



Indicadores de saúde infantil na estratégia saúde da família no Brasil: revisão integrativa da literatura

*Indicators of child health in the family health strategy in Brazil:
An integrative literature review*

Ariela Petramali STÁBILE¹
Janaina Carvalho BRAZ²
Maria Cândida de Carvalho FURTADO³
Débora Falleiros de MELLO³

RESUMO

Objetivou-se identificar e analisar as evidências disponíveis na literatura nacional a partir das referências bibliográficas da área da saúde que abordam o conhecimento produzido acerca dos principais indicadores de saúde infantil no contexto da estratégia saúde da família. Configura um estudo descritivo e uma análise das referências bibliográficas por meio de uma revisão integrativa que incluiu oito artigos. A análise dos resultados e das conclusões permitiu o agrupamento em dois temas: indicadores de saúde da criança mais utilizados para monitorar a saúde da criança e impacto das ações da estratégia saúde da família nos indicadores infantis. Concluiu-se que as práticas de saúde desenvolvidas por equipes de saúde da família são relevantes aos

¹ Enfermeira. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² Doutoranda, Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública. Av. dos Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J C BRAZ. E-mail: <janacbraz@usp.br>.

³ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

indicadores de saúde infantil, e a monitoração desses indicadores fortalece a organização da atenção à criança.

Termos de indexação: Atenção primária à saúde. Criança. Indicadores básicos de saúde. Programa Saúde da Família. Saúde da criança.

ABSTRACT

The objective was to identify and analyze the available evidence in national health references that cover the knowledge produced on the main indicators of child health in the context of the Family Health Program. This is a descriptive study that analyzes the references through an integrative review of eight articles. The results and conclusions allowed grouping two themes: child health indicators most commonly used to monitor children's health and impact of family health strategy actions on neonatal indicators. The health practices developed by family health team affect child health indicators and the monitoring of these indicators strengthens the organization of child care.

Indexing terms: Primary health care. Child. Health status indicators. Family Health Program. Child health.

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu, em 1994, em meio às reformulações das políticas de saúde, como forma de reorganizar a Atenção Primária à Saúde (APS). A garantia de oferta de serviço à população caracteriza essa estratégia como porta de entrada prioritária do sistema de saúde, constitucionalmente fundado nos princípios da universalidade, acessibilidade, integralidade e equidade do Sistema Único de Saúde (SUS)¹.

Tal estratégia é considerada relevante na vigilância da saúde infantil uma vez que constitui cenário adequado para o desenvolvimento de ações preconizadas na Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil². Essas ações consistem na promoção do nascimento saudável, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, na imunização, na promoção do aleitamento materno e alimentação saudável, no enfoque prioritário para a vigilância da saúde das crianças de maior risco e nos cuidados às doenças prevalentes².

Dessa forma, é evidente que a ESF é fundamental para a reorganização do modelo assistencial voltado ao cuidado da criança, visto que tem

possibilitado a inovação de resultados assistenciais, com melhoria de indicadores de saúde infantil, mediante práticas imprescindíveis capazes de proporcionar boas condições de saúde². As políticas públicas geradas na sociedade pelos movimentos sociais na década de 1980 culminaram na consolidação de diversas leis e programas de saúde voltados à atenção materno-infantil e tiveram papel importante na organização dos sistemas e serviços de saúde, de modo a refletir na melhoria dos indicadores de mortalidade neonatal nos anos de 1990 a 2000³. Assim, percebe-se que os indicadores de saúde infantil são altamente dependentes da oferta suficiente e apropriada de cuidados e extremamente influenciados pelas condições do meio em que a criança vive⁴.

Conhecer e monitorar indicadores de saúde ao longo do tempo é essencial para avaliar o desempenho do sistema de saúde, visto que possibilita fortalecer a organização da assistência à saúde, definir prioridades de intervenção, planejamento e gestão dos serviços. Além disso, constitui um meio de criar condições para a evolução temporal desses indicadores, analisar a qualidade do atendimento, a implantação de programas de saúde e sua efetividade⁵.

Nesse sentido, essa investigação busca identificar a produção de conhecimentos sobre os indicadores básicos de saúde, particularmente os indicadores infantis no contexto da atenção primária à saúde da criança no Brasil, ressaltando sua importância para o cuidado e a gestão no âmbito da ESF.

MÉTODOS

Essa investigação configura uma revisão integrativa da literatura, envolvendo o conhecimento produzido sobre os indicadores de saúde na APS da criança. A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na prática baseada em evidência, que permite a incorporação das evidências na prática clínica. Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado^{6,7}.

A questão norteadora adotada foi: qual é o conhecimento científico produzido acerca dos principais indicadores de saúde infantil no contexto da ESF, nos últimos dez anos, na literatura nacional? Foram selecionadas as seguintes palavras-chave: criança, atenção primária à saúde, indicadores básicos de saúde e Programa Saúde da Família, junto às bases de dados Lilacs e SciELO. Posteriormente, foi realizado o cruzamento concomitante de todas as palavras-chave.

Os trabalhos incluídos neste estudo obedeceram ao seguinte critério de inclusão: resumo disponível nas bases de dados acima descritas; literatura científica nacional; período de publicação compreendido entre os anos 2002 e 2011; trabalhos que envolveram indicadores relacionados a crianças e coletados no contexto da APS. Os trabalhos não realizados no Brasil, assim como as revisões de literatura, dissertações e teses, foram excluídos.

Para a seleção dos artigos, foi realizada a leitura de cada título e resumo a fim de averiguar se eles respondiam aos critérios de inclusão e exclusão e se contemplavam a questão norteadora dessa

investigação. A seleção e a análise dos estudos foram realizadas por duas pesquisadoras e confrontadas, posteriormente, sendo selecionados e analisados, ao todo, 11 artigos. A apresentação dos dados foi realizada de forma descritiva, procedendo-se à categorização dos dados extraídos dos estudos selecionados em grupos temáticos relevantes para a reflexão sobre os indicadores de saúde da criança no contexto da ESF. A partir desse levantamento e análise, foram selecionados, para compor a revisão da literatura, 8 artigos que se repetiram nas duas bases de dados escolhidas.

Os estudos foram analisados segundo seu delineamento, metodologia, resultados e conclusões. Buscou-se analisar se o método era coerente com os objetivos propostos e que nível de evidência científica proporcionava. Analisaram-se os indicadores de saúde utilizados para monitorar a saúde da criança, assim como o impacto das ações da ESF nos indicadores de saúde da criança.

RESULTADOS

O Quadro 1 apresenta uma síntese dos estudos selecionados, de acordo com os objetivos, tipo de estudo, principais resultados e conclusões. A análise dos resultados e as conclusões dos estudos selecionados permitiram o agrupamento em dois temas: indicadores de saúde mais utilizados para monitorar a saúde da criança e impacto das ações da estratégia saúde da família nos indicadores infantis.

Indicadores de saúde mais utilizados para monitorar a saúde da criança

- *Mortalidade infantil*: A queda da mortalidade infantil foi evidenciada em alguns municípios do Estado de São Paulo, mediante um estudo comparativo que demonstrou a implantação da ESF como fundamental para tal resultado, assim como a análise de dados do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) e do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)⁸.

Quadro 1. Distribuição de referências, destacando autores, objetivos, tipo de estudo, resultados e conclusões.

continua

| Autores | Objetivos | Tipo de Estudo | Resultados | Conclusões |
|--|--|---|---|---|
| Szwarcwald <i>et al.</i> ¹⁵ | Avaliação da atenção básica, com foco no PSF. | Inquérito domiciliar de base populacional (questionário qualitativo). | Construíram-se indicadores relativos à saúde infantil, como a cobertura de vacinação tetravalente. Em relação à cobertura dos programas de saúde, observou-se que, quanto pior a condição socioeconômica, pior a cobertura e a qualidade do atendimento. | A consolidação do PSF em municípios de pequeno porte populacional e pouca capacidade instalada de serviços de saúde é mais fácil, visto que encontra menos obstáculos para a implementação do programa. |
| Barros & Victora ⁹ | Sintetizar as principais descobertas e tendências detectadas, identificar alguns pontos em comum e explicar a evolução da saúde materno-infantil em um período de 22 anos. | Uso de três cortes de nascimento de base populacional utilizando métodos comparáveis. | Melhorou o nível de escolaridade materna, reduziu o tabagismo durante a gravidez, aumentou o número de mães solteiras e obesidade materna. Melhorou a cobertura pré-natal e assistência ao parto, reduziu a mortalidade neonatal e infantil, aumentou o número de partos prematuros, a imunização e a duração do aleitamento materno e reduziu a desnutrição até 12 meses. | A existência de três coortes de nascimento de base populacional que utilizaram metodologias comparáveis permitiu o estudo de importantes tendências seculares na saúde materno-infantil. |
| Romero & Cunha ¹⁰ | Avaliar a potencialidade do SIM para o estudo da desigualdade da mortalidade infantil. | | Há maior frequência de óbitos entre mães com menor escolaridade. A completude das variáveis parturição, idade materna e peso ao nascer variam segundo regiões, sendo em todas a qualidade ruim no ano de 2001. As TMI são menores entre crianças não brancas. | As deficiências no SIM limitam sua potencialidade para o monitoramento das desigualdades na mortalidade infantil e no planejamento, gestão de sistemas e serviços de saúde, estudos epidemiológicos e avaliação de programas materno-infantil. |
| Cesar <i>et al.</i> ¹² | Avaliar indicadores básicos de saúde infantil em 18 áreas de alguns dos municípios mais pobres das Regiões Norte e Nordeste do Brasil. | Delineamento transversal. | Todas as crianças e suas famílias viviam abaixo da linha da pobreza; 40% dos pais eram analfabetos, com renda <i>per capita</i> diária de R\$1,00. A maioria das famílias dessas crianças possuíam condições de moradia muito ruins. No entanto, a maioria dessas crianças vivia a menos de 1km de algum serviço público de saúde, e praticamente todas aquelas levadas à consulta médica conseguiram atendimento. O pré-natal foi inadequado em termos quantitativos e qualitativos. Crianças visitadas pelas LPC apresentaram melhor monitoração do crescimento; suas mães fizeram mais consultas de pré-natal e receberam mais frequentemente sulfato ferroso. | O acesso geográfico a cuidados em saúde é bom, o que parece ser resultado da expansão do PSF, entretanto a qualidade dos serviços oferecidos é inadequada. |
| Cruz ⁸ | Descrever indicadores de saúde: mortalidade infantil, cobertura vacinal e hospitalizações em menores de cinco anos. | Estudo descritivo. | O Bloco A apresentou queda na mortalidade infantil, o Bloco B apresentou aumento. Em relação ao abandono da DPT, o Bloco A obteve menor valor e o Bloco A apresentou menores taxas de internação por diarreia. | Verificou-se que a implantação do PSF foi um dos fatores que contribuiu para a queda das taxas de mortalidade infantil e abandono da vacina DPT. |
| Mello <i>et al.</i> ¹¹ | Descrever os indicadores de saúde das crianças acompanhadas nos dois primeiros anos de vida em uma USF. | Estudo descritivo. | A população caracterizou-se como de risco, com uma parcela significativa de mães adolescentes, com menos de oito anos de estudo, e mais de três filhos. No tocante às práticas de saúde na unidade de saúde da família, houve um incremento no número de consultas de pré-natal, ampliação da cobertura de aleitamento materno, vacinação e teste do pezinho. | A prática de enfermagem e dos demais profissionais tem sido importante na melhoria dos indicadores de saúde infantil. Monitorar os indicadores possibilita fortalecer a organização da assistência à criança, particularmente no contexto da ESF. |

Quadro 1. Distribuição de referências, destacando autores, objetivos, tipo de estudo, resultados e conclusões.

| Autores | Objetivos | Tipo de Estudo | Resultados | conclusão |
|---------------------------------------|--|--|--|--|
| Guimarães <i>et al.</i> ¹³ | Avaliar o impacto das ações de imunização pelo PSF na mortalidade infantil em Olinda (PE), no período de 1999 a 2002. | Estudo de série temporal. | Verificou-se aumento de todas as médias das coberturas vacinais. O PSF conseguiu realizar ações de imunização, reduzindo a morbidade das doenças-alvo e reduzindo as infecções respiratórias agudas em menores de cinco anos. | Observou-se melhoria nos indicadores, o que demonstra a eficácia das ações do PSF no município. |
| Roncalli & Lima ¹⁴ | Avaliar o impacto do PSF sobre indicadores relacionados à saúde da criança em quatro municípios com mais de 100 mil habitantes da Região Nordeste. | Ensaio comunitário em paralelo, quase-randomizado. | Nos municípios analisados, o PSF não apresentou melhorias na cobertura vacinal por DPT, nem exerceu impacto sobre a proporção de óbitos em menores de um ano, e nem sobre a cobertura pré-natal e taxa de internação por IRA. A taxa de internação por diarreia foi menor nos lugares com PSF implantados. | A ausência de impacto do PSF sobre alguns fatores pode ser creditada ao contexto de implantação e condução do PSF, além de suas características mais gerais relativas ao campo socioeconômico e de políticas públicas. |

Nota: PSF: Programa de Saúde da Família; SIM: Sistema de Informação sobre Mortalidade; USF: Estratégia Saúde da Família; DPT: Difteria, Coqueluche e Tétano; TMI: Taxa de Mortalidade Infantil; LPC: Líderes da Pastoral da Criança. IRA: Infecção Respiratória Aguda.

Estudos demonstram⁹ que a redução da mortalidade infantil por diarreia e por doenças respiratórias está relacionada a melhorias no aleitamento materno, saneamento básico e uso de terapia de reidratação oral.

Com relação ao coeficiente de mortalidade neonatal, percebe-se que a redução é mais lenta e difícil tanto nos países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento. A redução desse componente não depende apenas da atenção à gestante no pré-natal, mas também da estruturação da assistência médico-hospitalar, da existência de maternidades, unidades de terapia pediátricas e neonatais com vários níveis de densidade tecnológica e qualidade de atendimento com recursos humanos especializados e avanços tecnológicos⁸.

No tocante às mortes tardias, incluídas no componente pós-neonatal, entende-se que são causadas pelo conjunto de problemas sociais e de saúde que podem afetar a criança no decorrer do seu primeiro ano de vida. Tais condições determinarão como a mortalidade infantil tardia se comportará em determinada população⁸.

Nesse sentido, é necessário estudar o coeficiente de mortalidade infantil, uma vez que diversos fatores podem provocar variações nessa taxa. Além disso, constitui um indicador consagrado das

condições socioeconômicas e de saúde de uma população, o que permite a análise sob duas dimensões: a assistência individual e as ações coletivas executadas pelos serviços de saúde⁸.

- *Escolaridade materna*: A escolaridade materna foi associada à variação da mortalidade infantil, a partir de dados do SIM, mostrando resultados consistentes, como altas taxas de mortalidade infantil para mães sem escolaridade em relação àquelas com escolaridade de um a três anos de estudo¹⁰.

Quanto às internações de crianças menores de cinco anos, é notório que estão associadas a condições socioeconômicas da família, particularmente em famílias com mães com baixa escolaridade, visto que apresentaram maior taxa de internação por infecção respiratória aguda¹¹.

Contudo, conhecer as características socioeconômicas de indivíduos ou grupos é essencial para a organização da assistência à criança, bem como para a visualização de fatores de risco¹¹.

- *Pré-natal, assistência ao parto e peso ao nascer*: Estudos sobre dados do pré-natal baseados nas informações constantes da declaração de nascidos-vivos encontraram uma evolução positiva do número de consultas pré-natal em gestantes acompanhadas na ESF¹¹.

Entretanto, outro estudo aponta que o pré-natal foi inadequado em termos quantitativos e qualitativos, com um expressivo percentual de gestantes que não fizeram o número mínimo de consultas preconizadas pelo Ministério da Saúde e que não foram submetidas a exames laboratoriais e clínicos básicos, além da imunização contra o tétano neonatal não ter sido adequada. Tais implicações sugerem que a expansão dos serviços de saúde, na localidade da pesquisa, não está sendo acompanhada de melhoria em sua qualidade¹².

No tocante à prematuridade e ao baixo peso ao nascer, percebe-se que vêm aumentando significativamente no Brasil e que as informações no preenchimento do campo peso ao nascer para os óbitos neonatais precoces são muitas vezes ignoradas¹⁰. Dessa forma, o desenvolvimento de políticas de saúde capazes de controlar essa problemática é essencial devido ao seu forte impacto sobre a mortalidade infantil⁹.

- *Aleitamento materno, situação nutricional e desnutrição*: Entre as melhorias mais importantes dos indicadores materno-infantil, tem-se o aumento significativo da adesão ao aleitamento materno, com uma duração média de quase sete meses. Contudo, as políticas de promoção à amamentação vêm sendo discutidas a fim de aumentar a duração da amamentação em todo o País⁹.

Os resultados em relação ao estado nutricional nos primeiros 12 meses de vida fornecem evidência de uma transição nutricional, com uma redução da desnutrição, medida em peso para a idade ou comprimento para a idade, e um aumento concomitante da mortalidade infantil com sobrepeso. Contudo, percebe-se o potencial que a incorporação de ações preventivas e de controle de carências nutricionais tem na melhoria da situação nutricional na infância⁹.

- *Controle do crescimento e desenvolvimento e imunização*: Estudos com dados sobre saúde infantil realizado em uma unidade com a ESF observaram adequada cobertura das consultas de enfermagem para o acompanhamento de crianças nos dois primeiros anos de vida. Nesses atendimentos de

enfermagem e de médicos, foram realizados controle do peso, de estatura e monitoramento do desenvolvimento de todas as crianças¹¹.

Quanto à imunização, a cobertura vacinal básica tem alcançado bons resultados em todo o país, inclusive em áreas mais pobres, devido à implantação da ESF e da atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), chegando quase à universalização¹³. A imunização representa um dos grandes avanços da tecnologia médica nas últimas décadas, uma vez que revela uma das medidas mais efetivas, levando-se em conta o custo, na prevenção de doenças. Além disso, esse indicador é importante para se avaliarem as ações coletivas executadas pelos serviços de saúde a determinada população, bem como auxiliar nas tomadas de decisões da gestão dos serviços de saúde^{8,13}.

- *Hospitalizações*: As taxas de internações desnecessárias são elevadas no Brasil quando comparadas a outros países de renda média. Essas taxas surgem em decorrência de o acesso aos serviços hospitalares ser universal, entretanto pode refletir a internação desnecessária devido à falta de medicamentos em nível ambulatorial ou a questões relativas ao reembolso dos hospitais pelo SUS⁹.

Hospitalização de crianças e condição socioeconômica das famílias é outro aspecto investigado e aponta que as crianças que vivem em áreas não cobertas por programa de ACS têm 1,9 vezes a mais de chances de serem internadas por infecções respiratórias agudas¹⁴.

Um estudo¹² discute que o uso abusivo de medicamentos durante a internação expõe a criança a riscos desnecessários, induz a criação de cepas resistentes, aumenta o custo do programa e diminui sua efetividade. Desse modo, faz-se necessário rever as práticas de saúde relacionadas a hospitalizações a fim de se reduzirem esses números e consequentemente evitar exposições desnecessárias a medicamentos e a situações traumáticas para a criança e sua família.

- *Renda familiar, condições de saneamento e habitação*: As crianças e as mães de famílias pobres estão em piores condições em relação às famílias ricas, considerando os indicadores avaliados:

características maternas (escolaridade, baixa estatura, paridade), pré-natal, serviços de prestação de cuidados perinatal, mortalidade, hospitalizações e a prevalência de *deficit* de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor⁹.

Um estudo¹⁰ apontou problemas de ordem metodológica, impossibilitando investigar a ocupação materna, especialmente pela alta omissão de informação em todo o País. As deficiências identificadas, por sua vez, limitam a potencialidade do SIM não só para o monitoramento das desigualdades na mortalidade infantil, mas também para outros fins, como o planejamento e a gestão de sistemas e serviços de saúde, estudos epidemiológicos e avaliação de programas materno-infantis.

Outro estudo¹² observou que as crianças que sobrevivem em um ambiente de extrema pobreza têm pais com baixo nível de escolaridade, renda familiar insuficiente ao suprimento de necessidades básicas, alto número de moradores por domicílio e condições de habitação e saneamento impróprias.

Em relação à cobertura de programas de saúde de maneira geral, os indicadores seguiram uma lógica perversa: em condições socioeconômicas precárias, houve cobertura e qualidade do atendimento inadequadas¹⁵.

Desse modo, é evidente que as informações fornecidas pelos profissionais de saúde são muitas vezes inadequadas, o que dificulta o levantamento de dados para o estudo de condições que influenciam diretamente a situação de saúde da criança.

- *Acesso a serviços de saúde*: O acesso geográfico está relacionado à forma de deslocamento, ao tempo de deslocamento e à distância entre a residência do usuário e o serviço de saúde, sendo por isso um aspecto importante na expansão da ESF. Entretanto, um estudo mostrou que as crianças que residem a menos de um quilômetro de um serviço público de saúde, bem como as crianças encaminhadas a esse serviço, são atendidas, porém a qualidade dos cuidados oferecidos é inadequada¹². Entretanto, outro estudo demonstra que as taxas de utilização dos serviços de saúde são menores nas localidades onde há maior necessidade de atenção¹⁵.

Nesse sentido, a disponibilidade e a qualidade da assistência que os serviços de saúde oferecem a gestantes, recém-nascidos e crianças constituem fatores importantes da evolução das condições de saúde na infância¹¹.

O impacto das ações da ESF nos indicadores infantis

A Estratégia Saúde da Família é considerada uma estratégia prioritária para a reorientação do modelo brasileiro de atenção à saúde, que visa à expansão e à qualificação da atenção básica^{13,15}. Nesse cenário, destaca-se o papel dos ACS: o acompanhamento das famílias por meio de visitas domiciliares tem mostrado efetivo impacto sobre a taxa de internação, uma vez que, em áreas cobertas pelos ACS, o número de internações é menor¹⁴.

Os resultados dos indicadores estudados sugerem que a ESF contribui para a efetividade das ações que incidem diretamente no aspecto coletivo, demonstrado nos valores da taxa de abandono da vacina de Difteria, Coqueluche e Tétano (DPT) e mortalidade infantil, sobretudo no componente pós-neonatal⁸. A ESF sobre a mortalidade infantil está ligada à evitabilidade dos óbitos, reduzidos pelas ações de atenção primária, que incluem: imunização, adequado controle da gravidez, adequada atenção ao parto, ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce e ações com parcerias com outros setores¹³.

Nesse sentido, os cuidados preventivos como controle do crescimento e desenvolvimento, atenção às enfermidades infantis, alimentação, vacinação e dados maternos constituem importantes aspectos para a promoção de boas condições de saúde na infância. A atenção prestada em unidades de saúde da família tem sido importante para a melhoria dos indicadores de saúde infantil, assim como para a ampliação do vínculo com as famílias e a comunidade e a inovação das práticas de saúde¹¹.

Desse modo, percebe-se a importância das ações básicas de saúde voltadas ao cuidado da criança, e a necessidade de novos estudos a serem

desenvolvidos com o propósito de intensificar uma avaliação sobre a ESF no cuidado integral à criança¹³.

DISCUSSÃO

A saúde da criança está relacionada a uma série de indicadores que envolvem um processo contínuo e ininterrupto, como crescimento e desenvolvimento, condições sociais da família, acesso a serviço de saúde, nutrição, entre outros. Deve-se valorizar também o crescimento intrauterino, pois diversos estudos atestam que alterações no crescimento fetal e infantil podem ter efeitos permanentes na saúde do adulto⁹. O acompanhamento desses indicadores deve ser feito de forma detalhada, criteriosa e em longo prazo.

O Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança¹⁶ voltado para o crescimento e desenvolvimento define que, na estrutura fisiológica humana, o que é inato não é suficiente para produzir um indivíduo sem a participação do meio ambiente. Tudo em um ser humano (suas características, seus modos de agir, pensar, sentir, seus valores etc.) depende da sua interação com o meio social em que vive. Portanto, o desenvolvimento da criança será sempre mediado por outras pessoas, pelas famílias, pelos profissionais de saúde, da educação, entre outros, que delimitam e atribuem significados a sua realidade.

De acordo com a Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)¹⁷, o desenvolvimento de uma criança é multidimensional, integral e contínuo, porém com padrões únicos e se dá pela interação com os sujeitos. Envolve situações que precisam de mudanças socioeconômicas, acompanhamento e educação. Dessa forma, monitorar as tendências e as mudanças dos indicadores é também uma forma de avaliar a atuação do sistema de saúde vigente.

Melhorias em indicadores básicos de saúde infantil têm sido retratadas em vários estados brasileiros e cidades de grande e médio porte¹⁴. Tais mudanças são atribuídas à melhora do poder

aquisitivo da população, à maior e melhor oferta de cuidados em saúde e principalmente ao aumento do fornecimento de água tratada e saneamento básico¹⁴. Contudo, faz-se necessário tratar a evolução dos indicadores de forma conjunta, visto que grande parte deles sofrem influências entre si.

Desse modo, alguns indicadores atuam como ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças prevalentes na infância, e, dessa forma, contribuem significativamente para mudanças das condições gerais da saúde da criança. Os principais indicadores infantis podem ser trabalhados e monitorados de forma mais consistente na ESF, uma vez que ela visa ao acompanhamento da criança não somente quando há uma patologia envolvida, mas também no sentido de prevenir agravos e promover uma melhora das condições de saúde por meio da educação em saúde¹⁸.

Autores que analisaram o impacto da Saúde da Família sobre a mortalidade infantil mostraram que esse efeito foi mais forte nos municípios com mais baixos índices de desenvolvimento humano e maior cobertura da ESF, ratificando o potencial dessa estratégia para a redução das iniquidades sociais em saúde no Brasil. A redução da mortalidade infantil em municípios com altas coberturas da ESF (-22%) foi quase duas vezes maior do que nos municípios sem ESF ou com coberturas incipientes (-13%)¹⁹.

Sendo os indicadores uma forma de planejamento de estratégias e ações em saúde, vale ressaltar a importância do registro e da documentação de dados. Como já mencionado no presente estudo, muitos indicadores podem ter os seus resultados prejudicados ou superestimados por falta de documentação de alguns dados, tais como as condições socioeconômicas e características maternas, parto e peso ao nascer. Dessa forma, a ausência do registro de dados colabora para um *deficit* na análise dos indicadores e na reorganização e planejamento de estratégias e programas voltados para a saúde infantil.

Um estudo realizado no município de Sobral (CE)²⁰ aponta que o trabalho humanizado e integrado dos profissionais de saúde da família vem favore-

cendo ações de promoção da saúde e prevenção das doenças mais prevalentes na infância, observando-se redução das mortes no primeiro ano de vida e mudança positiva dos indicadores selecionados.

Dos trabalhos selecionados para este estudo, apenas um discorda que tenha havido melhora na situação da saúde infantil, e, dessa forma, dos principais indicadores analisados a partir da atuação da ESF. É notório, portanto, que o desenvolvimento desse programa é de grande importância no cuidado integral à saúde da criança, embora ainda exista um *deficit* na qualidade do serviço oferecido.

Atualmente, é difícil não reconhecer que haja diversas inter-relações entre a saúde e o meio ambiente, cuja influência pode ser positiva ou negativa, na medida em que promove condições que propiciam o bem-estar ou, por outro lado, contribuem para o aparecimento e a manutenção de doenças, agravos e lesões traumáticas, assim como a mortalidade na população como um todo ou para grupos populacionais em particular²¹. Os indicadores de saúde infantil são extremamente influenciados pelas condições do meio em que a criança vive e altamente dependentes da oferta suficiente e apropriada de cuidados, o que torna evidente que a mortalidade infantil está totalmente relacionada a condições socioeconômicas e de escolaridade materna²². O estudo das diarreias e de seu impacto nas estatísticas de saúde contribui para retratar o perfil epidemiológico de uma população e o peso de suas demandas efetivas ou potenciais sobre a rede de serviços, bem como aponta para os determinantes socioeconômicos e ambientais que contribuem para a redução da qualidade de vida²³.

Dessa forma, percebe-se pelos artigos analisados que, apesar de as condições serem desiguais para todas as camadas da população, houve uma redução da taxa de mortalidade infantil quando relacionada à melhora das condições de vida da população, acesso à água tratada, saneamento básico, o que conseqüentemente reduziu as taxas de diarreia, infecções respiratórias, além de melhorar o acesso aos serviços de saúde e à alimentação adequada.

No tocante ao pré-natal, os artigos mostraram que o acompanhamento das gestantes vem sendo realizado, porém de forma inadequada, uma vez que o número de consultas realizadas é menor que o preconizado pelo Ministério da Saúde. Nesse sentido, é necessária uma reestruturação na abordagem das ações materno-infantis que visam ao acompanhamento da gestação em todos os trimestres, ao acesso aos exames básicos realizados na gravidez, às ações que promovam acesso e qualidade na assistência ao parto e no puerpério²⁴.

Vale destacar a importância do estado nutricional da criança nos primeiros 12 meses de vida, sendo a amamentação o principal indicador relacionado a esse aspecto. Os trabalhos revelaram que diferentes ações no contexto da ESF atuam no sentido de promover o aleitamento materno, o que aumenta o tempo de aleitamento materno exclusivo e, dessa forma, assegura uma melhora dos quadros de desnutrição infantil e infecção por doenças comuns na infância. Observou-se ainda que a atuação dos profissionais de saúde vai além do conhecimento sobre a importância do aleitamento materno, sendo de extrema importância o acompanhamento materno nos primeiros meses de vida da criança para a superação das dificuldades físicas e psicológicas advindas do ato de amamentar, ressaltando a importância da visita domiciliar pela equipe de saúde.

De acordo com o AIDPI¹⁷, a vigilância do desenvolvimento infantil compreende todas as atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e a detecção de problemas no desenvolvimento, na atenção primária à saúde da criança, destacando ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e imunizações. Esses indicadores apresentaram resultados bastante favoráveis, com um aumento da cobertura vacinal básica, que melhorou as taxas de imunização, inclusive nas áreas mais desfavoráveis do País. Alguns estudos relacionam essa melhoria da cobertura vacinal à atuação dos ACS, que, por meio de visitas domiciliares regulares, acompanham as cadernetas infantis de vacinação, diminuindo as faltas e o número

de crianças sem vacinação. O crescimento e o desenvolvimento das crianças ainda apresentam dados desfavoráveis, principalmente no que diz respeito ao *deficit* de estatura em relação à idade, que está relacionado diretamente às condições crônicas socioeconômicas e ambientais às quais as crianças estão expostas, tais como tipo de alimentação, acesso à água, condições de higiene e hospitalizações por diarreias, desidratações e doenças respiratórias.

Em relação aos serviços de saúde, a maior parte dos estudos evidenciou que o acesso a ele está mais fácil. Apesar de o tempo de espera pela consulta ainda ser desfavorável, grande parte das crianças que necessitam de atendimento recebe consultas médicas ou de enfermagem. Entretanto, ainda há deficiência na qualidade do atendimento prestado, que nem sempre é efetivo e resolutivo. Nota-se ainda uma redução das taxas de hospitalizações por condições comuns na infância, tais como doenças do trato respiratório, diarreias, desnutrição e desidratação, visto que, por meio do acompanhamento pela ESF, houve um maior número de diagnósticos precoces que evitaram as hospitalizações.

Nesse sentido, a criação do SUS, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da ESF vêm colaborando para promover o acesso universal à assistência à saúde, com impacto na saúde materna e infantil, sendo discutido e preconizado o fortalecimento dos sistemas de saúde para a redução da mortalidade e melhoria dos demais indicadores²². Países com uma potente orientação para a atenção primária à saúde apresentam melhores condições de saúde, custos mais baixos e maior satisfação das pessoas com os sistemas de saúde²⁵. A ESF tem-se mostrado efetiva com relação à melhoria dos indicadores referentes à saúde da criança, uma vez que busca monitorar e desenvolver estratégias e ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e recuperação da saúde, com base na assistência integral, contínua e com resolutividade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita²⁴.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos estudos analisados, é possível afirmar que a ESF promove um cenário propício às ações de saúde da criança, contribuindo significativamente para a melhoria dos indicadores de saúde e conseqüentemente para a mudança do estado geral da saúde da criança e sua qualidade de vida. Tais fatos contribuem para o fortalecimento da organização da atenção à saúde da criança.

Nesse sentido, os indicadores de saúde são ferramentas imprescindíveis para a tomada de decisão, uma vez que seus registros e monitoramento podem ser utilizados na reorganização dos serviços e no planejamento de ações a fim de melhorar a qualidade dos serviços ofertados às crianças.

Faz-se necessário o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao acompanhamento de diferentes indicadores de saúde da criança a fim de se avaliarem as estratégias e os planos de ações que estão sendo executados e a forma como estão sendo implantados, além de apontar e direcionar possíveis mudanças de condutas conforme a necessidade de saúde ao longo dos anos.

Os resultados dos indicadores analisados neste estudo não podem ser analisados independentemente, uma vez que são interligados e envolvem os aspectos relacionados a mudanças e melhorias de políticas públicas para o desenvolvimento das condições socioeconômicas da população como um todo.

É importante ressaltar que, nesse estudo, não foram abordados todos os indicadores que influenciam direta ou indiretamente a infância, como, por exemplo, dados relacionados ao desenvolvimento escolar, atividades esportivas, culturais, relacionamentos interpessoais, entre outros, e que, de certa forma, são relevantes para o desenvolvimento saudável de uma criança. Dessa forma, investigações que evidenciem tais aspectos para a saúde da criança devem ser exploradas em futuras pesquisas.

REFERÊNCIAS

1. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção

- Básica. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003; 3(1):113-25.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: MS; 2005.
 3. Neto ETS, Alves KCG, Zorzal M, Lima RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com os indicadores de saúde materno-infantil. Saúde Soc São Paulo. 2008; 17(2):107-19.
 4. Victora CM, Cesar JA. Saúde materno infantil no Brasil: padrões de morbidade e possíveis intervenções. In: Rouyquariol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.
 5. Murray CJL, Salomon J, Mathers C, Lopez A. Summary measures of population health: Concepts, ethics, measurement and applications. Geneva: WHO; 2002.
 6. Galvão CM, Sawada NO, Trevizan MA. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. Rev Latino-Am Enfermagem. 2004; 12(3):549-56.
 7. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4):758-64.
 8. Cruz MGB. Estudo comparativo de alguns indicadores em municípios do Estado de São Paulo segundo a implantação do Programa Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2005; 39(1):28-35.
 9. Barros FC, Victora CG. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: Major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. Cad Saúde Pública. 2008; 24(Suppl 3):s461-7.
 10. Romero DE, Cunha CB. Avaliação da qualidade das variáveis sócio-econômicas e demográficas dos óbitos de crianças menores de um ano registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade do Brasil (1996/2001). Cad Saúde Pública. 2006; 22(3):673-81.
 11. Mello DF, Barros DM, Pinto IC, Furtado MCC. Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família. Acta Paul Enferm. 2009; 22(6):748-54.
 12. Cesar JA, Gonçalves TS, Neumann NA, Oliveira JAF, Diziekanian AC. Saúde infantil em áreas pobres das regiões Norte e Nordeste do Brasil: comparando indicadores básicos em áreas atendidas pela Pastoral da Criança e áreas-controle. Cad Saúde Pública. 2005; 21(6):1845-55.
 13. Guimarães TMR, Alves JGB, Tavares MMF. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2009; 25(4):868-76.
 14. Roncalli AG, Lima KC. Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da Região Nordeste do Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2006; 11(3):713-24.
 15. Szwarcwald CL, Mendonça MHM, Andrade CLT. Indicadores de atenção básica em quatro municípios do Estado do Rio de Janeiro, 2005: resultados de inquérito domiciliar de base populacional. Ciênc Saúde. 2006; 11(3):643-55.
 16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento Brasília: MS, 2012. Cadernos de Atenção Básica, nº 33.
 17. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington (DC): OPAS; 2005.
 18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: MS; 2002.
 19. Aquino R., Oliveira NF., Barreto ML. Impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazilian Municipalities. Am J Public Health. 2009; 99(1):87-93.
 20. Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da promoção da saúde [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
 21. Ministério do meio ambiente. Sistema Nacional de Informações sobre Meio Ambiente. Brasília: Ministério do Meio Ambiente [acesso 2008 jan]. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/index.php>>.
 22. Neto ETS, Alves KCG, Zorzal M, Lima, RCD. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com os indicadores de saúde materno-infantil. Saúde Soc São Paulo. 2008; 17(2):107-19.
 23. Vasconcelos MJOB, Batista MF. Doenças diarreicas em menores de cinco anos no Estado de Pernambuco: prevalência e utilização de serviços de saúde. Rev Brasileira Epidemiol. 2008; 11(1):38-128.
 24. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2003; 3(1):113-25.
 25. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: MS; 2002.

Recebido em: 26/10/2012

Versão final em: 5/3/2013

Aprovado em: 20/3/2013

