Faculdades Integradas de Patos
Curso de Medicina
v. 6, 2021, p. 327-341
ISSN: 2448-1394

Journal of Medicine and Health Promotion

PERFIL DE INTERNAÇÕES NA CLÍNICA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO FEDERAL: ESTUDO TRANSVERSAL

PROFILE OF HOSPITALIZATIONS IN THE PEDIATRIC CLINIC OF A FEDERAL UNIVERSITY HOSPITAL: A CROSS-SECTION STUDY

Leandro Januário de Lima
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG- Cajazeiras- Paraíba- Brasil
leandrojanuario100@gmail.com

Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Universidade Federal de Campina Grande – UFCG- Cajazeiras- Paraíba- Brasil
maria.andrade@professor.ufcg.edu.br

RESUMO
Objetivo: Analisar as internações na clínica pediátrica de um hospital universitário federal em 2014.
Método: Estudo documental, descritivo, de cunho quantitativo, transversal, com dados primários. Analisaram-se os prontuários de pacientes pediátricos internados no ano de 2014, com a coleta de dados obedecendo um formulário estruturado.
Resultados: foram realizadas 472 internações no período, predominando o sexo masculino (n = 245; 51,9%) e procedência da zona urbana (n = 294; 62,3%), com a cidade de Cajazeiras concentrando 51,5% dos casos. A média de idade dos pacientes institucionalizados foi de 4,66 anos, e faixa etária com mais internações se situou entre um e quatro anos. Pneumonia não especificada (n = 146), Disenteria Amebiana Aguda (n = 81) e Infecção do Trato Urinário (n = 42) foram as principais causas de internação. Todas as internações se deram em regime de urgência, e alta melhorado foi o principal desfecho observado. A permanência hospitalar foi de 4,35 dias em média, variando de 2 até 15 dias. A classe das doenças respiratórias tiveram a maior prevalência (36,7%), e somadas às doenças infecciosas e parasitárias representaram 70% dos diagnósticos estabelecidos. Houve variação dos principais diagnósticos entre as faixas etárias estudadas. O hemograma foi o principal exame laboratorial solicitado, ao passo que o raio-x foi de imagem; ao todo, 1793 exames foram solicitados.
Conclusão: A prevalência das internações observada neste estudo coaduna com estudos anteriores, e o grande número de internações por causas preveníveis reforça a necessidade de estabelecer uma linha de cuidado efetiva em saúde da criança.

Palavras-Chave: Hospitalização. Pediatria. Epidemiologia. Saúde da criança.

ABSTRACT
Objective: to analyze admissions to the pediatric clinic of a federal university hospital in 2014.

Method: Documentary, descriptive, quantitative, cross-sectional study, with primary data. The medical records of pediatric patients hospitalized in 2014 were analyzed, with data collection following a structured form.
Results: 472 hospitalizations were carried out in the period, predominantly male (n = 245; 51.9%) and from the urban area (n = 294; 62.3%), with the city of Cajazeiras concentrating 51.5% of the cases. The average age of institutionalized patients was 4.66 years, and the age group with the most hospitalizations was between one and four years. Unspecified pneumonia (n = 146), Acute Amoebic Dysentery (n = 81) and Urinary Tract Infection (n = 42) were the main causes of hospitalization. All admissions were made on an emergency basis, and improved discharge was the main outcome observed. The hospital stay was 4.35 days on average, ranging from 2 to 15 days. The class of respiratory diseases had the highest prevalence (36.7%), and added to infectious and parasitic diseases represented 70% of the diagnoses established. There was variation in the main diagnoses between the studied age groups. The CBC was the main laboratory test requested, while the X-ray was an image; in all, 1793 exams were ordered.
Conclusion: The prevalence of hospitalizations observed in this study is in line with previous studies, and the large number of hospitalizations for preventable causes reinforces the need to establish an effective line of care in child health.

Keywords: Hospitalization. Pediatrics. Epidemiology. Child health.

1. Introdução

A internação hospitalar é um processo de saúde destinado à prestação de cuidado mais intensivo aos pacientes que, em virtude de apresentarem quadros mais graves e sinais de alarme e gravidade, necessitam serem institucionalizados para a promoção de cuidados mais intensivos, com a observação direta dos profissionais de saúde e realização de procedimentos mais invasivos, necessários à estabilização do quadro clínico. Trata-se então de um processo envolto de emoções, capazes de gerar alterações comportamentais, medo e ansiedade nos pacientes que lhe são submetidos. Estes desfechos psicológicos negativos estão presentes nas crianças durante a internação e, além deste período, associando a hospitalização à consequências negativas no imaginário infantil e dos pais.[1]

O isolamento do ambiente familiar e a ausência de amigos são fatores associados à resposta estressora geralmente desencadeada pelas crianças hospitalizadas, sobretudo quando submetidas à longa permanência. À medida que o processo fisiológico se instala, ocorre modulação dos hormônios hipotalâmicos, com aumento do estímulo à secreção do cortisol e queda da produção dos demais hormônios do eixo hipotálamo-hipófise-glândulas, caracterizando uma resposta corporal inespecífica com alterações neuroendócrinas, hormonais e imunológicas. A longo prazo, esta fisiologia impacta no desenvolvimento infantil. A atuação do médico de família pode reduzir a necessidade de hospitalização, e a instalação do processo estressor.[2] Os pais também são submetidos ao processo estressor e podem experimentar desfechos psicológicos ruins, o que interfere também na resposta apresentada pela criança institucionalizada.[3]

Paralelamente à esfera psicológica, as internações pediátricas apresentam custos

consideráveis aos sistemas de saúde no Brasil e no mundo, além de serem um reflexo das iniquidades socioeconômicas. Num estudo americano para avaliar a intensidade relativa de cuidados hospitalares específicos em crianças, os pacientes eram majoritariamente provenientes de famílias com rendas baixas, mais de 30% com salários inferiores ao primeiro quartil da pesquisa. Apendicite aguda, asma, bronquiolite e pneumonia estiveram entre os diagnósticos mais comuns que exigiram procedimentos e geraram custos.[4] A redução das internações através de uma atenção ambulatorial mais eficaz, além de implicar em menor exposição dos pacientes pediátricos a procedimentos invasivos e resposta estressora, faz-se salutar diante de um cenário de sub-financiamento das instituições hospitalares, com remuneração aquém do custo dos cuidados prestados.[5]

Embora o Ministério da Saúde brasileiro estabeleça diretrizes para o acompanhamento das crianças no âmbito da atenção primária, lançando bases para o estabelecimento de linhas de cuidado desta população específica que ofereçam atendimento integral[6], os serviços de saúde ainda não se adequaram a estas diretrizes apresentando características heterogêneas quanto ao cuidado da saúde da criança, necessitando implantar novos planejamentos de ações programáticas, atividade que entravam em um cenário de dificuldades estruturais e processuais.[7] Neste sentido, a hospitalização também reveste-se como um indicador da qualidade do serviço prestado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Outro aspecto relevante é que muitas famílias apresentam dificuldades para encontrar resolutividade para os problemas apresentados pelos seus filhos em virtude de barreiras no acesso à atenção primária[8], incorrendo num fenômeno de busca pelos serviços hospitalares de urgência.[7]

Reveste-se de relevância o estudo das hospitalizações pediátricas à medida que o traçado do perfil de pacientes submetidos a esta intervenção pode auxiliar o planejamento de política públicas de fortalecimento da atenção primária, enquanto promotora de ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, bem como da atenção terciária, responsável pelo manejo de casos que necessitam de maior densidade tecnológica e geralmente maior permanência, podendo reduzir este último desfecho pela instituição de medidas mais efetivas, em virtude de conhecer os pacientes mais propensos à hospitalização. A redução das internações pediátricas, e de sua permanência hospitalar, propiciam mais qualidade de vida e menos impactos no desenvolvimento físico e psíquico das crianças. Sendo a estrutura epidemiológica influenciada diretamente pelos fatores culturais, ambientais, econômicos e sociais, e à medida que o Brasil apresenta-se como uma nação de grandes dimensões populacionais, o estudo dos perfis epidemiológicos locais mostra-se necessário e justifica-se frente à necessidade de estabelecer linhas de cuidado regionais que subsidiem o manejo dos pacientes entre as esferas de cuidado e de complexidade.

Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar as internações na clínica pediátrica de um hospital universitário federal em 2014. Ao traçar o perfil das hospitalizações ocorridas no Hospital Universitário Júlio Maria Bandeira de Mello (HUJB), espera-se contribuir para o fortalecimento das linhas de cuidado em saúde da criança pois, como instituição referência para a nona regional de saúde paraibana suas internações refletem o perfil da população adscrita. No desenvolvimento da pesquisa buscou-se responder: qual o perfil clínico-epidemiológico das internações pediátricas no HUJB em 2014?

2. Método

Trata-se de um estudo que faz parte do projeto "Descrição dos Internamentos do Hospital Júlio Maria Bandeira de Mello". Esta é uma pesquisa documental, descritiva, de cunho quantitativo. O documento para a coleta das informações foram os prontuários de crianças internadas na clínica pediátrica cuja data de entrada se deu entre 01 de janeiro de 2014 e 31 de dezembro de 2014. Neste sentido, os dados incluídos nesta análise são classificados como primários.

A coleta de dados ocorreu no ano de 2018 no Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticas do hospital, subsidiada pelo uso de um instrumento de coleta estruturado e validado nas fases preliminares da pesquisa. O principal documento para a tomada das informações sociodemográficas foi a autorização de internação hospitalar (AIH), enquanto as clínicas foram colhidas das evoluções e fichas de solicitação de exames complementares.

Os dados foram analisados a partir da montagem de um banco de informações no software Statistical Package for the Social Sciences ® (SPSS) versão 21.0. O perfil sociodemográfico dos casos foi levantado a partir das variáveis sexo, zona de procedência, cidade de origem, faixa etária, mês de atendimento. A zona de procedência foi dicotomizada em urbana e rural, baseando-se no endereço do paciente. As faixas etárias consideradas no estudo foram as adotadas pelo Departamento de Informática do SUS nos sistemas de informação, a saber: menores de um ano; entre um e quatro anos, entre 4,01 e dez anos; entre 10,01 e quatorze anos; 14,01 a 18,00 anos. Nas situações em que o internamento teve seu período entre dois meses, se obedeceu: (i) caso o período de permanência em cada mês fosse igual, definiu-se o mês de ingresso; (ii) já nos casos em que um dos meses tinha maior porcentagem do tempo de internação, a unidade temporal com maior participação foi adotada.

O perfil clínico foi traçado a partir do Diagnóstico Principal à época do internamento, classe do diagnóstico na 10ª Revisão da Classificação Internacional de Doenças e Agravos (CID-10), permanência hospitalar, caráter do atendimento, desfecho,

além da distribuição dos diagnósticos pelas faixas etárias. O diagnóstico adotado foi o presente na AIH. A permanência hospitalar foi calculada como a diferença entre a data da saída da instituição e data de internação. O caráter do atendimento foi categorizado como urgência ou eletivo, enquanto o desfecho do atendimento foi distribuído em alta melhorado, alta a pedido, transferência para outro estabelecimento ou alta por evasão. Para as variáveis qualitativas, realizou-se estatística descritiva com frequência absoluta e relativa. Nas variáveis quantitativas, calculou-se a média e o desvio padrão.

Em virtude de não haver contato direto com o paciente ou seu cuidadores, este estudo dispensou a elaboração de termo de consentimento livre e esclarecido. Porém, em virtude de acessar um documento legal do paciente, onde constam informações pessoais e caracterizam-no, este estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Formação de Professores da Universidade Federal de Campina Grande (CFP/UFCG), sob CAAE 67485717.0.00005575, sendo aprovado pelo parecer de número 2048056.

3. Resultados

Em 2014, foram realizadas 472 internações na clínica pediátrica do HUJB. Temporalmente, elas se concentraram no primeiro semestre do ano que reuniu 56,5% do total anual, além de contar com os cinco meses com maior volume de hospitalizações. O sexo masculino foi levemente predominante (n = 245; 51,9%) sobre o feminino. Quanto à zona de procedência dos pacientes, a prevalência foi maior na urbana (n = 294; 62,3%), conforme a tabela 1.

Tabela 1. Perfil Sociodemográfico das Internações.

Variável	Frequência Absoluta (n)	Percentual (%)
Sexo		
Masculino	245	51,9
Feminino	227	48,1
Zona de Procedência		
Zona Urbana	294	62,3
Zona Rural	178	37,7
Município de Residência		
Cajazeiras	243	51,5
Bernardino Batista	14	3,0
Monte Horebe	9	1,9
Cachoeira dos Índios	25	5,3
São José de Piranhas	54	11,4
São João do Rio do Peixe	40	8,5
Poço José de Moura	11	2,3
Serra Grande	3	0,6
Triunfo	18	3,8
Santa Helena	15	3,2
Uiraúna	12	2,5
Poço Dantas	7	1,5
Santarém (Joca Claudino)	2	0,4
Carrapateira	5	1,1
Bom Jesus	8	1,7
Bonito de Santa Fé	5	1,1
Umari-CE	1	0,2

Variável	Frequência Absoluta (n)	Percentual (%)
Mês		
Janeiro	44	9,3
Fevereiro	41	8,7
Março	54	11,4
Abril	45	9,5
Maio	36	7,6
Junho	47	10,0
Julho	35	7,4
Agosto	38	8,1
Setembro	30	6,4
Outubro	40	8,5
Novembro	35	7,4
Dezembro	27	5,7
Faixa Etária (anos)		
<= 1,00	96	20,3
1,01-4,00	163	34,5
4,01-10,00	152	32,2
10,01-14,00	44	9,3
14,01-18,00	17	3,6

Os pacientes foram provenientes de 17 municípios, 16 paraibanos e um cearense. A regional de saúde que se sedia em Cajazeiras possui 15 municípios e todos registraram internações na instituição no ano estudado. Serra Grande é o único município paraibano com hospitalizações no HUJB que não compõe a regional de Cajazeiras, pertencendo a 7ª Regional de Saúde. Os casos se concentraram na cidade que sedia o hospital (51,5%), seguida por São José de Piranhas (11,4%) e São João do Rio do Peixe (8,5%).

A média de idade dos pacientes institucionalizados foi de 4,66 anos (±4,13), variando de 0,05 até 17,82 anos. Mais da metade dos pacientes apresentou idade inferior à média. Os casos entre os pacientes com idade superior a dez anos representou uma pequena parcela das internações no período estudado (n = 61).

O diagnóstico principal prevalente foi a Pneumonia não especificada, representando mais de 30% das internações. Disenteria Amebiana Aguda e Infecção do Trato Urinário de localização não especificada formaram o trio de patologias mais prevalentes na instituição. No geral, 73 diagnósticos foram utilizados na autorização de internação hospitalar, conforme a tabela 2.

Tabela 2. Perfil Clínico das Hospitalizações.

Variável	(n)	(%)
Diagnóstico Principal		
Pneumonia não especificada	146	30,9
Disenteria Amebiana Aguda	81	17,2
Asma não especificada	8	1,7
Diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível	7	1,5
Causas desconhecidas e não especificadas de morbidade	6	1,3
Infecção do trato urinário de localização não especificada	42	8,9
Dengue Clássico	14	3,0
Anemia por deficiência de ferro não especificada	11	2,3
Epilepsia não especificada	7	1,5
Infecção estafilocócica de localização não especificada	14	3,0
Laringite Aguda	4	0,8
Amigdalite aguda não especificada	4	0,8
Pielonefrite não-obstrutiva crônica associada a refluxo	8	1,7
Diabetes Mellitus insulino-dependente – com outras complicações especificadas	5	1,1
Pneumonia bacteriana não especificada	3	0,6
Depleção de volume	4	0,8
Desnutrição proteico-calórica não especificada	3	0,6
Síndrome Nefrítica Crônica – não especificada	11	2,3
Septicemia não especificada	2	0,4
Leishmaniose não especificada	2	0,4
Bronquite aguda não especificada	2	0,4
Doença do aparelho digestivo sem outra especificação	2	0,4
Infecção estreptocócica de localização não especificada	13	2,8
Linfadenite não especificada	4	0,8
Cistite aguda	4	0,8
Arritmia ventricular por reentrada	2	0,4
Hepatite viral não especificada sem coma	3	0,6
Cólica nefrética não especificada	3	0,6
Coqueluche não especificada	12	2,5
Intoxicação por antibióticos sistêmicos não especificados	2	0,4
Outras Doenças	43	9,1
Classe da CID-10		
Algumas Doenças Parasitárias e Infecciosas	157	33,3
Neoplasias	1	0,2
Doenças do Sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imunitários	12	2,5
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas	12	2,5
Doenças do Sistema Nervoso	8	1,7
Doenças do Olho e Anexos	1	0,2
Doenças do Aparelho Circulatório	9	1,9
Doenças do Aparelho Respiratório	173	36,7
Doenças do Aparelho Digestivo	5	1,1
Doenças da Pele e do tecido Subcutâneo	4	0,8
Doenças do Aparelho Geniturinário	76	16,1
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório, não classificados em outra parte	6	1,3
Lesões, Envenenamento e algumas outras consequências de Causas Externas	8	1,7
Desfecho da Hospitalização		
Alta Melhorado	448	94,9
Alta a Pedido	3	0,6
Transferência para outro estabelecimento de saúde	18	3,8
Alta por Evasão	2	0,4
Alta por outros motivos	1	0,2

A classe das doenças respiratórias prevaleceram em 36,7%, e somadas às doenças infecciosas e parasitárias representaram 70% dos diagnósticos estabelecidos. Com 76, as doenças do aparelho geniturinário ocuparam o terceiro lugar entre as prevalências. As neoplasias e doenças oculares contabilizaram apenas um caso cada.

Todos os internamentos ocorreram em regime de urgência e não houve casos de causas externas. A resolutividade da instituição pode ser considerada alta, pois 448 pacientes tiveram alta após melhora clínica e apenas 3,8% foram transferidos para outros estabelecimentos de saúde. A permanência hospitalar foi de 4,35 dias em média (±2,08; Variância = 4,34), variando de 2 até 15 dias.

Nos pacientes com até um ano de idade, a pneumonia não especificada mostrou-se o diagnóstico mais prevalente, perfazendo 35,4% das internações nesta faixa etária. A anemia por deficiência de ferro foi a única doença não infecciosa presente entre as seis mais prevalentes nesta população, representando uma pequena parcela dos casos (n = 6; 6,25%). Nos pacientes classificados nas faixas que compreendem os maiores de um ano de idade até dez anos, pneumonia, disenteria amebiana aguda e infecção do trato urinário apresentaram-se, independentemente da idade, como as três principais causas de internação. Naqueles entre um e quatro anos, a epilepsia foi a única causa não infecciosa entre as mais prevalentes. Entre quatro e dez anos, todas as principais causas de internação foram infecciosas, e a pneumonia ainda foi a principal causa de internação nos pacientes entre dez e quatorze anos. Nessa faixa, há uma redução no número de casos de disenteria amebiana aguda enquanto a infecção do trato urinário torna-se a segunda causa mais prevalente; dengue clássica e diabetes mellitus aparecem entre os principais diagnósticos, na primeira faixa com duas doenças não infecciosas entre as principais. Os casos nos maiores de 14 anos não tiveram uma concentração tão evidente como nas faixas anteriores, sendo a única em que a pneumonia não foi o principal diagnóstico (Tabela 3).

Tabela 3. Principais Diagnósticos por faixa etária.

Diagnóstico	Número de Internações
≤ 1 ano (n = 96)	
Pneumonia não especificada	34
Disenteria Amebiana Aguda	10
Infecção do Trato Urinário de localização não especificada	10
Coqueluche não especificada	7
Anemia por Deficiência de Ferro não especificada	6
Dengue Clássica	4
Entre um e quatro anos (n = 163)	
Pneumonia não especificada	53
Disenteria Amebiana Aguda	48
Infecção do Trato Urinário de localização não especificada	10
Epilepsia não especificada	5
Infecção Estafilocócica de localização não especificada	5
Infecção Estreptocócica de localização não especificada	5
Entre quatro e dez anos (n = 152)	
Pneumonia não especificada	43
Disenteria Amebiana Aguda	19
Infecção do Trato Urinário de localização não especificada	17
Síndrome Nefrítica Crônica – não especificada	8
Infecção Estafilocócica de localização não especificada	7
Infecção Estreptocócica de localização não especificada	5

Diagnóstico	Número de Internações
Entre dez e quatorze anos (n = 44)	
Pneumonia não especificada	14
Infecção do Trato Urinário de localização não especificada	5
Dengue Clássico	4
Disenteria Amebiana Aguda	3
Diabetes Mellitus insulino-dependente com outras complicações especificadas	3
Causas Desconhecidas e não Especificadas de Morbidade	2
Entre quatorze e dezoito anos (n = 17)*	
Pielonefrite não-obstrutiva crônica associada a refluxo	3
Cólica nefrética não especificada	3
Pneumonia não especificada	2

* Todos os demais diagnósticos tiveram frequência igual a um.

A análise da propedêutica complementar revelou que o hemograma foi o exame mais solicitado, com média superior a um exame por paciente, enquanto a dosagem sérica de proteína c-reativa e o exame de elementos anormais e sedimentos da urina (urina I) tiveram valor máximo superior. O raio-x foi o exame de imagem mais solicitado dentre os analisados, embora com uma média inferior a um exame por paciente. O valor máximo de exames de imagem de laboratório solicitado foi de 19, enquanto o paciente com mais exames no geral apresentou 38 (Tabela 4).

Tabela 4. Estatística Descritiva da Propedêutica Complementar.

Exame	Soma	Média	Desvio Padrão	Variância	Mínimo	Máximo
Exames Laboratoriais						
Hemograma	716	1,52	0,999	0,998	0	6
PCR	435	0,92	1,001	1,002	0	9
EAS	185	0,39	0,766	0,587	0	9
Subtotal	**1336**	**2,83**	**2,23**	**4,999**	**0**	**19**
Exames de Imagem						
Raio-X	350	0,74	1,069	1,143	0	11
Ultrassonografia	30	0,06	0,501	0,251	0	9
Tomografia	77	0,16	0,546	0,298	0	9
Subtotal	**457**	**0,97**	**1,438**	**2,069**	**0**	**19**
Total	**1793**	**3,80**	**3,182**	**10,123**	**0**	**38**

PCR – Dosagem Sérica de Proteína C-Reativa; EAS – Exame de Elementos Anormais e Sedimentos da Urina (Urina I).

4. Discussão

Em comparação com estudo anterior realizado na instituição[9], as internações em 2014 ocorreram em volume menor, mas o domínio masculino também foi observado. A média do tempo de permanência descrita foi maior que a observada em 2013, o que reflete certo aumento na complexidade dos casos. Contudo, foi inferior à observada em um estudo anterior na cidade de Fortaleza[10] onde a permanência média foi de 10,01 dias, com o maior tempo de permanência de 70 dias; em Cajazeiras, a maior permanência observada foi de 15 dias. O sexo masculino também foi mais prevalente no estudo da capital cearense[10] e também numa cidade do interior[11].

O aumento da média de permanência na instituição reveste-se de importância frente aos impactos causados na saúde psíquica das crianças e de seus acompanhantes, além dos efeitos da resposta estressora e suas nuances endocrinológicas no desenvolvimento físico e pondero-estrutural[2].

Um fenômeno registrado na literatura e que se mostrou presente neste estudo foi a concentração de casos provenientes da cidade sede da instituição hospitalar. Das internações de 2014, mais da metade foi proveniente da cidade de Cajazeiras, padrão já registrado anteriormente na própria instituição[9] e justificado pelo fato de que as sede de regiões de saúde acabam concentrando recursos, além de simultaneamente fornecer atendimento inicial aos pacientes da própria cidade[12].

A idade média dos pacientes foi um pouco inferior à encontrada num estudo em Sobral, no Ceará, onde registrou-se idade média de 4,9 anos[11]. O percentual de internações de crianças com idade superior a dez anos foi menor em comparação a 2013[9], aumentando a discrepância com o relato de uma enfermaria pediátrica no Ceará[10], onde as internações nesta faixa predominaram.

No cenário geral, a pneumonia não especificada foi a principal causa de internações nos pacientes da clínica pediátrica. Um estudo paranaense apontou tendência estável das internações por esta causa no Estado nas faixas etárias do Departamento de Informática do SUS, e aumento entre os pacientes de até um ano de idade[13]. Em São Paulo, numa análise das internações por pneumonia em crianças de até quatro anos, a taxa de hospitalizações por mil crianças evoluiu de 25,46 para 20,46, entre 2009 e 2013[14].

A disenteria amebiana aguda, manifestada principalmente como diarreia, apresentou a segunda maior prevalência na população estudada. No cenário nacional, a análise dos dados oficiais revelou o registro de 39.421 mortes por diarreia e 1.505.800 internações associadas no período entre 1995 e 2005. O estudo mostrou ainda que essa é uma doença ainda concentrada no interior, com apenas 23,8% dos óbitos e 12,8% das internações nas capitais[15]. Em contraste, as internações por doenças diarreicas em menores de cinco anos no estado do Pernambuco aumentaram entre 1997 e 2006, contrariando a tendência nacional[16]. No Piauí, as internações por diarreia em crianças foram associadas à capacidade dos serviços de saúde, pois embora haja associação inversa entre a hospitalização e o índice de Gini, os municípios mais pobres internam menos, em virtude da falta de leitos[17].

Como consequência do pequeno comprimento uretral, as infecção urinárias são comuns entre as causas de internações, sobretudo nas crianças. Uma análise realizada em uma instituição paulista apontou maioria dos casos na faixa entre 0 a 12 anos entre as descritas no estudo; em todas, as mulheres foram maioria dos casos[18]. A elevada incidência desta morbidade é preocupante frente à descrição da resistência de cepas

bacterianas aos antimicrobianos frequentemente utilizados na prática clínica em hospital universitário cearense[19].

A doença não infecciosa com maior prevalência neste estudo foi a anemia por deficiência de ferro, doença prevenível e sensível à atenção primária. Independentemente do regime de aleitamento, a Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que crianças entre três e vinte e quatro meses de idade recebam suplementação de 1mg/dia de ferro elementar, como conduta profilática que é apontada pelos estudos como suficiente para elevar os índices hematimétricos e o ferro, reduzindo o risco de desenvolvimento de anemia[20]. No Nordeste do Brasil, esta conduta reveste-se de mais importância à medida que os indicadores sociodemográficos são desfavoráveis. Uma análise nutricional, com dados primários de crianças no Estado do Maranhão, concluiu que a desnutrição crônica é um problema de saúde pública, ainda que haja elevada prevalência de excesso de peso[21]. Programas de suplementação em saúde materno-infantil podem contribuir para a redução deste cenário, seja pela fortificação de alimentos quanto pela promoção de práticas adequadas de alimentação[22].

Mesmo com a implantação da vacinação contra coqueluche esta causa ainda figurou como responsável por 2,5% dos casos de internação. No Sudeste, esta condição apareceu em destaque como causa de óbitos evitáveis na infância, na classe de ações de imunoprevenção, entre 2000 e 2013[23].

A epilepsia foi outra doença não infecciosa que teve elevada prevalência, responsável por 1,7% das internações, destacando-se entre as principais causas de internação nas crianças com idade entre um e quatro anos. Entre 2010 e 2014, a distribuição das hospitalizações por Epilepsia no cenário nacional apresentaram uma distribuição bimodal quando analisadas por faixa etária, com um dos picos localizados nesta mesma idade[24].

Intoxicações e outras causas de lesões externas representaram 1,7% das internações, e dois casos tiveram como etiologia o uso de antibióticos, reflexo da carga de doenças infecciosas encontradas na população estudada. Num serviço de referência de atendimento toxicológico, as intoxicações por medicamentos representaram 22,5% dos casos, mas detectou-se tendência de redução envolvendo os antibióticos[25]. Outra etiologia a ser suspeitada nestes casos, justificada pelos grande número de pacientes provenientes da zona rural, é a intoxicação acidental por agrotóxicos, principalmente porque existe tendência de aumento destes casos na região Nordeste[26].

A asma também mostra-se como um problema a de saúde internacional. No Chile, ocorre uma prevalência de 7,8 internações por 10.000 habitantes nas crianças entre 5 e 15 anos[27]. Nos Estados Unidos, um estudo nacional sobre o impacto da Asma, mostrou que as visitas ao departamento de emergência (DE) e internações pós-DE são mais prevalentes entre as crianças[28].

O diagnóstico de dengue é mais complexo entre as crianças em virtude de uma apresentação com menos sinais típicos do quadro clássico da doença[29,30], reforçando a necessidade de manter o alto nível de suspeição clínica desta doença no serviço de saúde, em virtude dela apresentar-se entre as principais doenças em duas faixas etárias.

5. Conclusão

O estudo permitiu conhecer o perfil de morbidade hospitalar da clínica pediátrica do hospital universitário, apontando que as prevalências se mostraram similares a estudos anteriores, bem como que a literatura aponta fatores responsáveis ao desencadeamento dos casos entre as crianças.

A prevalência elevada de casos que poderiam ser resolvidos em nível ambulatorial na atenção primária, reforça a necessidade de se estabelecer uma linha de cuidado em saúde da criança mais efetiva, além de demandar um estudo destas internações em particular para estabelecer os fatores associados à internação destes pacientes além do seu perfil mais prevalente.

Financiamento

O primeiro autor deste estudo foi financiado com Bolsa de Iniciação Científica pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Referências

1. De Mula-Fuentes B, Quintana M, Rimbau J, Martínez-Mejías A, Úriz MS, Rivera-Pérez C, et al. Anxiety, hospital fears and conduct and behavioral alterations during pediatric hospitalization. Actas Esp Psiquiatr. 2018 Mar;46(2):42-50.

2. Mîndru DE, Stănescu RS, Mioara CM, Duceac LD, Rugina A, Temneanu OR, et al. Stress in pediatric patients: the effect of prolonged hospitalization. Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. 2016 Apr-Jun;120(2):417-23.

3. Doupnik SK, Hill D, Palakshappa D, Worsley D, Bae H, Shaik A, et al. Parent Coping Support Interventions During Acute Pediatric Hospitalizations: A Meta-Analysis. Pediatrics. 2017 Sep;140(3):e20164171. DOI: 10.1542/peds.2016-4171.

4. Richardson T, Rodean J, Harris M, Berry J, Gay JC, Hall M. Development of Hospitalization Resource Intensity Scores for Kids (H-RISK) and Comparison across 1Pediatric Populations. J Hosp Med. 2018 Sep 1;13(9):602-608. DOI: 10.12788/jhm.2948.

5. Colvin JD, Hall M, Berry JG, Gottlieb LM, Bettenhausen JL, Shah SS, et al. Financial Loss for Inpatient Care of Medicaid-Insured Children. JAMA Pediatr. 2016 Nov 1;170(11):1055-1062. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2016.1639.

6. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

7. Damasceno SS, Nóbrega VM, Coutinho SED, Reichert APS, Toso BRGO, Collet N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2016;21(9):2961-2973. DOI: 10.1590/1413-81232015219.25002015.

8. Silva RMM, Vieira CS. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014 set-out;67(5):794-802. DOI: 10.1590/0034-7167.2014670518.

9. Lima LJ, Farias MCAD. Hospitalizações infanto-juvenis em um hospital universitário federal. Temas em Saúde. 2019 nov-dez;19(6):429-454.

10. Parente JSM, Silva FRA. Perfil clínico-epidemiológico dos pacientes internados na clínica pediátrica em um hospital universitário. Revista de Medicina da UFC. 2017;57(1):10-14. DOI: 10.20513/2447-6595.2017v57n1p10-14.

11. Olímpio ACS, Oliveira BSB, Costa JBC, Joventino ES. Perfil clínico-epidemiológico de internamentos na unidade pediátrica de um hospital público cearense. Revista Mineira de Enfermagem. 2018;22:e-1114. DOI: 10.5935/1415-2762.20180044.

12. Tomasi E, Nunes BP, Müller RM, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Perfil de utilização de serviços de saúde por crianças de zona urbana no Brasil: estudo transversal de base nacional. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2015 Mar;15(1):81-90. DOI: 10.1590/S1519-38292015000100007.

13. Hatisuka MFB, Arruda GO, Fernandes CAM, Marcon SS. Análise da tendência das taxas de internações por pneumonia bacteriana em crianças e adolescentes. Acta Paul Enferm. 2015; 28(4):294-300. DOI: 10.1590/1982-0194201500051.

14. Menezes RAM, Pavanitto DR, Nascimento LFC. Distribuição espacial das taxas de internação de crianças por pneumonia no Sistema Único de Saúde, nos municípios do estado de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2019;22:e190053. DOI: 10.1590/1980-549720190053.

15. Oliveira TCR, Latorre MRDO. Tendências da internação e da mortalidade infantil por diarreia: Brasil, 1995 a 2005. Rev Saúde Pública. 2010;44(1):102-11.

16. Vasconcelos MJOB, Rissin A, Figueiroa JN, Lira PIC, Batista Filho M. Doenças diarreicas e hospitalizações em menores de cinco anos no estado de Pernambuco, Brasil, nos anos de 1997 e 2006. Ciência & Saúde Coletiva. 2018;23(3):715-722. DOI: 10.1590/1413-81232018233.14872016.

17. Azevedo MAF. Hospitalizações por diarreia infecciosa em crianças menores de cinco anos e fatores associados no estado do Piauí [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2015.
18. Araujo KL, Queiroz AC. Análise do perfil dos agentes causadores de infecção do trato urinário e dos pacientes portadores, atendidos no Hospital e Maternidade Metropolitano-SP. J. Health. Sci. Inst. 2012;30(1):7-12.
19. Elias DBD, Ribeiro ACS. Perfil de sensibilidade antimicrobiana em urinoculturas de um hospital universitário do estado do Ceará no período de janeiro a junho de 2015. RBAC. 2017;49(4):381-9. DOI: 10.21877/2448-3877.201700580.
20. Sociedade Brasileira de Pediatria. Consenso sobre anemia ferropriva: mais que uma doença, uma urgência médica! Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2018.
21. Lopes AF, Frota MTBA, Leone C, Szarfac SC. Perfil nutricional de crianças no estado do Maranhão. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2019;22:e190008. DOI: 10.1590/1980-549720190008.
22. Ortelan N, Augusto RA, Souza JMP. Fatores associados à evolução do peso de crianças em programa de suplementação alimentar. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2019;22:e190002. DOI: 10.1590/1980-549720190002.
23. Saltarelli RMF, Prado RR, Monteiro RA, Malta DC. Tendência da mortalidade por causas evitáveis na infância: contribuições para a avaliação de desempenho dos serviços públicos de saúde da Região Sudeste do Brasil. 2019;22:e190020. DOI: 10.1590/1980-549720190020.
24. Lima LJ, Brito RC, Farias MCAD. Morbimortalidade Hospitalar por Epilepsia: análise de dados oficiais. Revista de Pesquisa Interdisciplinar. 2018;3(1):119-130. DOI: 10.24219/rpi.v3i1.791.
25. Mathias TL, Guidoni CM, Girotto E. Tendências de eventos toxicológicos relacionados a medicamentos atendidos por um Centro de Informações Toxicológicas. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2019;22:e190018. DOI: 10.1590/1980-549720190018.
26. Queiroz PR, Lima KC, Oliveira TC, Santos MM, Jacob JF, Oliveira AMBM. Sistema de Informação de Agravos de Notificação e as intoxicações humanas por agrotóxicos no Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2019;22:e190033. DOI: 10.1590/1980-549720190033.
27. Herrera AM, Cavada CG, Mañalich MJ. Pediatric asthma hospitalization in Chile: 2001-2014. Rev Chil Pediatr. 2017;88(5):602-607. DOI: 10.4067/S0370-41062017000500005.
28. Qin X, Zahran HS, Malilay J. Asthma-related emergency department (ED) visits and post-ED visit hospital and critical care admissions, National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, 2010-2015. Journal of Asthma. 2020 Jan 10:1-15. DOI: 10.1080/02770903.2020.1713149.

29. Giraldo D, Sant'Anna C, Périssé AR, March Mde F, Souza AP, Mendes A, et al. Characteristics of children hospitalized with dengue fever in an outbreak in Rio de Janeiro, Brazil. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2011;105(10):601-3.
30. Pires Neto RJ, Sá SL, Pinho SC, Pucci FH, Teófilo CR, Evangelista PD, et al. Dengue infection in children and adolescents: clinical profile in a reference hospital in northeast Brazil. Rev Soc Bras Med Trop. 2013;46(6):765-8.