

MARÍLIA AIRES DE OLIVEIRA

Perfil Socioeconômico e Nosológico dos Pacientes Internados no HRAS
em Agosto de 2008

BRASÍLIA, 2008

www.paulomargotto.com.br

MARÍLIA AIRES DE OLIVEIRA

Perfil Socioeconômico e Nosológico dos Pacientes Internados no HRAS
em Agosto de 2008

Trabalho apresentado á residência médica
em pediatria do Hospital Regional da Asa
Sul, Brasília-DF, como requisito parcial
para a conclusão da mesma.

Orientador: Dr. Fabrício P. Monteiro.
Área de atuação: Alergista e imunologista
pediátrico

BRASÍLIA, 2008

Agradecimentos:

Ao meu orientador, a todos aqueles que direta ou diretamente me auxiliaram na conclusão deste trabalho e principalmente a minha irmã Sandriele, que suportou a minha necessária ausência.

Resumo:

Objetivos: Observar o perfil socioeconômico e nosológico dos pacientes internados no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), Brasília, DF, em agosto de 2008, visando facilitar o planejamento futuro de estratégias de atenção a saúde mais adequadas à população em questão.

Métodos: Estudo transversal, abordando pacientes internados no HRAS em agosto de 2008 que tiveram como porta de entrada o pronto socorro infantil. Foi aplicado questionário pela autora e pesquisados 415 pacientes, dos quais 189 foram excluídos do estudo, restando amostra de 226 (55%) pacientes. Foram pesquisadas variáveis como o diagnóstico na internação, perfil familiar e antecedentes médicos da criança.

Resultados/Conclusão: A idade média na internação foi de 3,7 anos, com a pneumonia como diagnóstico mais freqüente (22,6%). O grupamento de morbidade mais freqüente foi das moléstias infecciosas e parasitárias (34,4%). O perfil familiar se caracteriza por baixa escolaridade dos pais e pouca informação sobre os dados paternos. O perfil socioeconômico apresenta baixa renda familiar per capita e alta densidade familiar. O acompanhamento anterior da criança mostra seguimento ambulatorial insuficiente e consultas freqüentes aos serviços de urgência. Sendo assim percebe-se a deficiência do sistema de saúde vigente, causa e/ou consequência das carências socioeconômicas e culturais do país, e a necessidade premente de melhorias.

Abstract:

Objective: To observe the socioeconomic profile and nosology of patients at the Hospital Regional Da Asa Sul(HRAS), Brasilia,DF, in August 2008, in order to facilitate the planning of future strategies for the health care more appropriated.

Methods: A cross-sectional study of hospitalized patients in HRAS,August 2008, that had the gateway from pediatric emergency room. The questionnaire was applied by the author and surveyed 415 patients, of whom 189 were excluded from the study, leaving sample of 226 (55%) patients. Were researched variables such as the diagnosis on admission, profile family and medical history of the child.

Results / Conclusions: The average age at admission was 3.7 years, with pneumonia as the most frequent diagnosis (22.6%). The group of morbidity most frequent was infectious and parasitic diseases (34.4%). The family profile is characterized by low parents education and little information about the paternal data. The socioeconomic profile has low *per capita* income and a high-density family. The medical children's history shows an insufficient ambulatory follow-up and frequent queries to emergency services. Thus we find the deficiency of the existing health system, cause and / or result of socioeconomic and cultural needs of the country, and the urgent need for improvements.

Sumário:

1. Introdução:	7
2. Objetivos	11
3. Materiais e Métodos.....	12
Caracterização do local de estudo.....	12
Caracterização do estudo	12
Amostra	13
Medidas de interesse	13
Análise de dados	14
4. Resultados	16
5. Discussão	23
Perfil do paciente na internação	23
Perfil familiar	27
Antecedentes médicos	29
6. Conclusão	31
7. Referências Bibliográficas	35
8. Anexos	39
Anexo 1	39
Anexo 2	40

1. Introdução

Há muito é sabido que as características sociais de uma população, bem com o nível de desenvolvimento humano no meio em que um indivíduo está em contato, em convivência, interferem no seu estado de saúde e nas morbidades mais freqüentes.^{14,23} Assim sendo, observar o perfil socioeconômico dos pacientes com alguma morbidade que procuram auxílio médico, tem valor tanto para o estudo e caracterização da população que acessa o serviço de saúde, quanto para, através de seus resultados, buscar políticas públicas mais eficientes.^{1,8}

Vários modelos foram criados para se estudar as relações presentes entre os contextos sociais, culturais, ambientais, econômicos e a saúde. Dentre estes modelos, destaca-se o do *Institut Canadien de Recherche Avancé*. O ICRA permitiu compreender que o estado de saúde é influenciado pelas características contextuais como status social, nível de educação, ocupação, riqueza do ambiente durante a infância e o suporte social, existindo um gradiente entre a posição ocupada em função destes indicadores e a saúde.¹⁴

Porém, mesmo que o processo saúde e doença não seja quantitativamente comparável, impossível de se aferir um pelo outro, na grande maioria das vezes o estudo das morbidades e hospitalizações em determinado seguimento da população é importante para indicar a qualidade da assistência a saúde vigente e também, indiretamente, a resolutividade do sistema de atendimento básico²¹.

A baixa renda familiar, os números de crianças menores de cinco anos morando no domicílio, local de residência, exposição ao tabagismo e desnutrição vêm sendo largamente apontados como fatores de risco associados à hospitalização.³⁴ Outro fator importante associado aos indicadores de saúde da

população infantil é a característica do cuidador, neste caso principalmente da mãe.^{3,26,34}

A adequação do cuidado infantil, no início da década de 90, foi reconhecida como vertente determinante da desnutrição, e conseqüentemente do adoecer¹¹. Em verdade, Engle et al (1997)¹⁹ afirmava que a adequação do cuidado dependia diretamente das habilidades ou capacidades maternas, fruto de sua escolaridade e ambiente cultural, além da possibilidade de contar com substitutos adequados quando é necessário se afastar do cuidado direto da criança¹⁸. Apesar de que dependendo da renda gerada, do tipo de trabalho, da adequação do cuidador substituto e da idade da criança, além da consideração da autonomia materna para direcionar os recursos gerados por seu trabalho, o efeito sobre o estado nutricional da criança poderá variar do risco à proteção.¹⁸

Vários estudos apresentavam evidências do efeito positivo da escolaridade materna sobre as taxas de mortalidade infantil¹⁰, e do fato de que a falta do companheiro residindo com a mãe praticamente triplica o risco de desnutrição, independentemente da renda *per capita* e do nível de escolaridade materna³⁰. Isto ocorre provavelmente devido ao fato de que a ausência do pai da criança afeta negativamente o acesso aos inúmeros bens e serviços necessários a sua sobrevivência, como o acesso à saúde e ao bom estado nutricional, de modo mais amplo do que a variável renda familiar per capita consegue captar. Um possível mecanismo seria levar a mãe à dependência de outras famílias, cujas prioridades fossem distintas das que vigoram em famílias nucleares, compostas por um casal e seus filhos.³⁰

Outros fatores de risco, associados à morbidade e à hospitalização de crianças, são as condições de saúde da criança por ocasião do nascimento,³² a idade da mesma (se recém-nascido ou lactente) e o baixo peso ao nascer.¹⁷ Têm sido observado que crianças nascidas com baixo peso (<2500g) e peso insuficiente (de 2500g a 2999g) são muito vulneráveis aos fatores ambientais e sociais, estando, portanto, mais sujeitas aos riscos de mortalidade e morbidade nos primeiros anos de vida. A presença de doenças crônicas alérgicas¹⁷ e a falta de acesso aos serviços de saúde são também fatores de risco.

Já é sabido, que nos países em desenvolvimento como o Brasil, o acometimento do aparelho respiratório é a maior causa de internação hospitalar de crianças menores de cinco anos. Entre tais afecções, se destacam as infecções respiratórias agudas (IRA).⁴ Porém, apesar de globalmente distribuído, o impacto da IRA sobre as taxas de hospitalização e os óbitos de crianças passa por diferenciações importantes, relacionadas às desigualdades existentes no desenvolvimento econômico dos diversos países e regiões³. As manifestações de gravidade da IRA, como causa de hospitalizações e/ou óbitos, são mais comuns nos países em desenvolvimento⁴, como o Brasil. Entre as hospitalizações devidas a IRA, a pneumonia se destaca como a principal causa³.

Nos países desenvolvidos, o efeito letal da pneumonia afeta menos de 2% das crianças na faixa etária de zero a cinco anos, enquanto nos países em desenvolvimento a estimativa atinge 10% a 20%. Desta forma, as taxas de hospitalização por IRA e outras doenças infecciosas são desigualmente distribuídas nos diferentes segmentos sociais. Isto afeta, sobretudo, crianças pertencentes às famílias de menor poder aquisitivo que, por ter menos acesso a serviços de saúde, retardam a procura por atendimento adequado, favorecendo, assim, o agravamento das doenças e o conseqüente maior risco de hospitalização.^{1,3,34,25.}

O que se percebe é que esse padrão de morbidade/internação, relacionado a doenças infecciosas e parasitárias refletem o baixo desenvolvimento sócio-econômico de uma população e assim sendo acaba servindo para descrever o perfil de desenvolvimento da parcela dos habitantes que procuram o serviço de saúde estudado.

Pensando-se também em caracterizar o estado e acesso a saúde das crianças que necessitam de internação, é essencial avaliar o estado nutricional da criança, que tanto pode refletir a conseqüência da morbidade atual, se esta for aguda, como também reflete as condições sócio-econômicas em que a criança estava inserida anteriormente.

Outro parâmetro também muito importante a ser avaliado é a estatura de cada criança, quando conhecida, uma vez que esta, apesar de possuir fatores genéticos envolvidos em sua constituição, reflete também o estado de saúde e nutrição a longo prazo, já que fatores como desnutrição, por exemplo, além de afetarem o ganho ponderal da criança agudamente, causam déficit estatural a médio e longo prazo.

Assim vários estudos ²² mostraram que a baixa estatura em crianças, definida com aquela um ou mais desvios padrão abaixo da mediana da população de referência para idade, está associada à escolaridade da mãe, renda familiar *per capita* e algumas variáveis relacionadas à ocupação do pai, como número de empregos desde o nascimento da criança, tempo de ocupação no trabalho atual e remuneração mensal. Relaciona-se também com o perfil familiar, densidade residencial, número de filhos menores que 5 anos e intervalo interpartal.²²

É importante perceber, quando se quer avaliar as condições socioeconômicas de uma determinada população com base em fatores como a procura pelos serviços de saúde e morbidades mais frequentes, que a morbimortalidade neonatal está intrinsecamente relacionada às condições de gestação, do parto e da própria integridade física das crianças, enquanto a morbimortalidade pós-neonatal está mais associada às condições socioeconômicas e do meio ambiente, com predomínio das causas infecciosas⁹, sendo assim esta última mais sensível para avaliar o ambiente sócio-econômico.

Nota-se assim o componente multifatorial no processo saúde-doença e conseqüentemente no número de hospitalizações, motivando a necessidade de estudos que tracem o perfil de alguns setores de usuários do sistema de saúde, o que objetiva este trabalho, para que, com os resultados, possa se apontar estratégias de atuação na saúde mais adequadas à população dependente do Sistema Único de Saúde (SUS).

2. Objetivos

Observar o perfil socioeconômico e nosológico dos pacientes internados no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), Brasília, DF, em agosto de 2008, visando facilitar o planejamento futuro de estratégias de atenção a saúde mais adequadas à população em questão.

3. Materiais e métodos

Caracterização do local de estudo:

O estudo foi realizado no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), localizado em Brasília-DF, Brasil. Este hospital foi inaugurado em 22 de novembro de 1966, sendo que seu funcionamento se deu em 02 de janeiro de 1967, com área física de 5.325 m² e capacidade inicial de 150 leitos, desenvolvendo as atividades de ginecologia e obstetrícia, pediatria, clínica médica, cirurgia geral, oftalmologia, otorrinolaringologia e odontologia. Em 1987, foi dada ao HRAS a destinação específica, tornando-se hospital materno-infantil.

Hoje, o Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), com 345 leitos, é referência no Distrito Federal para a gestação de alto risco, UTI neonatal, reprodução assistida, programa de medicina fetal, na assistência à mulher vítima de abuso sexual e na pediatria em geral.

Seus leitos estão distribuídos para internação de cirurgia infantil (18), alto risco (35), ginecologia (32), obstetrícia (56), UTI infantil (16), UTI adultos (6), pediatria (69), neonatologia (66), 22 leitos de observação em pediatria e mais 25 leitos no centro obstétrico.

Caracterização do estudo:

Realizou-se estudo transversal, no Hospital Regional da Asa Sul, sendo pesquisados os pacientes internados em suas enfermarias no período de agosto de 2008.

Foi aplicado, pela pesquisadora, o questionário (anexo 1), ao cuidador presente, posteriormente à assinatura pelo mesmo da ficha de consentimento esclarecido (anexo 2) para participação na pesquisa vigente.

Os pacientes não foram identificados por nome, número de registro ou qualquer outra forma.

Os dados sobre peso e altura foram coletados do prontuário na data de internação, e o calendário de imunização considerado como padrão foi o do ministério da saúde. Os demais dados pesquisados foram obtidos diretamente do cuidador presente.

O projeto de pesquisa foi previamente submetido à avaliação do comitê de ética do Distrito Federal, que orientou mudanças no formulário de consentimento esclarecido, que foram realizadas, porém ainda não forneceu aprovação definitiva por falta de tempo hábil.

Amostra:

Inicialmente foram pesquisados todos os pacientes internados no HRAS, em agosto de 2008, que tiveram como porta de entrada o pronto socorro infantil e que portanto constavam no livro de registro dos pacientes internados.

Posteriormente tais pacientes foram selecionados para participação no estudo seguindo os critérios abaixo:

Critérios de inclusão: pacientes internados no HRAS, tanto nas enfermarias quando no pronto socorro infantil em agosto de 2008, que tiveram acesso à internação hospitalar através do atendimento no pronto socorro infantil, o que totalizou 415 pacientes.

Critérios de exclusão: foram excluídos os pacientes primariamente cirúrgicos; aqueles que permaneceram menos de 24 horas internados; pacientes neonatais (menos de 27 dias de vida) ou aqueles com mais de 27 dias de vida mas que permaneciam internados desde o nascimento por morbidades relacionadas diretamente ao período neonatal. Foram excluídos

também aqueles pacientes cujos cuidadores se recusaram a participar da pesquisa, ou que se encontravam desacompanhados no momento da mesma, ou que tinham menos que 30% das informações questionadas no estudo.

Medidas de interesse:

Consistiram a idade do paciente, a estatura referida e o peso aferido no momento da internação, bem como o diagnóstico da criança na internação, dado que foi colhido do prontuário médico da mesma e posteriormente agrupado, para efeito de estatística, no agrupamento das doenças referidas, segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID-10)³¹.

Sobre os antecedentes da criança, foram colhidos dados direto dos cuidadores e/ou do cartão de vacinas da mesma, quando presente, sobre o peso ao nascer, imunização adequada ou não (considerando-se o calendário recomendado pelo ministério da saúde), número de consultas nos últimos 12 meses em serviços de urgência pediátricos, ambulatório e número de internações.

Os dados de peso e altura na internação foram classificados como abaixo do percentil 3, entre o percentis 3 e 97 e maior que 97, considerando o gráfico do National Center for Health Statistics – NCHS, recomendada pela Organização Mundial de Saúde (WHO) em 1995³⁵.

O perfil familiar foi também investigado considerando-se fatores como escolaridade e tipo de trabalho, formal ou informal, tanto materno quanto paterno. Foi também questionado o fato da mãe e a criança residirem com o companheiro materno no último ano.

Os dados socioeconômicos questionados foram a renda familiar *per capita*, o número de moradores da residência, e o número de crianças menores de 5 anos que residem na casa.

Análise de dados:

Os dados coletados foram computados no programa Epi Info® versão 3.5.1, software de domínio público e que está livremente disponível para uso, cópia, tradução e distribuição, sendo marca registrada do Centro para Controle e Prevenção de Doenças (CDC).

As informações foram analisadas estatisticamente e comparadas, segundo valores de média e frequências simples, e agrupados em gráficos e tabelas, segundo os objetivos do trabalho.

Os resultados obtidos foram revisados pela pesquisadora e orientador responsável.

4. Resultados

No mês de Agosto de 2008, no Hospital Regional da Asa Sul, foram internados 415 pacientes, que tiveram como porta de entrada o pronto socorro infantil.

Destes pacientes internados, 102 (24,5%) pacientes foram internados para observação, ficando menos de 24 horas no serviço e, portanto sendo excluídos do trabalho.

Foram também excluídos do trabalho: 11(2,6%) que internaram como pacientes clínicos, porém com menos de 24 h de hospitalização foram transferidos para a equipe de cirurgia; 35 (8,4%) que possuíam idade menor que 27 dias; 17 (4%) cujos cuidadores presentes não autorizaram a participação na pesquisa e 24 (5,7%) cujos acompanhantes presentes não sabia responder mais de 30% das perguntas feitas.

Assim sendo, dos 415 pacientes internados no período, 189 (45%) pacientes foram excluídos, restando 226(55%) pacientes que preenchem os pré-requisitos de participação no trabalho.

Dos pacientes avaliados, 115 (50,7%) eram do sexo feminino e 112 (49,3%) do sexo masculino. A idade das crianças na internação variou de 0,2 anos a 13 anos, com média de 3,7 anos no momento da internação. As crianças do sexo feminino tiveram idade entre 0,3 anos e 13 anos, com média de 3,9 anos, e as do sexo masculino entre 0,2 anos e 14 anos, com média de 3,6 anos.

O peso aferido de cada paciente na internação estava em 74,8% dos casos entre os percentis 3 e 97 do gráfico da NCHS, 6,2% maior que o percentil 97 e 19% menor que o percentil 3 (vide tabela1).

Tabela 1: Peso na internação dos pacientes hospitalizados no HRAS, Brasília-DF em agosto de 2008

Peso na internação segundo percentil NCHS	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Entre 3 e 97	169	74,80%	74,80%
Maior que 97	14	6,20%	81,00%
Menor que 3	43	19,00%	100,00%
Total	226	100,00%	100,00%

HRAS = Hospital regional da asa sul

NCHS= *National Center for Health Statistics*

A altura de cada paciente, não era conhecida em 46% dos casos, em 42,9% estava entre os percentis 3 e 97, 1,3% maior que 97 e 9,7% menor que 3 (vide tabela 2).

Tabela 2: Estatura na internação dos pacientes hospitalizados no HRAS, Brasília-DF em agosto de 2008

Estatura na internação segundo percentil NCHS	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Entre 3 e 97	97	42,90%	42,90%
Maior que 97	3	1,30%	44,20%
Menor que 3	22	9,70%	54,00%
Não informado	104	9,70%	54,00%
Total	226	100,00%	100,00%

HRAS = Hospital regional da asa sul

NCHS= *National Center for Health Statistics*

Os diagnósticos mais freqüentes na internação dos pacientes são listados na tabela 3, o grupamento mais freqüente foi o das doenças infecciosas e

parasitárias, compreendendo 34,4% do total das morbidades. A patologia isolada mais freqüente foi a pneumonia, com 22,6% dos casos.

Tabela 3: Causas de internação segundo grupos da CID-10 no HRAS, Brasília-DF em agosto de 2008

Causas de internação	Freqüência	Porcentagem
X. Doenças do aparelho respiratório	73	33,60%
Pneumonia	48	22,60%
Bronquiolite	12	5,30%
Sibilância	11	4,80%
Asma grave	2	0,90%
I. Doenças infecciosas e parasitárias	78	34,40%
Diarréia e desidratação	32	14,20%
Meningite viral	4	1,80%
Meningite bacteriana	7	3,00%
Adenite	8	3,50%
Calazar	5	2,20%
Celulite	10	4,40%
Coqueluche	2	0,90%
Febre reumática	5	2,20%
Varicela	5	2,20%
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	31	13,70%
Infecção do trato urinário (ITU)	15	6,60%
Glomerulonefrite aguda	11	4,90%
Hematúria	2	0,90%
Síndrome nefrótica	3	1,30%
XIX. Lesões, envenenamento e outras conseqüências de causas externas	5	2,20%
Intoxicação exógena	5	2,20%
IV. Doenças endócrinas, nutricionais, metabólicas	11	4,70%
Cetoacidose diabética	8	3,50%
Diabetes melito tipo I	1	0,40%
Erro inato do metabolismo	1	0,40%
Hiperinsulinismo	1	0,40%
XVII. Malformações congênitas	11	4,70%
Cardiopatias congênitas	11	4,70%
CIA	1	0,40%
CIV	1	0,40%
Tetralogia de Fallot	3	1,30%
Cardiopatia congênita não especificada	6	2,70%
XVIII. Sintomas, sinais e achados anormais não classificados em outra parte	15	6,70%

Convulsão	6	2,70%
Febre	4	1,80%
Prurido cutâneo	5	2,20%
Total	226	100,00%

HRAS = Hospital regional da asa sul

Sobre as características familiares, percebe-se que a média de idade materna foi de 27,9 anos, variando de 15 a 48 anos no momento da pesquisa. Já a idade paterna variou de 16 anos a 62 anos no momento da pesquisa, com média de 31,8 anos.

Quanto ao cuidado à crianças nos períodos de ausência materna, este é executado na maioria das vezes pelos avós (78,2%); seguidos de outros cuidadores sem parentesco, com 16,4% dos casos, como pode ser visto na tabela 4.

Tabela 4: Cuidador substituto na necessidade de ausência materna dos pacientes hospitalizados no HRAS, Brasília-DF em agosto de 2008

Cuidador substituto	Frequência	Porcentagem	Porcentagem acumulada
Avós	186	78,20%	78,20%
Creche	9	4,00%	82,20%
Outros com parentesco	3	1,30%	83,60%
Outros sem parentesco	37	16,40%	100,00%
Total	226	100,00%	100,00%

HRAS = Hospital regional da asa sul

Dos pacientes que participaram do estudo, os cuidadores presentes afirmaram a residência materna da criança com um companheiro, pai biológico ou não, no último ano em 64,6% dos casos, sendo que os 35,4% restantes não conviviam com o mesmo ou não o fizeram durante todo o período do último ano.

Sobre a escolaridade materna, percebe-se que 32,7% das mães possuem segundo grau completo, seguidos que 31,4% que não possuem o primeiro grau completo, vide tabela 5. Já os pais, possuem segundo grau completo em

27,9% dos casos e primeiro grau incompleto em 24,3% dos casos, vide tabela 6.

Tabela 5 : Escolaridade materna dos pacientes hospitalizados no HRAS, Brasília-DF em agosto de 2008

Escolaridade	Frequência	Porcentagem
1° grau incompleto	71	31,40%
1° grau completo	29	12,80%
2° grau incompleto	25	11,10%
2° grau completo	74	32,70%
3° grau incompleto	14	6,20%
3° grau completo ou mais	7	3,10%
NI	6	2,70%
Total	226	100,00%

HRAS = Hospital regional da asa sul

Tabela 6 : Escolaridade paterna dos pacientes hospitalizados no HRAS, Brasília-DF em agosto de 2008

Escolaridade	Frequência	Porcentagem
1° grau incompleto	55	24,30%
1° grau completo	24	10,60%
2° grau incompleto	9	4,00%
2° grau completo	63	27,90%
3° grau incompleto	14	6,20%
3° grau completo ou mais	14	6,20%
NI	47	20,80%
Total	226	100,00%

HRAS = Hospital regional da asa sul

O tipo de trabalho desempenhado pela mãe no último ano, 48,2% afirmaram executar apenas tarefas domésticas no próprio lar, enquanto 20,8% afirmaram ter emprego formal, isto é, com vínculo empregatício no último ano, vide tabela 7.

Tabela 7 : Ocupação, no último ano, materna dos pacientes hospitalizados no HRAS,

Brasília-DF em agosto de 2008

Ocupação	Freqüência	Porcentagem
Do lar	109	48,20%
Formal ¹	47	20,80%
Informal	70	31,00%
Desempregada	0	0,00%
Total	226	100,00%

HRAS = Hospital regional da asa sul

1. Com vínculo empregatício

O tipo de trabalho desempenhado pelo pai no último ano, 40% deles afirmaram trabalhar em atividades formais, isto é, com vínculo empregatício, enquanto 34,2% afirmaram ter emprego informal, como mostrado na tabela 8.

Tabela 8 : Ocupação, no último ano, paterna dos pacientes hospitalizados no HRAS, Brasília-DF em agosto de 2008

Ocupação	Freqüência	Porcentagem
Formal ¹	90	40,00%
Informal	77	34,20%
Desempregado	6	2,70%
Não informado	52	23,10%
Total	226	100,00%

HRAS = Hospital regional da asa sul

1. com vínculo empregatício

A renda familiar *per capita* média na amostra em estudo foi de 325,7 reais, variando de 20 reais a 2333 reais.

A densidade habitacional foi de, em média 4,1 habitantes por residência, variando de 2 a 8 pessoas por residência. Já o número de crianças menores de 5 anos, que residem na mesma residência, incluindo o paciente, se este tiver menos que 5 anos de idade, foi em média de 1 criança, variando de 0 a 4 crianças menores que 5 anos.

Em se tratando dos antecedentes médicos dos pacientes investigados, o peso ao nascimento, variou entre 880g a 5340g com média de 2866g. Para as

crianças do sexo feminino a variação foi entre 880g a 5340g com média de 2884g e no sexo masculino foi de 1075g a 4569g, com média de 2849g.

O número de consultas ambulatoriais a que cada criança foi submetida no último ano, foi em média de 2,25 consultas, variando entre 0 e 8 consultas, incluindo ambulatorios de pediatria, subespecialidades pediátricas e outros como oftalmologia e ginecologia.

O número de consultas em serviços de urgência, que geraram internações ou não, no último ano, variou de 0 a 10 atendimentos, com média de 2,6 consultas.

As internações hospitalares com duração de mais de 24 horas, no último ano, variaram seu número entre 1 e 4 internações, incluindo a atual, tendo em média 1,3 internações por paciente.

Sobre a imunização, das crianças pesquisadas, 83,2% possuem imunização adequada à idade de acordo com o calendário vacinal do Ministério da Saúde, enquanto 16,8% apresentação vacinação incompleta.

5. Discussão

O objetivo deste trabalho foi observar e analisar o perfil socioeconômico e nosológico dos pacientes internados no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), Brasília, DF, em agosto de 2008, visando facilitar o planejamento futuro de estratégias de atenção a saúde mais adequada a população em questão.

Perfil do paciente na internação:

No mês de agosto de 2008, foram internadas 415 crianças no serviço de pediatria do Hras, tendo como porta de entrada o pronto socorro infantil. Destes pacientes, 45% foram excluídos do estudo por não se incluírem dentro dos critérios de exclusão. Dos pacientes que não participaram do estudo, 53,9 % foram excluídos por apresentarem internação por menos de 24 horas, quando a internação geralmente se deve a monitoração do estado clínico.

Outra causa significativa de exclusão da pesquisa foi a idade menor que 27 dias, 18,5% dos casos. Em verdade, vários estudos mostram que a mortalidade e morbidade neonatal estão mais intrinsecamente relacionadas às condições de gestação, do parto e da própria integridade física das crianças, e que portanto não reflete o atendimento básico oferecido a criança e sim a mãe, não sendo assim muito fiel para caracterização dos fatores em análise neste trabalho.

Dos pacientes avaliados, 50,7% eram do sexo feminino e 49,3% do sexo masculino. Tais dados mostram leve incidência maior de internação em

crianças do sexo feminino no hospital em questão, o que vai contra a literatura vigente, que mostra maior proporção de internações de crianças do sexo masculino.

Em verdade, Mathias (1994), verificou que o sexo masculino foi responsável pela maior percentagem de internações (62,7%)²⁷. Needleman *et al.* (1981) também encontraram uma maior freqüência das hospitalizações em crianças do sexo masculino (60,4%)²⁹.

Costa *et al.* (1985), observaram que 54,6% das crianças internadas no Hospital Pediátrico de Salvador eram do sexo masculino e (45,4%) do sexo feminino¹⁵. Lebrão *et al.* (1993) também verificou que 56,0% das hospitalizações foram de crianças do sexo masculino²⁵. Em trabalho realizado por Barros (1981) sobre morbidade e mortalidade hospitalar de crianças menores de um ano, em Ribeirão Preto, em 1975, verificou-se que o coeficiente de internação foi maior nas crianças do sexo masculino². Para a autora, é fenômeno conhecido a maior freqüência de morbimortalidade nas crianças deste sexo.

A idade das crianças na internação variou de 0,2 anos a 13 anos, com média de 3,7 anos no momento da internação o que está de acordo com Mathias (1994), que também observou um maior percentual de internações de crianças de um a quatro anos (42,3%)²⁴.

O peso na internação, aferido na admissão da criança no hospital, estava adequado para idade em 74,8% dos casos, isto é, entre os percentis 3 e 97 do gráfico do NCHS, estando em 19% abaixo do percentil 3 e sendo assim classificados como baixo peso, sendo difícil se fazer diagnóstico específico de desnutrição. Tal fato ocorre pois na população infantil, o diagnóstico da deficiência protéico-calórica, desnutrição, através da avaliação do peso e/ou do peso/altura é menos sensível uma vez que, com freqüência, sobretudo nos casos leves e moderados, a deficiência energética em crianças se expressa unicamente pelo retardo global do crescimento. Tal retardo, por outro lado, não é específico da deficiência energética das dietas, mas sim manifestação

comum de virtualmente todas as deficiências nutricionais na criança, seja decorrente de outras deficiências na dieta, como de vitaminas ou minerais, sejam originárias de práticas alimentares inadequadas e mesmo de processos infecciosos freqüentes²⁸.

Comparando-se os dados obtidos neste trabalho sobre o peso dos pacientes internados, mostrou-se que a incidência de baixo peso na população em estudo é menor do que a encontrada da população brasileira. Segundo Fernandes et al³³ as taxas nacionais de desnutrição giram em torno de 30 a 40% da população de menores de 5 anos, variando de região para região e, numa mesma região, de acordo, principalmente, com as condições econômicas e o grau de desenvolvimento local³³. Estas prevalências elevadas são indicadoras dos baixos níveis de vida e de saúde da população brasileira e situam a desnutrição protéico-calórica como uma das prioridades em termos de saúde coletiva.

No entanto, como a desnutrição protéico-calórica não é definida somente como o baixo peso, envolvendo também investigação por procedimentos clínicos diversos que incluem anamnese, exame físico e provas laboratoriais e que a criança, por apresentar uma maior perda de peso agudamente frente a processos infecciosos, o delineamento desta pesquisa não permitiu avaliar se os índices de baixo peso encontrados foram apenas conseqüências das carências socioeconômicas da população em estudo ou também como conseqüência da morbidade que gerou a internação, sendo assim necessários estudos mais específicos.

Em relação à estatura das crianças na internação, percebeu-se que em 42,9% dos casos, esta se encontrava adequada, isto é, entre os percentiis 3 e 97 no gráfico da NCHS para idade. No entanto o que mais chama atenção é que na maioria dos casos avaliados, isto é, em 46,0% dos casos não se obteve informação sobre a estatura da criança, isto é, não havia aferição deste parâmetro durante a internação atual e nem registro no cartão da criança com dados referentes ao último mês.

Assim, mesmo considerando-se que na terapêutica usual de doenças agudas infantis, a dosagem medicamentosa é calculada baseando-se no peso da criança, e raramente levando em consideração fatores como superfície corpórea, para qual a estatura é relevante; a negligência da medida da estatura da criança faz perder um parâmetro importante na avaliação do estado de saúde da mesma.

Dos diagnósticos mais freqüentes na internação dos pacientes, que foram listados na tabela 3, como já referido, o grupamento do CID-10 mais freqüente foi o das doenças infecciosas e parasitárias, compreendendo 34,4% do total das morbidades, sendo mais freqüente, neste grupo a presença de diarreia e desidratação, que compreende 14,2% do total de casos. A patologia isolada mais freqüente foi a pneumonia, com 22,6% dos casos, seguida da diarreia e desidratação, como já mencionado anteriormente. O grupamento, também do CID-10 que apresentou menor número de internações foi o das lesões, envenenamento e outras conseqüências de causas externas, no qual está inserido a intoxicação exógena, que apresentou 5% do total das internações.

Tais dados estão de acordo com a literatura, que afirma que especificamente nos diversos países das Américas, as IRA são responsáveis por cerca de 20 a 40% de todas as hospitalizações em crianças com idade inferior a 5 anos, englobando causas como pneumonia, bronquite, bronquiolite e outras afecções do aparelho respiratório⁵. No Brasil, durante o ano de 1999, 8,1% de todas as internações (969 752 de 11 950 797 internações) foram ocasionadas por pneumonia, sendo que, em crianças menores de 5 anos, 26,7% de todas as internações (459 680 de 1 721 121 internações) foram atribuídas a essa causa⁷.

Em verdade, segundo os últimos dados publicados pelo DATASUS¹⁶, serviço público responsável pela pesquisa e publicação de estatística do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro, referente aos dados de 2006, mostram que a proporção de internações segundo Grupos de doenças, na

faixa etária: 1 a 4 anos, no Brasil, em 2006, as doenças infecciosas e parasitárias compreendem 27,11%, as neoplasias 1,85%, transtornos mentais e comportamentais 0,03%, doenças do aparelho circulatório 0,31%, doenças do aparelho respiratório 42,16%, doenças do aparelho digestivo 6,46%, doenças do aparelho geniturinário 3,24%, causas externas 4,15%, e demais causas 14,68%, o que está de acordo com o presente estudo.

Assim, percebe-se que a alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias no Brasil, e na população estudada reflete o baixo desenvolvimento sócio-econômico de uma população.

Perfil familiar:

Sobre o perfil familiar, especificamente materno, notou-se neste estudo que a média de idade materna foi de 27,9 anos, variando de 15 a 48 anos no momento da pesquisa, o tipo de trabalho desempenhado pela mesma no último ano foi apenas atividades domésticas em 48,2% dos casos, enquanto 20,8% afirmaram ter emprego formal, isto é, com vínculo empregatício no último ano. É importante notar que a mãe, quando presente a entrevista, ou o cuidador, em nenhum caso referiu a mãe que estava fora do mercado de trabalho como desempregada, e sim como trabalhadora do lar. O delineamento deste trabalho não permitiu classificar estas mães que se restringem a atividades do lar como desempenhando tais atividades por estarem desempregadas ou por necessidade da dinâmica familiar em questão.

Sobre a escolaridade materna, percebe-se que 32,7% das mães possuem segundo grau completo, seguidos que 31,4% que não possuem o primeiro grau completo. Tal fato se mostra relevante, uma vez que vários estudos mostram que a baixa escolaridade materna se relaciona com o maior número de internações hospitalares infantis.^{8,13,18}

No perfil paterno observou-se que a idade variou de 16 anos a 62 anos no momento da pesquisa, com média de 31,8 anos. Sobre a escolaridade,

os pais possuem segundo grau completo em 27,9% dos casos e primeiro grau incompleto em 24,3% dos casos, vide tabela 6. O tipo de trabalho desempenhado pelos mesmos no último ano, foi 40% atividades formais, isto é, com vínculo empregatício, 34,2% em emprego informal e 2,7% se disseram desempregados.

É relevante se notar que sobre as informações paternas, o acompanhante da criança presente no momento da entrevista, não sabia informar o tipo de trabalho realizado pelo pai da criança em 23,1% dos casos e nem a escolaridade paterna em 20,8% dos casos, fato que não ocorreu com as informações sobre a mãe. Tal fato pode ser explicado pelo fato que o acompanhante de pacientes durante internação geralmente é a mãe, raramente o pai, ou outros familiares maternos¹¹.

Contribui para esta questão, o fato de que dos pacientes que participaram do estudo, os cuidadores presentes afirmaram a residência materna da criança com um companheiro, pai biológico ou não, no último ano em 64,6% dos casos, sendo que os 35,4% restantes não conviviam com o mesmo ou não o fizeram durante todo o período do último ano, o que corrobora com o fato que se ter menos informações sobre o perfil paterno.

Quanto ao cuidado à criança nos períodos de ausência materna, este é executado na maioria das vezes pelos avós (78,2%); seguidos de outros cuidadores sem parentesco, com 16,4% dos casos, como pode ser visto na tabela 4. Esse resultado está de acordo com trabalhos que procuram descrever o perfil familiar⁵, e que afirmam que, inclusive, a necessidade da criança ficar com outros cuidadores não especializados, como creches e escolas em mais da metade do dia da criança, incluindo ser cuidada pelos avós, aumenta consideravelmente o risco de desnutrição¹¹, fato que não foi pesquisado neste trabalho.

Como já mencionado a densidade habitacional foi de, em média 4,1 habitantes por residência, variando de 2 a 8 pessoas por residência. Já o número de crianças menores de 5 anos, que residem na mesma residência,

incluindo o paciente, se este tiver menos que 5 anos de idade, foi em média de 1 criança, variando de 0 a 4 crianças menores que 5 anos.

Vários estudos comprovam que a alta densidade habitacional familiar e o maior número de crianças menores de 5 anos que residem no mesmo domicílio, aumentam de forma considerável o risco de internação, a presença de desnutrição e morbimortalidade por doenças infecciosas^{26,9,22,13}. Tal fato deve principalmente a queda da renda familiar per capita, quando da alta densidade familiar, e do desvio da atenção materna para os cuidados da criança menores que cinco anos, por serem mais dependentes do cuidador.

Este estudo teve como limitação, a não avaliação da relação entre densidade familiar e número de crianças menores que 5 anos com o número de internação, restringindo-se a descrever o padrão comum na população em questão.

A renda familiar *per capita* média na amostra em estudo foi de 325,7 reais, variando de 20 reais a 2333 reais. Tal dado, de caráter descritivo, mostra-se relevante na medida em que se choca com a renda familiar per capita média do município de Brasília, que, segundo o IPEADATA¹⁶ em 1991 foi de 2,6 salários mínimos. Porém tal resultado é esperado, uma vez que no levantamento feito pelo IPEADATA foi incluído apenas Brasília e não as cidades satélites, que participam em boa parte do número de atendimentos nos hospitais públicos de Brasília e que possuem renda per capita sabidamente menor do que a de Brasília em si.

Antecedentes médicos:

Nos pacientes pesquisados o peso ao nascimento, variou entre 880g a 5340g com média de 2866g, sendo para o sexo feminino a variação de 880g a 5340g com média de 2884g e para o sexo masculino foi de 1075g a 4569g, com média de 2849g. Tal variável pesquisada teve objetivo puramente descritivo, uma vez que, como não foi questionada a idade

gestacional ao nascimento, fato que raramente consta do cartão da criança em seu modelo mais antigo e que o acompanhante raramente sabe referir, principalmente devido à cultura popular de se referir à duração da gestação em meses e não em semanas, não foi possível avaliar o peso de nascimento como adequado, pequeno para idade gestacional ou grande para a idade gestacional. Sem essa correlação peso de nascimento e idade gestacional, este não se torna parâmetro confiável para correlação com a morbidade da criança e o número de internações.

O número de consultas ambulatoriais médio de cada criança foi de 2,25 consultas, variando entre 0 e 8 consultas, incluindo ambulatórios de pediatria, subespecialidades pediátricas e outros como oftalmologia e ginecologia. O que se percebe é que, levando-se em consideração que a idade média de internação foi de 3,7 anos, o fato do número de consultas médias no período de um ano ser de 2,25 consultas e englobar outras especialidades não pediátricas, mesmo que o número de consultas não tenha sido relacionado com a idade neste trabalho, o número foi inferior ao que se espera para acompanhamento pediátrico básico de cada criança.

O número de consultas em serviços de urgência, que geraram internações ou não, no último ano, variou de 0 a 10 atendimentos, com média de 2,6 consultas, percebendo-se média ligeiramente maior que o número de consultas ambulatoriais. Tal fato pode ser explicado pelo sistema de saúde ainda deficiente em todo país, que gera dificuldades para a marcação de consultas e acompanhamento ambulatorial, fazendo, muitas vezes que o contato entre a criança e o serviço de saúde se dê na maioria das vezes através dos serviços de urgência⁸.

As internações hospitalares, com duração de mais de 24 horas, no último ano, variaram seu número entre 1 e 4 internações, incluindo a atual, tendo em média 1,3 internações por paciente.

Outro dado pesquisado foi a imunização completa ou não. Das crianças pesquisadas, 83,2% possuem imunização adequada à idade de

acordo com o calendário vacinal do Ministério da Saúde, enquanto 16,8% apresentação vacinação incompleta. Esta informação encontrada esta de acordo com a literatura, uma vez que autores como Cesar et al (2006) já haviam encontrado taxas de imunização infantil completa segundo o calendário de vacinação do Ministério da Saúde em torno de 81,8%.¹²

6. Conclusão

Trata-se de uma pesquisa transversal abordando os pacientes internados no Hospital Regional da Asa Sul, Brasília-DF, no mês de agosto de 2008, objetivando avaliar o perfil socioeconômico e nosológico dos mesmos.

Dos 415 pacientes internados no referido hospital, no período da pesquisa, 45% foram excluídos por não preencherem os requisitos necessários para participação no trabalho ou não autorizarem a participação.

Dos pacientes que efetivamente participaram, notou-se que a maioria é do sexo feminino, com média de idade de idade de 3,7 anos. A maioria das crianças (74,8%) estava com o peso no momento da internação adequado para a idade, o que difere da literatura, onde se refere uma taxa de desnutrição infantil entre 30 e 40% da população estudada, apesar do parâmetro peso não ser suficiente, isoladamente, para se definir desnutrição, o que necessitaria da consideração de outros parâmetros clínicos e laboratoriais, e assim um estudo específico para se chegar a resultados confiáveis.

O que também chamou atenção foi a falta de informação sobre a estatura da criança em 46% dos casos, mostrando o descaso dessa

avaliação no acompanhamento básico da criança.

O diagnóstico mais comum na internação foi pneumonia com 22,6% dos casos, e o grupamento mais freqüente foi o das doenças infecciosas e parasitárias com 34,4% das internações, o que está em concordância com a literatura.

No perfil familiar, a escolaridade materna e paterna ainda é sofrível, com apenas 42% das mães e 40,3% dos pais tendo segundo grau completo ou mais. O que é interessante observar é que, apesar de 64,6% dos pacientes residirem em companhia tanto da mãe quanto do pai, em parâmetros como idade, escolaridade e trabalho, todos paternos, uma importante parcela dos investigados não possuía estas informações.

A renda familiar per capita encontrada foi maior que a renda *per capita* média brasileira, o que era esperado por se tratar Brasília de uma das regiões brasileiras com maior produto interno bruto (PIB), porém foi menor do que a informada propriamente para Brasília, provavelmente pelo acesso ao serviço público de saúde ser feito por pacientes de outras regionais. Tal fato, associado a características socioeconômicas e culturais específicas do Distrito federal, faz com que algumas informações e taxas encontradas, que refletem o acesso ao serviço de saúde, como número de consultas ambulatoriais e taxas de imunização não possam ser extrapoladas com segurança para outras regiões.

A taxa de crianças com imunização adequada para a idade segundo o calendário básico de imunização do Ministério da Saúde também se encontra em concordância com o encontrado em outros estudos.

É importante também salientar que não se buscou correlacionar os parâmetros estudados com as morbidades, e sim apenas descrevê-los, o que sugere o benefício de um estudo mais específico relacionando os fatores de risco e morbidades mais freqüentes na cidade de Brasília-DF.

Entretanto, apesar dos dados obtidos neste trabalho coincidirem com a

literatura e talvez por isso mesmo, vemos claramente que a atenção básica a saúde está sendo negligenciada, a exceção do programa nacional de imunização que se encontra com seus objetivos atingidos.

Tal negligência é reflexo ou conseqüência de outros parâmetros verificados tais como: a informalidade social, nível educacional dos pais, ausência de creches públicas, desvalorização salarial, e até mesmo não a vigilância por parte de órgãos públicos e sociedades afins, como a secretaria estadual de saúde e sociedade brasileira de pediatria, do exercício pediátrico básico tal como a aferição da estatura.

As estratégias políticas são falhas, e no Brasil, planejamento familiar é privilegio exclusivo dos bens aventurados, levando a densidade domiciliar muito alta.

Pior é ver não apenas os religiosos, mas também setores da intelectualidade, considerarem politicamente incorretas quaisquer tentativas de estender às classes menos desfavorecidas o acesso a métodos contraceptivos fartamente disponíveis apenas a quem pode pagar por eles.

Assim, todos nos sabemos o quanto custa criar um filho e mesmo assim cada criança ainda é concebida involuntariamente por casais sem condições financeiras para criá-las, empobrecendo ainda mais a família e o país.

Temos, portanto, que revisar nossa estratégia política de saúde e conceber crianças mais saudáveis antes de pensarmos em ouro nas olimpíadas.

A definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que consta no preâmbulo da constituição da assembléia mundial de saúde, adotada pela conferência sanitária internacional realizada em Nova York (19 a 22 de junho de 1946) e assinada pelos representantes de 61 estados, com vigor a partir de abril de 1948, visa não somente a ausência de enfermidade ou invalidez, e sim o estado de completo bem estar físico,

mental e social. Este avanço conceitual apresentou aspecto positivo não só porque superou as dicotomias entre corpo e mente, entre o natural e o social, saúde e enfermidade, promoção e profilaxia, profilaxia e terapêutica, terapêutica e reabilitação, mas também porque possibilitou a emergência de políticas sanitárias mais úteis e eficazes, o que ainda não vemos aplicado atualmente.

No nosso ponto de vista, essa proposição de saúde integral deve ser não apenas teorizada, e sim promovida, buscada, cultivada e aperfeiçoada do ponto de vista prático.

7. Referências Bibliográficas

1. Abrantes M.M. Lamounier J.A., Faria JF, Diniz CM, Cunha FAF. Causas de internações de crianças e adolescentes nos hospitais do SUS em Minas Gerais entre 1994 e 1995. Brasília (DF); Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde/Centro Nacional de Epidemiologia; 1998. P. 95-104
2. BARROS, M.B. de A. Morbidade e mortalidade hospitalar de crianças menores de um ano em Ribeirão Preto, SP (Brasil), 1975. *Rev. Saúde Públ.*, 15:308-320, 1981.
3. Benguigui Y. Magnitud y control de las IRA em función de las metas de La cumbre mundial de La infancia. In: Benguigui Y, Antuñano FJL, Schmunis G, Yunis J, editores. Infecciones respiratorias em niños. Washington (DC): OPS; 1997. P. 25-43. (OPS – Série HCT/AIEPI, 1).
4. Benicio MHD'A, Cardoso MRAB, Gouveia NC, Monteiro CA. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). *Rev Saúde Pública* 2000;34(6 Supl):91-101.
5. Benguigui Y, ed. Controle das infecções respiratórias agudas: implementação, acompanhamento e avaliação. Washington, DC: OPAS; 1997. (Série HCT/AIEPI — 6.P).
6. Bercini L.O., Mazzo F.A. Perfil de morbidade das crianças internadas no hospital universitário de Maringá, Maringá, Ver. UNIMAR 19(2):625-638, 1997
7. Brasil, Ministério da Saúde, DATASUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Morbidade Hospitalar do SUS — CID 10, 1999. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
8. Caetano, J. R. M. *et al* Fatores associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos, São Paulo, SP Ver Saúde Pública Rio de Janeiro 36(3):285-91, 2002
9. Caldeira A.P. *et al* Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998, São Paulo-SP Ver Saúde Pública 2005; 39(1):67-74
10. Caldwell Jc. Education as a factor in mortality decline: na examination of Nigeria data. *Popul Stud* 1979;33:395-415

11. Carvalhaes, M.A.B.L., Benício M.H.D., Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. Ver Saúde Pública 2002;36(2):188-97
12. Cesar J.A. et al Basic indicators of child health in an urban area in southern Brazil: estimating prevalence rates and evaluating differentials São Paulo-SP Jornal de Pediatria – Vol. 82, nº 6, 2006
13. Cesar J. A. et al Hospitalização por pneumonia: influência de fatores socioeconômicos e gestacionais em uma coorte de crianças no Sul do Brasil, Ver. Saúde Pública, 31 (1):53-61, 1997
14. Contandriopoulos, A. P. Pode-se construir modelos baseados na relação entre contextos sociais e saúde? Cad. Saúde Publ., Rio de Janeiro. 14(1):199-204, 1998
15. Costa, M.C.N., et al Mortalidade e morbidade em um hospital pediátrico de Salvador - 1983. Rev. Baiana de Saúde Públ., 12(1/3):7-14, 1985.
16. DATASUS, Sistema de Informações Hospitalares do SUS em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/d13.def>, acesso em 07 de agosto de 2008
17. Dharmage SC, Rajapaksa LC, Fernando DN. Risk factors of acute lower respiratory tract infections in children under five years of age. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1996;27:107-10.
18. Duarte, D.M.G. Perfil clínico de crianças menores de cinco anos com infecção respiratória aguda São Paulo-SP, Rev. Saúde Pública 76 (3): 207-12, maio-jun. 2000
19. Engle L. Maternal work and child-care strategies in Peri-urban Guatemala: nutritional effects. *Child Dev* 1991; 62:954-65.
20. Engle L, Menon P, Haddad L. Care and nutrition: concepts and measurement. Washington (DC): International Food Policy Research Institute; 1997
21. Fernandes B.S., Jerônimo M.L. Características familiares e cuidados e condições de saúde das crianças: seu papel no risco de desnutrição proteico-calórica, São Paulo-SP. Ver. *Pediatria*, 18 (2):65-74, 1996
22. Guimarães L.V., Latorre M.R.D.O. Fatores de risco para a ocorrência de déficit estatural em pré-escolares, Rio de Janeiro, RJ *Cad. Saúde Pública*: 5(3).505-615. Jul-set. 1999

23. Lebrão ML. Estudos de morbidade. São Paulo: EdUSP; 1997
24. LEBRÃO, M.L. & MELLO JORGE, M.H.P. de. Fontes de dados de morbidade: análise crítica. *Rev. Paul. Hosp.*, 27(6):179-187, 1979.
25. LEBRÃO, M.L., LITVOC, J., FIGUEIREDO, G.M. & LEITE, R.M. Estudo da morbidade dos pacientes internados no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP - 1989. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S. Paulo*, 48(4):189-198, 1993.
26. Luelmo F, Infecciones respiratórias agudas. In: Organización Panamericana de La Salud. Salud materno-infantil y atención primaria em lãs Américas: hechos e tendencias. Washington (DC): OPS/OMS; 1984. P. 167-77. (OPS – Publicación Científica, 461).
27. MATHIAS, T.A.F. *Morbidade hospitalar no Município de Maringá - PR em 1992*. São Paulo: USP, 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
28. Monteiro C. A. A dimensão da pobreza da fome e da desnutrição no Brasil São Paulo SP, Ver Estudos Avançados 9 (24), 1995
29. NEEDLEMAN, C., BUSSO, N.F., MANTEROLA, A.C. & LAPACÓ, M. Morbimortalidade por edad y por sexo en un Hospital pediátrico. *Revista del Hosp. De Niños*, 22(95):113-119, 1981.
30. Olinto MTA, Victoria CG, Barros FC, Tomasi E. Determinantes da desnutrição infantil em uma população de baixa renda: um modelo de análise hierarquizado. *Cad Saúde Pública* 1993; 9 Suppl:14-27
31. Organização Mundial da Saúde. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10)*. 10a Revisão. São Paulo: OPS/OMS/EdUSP; 1998. v. 1.
32. Puffer RR, Serrano CV. *Características del peso al nacer*. Washington (DC):OPS/OMS; 1988. (OPS - Publicación Científica, 504).
33. Silva A.A.M., Gomes U.A., Tonial S.R. Silva R.A. Fatores de risco para hospitalização de crianças de um a quatro anos em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad Saúde Pública* [periódico on line] 1999; 15(4). Disponível em <http://www.scielo.org/> [acesso 03 abril 2008]

34. Victora Cg. Factores de riesgo em lãs IRA Bajas. In: In: Benguigui Y, Antuñano FJL, Schmunis G, Yunis J, editores. Infecciones respiratórias em niños. Washington (DC): OPS; 1997. P. 45-63. (OPS – Série HCT/AIEPI, 1).
35. WHO (World Health Organization), 1995. Expert Committee. *Physical Status: The Use and Interpretation of Antropomethry*. Technical Report Series 854. Geneva: WHO

7. Anexos

7.1 Anexo 1

1. Sexo: F__ M__
2. Idade: _____
3. Peso ao nascer: _____
4. Peso na internação (percentil): _____
5. Estatura atual (percentil): _____
6. Diagnóstico da internação: _____
7. Mãe ou cuidadora:
 - a. Idade: _____
 - b. Escolaridade: _____
 - c. Ocupação no último ano:
 - i. Formal _____
 - ii. Informal _____
 - iii. Dona de casa _____
8. Pai:
 - a. Idade: _____
 - b. Escolaridade: _____
 - c. Ocupação no último ano:
 - i. Formal _____
 - ii. Informal _____
 - iii. Dona de casa _____
 - d. Sem informação _____
9. Reside com o companheiro Sim__ Não__
10. Cuidador substituto: creche__ Avós__ Outros com parentesco__
Outros sem parentesco _____
11. Renda familiar per capita: _____
12. Pessoas na casa: _____
13. Crianças menores de 5 anos na mesma residência: _____
14. Número de consultas no último ano em:
 - a. Ambulatório de pediatria ou equivalente: _____
 - b. Pronto atendimento: _____
 - c. Internações: _____
15. Imunização adequada: S__ N__

7.2 Anexo 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,.....,

Responsável por.....,

Paciente acompanhado no Hospital Regional da Asa Sul da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, declaro ter lido e compreendido o presente termo de consentimento para a participação na pesquisa clínica sobre o perfil socioeconômico e nosológico dos pacientes internados no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), Brasília, DF, em agosto de 2008, que informa o seguinte:

1. Estou permitindo a participação, de livre e espontânea vontade, de uma pesquisa que tem como objetivo traçar o perfil socioeconômico e nosológico dos pacientes internados no Hospital Regional da Asa Sul (HRAS), Brasília, DF, agosto de 2008.
2. Será respondido um questionário que dura cerca de 20 minutos.
3. Qualquer informação médica ou resultado serão mantidos em sigilo e a descrição dos mesmos em publicações científicas, não identificara a pessoa examinada.
4. Estou ciente de que os questionários a serem aplicados me foram explicados com clareza e não trarão cura da minha enfermidade.
5. Tenho a liberdade de desistir de participar a qualquer momento e sem prejuízos, se assim desejar, bastando para isso comunicar minha decisão aos pesquisadores.
6. Tenho também a garantia de esclarecimentos oportunos, quando julgar necessário.

Brasília, de 2008

.....

Pesquisador

.....

Responsável

Pesquisadores

Drª Marília Aires de Oliveira

Médica residente em Pediatria do Hospital Regional da Asa Sul

Drº Fabrício Monteiro

Médico imunologista e alergista do Hospital Regional da Asa Sul.

