



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

JÉSSICA CHAGAS QUINTINO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UTI NEONATAL E
PEDIÁTRICA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO (SC)**

Florianópolis

2015

JÉSSICA CHAGAS QUINTINO

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UTI NEONATAL E
PEDIÁTRICA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO (SC)**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao curso de Fonoaudiologia como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Fonoaudiologia na Universidade Federal de Santa Catarina. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Karina Mary de Paiva Vianna. Co-orientadora: Janice Westphal Román Nappi.

Florianópolis

2015

Quintino, Jéssica Chagas

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UTI NEONATAL E PEDIÁTRICA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO (SC) / Jéssica Chagas Quintino ; orientadora, Karina Mary de Paiva Vianna ; coorientadora, Janice Westphal Román Nappi. - Florianópolis, SC, 2015.

53 p.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Graduação em Fonoaudiologia.

Inclui referências

1. Fonoaudiologia. 2. Epidemiologia. 3. Saúde Infantil.
4. Fonoaudiologia. I. Vianna, Karina Mary de Paiva . II. Nappi, Janice Westphal Román . III. Universidade Federal de Santa Catarina. Graduação em Fonoaudiologia. IV. Título.

Jéssica Chagas Quintino

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UTI
NEONATAL E PEDIÁTRICA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO
(SC)**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado como adequado para a obtenção do Título de Bacharel em Fonoaudiologia e aprovado na sua forma final pelo curso de graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis.



Prof.ª Dr.ª Maria Madalena Canina Pinheiro
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:



Prof.ª, Dr.ª Karina Mary de Paiva Vianna
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof.ª, Dr.ª Karen Fontes Luchesi
Membro Titular
Universidade Federal de Santa Catarina



Prof. Dr. Fabrício Augusto Menegon
Membro Titular
Universidade Federal de Santa Catarina

Dedicatória

À minha família, pelo amor incondicional que impulsiona em minhas realizações.

AGRADECIMENTOS

Eis que chegou o momento de expressar meus sinceros agradecimentos a muitos e tantos adorados familiares e amigos, tanto aos 'velhos' quanto aos que se revelaram ao longo desse tempo. Estou correndo o risco de não saber expressar esse lindo sentimento chamado gratidão, porque será difícil exprimir esse movimento de energias e impulsos que a mim foram chegando. Para esse trabalho se tornar real busquei estar perto de pessoas do bem e no caminho de uma estrada margeada de flores. Uma estrada toda verde, repleta de cheiros, cores, e sons, cujo o nome é possibilidade e cuja base é a busca do saber.

Em meio a uma vida cheia de afetos e carinhos, dedico algumas palavras àqueles que dela fazem parte, direta ou indiretamente ou, ainda, pelo fato de simplesmente existirem.

Agradeço a Deus e ao meu Anjo protetor pelo amparo nos momentos difíceis, dando-me tranquilidade para seguir em frente e força interior para superar as dificuldades.

Agradeço à minha mãe Sandra, meu pai Cecílio e ao meu irmão Lucas, que são o que de melhor e mais belo e singular faz minha vida acontecer e colorir-se. Minha verdade mais pura, meu amor para todo o sempre. Obrigada pelos ensinamentos constantes. Obrigada por serem a minha família no sentido pleno desta palavra.

Agradeço à minha madrinha, minha segunda mãe, Elieuzza, com uma frase, uma única frase que diz tudo o que um coração não sabe expressar, uma frase que represente o quanto você é meu espelho de vida: Obrigada por existir, você é incomparável!

Agradeço aos meus avôs, José e Edvaldo, por todo amor e carinho que me fortalecem sempre.

Agradeço à minha avó paterna, Ida, por toda preocupação, todo o amor e todos os abraços que me revigoram.

Agradeço à minha avó materna, Nazide (*in memoriam*), que de alguma forma sempre se faz presente. Sei o quanto ficaria feliz por esse momento. Você foi um exemplo de bondade e de amor para com todos a sua volta. Eterna Saudade!

Agradeço a todos meus amigos que torceram para que eu concluísse essa etapa em minha vida.

Agradeço às minhas grandes amigas que encontrei na faculdade, pelos sorrisos diários, por todo o carinho, pelas palavras de encorajamento e por deixarem os dias mais leves. Percorremos este caminho juntas, nos complementando e nos fortalecendo. Obrigada por compartilharem comigo uma das melhores fases da minha vida. Pra sempre no meu coração!

Agradeço aos colegas do curso, principalmente aos meus grupos de estágios, por compartilharem seus conhecimentos e experiências em um único sentido, o amor à fonoaudiologia. Sucesso a todos!

Agradeço a todos os professores por contribuírem em minha formação.

Agradeço ao diretor e responsáveis pelo Hospital Infantil Joana de Gusmão por permitirem a realização desta pesquisa e compreenderem a importância do estudo.

Agradeço à minha orientadora, Profa. Dra. Karina Mary de Paiva Viana, pela acolhida, orientação e incentivo durante a realização deste trabalho. As suas críticas construtivas, as discussões e reflexões foram fundamentais ao longo de todo o percurso. Obrigada por essa oportunidade de aprendizagem e crescimento. Eternamente grata por todo o apoio.

Agradeço à minha co-orientadora, Janice Westphal Román Nappi, por todo o conhecimento e experiência compartilhada. Você contribuiu muito para o meu crescimento profissional e pessoal.

Agradeço às demais fonoaudiólogas do HIJG, que se mostraram prestativas sempre que as dúvidas ou dificuldades a mim surgiam. Foi um estágio de grande aprendizado, vocês também foram essenciais para o meu crescimento.

A todos vocês, divido a alegria desta experiência.

*“A verdadeira viagem de descobrimento não consiste em procurar novas paisagens,
mas em ter novos olhos.” (Marcel Proust)*

RESUMO

Introdução: No âmbito da Unidade de Terapia Intensiva, estudos que visam traçar o perfil epidemiológico da população internada, representam um importante indicador de qualidade dos serviços, permitindo o aprimoramento no manejo dos pacientes. É com base nas informações geradas por estudos epidemiológicos que os profissionais podem ampliar seu domínio de atuação na saúde pública, assim como justificar suas ações no desenvolvimento de estratégias. **Objetivo:** Traçar o perfil epidemiológico de crianças internadas em UTI neonatal e pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, SC. **Metodologia:** Estudo do tipo transversal, retrospectivo. A população foi constituída de sujeitos de 0 a 12 anos, assistidos na UTI neonatal e pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão entre maio de 2013 a maio de 2014. A obtenção de dados foi realizada por meio de análise dos prontuários após a aprovação do comitê de Ética em pesquisa da instituição. **Resultados:** O perfil demográfico revelou a prevalência de crianças do sexo masculino (63,1%) e a faixa etária entre sete meses e três anos (28,5%), sendo a maioria procedente de outras regiões de Santa Catarina (85,7%). Quanto ao perfil das internações, as causas clínicas sobressaíram (54,7%), sendo a média de tempo das internações de 18 dias, havendo 29 indicações cirúrgicas. A causa de maior morbidade foram as doenças cardiovasculares e as de maior mortalidade, as doenças do sistema respiratório, sendo a pneumonia a principal ocorrência. Observou-se um número pequeno de encaminhamentos à fonoaudiologia (8). O número de óbitos foi relevante em relação a outros estudos. **Conclusão:** Revela-se a prevalência do sexo masculino e da faixa etária que compreende os menores de 5 anos sendo a procedência predominante de outros municípios de Santa Catarina (85,7%). A especialidade que mais se destacou foi a pediatria geral e a maioria das indicações cirúrgicas foi de devido as malformações congênitas. Houve um número maior de internações por causas clínicas, sendo que o tempo médio de internação foi de 18 dias. A prevalência para a causa de maior morbidade foram as doenças cardiovasculares, já para a causa de maior mortalidade foram as doenças respiratórias. Observou-se um número pequeno de encaminhamentos à fonoaudiologia.

Palavras chaves: Saúde Infantil. Epidemiologia. UTI pediátrica. UTI neonatal. Fonoaudiologia.

ABSTRACT

Introduction: In the scope of Intensive Care Unit, epidemiological studies can be used to survey patient information, serving for scientific comparison studies and allowing the improvement of patients handling. It is based on information provided by epidemiological studies that professionals can expand their activities in the field of public health, as well as on justifying their actions in developing strategies.

Objective: Map the epidemiological profile of children hospitalized in the pediatric and neonatal ICU at Joana de Gusmão Children's Hospital, SC. **Methodology:** Retrospective Cross study. The population consists of 0-12 years old subjects, assisted at the pediatric and neonatal ICU at Joana de Gusmão Children's Hospital between May/13 to May/14. The data was acquired through the analysis of medical charts after the approval of the institution's Ethics committee. **Results:** In the demographic profile predominated male children (63,1%) aged between seven months and three years (28,5%), with the majority coming from other regions of Santa Catarina (85,7%). Regarding the profile of hospitalizations, clinical causes excel (54,7%), with a hospitalization average time of 18 days, with 29 surgical indications. The highest cause of morbidity were cardiovascular diseases and of highest mortality, respiratory diseases, with pneumonia being the main occurrence. A small number of referrals to speech therapy (8) was observed. **Conclusion:** Reveals the prevalence of the male sex and age group comprising children under 5 being the predominant origin of other municipalities of Santa Catarina (85.7%). The specialty that stood out was the general pediatrics and most surgical indications was due to congenital malformations. There was a higher number of hospitalizations due to clinical causes, and the mean hospital stay was 18 days. The prevalence for the sake of greater morbidity were cardiovascular diseases, as to the cause of higher mortality were respiratory diseases. There was a small number of referrals to speech therapy.

Keywords: Children's Health. Epidemiology. Pediatric ICU. Neonatal ICU. Speech therapy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos dados demográficos das crianças (n=84) assistidas na UTI-N e UTI-P do HIJG no período de maio de 2013 a maio de 2014. Florianópolis -SC, 2015..... 25

Tabela 2 - Tabela 2: Desfecho das internações das crianças (n=84) assistidas na UTI-N e UTI-P do HIJG no período de maio de 2013 a maio de 2014. Florianópolis -SC, 2015..... 26

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Causa de Morbidade segundo os diagnósticos das crianças (n=13) assistidas na UTI-N e UTI-P do HIJG no período de maio de 2013 a maio de 2014. Florianópolis -SC, 2015.	25
Gráfico 2 - Causas de Mortalidade segundo os diagnósticos das crianças (n=71) assistidas na UTI-N e UTI-P do HIJG no período de maio de 2013 a maio de 2014. Florianópolis -SC, 2015.	25

LISTA DE ABREVISTURAS E SIGLAS

AIDPI - Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APACHI - Ambulatório de Pacientes Crônicos do Hospital Infantil
ARLELP - Associação para Recuperação das Lesões Lábio Palatal
CID - Classificação Internacional de Doenças
ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente
HIJG - Hospital Infantil Joana de Gusmão
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
RN - Recém Nascido
SES - Secretária Estadual de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
UTI - Unidade de Terapia Intensiva
UTI-N - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTI-P - Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. MARCO TEÓRICO	15
2.1. EPIDEMIOLOGIA.....	15
2.2. IMPORTÂNCIA DOS ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS.....	15
2.3. PREVALÊNCIA DE DOENÇAS NA POPULAÇÃO INFANTIL	16
2.4. IMPACTO DAS INTERNAÇÕES DA UTI NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL	17
2.5. ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA UTI.....	18
3. METODOLOGIA.....	21
3.2. LOCAL DE ESTUDO E POPULAÇÃO.....	21
3.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	22
3.4. PROCEDIMENTOS.....	22
3.5. ANÁLISE DE DADOS	22
3.6. ASPECTOS ÉTICOS	22
4. RESULTADOS	23
4.1. PERFIL DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO	23
4.2. PERFIL DAS INTERNAÇÕES	24
5. DISCUSSÃO	27
6. CONCLUSÃO.....	34
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS	43
Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	43
Anexo 2. Autorização do Responsável pela Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica para a obtenção de dados aos prontuários.	46
Anexo 3. Autorização do Responsável pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a obtenção de dados aos prontuários.	47
ANEXO 4. Justificativa de ausência de Termo de Consentimento livre e esclarecido.	48
Apêndice 1. Protocolo de Coleta de Pesquisa (UTI-N).....	49
Apêndice 2. Protocolo de Coleta de Pesquisa (UTI-P)	50

1. INTRODUÇÃO

A epidemiologia é caracterizada como a ciência que estuda os fatores que determinam a frequência e a distribuição das doenças nas coletividades humanas, analisando a distribuição e os fatores que ocasionam as enfermidades, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva. Fornece indicadores que suportem o planejamento, a administração e a avaliação das ações de saúde (LISBOA et al., 2012). Surgiu pela necessidade de estudos relacionados às epidemias, devido à prevalência de doenças transmissíveis. Atualmente, devido às mudanças nos padrões epidemiológicos seu uso foi expandido aos eventos relacionados ao processo saúde/doença na população (MENEZES, 2001).

A Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P) é a área hospitalar que reúne uma equipe especialmente treinada com equipamentos de alta tecnologia, para que as crianças criticamente doentes ou com potencial risco de vida possam ser tratadas com eficiência (CORULLON, 2007). A partir das informações levantadas nas unidades de terapia intensiva (UTI) obtêm-se indicadores de saúde que refletem as condições de vida da população, os coeficientes de mortalidade e suas causas e determinantes, demanda atendida pelo serviço, padrão de morbidade da população, grau de risco de um evento ou agravo em saúde, além de conhecer o perfil sociodemográfico desta população (EINLOFT et al., 2002).

Em vista disso, no âmbito da UTI, estudos epidemiológicos podem ser utilizados para o levantamento de informações destes pacientes, servindo para estudos de comparações científicas, permitindo o aprimoramento do manejo dos pacientes. Os dados coletados possibilitam comparações com outras unidades semelhantes, sejam elas regionais ou internacionais e, até mesmo, com a própria unidade de modo prospectivo, na busca contínua da qualidade na atenção à saúde (LANETZKI et al., 2012).

A mortalidade infantil em nível mundial obteve uma redução acentuada nas últimas décadas. O Brasil também seguiu esta diminuição e diversos elementos contribuíram para esta mudança no perfil de mortalidade infantil, entre os quais destaca-se a melhoria do saneamento básico, a queda da taxa de fecundidade, a melhora geral das condições de vida, aumento na escolaridade das mulheres, maior acesso aos serviços de saúde o avanço das tecnologias médicas, em especial a

imunização, a terapia de reidratação oral e o aumento da prevalência do aleitamento materno (SOVIO et al., 2012).

A Fonoaudiologia é a ciência que estuda e atua junto aos diversos distúrbios da comunicação humana e as funções neurovegetativas. Compreende ações individuais e coletivas que visam a promoção, proteção e recuperação da saúde da população (LESSA, 2004; BACHA; OSÓRIO, 2004). Desta forma, o fonoaudiólogo, como os demais profissionais de saúde, deve unir-se à epidemiologia objetivando conhecer melhor a população que atende (BARATA, 2005).

O fonoaudiólogo deve ser capaz de compreender e aplicar os métodos epidemiológicos tanto em pesquisas como na prática clínica. É com base nas informações geradas por estudos epidemiológicos que o profissional pode ampliar seu domínio de atuação na saúde pública, assim como justificar suas ações no desenvolvimento de estratégias, como campanhas de esclarecimento da população acerca dos distúrbios fonoaudiológicos (MENDES, 1999; GOULART, 2002).

Fundamentado nesses estudos, o fonoaudiólogo pode contribuir para a reorganização do sistema de saúde, utilizando da forma mais eficiente possível os recursos disponíveis, aumentando a eficácia da atenção prestada, em todos os níveis de atenção à saúde, principalmente no que diz respeito à prevenção (BARATA, 2005).

Estudos epidemiológicos em UTI-P e neonatais (UTI-N) têm sido cada vez mais frequentes, com o intuito contribuir para o conhecimento e entendimento do processo saúde doença na população infantil. Além disso, podem se configurar em ferramentas de produção de indicadores necessários para o planejamento de ações em saúde.

Com as mudanças nos perfis de saúde da população, especialmente com a diminuição das taxas de mortalidade infantil, faz-se necessário compreender os novos padrões de morbi-mortalidade nesta população.

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo geral traçar o perfil epidemiológico de crianças internadas em UTI Neonatal e pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Santa Catarina (HIJG/SC). E como objetivos específicos caracterizar a UTI-N e UTI-P, segundo número de leitos e composição da equipe; caracterizar a população pediátrica segundo aspectos sociodemográficos; verificar o tipo de especialidade e indicações cirúrgicas; verificar os motivos da admissão, segundo características clínicas, cirúrgicas ou emergências; verificar o tempo de

internação e condições de alta segundo óbito ou alta; verificar a prevalência de morbidade e mortalidade segundo causas, assim como analisar os encaminhamentos à fonoaudiologia.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. EPIDEMIOLOGIA

A epidemiologia trata de qualquer evento relacionado à saúde/doença da população. Suas aplicações variam desde a descrição das condições de saúde da população, da investigação dos fatores determinantes de doenças, da avaliação do impacto das ações para alterar a situação de saúde até a avaliação da utilização dos serviços de saúde, incluindo custos de assistência (MENEZES, 2001).

Rouquayrol et al. (2003) define epidemiologia como a ciência que estuda o processo saúde-doença na sociedade, analisando a distribuição populacional e os fatores determinantes das doenças, danos à saúde e eventos associados à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção, controle ou erradicação de doenças e fornecendo indicadores que sirvam de suporte ao planejamento, administração, e avaliação das ações de saúde.

A epidemiologia examina como a incidência ou a prevalência de uma doença ou condição relacionada à saúde varia de acordo com determinadas características, como sexo, idade, escolaridade, renda, dentre outras (LIMA; BARRETO, 2003).

Para Paim (2003), a epidemiologia, pode ser investigada na sua aplicação como instrumento para a formulação de políticas, para o planejamento e para avaliação em saúde.

Segundo o mesmo autor, na perspectiva da saúde coletiva, a epidemiologia tem como desafio o estudo das desigualdades em saúde, assim como o desenvolvimento de um pensamento sobre o ambiente, qualidade de vida, conceito e medidas de saúde.

2.2. IMPORTÂNCIA DOS ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

Os estudos epidemiológicos contribuem de modo a melhorar o entendimento da saúde da população, partindo do conhecimento dos fatores que a determinam e provendo, conseqüentemente, subsídios para a prevenção das doenças (MENEZES, 2001).

Analisar as características da população internada, assim como as condições clínicas e as circunstâncias em que as mortes ocorrem, possibilita prever

recursos, organizar processos e treinar pessoas para melhorar os cuidados àqueles que são encaminhados a unidades de cuidados intensivos, seja evitando as mortes preveníveis, seja diminuindo o sofrimento dos pacientes (LANETZKI et al., 2012).

Melhorar o desempenho dessas unidades passa pela mudança do paradigma que se concentrava na performance individual, para um outro que enfatiza a necessidade de melhorar sistemas e processos (GARLAND, 2005).

2.3 PREVALÊNCIA DE DOENÇAS NA POPULAÇÃO INFANTIL

No Brasil, as taxas de mortalidade infantil, apesar de ainda elevadas, têm apresentado diminuições importantes nas últimas décadas. Das estratégias de atenção à saúde da criança, as reduções observadas decorreram de intervenções nos serviços de saúde (BENIGUI, 2002).

De acordo com o ministério da saúde, em 2010 ocorreram 1.450.653 internações por doenças do aparelho respiratório no Brasil, com um impacto importante na faixa etária pediátrica, sendo internadas 664.203 crianças menores de 14 anos, o que representou 46% do valor total dessas internações no Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2012 (BRASIL, 2008). Esses dados correspondem a outras pesquisas epidemiológicas feitas como a de Cutulo et al. (1994), onde foram revisados 402 prontuários de pacientes admitidos na unidade de cuidados intensivos do Hospital Joana de Gusmão, em Florianópolis (SC), o qual as causas de internação mais frequentes foram as doenças respiratórias, seguida de lesões, envenenamentos e gastrintestinais. As complicações de maior letalidade foram o choque, a sepse e a insuficiência respiratória. Também corresponde a pesquisa de Lanetzki, et al. (2012), realizada na unidade de terapia intensiva pediátrica do Hospital Israelita Albert Einstein (SP), o qual teve como causa principal de internações as doenças respiratórias, seguida das anomalias congênitas e envenenamentos.

Desde 1960, as afecções respiratórias têm sido um grave problema de saúde pública, pois estão entre as cinco principais causas de morte de crianças (BENIGUI, 2003).

No ano de 2002, Einloft et al. realizaram uma pesquisa na Unidade de terapia intensiva e emergencial do Hospital São Lucas (RS), onde as causas

principais de mortalidade foram a sepse seguida das leucoses/tumores e das cardiopatias congênitas.

2.4. IMPACTO DAS INTERNAÇÕES DA UTI NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Segundo o Ministério da Saúde, Portaria MS nº 3.432, 12 de agosto de 1998 os Serviços de Tratamento Intensivo têm por objetivo prestar atendimento a pacientes graves e de risco que exijam assistência médica e de enfermagem ininterruptas, além de equipamento e recursos humanos especializados. Toda UTI deve funcionar atendendo a um parâmetro de qualidade que assegure a cada paciente direito à sobrevivência, assim como a garantia, dentro dos recursos tecnológicos existentes, da manutenção da estabilidade de seus parâmetros vitais; direito a uma assistência humanizada; uma exposição mínima aos riscos decorrentes dos métodos propedêuticos e do próprio tratamento em relação aos benefícios obtidos; monitoramento permanente da evolução do tratamento, assim como de seus efeitos adversos (BRASIL, 1998).

A taxa de mortalidade tem sido empregada como indicador de resultados em UTI e o risco de mortalidade é o indicador de gravidade mais usado em cuidados intensivos, sendo empregado na construção de modelos preditivos. A admissão e o tratamento em cuidados intensivos podem não resultar em morte, mas em diferentes graus de incapacidade dos sobreviventes (OOM, 2004). Dessa forma avaliar a morbidade parece ser mais profícuo, acarretando condutas padronizadas, melhores decisões por parte dos profissionais de saúde e familiares com o objetivo de reduzir os danos da doença ou do tratamento realizado (GORDON et al., 2004).

A terapia intensiva pediátrica existe não apenas para salvar vida de crianças criticamente doentes, mas também para maximizar a qualidade de vida das mesmas (LEVIN; SPRUNG, 2000).

No pós-alta muitos pacientes podem retornar ao convívio familiar apresentando comprometimentos que podem configurar dependência de terceiros para o desempenho das atividades do cotidiano (GORDON et al., 2004; MELNYK et al., 2004).

São diversas as sequelas que a UTI e a doença em si podem trazer a criança, desde alterações no seu estado funcional, saúde mental, interação social, função cognitiva e grau de incapacidade. Assim é imprescindível após a alta

hospitalar o acompanhamento dessas crianças com a equipe multiprofissional, para maior efetividade na reabilitação e melhor reinserção no meio familiar e social (ALIEVI, 2007).

2.5. ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NA UTI

A inserção da Fonoaudiologia nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal é necessária, visto que o fonoaudiólogo é o profissional com uma visão única do mecanismo funcional que envolve a fono-articulação, a linguagem e as funções neurovegetativas. As informações relacionadas a este conhecimento permite a contribuição da Fonoaudiologia na definição de diagnósticos e condutas terapêuticas que propiciem melhor qualidade de vida (PITTIONI, 2001).

A atuação clínica e preventiva junto aos recém-nascidos em terapia de unidade intensiva evoluíram rapidamente, não só pelo desenvolvimento da tecnologia de cuidado voltada a esses bebês mas também pelo reconhecimento de profissionais médicos e enfermeiros do auxílio efetivos da fonoaudiologia (HERNANDES; MARQUEZAN 2001).

A Fonoaudiologia incorpora-se como uma especialidade para a atenção integral ao bebê e à mãe, com o objetivo de promover os aspectos de aleitamento, alimentação e comunicação global, incluindo o vínculo mãe-bebê (DELGADO, 2002).

O fonoaudiólogo pode intervir com o intuito de estimular a alimentação oral e estabelecer métodos de avaliação clínica do padrão de sucção, como também de desenvolver o trabalho de transição da alimentação gástrica para via oral, com destaque a estimulação sensório-motora-oral através de estímulo tátil, auditivo e da sucção não nutritiva (FUGINAGA, 2005).

A questão alimentar requer bastante atenção do fonoaudiólogo atuante em unidades neonatais, quando há impossibilidade dos recém nascidos receberem o alimento por via oral, visto que algumas crianças nascem muito pequenas ou prematuras e podem enfrentar dificuldades na amamentação, por não estar presente o reflexo de sucção, não coordenarem bem as funções de sucção, respiração, deglutição, ou ainda não terem força para sugar (PITTIONI, 2001).

A autora acima ainda refere que uma das principais causas da solicitação do profissional fonoaudiólogo em unidades de terapia intensiva é no atendimento ao

paciente disfágico. Este profissional é responsável pelo diagnóstico e pela reabilitação da disfagia (BOTELHO; SILVA, 2003), objetivando a melhora do quadro geral dos pacientes e visando a ingestão oral segura, com manutenção das condições nutricionais e estabilização de comprometimentos pulmonares (SILVA, 2007).

A deglutição pode ser prejudicada devido a processos mecânicos que dificultam a passagem do bolo, como falta de secreção salivar, fraqueza das estruturas musculares responsáveis pela propulsão do alimento ou disfunção na rede neural que coordena e controla a deglutição (FILHO et al., 2000).

O termo disfagia refere-se a um sintoma comum de diversas doenças congênitas ou adquiridas, permanentes ou transitórias, relacionado a qualquer alteração no ato de engolir que dificulte ou impeça a ingestão oral segura, eficiente e confortável (ALVES, 2003). Portanto, a disfagia caracteriza-se por um distúrbio da deglutição ou qualquer dificuldade do trânsito do bolo alimentar da boca ao estômago, associado a complicações, tais como: desnutrição, pneumonia aspirativa, penetração laríngea, presença de saliva ou restos alimentares no vestíbulo laríngeo antes, durante ou após a deglutição (ROSADO et al., 2005; MARCOLINO et al., 2009).

A disfagia na infância comumente está associada às dificuldades de alimentação, dificuldades respiratórias e/ou ao desenvolvimento de comportamentos negativos durante as refeições (GARG, 2003).

As principais etiologias relacionadas à disfagia em neonatos e lactente são: prematuridade (distúrbio transitório), anomalias da via aerodigestiva superior, defeitos congênitos da laringe, traquéia e esôfago, defeitos anatômicos adquiridos e defeitos neurológicos (BOTELHO E SILVA, 2003).

No recém-nascido (RN) a disfagia oral geralmente apresenta-se como sucção débil, que pode ser primariamente causada por anormalidades estruturais ou funcionais, como, por exemplo, a imaturidade no mecanismo de sucção, típica do RN pré termo, as anormalidades da função faríngea levam à dificuldade de alimentação caracterizada por engasgo, tosse, náusea, regurgitação, refluxo nasal, baixo ganho de peso, aumento da frequência respiratória e aspiração (BOTELHO; SILVA, 2003).

Desordens relacionadas à alimentação tornam essa função menos prazerosa tanto para a criança quanto para a família, além de gerar outras disfunções na criança (SILVÉRIO et al., 2005). Os sintomas da disfagia podem ser

atribuídos ou correlacionados às bases anatômicas ou neuromusculares e, ocasionalmente, às adaptações comportamentais, à situação de alimentação e aos fatores ambientais, como: estresse dos cuidadores e depressão ou instabilidades familiares. Somando-se a isso, as doenças sistêmicas podem interferir na habilidade da criança em coordenar as manobras de deglutição e alimentação (FUSSI; FURKIM, 2008).

3. METODOLOGIA

3.1. TIPO DE ESTUDO

Estudo do tipo transversal, com a análise de prontuários de pacientes que estiveram internados na UTI-N e UTI-P do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG) entre maio de 2013 a maio de 2014.

3.2. LOCAL DE ESTUDO E POPULAÇÃO

A população de estudo foi constituída por sujeitos de 0 a 12 anos, que foram assistidos na UTI-N e na UTI-P do HIJG.

O HIJG, está situado em Florianópolis - Santa Catarina, vinculado à Secretaria Estadual de Saúde (SES). Possui uma área de 22.000 m² e é dividido nas unidades de internação: A, B, C, D, E, berçário, emergência Interna, isolamento, oncologia, ortopedia, queimados, UTI-N e UTI-P. Atende sujeitos de 0 a 15 anos, porém como o público alvo da pesquisa são crianças, a pesquisa constituiu-se de crianças de zero a doze anos.

No momento, o quadro de Fonoaudiólogos do HIJG é composto por seis profissionais efetivados pela Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina (SES), responsáveis por avaliar, acompanhar, monitorar, orientar, encaminhar e discutir casos de pacientes ambulatoriais, internados e no pós alta hospitalar, aplicando conhecimentos específicos da área.

O setor realiza os atendimentos nas Unidades de internação e integra as equipes ambulatoriais multiprofissionais como:

- Associação para Recuperação das Lesões Lábio Palatal (ARLELP);
- Ambulatório de Seguimento Neonatal (bebês prematuros e de alto risco);
- Ambulatório de Pacientes Crônicos do Hospital Infantil (APACHI);
- Ambulatório de Bucomaxilofacial;
- Ambulatório de Queimados;
- Ambulatório de Pacientes Traqueostomizados;
- Ambulatório de Disfagia;
- Ambulatório de Desenvolvimento das Habilidades Auditivas;

- Ambulatório de Audiologia.

3.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios de Inclusão: A pesquisa envolverá a análise de prontuários de crianças de 0 a 12 anos de idade que estiveram internadas na UTI-N e UTI-P do Hospital Infantil Joana de Gusmão entre maio de 2013 a maio de 2014.

Critérios de exclusão: Foram excluídos do estudo prontuários incompletos ou que não estiverem devidamente preenchidos.

3.4. PROCEDIMENTOS

Foi realizado a análise dos prontuários de crianças que estiveram internadas entre maio de 2013 a maio de 2014 sob a aprovação do comitê de Ética em pesquisa da instituição, buscando responder aos objetivos do estudo, caracterizando, assim o perfil de internações desta população.

3.5. ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram digitados no programa Microsoft Excel e a análise descritiva, o levantamento quanto a prevalência e as análises de associação, por meio do Teste do Qui-Quadrado, com o auxílio do programa STATA 11.0.

3.6. ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética em pesquisa do HIJG sob o número 37602414.1.0000.5361 no dia 20 de novembro de 2014.

Os dados coletados foram arquivados em local seguro, sob a tutela da pesquisadora, pelo período de cinco anos e posteriormente serão incinerados. Em nenhum momento o sujeito de pesquisa foi ou será identificado e somente os pesquisadores tem acesso aos dados brutos coletados.

Foram respeitados os princípios de ética em pesquisa com seres humanos presentes na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assim como respeitados os sigilos éticos e de privacidade.

4. RESULTADOS

No período de maio de 2013 a maio de 2014 houve 7.135 internações no HIJG, destas, 28 neonatos foram internados diretamente na UTI-N e 56 crianças diretamente na UTI-P, representando menos de 1% das internações totais do período.

A UTI-N possui cinco leitos e a composição da equipe é formada por dez médicos, sete enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem. Já a UTI-P possui oito leitos e a composição da equipe constitui-se de 18 médicos, oito enfermeiros e 32 técnicos de enfermagem.

4.1 PERFIL DEMOGRÁFICO DA POPULAÇÃO

Das 84 crianças que estiveram internadas no período de estudo, a maioria foi assistida pela UTI-P (56 crianças - 66,6%), restando 28 neonatos da UTI-N (33,3%). O sexo masculino foi proporcionalmente mais frequente que o feminino (63,1% e 36,9%, respectivamente). A faixa etária que mais sobressaiu foram as crianças menores de 5 anos. A idade mínima e máxima variou entre 0 e 12 anos respectivamente.

Tabela 1 - Distribuição dos dados demográficos das crianças (n=84) assistidas na UTI-N e UTI-P do HIJG no período de maio de 2013 a maio de 2014. Florianópolis -SC, 2015.

VARIÁVEIS	NÚMERO	PORCENTAGEM
UTI-s		
UTI-N	28	66,6
UTI-P	56	33,3
SEXO		
Masculino	53	63,1
Feminino	31	36,9
FAIXA ETÁRIA		
0 a 5 anos	67	79,7
6 a 12 anos	17	20,3
PROCEDÊNCIA		
Florianópolis	12	14,2
Outras Cidade de Santa Catarina	72	85,7
TOTAL	84	100

Fonte: Prontuários/HIJG

4.2 PERFIL DAS INTERNAÇÕES

Com relação ao motivo de internação, a maioria dos casos foi em decorrência de causas clínicas (54,7%), seguida das causas cirúrgicas (23,8%) e as emergenciais (20,2 %).

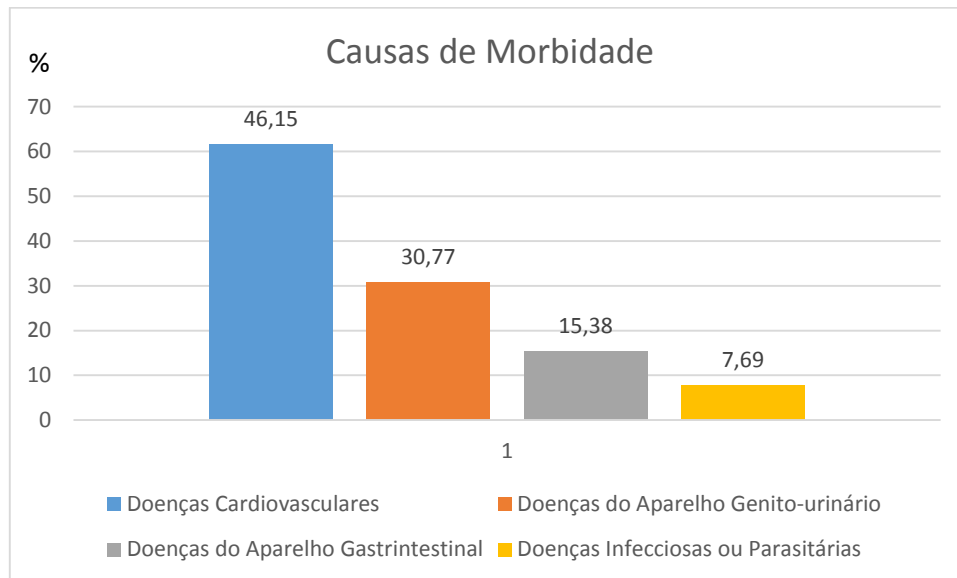
Quanto às especialidades, a pediatria geral foi a que mais se destacou (25%), além da cardiologia (16,7%), cirurgia pediátrica geral (14,9%), neonatologia (10,7%), neurocirurgia (8,33%) e oncologia (8,33%).

A média do tempo de internação foi de 18 dias (dp= 18.79), sendo o tempo mínimo de 1 dia e o máximo de 90 dias. Observou-se 29 indicações cirúrgicas, sendo estas devido às malformações congênitas.

Com relação à morbidade, as doenças cardiovasculares foram as mais prevalentes (46,1%) (gráfico 1). Já para a mortalidade, as doenças mais prevalentes foram as respiratórias (22,5%) (gráfico 2) dentre estas, a pneumonia se destacou.

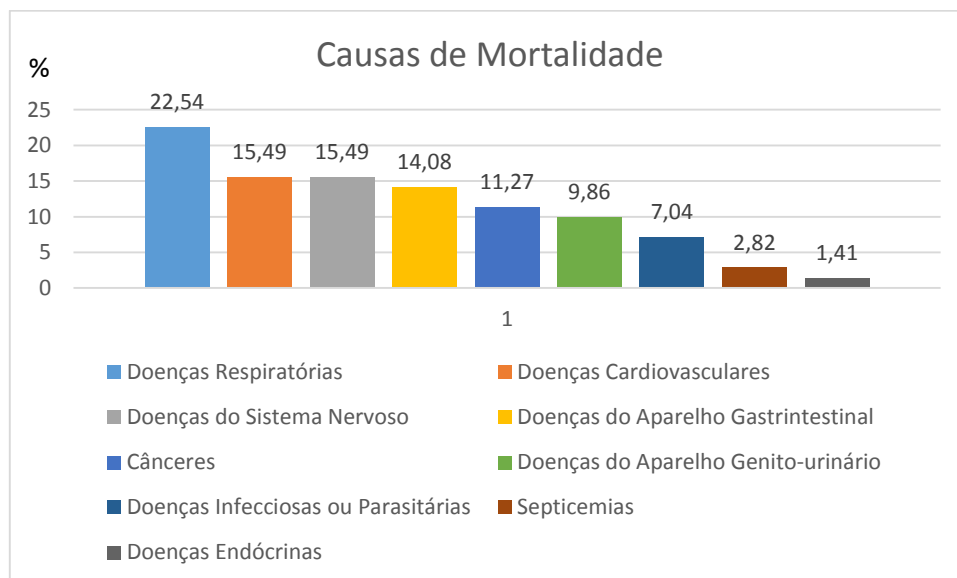
Optou-se por realizar análises de associação entre características sociodemográficas e doenças respiratórias. Verificou-se que a mortalidade por doenças respiratórias foi mais frequente em crianças menores de cinco anos e do sexo masculino, porém estas associações não foram estatisticamente significativas ($p=0,694$; $p=0,781$, respectivamente). Foi observada também associação entre o desfecho (alta/óbito) e faixa etária. Pode-se inferir que a mortalidade em menores de cinco anos é maior, apesar do valor de p ser um valor marginal, estes resultados se tornam relevantes quando se remetem ao pequeno tamanho da amostra do estudo ($p=0,065$).

Gráfico 1 – Causa de Morbidade segundo os diagnósticos das crianças (n=13) assistidas na UTI-N e UTI-P do HIJG no período de maio de 2013 a maio de 2014. Florianópolis -SC, 2015.



Fonte: Prontuários/HIJG

Gráfico 2 - Causas de Mortalidade segundo os diagnósticos das crianças (n=71) assistidas na UTI-N e UTI-P do HIJG no período de maio de 2013 a maio de 2014. Florianópolis -SC, 2015.



Fonte: Prontuários/HIJG

Do total de internações, na UTI-N o desfecho óbito totalizou 100%, enquanto na UTI-P, os óbitos contabilizaram 76,78% e as altas, 23,22 (tabela 2). Foram observados oito encaminhamentos para a fonoaudiologia, em função da disfagia.

Tabela 2 – Desfecho das internações das crianças (n=84) assistidas na UTI-N e UTI-P do HIJG no período de maio de 2013 a maio de 2014. Florianópolis -SC, 2015.

DESFECHO	NÚMERO (n)	PORCENTAGEM (%)
UTI-N		
ÓBITO	28	100
ALTA	-	
UTI-P		
ÓBITO	43	76,7
ALTA	13	23,3
TOTAL	84	100

Fonte: Prontuários/HIJG

5. DISCUSSÃO

Este estudo descreveu o perfil epidemiológico das crianças que foram internadas diretamente na UTI-N e UTI-P do HIJG no período de maio 2013 a maio de 2014, buscando descrever os aspectos sociodemográficos, os tipos de especialidade e indicações cirúrgicas, os motivos da admissão, o tempo de internação, o número de óbito e altas, a prevalência de morbidade e mortalidade assim como os encaminhamentos à fonoaudiologia. Estudos referem que o conhecimento do perfil dos pacientes atendidos em um serviço médico é imprescindível para o planejamento de ações preventivas e curativas (SILVA et al., 2009; FERRER et al., 2010).

O número do total de crianças se mostrou pequeno devido a pesquisa ter abordado somente os pacientes que foram internados diretamente nessas UTI-s, não abrangendo pacientes que foram transferidos internamente para estas unidades.

Quanto ao sexo, houve predominância de crianças do sexo masculino (63,1%). Esses dados corroboram com o estudo de Araújo (2012) que descreveu o perfil nosológico e sociodemográfico das crianças de 0-12 anos assistidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás entre os anos de 2007 e 2010, envolvendo 501 pacientes, destes (56,3%) eram do sexo masculino. O mesmo dado prevalece para o estudo de Corullón (2007) que teve como objetivo traçar o perfil epidemiológico dos pacientes internados na UTI-P do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio grande do Sul, o número total de pacientes foi de 432 sendo que 255 (59%) eram do sexo masculino. Segundo dados do IBGE (2010), nascem mais meninos do que meninas em todo o país e são as crianças do sexo masculino que mais ficam enfermas e dessa forma utilizam com maior frequência os serviços de saúde (POSTIAUX, 2004; SCHWARTZ, 2004).

A faixa etária mais afetada foram os menores de cinco anos. Estes dados são semelhantes a outros estudos como o de Sena et al., (2006) realizado com 271 prontuários, da unidade de pediatria do Hospital Universitário Clemente de Faria, Montes Claros (MG), no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2004. Também corrobora com o estudo de Araújo (2012), que envolveu 501 pacientes assistidos pelo Hospital das clínicas da Universidade Federal de Goiás, destes, 245 eram menores de 5 anos.

Quanto à procedência dos pacientes, a grande maioria (85,7%) eram provenientes de outras cidades do estado. Isso se explica pelo fato de o HIJG ser um Hospital público, de referência para todo o estado de Santa Catarina com atenção integral a saúde, além de contar com equipes altamente qualificadas. Ressalta-se ainda que Florianópolis é a capital com menor taxa mortalidade do Brasil, comparável até às taxas de países como Noruega e Suécia. No ano de 2014 em Florianópolis, a taxa de mortalidade infantil no primeiro ano de vida foi de 5,2 por 1.000 nascidos vivos, uma redução de 46% em relação ao ano de 2012, no qual esta taxa foi igual a 9,7 por 1.000 nascidos vivos. Esta melhora pode ser explicada em função do aumento da cobertura em Saúde da Família no Brasil, do fortalecimento de diversas ações nas áreas de saúde da criança e da mulher gestante, como o Capital Criança e a Rede Cegonha, que contribuíram de sobremaneira para este feito (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Com relação ao tipo de internação, destacaram-se as causas clínicas (54,7%), sendo a mesma encontrada na pesquisa de Einloft (2002) que analisou o perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva e emergencial pediátrica do Hospital São Lucas (RS), onde 73,1% foram internados por causas clínicas. Córullon (2007) realizou uma pesquisa semelhante no mesmo local onde permaneceu o mesmo tipo de internação. A autora explica isso pelo fato de nos países do terceiro mundo haver uma tendência maior para internações clínicas, em função da prevalência de doenças agudas.

No estudo de Pollack et al (1999) as causas de internação diferem desse estudo sendo a maioria oriundos de causas cirúrgicas e emergenciais (37,9% e 57% respectivamente). Vale ressaltar que essas vertentes diferem muito dependendo da vocação de cada serviço (CORULLÓN, 2007).

Com relação ao tempo de internação, a média foi de 18 dias. A longa permanência está relacionada com o aumento de complicações e da mortalidade (GILIO, et al., 2000).

Pollack (2001) considera como longa permanência um tempo acima de 12 dias de internação. Ainda refere que a longa permanência em UTI-P pode gerar grandes repercussões sobre os agravos dos pacientes e a qualidade nos atendimentos desta unidade. Apesar da gravidade do quadro de muitas crianças, configurando condições críticas para a atuação fonoaudiológica, observou-se um

número reduzido de encaminhamentos à fonoaudiologia. Sugere-se que o tempo de internação poderia ser reduzido em função do maior número de encaminhamentos para essa área.

Em 24 de Fevereiro de 2010, foi criada a resolução nº 7 do Ministério da Saúde que instituiu os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva, incluindo como serviço assistencial a atuação fonoaudiológica (BRASIL, 2010).

Sabe-se que um dos objetivos do fonoaudiólogo atuante em UTI é agilizar a alta hospitalar clínica, diminuindo dessa forma o tempo de internação, evitando-se desta maneira as perdas e os danos que uma hospitalização possa vir a causar ao indivíduo, dando melhores condições na sua integração social (PITTIONI, 2001).

CARRARA-DE ANGELIS (1999), refere que a atuação do fonoaudiólogo atuante em UTIs veio ampliar a sua atuação antes restrita à qualidade de vida, para a manutenção da vida, permitindo muitas vezes a diminuição de complicações, redução do tempo de permanência no hospital, propiciando uma diminuição de custos para o mesmo. A autora ainda refere o quanto as orientações fonoaudiológicas hospitalares pré e pós-cirúrgicas são significativas, pois são comprovadamente eficazes no processo de reabilitação, como também a importância da reabilitação precoce.

Sabe-se que o sucesso de qualquer trabalho em equipe é o respeito entre as especialidades (CARRARA-DE ANGELIS, 2000). Deve-se lembrar que terapeutas e médicos exercem funções complementares, sendo impossível a apenas uma especialidade separadamente avaliar e tratar os pacientes de modo eficiente. O fonoaudiólogo ao colaborar com as informações relacionadas a sua formação, permite o aprimoramento de toda a equipe, propiciando assim, melhor qualidade de atendimento ao paciente (PITTIONI, 2000).

Dentre os dados obtidos na causa de maior mortalidade, está a prevalência das doenças respiratórias, destas a pneumonia é a primeira responsável por essa ocorrência. Este dado está em conformidade com a pesquisa de Caetano et al. (2002) que ao avaliar as causas de internação apontou as doenças respiratórias como principal causa mortalidade na população infantil. Destacou-se a pneumonia como causa principal (20,2%) seguida das bronquiolites (6,2%) broncopneumonia (1,5%) e bronquite e asma (13,8%).

Estes dados também corroboram com a pesquisa de Corullón (2007) que ao traçar o perfil epidemiológico de uma UTI pediátrica no Sul do Brasil em um número total de 432 pacientes 288 (66,7%) foram internados por causas respiratórias e destes, 30 vieram a óbito.

Estes resultados são similares à pesquisa de Araújo (2012), na qual dos 501 pacientes, 148 tinham diagnósticos de doenças do aparelho respiratório (33.9%). Além disso, essa enfermidade foi predominante em crianças menores de cinco anos, dado correspondente aos resultados do presente estudo.

Nascimento et al. (2004) e Macedo et al. (2007), esclarecem que a relação entre baixa idade e morbidade/mortalidade por pneumonia justifica-se pelo fato de crianças menores apresentarem as vias aéreas mais estreitas, além do sistema imunológico menos eficiente, dessa forma os mecanismos de defesa das vias respiratórias encontram-se ainda imaturos. Assim, o fato de o sistema imunitário da criança ser menos eficiente durante os doze primeiros meses de vida faz com que o lactente se torne mais vulnerável a contrair infecções agudas (PIVA; GARCIA, 2003).

Segundo dados do SIH- SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS), em 2007, a pneumonia foi a doença que obteve um maior número de internações no Brasil, sendo o sexo masculino predominante (BRASIL, 2008).

Um dado importante visto na pesquisa de Cutulo et al. (1994) é que desde 1993, as doenças respiratórias representam o maior número de internações na UTI-P do HIJG. Ressalta-se a importância do cuidado a este tipo de morbidade, assim como planejamento e direcionamento de ações como forma de monitorar estes indicadores.

As manifestações de gravidade das infecções respiratórias, como causa de hospitalizações e/ou óbitos, são mais comuns nos países em desenvolvimento (BENÍCIO, et al., 2000). Nos países desenvolvidos, o efeito letal dessas doenças afeta menos de 2% das crianças na faixa etária de zero a cinco anos, enquanto nos países em desenvolvimento a estimativa atinge 10% a 20% (VICTORA, 1997). Portanto, as taxas de hospitalização por doenças do aparelho respiratório são desigualmente distribuídas nos diferentes segmentos sociais. Isto afeta, sobretudo, crianças pertencentes às famílias de baixa renda que, por terem menos acesso aos serviços de saúde, demoram a procurar por atendimento e dessa forma trazendo um

maior agravamento das doenças e consequentes maiores riscos de hospitalização (VICTORA, 2001).

Ressalta-se que as pneumonias fazem parte do grupo de causas evitáveis ou de condições sensíveis à atenção ambulatorial, ou seja, devidamente tratadas com uma terapêutica bem conduzida nos serviços de atenção primária, não deveriam evoluir para internação (CUNHA, 2002; ROSA et al., 2008; GALVÃO; SANTOS, 2009).

Além disso, foram constatados apenas oito encaminhamentos para a Fonoaudiologia em função da disfagia. A avaliação fonoaudiológica em UTI visa reconhecer sinais e sintomas de desorganização das funções: sucção, deglutição e respiração, representando fator preditivo para a pneumonia.

O número de óbitos foi relativamente alto se comparado com outros estudos (ARAÚJO, 2012; CORULLÓN, 2007) porém ressalta-se que essas crianças eram procedentes de outras regiões de Santa Catarina, sugerindo que o encaminhamento de seu município deve-se ao fato de o mesmo não contar com um atendimento de alta complexidade, restando direcionamento para um hospital de referência, como é o caso do HIJG. O encaminhamento e a internação diretamente na UTI permite inferir que estas crianças apresentavam-se criticamente instáveis. Ainda ressalta-se que fatores determinantes provenientes do meio ambiente (alimentação, moradia, saneamento básico, renda, educação, acesso aos bens e serviços essenciais) em uma relação de forças com as condições próprias do indivíduo (sexo, idade) e com aquelas relativas ao agente etiológico (morfologia, patogenicidade) resultam no estado de saúde e/ou de doença dos indivíduos e das populações (SENA et al., 2006; BARROS et al., 2010).

Estudos epidemiológicos sobre os problemas de saúde da criança têm reconhecido a dimensão multifatorial das doenças na infância e demonstrado a relação entre processo saúde-doença, saneamento básico, renda, nível de educação, nutrição, acesso aos serviços médicos e que esses aspectos relacionam-se juntos (HARRIS et al., 2004; FIGUEIREDO; MELLO, 2007).

Foi realizado um estudo comparativo entre os 20 países da América, que mostrou o Brasil com as maiores taxas de mortalidade infantil entre suas Unidades Federadas. Dentre os 20 países observados, o padrão de desigualdade do Brasil é apenas excedido pela Colômbia, Venezuela, Costa Rica e Peru, segundo os dados da Organização Pan-Americana de Saúde (DUARTE et al., 2002). Destaca-se, desta

forma, a importância dos estudos de morbidade que são de grande valia no controle das doenças e no planejamento de ações em saúde que resultam nos aspectos do processo saúde-doença que não se encaixam nas estatísticas de mortalidade (CÉSAR et al., 1996; FERRER, 2009).

Os níveis de mortalidade no Brasil não são conciliáveis com a potencialidade econômica do país. O Brasil está situado na posição 100ª entre 196 países, segundo o nível de mortalidade de menores de cinco anos (UNICEF, 2008). Embora seja possível observar um progresso nos últimos anos, ainda faltam ações mais efetivas para esses resultados serem satisfatórios (UNICEF, 2015).

Victora (2001) refere que os níveis de mortalidade de menores de cinco anos no Brasil são relativamente altos, além das diferenças regionais serem excessivamente grandes. A mortalidade de menores de cinco anos vem caindo desde a década de 70, mas os níveis atuais ainda estão cerca de dez vezes mais elevados do que nos países mais desenvolvidos.

Com a necessidade de políticas públicas de saúde dirigidas à atenção materno-infantil no Brasil, em 1984, foi instituído, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM inseriu uma nova e diferente abordagem nas políticas públicas com relação à saúde da mulher. Este programa dispõe de propostas dirigidas à integralidade e à equidade da atenção, reforçando o atendimento à saúde reprodutiva, no campo da atenção integral, dessa forma a mulher tem o melhor controle do pré-natal, parto e puerpério, incluindo ações desde educativas até preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação (BRASIL, 2005).

Em 1996, outra estratégia desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde, pela Organização Panamericana da Saúde e pelo Fundo das Nações Unidas, foi a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) sendo adotada e adaptada para o perfil epidemiológico do Brasil, tendo como intuito diminuir a morbimortalidade infantil, mediante sistematização do atendimento das doenças prevalentes de forma simultânea e integrada (BRASIL, 2003).

Na estratégia referida, a criança é avaliada de forma abrangente, ou seja, não apenas isoladamente pela queixa ou causa que a levou à consulta, mas também o contexto social e familiar no qual a criança está integrada (HIGUCHI et al., 2011). Este tipo de avaliação engloba um dos preceitos do SUS, a integralidade.

A AIDP está incorporada à Estratégia de Saúde da Família (ESF) (FERRER, 2009) e tem-se como perfil epidemiológico dessa estratégia as afecções originadas no período neonatal, consideradas de difícil intervenção e, por outro lado, as doenças chamadas “doenças do subdesenvolvimento” como as pneumonias, diarreias e desnutrição (BRASIL, 2003).

A legislação brasileira, por intermédio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), fortalece a incumbência pela promoção do bem-estar dessa população. Responsabilidade esta que não somente dirigida a família, mas também ao Estado e à sociedade. O ECA foi criado como lei nº 8069 em 1990 e atualizado em 2003 (BRASIL, 2003). Esta lei está no artigo 227 da Constituição de 1988:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”

Nesse sentido, Frota et al. (2010) explica que a população infantil é um grupo que necessita de muitos cuidados, pois as causas sociais e ambientais exercem grande impacto com relação à saúde e ao bem-estar das crianças e de suas famílias (FROTA et al., 2010).

6. CONCLUSÃO

Com a realização desta pesquisa pode-se traçar o perfil epidemiológico da população estudada. Com esses dados é possível realizar estratégias que sirvam de suporte ao planejamento, administração, e avaliação das ações de saúde.

A UTI-N possui cinco leitos e a composição da equipe é formada por dez médicos, sete enfermeiros e 18 técnicos de enfermagem. A UTI-P possui oito leitos e a composição da equipe constitui-se de 18 médicos, oito enfermeiros e 32 técnicos de enfermagem.

As principais características desta população revelam a prevalência do sexo masculino e da faixa etária que compreende os menores de cinco anos, além da maioria ser procedente de outras cidades de Santa Catarina (85,7%).

A especialidade que mais se destacou foi a pediatria geral, e maioria das indicações cirúrgicas foi devido as malformações congênitas.

Houve um número maior de internações por causas clínicas, sendo que o tempo médio de internação foi de 18 dias. Os índices de mortalidade continuam altos em comparação aos países desenvolvidos.

A prevalência para a causa de maior morbidade foram as doenças cardiovasculares, já para a causa de maior mortalidade foram as doenças respiratórias.

Observou-se um número pequeno de encaminhamentos a fonoaudiologia. Apesar da inserção da fonoaudiologia em UTIs, o entendimento de outros profissionais em relação ao papel indiscutível desta área ainda é necessário, já que assume funções que influenciam diretamente na saúde global da população, porém ainda encontra dificuldades quanto à definição do seu papel na sociedade e o conhecimento restrito de suas novas atuações.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

É fundamental que os profissionais da área da saúde tenham conhecimento da distribuição das doenças, dos fatores que determinam esta distribuição e as possibilidades de intervenções destinadas a alterar estas relações. Mesmo que, com diversos estudos epidemiológicos no Brasil, ressalta-se a relevância do desenvolvimento de mais pesquisas nessa área, a fim de gerar reflexões que concedam conhecimentos adicionais aos profissionais de saúde, para que novas práticas possam ser implantadas e outros caminhos possam ser percorridos e consolidados para a melhor percepção dos agravos desta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALIEVI, P.T. **Estudo sobre o impacto da internação em crianças admitidas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**. 2007. 130p. Tese (Mestrado em Medicina) Faculdade de Medicina, UFRGS, Porto Alegre, 2007.
- ALVES, N.S.G. O fundamental da avaliação fonoaudiológica do paciente disfágico. In: Costa M, Castro LP. **Tópicos em deglutição e disfagia**. Rio de Janeiro, 2003, p. 9-18.
- ARAÚJO, O.C.M.T. **Perfil nosológico e sociodemográfico das crianças de 0-12 anos assistidas no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás no período de janeiro de 2007 a janeiro de 2010**. Tese (Mestrado em ciências ambientais e saúde) Pontifícia Universidade Católica de goiás, Goiânia, 2012.
- BACHA, S.M.C.; OSÓRIO, A.M.N. Fonoaudiologia e educação: uma revisão da prática histórica. **Rev CEFAC**, São Paulo, V.6, n.2, p. 215-21, 2004
- BARATA, A.E. A importância de dados epidemiológicos para o trabalho fonoaudiológico. **Jornal do CFFa**, Brasília, v.27, n.7, p. 11-2, 2005.
- BARROS, F. C.; VICTORA, C. G.; SCHERPBIER, R.; GWATKIN, D. 2010. Iniquidades sociais na saúde e nutrição de crianças em países de renda baixa e média. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.44, n.1, p.1-16.
- BENGUIGUI, Y. Acute respiratory infections control in the context of the IMCI strategy in the Americas. **Rev. Bras Saúde Matern. Infant.**, Washington, v.3, n.1, p. 25-36, 2003.
- BENGUIGUI, Y. As infecções respiratórias agudas na infância como problema de saúde pública. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p. 13-22, 2002.
- BENGUIGUI, Y. Magnitud y control de las infecciones respiratorias agudas en los niños. **Rev. Salud Publica**, v.30, p.362-9, 1988.
- BENICIO, M.H.D.A.; CARDOSO, M.R.A.B.; GOUVEIA N.C.; MONTEIRO, C.A. Tendência secular da doença respiratória na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.6, p.91-101, 2000
- BOTELHO, M.I.M.R.; SILVA A.A. Avaliação funcional da disfagia de lactentes em UTI neonatal. **Rev Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v.49, n.3, p. 278-85, 2003
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Informações de saúde epidemiológicas e morbidade**. Indicadores de Morbidade Hospitalar do SUS por Internação. 2008. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em 10 de maio de 2014
- BRASIL, Ministério da saúde. **PORTARIA Nº 466, DE 04 DE JUNHO DE 1998**. Disponível em www.sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/GM_P466_98uti.doc. Acesso em 14 de maio de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** Brasília. Disponível em: www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_Infantil_Fetal.pdf. Acesso em 11 de maio de 2014.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência Integral à Saúde da Criança: Ações básicas.** Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica da Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico..** Brasília: Ministério da Saúde, 2005

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2010. **Sistema de Informações Hospitalares do SUS.** Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2010/d13.def>. Acesso em 03/05/2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: Curso de capacitação: introdução – módulo 1.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Resolução nº7 de 24 de Fevereiro de 2010.** Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html. Acesso em: 25 de maio de 2015.

CAETANO, J.R.M.; BORDIN, I.A.S; PUCCINI, R.F; PERES, C.A.; Fatores Associados à internação hospitalar de crianças menores de cinco anos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.36 n.3, 2002.

CARRARA-DE ANGELIS, E. Fonoaudiologia Hospitalar: uma nova especialidade? **Jornal do CFFa**, São Paulo, v.2 p. 5, 1999.

CARRARA-DE ANGELIS, E.; FURKIN, A.M. Organização de um Departamento De Reabilitação de Voz, Fala e Deglutição. In: CARRARA-DE ANGELIS, E.; FURIA, C.L.B.; MOURÃO, L.F.; KOWALSKI, L.P. **A Atuação da Fonoaudiologia no Câncer de Cabeça e Pescoço.** São Paulo: Lovise, 2000. p.141 –47.

CÉSAR, J. A.; VICTORIA, C. G.; BARROS, F. C.; RAMOS, F. A.; ALBERNAZ, E. P.; OLIVEIRA, L. M.; HALPERN, R.; BREITENBACH, A.; STONE M. H.; FRACALOSSO, V. 1996. Hospitalizações em menores de um ano pertencentes a duas coortes de base populacional no Sul do Brasil: tendências e diferenciais. **Rev. Saúde Publ**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p. 67-71.

- CORULLÓN, L.J. **Perfil epidemiológico de uma UTI pediátrica no sul do Brasil. 2007.** Tese (Mestrado em Pediatria) Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- CUNHA, A. J. L. 2002. Manejo de infecções respiratórias agudas em crianças: avaliação em unidades de saúde do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.18. n.1, p. 55-61.
- CUTULO, L.R.; FURTADO, JR.; BOTELHO, L. Perfil dos pacientes internados na unidade de terapia intensiva pediátrica do hospital infantil Joana de Gusmão no ano de 1993. **Arq. Catarin. Med.**, Florianópolis, v.23, n.2, p. 95-100, 1994.
- DELGADO, S.E. A influência da cultura no aleitamento materno: reflexões para melhor promovê-la. **Rev. Fono Atual**, São Paulo, v.5, n.19, p. 20-3, 2002.
- DELGADO, S.E., HALPERN, R. Aleitamento materno de bebês pré-termo com menos de 1500 gramas: sentimentos e percepções maternos. **Arq. Méd.**, v.7, n.2, p. 5-28, 2004.
- DUARTE, D. M. G. Perfil clínico de crianças menores de 5 anos com infecção respiratória aguda. **Rev. de Saúde Pública**, Mato Grosso, v.6, n.3, p.207-12, 2000.
- EINLOFT, P.R.; GARCIA, P.C.; PIVA, J.P.; BRUNO, F.; KIPPER, D.J.; FIORI, R.M. Perfil epidemiológico de dezesseis anos de uma unidade de terapia intensiva pediátrica. **Rev. Saúde Pública**, Rio grande do Sul, v.36, n.6, p. 728-33, 2002.
- FERRER, A. P. S. **Estudo das causas de internação hospitalar das crianças de 0 a 9 anos de idade no município de São Paulo.** 2009. Tese (Mestrado em ciências). Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2009.
- FERRER, A. P. S.; SUCUPIRA, A. C. S. L.; GRISI, S. J. F. E. Causes of hospitalization among children ages zero to nine years old in the city of São Paulo, Brazil. **Rev. Clinics**, São Paulo, v.65, n.1, p. 35-44, 2010.
- FIGUEIREDO, G. L. A.; MELLO, D. F. 2007. Atenção à Saúde da Criança no Brasil: Aspectos da Vulnerabilidade Programática e dos Direitos Humanos. **Rev. Latino-am Enfermagem.** Ribeirão Preto, v.15, n.6, p.1171-6.
- FILHO, E.D.M.; GOMES, GF.; FURKIM, AM. Conceito e tipos de disfagia. Manual de cuidados do paciente com disfagia. São Paulo: Lovise; 2000, p.29-31.
- FLORIANÓPOLIS, Secretária Municipal de Saúde (Org). **Mortalidade infantil cai pela metade em Florianópolis.** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/noticias/index.php?pagina=notpagina¬i=11121>
Acesso em: 10 de maio de 2014.
- FROTA, M. A.; MAIA, J. A.; PEREIRA, A. S.; NOBRE, C. S.; VIEIRA, L. J. E. S. Reflexão sobre políticas e estratégias na saúde integral da criança. **Rev. Enfermagem em Foco**, Brasília, v.1, n.3, p.129 – 32, 2010.

FUSSI, C.; FURKIM, A.M. Disfagias infantis. In: Furkim A.M, Santini C.S. **Disfagias orofaríngeas**. São Paulo: Pró-Fono; 2008, p.89-114.

FUGINAGA, I.C. **Prontidão do prematuro para o início da alimentação oral: Confiabilidade e validação clínica de um instrumento de avaliação**. 2005. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde pública). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

GALVÃO, M. G. A.; SANTOS, M. A. R. Pneumonia na infância. **Rev. Pulmão**. Rio de Janeiro, v.1, n.45-49, 2009.

GARG, B.P. **Dysphagia in children**. *Pediatr Neurol.*, p. 252-54, 2003.

GARLAND, A. Improving the ICU: Part 1. **Journal Chest**, *Chest*, v.127, n.6, p.2151-64, 2005.

GILIO, A.E.; STAPE, A.; PEREIRA, C.R.; CARDOSO, M.F.; SILVA, C.V.; TROSTER, E.J. Risk factors for nosocomial infections in a critically ill pediatric population: a 25-month prospective cohort study. **Rev, Infect Control Hosp Epidemiol**, v.21, p.340-2, 2000;

GORDON, S.M.; JACKSON, J.C.; ELY, E.W.; BURGER, C.; HOPKINS, R.O. Clinical identification of cognitive impairment in ICU survivors: insights for intensivists. **Intensive Care Med**, Nashville, v.30, n.11, p.1997-2008, 2004.

GOULART, B.N.G. Contribuição da epidemiologia para a pesquisa e atuação clínica em fonoaudiologia. **Rev. Fono. Atual**. Rio de Janeiro, v.5, n.21, p. 60-63, 2002.

HARRIS, R.; NICOLL, A. D.; ADAIR, P. M.; PINE, C. M. 2004. Risk factors for dental caries in young children: a systematic review of the literature. **Rev. Community Dental Health**, v. 21, p.71-85

HERNANDES, A. M.; MARQUEZAN, I. Atuação fonoaudiológica com recém-nascidos e lactentes disfágicos. In: **Atuação fonoaudiológica em ambiente hospitalar**. São Paulo: Revinter, 2001. p.1-37.

HIGUCHI, C. H.; FUJIMORI E.; CURSINO E. G.; CHIESA A. M.; VERÍSSIMO M.; MELLO D. F. 2011. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância (AIDPI) na prática de enfermeiros egressos da USP. **Rev Gaúcha Enferm**, Rio Grande do Sul, v.32, n.2, p.241-7.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Síntese dos Indicadores Sociais 2010. Estudos e Pesquisas**. Rio de Janeiro, 2010.

LANETZKI, C.S.; OLIVEIRA, C.A.C.; BASS, L.M.; ABRAMOVICI, S.; TROSTER, E.J. O perfil epidemiológico do Centro de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital Israelita Albert Einstein. **Rev. Einstein**. São Paulo, v.10, n.1, p. 16-21, 2012.

LESSA, F. Fonoaudiologia e epidemiologia. In: Ferreira L, Befi-Lopes DM, Limongi SCO, organizadores. **Tratado de fonoaudiologia**. São Paulo: Roca; 2004. p. 527-37.

LEVIN, P.D.; SPRUNG, S.L. Are ethics consultations worthwhill? **Crit Care Med**; Washington, v.28, n.12, p. 3942-4, 2000.

LIMA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12. n 4. 2003.

LISBOA, D. D. J. et al. Perfil de pacientes em ventilação mecânica invasiva em uma unidade de terapia intensiva. **J. Bioetic. Biodivers**, p. 18-24, 2012.

LUELMO, F. Infecciones respiratorias agudas. In: **Organización Panamericana de la Salud. Salud materno infantil y atención primaria en las Américas: hechos y tendencias**. Washington, 1984. p.167-77.

MACEDO, S. E.; MENEZES, A. M.; ALBERNAZ, E.; POST, P.; KNORST, M. Fatores de risco para internação por doença respiratória aguda em crianças até um ano de idade. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, p.41 n.3, p.351-8, 2007.

MARCOLINO, J; CZECHOWSKI, A.E; VENSON, C; BOUGO, G.C; ANTUNES, K.C, TASSINARI, N. Achados fonoaudiológicos na deglutição de idosos município de Irati - Paraná. **Rev Bras Geriatria Gerontol**. Paraná, v.2 n. 2, p.193-200, 2009.

MENDES, V.L.F. Fonoaudiologia e saúde coletiva: perspectivas de atuação nos serviços públicos de saúde. **Rev. Distúrb Comun**. São Paulo v. 10, n.2, p. 213-24, 1999.

MENEZES, A. M. B. **Noções Básicas de Epidemiologia**. Editora Revinter, 2001. 184 p.

MELNYK, B.M.; ALPERT-GILLIS, L.; FEISTEIN, N.F.; CREAN, H.F.; JOHNSON, J.; FAIRBANKS, E. Creating opportunities for parent empowerment: program effects of the mental health/coping outcomes of critically ill Young children and their mothers. **Rev. Pediatrics**, v.113, n.6, p.597-607, 2004.

NASCIMENTO, L. F. C.; MARCITELLI, R.; AGOSTINHO, F. S.; GIMENES, C. S. 2004. Análise hierarquizada dos fatores de risco para pneumonia em crianças. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, São Paulo, v.30, n.5, p. 415-51.

OOM, P. Morbidade em cuidados intensivos pediátricos. **Acta pediatric**; Santa Maria, v. 35, p.279-85, 2004.

PAIM, J.S. Epidemiologia e planejamento: a recomposição das práticas epidemiológicas na gestão do SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

PITTIONI, M.E.M. **Fonoaudiologia hospitalar: Uma realidade necessária.** 2001. Tese (Especialização em Motricidade Oral hospitalar) CEFAC - Centro de Especialização em fonoaudiologia clínica. Londrina, 2001.

PIVA, P. J.; GARCIA, P. C. R. Medicina intensiva em pediatria. **Jornal Pediatr.** São Paulo, V.79, n.2, p.243-54, 2003.

POLLACK, M.M.; MARCIN, J.P.; PATEL, K.M.; SPRAGUE, B.M.; RUTTIMANN, U.E. Prognostication and Certainty in the Pediatric Intensive Care Unit. **Rev. Pediatrics**, v.104, n.4, p. 868-73, 1999.

POLLACK, M.M, SLONIM, A.D.; MARCIN, J.P. Long-stay patients in the pediatric intensive care unit. **Crit Care. Rev. Med**, v.29, p.652-7, 2001.

POSTIAUX, G. **Fisioterapia respiratória pediátrica: o tratamento guiado por ausculta pulmonar.** 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed. 2004, p. 135-8.

ROSADO, C.V.; AMARAL, L.K.M.; GALVÃO, A.P.; GUERRA, S.D.; FURIA C.L.B. Avaliação da disfagia em pacientes pediátricos com traumatismo crânio-encefálico. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v.7, n., p. 34-41, 2005.

ROSA, A. M.; IGNOTTI, E.; HACON, S. S.; CASTRO, H. A. 2008. Análise das internações por doenças respiratórias em Tangará da Serra – Amazônia Brasileira. **Jornal Bras. Pneumol**, São Paulo, v.34, n.8, p. 575-82.

ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N.; **Epidemiologia e Saúde.** BR, Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SALGADO, R. M. P.; AGUERO, F. C. M. Perfil dos pacientes pediátricos atendidos na emergência de um hospital universitário. **Rev. Pediatria**, São Paulo, v.32, n.2, p. 90 – 7, 2010.

SANTOS, PL. 2009. Morbidade referida, situação vacinal e acesso a serviços de saúde por pré-escolares. **Rev. Medicina**, São Paulo, v.42, n.2, p.143-50.

SCHWARTZ, J. 2004. Air Pollution and Children's Health. **Rev. Pediatrics**, v.113, n.4, p.1037-43, 2004.

SENA, R. R.; LEITE, C. R.; SANTANA, J. J. F.; VIEIRA, M. A. 2006. Perfil das crianças atendidas na unidade de pediatria do Hospital Universitário Clemente de Faria, Montes Claros - MG. **Rev. Unimontes Científica**, Minas Gerias, v.8, n.1, p. 118 – 28.

SILVA, A. F; ROMAGNA, S.E., SILVA, A.C.M. Perfil dos pacientes adultos atendidos em ambulatório de reumatologia em um hospital geral em Porto Alegre – RS. **Rev. da AMRIGS**, Porto Alegre, v.53, n.3, p. 257-260, 2009.

SILVA, R.G. A eficácia da reabilitação em disfagia orofaríngea. **Pró-Fono.** Barueri, v. 19, n.1 p. 123-30, 2007.

SILVÉRIO, C.C.; SANT'ANNA, T.P.; OLIVEIRA, M.F. Ocorrência de dificuldade alimentar em crianças com Mielomeningocele. **Rev. CEFAC**, São Paulo. v.7, n.1, p.75-81, 2005.

SOVIO, U.; DIBDEN, A.; KOUPIL, I. **Social determinantes of infant mortality in a historical Swedish cohort**. Paediatr Perinat Epidemiol, v.6, n.5 p. 408-420, 2012.

UNICEF. **State of the world's children**. New York: UNICEF; 1999. Disponível em: <http://www.unicef.org/sowc/> Acesso em: 05 de maio de 2015.

UNICEF. **Classificação por mortalidade de menores de 5 anos. BRASIL**: UNICEF; 2008 Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/sowc20anosCDC/tmm5.html>. Acesso em: 05 de maio de 2015.


SCHMUNIS, G.; YUNIS, J. - **Infecciones respiratorias en niños**. Washington, 1997. p. 45-63.

VICTORA, C.G. Factores de riesco en las IRA Bajas. In: BENGUIGUI, Y.; ANTUÑANO, F.J.L.; SCHMUNIS, G.; YUNIS, J. **Infecciones respiratorias en niños** Washington: OPS; 1997. p. 45-63

VICTORA, G.C. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar e materna no Brasil. **Rev. Bras. epidemiol.**, Pelotas, vol.4, n.1, 2001.

ANEXOS

Anexo 1. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO/ SES -SC</p> </div> <div style="text-align: right;">  </div> </div>								
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP								
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA								
Título da Pesquisa: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE CRIANÇAS INTERNADAS EM UTI NEONATAL E PEDIÁTRICA DO HOSPITAL INFANTIL JOANA DE GUSMÃO (SC)								
Pesquisador: KARINA MARY DE PAIVA VIANNA								
Área Temática:								
Versão: 1								
CAAE: 37602414.1.0000.5361								
Instituição Proponente: Hospital Infantil Joana de Gusmão/ SES - SC								
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio								
DADOS DO PARECER								
Número do Parecer: 879.432								
Data da Relatoria: 12/11/2014								
Apresentação do Projeto:								
<p>Introdução: No âmbito da Unidade de Terapia Intensiva, estudos epidemiológicos podem ser utilizados para o levantamento de informações destes pacientes, servindo para estudos de comparações científicas, permitindo o aprimoramento do manejo dos pacientes. É com base nas informações geradas por estudos epidemiológicos que o profissional pode ampliar seu domínio de atuação na saúde pública, assim como justificar suas ações no desenvolvimento de estratégias. Objetivo: Traçar o perfil epidemiológico de crianças internadas em UTI neonatal e pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, SC. Metodologia: Estudo do tipo transversal, retrospectivo. A população será constituída de sujeitos de 0 a 12 anos, assistidos na UTI neonatal e pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão entre maio de 2013 a maio de 2014. A obtenção de dados será realizada por meio de pesquisas de prontuários entre agosto a outubro de 2014. Resultados esperados: Espera-se obter resultados que contribuam como instrumento para o desenvolvimento e adequação das práticas de saúde, contribuindo para elucidação do trabalho fonoaudiológico em UTIs neonatais e pediátricas.</p>								
Objetivo da Pesquisa:								
Objetivo Primário:								
<table border="0" style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td>Endereço: Rui Barbosa, nº 152</td> <td>CEP: 88.005-301</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Açorândia</td> <td>Município: FLORIANÓPOLIS</td> </tr> <tr> <td>UF: SC</td> <td>E-mail: cep@jg@sesa.sc.gov.br</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (48)3251-9092</td> <td>Fax: (48)3251-9092</td> </tr> </table>	Endereço: Rui Barbosa, nº 152	CEP: 88.005-301	Bairro: Açorândia	Município: FLORIANÓPOLIS	UF: SC	E-mail: cep@jg@sesa.sc.gov.br	Telefone: (48)3251-9092	Fax: (48)3251-9092
Endereço: Rui Barbosa, nº 152	CEP: 88.005-301							
Bairro: Açorândia	Município: FLORIANÓPOLIS							
UF: SC	E-mail: cep@jg@sesa.sc.gov.br							
Telefone: (48)3251-9092	Fax: (48)3251-9092							

HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 879.433

Traçar o perfil epidemiológico de crianças internadas em UTI Neonatal e pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão, Santa Catarina (HIJG/SC).

Objetivos Secundários:

- Caracterizar a UTI Neonatal e Pediátrica, segundo número de leitos, taxa de ocupação e composição da equipe;
- Caracterizar a população pediátrica segundo aspectos sociodemográficos, condições clínicas, encaminhamentos a especialidades e indicações cirúrgicas;
- Verificar os motivos da admissão, segundo características clínicas, cirúrgicas ou emergências;
- Verificar o tempo de internação e condições de alta, segundo óbito, alta hospitalar e transferências;
- Verificar a prevalência de morbidade e mortalidade segundo causas;
- Analisar os encaminhamentos à fonoaudiologia, exames e avaliações realizadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos da pesquisa envolvem o despertar da população quanto à questões pertinentes ao estudo, porém a equipe estará preparada para realizar esclarecimentos e encaminhamentos.

Benefícios:

O estudo irá contribuir para o desenvolvimento e a adequação das práticas de saúde, elucidando a importância do trabalho fonoaudiológico em UTIs neonatais e pediátricas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante do ponto de vista social pelo conhecimento a ser gerado. A pesquisadora apresentou informações que o credencia tecnicamente a executar o protocolo de pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram entregues de forma satisfatória.

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências ou inadequações

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Barbosa, nº 152
 Bairro: Agnônicos CEP: 88.025-301
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3251-9092 Fax: (48)3251-9092 E-mail: caphip@sesu.sc.gov.br

HOSPITAL INFANTIL JOANA
DE GUSMÃO/ SES -SC



Continuação do Parecer: 879.402

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Conforme preconizado na Resolução 466/2012, XI.2, item d, cabe ao pesquisador elaborar e apresentar os relatórios parciais e final.

Assim sendo, o(a) pesquisador(a) deve enviar relatórios parciais semestrais da pesquisa ao CEP (a partir de Maio/2015) e relatório final quando do seu encerramento.

Um modelo deste relatório está disponibilizado no site <http://www.saude.sc.gov.br/hijg/cep/deveresdopesquisador.htm>

FLORIANOPOLIS, 20 de Novembro de 2014

Assinado por:
Jucélia Maria Guedert
(Coordenador)

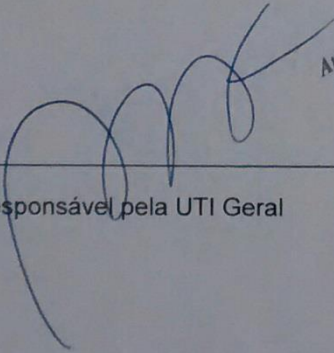
Endereço: Rui Barbosa, nº 152
Bairro: Agronômica CEP: 88.025-301
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3251-0002 Fax: (48)3251-0002 E-mail: cep@ijg@saude.sc.gov.br

**Anexo 2. Autorização do Responsável pela Unidade de Terapia Intensiva
Pediátrica para a obtenção de dados aos prontuários.**

Florianópolis, 27 de Agosto de 2014

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que concordo com a realização da Pesquisa intitulada: Perfil epidemiológico de crianças internadas em UTI Neonatal e Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão (SC), a ser realizada com prontuários de pacientes internados nesta Unidade.



Responsável pela UTI Geral

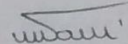
Ana Camila Flores Farah
Coordenadora do Corpo Clínico
Mat. 330127-02-3 - HUG
CRM - 7148

Anexo 3. Autorização do Responsável pela Unidade de Terapia Intensiva Neonatal para a obtenção de dados aos prontuários.

Florianópolis, 27 de Agosto de 2014

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que concordo com a realização da Pesquisa intitulada: Perfil epidemiológico de crianças internadas em UTI Neonatal e Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão (SC), a ser realizada com prontuários de pacientes internados nesta Unidade.



Dr. Maria Estela Schmitz Tumi
Pediatria-Neonatologia
CRM/SC 3467

Responsável pela UTI Néonatal

ANEXO 4. Justificativa de ausência de Termo de Consentimento livre e esclarecido.

Florianópolis, 11 de Setembro de 2014

Afirmo que reconheço a necessidade do termo de consentimento livre e esclarecido do conhecimento da necessidade do TCLE como visto na resolução Nº 466/2012 que cita em seu capítulo IV: “O respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais manifestem a sua anuência à participação na pesquisa”.

Justifico a ausência do termo de consentimento livre e esclarecido para o projeto Perfil epidemiológico de crianças internadas em UTI Neonatal e Pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão (SC), tendo como pesquisadoras Karina Mary de Paiva Viana e Jéssica Chagas Quintino, visto que a pesquisa será realizada em prontuários, impossibilitando a obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido.

Será um estudo do tipo transversal, retrospectivo. A população será constituída de sujeitos de 0 a 12 anos, assistidos na UTI neonatal e pediátrica do Hospital Infantil Joana de Gusmão entre maio de 2013 a maio de 2014. A obtenção de dados será realizada por meio de pesquisas em prontuários após a aprovação do comitê de Ética em pesquisa da instituição.

Os dados coletados serão arquivados em local seguro, sob a tutela da pesquisadora, pelo período de cinco anos e posteriormente incinerados. Em nenhum momento o sujeito de pesquisa será identificado e somente os pesquisadores terão acesso aos dados brutos coletados.

Serão respeitados os princípios de ética em pesquisa com seres humanos presentes na resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, assim como respeitados os sigilos éticos e de privacidade.

Assumo a responsabilidade pelas informações apresentadas.

Karina Mary de Paiva Vianna

Jéssica Chagas Quintino

APÊNDICES

Apêndice 1. Protocolo de Coleta de Pesquisa (UTI-N)

UTI NEONATAL

Data: ____/____/____

Dados gerais:

Número de leitos:

Composição da equipe:

Dados do paciente:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: () 0 a 14 dias () 15 dias a 28 dias

Motivo de admissão: () Clínica () Cirúrgica () Emergencial

Especialidade: _____

Tempo de internação: _____

Indicação cirúrgica () Não () Sim. Especificar _____

Desfecho: () Alta () Óbito

Encaminhamento a fonoaudiologia () Sim () Não

Causa de Morbidade: _____

Causa de Mortalidade: _____

Apêndice 2. Protocolo de Coleta de Pesquisa (UTI-P)**UTI PEDIÁTRICA**

Data: ____/____/____

Dados gerais:

Número de leitos:

Composição da equipe:

Dados do paciente:

Sexo: () Feminino () Masculino

Idade: () até 6 meses () 7 meses a 3 anos () 4 a 6 anos () 7 a 9 anos () 10 a 12 anos

Motivo de admissão: () Clínica () Cirúrgica () Emergencial

Especialidade: _____

Tempo de internação _____

Indicação cirúrgica () Não () Sim Especificar _____

Desfecho: () Alta () Óbito

Encaminhamento à fonoaudiologia () Sim () Não

Causa de Morbidade: _____

Causa de Mortalidade: _____