



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO**



ALESSANDRA CARLA RICARDO DE BARROS MENDES

FATORES ASSOCIADOS À MORBIDADE EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO

**Recife
2020**

ALESSANDRA CARLA RICARDO DE BARROS MENDES

FATORES ASSOCIADOS À MORBIDADE EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem e Educação em Saúde

Linha de Pesquisa: Saúde da Família nos Cenários de Cuidado da Enfermagem

Orientadora: Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos

Coorientadora: Profa. Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus

Recife

2020

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Elaine Freitas, CRB4-1790

M538f	<p>Mendes, Alessandra Carla Ricardo de Barros Fatores associados à morbidade em crianças menores de cinco anos no estado de Pernambuco/ Alessandra Carla Ricardo de Barros Mendes. 2020. 97 f.; il.</p> <p>Orientadora: Maria Gorete Lucena de Vasconcelos. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Recife, 2020. Inclui referências e anexos.</p> <p>1. Saúde da Criança. 2. Morbidade. 3. Fatores Desencadeantes. 4. Educação em Saúde. 5. Enfermagem. I. Vasconcelos, Maria Gorete Lucena de (Orientadora). II. Título.</p>	
610.73	CDD (23.ed.)	UFPE (CCS 2020-091)

ALESSANDRA CARLA RICARDO DE BARROS MENDES

FATORES ASSOCIADOS À MORBIDADE EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Drª Tatiane Gomes Guedes (Examinadora Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Profª. Drª Vilma Costa de Macêdo (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Profº. Drº Pedro Israel Cabral de Lira (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

A Deus, pois sem ele nada seria possível.

Aos meus pais Luciana Barros e Roberval Barros e meu esposo Leandro Mendes por todo apoio, incentivo, compreensão, companheirismo e força nesta jornada.

AGRADECIMENTOS

À **Deus** por ser minha fonte de força e sabedoria, que esteve sempre ao meu lado guiando meus passos.

Aos meus pais **Luciana Barros** e **Roberval Barros** que sempre incentivaram meus estudos. Durante mais essa etapa da minha vida, mais uma vez me apoiaram, compreenderam, vibraram com minhas alegrias e também me deram colo nos momentos de angústias, anseios e choros. Obrigada por todo amor, cuidado e carinho que sempre me deram, sem o apoio de vocês não teria chegado até aqui.

Ao meu esposo **Leandro Mendes** que sempre me incentivou e acreditou no meu potencial. Que esteve sempre ao meu lado nos momentos de alegria e também de tristeza. Agradeço por tantas vezes que me ouviu falar sobre meu trabalho. Sem seu apoio esta jornada teria se tornado mais difícil.

À minha orientadora **Profa. Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos** que foi minha orientadora desde a graduação em enfermagem. Agradeço por todo ensinamento, apoio, incentivo e confiança no meu trabalho.

À minha coorientadora **Profa. Dra. Maria Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus** por toda contribuição, dedicação e atenção ao meu trabalho. Sua ajuda foi muito importante.

À **Profª Drª Vilma da Costa Macedo** que esteve ao meu lado desde o início. Obrigada por todos os conselhos, ensinamentos, orientações, contribuições, dedicação e apoio. A senhora foi muito importante neste processo.

Ao **Prof Dr. Pedro Israel Cabral de Lira** por ter me confiado o banco da IV Pesquisa Estadual de Saúde de Nutrição, além de toda contribuição, ajuda na análise do estudo e orientações. Só tenho a lhe agradecer por toda ajuda.

À coordenadora do Programa de Pós-graduação em Enfermagem **Profª Drª Luciana Pedrosa Leal**, pelas orientações, atenção e apoio no desenvolvimento do meu estudo.

Às minhas chefes da Fundação Altino Ventura **Luciana Rodrigues, Anacarla Veras, Drª Ana Núbia** por toda compreensão, apoio e ajuda para que eu pudesse sair do trabalho e ir as aulas e orientações na Universidade.

Aos fisioterapeutas que trabalham comigo na FAV **Érica Neri** e **Rafael Carneiro** que ajudaram nos momentos de dores musculares e crises de enxaqueca.

À minha amiga **Priscila Mendonça** que caminhou junto a mim nesta jornada. Obrigada por sua amizade, seu apoio, contribuições e trocas de experiência.

Aos meus colegas da **Turma 10 do mestrado e doutorado** por toda contribuição, trocas de experiências, ensinamentos, apoio e incentivo, sem dúvidas uma turma excelente, da qual tenho orgulho em fazer parte.

Muito obrigada!

“Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. Pessoas mudam o mundo.”

(FREIRE, 1997, p. 84)

RESUMO

A saúde da criança vem ganhando atenção nos últimos anos, no qual políticas públicas têm sido criadas e aprimoradas. Os acordos e pactos internacionais são boas estratégias frente às dificuldades regionais nos aspectos socioeconômicos e demográficos do país. Ao considerar a vulnerabilidade da saúde das crianças, o indicador da morbidade permite conhecer como as doenças atuam, bem como seus agravos à saúde, sendo possível conhecer o perfil do adoecimento e, dessa maneira, permitir identificar as necessidades específicas desse público, afim de atuar em tempo oportuno. O objetivo desta foi analisar os fatores associados às morbidades em crianças menores de cinco anos no estado de Pernambuco. Trata-se de um estudo analítico, exploratório, de corte transversal realizado a partir dos dados da IV Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), realizada nos anos de 2015/2016, em onze municípios do estado de Pernambuco. A amostra foi composta por dados de 844 crianças menores de cinco anos, sendo analisados os fatores associados ao internamento nos últimos doze meses. Realizou-se análise bivariada, no qual foi empregado teste Qui-quadrado e Exato de Fisher e, nas variáveis cujo p-valor $< 0,20$ análise multivariada, com a utilização da regressão logística de *Poisson*. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da UFPE. Entre os resultados, as variáveis: bolsa família, número de cômodos, o pai morar com a criança, consulta nos últimos três meses e frequentar creche representaram fatores associados para a ocorrência de morbidade na faixa etária estudada. Enquanto, o fornecimento de água, luz, a mãe ter recebido cartão pré-natal, sexo, idade e consulta nos últimos três meses, com o internamento nos últimos doze meses. Observa-se que a qualidade da saúde e a prevenção de morbidades está relacionada a dinâmica na qual a criança está inserida, incluindo principalmente fatores socioeconômicos. Os profissionais de saúde, particularmente o enfermeiro, que atuam na atenção primária à saúde (APS), porta de entrada aos serviços de saúde, devem ampliar o seu olhar para além do contexto biomédico, afim de promover ações de educação em saúde visando reduzir o acometimento por morbidades e suas complicações, que podem causar o óbito. Dessa maneira, faz-se necessário a realização de mais estudos voltados para a temática, visto que o público menor de cinco anos, configura uma população que necessita de uma maior atenção, principalmente com o surgimento de doenças já erradicadas no país como ocorreu com o sarampo nos últimos tempos.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Morbidade. Fatores Desencadeantes. Educação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Child health has been gaining attention in recent years, in which public policies have been created and improved. International agreements and pacts are good strategies in the face of regional difficulties in the country's socioeconomic and demographic aspects. When considering the vulnerability of children's health, the morbidity indicator allows to know how the diseases act, as well as their health problems, making it possible to know the profile of the illness and, thus, to identify the specific needs of this public, in order to act in a timely manner. The objective was to analyze the factors associated with morbidities in children under five years old in the state of Pernambuco. This is an analytical, exploratory, cross-sectional study carried out based on data from the IV State Health and Nutrition Survey (SHNS), carried out in the years 2015/2016, in eleven municipalities in the state of Pernambuco. The sample consisted of data from 844 children under five years old, and the factors associated with hospitalization in the last twelve months were analyzed. Bivariate analysis was performed, in which the Chi-square and Fisher's exact tests were used, and for variables whose p-value <0.20 multivariate analysis, using Poisson logistic regression. The study was approved by the UFPE ethics committee. Among the results, the variables: family allowance, number of rooms, the father living with the child, consultation in the last three months and attending a daycare center represented associated factors for the occurrence of morbidity in the age group studied. While, the supply of water, electricity, the mother has received prenatal card, sex, age and consultation in the last three months, with hospitalization in the last twelve months. It is observed that the quality of health and the prevention of morbidities is related to the dynamics in which the child is inserted, including mainly socioeconomic factors. Health professionals, particularly nurses, who work in primary health care (PHC), the gateway to health services, should broaden their view beyond the biomedical context, in order to promote health education actions aimed at reducing the involvement by morbidities and their complications, which can cause death. Thus, it is necessary to carry out more studies focused on the theme, since the public under the age of five, sets up a population that needs greater attention, especially with the suggestion of diseases already eradicated in the country as occurred with measles recently.

Keywords: Child Health. Morbidity. Precipitating Factors. Health Education. Nursing.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução do IDH no Brasil e em Pernambuco entre 2011 e 2014. Atlas Brasil, 2016	24
Figura 2 – Linha do tempo das políticas públicas na saúde da criança no Brasil. Recife – PE, 2019.....	29

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Variáveis dependentes.....	37
Quadro 2 – Variáveis independentes.....	37

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das variáveis socioeconômicas com a ocorrência da morbidade em crianças menores de cinco anos. Recife, PE, Brasil, 2015/16.....	41
Tabela 2 – Caracterização das variáveis maternas com a ocorrência da morbidade em crianças menores de cinco anos. Recife, PE, Brasil, 2015/16.....	43
Tabela 3 – Caracterização das variáveis das crianças com a ocorrência da morbidade entre menores de cinco anos. Recife, PE, Brasil, 2015/16.....	44
Tabela 4 – Razão de prevalência e intervalo de confiança (IC _{95%}), de morbidades em crianças menores de cinco anos. Recife, PE, 2015/16.....	46
Tabela 5 – Razão de prevalência (não ajustada e ajustada) e intervalo de confiança (IC _{95%}), de morbidades em crianças menores de cinco anos. Recife, PE, 2015/16.....	48
Tabela 6 – Caracterização das variáveis socioeconômicas com internamento de crianças menores de cinco anos nos últimos doze meses. Recife, PE, Brasil, 2015/16.....	49
Tabela 7 – Caracterização das variáveis maternas com internamento de crianças menores de cinco anos. Recife, PE, Brasil, 2015/16.....	50
Tabela 8 – Caracterização das variáveis da criança com internamento entre menores de cinco anos. Recife, PE, Brasil, 2015/16.....	51
Tabela 9 – Razão de prevalência e intervalo de confiança (IC _{95%}), do internamento de crianças menores de cinco anos. Recife, PE, 2015/16.....	52
Tabela 10 – Razão de prevalência (não ajustada e ajustada) e intervalo de confiança (IC _{95%}), do internamento de crianças menores de cinco anos. Recife, PE, 2015/16.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AM	Aleitamento Materno
AME	Aleitamento Materno Exclusivo
APS	Atenção Primária à Saúde
CASP	Condições Sensíveis à Atenção Primária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DINSAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HUUFMA	Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão
IC _{95%}	Intervalo de confiança
ICASP	Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primárias
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NVs	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PBF	Programa do Bolsa Família
PESN	Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição
PN	Pré-natal
PSF	Programa de Saúde da Família
RMR	Região Metropolitana do Recife
RP	Razão de Prevalência

RP _{não ajustada}	Razões de Prevalência não ajustada
SIHSUS	Sistema de Informação Hospitalar do SUS
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TP	Trabalho de parto
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UF	Unidade Federativa
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

LISTA DE SÍMBOLOS

n	Amostra final
p-valor	Nível de significância
>	Maior
<	Menor
%	Porcentagem

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	18
2	OBJETIVOS	22
2.1	Geral.....	22
2.2	Específico.....	22
3	REVISÃO DE LITERATURA	23
3.1	Influência das iniquidades sociais nas mordidas durante a infância.....	23
3.2	Atenção à saúde da criança no Brasil.....	25
3.3	O impacto da atenção primária na redução das morbidades durante a infância.....	27
3.4	As políticas públicas de saúde da criança no Brasil.....	29
4	MÉTODO	35
4.1	Tipo de estudo.....	36
4.2	Local do estudo.....	36
4.3	População e amostra.....	36
4.4	Critério de inclusão e exclusão.....	36
4.5	Coleta de dados.....	37
4.6	Variáveis do estudo.....	37
4.7	Análise dos dados.....	39
4.8	Considerações éticas.....	39
4.9	Limitações metodológicas.....	40
5	RESULTADOS	41
6	DISCUSSÃO	55
7	CONCLUSÃO	63
8	REFERÊNCIAS	64
	ANEXO A – FORMULÁRIO DO IV PESN – REGISTRO DOS MORADORES	73
	ANEXO B – FORMULÁRIO DA IV PESN - REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA	74
	ANEXO C – FORMULÁRIO DA IV PESN – CRIANÇA	81
	ANEXO D – PARECER DO CEP	93

ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS.....	97
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a década de 80 foi marcada por políticas de saúde centradas na atenção à saúde materno-infantil, isso colaborou para a redução da taxa de mortalidade em crianças menores de cinco anos. Percebe-se que as mudanças e melhorias no perfil de saúde deste público têm sido contemplados em acordos e pactos internacionais e, continuam sendo uma boa estratégia diante das complexidades regionais, questões socioeconômicas e demográficas do país. Em 2015, conseguiu atingir antecipadamente, a meta nº 4 estabelecida nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), que era uma Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de 17,9/1.000 Nascidos Vivos (NVs). No entanto, em 2016, voltou a apresentar um crescimento nesse indicador (RASELLA et al., 2018; JUSTINO, 2019; PNAISC, 2018).

O coeficiente de mortalidade infantil expressa o risco de morte no primeiro ano de vida. Trata-se de um excelente indicador por refletir condições sociais, econômicas e ambientais às quais crianças e membros da sociedade estão inseridos. A morbidade, outro indicador, permite conhecer como as doenças se comportam, bem como seus agravos à saúde da população. Através dele observa-se um conjunto populacional específico que adquire doenças (ou determinadas) num determinado intervalo de tempo. Útil para conhecer o perfil de adoecimento e, assim, identificar as necessidades de saúde específicas deste grupo (FERRER, 2009; RETRÃO et al., 2014; RIPSA, 2008; OLIVEIRA et al., 2010; TEJADA et al., 2019).

No Brasil, a única fonte de dados sobre morbidade no Sistema Único de Saúde (SUS), é o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIHSUS) com base na morbidade hospitalar nacional. Esse sistema armazena as informações provenientes de internações financiadas pelo SUS. De acordo com o DATASUS, de janeiro a junho de 2019 foram atendidas 257.882 mil crianças menores de cinco anos em serviço público. Entre suas limitações, o sistema consolida apenas levantamentos da assistência prestada nos serviços da rede pública e da privada que realize atendimento ligado ao SUS (TORRES et al., 2013; NAKAMURA-PEREIRA et al., 2013; DATA SUS, 2019).

Dessa forma, a realização de inquéritos populacionais na área da saúde, configuram-se como instrumentos que permitem reconhecer e monitorar as morbidades e desigualdades sociais, em relação aos seus determinantes e ao acesso aos serviços de saúde. Este tipo de estudo, viabiliza relacionar os resultados obtidos com as condições de vida da população, além de conhecer a distribuição dos fatores de risco (VIACAVA, 2002; BEZERRA et al., 2014).

No cenário brasileiro, há importantes desigualdades regionais, com riscos mais elevados de morte entre as populações de maior vulnerabilidade, localizadas nas Regiões Norte e Nordeste, dessa forma, persistem, as mais elevadas taxas de mortalidade entre os menores de cinco anos, com taxas de 19,9/1.000 NVs e 18/1.000 NVs, respectivamente, em 2011 (BRASIL, 2014).

A atenção primária à saúde (APS) é considerada a porta de entrada do sistema de saúde, local de primeiro contato do paciente com o serviço, identificando suas necessidades e dificuldades, onde o enfoque não é a enfermidade, mas sim um olhar holístico. Deve-se cuidar dos problemas mais comuns na comunidade, oferecer estratégias de prevenção, cura e reabilitação, afim de melhorar a condição de saúde e bem-estar. Assim, devido a sua importância, faz-se necessário a realização de avaliações contínuas de seu desempenho (COSTA, JÚNIOR e SILVA, 2017; PEDRAZA e ARAÚJO, 2017; SANTOS et al., 2015; SILVA et al., 2017; UNESCO, 2002).

Nesse sentido, os indicadores de morbimortalidade podem ser utilizados, como por exemplo, Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICASP). O ICASP se caracteriza como um conjunto de problemas de saúde, como afecções perinatais, pneumonia bacteriana, dentre outras que possuem estreita relação com os cuidados primários, que poderiam ser evitadas por uma ação eficaz neste nível (COSTA, JÚNIOR e SILVA, 2017; SANTOS et al., 2015).

Estudo brasileiro de revisão sistemática que elegeu artigos publicados entre 2008 e 2015, identificou que entre as principais causas de internação em crianças menores de cinco anos, estão: pneumonia, gastroenterites, asma e infecções de pele e tecido subcutâneo. Na região Nordeste e nos locais onde as condições de saneamento e educação sanitária apresentam-se deficientes, as parasitoses intestinais ainda persiste como um problema de saúde pública (PEDRAZA e ARAÚJO, 2017).

Ao longo do processo de construção da atenção à saúde da criança no país, a ampliação dos cuidados prestados, antes voltado para doença e a cura, passou a contemplar ações que visam a promoção, prevenção e proteção. Estas ações, são escopo da APS guiada por ações de vigilância da atenção a infância. Um profissional importante neste processo, é o enfermeiro, que possui uma formação integral, desenvolvendo atividades assistenciais com foco no indivíduo e baseada em ações de promoção, como a educação em saúde (BRANQUINHO E LANZA, 2018; VIEIRA et al., 2016).

No estado de Pernambuco, entre 1999 e 2009, a gastroenterite e asma ocuparam o primeiro e segundo lugar, respectivamente, das principais causas de internações hospitalares. Apesar da redução na taxa de hospitalizações nas últimas décadas, estas, ainda representam estreita relação com os fatores socioeconômicos e ambientais, sendo um problema de saúde importante para a população infantil (CARVALHO et al., 2015).

Diferenças de acesso à saúde em um mesmo estado são também questões relevantes para a saúde infantil. Ao comparar a Região Metropolitana do Recife (RMR) e as demais regiões do estado de Pernambuco, identificaram-se as desigualdades sociais evidenciadas por condições precárias de vida e saneamento, deficiências nas ações básicas de saúde e nas medidas de diagnóstico e tratamento precoce, circunstâncias ambientais e aglomerado familiar como fatores que favorecem o aumento do adoecimento e conseqüentemente morte nesses locais (MURAKAMI, GUIMARÃES e SARINHO, 2011).

Devido suas condições de vida e saúde estarem relacionadas ao acesso à saúde, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), pode contribuir para a redução das desigualdades socioeconômicas, favorecendo a melhoria dos indicadores de saúde e de qualidade de vida, ao acompanhar as crianças de perto. Nesse sentido, a puericultura, configura-se como uma atividade essencial para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, identificação de situações de risco, acompanhamento vacinal, prevenção das carências nutricionais, estimulação quanto ao aleitamento materno e incentivo à adoção de hábitos que promovam a saúde (CAREY et al., 2013; VIACAVA e BELLIDO, 2016; REICHERT et al., 2016; BRANQUINHO e LANZA, 2018).

As intervenções educativas quando executadas de maneira eficaz, podem evitar internações hospitalares desnecessárias, principalmente, em comunidades e municípios menores, com baixo acesso aos serviços de saúde mais complexos, a fim de favorecer melhor qualidade de vida à população infantil (JESUS, 2015; BRANQUINHO e LANZA, 2018; VIEIRA et al. COSTA et al., 2015; BOONE et al., 2016).

Compreender a importância da realização de ações que promovam a saúde e previnam doenças, como uma atividade direcionada às crianças menores de cinco anos, é primordial para reduzir as complicações e internações decorrentes de morbidades nesta população (PEDRAZA e ARAÚJO, 2017). Para que isso seja possível, é necessário conhecer os fatores que estão associados a ocorrência de morbidades em crianças menores de cinco anos.

Consideram-se relevantes estudos que aprofundem o olhar sobre o perfil de morbidade

entre os menores de cinco anos, identificando os fatores que desencadeiam hospitalizações e consequentemente elevam o risco de morbimortalidade. Além disso, permanece como prioridade intervenções que possam atuar nos aspectos socioeconômicos, buscando a melhoria da qualidade de vida, em especial, das que encontram-se em situações de vulnerabilidade social. Dessa maneira, o presente estudo apresentou como pergunta norteadora de pesquisa “Quais os fatores associados às morbidades em menores de cinco anos de idade no estado de Pernambuco?” A indagação foi respondida com base no inquérito realizado entre os anos de 2015/2016, em 11 municípios do Estado de Pernambuco.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar os fatores associados às morbidades e aos internamentos em crianças menores de cinco anos no estado de Pernambuco.

2.2 Específicos

- Verificar a associação dos indicadores sociodemográficos, ambientais, reprodutivos-maternos e de assistência à crianças menores de cinco anos com as principais morbidades destas;
- Identificar fatores associados ao internamento nos últimos doze meses em crianças menores de cinco anos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Influência das iniquidades sociais nas mordidas durante a infância

O rápido processo de crescimento dos grandes centros urbanos, dos países em desenvolvimento, resulta em espaços de iniquidades na ocupação do solo, condições precárias e insalubres de moradia, que ocasionam vulnerabilidades e implicam na qualidade de vida da população, principalmente das crianças. Estas, vivem em condições socioeconômicas desfavoráveis, sendo expostas à situações adversas de saneamento básico e, estão mais vulneráveis a adquirir doenças, como morbidades diarreicas e respiratórias, devido, em muitos casos, terem sido geradas em gestações de risco (SILVA, LAROCCA, CHAVES e MAZZA, 2015).

Os elevados índices de pobreza que assolam a sociedade encontram na estrutura da desigualdade social vigente no país: injustiças na distribuição de renda e nas oportunidades insuficientes de inclusão socioeconômica. São situações dispensáveis e resistíveis, que são ocasionadas por agentes humanos, no âmbito político, econômico e sociocultural. As iniquidades sociais compreendem os principais fatores de vulnerabilidade social em que grupos sociais e pessoas de determinadas áreas brasileiras se encontram (FIORATI, ARCÊNCIO, SOUZA, 2016).

As condições socioeconômicas, em alguns casos, não são circunstâncias isoladas, pois contribuem para a ocorrência de conflitos entre os pais da criança, corroborando de forma direta no relacionamento destes com o filho. Um ambiente que apresenta estímulos negativos para as crianças, compõe um fator de vulnerabilidade, que pode ser minimizado por um ambiente apoiador, cuja definição é um conjunto de relações bem estruturadas e com interações afáveis, que são impreteríveis para que estas tenham um desenvolvimento cerebral adequado (SILVA, LAROCCA, CHAVES e MAZZA, 2015).

Um indicador que serve de parâmetro para identificar o desenvolvimento da população é o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que apresenta foco em três dimensões básicas do ser humano: a capacidade de levar uma vida longa e saudável, medido pela expectativa de vida ao nascer; a capacidade de adquirir conhecimento, medido pela média de anos de escolaridade; e a capacidade de alcançar um padrão de vida decente, medido pela renda nacional per capita (UNDP, 2018).

É esperado que até o ano de 2030 ocorra em todos os países a redução de mortes

evitáveis em recém-nascidos e crianças menores de cinco anos para pelo menos 12/1.000 NV's e 25/ 1.000 NV's, respectivamente. De acordo com a atualização estatística de 2018 do Desenvolvimento Humano Índices e Indicadores, o Brasil ocupa a posição 79º no ranking mundial, em que apresenta uma Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) de 15,1/ 1.000 Nascidos Vivos (NV's) (UNDP, 2018).

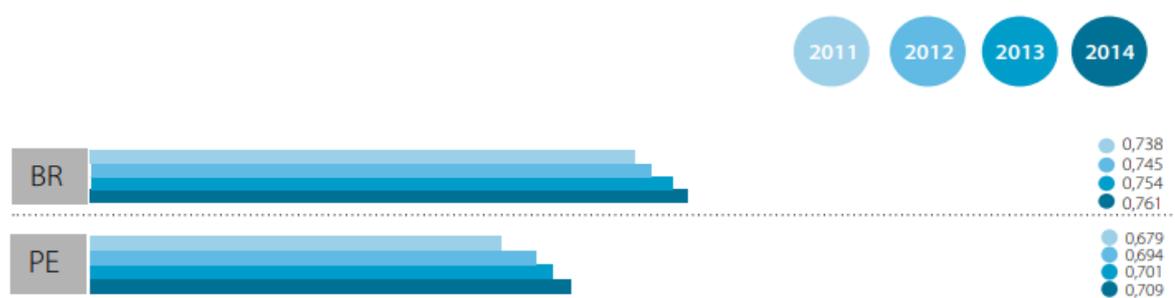
No ano de 2010, o estado de Pernambuco apresentou um IDH de 0,673, o que colocou essa Unidade Federativa (UF) na faixa de Desenvolvimento Humano Médio (IDHM entre 0,600 e 0,699), vindo a ocupar a 19ª posição entre as 27 unidades federativas brasileiras. Nesse ranking, o estado que apresenta maior índice é o Distrito Federal (0,824) e o menor é Alagoas (0,631) (ATLAS BRASIL, 2010).

Entre os anos de 2000 e 2010, a população de Pernambuco cresceu a uma taxa média anual de 1,06%. Enquanto no Brasil, esta taxa foi de 1,17% no mesmo período. No entanto, a taxa de mortalidade de crianças até cinco anos de idade no ano de 2010, foi de 22,0/ 1.000 NV's (ATLAS BRASIL, 2010).

A taxa de vulnerabilidade social quanto a taxa de mortalidade infantil, também no ano de 2010 em Pernambuco, apresentou 20,43/1.000 NV's. Enquanto, 56,77% das crianças na faixa etária menor de cinco anos, não frequentam escola. Essa taxa não está muito diferente ao parâmetro Nacional que é de 56,85 (ATLAS BRASIL, 2010).

Ao longo dos anos a expectativa de vida ao nascer cresceu em PE de 71,65 em 2011 para 73,48 em 2015. A mortalidade infantil reduziu de 17,08 em 2011 para 13,26 em 2015, porém a Região Metropolitana do Recife apresentou um declínio menor que no Estado em geral, de 15,96 em 2011 para 13,26 em 2015, uma taxa igual ao do estado de Pernambuco. A evolução do IDH entre os anos de 2011 e 2014, no Brasil e em Pernambuco, um aumento de 0,738 para 0,761 e 0,679 para 0,709, respectivamente (Figura 1) (ATLAS BRASIL, 2010).

Figura 1. Evolução do IDH no Brasil e em Pernambuco entre 2011 e 2014.



Fonte: Atlas Brasil, 2016.

3.2 Atenção à saúde da criança no Brasil

A Atenção Primária à Saúde (APS) teve sua origem durante a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, cujo objetivo era implementar outros modelos de assistência em saúde, que atendessem as necessidades da população. No entanto, desde 1920, houveram várias tentativas de organizar a APS no Brasil, todavia, só foi ampliada após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988. O SUS possui como base os princípios de universalidade, equidade e integralidade na atenção ao indivíduo, família e comunidade nos diversos níveis da assistência (REICHERT *et al.*, 2016; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

O Programa de Saúde da Família (PSF) é considerado um marco na implementação das intervenções na atenção primária, principalmente, nos cuidados direcionados a criança, cujas ações incluem, desde uma consulta individualizada e direcionada ao crescimento e desenvolvimento, a outras intervenções coletivas de saúde e meio ambiente (SES-DF, 2014; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Para ser capaz de atender aos eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), a APS precisa ser construída fundamentada nos denominados atributos ordenadores, dos quais são essenciais – o acesso de primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação – e os derivados – as orientações familiar e comunitária e a competência cultural (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Por apresentar capacidade em orientar a organização do sistema de saúde, buscar respostas para as necessidades da população e contribuir para a mudança do modelo assistencial vigente, o PSF, passou a ser denominado como Estratégia de Saúde da Família (ESF), considerada um marco importante na política de saúde brasileira. A estratégia tornou-se norteadora para o desenvolvimento das práticas de saúde, como o vínculo com o usuário, centrado na pessoa/família, a integralidade e coordenação da atenção, a articulação à rede assistencial, a participação social e a atuação intersetorial. Além de possuir uma equipe multiprofissional, que atua com um acompanhamento longitudinal da população, e serve como base para a melhoria na qualidade de vida das pessoas, com notoriedade no público infantil, afim de acompanhar seu crescimento e desenvolvimento e, atuar nos agravos prevalentes nesta fase (REICHERT *et al.*, 2016; ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

As Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICASP), é um exemplo de indicador que pode ser empregado na avaliação e monitoramento da assistência prestada pelo

serviço de saúde, na morbidade e mortalidade, pois caracteriza-se como um conjunto de problemas, tais como afecções perinatais, pneumonia bacteriana, dentre outras doenças que possuem estreita relação com os cuidados primários, em que uma ação eficaz no âmbito da APS, resulta na redução das internações hospitalares por causas evitáveis (COSTA, JÚNIOR e SILVA, 2017; SANTOS et al., 2015)

Estudo desenvolvido no setor de pediatria do Hospital Universitário Unidade Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA), identificou que em meio as ICASP, prevaleceu a faixa etária entre 1 e 4 anos de idade, enfatizando a necessidade de uma atenção especial a essa população e o desenvolvimento de melhorias na atenção primária. As pneumonias, infecções nos rins e no trato urinário formam as morbidades mais frequentes neste público (LIMA, 2017).

Em todo o mundo, a diminuição da mortalidade infantil tem apresentado declínios, sendo interpretada como uma das maiores histórias de sucesso global na saúde no cenário internacional. Nas últimas duas décadas, quando comparado aos anos 2000, as taxas reduziram a metade, tendo como base os Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM). Apresentou uma queda de 90 mortes por 1.000 nascidos vivos (NVs) para 46 mortes por 1.000 NV entre os anos de 1990 e 2013. Em números absolutos, ocorreu uma redução de 9,9 milhões em 2000 para 6,8 milhões em 2013, mortes em menores de cinco anos (OMS, 2015).

As análises do ODM indicaram, de forma global, que as causas de mortes em menores de cinco anos estão relacionadas, principalmente, à complicações no parto prematuro, constituindo 17% do total dos óbitos, que perpassam o período neonatal que dura até o 29º dia de vida. Essa evidência contrapõem as causas que prevaleciam na infância como a pneumonia, diarreia e doenças infecciosas (IPEA, 2014; OMS, 2015).

O Brasil, se destacou face a muitos países ao apresentar uma diminuição de mortalidade na infância (em menores de cinco anos) de 53,7 em 1990 para 16,2 em 2012, ultrapassando em três anos de antecedência a meta nº 4 do ODM, que consistia em uma taxa de 17,9 até 2015. (IPEA, 2014; PNAISC, 2015).

Desde setembro de 2015 é estimulado a persistir na melhoria de indicadores relacionados a saúde infantil, juntamente com os integrantes da Cúpula das Nações Unidas para o Desenvolvimento Sustentável, no qual os 193 países membros se comprometeram a buscar alcançar os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) até 2030. Em seu Objetivo 3, a meta 2 aponta que deve-se acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças

menores de cinco anos a nível mundial, cujo objetivo é reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de cinco anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos (ONU, 2015).

Ao analisar a tendência da diminuição de mortalidade infantil, observou-se que ocorreu um maior declínio na Região Nordeste e menor na Região Centro-Oeste. Esse resultado revela que embora as desigualdades regionais tenham sido diminuídas, ainda refletem diferenças, pois a região Sul e Sudeste ainda apresentam taxas de mortalidade reduzida na infância (MALTA et al., 2019).

A taxa de mortalidade infantil por causas evitáveis em recém-nascidos, representa a segunda maior redução (58,7%), devido uma assistência adequada ao parto e ao recém-nascido, enaltecendo, portanto, a sua importância para a vida das crianças, além de permitir conhecer as principais causas pelas quais adoecem (BRASIL, 2014; OMS, 2015).

3.3 O impacto da atenção primária à saúde na redução das morbidades infantis

A morbidade consiste em um grupo específico de pessoas que adquire alguma doença ou doenças em um determinado período. Este, por sua vez, é um indicador de saúde primordial para melhor identificar, analisar e aprimorar as condições de saúde na infância, na perspectiva de identificar as necessidades deste grupo e assim, prevenir mortalidade, através de ações realizadas em tempo oportuno, que ainda representa um desafio para os países em desenvolvimento, como o Brasil (RIPSA, 2008; FERRER, 2009; OLIVEIRA et al., 2010; RETRÃO et al., 2014).

Uma importante ferramenta presente na atenção básica é a estratégia de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância – AIDPI, que permite identificar os sinais de risco e qualificar o manejo dos casos. O método possui o objetivo de diminuir a morbidade e mortalidade de crianças entre dois meses e cinco anos de idade, através da melhoria na qualidade da assistência prestada às crianças pelos profissionais de saúde, dentre eles, o enfermeiro. Dessa forma, propõe ao profissional não estabelecer um diagnóstico, mas a realização de uma avaliação sistemática e integrada dos sinais clínicos preditivos positivos que permitam avaliar e classificar adequadamente, além de uma triagem quanto à natureza da atenção necessária à condição de saúde da criança, resultando no encaminhamento urgente a um hospital, tratamento ambulatorial ou orientação para cuidados e vigilância no domicílio (MATOS, MARTINS E FERNANDES, 2016; BRASIL, 2017; BRASIL, 2004).

Estudo realizado em Recife/PE, avaliou consultas de puericultura de sete enfermeiras da ESF, através do método observacional e constatou a existência de muitas dificuldades para sua realização, devido uma inadequada capacitação para a realização da vigilância do crescimento e desenvolvimento das crianças, em especial, naquelas na faixa etária menor de um ano de idade (CARVALHO; SARINHO, 2016).

As ações realizadas no âmbito da ESF na atenção à criança, são essenciais para a prevenção e promoção à saúde, pois possibilita identificar de maneira precoce alterações em sua saúde e dessa forma, permite intervir em tempo oportuno, reduzindo assim os riscos de morbimortalidade na infância (REICHERT et al., 2016).

Um fator que está relacionado ao aumento da morbimortalidade infantil, é a redução da adesão vacinal, que tem evidenciado o retorno de algumas doenças já erradicadas no Brasil, como por exemplo, o sarampo. Tal fato, pode estar ocorrendo, devido aos pais das crianças, terem descrença ou subestimam a possibilidade de doenças já tidas como erradicadas, reincidirem no território nacional (PAES, 2018).

As ações voltadas para a promoção, proteção e tratamento das morbidades mais frequentes nas crianças menores de cinco anos, em concordância com as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, estão relacionadas com a estimulação ao aleitamento materno, à diminuição de carências nutricionais, à assistência e resolutividade das infecções respiratórias agudas, à vacinação, ao crescimento e desenvolvimento infantil e controle de doenças diarreicas, têm como objetivo a redução da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2011e).

Em 2016, um estudo enfatizou as ações voltadas para a prevenção de morbidades na infância a partir da situação vacinal, e apesar de ter observado que a imunização das crianças no primeiro ano de vida encontrava-se satisfatória, a maior porcentagem de atraso vacinal se deu no segundo semestre de vida (VIEIRA, 2016).

Estudo realizado em Belo Horizonte sobre a qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança (CSC), identificou que a não realização deste, pode implicar no monitoramento e na promoção da saúde infantil. Logo, esta prática deve envolver a capacitação dos profissionais, visando uma maior valorização da CSC, e também buscar o envolvimento das mães e familiares, pois possuem uma importante responsabilidade nessa conjuntura (AMORIM et al., 2018).

3.4 As políticas públicas de saúde da criança no Brasil

A atenção à saúde da criança configura-se dentre as prioridades nas políticas públicas do Brasil, devido ao alto índice de mortalidade infantil, passou por um longo processo de aprimoramento e evolução (BRANQUINHO E LANZA, 2018).

Figura 2. Linha do tempo das políticas públicas na saúde da criança no Brasil.



Fonte: Autor, 2019.

Na década de 40 foi criado o primeiro programa de proteção à maternidade, à infância e à adolescência. Suas atividades estavam ligadas ao Departamento Nacional da Criança (DNCr), que tinha como objetivo criar programas, tais como: Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação Pessoal e Programa de Imunização. Em 1970, o DNCr foi transformado na Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), com a finalidade de planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência (BRASIL, 1970; BRASIL, 2011a).

Em 1975, criou-se o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade da mulher e da criança. Afim de alcançar este objetivo, visava centralizar os recursos financeiros, organizar a infraestrutura de saúde, aprimorar a qualidade da informação, estimular o aleitamento materno, garantir a suplementação alimentar para prevenir a desnutrição materna e infantil, ampliar e melhorar a qualidade das ações direcionadas à mulher no período gestacional, do parto e do puerpério, e à criança menor de cinco anos (BRASIL, 2011a).

Em 1976, a CPMI, passou a ser chamada de Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), por estar vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Logo, tornou-se em nível central, o órgão responsável pela assistência à mulher, à criança e ao adolescente (BRASIL, 2011a).

Em 1983, por meio do DINSAMI, o Ministério da Saúde (MS), elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), cujo objetivo foi melhorar suas condições de saúde, ao ampliar a cobertura e melhorar a capacidade de resolução da rede pública de serviços de saúde (BRASIL, 2011a).

Em 1990, foi criado o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que tem como objetivo garantir “[...] todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade” (BRASIL, 1990)

O ECA possui como base a proteção integral de crianças e adolescentes no qual lhes é assegurado o direito a proteção à vida, à educação, à saúde, à alimentação, ao lazer, ao esporte, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária, por meio da execução de políticas públicas que concedam um nascimento e desenvolvimento saudável, harmônico e em condições de vida adequadas. E, leva em consideração que é dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público, a garantia desses direitos, sendo punido aquela pessoa que vá de encontro ao pressuposto citado (BRASIL, 1990).

Ainda em 1990, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), criaram juntos a iniciativa Hospital Amigo da Criança, no qual objetiva a redução do desmame precoce, através da implementação do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até os seis meses de vida da criança, em que a genitora tem orientação quanto aos benefícios para o bebê e para si. Além do incentivo dos profissionais de saúde a abolirem condutas e rotinas baseadas no modelo biomédico, que resultavam nos altos índices de desmame precoce. Entretanto, no Brasil, a execução desta política ocorreu em 1995, em que os Hospitais Amigos da Criança, vinculados ao SUS, passaram a ganhar 10% a mais pela realização da assistência ao parto (ARAÚJO, 2014).

No ano de 1996, foi adotado e implementado no Brasil, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), com o designio de diminuir a

morbimortalidade em crianças de uma semana a dois meses ou entre dois meses a cinco anos de idade através da melhoria na qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde. Este protocolo é desenvolvida nas unidades de Estratégia de Saúde da Família (ESF), através do profissional enfermeiro, que se destaca por possui uma capacidade de desempenhar ações recomendadas para as crianças menores de cinco anos, de maneira que suas atividades poderão proporcionar melhorias na promoção da saúde e na prevenção de doenças, como na puericultura (MATOS, MARTINS E FERNANDES, 2016; BRASIL, 2002a; JUNIOR et al., 2018; CECCON, MENEGHEL, VIECILI, 2014; BRANQUINHO e LANZA, 2018).

Em 2000, o MS no âmbito do SUS, através da Portaria nº 569, criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Este, possui o intuito de desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promover a ampliação do acesso às ações, a melhoria da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal (BRASIL, 2000).

Ainda no ano de 2000, pela Portaria nº 693, o MS aprovou a Norma de Orientação para a Implantação do Método Canguru. Consiste em tipo de assistência neonatal que promove um contato pele a pele precoce entre mãe e o recém-nascido de baixo peso, no qual não possui um tempo determinado e, permite aos pais participarem do cuidado (BRASIL, 2000).

Em 2004, o Ministério da Saúde criou a Agenda de Compromisso para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, com a finalidade de organizar a assistência à saúde da criança, que abrange desde o primeiro atendimento, nas unidades básicas de saúde, até uma atenção especializada nos casos mais graves, em que se faz necessário a internação nas unidades de média e alta complexidade (BRASIL, 2004).

No ano de 2006, por meio da Portaria de nº 399, criou-se o Pacto pela Saúde, que possui como base os princípios constitucionais do SUS, dando prioridade as necessidades da população no setor saúde, no qual implicará numa atividade em paralelo com a definição de prioridades estruturada e integrada nos três componentes: pacto pela vida, pacto em defesa do SUS e pacto de gestão do SUS (BRASIL, 2006).

As prioridades do Pacto pela Vida, era reduzir a mortalidade materna e infantil. Sendo a redução de 5% em mortalidade neonatal, 50% óbitos causados por doença diarreica e 20% por pneumonia. Além de apoiar a elaboração de propostas de intervenção para a qualificação da atenção as doenças prevalentes, e a criação de comitês de vigilância do óbito em 80% dos municípios com população acima de 80.000 habitantes, no ano de 2006 (BRASIL, 2006).

Em agosto de 2008 foi lançado a Rede Amamenta Brasil. O objetivo desta rede é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno (AM), propondo aumentar os índices de amamentação, partindo da disseminação e troca de informações entre os atores envolvidos nesta etapa, ao capacitar os profissionais atuantes na atenção básica, para que possam realizar educação em saúde e promover a aprendizagem no AM (BRASIL, 2011b).

A Portaria nº 2.395, de 2009, implementa a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis, com o propósito de desenvolver cuidados humanizados à saúde e reforçar aqueles já conduzidos a mulher e criança, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento integral do infante de zero a cinco anos (BRASIL, 2009).

Em 2011, o SUS, mediante a Portaria nº 1.459, institui a Rede Cegonha, cujo objetivo concentra-se na execução de um novo modelo de assistência voltado para a mulher e a criança, principalmente no período do parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar o serviço de saúde que atende este público para que possam ter garantia de acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011c).

No ano de 2015, por meio da Portaria Nº 1.130, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança foi implementada com o objetivo de

promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos nove anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2015).

A PNAISC está estruturada em princípios, diretrizes e eixos estratégicos. Os princípios que orientam esta política, consistem em garantir o direito à vida e à saúde, ao acesso universal ao serviço de saúde, a equidade, a integralidade, a humanização da assistência e a gestão participativa. As diretrizes propostas corroboram na elaboração de planos e projetos voltados para a área da saúde das crianças, promoção da saúde, qualificação de gestores e trabalhadores, empoderamento da família e dos trabalhadores no cuidado, intersetorialidade, pesquisa e produção de conhecimento, além do monitoramento e avaliação das ações realizadas (PNAISC, 2018).

Os eixos estratégicos, elencados em sete, visam orientar os gestores e trabalhadores do território, sobre as ações e serviços de saúde prestados, com base nos determinantes sociais e condicionantes, cuja finalidade consiste na realização de medidas que permitam integrar a atenção e o pleno desenvolvimento da criança de maneira saudável e harmoniosa, assim como a redução da vulnerabilidade e dos riscos para o adoecimento e outros agravos, prevenção de doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura, pois a mortalidade infantil, principalmente no período neonatal, continuam em níveis acima do estabelecido, sobretudo em algumas regiões do País. Sendo assim, os sete eixos são:

1. Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto ao nascimento e ao recém-nascido;
2. Aleitamento materno e alimentação complementar saudável;
3. Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral;
4. Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas
5. Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz
6. Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade
7. Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno (BRASIL, 2015b, art. 6º)

Esses eixos estratégicos foram planejados visando contemplar os principais acometimentos na saúde das crianças nas diversas fases de sua vida, relacionando ações e estratégias de promoção de saúde, na prevenção de doenças e agravos à saúde, ações de atenção integral e de reabilitação, desde a gestação até o nascimento, cuja base esteve centrada nos indicadores de morbimortalidade infantil e na infância (PNAISC, 2018).

As políticas voltadas para a atenção a saúde da criança culminaram em muitos avanços, que geraram impactos positivos nos indicadores de saúde, como na diminuição da mortalidade infantil, ampliação da cobertura vacinal, melhoria no acesso aos serviços de saúde, aumento nos índices de aleitamento materno e redução da desnutrição. Também surgiu nesse percurso, o aumento da incidência de crianças nascendo prematuramente, portadoras de doenças crônicas e violência na infância. Assim, como ainda persistiram alguns problemas antigos, porém, sem respostas até o momento, como a alta prevalência de sífilis congênita e a morbimortalidade em crianças menores de cinco anos por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS) (BRANQUINHO E LANZA, 2018).

No ano de 2016, a Lei nº 13.257 instituiu o Marco Legal da Primeira Infância, que

configura em uma política pública voltada para crianças de zero a seis anos de idade, cuja atuação consiste na proteção, apreciação aplicação em áreas prioritárias. Esta também atua na redução de hiatos sócio econômicos entre as famílias de baixa e alta renda, promover justiça, inserção e igualdade social (BRASIL, 2016).

Nesse sentido, essa revisão contemplou os principais aspectos que contribuem para a ocorrência de morbidade em crianças menores de cinco anos, observando como as políticas públicas se apresentaram nos últimos anos, afim de promover redução desse indicador e, conseqüentemente da mortalidade infantil.

4 MÉTODO

Utilizou-se como fonte de dados as informações geradas pela Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN) 2015/2016 do Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco. Para o desenvolvimento dos objetivos propostos, foram destacadas desse banco o universo de crianças menores de cinco anos, cujas mães residiam em 11 municípios Pernambucanos.

O inquérito foi desenvolvido em anos anteriores no estado, sendo finalizadas 4 versões que traçaram o perfil das mulheres em fase reprodutiva de 10 a 49 anos, crianças menores de cinco anos e nas duas últimas, foram incluídos os adultos de 25 anos e mais.

O processo de amostragem constou de um sorteio dos municípios, em seguida dos setores censitários e do ponto inicial do conglomerado amostral a partir do qual, os domicílios foram consecutivamente visitados. Na última versão, foram sorteados oito municípios do Interior (Vicência, São Bento do Una, Panelas, Caruaru, Serra Talhada, Custódia, Belém do São Francisco e Palmares) e três da Região Metropolitana do Recife (Grande Recife, Paulista e Olinda).

O cálculo amostral considerou a prevalência de desnutridos da III PESN/2006 para o índice estatura/idade de 8.7%, erro máximo de 2,5% e um nível de confiança de 95%, acrescido da margem de segurança de 20% para compensar possíveis perdas. Já o plano amostral foi probabilístico e estratificado em três estágios, assim:

1. Unidades primárias de seleção: municípios
2. Unidades secundárias de seleção: setores censitários
3. Unidades terciárias de seleção: domicílios

No primeiro e segundo estágio, as unidades primárias foram classificadas em duas categorias: auto-representativos (municípios certos de pertencerem à amostra) e não auto representativos. Esta última categoria, em especial, foram sorteados sem reposição e com probabilidade proporcional à população residente, obtido através do Censo Demográfico de 2010 e ajustados para as estimativas populacionais do estado de Pernambuco no ano de 2013.

No terceiro e último estágio, os domicílios eram selecionados dentro de cada setor censitário escolhido no estágio anterior, com probabilidades iguais. Para isso foi realizada uma seleção sistemática, com escolha aleatória de um ponto inicial.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo analítico, exploratório, de corte transversal realizado a partir dos dados da IV Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), realizada nos anos de 2015/2016.

Os estudos analíticos buscam elucidar uma consequência específica de uma doença ou condição relacionada à saúde, associada a um evento. O tipo transversal é um delineamento que se configura como aqueles que buscam delimitar parâmetros e estabelecer hipóteses sobre possíveis relações entre variáveis dependentes e independentes considerando medidas pontuais. Dessa forma, estudos transversais configuram-se em mensurações feitas em um único momento do tempo, são úteis para descrever variáveis e seus padrões de distribuição e constituem um único desenho que possibilita identificar a prevalência de um fenômeno de interesse (ROUQUAYROL, 2006; MARTINS et al., 2014).

4.2 Local de estudo

Pernambuco possui uma área de 98.076,021 km² e uma população estimada de 9.496.294 pessoas para 2018, representando uma densidade demográfica de 89,62 hab/km². Há, no estado, cerca de 676.909 (7,7%) crianças menores de cinco anos de idade, o que corresponde a 7,7% da população total (IBGE, 2010).

Encontra-se dividido geopoliticamente, de acordo com a Região de Desenvolvimento (RD) (Agreste Central, Agreste Meridional, Agreste Setentrional, Metropolitana, Mata Norte, Mata Sul, Sertão Central, Sertão de Itaparica, Sertão do Araripe, Sertão do Moxotó, Sertão do Pajeú e Sertão do São Francisco), compreendendo 186 municípios (IBGE, 2018).

A presente pesquisa foi coordenada pelo Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, onde estão armazenados os dados, que ocorreu nos municípios de Vicência, São Bento do Una, Panelas, Caruaru, Serra Talhada, Custódia, Belém de São Francisco, Palmares, Olinda, Paulista e Recife.

4.3 População e amostra

Todas as crianças menores de cinco anos, residentes em 11 municípios do estado de Pernambuco, que correspondem a uma população e amostra de 844.

4.4 Critérios de inclusão e de exclusão

Incluídos os dados das crianças menores de cinco anos. Foram excluídos aqueles que

após checagem possuíam incoerência de informações e variáveis incompletas.

4.5 Coleta de dados

O banco de dados disponibilizado foi digitado no software SPSS versão 21.0. Devido a pesquisa original não ter analisado a morbidade de forma específica, foi criada uma variável única de Morbidade, afim de identificar os fatores associados a sua ocorrência. Enquanto, a variável internamento nos últimos doze meses já existia no instrumento de pesquisa.

Inicialmente foi realizada a limpeza do banco, selecionando apenas as variáveis de interesse do estudo. Em caso de dúvidas, houve a consulta nos formulários originais, dividido em: registro dos moradores, domicílio e renda e informações da criança, que podem ser visualizados nos anexos A, B e C, respectivamente, afim de sancioná-las.

A variável classe socioeconômica foi considerada conforme o Critério de Classificação Econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP) para o ano de 2014, sendo classificada em : A, B1, B2, C1, C2, D-E.

4.6 Variáveis do estudo

Os elementos da análise foram compostos por variáveis de desfecho (dependentes) e independentes a seguir apresentadas no Quadro 1 e 2, respectivamente.

Quadro 1 - Variáveis dependentes

Variável	Descrição
Morbidade	Ocorrência de qualquer episódio de diarreia, tosse e anemia referido pela genitora ou responsável em crianças menores de cinco anos.
Internamento	Ocorrência de internamento hospitalar por pneumonia, asma/cansaço, diarreia, desnutrição ou qualquer outro evento referido pela genitora ou responsável em crianças menores de cinco anos.

Fonte: Autor, 2019

Quadro 2 - Variáveis independentes

Variáveis	Definição	
Variáveis da residência e renda familiar	Moradia	Tipo de moradia que a criança reside junto com a família.
	Regime de ocupação	Forma que a família adquiriu a residência onde mora.
	Fonte de abastecimento de água	Fonte que abastece a água da residência.

	Destino dos dejetos	Maneira que os dejetos são dispensados.
	Destino do lixo	Forma da qual o lixo é descartado
	Número de cômodos	Quantidade de cômodos existentes na moradia
	Banheiros	Existência de banheiro na residência
	Classe	Classe socioeconômica que teve como base o critério de classe econômica do Brasil, disponibilizado pela Associação brasileira de empresas de pesquisa (ABEP, 2014).
	CBolsa família	Inscrição da família no Cadastro do Programa Bolsa Família (PBF).
	Criança reside com o pai	Criança reside com o pai.
	Ajuda financeira ou contato por parte do pai da criança	Forma de relacionamento do pai com a criança.
	Variáveis materno/gestacionais	Pré-natal
Em qual mês gestacional o pré-natal foi iniciado		Mês no qual as mães iniciaram o pré-natal.
Consultas		Número de consultas realizadas durante o pré-natal.
Recebimento de orientações sobre o aleitamento materno		Relato da genitora do recebimento de orientação sobre o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) por um profissional de saúde.
Orientação quanto ao tempo de aleitamento materno exclusivo		Genitora foi orientada a amamentar exclusivamente até os 6 meses.
Variáveis da criança	Local do nascimento	Local de ocorrência do nascimento.
	Tipo de parto	Forma de nascimento.
	Peso ao nascer	Peso verificado ao momento do nascimento.
	Amamentação na primeira hora de vida	Sucção ao seio na primeira hora de vida.
	Vacinação	Histórico de registro vacinal apresentado por meio do cartao de vacina.
	A criança precisou ser levada a um algum serviço de saúde nos últimos três meses	Criança precisou ser levada a um serviço de saúde nos últimos três meses.
	Cadastro da criança no posto de saúde	Cadastro no posto de saúde próximo de sua residência.

Visita regular (todo mês) de algum agente de saúde	Recebimento da visita domiciliar por um Agente Comunitário de Saúde (ACS).
Frequência da creche/escolinha	Criança frequenta algum desses serviços.

Fonte: Autor, 2019

4.7 Análise dos dados

Inicialmente foram calculadas as frequências absolutas e relativas para as variáveis categóricas. Assim, traçou-se um perfil socioeconômico, demográfico e ambiental da família, gestacional/parto da genitora, além dos relacionados as crianças e a assistência à saúde.

A análise bivariada possibilitou verificar a associação das variáveis independentes com o desfecho (morbidade e internamento nos últimos doze meses), na qual se empregou o teste Qui-quadrado, com significância estatística de 5% e, quando os pressupostos não permitiram sua aplicação, optou-se pelo teste Exato de Fisher, com significância estatística de 5%. Todas as variáveis que apresentaram o valor de $p < 0,20$ na análise bivariada foram selecionadas para a etapa da multivariada.

Na análise multivariada utilizou-se a regressão logística de *Poisson* com variância robusta, foi realizada a Razão de Prevalência (RP) não ajustada, no qual considerou-se apenas as variáveis cujo p -valor $< 0,25$. Por fim, obteve-se a RP ajustada e os respectivos Intervalos de Confiança (IC_{95%}), como medida de magnitude da associação entre as variáveis independente e os fatores de risco para morbidades e internamento nos últimos doze meses. Foram considerados significativos as associações com valores de $p < 0,05$.

A análise estatística ocorreu no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Versão 21, no período de agosto a novembro de 2019.

4.8 Considerações éticas

O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e aprovado sob o parecer de nº 3.443.003 e CAAE 14740619.5.0000.5208 (ANEXO D). Foram respeitados os princípios éticos que regulam a pesquisa envolvendo seres humanos. Desse modo, o estudo atende aos postulados da Resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, bem como suas normatizações complementares.

Foram desenvolvidas todas as etapas planejadas conforme cronograma, sob supervisão científica das professoras orientadoras com experiência na metodologia proposta. As informações originadas pela pesquisa serão utilizadas exclusivamente com o intuito de alcançar os objetivos previstos no projeto e somente poderão ser divulgadas no meio científico.

Por se tratar da utilização de dados secundários, foi dispensado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os coordenadores da pesquisa original, professores e pesquisadores Malaquias Batista Filho e Pedro Israel Cabral de Lira concederam a Carta de Anuência com autorização para uso dos dados gerados (ANEXO E).

4.9 Limitações metodológicas

A pesquisa original analisou, especificamente, a situação de saúde e nutrição das crianças, além disso, o evento de morbidade, não considerou o conjunto de infecções e doenças prevalentes na infância, de forma que algumas variáveis de interesse não foram contempladas, ficando o pesquisador limitado àquelas existentes no banco de origem. Outra limitação inerente a esse estudo é que a coleta foi de dados baseou-se em autorrelato, principalmente da mãe e do responsável.

5 RESULTADOS

O estudo resultou em uma amostra de 844 crianças. Dessas, 512 (60,7%) referiram algum tipo de morbidade segundo relato da genitora, enquanto 332 (39,3%) não apresentaram nenhuma doença. Em relação ao internamento, apenas 100 (11,8%) relataram esta ocorrência e, 744 (88,2%) não. Foram analisados os fatores associados à morbidade e internamento em crianças menores de cinco anos nos últimos doze meses residentes em onze municípios do estado de Pernambuco.

A Tabela 1 mostra a caracterização das variáveis socioeconômicas com a ocorrência da morbidade. Quanto à distribuição socioeconômica, a maioria das famílias pertenciam a classe B e C 502 (59,5%) e eram inscritas no bolsa família 508 (60,2%), no qual apresenta uma associação com a morbidade, cujo p-valor é de 0,023.

Com relação ao tipo de ocupação, 61,1% eram própria, sendo 97,9% casa e, com mais de quatro cômodos (75,5%). A quantidade de dormitórios teve entre dois ou mais (82,5%), com mais de 3 camas (60,8%). O número de pessoas morando na casa de 631 crianças era superior a 3 (74,8%).

Os domicílios possuíam água tratada (57,6%) e energia (93,8%). A coleta de lixo era realizadas em 77,3% das residências, entretanto, os descartes dos dejetos de 57,6% eram feitos por outros meios e não por meio da rede geral. Sobre a existência de banheiro no domicílio, 94,4% das famílias afirmaram a presença.

Das crianças estudadas, 67,3% moravam com seus pais, e 100% destes ajudavam financeiramente a família.

Tabela 1 – Caracterização das variáveis socioeconômicas com a ocorrência de morbidade em crianças menores de cinco anos. Recife, PE, Brasil, 2015/16

Variáveis	Total n=844	%	Morbidade		p-valor
			Sim n	Não n	
Classe socioeconômica*					
B e C	502	59,5	307 (61,2%)	195 (38,8%)	0,723 ¹
D e E	342	40,5	205 (59,9%)	137 (40,1%)	
Bolsa família					
Sim	508	60,2	324 (63,8%)	184 (36,2%)	0,023 ¹
Não	336	39,8	188 (56,0%)	148 (44,0%)	

Continua

Variáveis	Total n=844	%	Morbidade		p-valor
			Sim n	Não n	
Condição de ocupação					
Própria	516	61,1	317 (61,4)	199 (38,6)	0,565 ¹
Alugada ou outros	328	38,9	195 (59,5)	133 (40,5)	
Tipo de moradia					
Casa	826	97,9	502 (60,8%)	324 (39,2%)	0,654 ¹
Apartamento ou outros	18	2,1	10 (55,6%)	8 (44,4%)	
Nº de cômodos					
Até 4	207	24,5	133 (64,3%)	74 (35,7%)	0,224 ¹
> 4	637	75,5	379 (59,5%)	258 (40,5%)	
Nº de dormitórios					
Apenas 1	148	17,5	87 (58,8%)	61 (41,2%)	0,606 ¹
Dois ou mais	696	82,5	425 (61,1%)	271 (38,9%)	
Nº de camas**					
Até 3	329	39,0	189 (57,4%)	140 (42,6%)	0,123 ¹
> 3	513	60,8	322 (62,8%)	191 (37,2%)	
Nº de pessoas					
Até 3	213	25,2	118 (55,4%)	95 (44,6%)	0,069 ¹
> 3	631	74,8	394 (62,4%)	237 (37,6%)	
Fornecimento da água					
Canalizada	538	57,6	462 (60,9%)	296 (39,1%)	0,613 ¹
Não canalizada	306	42,4	50 (58,1%)	36 (41,9%)	
Luz					
Sim	758	89,8	475 (60,0%)	317 (40,0%)	0,110 ¹
Não	86	10,2	37 (71,2%)	15 (28,8)	
Coleta de lixo					
Coletado	652	77,3	398 (61,0%)	254 (39,0%)	0,678 ¹
Não coletado	192	22,7	114 (59,4%)	78 (40,6%)	
Eliminação dos dejetos					
Rede Geral	486	57,6	217 (60,6%)	141 (39,4%)	0,980 ¹
Outros Meios	358	42,4	295 (60,7%)	191 (39,3%)	
Banheiro					
Sim	797	94,4	481 (60,4%)	316 (39,6%)	0,445 ¹
Não	47	5,6	31 (66,0%)	16 (34,0%)	
Pai mora com a criança					
Sim	568	67,3	355 (62,5%)	213 (37,5%)	0,117 ¹
Não	276	32,7	151 (56,9%)	119 (43,1%)	

Fonte: Dados da pesquisa 2015/2016.

Nota: ¹Teste Quiquadrado. Nota: *Classificação pela ABEP, 2014; **2casos sem informações;

Na Tabela 2 observa-se a caracterização das variáveis maternas relacionadas à morbidade em crianças menores de cinco anos.

Em relação aos cuidados no período gestacional, verificou-se que quase da totalidade das respondentes realização o pré-natal, e 75,5% iniciaram no primeiro trimestre. As que eram acompanhadas, referiram alta frequência (93,8%) do recebimento do cartão do pré-natal e realizaram mais de seis consultas (80,0%).

A orientação quanto ao Aleitamento Materno (AM) foi verificada em 71,2%, porém o tempo de exclusividade até os seis meses foi em menor frequência (67,5%) e apresentou forte associação a ocorrência de morbidade, com p-valor de 0,014 e 0,019, respectivamente. Destaca-se que 13,2% das mães não receberam orientação quanto ao AME e 24,1% não realizaram tal prática até os 6 meses de vida da criança.

Tabela 2 – Caracterização das variáveis maternas com a ocorrência de morbidade em crianças menores de cinco anos. Recife, PE, Brasil, 2015/16

Variáveis	Total n=844	%	Morbidade		p-valor
			Sim n	Não n	
Pré-natal					
Sim	821	97,3	496 (60,4%)	325 (39,6%)	0,376 ¹
Não	23	2,7	16 (69,6%)	7 (30,4%)	
Início do pré-natal*					
1º Trimestre	637	75,5	379 (59,5%)	258 (40,5%)	0,598 ¹
2º Trimestre	150	17,8	96 (64,0%)	54 (36,0%)	
3º Trimestre	33	3,9	20 (60,6%)	13 (39,4%)	
Recebeu cartão do PN**					
Sim	792	93,8	478 (60,4%)	314 (39,6%)	0,401 ¹
Não	14	1,7	10 (71,4%)	4 (28,6%)	
Nº de consultas***					
6 ou mais	675	80,0	403 (59,7%)	272 (40,3)	0,340 ¹
< 6	147	17,4	94 (63,9%)	53 (36,1%)	
Tipo de parto					
Vaginal	423	50,1	265 (62,6%)	158 (37,4%)	0,237 ¹
Cesáreo	421	49,9	247 (58,7%)	174 (41,3%)	
Local do parto					
Público	730	86,5	440 (60,3%)	290 (39,7%)	0,558 ¹
Privado	114	13,5	72 (63,2%)	42 (36,8%)	
Orientação sobre AME****					
Sim	638	75,6	375 (58,8%)	263 (41,2%)	0,014 ¹
Não	111	13,2	79 (71,2%)	32 (28,8%)	
Orientação do tempo de AME*****					
Até 6 meses	588	69,7	342 (58,2%)	246 (41,8%)	0,019 ¹
Não	203	24,1	137 (67,5%)	66 (32,5%)	

Fonte: Dados da pesquisa 2015/2016.

Nota:¹Teste Quiquadrado; PN: Pré-natal; AME: Aleitamento Materno Exclusivo. Nota: *24 casos sem informação; **38 casos sem informação; ***22 casos sem informação; ****95 casos sem informação; *****53 casos sem informação

A Tabela 3 caracteriza a ocorrência da morbidade, no qual observa-se que a proporção de crianças do sexo masculino e feminino não apresentou uma significância. A etnia não branca prevaleceu com 65,0%.

O peso adequado ao nascimento apresentou o maior percentual com 86% do total das crianças. A faixa de idade entre 2 e 5 anos que correspondeu a maioria da amostra 58,9% denotou elevada ocorrência de morbidade (64,0%), cujo p-valor foi significativo de 0,018.

Observou-se que a maioria das crianças não mamaram na primeira hora de vida segundo relato da genitora, fato que correspondeu a 63,3% dos eventos por morbidade, sendo um valor significativo (p-valor de 0,059).

Em relação ao acompanhamento nos serviços de saúde, a maior parte das crianças, 95,7% eram cadastradas na Unidade de Saúde da Família (USF), sendo que apenas, 72,6% recebiam a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Assim, na amostra estudada, mais da metade foram consultadas por algum serviço de saúde nos últimos 3 meses e, dessas, 63,2% respondeu sim para morbidade, no que consistiu um p-valor de 0,042. Com relação ao uso de chupeta, 84,4% destas não fazia uso, sendo a morbidade mais prevalente nas que usam 65,9%.

Apesar da grande maioria (69,3%) ainda não frequentar uma creche, aquelas que eram matriculadas revelou um percentual de acometimento por doenças nesta fase.

Tabela 3 – Caracterização das variáveis das crianças com a ocorrência de morbidade entre menores de cinco anos. Recife, PE, Brasil, 2015/16

Variáveis	Total n=844	%	Morbidade				p-valor
			Sim		Não		
			n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	426	50,5	268 (62,9%)		158 (37,1%)	0,177 ¹	
Feminino	418	49,5	244 (58,4%)		174 (41,6%)		
Etnia							
Branco	295	35,0	175 (59,3%)		120 (40,7%)	0,559 ¹	
Não branco	549	65,0	337 (61,4%)		212 (38,6%)		
Peso ao nascer*							
<2.500g	63	7,5	40 (63,5%)		23 (36,5%)	0,570 ¹	
>2.500g	727	86,1	435 (59,8%)		292 (40,2%)		
Mamou na 1 ^a hora**							
Sim	333	39,5	189 (56,8%)		144 (43,2%)	0,059 ¹	

Continua

Variáveis	Total n=844	%	Morbidade				p-valor
			Sim		Não		
			n	%	n	%	
Não	509	60,3	322 (63,3%)		187 (36,7%)		
Idade							
< 2 anos	347	41,1	194 (55,9%)		153 (44,1%)		0,018 ¹
2 a 5 anos	497	58,9	318 (64,0%)		179 (36,0%)		
Cadastro na USF							
Sim	808	95,7	487 (60,3%)		321 (39,7%)		0,270 ¹
Não	36	4,3	25 (69,4%)		11 (30,6%)		
Visita do ACS***							
Sim	613	72,6	247 (40,3%)		366 (59,7%)		0,531 ²
Não	4	0,5	2 (50,0%)		2 (50,0%)		
Consulta nos últimos 3 meses							
Sim	551	65,3	348 (63,2%)		203 (36,8%)		0,042 ¹
Não	293	34,7	164 (56,0%)		129 (44,0%)		
Uso de chupeta							
Sim	132	15,6	87 (65,9%)		45 (34,1%)		0,179 ¹
Não	712	84,4	425 (59,7%)		287 (40,3%)		
Frequenta creche****							
Sim	252	29,9	167 (66,3%)		85 (33,7%)		0,027 ¹
Não	585	69,3	340 (58,1%)		245 (41,9%)		

Fonte: Dados da pesquisa 2015/2016.

Nota: ¹Teste Quiquadrado; ²Exato de Fisher; USF: Unidade de Saúde da Família; ACS: Agente Comunitário de Saúde. Nota: *54 casos sem informação; **2 casos sem informação; ***227 casos sem informação; ****7 casos sem informação.

A Tabela 4 apresenta as Razões de Prevalência não ajustada ($RP_{\text{não ajustada}}$) e os respectivos intervalos de confiança (95%) para os fatores de risco a morbidade identificados na análise bivariada. Todos os resultados derivaram em valores superiores a 1, assim, afirma-se que causa e efeito estão positivamente associados e a variável “Luz” é a que demonstra maior força de associação, enquanto a variável “Quantidade de Cômodos” apresenta menor associação.

Quanto as variáveis maternas que apresentaram associação para a ocorrência de morbidade em crianças menores de cinco anos, após calculado a $RP_{\text{não ajustada}}$ e IC 95%, o não recebimento de orientação sobre o AME durante a gestação configurou 21% a mais de chance na ocorrência por tal acometimento.

Ainda no contexto da $RP_{\text{não ajustada}}$ para o evento morbidade, todas as variáveis das crianças analisadas apresentaram valores superiores a 1, contudo possuir cadastro na USF,

apresentou uma maior associação com chance de 15% a mais na ocorrência, enquanto o sexo apresenta 7%.

Tabela 4 - Razão de prevalência e intervalo de confiança (IC_{95%}), de morbidades em crianças menores de cinco anos. Recife, PE, 2015/16

Variáveis	Total n=844	Morbidade		RP não ajustada	IC _{95%}	p-valor
		Sim n	%			
Bloco 1- Variáveis socioeconômicas						
Bolsa família						
Sim	508	324 (63,8%)		1,140	1,016 – 1,279	0,026 ¹
Não	336	188 (56,0%)		1		
Nº de cômodos						
Até 4	207	133 (64,3%)		1,080	0,958 – 1,218	0,210 ¹
>4	637	379 (59,5%)		1		
Nº de camas						
> 3	329	189 (57,4%)		1,093	0,975 – 1,225	0,129 ¹
Até 3	513	322 (62,8%)		1		
Nº de pessoas						
>3	213	118 (55,4%)		1,127	0,985 – 1,290	0,082 ¹
Até 3	631	394 (62,4%)		1		
Luz						
Não	86	37 (71,2%)		1,186	0,989 – 1,423	0,066 ¹
Sim	758	475 (60,0%)		1		
Pai reside com a criança						
Sim	568	355 (62,5%)		1,099	0,974 – 1,240	0,127 ¹
Não	276	151 (56,9%)		1		
Bloco 2 – Variáveis maternas						
Tipo de parto						
Vaginal	423	265 (62,6%)		1,068	0,958 – 1,191	0,237 ¹
Cesáreo	421	247 (58,7%)		1		
Orientação sobre AME						
Não	111	79 (71,2%)		1,211	1,058 – 1,386	0,005 ¹
Sim	638	375 (58,8%)		1		
Orientação do tempo de AME						
Não	203	137 (67,5%)		1,160	1,032 – 1,305	0,013 ¹
Até 6 meses	588	342 (58,2%)		1		
Bloco 3 – Variáveis das crianças						
Sexo						
Masculino	426	268 (62,9%)		1,078	0,966 – 1,202	0,178 ¹
Feminino	418	244 (58,4%)		1		

Continua

Variáveis	Total n=844	Morbidade		RP não ajustada	IC _{95%}	p-valor
		Sim n	%			
Idade						
De 2 a 5 anos	497	318 (64,0%)		1,144	1,021 – 1,283	0,021 ¹
< 2 anos	347	194 (55,9%)		1		
Mamou na 1ª hora de vida						
Não	333	322 (63,3%)		1,115	0,994 – 1,250	0,064 ¹
Sim	509	189 (56,8%)		1		
Cadastrado na USF						
Não	36	25 (69,4%)		1,152	0,921 – 1,441	0,215 ¹
Sim	808	487 (60,3%)		1		
Consulta nos últimos 3 meses						
Sim	551	348 (63,2%)		1,128	1,001 – 1,272	0,048 ¹
Não	293	164 (56,0%)		1		
Uso de chupeta						
Sim	132	87 (65,9%)		1,104	0,963 – 1,266	0,155 ¹
Não	712	425 (59,7%)		1		
Frequente creche						
Sim	252	167 (66,3%)		1,140	1,020 – 1,275	0,021 ¹
Não	585	340 (58,1%)		1		

Fonte: Dados da pesquisa 2015/2016.

Nota: 1- Poisson simples. RP não ajustada- Razão de Prevalência não ajustada. IC_{95%}- Intervalo de Confiança.

A Tabela 5 consiste na razão de prevalência (não ajustada e ajustada) e intervalo de confiança (IC_{95%}), das variáveis socioeconômicas, maternas e infantis na ocorrência de morbidades em crianças menores de cinco anos.

O bloco das variáveis socioeconômicas derivou em valores superiores a 1, afirma-se que causa e efeito estão positivamente associados. Enquanto, as variáveis número de camas e luz consistiram em fatores de proteção. O bloco das variáveis maternas o tipo de parto configurou como um fator de proteção para morbidade com IC_{95%}: 0,826 – 1,043. No bloco das variáveis das crianças consulta nos últimos 3 meses e frequentar creche apresentaram valores superiores a 1, enquanto idade, mamou na primeira hora e possuir cadastro na USF representaram um fator de proteção.

Na associação das variáveis socioeconômicas, maternas e infantis, estas foram ajustadas pelas variáveis “sexo” e “uso da chupeta”, no qual apresentaram p-valor superior a 0,20, enquanto, as demais variáveis ajustadas, ter realizado consulta nos últimos três meses apresentou uma forte associação com a ocorrência de morbidade nas crianças menores de cinco anos.

Tabela 5 - Razão de prevalência (não ajustada e ajustada) e intervalo de confiança (IC_{95%}), de morbidades em crianças menores de cinco anos. Recife, PE, 2015/16

Variáveis	RP não ajustada	IC _{95%}	RP ajustada	IC _{95%}	p-valor
Bloco 1 – Variáveis socioeconômicas					
Bolsa família					
Sim	1,140	1,016 – 1,279	1,119	0,995 – 1,258	0,061 ¹
Não	1		1		
Nº de cômodos					
Até 4	1,080	0,958 – 1,218	1,110	0,981 – 1,255	0,099 ¹
>4	1		1		
Nº de camas					
> 3	1,093	0,975 – 1,225	0,906	0,788 – 1,041	0,163 ¹
Até 3	1		1		
Luz					
Não	1,186	0,989 – 1,423	0,841	0,698 – 1,012	0,066 ¹
Sim	1		1		
Pai mora com a criança					
Sim	1,099	0,974 – 1,240	1,104	0,979 – 1,245	0,106 ¹
Não	1		1		
Bloco 2 – Variáveis maternas					
Tipo de parto					
Cesárea	1,068	0,958 – 1,191	0,928	0,826 – 1,043	0,210 ¹
Vaginal	1		1		
Bloco 3 – Variáveis das crianças					
Idade					
De 2 a 5 anos	1,144	1,021 – 1,283	0,924	0,809 – 1,055	0,242 ¹
< 2 anos	1		1		
Mamou na 1ª hora de vida					
Sim	1,115	0,994 – 1,250	0,883	0,786 – 0,991	0,034 ¹
Não	1		1		
Cadastrado na USF					
Sim	1,152	0,921 – 1,441	0,838	0,662 – 1,060	0,140 ¹
Não	1		1		
Consulta nos últimos 3 meses					
Sim	1,128	1,001 – 1,272	1,150	1,020 – 1,297	0,022 ¹
Não	1		1		
Frequente creche					0,139 ¹
Sim	1,140	1,020 – 1,275	1,101	0,969 – 1,249	
Não	1		1		

Fonte: Dados da pesquisa 2015/2016.

Nota: 1- Poisson múltiplo. RP ajustada- Razão de Prevalência ajustada. IC_{95%}- Intervalo de Confiança. Nota *bloco 1 ajustado por número de pessoas; **Bloco 2 ajustado pelas variáveis orientação sobre AME (Aleitamento

Materno Exclusivo) e orientação AME até quantos meses e as variáveis do bloco 1; Bloco 3 ajustado ajustadas por sexo e uso de chupeta e variáveis dos blocos 1 e 2.

Na Tabela 6 ao caracterizar as variáveis socioeconômicas com internamento de crianças menores de cinco anos nos últimos doze meses, é possível observar que não apresentaram associação direta com o internamento, apesar da classe socioeconômica (p-valor 0,007), quantidade de cômodos (p-valor 0,005), fornecimento de água (p-valor 0,002), luz (p-valor 0,001) e banheiro (0,012) terem apresentado p-valor significativo.

Tabela 6 – Caracterização das variáveis socioeconômicas com internamento de crianças menores de cinco anos nos últimos doze meses. Recife, PE, Brasil, 2015/16

Variáveis	Total n=844	%	Internamento				p-valor
			Sim		Não		
			n	%	n	%	
Classe socioeconômica*							
B e C	502	59,5	47 (9,4%)	455 (90,6%)	0,007 ¹		
D e E	342	40,5	53 (15,5%)	289 (84,5%)			
Bolsa família							
Sim	508	60,2	67 (13,2%)	441 (86,8%)	0,138 ¹		
Não	336	39,8	33 (9,8%)	303 (90,2%)			
Condição de ocupação							
Própria	516	61,1	63 (12,2%)	453 (87,8%)	0,684 ¹		
Alugada ou outros	328	38,9	37 (11,3%)	291 (88,7%)			
Tipo de moradia							
Casa	826	97,9	97 (11,7%)	729 (88,3%)	0,361 ²		
Apartamento ou outros	18	2,1	3 (16,7%)	15 (83,3%)			
Nº de cômodos							
Até 4	207	24,5	36 (17,4%)	171 (82,6%)	0,005 ¹		
> 4	637	75,5	64 (10,0%)	573 (90,0%)			
Nº de dormitórios							
Apenas 1	148	17,5	24 (16,2%)	124 (83,8%)	0,070 ¹		
Dois ou mais	696	82,5	76 (10,9%)	620 (89,1%)			
Nº de camas**							
Até 3	329	39,0	46 (14,0%)	283 (86,0%)	0,130 ¹		
> 3	513	60,8	54 (10,5%)	459 (89,5%)			
Nº de pessoas							
Até 3	213	25,2	28 (13,1%)	185 (86,9%)	0,498 ¹		
> 3	631	74,8	72 (11,4%)	559 (88,6%)			
Fornecimento da água							
Canalizada	538	57,6	81 (10,7%)	677 (89,3%)	0,002 ¹		
Não canalizada	306	42,4	19 (22,1%)	67 (77,9%)			

Continua

Variáveis	Total n=844	%	Internamento				p-valor
			Sim		Não		
			n	%	n	%	
Luz							
Sim	758	89,8	86 (10,9%)	706 (89,1%)		0,001 ¹	
Não	86	10,2	14 (26,9%)	38 (73,1%)			
Coleta de Lixo							
Coletado	652	77,3	79 (12,1%)	573 (87,9%)		0,657 ¹	
Não coletado	192	22,7	21 (10,9%)	171 (89,9%)			
Eliminação dos dejetos							
Rede Geral	486	57,6	41 (11,5%)	317 (88,5%)		0,760 ¹	
Outros Meios	358	42,4	59 (12,1%)	427 (87,9%)			
Banheiro							
Sim	797	94,4	89 (11,2%)	708 (88,8%)		0,012 ¹	
Não	47	5,6	11 (23,4%)	36 (76,6%)			
Pai mora com a criança							
Sim	568	67,3	67 (11,8%)	501 (88,2%)		0,946 ¹	
Não	276	32,7	33 (12,0%)	243 (88,0%)			

Fonte: Dados da pesquisa 2015/2016.

Nota: ¹Teste Quiquadrado; ²Exato de Fisher. Nota: *Classificação pela ABEP, 2014; **2 casos não informados;

Na Tabela 7 nota-se que as variáveis maternas, quando associadas ao evento internamento, não representaram associação e, apenas, o recebimento do cartão de acompanhamento do pré-natal apresentou o p-valor <0,20, sendo incluída na etapa da multivariada.

Tabela 7 – Caracterização das variáveis maternas com internamento de crianças menores de cinco anos. Recife, PE, Brasil, 2015/16

Variáveis	Total n=844	%	Internamento				p-valor
			Sim		Não		
			n	%	n	%	
Pré-natal							
Sim	821	97,3	97 (11,8%)	724 (88,2%)		0,526 ²	
Não	23	2,7	3 (13,0%)	20 (87,0%)			
Início do pré-natal*							
1º Trimestre	637	75,5	72 (11,3%)	565 (88,7%)		0,457 ¹	
2º Trimestre	150	17,8	22 (14,7%)	128 (85,3%)			
3º Trimestre	33	3,9	3 (9,1%)	30 (90,9%)			
Recebeu cartão de PN**							
Sim	792	93,8	93 (11,7%)	699 (88,3%)		0,177 ²	
Não	14	1,7	0 (00,0%)	14 (100,0%)			

Continua

Variáveis	Total n=844	%	Internamento				p-valor
			Sim		Não		
			n	%	n	%	
Nº de consultas***							
6 ou mais	675	80,0	80 (11,9%)	595 (88,1%)		0,894 ¹	
< 6	147	17,4	18 (12,2%)	129 (87,8%)			
Tipo de parto							
Vaginal	423	50,1	49 (11,6%)	374 (88,4%)		0,812 ¹	
Cesáreo	421	49,9	51 (12,1%)	370 (87,9%)			
Local do parto							
Hospital Público	730	86,5	87 (11,9%)	643 (88,1%)		0,874 ¹	
Hospital Privado	114	13,5	13 (11,4%)	101 (88,6%)			
Orientação sobre AME****							
Sim	638	75,6	79 (12,4%)	559 (87,6%)		0,311 ¹	
Não	111	13,2	10 (9,0%)	101 (91,0%)			
Orientação do tempo de AME*****							
Até 6 meses	588	69,7	72 (12,2%)	516 (87,8%)		0,730 ¹	
Não	203	24,1	23 (11,3%)	180 (88,7%)			

Fonte: Dados da pesquisa 2015/2016.

Nota: ¹Teste Quiquadrado; ²Exato de Fisher. PN: Pré-natal; AME: Aleitamento Materno Exclusivo; *24 casos sem informação; **38 casos sem informação; ***22 casos sem informação; ****95 casos sem informação; *****53 casos sem informação.

Dentre as variáveis da criança apresentadas na Tabela 8 apenas etnia e realização de consulta nos últimos 3 meses apresentaram p-valor significativo de 0,046 e 0,009, respectivamente.

Tabela 8 – Caracterização das variáveis das crianças com internamento entre menores de cinco anos. Recife, PE, Brasil, 2015/16

Variáveis	Total n=844	%	Internamento				p-valor
			Sim		Não		
			n	%	n	%	
Sexo							
Masculino	426	50,5	57 (13,4%)	369 (36,6%)		0,164 ¹	
Feminino	418	49,5	43 (10,3%)	375 (89,7%)			
Etnia							
Branca	295	35,0	26 (8,8%)	269 (91,2%)		0,046 ¹	
Não branca	549	65,0	74 (13,5%)	475 (86,5%)			
Peso ao nascer*							
<2.500g	63	7,5	5 (7,9%)	58 (92,1%)		0,325 ¹	
>2.500g	727	86,1	88 (12,1%)	639 (87,9%)			

Continua

Variáveis	Total n=844	%	Internamento				p-valor
			Sim		Não		
			n	%	n	%	
Mamou na 1ª hora de vida**							
Sim	333	39,5	37 (11,1%)	296 (88,9%)		0,579 ¹	
Não	509	60,3	63 (12,4%)	446 (87,6%)			
Idade							
< 2 anos	347	41,1	49 (14,1%)	298 (85,9%)		0,088 ¹	
2 a 5 anos	497	58,9	51 (10,3%)	446 (89,7%)			
Cadastro na USF							
Sim	808	95,7	96 (11,9%)	712 (88,1%)		0,573 ²	
Não	36	4,3	4 (11,1%)	32 (88,9%)			
Recebe visita do ACS***							
Sim	613	72,6	64 (10,4%)	549 (89,6%)		0,360 ²	
Não	4	0,5	1 (25,0%)	3 (75,0%)			
Consulta nos últimos 3 meses							
Sim	551	65,3	77 (14,0%)	474 (86,0%)		0,009 ¹	
Não	293	34,7	23 (7,8%)	270 (92,2%)			
Uso de chupeta							
Sim	132	15,6	16 (12,1%)	116 (87,9%)		0,916 ¹	
Não	712	84,4	84 (11,8%)	628 (88,2%)			
Frequenta creche****							
Sim	252	29,9	26 (10,3%)	226 (89,7%)		0,451 ¹	
Não	585	69,3	71 (12,1%)	514 (87,9%)			

Fonte: Dados da pesquisa 2015/2016.

Nota: ¹Teste Quiquadrado; ²Exato de Fisher. USF: Unidade de Saúde da Família; ACS: Agente Comunitário de Saúde. Nota: *54 casos sem informação; **2 casos sem informação; ***227 casos sem informação; ****7 casos sem informação.

A Tabela 9 apresenta a $RP_{\text{não ajustada}}$ e intervalo de confiança ($IC_{95\%}$), do internamento de em crianças menores de cinco anos. No qual todas apresentaram valores superiores a 1 e a variável “Luz”, representou uma maior associação.

Tabela 9. Razão de prevalência e intervalo de confiança ($IC_{95\%}$), do internamento de crianças menores de cinco anos. Recife, PE, 2015/16

Variáveis	Total n=844	Internamento		RP não ajustada	$IC_{95\%}$	p-valor
		Sim n	%			
Bloco 1 – Variáveis socioeconômicas						
Bolsa família						
Não	336	33 (9,8%)		1,018	0,995 – 1,042	0,128 ¹
Sim	508	67 (13,2%)		1		

Continua

Variáveis	Total n=844	Internamento		RP não ajustada	IC _{95%}	p-valor
		n	%			
Classe socioeconômica						
B e C	502	47 (9,4%)		1,033	1,008 – 1,059	0,009 ¹
D e E	342	53 (15,5%)		1		
Nº de cômodos						
> 4	637	64 (10,0%)		1,040	1,009 – 1,073	0,012 ¹
Até 4	207	36 (17,4%)		1		
Nº de dormitórios						
Dois ou mais	696	76 (10,9%)		1,029	0,994 – 1,065	0,107 ¹
Apenas 1	148	24 (16,2%)		1		
Nº de camas						
> 3	513	54 (10,5%)		1,019	0,994 – 1,044	0,142 ¹
Até 3	329	46 (14,0%)		1		
Fornecimento de água						
Canalizada	538	81 (10,7%)		1,064	1,012 – 1,119	0,016 ¹
Não canalizada	306	19 (22,1%)		1		
Luz						
Não	86	14 (26,9%)		1,093	1,018 – 1,173	0,014 ¹
Sim	758	86 (10,9%)		1		
Banheiro						
Sim	797	89 (11,2%)		1,069	0,997 – 1,146	0,059 ¹
Não	47	11 (23,4%)		1		
Bloco 2 – Variável materna						
Recebeu cartão de PN						
Não	14	0 (00,0%)		1,062	1,050 – 1,075	0,000 ¹
Sim	792	93 (11,7%)		1		
Bloco 3 – Variáveis das crianças						
Sexo						
Feminino	418	43 (10,3%)		1,017	0,993 – 1,040	0,164 ¹
Masculino	426	57 (13,4%)		1		
Idade						
De 2 a 5 anos	497	51 (10,3%)		1,021	0,996 – 1,046	0,096 ¹
< 2 anos	347	49 (14,1%)		1		
Etnia						
Branca	295	26 (8,8%)		1,025	1,002 – 1,049	0,034 ¹
Não branca	549	74 (13,5%)		1		
Consulta nos últimos 3 meses						
Não	293	23 (7,8%)		1,033	1,010 – 1,056	0,004 ¹
Sim	551	77 (14,0%)		1		

Fonte: Dados da pesquisa 2015/2016.

Nota: 1- Poisson simples. RP não ajustada- Razão de Prevalência não ajustada. IC_{95%}- Intervalo de Confiança.

Na Tabela 10 a razão de prevalência (não ajustada e ajustada) e intervalo de confiança (IC_{95%}), de internamento nos últimos doze meses de crianças menores de cinco anos, apresenta uma RP_{ajustada} em sua maioria com valores superiores a 1 confirmando a associação com o evento, logo, a variável etnia foi a que menos demonstrou., enquanto a variável “Luz” configura como a que apresenta uma maior associação.

Tabela 10. Razão de prevalência (não ajustada e ajustada) e intervalo de confiança (IC_{95%}), de internamento em crianças menores de cinco anos. Recife, PE, 2015/16

Variáveis	RP não ajustada	IC _{95%}	RP ajustada	IC _{95%}	p-valor
Bloco 1. Variáveis socioeconômicas					
Fornecimento de água					
Canalizada	1,064	1,012 – 1,119	1,041	0,990 – 1,094	0,120 ¹
Não canalizada	1		1		
Luz					
Sim	1,093	1,018 – 1,173	1,072	1,003 – 1,147	0,042 ¹
Não	1		1		
Bloco 2. Variável materna					
Recebeu cartão de PN					
Não	1,062	1,050 – 1,075	1,065	1,042 – 1,089	0,000 ¹
Sim	1		1		
Bloco 3. Variáveis das crianças					
Sexo					
Feminino	1,017	0,993 – 1,040	1,015	0,992 – 1,038	0,208 ¹
Masculino	1		1		
Idade					
De 2 a 5 anos	1,021	0,996 – 1,046	1,020	0,995 – 1,045	0,111 ¹
< 2 anos	1		1		
Etnia					
Não branca	1,025	1,002 – 1,049	0,979	0,957 – 1,001	0,064 ¹
Branca	1		1		
Consulta nos últimos 3 meses					
Não	1,033	1,010 – 1,056	1,034	1,011 – 1,057	0,004 ¹
Sim	1		1		

Fonte: Dados da pesquisa 2015/2016.

Nota: 1- Poisson múltiplo. RP ajustada- Razão de Prevalência ajustada. IC_{95%}- Intervalo de Confiança. Bloco 1 ajustado por quantidade de cômodos, dormitórios, camas, banheiro, bolsa família e classe.

6 DISCUSSÃO

Os achados do estudo evidenciaram que entre os onze municípios investigados os fatores relacionados aos aspectos socioeconômicos, maternos e da gestação, assim como a frequência a creches e consulta nos últimos 3 meses nesta faixa de idade são fatores associados ao acometimento de eventos relacionados a morbidade e, que podem ser agravados com possíveis internamentos em serviços hospitalares nos últimos doze meses. Nesses territórios, os desafios do cuidado integral a saúde da criança permanece porque estas, são mais vulneráveis às fragilidades e, que certamente interfere no seu desenvolvimento saudável.

Os avanços gerados pelas políticas públicas voltadas para a infância culminaram em impactos positivos nos indicadores de saúde, como na diminuição da mortalidade infantil, ampliação da cobertura vacinal, melhoria no acesso aos serviços de saúde, aumento na adesão ao aleitamento materno e redução da desnutrição. Todavia, problemas antigos ainda persistem até o momento, como a morbimortalidade em crianças menores de cinco anos por causas sensíveis à Atenção Primária à Saúde (APS). As ações em saúde voltadas para a prevenção e intervenção tem um impacto relevante e prolongado pela capacidade de detectar possíveis alterações precocemente e diminuir os riscos desses eventos (BRASIL, 2005; BRANQUINHO E LANZA, 2018).

Ao observar a caracterização socioeconômica das famílias notou-se que, a grande maioria pertencia às classes mais vulneráveis, assim, o público alvo de atenção e cuidado estão suscetíveis ao acometimento por morbidades que podem ser evitadas, se houverem condições favoráveis, sendo ampliadas às suas famílias. A persistência da desigualdade social presente na amostra analisada e em diversos outros estados brasileiros, contribui para uma distribuição de renda desigual e insuficientes oportunidades de inclusão tanto econômica quanto social, a criança é certamente privada de inúmeras oportunidades (FIORATI, ARCÊNCIO, SOUZA, 2016).

Ao analisar a renda familiar, a inscrição no Programa Bolsa Família (PBF) foi referido em expressivo percentual, também se percebeu a coexistência de condições ambientais desfavoráveis e que implicam em permanentes fatores associados ao acometimento de doenças, como o saneamento inadequado, isso pode inclusive acarretar ao longo da infância elevada frequência de internações hospitalares e uso de medicamentos. Adicionalmente, foi observado que grande parte das genitoras referiram ter tido gestação de alto risco. No Brasil, a mortalidade

infantil já se encontra em declínio desde 2003 e o acesso aos serviços de saúde têm sido ampliado, principalmente, após a implantação do Programa e, de medidas compensatórias situadas no campo das políticas educacionais, saúde e trabalho para a população em situação de vulnerabilidade (BRASIL, 2013; SILVA, LAROCCA, CHAVES e MAZZA, 2015; GUANAIS, 2013; RASELLA et al., 2013; SHEI, 2013; SILVA E PAES, 2018).

Quanto à ocorrência de internamento nos últimos doze meses, algumas variáveis apresentaram associação significativa, entretanto, para proteção. Esse fato pode ser justificado pela maior cobertura do acesso aos serviços de saúde, particularmente, a nível de atenção primária como a Estratégia Saúde da Família, a qual tem como responsabilidade o cuidado longitudinal à criança na perspectiva da promoção da saúde, detecção precoce das morbidades e menores índices de internação (VAZ et al., 2015).

Além de ter avaliado a condição social, o presente estudo, analisou in loco as condições das moradias, no qual, percebeu que, grande parte das famílias possuíam mais de três pessoas residindo no mesmo ambiente constituindo um espaço propício a disseminação de morbidades. Da mesma forma, um estudo identificou que morar com menos de três pessoas configurava um fator de proteção quanto a ocorrências de problemas de saúde na infância (OLIVEIRA et al., 2019).

A grande parte dos domicílios visitados tinham disponível água encanada e luz elétrica, esta condição apresentou correlação com o internamento entre as crianças menores de cinco anos. O fornecimento de água está relacionado com a ocorrência de diarreia nesta faixa de idade. A literatura aponta que 10% das enfermidades mais prevalentes que acometem o público infantil poderiam ser evitadas com investimentos básicos como saneamento e higiene das mãos. Enquanto a luz que produz fumaça, pode estar relacionado a ocorrência de doenças respiratórias (BUHLER et al., 2014; PRÜSS-USTÜN et al., 2014; CARDOSO et al., 2013).

No entanto, apesar das residências visitadas possuírem saneamento básico, uma quantidade considerável das famílias realizava a eliminação dos dejetos por outros meios, condição que torna as crianças susceptíveis a doenças. Estudo realizado em Curitiba com enfermeiros que atendiam em Unidades de Estratégia da Família (USF), identificou que a ausência de saneamento básico pode afetar a qualidade de vida da criança (SILVA; LAROCCA; CHAVES; MAZZA, 2015).

Quanto ao acompanhamento gestacional, observou-se que a maioria das mães iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre e receberam o cartão de pré-natal, além de ter realizado

mais de seis consultas, consistindo na busca de cuidado que pode ser em reflexo a qualidade da assistência recebida que contribuiu para a alta adesão as mulheres ao pré-natal da atenção primária (PRUDÊNCIO e MAMEDE, 2018).

É consenso que o cuidado a saúde da criança deve-se começar desde o pré-natal, com o objetivo de acompanhar o desenvolvimento do feto e, implementar intervenções de impacto que possam repercutir por todos os ciclos de vida. Na amostra analisada, percebeu-se que as genitoras que possuíam essa assistência tinham filhos acometidos em menor frequência por morbidades. Por outro lado, a mesma condição quando associada a ocorrência de internamentos nos últimos doze meses, apresentou associação significativa. Tal fato, pode estar relacionado a não efetividade do pré-natal realizado pelo serviço de saúde, visto que, algumas genitoras afirmaram não ter recebido o cartão em divergência as diretrizes preconizadas pelo MS. Esse fato, pode ser decorrente das desigualdades regionais que, ainda persistem no país, as barreiras de acesso ao serviço e um pré-natal realizado de maneira inadequada, fazendo-se necessário melhorar a qualidade da assistência no acompanhamento da gestação e um atendimento integral no momento do parto, pois representa um impacto significativo na redução das taxas de prematuridade e, conseqüentemente na morbimortalidade infantil (BRASIL, 2006; LEAL et al., 2020).

Na razão de prevalência ajustada entre as variáveis socioeconômicas e maternas com a morbidade, o tipo de parto configurou-se como fator associado. A cesariana aproximou-se do parto normal. É consenso entre especialistas, que a cesárea deva ser realizada apenas em situações de risco para a mãe e o filho, pois está associado ao aumento da mortalidade materna e infantil, além da separação do binômio no período de pós-parto imediato, interferindo na amamentação na primeira hora de vida e no estabelecimento do vínculo entre ambas (JODAS; SCOCHI; VICENTE; COLUCCI, 2013).

A elevada prevalência de cesarianas pode sugerir agravos às condições de saúde da mãe e/ou da criança ou até mesmo a deficiência de uma assistência ao parto eficiente e que ocasionou numa cesariana, fazendo-se necessário um estudo apenas para identificar o motivo que levou a um parto cesáreo, o que não foi o objetivo deste estudo. Esse fato também pode ser decorrente de questões políticas, como demonstra um estudo realizado na região Sudeste, no qual observou a maior ocorrência de cesarianas em hospitais com financiamento misto e de iniciativa privada. Outro aspecto que pode ter contribuído para este tipo de parto, dar-se pelas gestantes buscarem ter menos dor, além de outros fatores que vão além da decisão da gestante, como influência da

família e do médico. Dessa maneira, a realização do parto vaginal que configurou a maioria dos partos, pode ter ocorrido devido ao empoderamento das mulheres quanto a escolha, visto que o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), inserido na assistência no ano de 2000, compreende a participação de toda equipe multidisciplinar provida de conhecimento técnico-científico, ético, de respeito e responsabilidade na assistência à mulher, contribuindo para a ocorrência de um parto assistido de maneira segura e humanizada tanto para a mãe quanto para o bebê (ZAIDEN et al., 2020; ARIK et al., 2019; BRASIL, 2002b; OLIVEIRA e SOUZA, 2013).

Entre as crianças que apresentaram algum tipo de morbidade, percebeu-se expressivamente, a ausência da amamentação na primeira hora de vida, conseqüentemente, há maiores chances de desmame precoce, o qual é considerado um fator associado para ocorrência morbidez nos lactentes. Quanto mais cedo o aleitamento materno for iniciado, os riscos de mortalidade neonatal causados por infecções, são reduzidos. Estudo realizado no Rio Grande do Sul revelou que 35,5% não foram amamentadas na primeira hora de vida. Entre os fatores limitantes para suas mães foram: recusa da genitora, alta dinâmica de partos, rejeição dos médicos e a exaustão causada pelo trabalho de parto (TP) extenso (BORGES et al., 2016; SILVEIRA et al., 2017; UNICEF, 2019).

A atuação de enfermagem na primeira hora de vida da criança é essencial, pois atua como motivador, facilitador e desmistificador de mitos, crenças e tabus sobre o ato de amamentar. É primordial que o profissional estabeleça uma relação de confiança com a mãe, por apresentar maior proximidade neste momento, tendo um importante papel nas ações de educação e saúde, além de permitir maior autonomia para lidar com as dificuldades, ao passar as informações necessárias de maneira clara e simples. O momento educativo é considerado essencial para amenizar dúvidas a respeito da amamentação. A literatura aponta relatos de mulheres que se consideraram confusas mesmo quando recebiam orientações pelos profissionais de saúde, por outro lado, ocorreram relatos que os informes impressos com foram boas fontes de informação em momentos de fragilidades (CARVALHO e MAGALHÃES, 2011; LEITE et al., 2016).

Outra questão importante observada, entre as genitoras, foi o expressivo percentual que referiu não ter recebido orientação sobre o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e ao seu tempo de duração, que refletiu na ocorrência de morbidade das crianças. Estudo realizado no estado do Ceará, observou que mais da metade das mulheres relataram não ter recebido a

orientação, isso demonstra a debilidade das ações educativas entre as consultas de pré-natal. Segundo dados da UNICEF, a cada cinco crianças com menos de seis meses, duas são amamentadas exclusivamente, conforme recomendado (AMORIM et al., 2018; UNICEF, 2019).

Os profissionais de saúde devem ser sensibilizados quanto a importância do AME para a mãe e seu bebê e, que possam utilizar ferramentas educativas para motivar e empoderar as mulheres e sua rede de apoio. A literatura aponta que essa prática reduz a mortalidade neonatal em até 22%, sobretudo, em situações de ocorrências de infecções que representam um importante fator que ocasiona morte neonatal. O enfermeiro é um profissional primordial que atua na promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno, e, executar este papel, necessita de um olhar vigilante e amplo, além de todo conhecimento e habilidades quanto a técnica da amamentação, afim de realizar a educação em saúde de maneira eficaz, que resultará numa maior adesão ao AME (BRASIL, 2011; ROCHA et al., 2017).

Cabe ressaltar que a redução de morbidades e seus agravos em crianças está diretamente relacionada a qualidade da assistência pela APS. Estudo realizado em Recife/PE, avaliou consultas de puericultura com os enfermeiros da ESF, através do método observacional e, constatou a existência de muitas dificuldades para sua realização, devido uma inadequada capacitação para a realização da vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, em especial, na faixa que compreende os menores de um ano de idade (CARVALHO; SARINHO, 2016).

O profissional de enfermagem ao realizar a consulta de puericultura junto as famílias, exerce um papel fundamental na vigilância à saúde da criança, ao considerar os aspectos socioeconômicos, ambientais e culturais. Além de fornecer orientações as mães sobre aleitamento materno, vacinação, higiene entre outras, e a educação em saúde para a mãe/cuidador, que vêm obtendo destaque para que, dessa maneira, a família possua embasamento para um cuidado protetor a saúde infantil. E assim, obter respostas resolutivas e singulares às necessidades da primeira infância, que é um período importante do desenvolvimento humano (YAKUWA, NEILL e MELLO, 2018).

Quanto ao sexo das crianças houve uma discreta diferença entre o sexo feminino e masculino na ocorrência de morbidade e internamento, no qual masculino apresentou maior prevalência para ambas. No entanto, não apresentou associação para a ocorrência de morbidade.

Enquanto, a etnia não branca foi a que apresentou maior risco para o acometimento por morbidade, segundo relato da genitora.

Em relação a faixa etária, as que possuíam entre 2 e 5 anos, corresponderam a 64,0% de morbidade. Um estudo cujo objetivo foi observar a incidência por diarreia, a faixa etária que correspondeu a um maior risco foi nos grupos de zero a 11 meses e 12 a 24 meses, quando comparado as crianças de maior idade. Quanto aos atendimentos por Condições Sensíveis à Atenção Primária (CASP), outra pesquisa identificou que a faixa etária entre 1 e 4 anos possuem 1,13 vezes mais probabilidade de ocorrência quando comparada as crianças abaixo de 1 ano, fato que sugere a dificuldade do acesso as Unidades Básicas de Saúde, que podem ser justificadas pela organização da agenda ou horário de funcionamento da unidade. Em outro estudo brasileiro também observou a maior chance de CSAP em crianças menores de 5 anos, com baixa escolaridade, história atendimento na emergência no mês anterior e de hospitalização no último ano. (NEDEL et al., 2008; BOING et al., 2012; VASCONCELOS et al., 2018; LIMA, NICHATA E BONFIM, 2019;).

Quanto ao acesso à Unidade de Saúde da Família (USF), a maior parte das crianças analisadas eram cadastradas na unidade e um quantitativo menor recebiam visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS), evidenciando que estas possuíam acesso à saúde. A visita domiciliar se caracteriza como uma atividade de promoção da saúde, devendo instrumentalizar os cuidadores a lidarem com cuidados com a criança. O déficit nas visitas aumenta os fatores de risco e diminui as chances de atuar na prevenção de agravos. Estudo realizado com enfermeiros que atuam em unidades com ESF, aponta que a visita domiciliar e a busca ativa são importantes na vigilância à saúde infantil (YAKUWA, NEILL e MELLO, 2018).

Neste estudo, a maioria das crianças necessitaram de atendimento por algum serviço de saúde nos últimos 3 meses, decorrente de alguma morbidade que poderia ser evitada se tivesse recebido melhor assistência à saúde. Esse fato pode estar relacionado a deficiência da assistência à saúde realizada pela ESF, visto que a ampliação da atenção básica por meio da ESF, favoreceu o acesso ao serviço, porém não de maneira integral, pois nas regiões sul e sudeste foi observado uma maior cobertura com relação as demais, evidenciando que há desigualdades regionais quanto a oferta do serviço (DAMASCENO et al., 2016).

Outro aspecto que esteve relacionado ao acometimento por morbidades foi a frequência das crianças às creches. Estudo desenvolvido na cidade de Nha Trang, centro-sul do Vietnã, identificou que as crianças que frequentavam creche, estavam predispostas a adquirir patógenos

respiratórios como o *Streptococcus pneumoniae*, devido ao aumento do contato de crianças com outras e também com adultos. Além disso, os bebês que conseguiam andar sozinhos e possuíam um maior número de crianças no seu grupo, por sua vez, tinham mais contato, o que favoreceu a disseminação de patógenos respiratórios nas creches (TOIZUMI et al., 2019).

Estudo desenvolvido em três hospitais do município de Ribeirão Preto em São Paulo, identificou que apesar da frequência a creche não fazer parte diretamente da atenção dos profissionais da USF. Esse espaço social precisa estar incluído na área de atuação das equipes, afinal há um elevado número de crianças ocupando o espaço físico e em uma fase propícia a proliferação de infecções. A realização de ações no âmbito da ESF é essencial para a prevenção e promoção à saúde ao possibilitar detectar alterações de maneira precoce, e tornar possível intervir em tempo oportuno, contribuindo para a redução dos riscos de morbimortalidade na infância (PINA; MORAES; FREITAS, MELLO, 2017; REICHERT et al., 2016). Dessa maneira, deve ser estimulado nos profissionais uma ampliação do seu olhar acerca do cuidado prestado à criança, afim de que compreenda todos os aspectos na qual está inserida, bem como seu convívio social, para que ações educativas sejam realizadas visando reduzir o acometimento por morbidades, saindo da premissa do atendimento pautado no contexto saúde-doença.

Observou-se que o fornecimento de água e luz, recebimento do cartão de pré-natal, sexo, idade e consulta nos últimos 3 meses apresentaram associação com internamento nos últimos doze meses. Apesar da redução por ICASP, a saúde infantil ainda é afetada por doenças que poderiam ser evitadas, caso a APS na lógica da promoção da saúde e políticas públicas, atuasse de maneira mais eficaz ao contemplar os macrodeterminantes que influenciam no adormecimentos das crianças. Portanto, essa realidade exhibe a necessidade da realização de maiores investimentos neste nível da atenção, afim de reduzir as ICASP, bem como nas condições de bem-estar da população, visto que refletem diretamente na saúde no indivíduo (CARVALHO et al., 2015; PINTO JÚNIOR et al., 2018).

Os resultados deste estudo salientam a necessidade de investir na realização de ações no cenário da Atenção Primária à Saúde, especificamente na Estratégia de Saúde da Família, além de fortalecer as políticas públicas centradas em enfrentar os problemas de vulnerabilidade social no qual grande parte das famílias brasileiras estão expostas e, principalmente as crianças menores de cinco anos, determinando suas condições de saúde. Dessa maneira, objetiva-se reduzir cada vez mais o acometimento por morbidade e, conseqüentemente a ocorrência de internamento, que por sua vez, contribui para a redução de gastos públicos e até mesmo melhora

a produtividade dos genitores nos trabalhos, pois não precisam se ausentar para cuidar de seus filhos ao usufruírem de uma assistência à saúde de qualidade e resolutiva.

Entre as limitações, destacam-se que os dados coletados nas entrevistas não abordaram a morbidade de forma específica, mas sim a condição de saúde e nutrição da criança. Dessa maneira, faz-se necessário a realização de outros estudos que contemplem a temática, afim de contribuir na identificação de outros fatores que podem estar associados à sua ocorrência, objetivando promover ações em saúde para diminuir os índices de morbimortalidade na infância.

7 CONCLUSÃO

Os resultados reforçam a necessidade de melhorias na qualidade da assistência à saúde prestada a essas crianças, visto que sua grande maioria constitui um público em vulnerabilidade social evidenciado pelo recebimento do bolsa família.

Observa-se que a qualidade da saúde e a prevenção de morbidades em crianças menores de cinco anos está relacionado a possuir inscrição no bolsa família, número de cômodos na residência, o pai morar com a criança e frequentar creche. Enquanto, fornecimento de água e luz, ter recebido o cartão do pré-natal, sexo e idade da criança estão relacionados com o evento internamento nos últimos doze meses. A variável consulta nos últimos 3 meses configurou uma associação em comum entre as duas variáveis desfecho, destacando a necessidade de melhorias na qualidade da assistência à saúde da criança, com mais investimentos de políticas públicas voltadas para esse público.

É necessário conhecer não apenas a condição de saúde da criança, mas também o contexto social no qual está inserida para que medidas preventivas sejam realizadas, pois a uma quantidade expressiva de crianças residem em moradias nas quais não possuem saneamento básico adequado e com mais de três pessoas, o que contribui para a disseminação de doenças nessa faixa etária, fazendo-se necessário a prática da educação em saúde nesses casos.

Dessa maneira, os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, que atua na atenção primária à saúde (APS), porta de entrada aos serviços de saúde, devem ampliar o seu olhar para além do contexto biomédico, afim de promover ações de educação em saúde cujo objetivo é reduzir o acometimento por morbidades preveníveis por Causas Sensíveis a Atenção Primária (CASP), suas complicações que ocasionam em internamentos que podem ser evitados e até mesmo o óbito, contribuindo para a redução da mortalidade infantil.

Nesse sentido, tendo em vista o aumento da morbimortalidade por doenças que já haviam sido erradicadas, como o sarampo, e surgimento de novas doenças, faz-se necessário novos estudos acerca dos fatores associados a morbidade em crianças menores de cinco anos, afim de permitir a realização de medidas preventivas e ações de educação em saúde, para evitar o aumento dos casos de mortalidade nessa faixa etária.

REFERÊNCIAS

ABEP. Critério de classificação econômica do Brasil. Associação brasileira de empresas de pesquisas. Alterações na aplicação do Critério Brasil, 2014.

AMORIM, L.P. et al. Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(2):585-597, 2018.

ARIK, R.M. et al . Percepções e expectativas de gestantes sobre o tipo de parto. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília , v. 72, supl. 3, p. 41-49, Dec. 2019 .

ARANTES, L.J.; SHIMIZU, H.E.; MERCHÁN-HAMANN, E.. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 5, pp. 1499-1510.

ARAÚJO, J.P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Rev Bras Enferm.* 2014. 67(6):1000

ATLAS BRASIL. Radar IDHM. Análise geral da tendência de evolução do IDHM no Brasil. Novembro / 2016.

ATLAS BRASIL. Radar IDHM. Base de Dados. Atlas de desenvolvimento humano do Brasil.

ATLAS BRASIL. Perfil de Pernambuco. Atlas de desenvolvimento humano do Brasil.

BARRETO, J.O.M.; NERY, I.S.; COSTA, M.S.C.. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 28(3):515-526, mar, 2012.

BEZERRA, V.M. et al. Health survey in Quilombola communities (descendants of Afro-Brazilian slaves who escaped from slave plantations that existed in Brazil until abolition in 1888) in Vitória da Conquista in the state of Bahia (COMQUISTA Project), Brazil: methodological aspects and descriptive analysis. *Ciênc Saúde Coletiva* 2014; 19:1835-47.

BRASIL. Decreto nº 66.623, de 22 de maio de 1970. Dispõe sobre a organização administrativa do Ministério da Saúde e dá outras providências.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. 2. ed. rev. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e nascimento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2013: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 384p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007– 2010). Brasília, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.395, de 7 de outubro de 2009. Institui a Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis e cria o Comitê Técnico-Consultivo para a sua implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS -a Rede Cegonha. Brasília, 2011c

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Brasil, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. – Brasília: Ministério da Saúde 243 p.: il. 2017.

BRASIL. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão (BR). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010 - Características da população e dos domicílios Resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011d.

BRASIL. 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.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Brasília: MS; 2011e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança, Ministério da Saúde, Brasília-DF. 2009. 300 p

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Bolsa família - transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde, à educação e à assistência social. Secretaria Nacional de Renda de Cidadania — Senarc. Brasília/DF – 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual para utilização da caderneta de saúde da criança*. Brasília: MS; 2005

BOING, A.F. et al.. Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária no Brasil entre 1998-2009. Rev Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado 2017 set. 17];46(2):359-66.

BOONE, P. et al. Effects of community health interventions on under-5 mortality in rural GuineaBissau (EPICS): a cluster-randomised controlled trial. Lancet [Internet]; 4(5):328-35, 2016.

BORGES, N. R. et al, Caracterização e prevalência do aleitamento materno em uma população atendida na rede pública de saúde de Palmas/TO, Brasil. Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde, Vitória, v.18 n.4 p. 30-36, out-dez, 2016.

BRANQUINHO I.D.; LANZA F.M.. Saúde da Criança na Atenção Primária: Evolução das Políticas Brasileiras e a Atuação do Enfermeiro;8:e2753. 2018.

BUHLER, H.F.; IGNOTTI, E.; NEVES, S.M.A.D.S.; HACON, S.D.S. Análise espacial de indicadores integrados de saúde e ambiente para morbimortalidade por diarreia infantil no Brasil, 2010. Cad. Saúde Pública [online]. 2014

CARDOSO, A.M.; COIMBRA, C.E.; WERNECK, G.L.. Fatores de risco para internação hospitalar por infecção aguda do trato respiratório inferior em crianças indígenas guaranis no sul do Brasil: estudo caso - controle de base populacional. Trop Med Int Health [internet]. 2013; 18: 596-607.

CAREY, T.A.; WAKERMAN, J.; HUMPHREYS, J.S.; BUYKX, P.; LINDERMAN, M. What primary care services should residents and remote Australia be able to access? A systematic review of "core" primary health care services. *Health services* 2013, 13:178.

CARVALHO, E.B.; SARINHO, S.W.. The nursing consultation in monitoring child growth and development in the family health strategy. *Journal of Nursing UFPE on line*, [S.l.], v.10, n.6, p. 4804-4812. ISSN 1981-8963. Nov. 2016.

CARVALHO, J. K. M.; CARVALHO, C. G.; MAGALHÃES, S. R. A importância da assistência de enfermagem no aleitamento materno. *E-scientia*, v. 4, n. 2, p. 11-20, 2011.

CARVALHO, S.C. et al. Hospitalizations of children due to primary health care sensitive conditions in Pernambuco State, Northeast Brazil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 31, n. 4, p. 744-754, Apr. 2015.

CECCON, R.F., MENEGHEL, S.N., VIECILI, P.R.N. Internações por condições sensíveis à atenção primária e ampliação da Saúde da Família no Brasil: um estudo ecológico. *Rev Bras Epidemiol*; 17(4):968-77; 2014 out-dez.

COSTA, L.Q., PINTO, .E.P., SILVA, M.G.C.. Tendência temporal das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em crianças menores de cinco anos de idade no Ceará, 2000 a 2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [online]. 2017, v. 26, n. 1, pp. 51-60.

COSTA, J.S.D. et al . Características das crianças menores de cinco anos atendidas em serviços de atenção básica em dois municípios do nordeste brasileiro. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.*, Recife , v. 15, n. 1, p. 33-46, Mar. 2015.

DAMASCENO, S.S. et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 09, pp. 2961-2973.

DATA SUS. SIHSUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/hospitalares/sihsus>

DATASUS. MORBIDADE HOSPITALAR DO SUS - POR LOCAL DE INTERNAÇÃO – BRASIL. Internações segundo Região/Unidade da Federação; Faixa Etária 1: Menor 1 ano, 1 a 4 anos; Período: Agosto/2019.

DESTERRO, R.C. et al. Condições sensíveis à atenção primária em hospital de referência pediátrica no maranhão. *Rev Pesq Saúde*, 18(2): 97-101, mai-ago, 2017.

FERRER, A.P.S. Estudo das causas de internação hospitalar de crianças de zero a nove anos de idade no município de São Paulo. 2009. 144f. Dissertação. (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo.

FIORATI, R. C.; ARCÊNCIO, R. A.; SOUZA, L. B. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 24, p. e2687, 2016.

GUANAIS, F.C. The Combined Effects of the Expansion of Primary Health Care and Conditional Cash Transfers on Infant Mortality in Brazil, 1998–2010. *American Journal of Public Health*, 103(11), 2000-6, 2013.

JESUS, S.J.A.. O papel da educação em saúde frente às implicações da atenção básica: do profissional à comunidade. *Revista Interfaces: Saúde, Humanas e Tecnologia*, Vol. 3, Nº 1, Ano E, 2015.

JODAS, D.A.; SCOCHI, M.J.; VICENTE, J.B.; COLUCCI, A.G.. Análise dos óbitos evitáveis de menores de cinco anos no município de Maringá-PR Escola Anna Nery *Revista de Enfermagem*, vol. 17, núm. 2, abril-junio, 2013, pp. 263-270 Universidade Federal do Rio de Janeiro Rio de Janeiro, Brasil.

JUNIOR, E.P.P.; AQUINO, R.; MEDINA, M.G.; SILVA, M.G.C.. Efeito da Estratégia Saúde da Família nas internações por condições sensíveis à atenção primária em menores de um ano na Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2018; 34(2):e00133816.

JUSTINO, D.C.P.; LOPES, M.S.; SANTOS, C.D.P.; ANDRADE, F.B.. Avaliação histórica das políticas públicas de saúde infantil no brasil: revisão Integrativa. *Revista Ciência Plural*. 2019; 5 (1):71-88

HADDAD, Nagib. Metodologia e estudos em ciências da saúde: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. ISBN 85-7241-466-5. São Paulo: Roca, 2004.

IBGE. Banco de Dados do Estado de Pernambuco. Divisão Geopolítica. Disponível em: <http://www.bde.pe.gov.br/EstruturaçãoGeral/mesorregioes.aspx>>. Acesso em: 10 set. 2018.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Objetivos do Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea; 2014. p65-75.

LEAL, M.C. et al.. Prenatal care in the Brazilian public health services. *Rev Saude Publica*. 2020;54:8.

LEITE, M. F. F. da S.; BARBOSA, P. A.; OLIVINDO, D. D. F. de; XIMENES, V. de L. Promoção do aleitamento materno na primeira hora de vida do recém-nascido por profissionais da enfermagem. *Arq. Cienc. Saúde UNIPAR*, Umuarama, v. 20, n. 2, p, 137-143, maio/ ago. 2016.

LIMA, K.J. et al.. Mortalidade infantil: análise de fatores associados em uma capital do Nordeste brasileiro. *Cad. Saúde Colet.*, 2017, Rio de Janeiro, 25(1): 83-89.

LIMA, A.C.M.G., NICHATA, L.Y.I., BONFIM, D.. Emergency department visits for ambulatory care sensitive conditions. *Rev Esc Enferm USP*. 2019;53:e03414.

LUCIA, C.M.D. et al. Perfil socioeconômico e condições de saúde de pré-escolares de duas creches filantrópicas do município de Viçosa, MG. *RASBRAN - Revista da Associação Brasileira de Nutrição*. São Paulo, SP, Ano 8, n. 2, p. 03-11, Jul-Dez. 2017.

MALTA, D.C. et al. Mortes evitáveis na infância, segundo ações do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia [online]*. 2019, v. 22

MARTINS, J.T. et al.. Pesquisa epidemiológica da saúde do trabalhador Uma reflexão teórica. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina*, v. 35, n. 1, p. 163-174, jan./jun. 2014.

MATOS, D.H.A.; MARTINS, T.S.; FERNANDES, M.N.F.. AIDPI: Conhecimento dos Enfermeiros da Atenção Básica no Interior do Maranhão. *J Health Sci* 2016;18(4):229-34.

MURAKAMI, G.F.; GUIMARAES, M.J.B.; SARINHO, S.W.. Desigualdades sociodemográficas e causas de morte em menores de cinco anos no Estado de Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife* , v. 11, n. 2, p. 139-152, June 2011 .

NAKAMURA-PEREIRA, M. et al.. *Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 29(7):1333-1345, jul, 2013.

NEDEL, F.B. et al.. Programa Saúde da Família e condições sensíveis à atenção primária, Bagé (RS). *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2008 [citado 2017 out. 02];42(6):1041-52.

OLIVEIRA, B.R..G. de et al. Causas de hospitalização no SUS de crianças de zero a quatro anos no Brasil. *Rev. bras. epidemiol.*, v. 13, n. 2, p. 268-277, 2010

OLIVEIRA, P.D. et al . Frequência em creches durante os primeiros 12 meses de vida e ocorrência de morbidades e sintomas infecciosos. *J. Pediatr. (Rio J.)*, Porto Alegre , v. 95, n. 6, p. 657-666.

OLIVEIRA JUNIOR, J.C. e SOUZA, M.K.B.. A humanização nos serviços da atenção básica de saúde: concepções de profissionais de saúde. *Rev Enferm UFPE*, 2013; Jun; 7(5):4370-7.

PAES, N.S.C.E.. A vacinação obrigatória de crianças e de adolescentes em face da autonomia dos pais no exercício do poder familiar. *Meritum – Belo Horizonte – v. 13 – n. 2 – p. 375-393 – Jul./Dez. 2018.*

PEDRAZA, D.F.; ARAUJO, E.M.N.. Internações das crianças brasileiras menores de cinco anos: revisão sistemática da literatura. *Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]*. 2017, v. 26, n., pp. 169-182.

PEREIRA, M.M. et al.. Prática educativa de enfermeiras na atenção primária à saúde, para o desenvolvimento infantil saudável. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v.20, n.4, dez. 2015. ISSN 2176-9133.

PIMENTEL, F.C.; ALBUQUERQUE, P.C.; SOUZA, W.V.. A Estratégia Saúde da Família no estado de Pernambuco: avaliação da estrutura das equipes por porte populacional. *Saúde em Debate* [online]. 2015, v. 39, n. 104

PINA, J.C. et al . Papel da Atenção Primária à Saúde na hospitalização de crianças por pneumonia: um estudo caso-controle. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 25, e2892, 2017 .

PINTO JUNIOR, E.P. et al.. Expenditure trends in ambulatory care sensitive conditions in the under-fives in Bahia, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2018; 23 (12): 4331-8.

PRUDENCIO, P.S.; MAMEDE, F.V.. Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária a saúde na percepção da gestante. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre, v. 39, e20180077, 2018

PRÜSS-USTÜN, A. et al. Burden of disease from inadequate water, sanitation and hygiene in low- and middle-income settings: a retrospective analysis of data from 145 countries. *Trop Med Int Health*,v. 19, n.8, p. 894–905, 2014.

RASELLA, D. et al. Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities. *Lancet*, London, v. 382, n. 9886, p. 57-64, Jul. 2013

RASELLA, D.; BASU, S.; HONE, T.; PAES-SOUSA, R.; OCKE-REIS, C. O.; MILLETT, C. CHILD. Morbidity and mortality associated with alternative policy responses to the economic crisis in Brazil: A nationwide microsimulation study. *PLoS Med*, v. 15, n. 5, 2018.

REICHERT, A.P.S. et al. Orientação familiar e comunitária na Atenção Primária à Saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1):119-127, 2016.

RETRÃO, M.M.S. et al. Hospitalizações de menores de cinco anos em hospital público: estudo descritivo. *R. Interd.* v. 7, n. 3, p. 28-36, jul. ago. set. 2014.

ROCHA, D.M.; JUNIOR, E.P.P.; COSTA, L.Q.; SILVA, M.G.C.. Internações evitáveis por atenção primária em menores de cinco anos nas macrorregiões de saúde de um estado nordestino: comparação entre os triênios 2000-02 e 2010-12. 11(4), 2018.

ROCHA, L.B. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, v. 6, n. 3, 2017.

ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. Introdução à Epidemiologia. 4ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2096p, 2006.

RIPSA. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

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 Enferm.* 2015 Jan/Mar; 20(1):171-9.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL. Protocolo de Atenção Primária à Saúde da Criança. Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde. Diretoria de Ciclos de Vida e Práticas Integrativas em Saúde. Gerência de Ciclos de Vida. Núcleo de Saúde da Criança. – Brasília: Núcleo de Saúde da Criança, 2014. 91 p.: il. – (Cadernos de Saúde da Criança, nº 03)

SHEI, A.. Brazil's Conditional Cash Transfer Program Associated With Declines In InfantMortality Rates. *Health Affairs*, 32(7), 1274–1281 (2013).

SILVA, W.B. et al. Crianças internadas em hospital universitário: caracterização sociodemográfica e epidemiológica. *Revista Norte Mineira de Enfermagem.* 2017;6(1):18-31.

SILVA, D.I.; LARocca, L.M.; CHAVES, M.M.N.; MAZZA, V.A.. Vulnerabilidade no desenvolvimento da criança: influência das iniquidades sociais. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde - Fortaleza-Ceará, Brasil.* Vol. 28, núm. 1, enero-marzo, 2015.

SILVA, E.S.A.; PAES, N.A.. Programa bolsa família e mortalidade infantil no Brasil: Revisão integrativa. *Holos*, [s.1.], v.1, p.201-211, fev. 2018. ISSN 1807-1600.

SILVEIRA, R. B. et al. Fatores associados ao início da amamentação em uma cidade do sul do Brasil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, v. 8, n. 1, p. 35- 43, 2017

STARFIELD, B., organizadora. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia* Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura; 2002.

TEJADA, C.A.O. et al . Crises econômicas, mortalidade de crianças e o papel protetor do gasto público em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 24, n. 12, p. 4395-4404, Dec. 2019.

TOIZUMI, M. et al. Contato infantil em creches no Vietnã: Um estudo transversal para entender o risco de infecção infantil. *Wellcome Open Res* . 2019.

TORRES, R.M.C. et al. Uso de indicadores de nível local para análise espacial da morbidade por diarreia e sua relação com as condições de vida. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2013 May

UNDP. Human Development Indices and Indicators 2018 Statistical Update. United Nations Development Programme. 1 UN Plaza, New York, NY 10017 USA.

UNICEF. POBREZA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Agosto, 2018.

UNICEF. Situação mundial da infância 2019. Criança, alimentação e nutrição. Crescendo saudável em um mundo em transformação. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Outubro, 2019.

VASCONCELOS, M.J.O.B. et al. Factors associated with diarrhea in children under five years old in the state of Pernambuco, according to surveys conducted in 1997 and 2006. *Revista de Saúde Pública*. 2018, v. 52.

VAZ, E.M.C. et al . Longitudinalidade do cuidado à criança na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre , v. 36, n. 4, p. 49-54, Dec. 2015.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7:607-21.

VIACAVA, F.; BELLIDO, J.G.. Condições de saúde, acesso a serviços e fontes de pagamento, segundo inquéritos domiciliares. *Cien Saude Colet* 2016; 21(2):351-370.

VIEIRA, D.S. et al. A prática do enfermeiro na consulta de puericultura na estratégia saúde da família. *Texto Contexto Enferm*, 2018; 27(4):e4890017

VIEIRA, D.S. et al. Registro de ações para prevenção de morbidade infantil na caderneta de saúde da criança. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2016, v. 21, n. 7 [Acessado 8 Setembro 2018] , pp. 2305-2313. ISSN 1678-4561.

WHO – WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Statistics 2015. Geneva: World Health Organization, 2015.

YAKUWA, M.S.; NEILL, S.; MELLO, D.F.. Estratégias de enfermeiros para a vigilância à saúde da criança. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto , v. 26, e3007, 2018 .

ZAIDEN, L. et al . Influência das características hospitalares na realização de cesárea eletiva na Região Sudeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 36, n. 1, e00218218, 2020.

ANEXO A – FORMULÁRIO DO IV PESN – REGISTRO DOS MORADORES

Nº de Ordem	QUESTIONÁRIO		Condição na Família	Nº de Ordem da Mãe	Nº de Ordem do Pai	Sexo 1- M 2 - F	Data de Nascimento			Idade (em anos completos)	Raça/ Cor	Religião	Grau de Instrução	Condição de Trabalho	Frequenta escola ou creche este ano?
	NOME						Dia	Mês	Ano						
(1)	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX		(2)	XX	XX	X	XX	XX	XX	XX	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
01															
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
(1)	(2)	(3)	(4)			(5)				(6)				(7)	
01 deve ser o chefe da família, mesmo que não seja o entrevistado	1- Chefe 2- Cônjuge 3- Filho 4- Enteado 5- Outro Parente 6- Agregado 7- Emp. Doméstico	1- Branca 2- Negra 3- Parda 4- Amarela 5- Indígena	(para > de 15 anos) 1- Católica 2- Evangélica 3- Espírita 4- Testemunha de Jeová 5- Umbanda, candomblé, etc 6- Outra 7- Sem religião 8- NSA (< 15 anos)			1- Nunca frequentou/F1 Incompleto 2- F1 Completo/F2 Incompleto 3- F2 Completo/EM Incompleto 4- EM Completo 5- Superior Incompleto 6- Superior Completo ou mais 8- NSA (< 6 anos) 9- Não Sabe				01- Não Trabalha 02- Desempregado 03- Empregado com Carteira 04- Empregado sem Carteira 05- Autônomo (Urbano ou Rural Produtor) 06- Biscateiro/Ambulante/Esporádico 07- Aposentado/Pensionista/Benefício 08- Estudante Trabalhando 09- Estudante-Não trabalha 88- NSA (< 6 anos) 99- Não Sabe				1- Sim 2- Não	

ANEXO B – FORMULÁRIO DA IV PESN - REGISTRO DO DOMICÍLIO E RENDA RENDA

1	TOTAL DE PESSOAS:				NPES															
2	TIPO DE MORADIA:																			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 35%;">Casa</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 55%;">Outro: _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Apartamento</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Quarto/Cômodo</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	1	Casa	4	Outro: _____	2	Apartamento			3	Quarto/Cômodo			TIPO						
1	Casa	4	Outro: _____																	
2	Apartamento																			
3	Quarto/Cômodo																			
3	REGIME DE OCUPAÇÃO:																			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 35%;">Própria, já paga</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 55%;">Alugada</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Própria, em aquisição</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Invadida</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Cedida/favor/emprestada</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Outro: _____</td> </tr> </table>	1	Própria, já paga	4	Alugada	2	Própria, em aquisição	5	Invadida	3	Cedida/favor/emprestada	6	Outro: _____	REGIME						
1	Própria, já paga	4	Alugada																	
2	Própria, em aquisição	5	Invadida																	
3	Cedida/favor/emprestada	6	Outro: _____																	
4	PAREDES:																			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 35%;">Alvenaria/Tijolo</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 55%;">Tijolo + Outros</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Taipa</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Madeira/Lata/plástico/papelão</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Tijolo +Taipa</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Outro: _____</td> </tr> </table>	1	Alvenaria/Tijolo	4	Tijolo + Outros	2	Taipa	5	Madeira/Lata/plástico/papelão	3	Tijolo +Taipa	6	Outro: _____	PAREDE						
1	Alvenaria/Tijolo	4	Tijolo + Outros																	
2	Taipa	5	Madeira/Lata/plástico/papelão																	
3	Tijolo +Taipa	6	Outro: _____																	
5	PISO:																			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 35%;">Cerâmica/ Lajota/Taco</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 55%;">Terra (barro)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Madeira</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Cimento + Cerâmica</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Cimento</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Outro: _____</td> </tr> </table>	1	Cerâmica/ Lajota/Taco	4	Terra (barro)	2	Madeira	5	Cimento + Cerâmica	3	Cimento	6	Outro: _____	PISO						
1	Cerâmica/ Lajota/Taco	4	Terra (barro)																	
2	Madeira	5	Cimento + Cerâmica																	
3	Cimento	6	Outro: _____																	
6	COBERTURA:																			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 35%;">Laje de concreto</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 55%;">Telha de amianto (Tipo Brasilit)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Telha de barro</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Outro: _____</td> </tr> </table>	1	Laje de concreto	3	Telha de amianto (Tipo Brasilit)	2	Telha de barro	4	Outro: _____	TETO										
1	Laje de concreto	3	Telha de amianto (Tipo Brasilit)																	
2	Telha de barro	4	Outro: _____																	
7	ABASTECIMENTO DE ÁGUA:																			
1	Com canalização interna	2	Com canalização até o quintal	3	Sem canalização	ÁGUA 1														
7.1	FONTE DE ABASTECIMENTO:																			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 35%;">Rede geral</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">5</td> <td style="width: 55%;">Vizinho/parente</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Poço /Nascente/Cacimba</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td>Outro: _____</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Chafariz</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Cisterna de chuva ou Múltiplo Abastecimento</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	1	Rede geral	5	Vizinho/parente	2	Poço /Nascente/Cacimba	6	Outro: _____	3	Chafariz			4	Cisterna de chuva ou Múltiplo Abastecimento			ÁGUA 2		
1	Rede geral	5	Vizinho/parente																	
2	Poço /Nascente/Cacimba	6	Outro: _____																	
3	Chafariz																			
4	Cisterna de chuva ou Múltiplo Abastecimento																			
8	TRATAMENTO DA ÁGUA DE BEBER:																			
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 35%;">Fervida</td> <td style="width: 5%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 55%;">Sem tratamento</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Filtrada</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Mineral</td> </tr> </table>	1	Fervida	4	Sem tratamento	2	Filtrada	5	Mineral	TRATA										
1	Fervida	4	Sem tratamento																	
2	Filtrada	5	Mineral																	

26	RÁDIO/SOM	0	1	2	3	4	ou mais	RADIO		
27	TELEVISÃO - CORES	0	1	2	3	4	ou mais	TVCOR		
28	RENDA FAMILIAR MENSAL: Recebimentos no mês anterior ao da Pesquisa									
	Nº Ordem	TIPO (se salário, pensão, benefício, aposentadoria, BF)					R\$			
	TOTAL MENSAL:							R\$ _____		
29	A RENDA FAMILIAR É:									
	1	Total	2	Parcial	3	Zero	9	Toda Ignorada	CODREN	
30	A FAMÍLIA ESTÁ INSCRITA NO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA?									
	1	Sim, comprovado	2	Sim, informado	3	Não	9	Não sabe	INSCPBF	
	Se não estiver inscrita no PBF, encerrar esta parte da entrevista									
31	Se sim, recebeu o benefício no último mês?									
	1	Sim	2	Não	9	Não sabe		RECEBEU		
32	Quando a família começou a receber o benefício do Bolsa Família									
	Ano: _____		8888	Não recebeu	9999	Não sabe		P B F Q		
33	O que fez do dinheiro recebido no último mês? (marcar até 3 opções)									
	1	Ainda não recebeu	6	Comprou roupas						
	2	Comprou alimentos	7	Outro:	_____					

	3	Pagou aluguel	8	Não recebeu ainda	DINHM ES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4	Pagou dívidas	9	Não sabe				
	5	Comprou remédios						
34	Depois que sua família começou a receber o dinheiro do PBF, o(a) Sr(a) diria que a alimentação de vocês?							
	1	Melhorou muito	4	Piorou				
	2	Melhorou	5	Piorou muito				
	3	Continua igual	9	Não sabe/não recebeu ainda	DINHM ES1			<input type="checkbox"/>
35	Depois que sua família começou a receber o dinheiro do PBF, o(a) Sr(a) diria que a vida de vocês?							
	1	Melhorou muito	4	Piorou				
	2	Melhorou	5	Piorou muito				
	3	Continua igual	9	Não sabe/não recebeu ainda	DINHM ES2			<input type="checkbox"/>

(Entrevistador: preencher as caselas com os números 1, 2 ou 9)

36	Quantas refeições por dia são feitas na casa?							
	1	Refeições principais		REFEP		<input type="checkbox"/>		
	2	Lanches		LANCHES		<input type="checkbox"/>		
37	Como a família consegue os alimentos para seu consumo? (Até 3 respostas)							
	1	Compra	3	Recebe doações				
	2	Produção própria	4	Faz troca por serviços ou outros alimentos que produz		COMOCOM		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Aonde o(a) Sr(a) compra a maior parte dos alimentos da família?							

	1	Supermercado	5	Taberna/ bar/ bodega/ boteco				
	2	Mercadinho	6	Outro:	COMPRAA			
	3	Quitanda/ venda	8	Não se Aplica				
	4	Feira/ mercado livre	9	Não sabe dizer				
39	Em relação à qualidade da alimentação da sua família, o(a) Sr(a) diria que é:							
	1	Muito boa	4	Ruim	QUALALM			
	2	Boa	5	Muito ruim				
	3	Regular	9	Não sabe/ não respondeu				
40	5. Em sua opinião, quais tipos de alimentos faltam para que a alimentação da sua família seja melhor? <i>Marcar até 3 opções</i>							
	01	Frutas	07	logurte	FALTALI 3			
	02	Verduras	08	Leite ou queijo				
	03	Carnes	09	Biscoitos ou outros alimentos industrializados				
	04	Feijão	10	Todos				
	05	Arroz	00	Nenhum				
	06	Macarrão	99	Não sabe/ não respondeu				
41 - ESCALA BRASILEIRA DE INSEGURANÇA ALIMENTAR (EBIA)					SIM (1)	NAO (2)	NS/NR (9)	
** O domicílio tem algum morador menor de 18 anos?					MENOR1 8			
1. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio tiveram a preocupação de que a comida acabasse antes que tivessem dinheiro para comprar mais comida?					SAN1			

2. Nos últimos três meses, os alimentos acabaram antes que os moradores desse domicílio tivessem dinheiro para comprar mais comida?	SAN2			
3. Nos últimos 3 meses, os moradores desse domicílio ficaram sem dinheiro para ter uma alimentação saudável e variada?	SAN3			
4. Nos últimos 3 meses, os moradores deste domicílio comeram apenas alguns tipos de alimentos que ainda tinham, porque o dinheiro acabou.	SAN4			
Se em TODAS as perguntas 1, 2, 3 e 4 estiver assinalada a quadrícula correspondente ao código (2) NÃO ou (9) NS / NR, ENCERRA ESSA PARTE DA ENTREVISTA E PASSE PARA O CONSUMO.				
		SIM (1)	NAO (2)	NS/NR (9)
5. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade deixou de fazer alguma refeição porque não havia dinheiro para comprar a comida?	SAN5			
6. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade comeu menos do que achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar comida?	SAN6			
7. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade sentiu fome, mas não comeu, porque não tinha dinheiro para comprar comida?	SAN7			
8. Nos últimos 3 meses, algum morador de 18 anos ou mais de idade ficou um dia inteiro sem comer ou, teve apenas uma refeição ao dia, porque não tinha dinheiro para comprar a comida?	SAN8			
CASA SEM MENORES DE 18 ANOS, ENCERRAR ESSA PARTE DA ENTREVISTA				
9. (<18ª) Nos últimos 3 meses, os moradores com menos de 18 anos de idade não puderam ter uma alimentação saudável e variada, porque não havia dinheiro para comprar comida?	SAN9			
10. (<18ª) Nos últimos 3 meses, os moradores menores de 18 anos de idade comeram apenas alguns poucos tipos de alimentos que ainda havia neste domicílio, porque o dinheiro acabou?	SAN10			
11. (<18ª) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade comeu menos do que você achou que devia, porque não havia dinheiro para comprar a comida?	SAN11			
12. (<18ª) Nos últimos 3 meses, foi diminuída a quantidade de alimentos das refeições de algum morador com menos de 18 anos de idade, porque não havia dinheiro suficiente para comprar a comida?	SAN12			

13. (<18ª) Nos últimos 3 meses, algum morador com menos de 18 anos de idade deixou de fazer alguma refeição, porque não havia dinheiro para comprar a comida?		SAN13				
A próxima questão só deve ser respondida se o entrevistado respondeu algum SIM nas questões de 1 a 4 da EBIA.						
42. Vou ler alguns motivos que as pessoas usam como explicação por não ter a quantidade ou variedade de alimentos desejada. Após ler, gostaria que o(a) Sr(a) dissesse se uma ou mais destas razões ocorre com sua família.						
		(1) Sim	(2) Não	(9) Não sabe		
1	Faltou dinheiro para a comida				DINDIN	
2	Faltou variedade de sua preferência no mercado/ feira/ armazém/ venda				VARIE	
3	É muito difícil chegar até o mercado/ feira/ armazém/ venda				DIFIC	
4	Faltou tempo para fazer compras ou cozinhar				TEMPO	
5	Faltou produção de alimentos suficiente para o sustento				PRODUC	
6	Estou/ estamos endividados, sem crédito				DIVID	
7	Faltou água para cozinhar				AGUAC	
8	Faltou gás, lenha ou álcool para cozinhar				SEMGAS	
9	Problemas de saúde impediram que pudesse cozinhar ou comer				DOENTE	
10	Estou/ estamos em dieta especial				DIETA	
11	Outro:				OUTROM	

ANEXO C – FORMULÁRIO DA IV PESN – CRIANÇA

F3 – CRIANÇA

QUESTIONÁRIO

NOME DA CRIANÇA < 5 ANOS (< >): Nº ORDEM (criança) Nº ORDEM (mãe/responsável)

1 A senhora, responsável por < > é:

1	Mãe biológica	2	Mãe adotiva	3	Outro: _____	RESPO NS
					-	

2 A mãe fez pré-natal na gravidez de < >? (Se SIM,.

1	Sim (Pular a próxima questão e continuar na 4)	2	Não	3	Não sabe (Passar para a Questão 5)	PN

3 Se Não fez pré-natal, por que não fez? (assinalar UMA resposta e passar para a questão 5)

1	Não teve problema de saúde	3	Teve dificuldade de acesso ao posto	9	Não sabe
2	Achou desnecessário	4	Outro: _____		PNAO

(Se a entrevistada for mãe adotiva, fazer as questões 4 a 4.12 sempre se referindo à mãe biológica)

4	SE FEZ PRÉ-NATAL, em que mês da gestação iniciou o pré-natal de < >?							
		Mês	9	Não sabe	PNSIM			
4.1	Recebeu o Cartão no pré-natal?							
1	Sim, visto	2	Sim, não visto	3	Não	9	Não sabe/não lembra	RECART
4.2	Quantas consultas fez?							
		Consultas	99	Não sabe/não lembra	PNCONS			
4.3	Quantas doses da vacina antitetânica recebeu no pré-natal de < >?							
	1	Já estava imunizada	5	1 dose reforço				
	2	1 dose	6	Nenhuma				
	3	2 doses	9	Não sabe	PNVACIN			

4	3 doses e mais								
4.4	Fez exame no pré-natal?								
1	Sim	2	Não (<i>passar para a questão 4.12</i>)			9	Não sabe (<i>passar para a questão 4.12</i>)		PNSAN
4.5	Se <u>SIM</u>, qual desses exames fez?								
1. Anemia	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNANEMIA
2. Sífilis (VDRL)	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNVDRL
3. Diabetes	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNDIAB
4. Tipo Sanguíneo	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNTIPOS
5. HIV	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNHIV
6. Toxoplasmose	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNTOXO
7. Hepatite	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNHEP
8. Infecção urinária	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNITU
9. Citologia (Preventivo)	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNCITO
4.6	Durante o pré-natal:								
1. Mediram a pressão arterial?	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNPA
2. Aferiram o peso?	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNPESO
3. Mediram a altura?	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNALTU
4. Mediram a barriga?	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNFUNDO
5. Ouviram o coração do bebê?	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNCORA
6. Examinaram as mamas?	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNMAMA
4.7	Durante o pré-natal, recebeu orientações ou participou de palestras sobre:								
1. Cuidados com a gravidez	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNCUIDA
2. Comparecimento às consultas agendadas	1	Sim	2	Não		9	Não sabe		PNCONSUL

3.	Alimentação saudável	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	PNALIM
4.	Efeitos do fumo e bebida na gravidez	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	PNFUBEBE
5.	Aleitamento materno	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	PNALEI
6.	Estímulo ao parto Normal	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	ESTPN
SE SIM para aleitamento materno:								
4.8	Foi orientada para fazer o aleitamento materno exclusivo?	1	Sim	2	Não	8	Não sabe/NSA	ORIAMÉ
4.9	Se sim, a orientação para o AME foi para até que mês de vida?	1	6 meses	2	Outro	8	Não sabe/NSA	AMEMES
4.10	Foi receitado algum medicamento durante o pré-natal?	1	Sim	2	Não (<i>passar para a questão 4.12)</i>	9	Não sabe (<i>passar para a questão 4.12)</i>	PNMEDC
4.11	SE SIM, para que:							
1.	Anemia	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	MEDANE
2.	Sífilis	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	MEDSIF
3.	Diabetes	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	MEDDIA
4.	Pressão alta	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	MEDPRES
5.	Vitamina	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	MEDVITA
6.	HIV	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	MEDHIV
7.	Infecção urinária	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	MEDITU
8.	Toxoplasmose	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	MEDTOXO
9.	Outro _____	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	MEDOUT
4.12	A Mãe biológica realizou uma consulta até 42 dias depois do parto no posto de saúde?	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	CONSPOSP

5	Onde nasceu < >?									
1	Hospital Público	2	Hospital Privado	3	Em casa	4	Outro _____	9	Não sabe	LOCNAS

6	Como foi o parto?											
	1	Normal/natural	2	Cesáreo	3	Fórceps						
	4	Outro: _____			9	Não sabe			PARTO			
7	Quem fez o parto?											
	1	Médico	2	Enfermeiro (a)	3	Parteira						
	4	Outro (a) _____			9	Não sabe			FEZPARTO			
7.1	A criança teve contato pele a pele com a mãe na primeira hora de vida?				1	Sim	2	Não	9	Não sabe	CONTAT	
7.2	A criança mamou na sala de parto na primeira hora de vida?				1	Sim	2	Não	9	Não sabe	PEITOP	
7.3	A criança ficou em alojamento conjunto?				1	Sim	2	Não	9	Não sabe	ALOJA	
7.4	A mãe biológica tomou vitamina A após o parto?				1	Sim	2	Não	9	Não sabe	VITAPOS	
8	Quanto pesou < > ao nascer? _____ (g)				(9999) Não sabe		PNAS					
9	O peso ao nascer foi:											
	1	Registrado	2	Só Informado	9	Não sabe			PREG			
10	Tem Registro de Nascimento?											
	1	Sim, visto	2	Sim, não visto	3	Não	9	Não sabe	REGN			
11	< > usa ou usou chupeta?		1	Sim, usou	2	Sim, usa	3	Não	9	Não sabe	CHUP	
11.1	Há quanto tempo usa ou, por quanto tempo usou chupeta? _____ Meses				99	Não sabe	CHUPTM					
(Converter em meses)												
12	< > mama?											
	1	Sim	2	Não	9	Não sabe			MAMA			

13	< > mamou?		1	Sim	2	Não	9	Não sabe MAMOU				
(Passar para a questão 17) (passar para a questão 18)												
14	Se MAMOU, até que idade ficou em aleitamento materno exclusivo (só peito, sem receber água, chá, e qualquer outro alimento?)											
9 - 99 - Não sabe												
				<input type="text"/>	Meses	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Dias	MAMEXM			
									MAMEXD		<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	Até que idade < > mamou? (O tempo total de aleitamento)				<input type="text"/>	<input type="text"/>	Ano (s)	99 - Não sabe	IMA		<input type="text"/>	<input type="text"/>
								IMM		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
								IMD		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
16	Por que deixou de mamar? (até três alternativas)											
		1	Leite insuficiente			6	Mãe trabalhava/estudava					
		2	Criança não queria			7	Problemas no seio	DESMAMA		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		3	Mãe não queria			8	Outro: _____					
		4	Criança doente			999 - Não sabe						
		5	Mãe doente									
16a	Se teve problemas no seio, quais foram esses problemas? - (Até 2 alternativas)											
		1	Fissura			3	Abscesso/Mastite			4	Outro: _____	
		2	Peito pedrado/ Ingurgitamento			88	NSA	PROBSEIO		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
						99	Não sabe					
17	Por que nunca mamou?											
		1	Leite insuficiente			6	Mãe trabalhava/estudava	DESMOU		<input type="text"/>		
		2	Criança não queria			7	Problemas no seio					
		3	Mãe não queria			8	Outro: _____					
		4	Criança doente									
		5	Mãe doente			9 = Não sabe						

17.a. Se NUNCA MAMOU que alimento (s) ofereceu a < > como substituto do Leite Materno?

1	Leite em pó modificado		
2	Leite em pó integral	9= Não sabe	SUBSLM
3	Leite de vaca não pasteurizado (natural)		
4	Leite de vaca pasteurizado (saco ou caixa)		
5	Leite de cabra		
6	Mingau		
7	Outro: _____		

18	ENQUANTO MAMA (VA), com que idade começou a receber:	<i>(Primeiras duas caselas meses, duas últimas caselas dias)</i>												
			Água			Mês (es)			Dia(s)	MAGU				
00	nunca recebeu		Chá			Mês (es)			Dia(s)	MCHA				
88	NSA (nunca mamou)		Suco			Mês (es)			Dia(s)	MSUC				
99	não sabe		Outro leite			Mês (es)			Dia(s)	MLEIT				
			Mingau			Mês (es)			Dia(s)	MMIN				
			Outro			Mês (es)			Dia(s)	MOUT				

ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS MENORES DE 6 MESES *(Se criança < de 6 meses, responder e passar para questão 22)*

19	Nas ÚLTIMAS 24 HORAS , < > comeu ou tomou:											
	Leite do peito?	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	ONPEI				
	Água?	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	ONAGU				
	Chá?	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	ONCHA				
	Outro leite?	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	ONOUTL				
	Mingau?	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	ONMING				
	Suco?	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	ONSUCO				
	Outro alimento?	1	Sim	2	Não	9	Não sabe	ONOLEI				

ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS ENTRE 6 MESES E 2 ANOS (Últimas 24 horas)

(Se a criança for **MAIOR** de 6 MESES e **MENOR** DE 2 ANOS, responder e ir para a questão 22.)

20

Nas últimas 24 horas, < > comeu ou tomou:

1. **Ontem**, < > comeu verduras/legumes? (Não considerar os utilizados como tempero, nem cará, inhame, macaxeira ou batata).
2. **Ontem**, < > comeu fruta?
3. **Ontem**, < > comeu carne?
4. **Ontem**, < > comeu feijão?
5. **Ontem**, < > comeu assistindo TV?
6. **Ontem**, < > comeu comida de panela no jantar?
7. **Ontem**, < > tomou mingau com leite ou leite engrossado com farinha?
8. no **último mês**, < > tomou refrigerante?
9. < > recebeu mel, açúcar, rapadura ou melaço com outros alimentos ou para adoçar líquidos, **antes dos 6 meses**?
10. < > tomou suco industrializado ou refresco em pó **antes dos 6 meses** de idade?
11. < > recebeu papa salgada ou comida de panela **antes dos 6 meses de idade**?

ALIMENTAÇÃO DAS CRIANÇAS ENTRE 2 E 5 ANOS (Últimas 24 horas)

21

Nas **ÚLTIMAS 24 HORAS**, < > comeu ou tomou:

1. **Ontem**, quantos copos ou mamadeiras de leite < > tomou?

1

Não tomou

2

Até 2

3

2. **Ontem**, < > comeu fruta?

3. **Ontem**, < > comeu carne?

4. **Ontem**, < > comeu feijão?

5. **Ontem**, < > comeu assistindo TV?

6. **Ontem**, < > recebeu comida de panela no jantar?

22 Com que frequência na semana < > ingere esses alimentos? (Perguntar para todas as crianças, não importa a idade)

Leite, chá, suco ou outras bebidas adoçadas com mel/melaço/açúcar/rapadura?

1 5 a 7 vezes/semana (Todos os dias) 2 3 a 4 vezes/semana (Dia sim e dia não)
3 1 a 2 vezes/semana (Às vezes) 4 Nunca **FDOCE**

Fruta, ou bebe suco de fruta fresca?

1 5 a 7 vezes/semana (Todos os dias) 2 3 a 4 vezes/semana (Dia sim e dia não)
3 1 a 2 vezes/semana (Às vezes) 4 Nunca **FFRUT**

Refrigerante?

1 5 a 7 vezes/semana (Todos os dias) 2 3 a 4 vezes/semana (Dia sim e dia não)
3 1 a 2 vezes/semana (Às vezes) 4 Nunca **FREFRI**

Feijão?

1 5 a 7 vezes/semana (Todos os dias) 2 3 a 4 vezes/semana (Dia sim e dia não)
3 1 a 2 vezes/semana (Às vezes) 4 Nunca **FFEIJAO**

Biscoito de pacote?

1 5 a 7 vezes/semana (Todos os dias) 2 3 a 4 vezes/semana (Dia sim e dia não)
3 1 a 2 vezes/semana (Às vezes) 4 Nunca **FBISC**

Salgadinho de pacote (industrializado)?

1 5 a 7 vezes/semana (Todos os dias) 2 3 a 4 vezes/semana (Dia sim e dia não)
3 1 a 2 vezes/semana (Às vezes) 4 Nunca **FSALG**

23 Tem cartão ou caderneta da criança?

1 Sim, visto 3 Não, mas já teve 9 Não sabe **CARTAO**
2 Sim, não visto 4 Não/Nunca teve *(Se não visto ou não tem, passar para 28)*

OBSERVAR NO CARTÃO/CADERNETA DA CRIANÇA

24 Foi pesado (a) nos últimos 3 meses?

1 Sim 2 Não

25 No cartão/caderneta tem pelo menos um registro do desenvolvimento?

1 Sim

2 Não

26 OBSERVAR NO CARTÃO E ANOTAR AS DOSES DE VACINAS RECEBIDAS

00 Nenhuma

1.BCG

2.HEPATITE a

3.HEPATITE B

4.PÓLIO ORAL (VOP)

5.PÓLIO INJETÁVEL (VIP)

6.TETRA (*Difteria, Tétano, Coqueluche e Hemófilus tipo B*)

7.PENTAVALENTE (*Difteria, Tétano, Coqueluche, Hemófilus tipo B e Hepatite B*)

8.ROTAVÍRUS

9.DPT

10. TRIPLICE VIRAL (*Sarampo, Caxumba e Rubéola*)

11. TETRAVIRAL (*Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela*)

12. PNEUMO 10

13. MENINGOCÓCICA

14. GRIPE INFLUENZA

27	Tem registro de dose de vitamina A nos últimos 6 meses ? (<i>para crianças de 6 meses a < 5 anos</i>)		
	1	Sim, registrado	
	2	Não	8 NSA (< 6 meses)

28	< > está com DIARREIA HOJE?		
	1	Sim. Quantas evacuações?	
	2	Não	

(se 2 e 9, assinalar 88 em EVACUA)

29	Teve DIARREIA nas ÚLTIMAS DUAS SEMANAS?		
	1	Sim. Quantos dias?	
	2	Não	

(se 2 e 9, assinalar 88 em QTDIA)

Se a resposta for Não nas questões 28 e 29, passar para a questão 37

30	Se sim, foi levada para consulta?		
	1	Sim	2 Não

31	Se sim, com quem foi a consulta?		
	1	Médico	4 Agente de saúde
	2	Enfermeiro	5 Outro _____
	3	Técnico de enfermagem	6 Não sabe/não lembra/Não foi para consulta

32	SE TEVE DIARREIA: Você deu para < > algo de beber para tratar a DIARREIA?		
	1	Sim	
	2	Não (<i>marque 0 nas questões 33 e 34</i>)	

33	SE TEVE DIARREIA: O que você deu para < > beber?		
		Soro caseiro	1 Sim
		Soro pacote/sachê (LAFEPE/ Farmácia)	1 Sim

Chá	1	Sim
Suco	1	Sim
Água de coco	1	Sim
Outro líquido. Qual? _____	1	Sim

34 SE USOU SORO: Quem orientou o uso do soro?

1	Médico	4	Farmacêutico/balconista
2	Agente de saúde	5	Rádio/televisão
3	Enfermeiro	6	Outro _____

35 Suspendeu a alimentação durante a DIARREIA?

1	Sim	2	Não
---	-----	---	-----

36 Usou algum medicamento para tratar a DIARREIA?

1	Sim	Qual? _____
2	Não	

37 < > teve tosse na última semana?

1	Sim	2	Não (<i>passar para a questão "42"</i>)
---	-----	---	---

SE TEVE TOSSE

38 Tinha febre?

1	Sim	2	Não
---	-----	---	-----

39 Tinha cansaço?

1	Sim	2	Não
---	-----	---	-----

40 Tinha nariz entupido?

1	Sim	2	Não
---	-----	---	-----

41 Foi levado para consulta?

1	Sim. Quem consultou? _____
2	Não

42 Foi internada nos ÚLTIMOS DOZE MESES?

1	Sim	2	Não (<i>passar para a questão 44</i>)
---	-----	---	---

**43 SE FOI INTERNADA: por qual (is) doença (s) e quantas vezes (NOS ÚLTIMOS 12 MESES)?
(Assinalar mais de uma resposta, se houver)**

Pneumonia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vezes
Asma/cansaço	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vezes
Diarreia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vezes

	Desnutrição	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vezes
	Outra:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Vezes _____
44	Nos ÚLTIMOS TRÊS MESES a criança precisou ser levada a um Serviço de Saúde?			
	<input type="text"/>	1	Sim, foi atendida	
	<input type="text"/>	3	Sim, mas não conseguiu atendimento	
45	Se sim, qual foi o motivo? (Até três opções)			
	<input type="text"/>	1	Febre	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	2	Cansaço	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	4	Diarreia	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	5	Dentista	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	7	Outro	<input type="text"/>
46	SE FOI ATENDIDA, qual o Serviço de Saúde utilizado?			
	<input type="text"/>	1	PSF/USF	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	5	Particular	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	2	Centro de Saúde/Policlínica	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	6	Outro: _____	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	3	Urgência/ Emergência Pública/UPA	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	8	NSA (Não foi atendida)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	4	Plano de Saúde	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	9	Não sabe	<input type="text"/>
47	SE FOI ATENDIDA, por quem?			
	<input type="text"/>	1	Médico	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	2	Enfermeiro(a)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	3	Auxiliar de enfermagem	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	6	Outro _____	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	4	Agente de Saúde	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	8	NSA (Não foi atendida)	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	5	Dentista	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	9	Não sabe	<input type="text"/>
48	Quanto tempo leva para ir de sua casa até o Serviço de Saúde mais próximo?			
	<input type="text"/>	9	9	Não Sabe
49	Qual o principal meio de transporte utilizado para chegar a este serviço?			
	<input type="text"/>	1	A pé	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	5	Transporte animal	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	2	Carro/ônibus/moto	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	6	Outro: _____	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	3	Ambulância	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	9	Não sabe	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	4	Bicicleta	<input type="text"/>
50	A Criança é cadastrada no Posto de Saúde (Unidade de Saúde da Família)?			
	<input type="text"/>	1	Sim	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	2	Não	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	8	NSA/ Não tem USF na área	<input type="text"/>

51	< > recebe regularmente (todo mês) visitas de algum Agente de Saúde?													
	1	Sim, do USF												
	2	Sim, do PACS												
	3	Sim, da Pastoral da Criança					9	Não sabe						
	4	Não												
52	< > tem / teve anemia?													
	1	Sim				2	Não (<i>Passar para questão 55</i>)							
53	SE SIM, com que idade < > tem / teve anemia?													
				Anos					Meses					
54	< > se tem / teve anemia, toma / tomou algum medicamento?													
	1	Sim. Qual? _____					2	Não						
55	Se fosse recomendado o (a) Sr (a) daria ao seu filho remédio para evitar anemia?													
								DARIARM	<input type="checkbox"/>					
	1	Sim		2	Não		9	Não sabe						
56	A criança está frequentando a creche/Escolinha?													
	1	Sim, rede privada		2	Sim, rede pública		3	Não, já frequentou		4	Nunca frequentou		CRECHE	<input type="checkbox"/>
57	O Pai mora com a criança?													
	1	Sim				2	Não		PAIPRES	<input type="checkbox"/>				
58	Se Não, o pai tem contato com a criança e ajuda financeiramente?													
	1	Sim, contato e ajuda financeira			4	Não, nem contato, nem ajuda financeira			PAIPAR	<input type="checkbox"/>				
	2	Sim, só contato			8	NSA (mora com pai)								
	3	Sim, só ajuda financeira												
59	Quando a engravidou de < > a Sra queria?													
	1	Sim		2	Não		3	Mãe adotiva		9	Não sabe		CRECHE	<input type="checkbox"/>

ANEXO D – PARECER DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FATORES ASSOCIADOS À MORBIDADE EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Pesquisador: Alessandra Carla Ricardo de Barros

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14740619.5.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.443.003

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa da mestranda Alessandra Carla Ricardo de Barros vinculada à Pós Graduação do Curso de Enfermagem-CCS/UFPE, com a orientação das professoras Dra. Maria Gorete Lucena de Vasconcelos (orientadora) e Profa. Dra. Wanderleya de Lavor Coriolano-Marinus (Co-Orientadora). É um estudo do tipo analítico, exploratório, de corte transversal que será realizado a partir dos dados da IV Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN), realizada no ano de 2015. A mesma será realizada no Departamento de Nutrição da Universidade Federal de Pernambuco, onde estão armazenados os dados da IV PESN, que ocorreu nos municípios de Vicência, São Bento do Una, Panelas, Caruaru, Serra Talhada, Custódia, Belém de São Francisco, Palmares, Olinda, Paulista, Cabo, Jaboatão e Recife. Serão utilizados os dados referentes às crianças menores de cinco anos, da IV PESN, residentes nos municípios do estado de Pernambuco, que correspondem a uma amostra de 845 crianças, e compoem o público alvo desta pesquisa. Como Critério de inclusão foram definidos: crianças com idade menor de cinco anos residentes nos municípios de Pernambuco coletados na IV PESN; e como Critérios de Exclusão: aqueles questionários que apresentarem incoerências de informações e variáveis incompletas. Os dados serão coletados utilizando-se os mesmos questionários da IV PESN: registro dos moradores, registro do domicílio e renda e registro da criança. As análises e respectivos testes serão realizados por meio de procedimentos estatísticos.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.443.003

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral: Analisar os fatores associados às morbidades em crianças menores de cinco anos de idade no estado de Pernambuco

Objetivos Específicos: Construir um modelo hierárquico para morbidades em crianças menores de cinco anos de idade;

- Descrever os principais sinais e sintomas associados às morbidades em crianças menores de cinco anos de idade;
- Analisar a relação dos indicadores sociodemográficos, ambientais, reprodutivos-maternos e de assistência à saúde com as principais morbidades prevalentes na infância em crianças menores de cinco anos de idade;
- Comparar os sinais e sintomas de morbidades prevalentes na infância em crianças menores de cinco anos de idade residentes em áreas rurais e urbanas;
- Identificar fatores relacionados à hospitalizações nos últimos doze meses.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

- Riscos: O risco envolvido nesta pesquisa poderá estar relacionado à perda de formulários, e para evitá-lo os mesmos só serão manipulados no acervo onde estão guardados, e mantendo-os sempre nas pastas organizadoras após consulta.
- Benefícios: O fato de estudar municípios do interior do estado de PE que é uma região fragilizada na realização de pesquisa na área, será possível identificar os fatores associados à morbidade nas crianças menores de cinco anos residentes na região e que podem servir para futuras ações.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante, especialmente na atualidade, quando há um recrudescimento da mortalidade infantil por diversos fatores que implicam na piora das condições de vida das famílias alvo do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram anexados todos os Termos exigidos pela Res.466/2012, devidamente assinados e datados pelos responsáveis.

Recomendações:

Nenhuma.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.443.003

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1323199.pdf	04/07/2019 20:45:38		Aceite
Outros	CARTA_DE_RESPOSTA_AS_PENDENCIAS.pdf	04/07/2019 20:42:33	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceite
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.docx	04/07/2019 20:41:49	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceite

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2126-8588 E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.443.003

Outros	DeclaracaoVinculoMestrado.jpg	28/05/2019 22:32:08	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito
Outros	CartaAnuenciaUsodados.doc	28/05/2019 22:23:30	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	20/05/2019 23:58:28	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito
Outros	TermoConfidencialidade.jpg	28/03/2019 20:54:52	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito
Outros	Solicitacao_de_dispensa_do_TCLE.jpg	28/03/2019 20:54:06	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Wanderleya_de_Lavo r.pdf	27/03/2019 20:43:58	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito
Outros	Curriculo_Maria_Gorete_Lucena_de_Va sconcelos.pdf	27/03/2019 20:43:42	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito
Outros	Curriculo_Vilma_Costa_de_Macedo.pdf	27/03/2019 20:43:23	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito
Outros	Curriculo_Pedro_Israel_Cabral_de_Lira. pdf	27/03/2019 20:43:04	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito
Outros	Curriculo_Alessandra_Barros.pdf	27/03/2019 20:42:42	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito
Outros	FORMULARIO_DO_IV_PESN_REGIST RO_DOS_MORADORES.docx	27/03/2019 20:42:12	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito
Outros	FORMULARIO_DO_IV_PESN_REGIST RO_DO_DOMICILIO_E_RENDA.docx	27/03/2019 20:41:49	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito
Outros	F3_CRIANCA.docx	27/03/2019 20:41:30	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclUsoDados_2019.docx	27/03/2019 20:41:01	Alessandra Carla Ricardo de Barros	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 08 de Julho de 2019

Assinado por:

LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** ceapocs@ufpe.br

ANEXO E – CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE NUTRIÇÃO**



CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) a pesquisador (a) **ALESSANDRA CARLA RICARDO DE BARROS**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **FATORES ASSOCIADOS À MORBIDADE EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO ESTADO DE PERNAMBUCO**, que está sob a orientação do(a) Prof. (a) **MARIA GORETE LUCENA DE VASCONCELOS** cujo objetivo é Analisar os fatores associados às morbidades em crianças menores de cinco anos de idade no estado de Pernambuco, nesta Instituição, bem como cederemos o acesso aos dados da IV Pesquisa Estadual de Saúde e Nutrição (PESN) para serem utilizados na referida pesquisa.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Recife, 12 de fevereiro de 2019.

Prof. Titular Pedro Israel Cabral de Lira
Departamento de Nutrição – CCS/UFPE

 **Pedro Israel Cabral de Lira**
Professor Titular
Departamento de Nutrição/CCS/UFPE
SIAPE: 2131239 - CRM 5272