLI, L.A. Estratégia Saúde da Família - a ótica dos cuidadores de crianças. **Rev enferm UFPE on line,** v.12, n.3, p.607-17, 2018. doi: https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i3a24120p607-617-2018

PAIVA, L. H.; SOUZA, P.H.G.F.; SOARES, L.B.S. Evitando a pandemia da pobreza: possibilidades para o programa Bolsa Família e para o Cadastro Único em resposta à COVID-19. **Rev Admin Pública**, v.54, n4, p.1097-1110, 2020. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-761220200243

PAZÓ, R.G.; FRAUCHES, D.O.; MOLINA, M.C.B.; CADE, N.V. Panorama das internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, 2000 a 2014. **Rev Bras Med Fam**, v.12, n.39, p.1-12, 2017. doi: https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1546

_____. Modelagem hierárquica de determinantes associados a internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.30, n.9, p.1891-1902, 2014. doi: https://doi.org/10.1590/0102-311X00099913

PINA, J.C.; MORAES, S.A; FREITAS, I.C.M.; MELLO, D.F. Role of primary health care in child hospitalization due to pneumonia: a case-control study**. Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.25, p. e2892, 2017. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1731.2892

PINTO JUNIOR, E. P.; AQUINO, R.; DOURADO, I.; COSTA, L.Q.; SILVA, M.G.C. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em crianças menores de 1 ano no Brasil. **Cien Saude Colet,** v.25, n.7, p.2883-2890, 2020. doi: 10.1590/1413-81232020257.25002018

PINTO, L.F. MENDONÇA, C.S.; REHEM, T.C.M.S.B.; STELET, B. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) no Distrito Federal: comparação com outras capitais brasileiras no período de 2009 a 2018. **Cien Saude Colet,** v.24, n6, p.2105-2114, 2019. doi: 10.1590/1413-81232018246.08582019

PINTO, L.F; GIOVANELLA, L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Cien Saude Colet**, v.23, n.6, p.1903-13, 2018.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Trad. Denise R. de Sales. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

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

PREZOTTO, K.H.; LENTSCK, M.H.; AIDAR, T.; FERTONANI, H.P.; MATHIAS, T.A.F. Hospitalizações de crianças por condições evitáveis no estado do Paraná: causas e tendência. **Acta Paul Enferm**, v.30, n.3, p.254-61, 2017. doi: https://doi.org/10.1590/1982-0194201700039

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). **Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília: PNUD, 2015; 291:Il.

REHEM, T.C.M.S.B.; EGRY, E.Y. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Estado de São Paulo. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.16, n.12, p.4755-66, 2011. doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300024

REHEM, T.C.M.S.B.; EGRY, E.Y.; CIOSAK, S.I.; SANTOS, W.S. Quais aspectos contribuem para a ocorrência de internações por condições sensíveis à atenção primária? **Rev. Bras. Prom. Saúde**, v.29, p.138-47, 2016. doi: https://doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p138

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. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.47, n.1, p.884-90, 2013. doi: https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000400016

REICHERT, A.P.S.; RODRIGUES, P.F.; ALBUQUERQUE, T.M.; COLLET, N.; MINAYO, M.C.S. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciênc. saúde coletiva**, v.21, n.8, p.2375-82, 2016. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.07662016

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde e Planejamento. **Fatores de risco relacionados à saúde da população residente na zona urbana de Ribeirão Preto (SP) 2008-2011**. 2011. Disponível em: https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/pdf/fatores-risco.pdf. Acesso em: 01 jun 2018.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal de Saúde. **Relação das unidades de saúde**. Disponível em: http://www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br/portal/saude/relacao-unidades-saude. Acesso em: 20 out 2021.

RIBEIRO, M. G. C.; ARAUJO FILHO, A.C.A. de; ROCHA, S.S. da. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em crianças do Nordeste Brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.,** v.19, n.2, p. 499-506, 2019. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1806-93042019000200013

SANTOS, B.V.; LIMA, D.S.; FONTES, C.J.F. Internações por condições sensíveis à atenção primária no estado de Rondônia: estudo descritivo do período 2012-2016. **Epidemiol. Serv. Saude**, v. 28, n.1, p.e2017497, 2019. doi: 10.5123/S1679-49742019000100001

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**, v.20, n.1, p.71-9, 2015. doi: http://dx.doi.org/10.5380/ce.v20i1.37586

SANTOS, L.A.; OLIVEIRA, V.B.; CALDEIRA, A.P. Hospitalizations for conditions susceptible to primary care among children and adolescentes in Minas Gerais, Brasil, 1999-2007. **Rev. Bras. Saúde Mat. Infant**, v.16, n.2, p.169-78, 2016. doi: https://doi.org/10.1590/1806-93042016000200006

SANTOS, N.C.C.B.; NOGUEIRA, J.A.; TOSO, B.R.G.O.; COLLET, N.; REICHERT, A.P.S. Presença e extensão dos atributos de atenção primária à saúde da criança em distintos modelos de cuidado. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.1, p.e00014216, 2018. doi: https://doi.org/10.1590/0102-311X00014216

SILVA, E.S.A.; PAES, N.A. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. **Ciênc. saúde colet.,** v.24, n.2, p.623-630, 2019. doi: 10.1590/1413-81232018242.04782017

SILVA, G.S.; FERNANDES, D.R.F; ALVES, C.R.L. Avaliação da assistência à saúde da criança na Atenção Primária no Brasil: revisão sistemática de métodos e resultados **Ciênc. saúde colet.,** v.25, n.8, p.3185-3200, 2020. doi: 10.1590/1413-81232020258.27512018

SILVA, R.M.M.; SOBRINHO, R.A.S.; NEVES, E.T.; TOSO, B.R.G.O.; CIERA, C.S. Desafios à coordenação na atenção primária à saúde da criança. **Ciênc. saúde colet.**, v.20, n.4, p.1217-24, 2015. doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232015204.00742014

SILVA, S.A.; FRACOLLI, L.A. Avaliação da assistência à criança na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm**., v.69, n.1, p.54-61, 2016. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690107

SOUZA, D.K.; PEIXOTO, S.V. Estudo descritivo da evolução dos gastos com internações hospitalares por condições sensíveis à atenção primária no Brasil, 2000-2013. **Epidemol. Serv. Saude**, v.26, n.2, p.285-94, 2017. doi: https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000200006

TOM, J.O.; MANGIONE-SMITH, R.; GROSSMAN, D.C.; SOLOMON, C.; TSENG, C-W. Well-child care visits and risk of ambulatory care-sensitive hospitalizations. **Am. J. Manag. Care**, v.19, n.5, p.354-60, 2013.

TOSO, B.R.G.O.; ROSS, C.; SOTTI, C.W.; BRISCH, V.B.; CARDOSO, J.M. Profile of children hospitalizations by primary care sensitive conditions. **Acta Sci Health**, v. 38, n.2, p.231-38, 2016. doi: 10.4025/actascihealthsci.v38i2.29422

TOSO, B.R.G.O.; VIEIRA, C.S.; FURTADO, M.C.C.; BONATI, P.C.R. Ações de Enfermagem no cuidado à criança na atenção primária durante a pandemia de COVID-19. **Rev Soc Bras Enferm Ped**., v.20, esp. COVID-19, p.6-15, 2020. doi: 10.31508/1676-3793202000000122

VENÂNCIO, S.I.; ROSA, T.E.C.; SANCHES, M.T.C.; SHIGENO, E.Y.; SOUZA, J.M.P. Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**, v.16, n.3, p.283-93, 2016. doi: https://doi.org/10.1590/1806-93042016000300004

VICTORA, C.G.; AUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MOTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCWALD, C.L. Maternal and child health in Brazil: progress and challenge. **Lancet**, v.377, n.9780, p.1863-1876, 2011. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60138-4

VIERA, C.S.; ROCHA, L.C.; CHRISTOFFEL, M.; TOSO, B.R.G.O.; PERRES, J.F. Amamentação e o desenvolvimento pondo-estatural do lactente até o sexto mês de vida. **Semina: ciências biológicas e da saúde**, Londrina, v. 42, n. 2, p. 179-186, 2021. doi: 10.5433/1679-0367.2021v42n2p179

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. **Eur J Health Econ**, v.17, p.453-70, 2016.

YAKUWA, M.S.; ANDRADE, R.D.; WERNET, M.; FONSECA, L.M.M.; FURTADO, M.C.C.; MELLO, D.F. Saberes dos enfermeiros na atenção primária à saúde da criança. **Texto Contexto Enferm**., v.25, n.4, p.e2670015, 2016. doi: https://doi.org/10.1590/0104-07072016002670015

Apêndices

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

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-N° de cômodos no domicílio: **N° de pessoas que residem domicílio:**
22-N° de adultos no domicílio: **23- N° de crianças no domicílio:**
24-Endereço: _____**N°**_____**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 domicilio 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)

Prezado(a) Sr. (a)

Meu nome é Valéria Dias Rezende, 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: **"A hospitalização de crianças menores de cinco anos e o uso de serviços da Atenção Primária em Ribeirão Preto – SP",** sob orientação da enfermeira Maria Cândida de Carvalho Furtado.

Gostaria de convidá-lo (a) a participar dessa pesquisa, cujo objetivo geral é analisar a hospitalização de crianças menores de cinco anos de idade e o uso de serviços da atenção primária em município paulista. Os objetivos específicos são: a) caracterizar os aspectos socioeconômico e demográfico das famílias e clínicos das crianças menores de cinco anos internadas em hospitais públicos de Ribeirão Preto, SP; b) avaliar os atributos da Atenção Primária à Saúde, segundo a utilização dos serviços de saúde, na perspectiva dos pais/responsáveis de crianças menores de cinco anos de idade em Ribeirão Preto, SP; c) verificar associação entre as internações por condições sensíveis ou as internações por condições não sensíveis à atenção primária e as variáveis socioeconômicas e demográficas das famílias e clínicas das crianças e os atributos da atenção primária a saúde.

As 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, essa 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 às informações auxiliarem a formulação de políticas públicas que contemplem as necessidades de saúde de crianças, indicando subsídios que fortaleçam ações nos serviços de saúde voltadas a esta clientela.

Eu não tenho vínculo com este hospital e suas respostas não serão apresentadas para o serviço. Apenas terão acesso a essas respostas, as pesquisadoras. Garantimos a você que seu nome e de seu (sua) filho (a) não serão identificados em hipótese alguma; por isso, vamos identificar você com a letra "E", seguida de um número. Garantimos também que sua participação envolve riscos mínimos relacionados à eventual desconforto emocional ao responder as 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.

A sua participação é muito importante, e você responderá a dois questionários, preenchidos por mim, com duração total de aproximadamente 30 minutos.

Ressaltamos que se 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.

Essa 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 10:00h às 12:00h e das 14:00 às 16:00h, de segunda a sexta-feira em dias úteis, no endereço que consta ao final deste Termo.

Eu li e concordo em participar da pesquisa.

Nome do Participante da pesquisa	Assinatura do Participante da pesquisa	Data

Valéria Dias Rezende	Maria Cândida de Carvalho Furtado
Enfermeira. COREN – SP nº 430325	Enfermeira. COREN – SP nº 72884
Pesquisadora responsável	Pesquisadora
E-mail: valeria.rezende@usp.br	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 em dias úteis, das 10:00h às 12:00 e das 14:00 às 16:00

Anexos

ANEXO A

Instrumento de Avaliação da Atenção Primária – PCATool – Brasil versãoCriança

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, mesmoque 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 orientaçõesabaixo:

- Se o entrevistado indicou o MESMO serviço de saúde nas 3 PERGUNTAS, continue o restante doquestionário 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 sobreesse 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 ira 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 _____es táaberto 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 n o _____?	4	3	2	1	9
C3 – É fácil marcar uma consulta de rotina n o _____?	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 sua criança todas as vezes?	4	3	2	1	9
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 entendeo que você diz ou pergunta?	4	3	2	1	9
D4 – O médico ou enfermeiro responde às suas perguntas demaneira que você entenda?	4	3	2	1	9
D5 – O médico ou enfermeiro lhedá 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 enfermeiroconhecem sua criança mais como pessoa ou somente alguém com um problema de saúde?	4	3	2	1	9
D8 – O médico ou enfermeiroconhecem a história clínica (médica) completa de sua criança?	4	3	2	1	9
D9 – O médico ou enfermeirosabem a respeito de todos osmedicamentos 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 emque ela está em acompanhamento no _____?

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

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

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 serviço especializado?	4	3	2	1	9
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

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

Indique, por favor, se no_____(serviço de saúde) esses serviços ou orientações estãodisponíveis:

(REPETIR A CADA 3-4 ITENS: Está disponível no_____ serviçode saúde

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

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 benefíciossociais	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 prejudicialde 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 quenecessita 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

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 foramconversados 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)

(USE O CARTÃO RESPOSTA)

Por favor, indique a melhor opção	Com certeza, sim	Provavelmente, sim	Provavelmente, não	Com certeza, não	Não sei/ não lembro
H1 – Orientação para manter suacriança 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 decada 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 fogão	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 enfermeirolhe perguntam sobre suas idéias e opiniões sobre o tratamento ecuidado 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 melhoropção	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 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

CARTÃO RESPOSTA				
Com certeza, sim	**Provavelmente, sim**	**Provavelmente, não**	**Com certeza, não**	**Não sei/ Não lembro**