

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Maria de Jesus Loredo Rocha

Perfil de morbidade referida para crianças assistidas pelas equipes da Estratégia
Saúde da Família na macrorregião nordeste de Minas Gerais

Montes Claros - MG
2013

Maria de Jesus Loredo Rocha

Perfil de morbidade referida para crianças assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família na macrorregião nordeste de Minas Gerais

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências em Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, como parte das exigências para a obtenção do título de Mestre em Cuidados Primários em Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira

Montes Claros - MG

2013

R672p

Rocha, Maria de Jesus Loredo.

Perfil de morbidade referida para crianças assistidas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família na macrorregião nordeste de Minas Gerais [manuscrito] / Maria de Jesus Loredo Rocha. – 2013.

46 f. : il.

Bibliografia: f. 42-43.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros -

Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2013.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Prates Caldeira.

1. Morbidade – Região Nordeste (MG). 2. Atenção primária à saúde. 3. Inquéritos de saúde. 4. Saúde da família – Estratégias Saúde da Família. 5. Saúde da criança. 6. Classificação Internacional de Doenças – CID. I. Caldeira, Antônio Prates. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

Catálogo: Biblioteca Central Professor Antônio Jorge.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: João dos Reis Canela

Vice-reitora: Maria Ivete Soares de Almeida

Pró-reitor de Pesquisa: Vicente Ribeiro Rocha Júnior

Coordenadoria de Acompanhamento de Projetos: Karen Torres Corrêa Lafetá de Almeida

Coordenadoria de Iniciação Científica: Leonardo Monteiro Ribeiro

Coordenadoria de Inovação Tecnológica: Dario Alves Oliveira

Pró-reitor de Pós-graduação: Hercílio Martelli Junior

Coordenadoria de Pós-graduação Lato-sensu: Augusto Guilherme Silveira Dias

Coordenadoria de Pós-graduação Stricto-sensu: Maria Cristina Freire Barbosa

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: André Luiz Sena Guimarães

Subcoordenador: João Felício Rodrigues Neto



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



CANDIDATO (A): MARIA DE JESUS LOREDO ROCHA

TÍTULO DO TRABALHO: "Morbidade referida para crianças assistidas por equipes de Saúde da Família na região nordeste de Minas Gerais, Brasil".

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação em Saúde, Avaliação de Programas e Serviços

BANCA (TITULARES)

ASSINATURAS

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA /ORIENTADOR

PROFª. DRª. MARIA RIZONEIDE NEGREIROS DE ARAÚJO

PROFª. DRª. MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE

Antônio Prates Caldeira
Maria Rizoneide Negreiros de Araújo
Maísa Tavares de Souza Leite

BANCA (SUPLENTE)

ASSINATURA

PROFª. DRª. LÚCIA HELENA RODRIGUES COSTA

PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO

APROVADO(A)

REPROVADO(A)

Às minhas filhas Luiza e Lara que com carinho e paciência me acompanharam nesta trajetória entendendo que, nunca é tarde para alçar vôos em direção aos nossos sonhos.

AGRADECIMENTOS

A “ELE” que é LUZ que nos guia e fortalece em nossos ideais: DEUS! E a Maria Santíssima por ser inspiração, modelo, companheira e amiga certa, nos desafios que a vida nos apresenta

A toda a minha família que me incentivou, acreditou e torceu para que eu concluísse este trabalho, em especial minhas filhas Luiza e Lara.

A todos os colegas, amigos e professores que de forma crítica e esclarecedora contribuíram para a conclusão deste trabalho, em especial Silvana Ferreira que foi companheira, paciente e me ajudou em diversos momentos para obter esta conclusão e à Dra. Rita, pediatra, que mais do que ninguém da região se importa em conhecer as causas do adoecer de nossas crianças.

Ao professor Antônio Prates Caldeira que com paciência e persistência acreditou e se fez presença fundamental na conclusão de mais esta etapa de minha vida.

Às professoras que aceitaram compor a banca par avaliar este trabalho, em especial Dra. Rizioneide Negreiros a quem muito admiro e espelho minha prática.

A todos os colegas da área da Saúde que me incentivaram e acreditaram no propósito deste trabalho, em especial Ivelisa e Valquiria parceiras deste produto.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo caracterizar o perfil de morbidade referida em crianças na faixa etária de 0 a 10 anos na área de abrangência dos serviços da Estratégia Saúde da Família da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, por ser uma região que agrega várias das cidades com os menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado e do País. Trata-se de um estudo transversal de base populacional desenvolvido junto às equipes de Saúde da Família por meio de um inquérito. O estudo foi realizado por meio de coleta de dados em um dia específico, previamente definido (“*one single day morbidity*”), com uso de questionários semi-estruturados para aferição da morbidade e adaptados para três categorias profissionais das equipes de Saúde da Família: médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS). Utilizou-se a Classificação Internacional da Atenção Primária, segunda edição (CIAP-2) para a codificação da morbidade referida. No total foram avaliadas informações envolvendo 3339 crianças, sendo 1701 (50,9%) do sexo masculino. O atendimento médico foi registrado para 335 (10,0%) crianças, enquanto o atendimento com o enfermeiro foi realizado para 347 (10,3%) crianças. As visitas e encontros com os ACS foram responsáveis pelo registro de 2657 (79,6%) das crianças. Os principais problemas de saúde encontrados foram relacionadas ao trato respiratório, digestório e pele, além de queixas gerais e não específicas, para as três categorias profissionais. Queixas gerais e não específicas, problemas digestivos e problemas relacionados ao trato respiratório foram mais prevalentes entre crianças menores de cinco anos ($p < 0,05$). Os motivos de busca por atendimento de saúde de uma população são importantes para a gestão em saúde e podem direcionar o planejamento da atenção a saúde. Uma das formas de alcançar tais indicadores é por meio de realização de inquéritos populacionais, que trabalham com as percepções de saúde, fatores de risco e comportamentos pessoais. Nesse contexto, o inquérito permitiu conhecer as queixas de morbidade e a utilização de serviços de saúde pela população estudada, podendo vir a servir de base na definição e implementação de serviços que venham ao encontro das necessidades reais dessa população.

Palavras-chave: Morbidade. Atenção Primária à Saúde. Inquéritos de Saúde. Saúde da Família. Saúde da Criança. Classificação Internacional de Doenças.

ABSTRACT

This study aimed to characterize the profile of morbidity in children aged 0-10 years in the scope of services of the Family Health Strategy in Northeast Macroregion of Minas Gerais, Brazil, since this is a region that aggregates several cities with the lowest Human Development Index (HDI) of the state and the country. It is a population-based cross-sectional study carried out with the Family Health Teams through a survey. The study was conducted by collecting data on a specific day, previously defined ("one single day morbidity"), using semi-structured questionnaires for measuring morbidity, adapted for three professional categories of the Family Health Teams: doctors, nurses and Community Health Workers (CHW). We used the International Classification of Primary Care, second edition (ICPC-2) for coding the morbidity. We evaluated information involving 3339 children; 1701 (50.9%) were male. Medical care was recorded for 335 (10.0%) children, while the nurse care was recorded for 347 (10.3%) children. The visits and meetings with CHW were responsible for the registration of 2657 (79.6%) children. The main health problems found were related to the respiratory, digestive and skin, plus general and non-specific complaints to the three professional categories. General and non-specific complaints, digestive problems and problems related to the respiratory tract were more prevalent among children under five years ($p < 0.05$). The reasons to seeking health care for a population are important for health management and can direct the planning of health care. One way to achieve such indicators is through population-based surveys, working with perceptions of health risk factors and personal behaviors. In this context, this investigation allowed to know of morbidity complaints and use of health services by the studied population and can serve as a basis for defining and implementing services that meet the real needs of this population.

Key-words: Morbidity. Primary Health Care. Surveys Health. Family Health. Child Health. International Classification of Diseases.

LISTA DE SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária a Saúde

CIAP 2 - Classificação da Atenção Primária, segunda edição

CID-10 - Décima Classificação Internacional de Doenças

ESF - Estratégia Saúde da Família

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

IVAS – Infecção de Vias Aéreas Superiores

ONU - Organização das Nações Unidas

PACS - Programa de Agente Comunitário de Saúde

SC - Santa Catarina

SIAB - Sistema de Informações da Atenção Básica

SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

SPSS - *Statistical Package for Social Sciences* (software para análise estatística de dados)

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 PRODUTOS	17
3.1 Artigo: Morbidade referida para crianças assistidas por Equipes de Saúde da Família na região nordeste de Minas Gerais, Brasil	18
4- CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	42
APÊNDICES	44

1.- INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) representa uma proposta de reorganização da prática assistencial que prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua (1). Para uma real efetividade desta proposta é preciso melhor conhecer a forma de vida e o processo saúde-doença da população. Nessa perspectiva os estudos epidemiológicos são ferramentas importantes para os gestores de saúde, pois permitem maior conhecimento sobre os fatores associados ao processo saúde-doença.

A nova proposta de estudos em epidemiologia sugere o enfoque de risco como um norteador para a assistência primária à saúde (2). A parcela da população formada por mães e crianças é reconhecidamente a mais vulnerável e por isso tem sido priorizada nas políticas públicas de saúde (2,3).

Exemplo dessa preocupação é a “Declaração Mundial sobre a sobrevivência, a proteção e o desenvolvimento da criança”, que foi assinada pelo Brasil e por mais de 160 países, durante o Encontro Mundial de Cúpula pela Criança da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1990. Por esse documento, os governos comprometeram-se a trabalhar em favor da saúde e dos direitos materno-infantis. Posteriormente, em 2000, foi assinada a Declaração do Milênio e, em 2002 o documento “Um Mundo para as Crianças”, ambos propostos pela ONU tendo o Brasil como signatário (2). O alcance das metas de ambos os documentos passa necessariamente pelo conhecimento do processo saúde-doença que envolve a vida das mães e das crianças.

A atenção primária fortalecida e adequadamente estruturada é fundamental nesse processo que, inclusive, auxilia a organização dos sistemas de saúde (4,5). Nesse contexto, pesquisas dedicadas a conhecer melhor o perfil de morbidade dos grupos populacionais mais vulneráveis contribuem para que gestores e profissionais adquiram conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas e necessidades de saúde para ampliar a resolubilidade dos diversos níveis de assistência à saúde.

Estudos de morbidade em crianças são mais comuns para os primeiros anos de vida e quase sempre restritos a clientela hospitalar (2). Para a população assistida na Atenção Primária a Saúde (APS) existe poucos estudos. Para esse grupo populacional estudos de morbidade referida são os mais desejáveis. A morbidade referida é o conjunto de relatos de problemas de saúde dos indivíduos. Esses relatos, obtidos por meio de entrevistas presenciais ou por telefone, internet ou correio tradicional, referem-se a problemas ocorridos com a própria pessoa entrevistada ou com integrante de sua família. Os inquéritos populacionais constituem a opção mais abrangente para o conhecimento de problemas de saúde prevalentes na população e de variedades de demanda nos serviços. O objetivo dos inquéritos é verificar se os problemas de saúde, percebidos e relatados pelo indivíduo, geraram demanda, e se esta foi atendida (6,7).

Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde se verifica progressiva redução da mortalidade em menores de cinco anos e expressiva mudança do perfil epidemiológico, torna-se cada dia mais importante conhecer o perfil de morbidade das crianças, nos diferentes grupos etários, com objetivo de preparar os serviços para novas necessidades ou expectativas de saúde para essa população (8).

O perfil de morbidade infantil é um parâmetro importante para a definição das políticas de saúde (2). Os programas de atenção à saúde da criança e do adolescente desenvolvidos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) estão direcionados, principalmente, pelas ações básicas de saúde, visando atingir o maior número possível de pacientes com o propósito de reduzir as complicações das afecções mais graves e até mesmo mortalidade (9).

O presente trabalho retrata os dados do inquérito de morbidade referida na área de abrangência das equipes da Estratégia Saúde da Família em crianças da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais. Trata-se de uma região crítica que agrega varias das cidades com os menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado e do País. Neste contexto o inquérito permitiu conhecer as queixas de morbidade e a utilização de serviços de saúde pela população estudada.

1.1- Atenção Primária no Brasil e estudos de morbidade

A Estratégia Saúde da Família (ESF) se constitui em uma proposta de reorganização do sistema de atenção à saúde para o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo descrita como ferramenta de promoção de equidade na oferta de serviços (10). É possível afirmar que a ESF caracteriza-se por ter a família como sua unidade nuclear de atuação e que busca integração com a comunidade na qual se insere, realizando a busca ativa de casos com intervenção oportuna e precoce, com ênfase em atividades de prevenção e educação em saúde (1).

Pelo destaque que tem recebido nos últimos anos, pode-se afirmar que, no Brasil, a ESF representa o eixo mais importante na APS, segundo a estrutura operacional do SUS. A atenção primária representa o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada para todas as novas necessidades e problemas e que também fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo. Também é ela que fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, devendo coordenar ou integrar a atenção fornecida pelos demais níveis do sistema. A atenção primária também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação; e trabalho em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde. Em outras palavras é a APS que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (5). Todos esses aspectos ressaltam a importância da ESF na rede de assistência do SUS. O atual volume de demanda assistencial das equipes da ESF reforça essa importância.

As demandas por serviços de saúde resultam da conjugação de fatores sociais, individuais e culturais prevalentes na população. O conhecimento do padrão de utilização desses serviços se torna essencial, para que as respostas a essas demandas reflitam decisões equânimes e efetivas em relação aos custos, uma vez que esse padrão oferece insumos durante o processo de alocação e geração de recursos (11).

A validade dos dados de morbidade guarda relação direta com as condições em que a assistência é desenvolvida: atendimento da totalidade da demanda, cobertura significativa da população de referência, recursos (materiais e humanos) adequados, e outros (12).

Muitos aspectos da morbidade na APS ou na ESF ainda são desconhecidos dos gestores de saúde, pois a principal ferramenta utilizada para esse objetivo é o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), que não possui controle de qualidade que permita utilizá-la de modo confortável. Registros de algumas afecções mais comuns (diabetes e hipertensão) contam com um sistema próprio de notificação (“hiperdia”), mas também sofrem críticas por se limitarem-se aos aspectos da enfermidade já definida em diagnóstico. Muitas vezes o processo saúde-doença tem interfaces múltiplas que não se encaixam em padrões diagnósticos específicos. Nesse sentido os estudos de morbidade referida, ainda pouco frequentes no País podem ser úteis. Particularmente em relação à saúde da criança, apenas o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) tem alguma ênfase em crianças, mas, como o próprio nome destaca, é específico para questões nutricionais (13).

Barreto e Grisi estudaram a morbidade de crianças em Sobral, no Ceará e destacam, de forma muito apropriada, que morbidade referida não é o mesmo que “doença”. As autoras salientam que o processo saúde-doença assume significados distintos, a partir dos distintos olhares e vivências dos indivíduos e de suas famílias. Para as autoras, esse raciocínio também se aplica ao diagnóstico do médico, que tem uma perspectiva mais fundamentada pelas ciências biológicas ao avaliar um paciente e por isso, tende, quase sempre, a “rotulá-lo” com o diagnóstico de uma doença. Por outro lado a forma como as manifestações de agravos à saúde são encaradas e abordadas pelas famílias e comunidades sofre influência de outros aspectos, como a cultura, as crenças e mesmo os meios de comunicação de massa (8).

Nos inquéritos de saúde de base populacional, é comum o emprego de indicadores de morbidade referida, uma vez que a informação diagnóstica é difícil de ser coletada, requer padronização rigorosa e apresenta maior custo. Vários indicadores têm sido utilizados para medir as necessidades de saúde a partir de informações fornecidas (referidas) pelos próprios entrevistados ou por outros moradores do domicílio. Variáveis, tais como, auto-avaliação do estado de saúde, presença de doença crônica, referência a sinais e sintomas, e restrição de atividades rotineiras por motivo de saúde retratam dimensões diferentes das condições de

saúde de determinado grupo populacional. Estas variáveis são susceptíveis a vários tipos de erros de medida, com destaque para o viés de gênero no relato das informações. Estudos sugerem que homens são menos propensos a reportar problemas de saúde do que as mulheres (14, 15).

Os dados de morbidade referente a uma população só serão validados se consideradas as condições de assistência, a cobertura significativa do serviço, e os recursos humanos e materiais disponíveis para o atendimento (12). É fundamental que sejam observadas também as condições adversas, faixa etária predominante da população, fatores socioeconômicas e ambientais da população atendida, pois todos esses aspectos definirão o alcance ou não das futuras ações de intervenção (8).

Com relação à população infantil, embora essa venha sendo alvo de ações que visam basicamente à prevenção primária, é preciso acompanhar o impacto dessas ações também em relação à morbidade que alcançam as crianças (16). O conhecimento das morbidades na faixa etária de 0 a 10 anos é importante para a definição do perfil epidemiológico quando da avaliação e análise dos impactos das políticas públicas. Os resultados de estudos de morbidade infantil podem vir a servir de base na definição e implementação de serviços que venham de encontro com as necessidades reais dessa população.

2.- OBJETIVOS

2.1- Objetivo Geral

- Caracterizar o perfil de morbidade referida em crianças na faixa etária de 0 a 10 anos na área de abrangência dos serviços de atenção primária à saúde da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais.

2.2- Objetivos Específicos

- Caracterizar a população infantil na área de abrangência nas equipes da Estratégia Saúde da Família da macrorregião nordeste de Minas Gerais;
- Identificar os principais motivos de consultas médicas em crianças na faixa etária de 0 a 10 anos da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais;
- Identificar as principais queixas de saúde referidas em crianças desta faixa etária, usuários dos serviços de atenção primária da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, através de entrevistas nos domicílios e nas unidades de saúde da família.

3.- PRODUTOS

Em atendimento à proposta do colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Estadual de Montes Claros, os resultados do presente estudo serão apresentados na forma de um artigo científico. O artigo tem o título de “Morbidade referida para crianças assistidas por Equipes de Saúde da Família na marorregião nordeste de Minas Gerais, Brasil” e será submetido à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. Sua apresentação está formatada, conforme as normas da revista.

3.1- ARTIGO 1

Morbidade referida para crianças assistidas por Equipes de Saúde da Família na região nordeste de Minas Gerais, Brasil

Reported morbidity for children assisted by Family Health Teams in the northeast region of Minas Gerais, Brazil

Autores: Maria de Jesus L. Rocha, Valquiria M. Silva, Ivelisa V. S. Pereira, Antônio P. Caldeira

Instituições dos autores:

Maria de Jesus L. Rocha, Valquiria M. Silva e Ivelisa V. S. Pereira: Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais.

Antônio P. Caldeira: Universidade Estadual de Montes Claros. Campus Darcy Ribeiro. Vila Mauricéia. Montes Claros – MG.

Autor responsável para troca de correspondência: Antônio P. Caldeira

Rua Monte Pascoal, 225. Ibituruna. Montes Claros – MG. CEP: 39.401-347

Auxílio financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais

RESUMO

Objetivo: Objetivou caracterizar o perfil de morbidade referida para crianças assistidas por equipes de saúde da família na macrorregião nordeste de Minas Gerais.

Métodos: Trata-se de estudo transversal de base populacional, desenvolvido junto às equipes de Saúde da Família, com uso de questionários semi-estruturados adaptados para três categorias profissionais das equipes de saúde da família: médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS). Utilizou-se a Classificação Internacional da Atenção Primária, segunda edição (CIAP 2) para codificação da morbidade referida.

Resultados: O inquérito envolveu 3339 crianças, sendo 1701 (50,9%) do sexo masculino. Atendimento médico foi registrado para 335 (10,0%) crianças, enquanto atendimento com o enfermeiro foi realizado para 347 (10,3%) crianças. As visitas e encontros com os ACS foram responsáveis pelo registro de 2657 (79,6%) das crianças. Os principais problemas de saúde foram relacionadas ao trato respiratório e digestório e pele, além de queixas gerais e não específicas, para as três categorias profissionais. Queixas gerais e não específicas, problemas digestivos e problemas relacionados ao trato respiratório foram mais prevalentes entre crianças menores de cinco anos ($p < 0,05$).

Conclusões: O perfil de morbidade observado é compatível com outros estudos e destaca a elevada prevalência das afecções respiratórias e gastrointestinais entre as crianças da região estudada.

Palavras chave: Morbidade; Criança; Atenção Primária à Saúde; Inquéritos de Saúde; Classificação Internacional de Doenças.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to characterize the profile of morbidity for children assisted by family health teams in the macro region northeast of Minas Gerais, Brazil.

Methods: This was a population-based, cross-sectional study, carried out with the Family Health Teams, using semi-structured questionnaires adapted to three professionals categories of family health teams: doctors, nurses and community health workers (CHW). We used the International Classification of Primary Care, second edition (ICPC-2) for coding morbidity.

Results: The survey involved 3339 children; 1701 (50.9%) were male. Medical care was recorded for 335 (10.0%) children, while attendance with nurses was recorded for 347 (10.3%) children. The visits and meetings with CHW were responsible for the registration of 2657 (79.6%) children. The main health problems were related to the respiratory and digestive tract and skin, besides general and not specific complaints for all the three professional categories. General and non-specific complaints, digestive problems and problems related to respiratory tract were more prevalent among children under five years ($p < 0.05$).

Conclusions: The morbidity profile observed is consistent with other studies and emphasizes the high prevalence of gastrointestinal and respiratory diseases among children in the region studied.

Keywords: Morbidity, Child, Primary Health Care, Health Surveys, International Classification of Diseases.

INTRODUÇÃO

No Brasil, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) representa o eixo mais importante da Atenção Primária à Saúde (APS), dentro da estrutura operacional de todo o sistema de saúde^{1,2}. Para a maior parte do país, as unidades da ESF já se apresentam como a principal porta de entrada para todas as novas necessidades e problemas de saúde, independente da faixa etária, ainda que apresente alguns problemas³. A rápida expansão das equipes da ESF observada nos últimos anos tem sido acompanhada de resultados positivos importantes nos indicadores de saúde para a população em geral⁴ e particularmente para a população infantil⁵.

Em um contexto de maior disponibilidade de serviços de saúde e acesso ampliado, algumas nuances do processo saúde-doença precisam ser mais bem conhecidas pela equipe de saúde. Apesar dos avanços registrados, ainda existem desafios a serem superados⁶. Isso implica em conhecer melhor, entre outros aspectos, as características da demanda assistida.

Particularmente em relação à população infantil, existem poucos estudos sobre o perfil de morbidade para esse grupo⁷. Essa é uma informação importante a ser conhecida, especialmente neste momento em que o país experimenta uma rápida transição demográfica e epidemiológica.

Quase sempre os estudos que abordam a morbidade de crianças são realizados a partir de dados secundários ou retratam grupos específicos ou apenas a morbidade hospitalar⁷⁻¹⁰. Outros estudos apresentam vieses na seleção inserindo no processo amostral apenas as crianças que freqüentam as escolas ou os serviços de saúde. Tais procedimentos limitam a possibilidade de generalização dos resultados para a população geral de crianças⁷.

Percebe-se, portanto, a necessidade da realização de estudos mais amplos sobre a morbidade infantil, de forma a conhecer todas as necessidades de saúde dessa faixa etária. Tais estudos podem subsidiar o planejamento de ações e políticas públicas mais direcionadas, além de atividades de capacitação dos profissionais de saúde.

Embora exista um sistema de informação específico para o primeiro nível de atenção à saúde, o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), esse sistema ainda possui limitações e não tem abordagem específica para a atenção infantil¹¹. Assim, enquanto o país ainda não dispõe de um sistema informático satisfatoriamente implantado, os inquéritos populacionais de morbidade referida constituem a opção mais abrangente para o conhecimento dos problemas de saúde prevalentes em uma população e da demanda nos serviços de saúde¹². A classificação e codificação dos diagnósticos, das queixas e necessidades de saúde dos pacientes é uma etapa fundamental desse processo. No contexto das equipes da ESF, a Classificação Internacional da Atenção Primária, em sua segunda edição (CIAP-2) tem potencial de ser uma boa ferramenta no processo de codificação, auxiliando no conhecimento da morbidade referida nesse nível de cuidado. O sistema de codificação é relativamente simples e fácil e tem sido utilizado em vários países^{13,14}.

A partir das considerações anteriores, o presente estudo teve como objetivo caracterizar a morbidade referida para crianças de 0 a 10 anos em áreas de abrangência das equipes da ESF na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, com uso da CIAP-2.

MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido na Macrorregião nordeste de Minas Gerais, composta por 63 municípios, uma região que agrega várias das cidades com menor Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado.

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, para o qual foram alocadas as pessoas que utilizam e que estão adstritas nas áreas de abrangência das equipes da ESF da região estudada.

Antes da coleta de dados, houve intensiva mobilização dos gestores, coordenadores da atenção primária e profissionais de saúde, em reuniões nas comissões intergestores bipartites microrregionais. Um estudo piloto conduzido em uma das cidades da região permitiu ajustes e validação dos instrumentos de coleta de dados.

Os questionários utilizados foram desenvolvidos de forma semi-estruturada, com base em estudos similares na literatura e nos objetivos do estudo. Foram elaborados instrumentos específicos para aferição da morbidade infantil adaptados para três categorias profissionais das equipes de saúde da família: médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Todos os profissionais foram solicitados a preencherem um formulário para cada paciente atendido no dia especificado, com apontamentos de algumas variáveis demográficas, além das informações de saúde. A coleta de dados foi realizada, portanto, em um dia específico, previamente definido, em consonância com a metodologia “*one single day morbidity*”.

Foram excluídos os instrumentos preenchidos incorretamente ou de forma ilegível, bem como aqueles de pacientes oriundos de municípios não pertencentes à região previamente definida.

Os dados coletados foram analisados através do software *SPSS*, versão 16.0. Todas as queixas e problemas de saúde registrados foram codificados segundo a Classificação Internacional da Atenção Primária, segundo a versão (CIAP-2) realizada por uma única pessoa, previamente capacitada, no sentido de se evitar distorções da classificação. A comparação entre os percentuais de classificações em cada capítulo da CIAP-2, entre estratos etários e entre gêneros, foi realizada através do teste do qui-quadrado, assumindo-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

O projeto da presente pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (Unimontes). As entrevistas foram realizadas com autorização dos gestores municipais e trabalhadores das equipes de saúde da família e de todos os respondentes (pais ou responsáveis pelos menores) no âmbito das equipes da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS

Participaram do inquérito 3339 crianças, sendo 1701 (50,9%) do sexo masculino. Atendimento médico foi realizado e registrado para 335 (10,0%) crianças, enquanto atendimento com o enfermeiro da unidade foi realizado por 347 (10,3%) crianças. As visitas e encontros com os ACS foram responsáveis pelo registro de 2657 (79,6%) das crianças, no presente inquérito de morbidade. Os dados são referentes a 204 equipes da ESF, incluindo as equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A morbidade referida pelos cuidadores foi distribuída em ‘diagnósticos’, quando a assistência foi realizada por médicos, em ‘queixas ou motivos de consultas’, quando o atendimento foi realizado por enfermeiros e em ‘problemas de saúde nos últimos 15 dias’ quando o dado resultou de encontro foi com o ACS em visita domiciliar. As principais características e padrões de morbidades estão apresentados nas tabelas 1, 2 e 3, segundo o tipo de profissional da ESF e capítulos da CIAP 2.

Para as três categorias profissionais os principais capítulos referidos incluíam o sistema respiratório, o sistema digestório, a pele e o capítulo referente às queixas gerais e não específicas, ainda que em diferentes ordens de frequência.

Diferenças entre os gêneros foram observadas apenas em relação aos diagnósticos médicos para o capítulo “Geral e não específico”. Diferenças entre os estratos etários (usando a idade de cinco anos como ponto de corte) foram evidenciadas apenas para queixas de saúde registradas por enfermeiros (queixa gerais e problemas digestórios) e problemas respiratórios

registrados pelos ACS. A tabela 4 apresenta a comparação dos principais capítulos da CIAP, entre os gêneros e entre grupos etários distintos.

A tabela 5 condensa as principais codificações para diagnósticos, motivos de consulta e problemas de saúde registrados respectivamente por médicos, enfermeiros e ACS, entre os principais capítulos da CIAP-2.

DISCUSSÃO

O presente estudo permitiu caracterizar a morbidade referida para crianças assistidas por equipes da ESF na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, possibilitando o conhecimento dos principais problemas de saúde que alcançam as equipes da atenção primária na região estudada.

Apesar da distinção entre três categorias de profissionais da ESF, chamou a atenção o fato de que quatro capítulos da CIAP-2 se destacam entre as principais causas de procura por auxílio nas unidades de saúde (médicos e enfermeiros) e entre os principais problemas de saúde observados pelos familiares para os últimos 15 dias precedentes ao inquérito (dados dos ACS). É preciso, pois, maior atenção dos profissionais e gestores locais em relação aos problemas do aparelho respiratório, do aparelho digestório, da pele e aos problemas gerais e não específicos, que juntos, representam mais de 70% das demandas de saúde para a população estudada.

Em estudo conduzido no Ceará, também se registrou, em inquérito domiciliar com crianças de cinco a nove anos, grande destaque para as afecções respiratórias, que representaram o

principal problema de saúde em qualquer época do ano. O mesmo estudo também destaca elevadas freqüências das queixas gerais e não específicas e dos problemas do trato digestório⁷.

Em outro estudo menor, conduzido com análise de prontuários de crianças entre três e sete anos, no interior de São Paulo, os problemas respiratórios e digestórios também tiveram grande destaque, de forma similar ao presente estudo, além do destaque para “tosse” e “febre”, que foram as principais queixas¹⁰.

O estudo de Escuder e colaboradores, apesar de mais antigo, revelou grandes similaridades com os resultados do presente estudo, mesmo utilizando a 10ª Classificação Internacional de Doenças (CID-10), pois apontou também uma maior ocorrência de problemas respiratórios e diarreia, além de problemas de pele e doenças infecciosas e parasitárias¹⁵. A partir da comparação entre os registros de unidades básicas de saúde e do inquérito domiciliar, os autores concluem que, provida uma boa cobertura dos serviços de saúde, os dados de morbidade de demanda podem ser usados como indicadores da morbidade da comunidade. No presente estudo também se registrou grande similaridade entre a morbidade aferida pelos médicos e a morbidade aferida pelos ACS, em relação aos principais capítulos da CIAP-2.

O primeiro grande estudo nacional a fazer análise da morbidade com uso da CIAP-2 foi conduzido em unidades básicas de saúde em Florianópolis (SC)¹⁶. Embora não tenha sido restrito a faixa etária pediátrica, o estudo releva que, para crianças de zero a quatro anos, os motivos mais freqüentes de consulta foram relacionados à medicina preventiva e queixas de febre, tosse, vômitos ou diarreia, sendo que as infecções de vias aéreas superiores e a gastroenterite os problemas de saúde mais diagnosticados pelos médicos.

Em outra análise do perfil de morbidade infantil em São Paulo registrou-se também a preponderância das afecções respiratórias. Apesar de se tratar de um estudo de morbidade hospitalar, não é desprezível o fato de que as pneumonias e broncopneumonias, a asma e outras doenças agudas e crônicas das vias aéreas superiores responderam pela maioria absoluta das internações infantis ao longo de cinco anos⁹.

Diferentemente dos estudos epidemiológicos que buscam estabelecer correlações ou associações, os inquéritos de saúde têm o objetivo de desvelar as condições de saúde de grupos populacionais. Esse processo é particularmente útil na medida em que as condições de vida população são melhores os indicadores de mortalidade já não se mostram mais úteis para inferências sobre o estado de saúde da população¹².

Mais recentemente, os estudiosos da área da saúde pública, têm sugerido que avaliações do sistema de saúde não contenham apenas indicadores oriundos de fontes secundárias de dados, o que significa que os sistemas nacionais de informação precisam incorporar os inquéritos de base populacional como elementos essenciais nos processos avaliativos de programas e serviços de saúde, bem como na proposição de políticas específicas para o setor social e intervenções do setor saúde^{17,18}.

No presente estudo foi possível conhecer as condições de saúde de crianças assistidas pela ESF em uma das regiões mais carentes do país. A macrorregião leste de Minas Gerais inclui os vales do Jequitinhonha e do Mucuri, contando com 63 municípios, sendo que alguns deles registram os mais baixos índices de desenvolvimento humano do Estado. Nesse contexto, presume-se que a assistência pública de saúde possua grande demanda¹⁹.

A codificação dos problemas de saúde a partir da CIAP-2 possibilitou maior familiarização com o instrumento, que se propõe a padronizar as informações entre as equipes da atenção primária. Na definição de um código da CIAP, o problema de saúde ou episódio de cuidado não é, necessariamente, um diagnóstico, e pode assumir a condição de um sintoma ou queixa, dependendo do estágio da doença. A CIAP-2 trabalha com um sistema de codificação simples em dois níveis. O primeiro define o sistema orgânico, possui 17 capítulos que são representados por letras (por exemplo: R-Respiratório, L-Locomotor, S-Pele, etc.). O segundo nível da classificação define sete componentes, representados por números, que discriminam: (1) queixas e sintomas, (2) diagnósticos de triagem e preventivos, (3) medicações, tratamentos e procedimentos terapêuticos, (4) resultados de exames, (5) componente administrativo, (6) acompanhamento e outros motivos de consulta e (7) diagnósticos e doenças^{13,20}.

A relevância da utilização da CIAP-2 em inquéritos similares é que ela permite tanto ao médico referir um queixa ainda não associada a um diagnóstico, como ao paciente referir uma doença definida. Na atenção primária, é comum que o encontro entre profissionais de saúde e usuários não seja decorrente de um diagnóstico de saúde já definido¹⁶. Esse seria um referencial importante para utilização da CIAP-2, que permite o conhecimento da morbidade referida, ainda que não exista uma doença reconhecida.

Na comparação entre os gêneros, para os principais capítulos da CIAP-2, foram observadas diferenças apenas em relação aos diagnósticos médicos para o capítulo “Geral e não específico”. A literatura não registra situações similares e novos estudos deverão buscar a compreensão desse resultado, que pode ser apenas achado fortuito. Para as diferenças entre os estratos etários, é compreensível que maior proporção das queixas gerais e não específicas se concentrem em crianças menores, especialmente porque o maior contingente desse capítulo nos encontros com os enfermeiros foi devido a acompanhamento de puericultura. Famílias de

crianças menores procuram mais os enfermeiros em unidades de Saúde da Família para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e esses profissionais valorizam a atividade de puericultura, considerando-a importante e com potencial de promover mudanças significativas em relação às crianças e suas famílias²¹. A maior proporção de crianças jovens com registro de problemas digestórios (nos registros dos enfermeiros) e problemas respiratórios (registrados pelos ACS) também se justifica pela maior vulnerabilidade da faixa etária mais jovem, que possui um sistema imune ainda²².

A análise das principais codificações da CIAP-2 destaca as afecções respiratórias (IVAS, Asma e amigdalite) e as gastroenterites e parasitoses intestinais entre os diagnósticos médicos. Para as outras categorias profissionais é importante observar que há registro também do diagnóstico de IVAS, o que provavelmente denota uma interpretação das fala dos usuários por parte dos profissionais de saúde (enfermeiros e ACS), uma vez que não se trata de um termo comum para a população. A morbidade referida incorpora aspectos culturais e significados que a população atribui ao processo saúde-doença^{7,19}. Nesse sentido, tanto os diagnósticos médicos, como os motivos de procura aos serviços de saúde registrados pelos enfermeiros e mesmo os problemas referidos pelos familiares aos ACS são resultados das inter-relações entre as pessoas e suas interpretações para as necessidades de saúde. Ao contemplar essas particularidades, destacando os principais capítulos da CIAP-2, este estudo, possibilita o conhecimento de como os agravos à saúde são abordados pelas famílias e comunidades da macrorregião pesquisada.

O crescimento da atenção primária registrado no Brasil nos últimos anos, com ênfase na ESF, destaca a necessidade de novos estudos sobre a morbidade. É desejável que os profissionais das equipes de Saúde da Família conheçam mais profundamente as principais necessidades e

demandas de saúde da população infantil, pois é a partir desse nível de atenção que se determina o fluxo de novos cuidados de saúde²³. Evidenciar os principais diagnósticos, queixas e problemas de saúde da população infantil é uma atividade que facilita a ações dos gestores de saúde pode oferecer subsídios para fortalecimento da atenção primária.

As limitações deste estudo são inerentes ao processo de coleta de dados, que envolveu uma multiplicidade de atores (médicos, enfermeiros e ACS). Para minimizar possíveis vieses, buscou-se trabalhar com um instrumento de fácil assimilação e com poucas variáveis. Assim, os resultados permitiram conhecer as necessidades de saúde de crianças assistidas pelas equipes da ESF, definindo um padrão de morbidade infantil da atenção primária para a região avaliada. Estudos similares podem ser utilizados no processo de planejamento das atividades e programas de educação permanente para as equipes de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

- 1) Conill EM. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24:7-27.
- 2) Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev. Panam. Salud Públ.* 2007; 21: 164-76.
- 3) Sousa MF, Hamann EM. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Rev C S Col.* 2009; 14:1325-35.
- 4) Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011; 377:1778-97.
- 5) Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *Am J Public Health*. 2008; 99:87-93.
- 6) Victora CG, Barreto ML, Carmo LM, Monteiro CA, Schmidt MI, Paim J, et al. Lancet Brazil Series Working Group. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. *Lancet*. 2011; 377:2042-53.
- 7) Barreto ICHC, Grisi SJFE. Morbidade referida e seus condicionantes em crianças de 5 a 9 anos em Sobral, CE, Brasil. *Rev Bras Epidemiol*. 2010; 13: 35-48.
- 8) Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2012; 28:515-26.

- 9) Natali RMT, Santos DSPS, Fonseca AMC, Filomeno GCM, Figueiredo AHA, Terrivel PM et AL. Perfil de internações hospitalares por doenças respiratória sem crianças e adolescentes da cidade de São Paulo, 2000-2004. *Rev Paul Pediatr.* 2011; 29:584-90.
- 10) Santos PL. Morbidade referida, situação vacinal e acesso a serviços de saúde por pré-escolares. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2009; 42:143-50.
- 11) Silva AS, Laprega MR. Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2005; 21:1821-8.
- 12) Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol.* 2008; 11: 6-19.
- 13) WONCA (Organização Mundial dos Médicos da Família): Classificação internacional de atenção primária, CIAP-2, Sociedade Brasileira de Medicina da Família, Florianópolis, 2009.
- 14) Soler JK, Okkesb I, Woodc M, Lambertsb H. The coming of age of ICPC: celebrating the 21st birthday of the International Classification of Primary Care. *Family Practice Advance.* 2008; Available at: <http://fampra.oxfordjournals.org/>
- 15) Escuder MML, Silva, NN; Pereira, JC et al. Assessing morbidity in the paediatric community. *Rev Saúde Pública.* 1999; 33: 349-57.
- 16) Gusso, GDF. Diagnóstico de demanda em Florianópolis utilizando a Classificação Internacional de Atenção Primária: 2ª edição (CIAP-2). [Tese] São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2009.

- 17) Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Rev C S Col 2002; 7:607-21.
- 18) Viacava F, Almeida C, Caetano C, Fausto M, Macinko J, Martins M et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. Rev C S Col. 2004; 9: 711-24.
- 19) Theme Filha MM, Szwarcwald CL, Souza Júnior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. Rev Saúde Pública. 2008; 42:73-81.
- 20) Brueton V, Yogeswaran P, Chandia J, Mfenyana K, Modell B, Modell M et al . Primary care morbidity in Eastern Cape Province. S Afr med j. 2010; 100(5): 309-12.
- 21) Campos RMC, Ribeiro CA, Silva CV, Saparolli ECL Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP 2011; 45:566-74
- 22) Janeway CA, Travers P, Walport M, Capra JD. The humoral immune response. In: Janeway CA, Travers P, Walport M, Capra JD. Immunobiology: The immune system in health and disease. 4ª ed. London: Current Biology Publications; 1999.p.307-61.
- 23) Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

Tabela 1: Principais características e capítulos diagnósticos médicos segundo a CIAP-2 de crianças assistidas em equipes da ESF na macrorregião nordeste de Minas Gerais, Brasil, 2011.

Variável	(n)	(%)
Idade		
< 3 anos	83	24,8
3 – 5 anos	115	34,3
≥ 6 anos	137	40,9
Sexo		
Masculino	171	51,0
Feminino	164	49,0
Local de residência		
Urbana	202	60,3
Rural	133	39,7
Tempo de evolução do problema de saúde		
< 7 dias	173	51,6
7 - 29 dias	54	16,1
≥ 30 dias	98	29,3
Sem problemas	10	3,0
Principais capítulos da CIAP-2		
R – Aparelho Respiratório	98	29,3
D – Aparelho Digestório	82	24,5
A – Geral e não específico	56	16,7
S – Pele	40	11,9
– Outros	59	17,6

Tabela 2: Principais características e capítulos diagnósticos de enfermagem segundo a CIAP-2 de crianças assistidas em equipes da ESF na macrorregião nordeste de Minas Gerais, Brasil, 2011.

Variável	(n)	(%)
Idade		
< 3 anos	103	29,7
3 – 5 anos	138	39,8
≥ 6 anos	106	30,5
Sexo		
Masculino	169	48,7
Feminino	178	51,3
Local de residência		
Urbana	212	61,1
Rural	135	38,9
Principais capítulos da CIAP-2		
A – Geral e não específico	175	50,4
R – Aparelho Respiratório	56	16,1
D – Aparelho Digestório	44	12,7
S – Pele	25	7,2
- Outros	47	13,5

Tabela 3: Principais características e problemas de saúde referidos aos Agentes Comunitários de Saúde, segundo capítulos da CIAP-2 para crianças assistidas em equipes da ESF na macrorregião nordeste de Minas Gerais, Brasil, 2011.

Variável	(n)	(%)
Idade		
< 3 anos	474	17,8
3 – 5 anos	777	29,2
≥ 6 anos	1406	52,9
Sexo		
Masculino	1361	51,2
Feminino	1296	48,8
Relato de algum problema de saúde		
Sim	585	22,0
Não	2072	78,0
Principais capítulos da CIAP-2		
R – Aparelho Respiratório	230	35,2
D – Aparelho Digestório	157	24,0
A – Geral e não específico	149	22,8
S – Pele	28	4,3
- Outros	90	13,8

Tabela 4 – Principais diagnósticos médicos, queixas de saúde registradas por enfermeiros e problemas de saúde registrados por ACS, para crianças, em capítulos da CIAP-2, segundo estratos etários e gênero na macrorregião nordeste de Minas Gerais, Brasil, 2011.

	Idade (anos)			Gênero		
	< 5	≥ 5	p-valor	Mas	Fem	p-valor
Diagnósticos médicos						
Geral	33	23	0,317	19	37	0,008
Digestório	35	47	0,071	46	36	0,354
Respiratório	53	45	0,701	58	40	0,072
Pele	22	18	0,807	22	18	0,715
Outros	31	28	0,967	26	33	0,299
Queixas registradas por enfermeiros						
Geral	119	56	0,006	88	87	0,626
Digestório	19	25	0,019	22	22	0,982
Respiratório	31	25	0,475	27	29	0,947
Pele	11	14	0,123	13	12	0,893
Outros	30	17	0,735	19	28	0,287
Problemas de saúde registrados pelos ACS						
Geral	61	71	0,760	64	68	0,854
Digestório	68	71	0,423	69	70	0,938
Respiratório	108	97	0,015	103	102	0,878
Pele	10	15	0,711	13	12	0,965
Outros	18	62	0,000	39	41	0,970

Tabela 5: Principais codificações da CIAP-2, para diagnósticos, queixas e problemas de saúde atribuídos aos pacientes pediátricos por equipes da ESF na macrorregião nordeste de Minas Gerais, 2011.

Capítulos da CIAP-2	(n)	(%)¹	(%)²
Registros dos médicos (diagnósticos) (n=335)			
<i>Aparelho respiratório</i>			
R74: IVAS	60	61,2	17,9
R 96: Asma	22	22,4	6,6
R 76: Amigdalite aguda	16	16,3	4,8
<i>Aparelho digestório</i>			
D96: Parasitoses intestinais	56	68,3	16,7
D73: Gastroenterite	18	22,0	5,4
D01: Dor abdominal a esclarecer	8	9,8	2,4
<i>Geral e não específico ou Sinais e sintomas</i>			
A97: Sem doença/Controle de saúde	28	50,0	8,4
A03: Febre a esclarecer	17	30,4	5,1
T03: Perda do apetite	11	19,6	3,3
<i>Outros</i>	99	100,0	29,6
Registros dos enfermeiros (queixas na Unidade de Saúde) (n=347)			
<i>Geral e não específico</i>			
A30: Puericultura	92	52,6	26,5
A03: Febre a esclarecer	50	28,6	14,4
A03: Vacinas	33	18,9	9,5
<i>Aparelho respiratório</i>			
R05: Tosse	33	58,9	9,5
R74: IVAS	13	23,2	3,7
K91: Dor de garganta	10	17,9	2,9
<i>Aparelho digestório</i>			
D11: Diarréia	22	50	6,3
D10: Vômitos	14	31,8	4,0
D01: Dor abdominal	8	18,2	2,3
<i>Outros</i>	72	100,0	20,7
Registro dos ACS (problemas de saúde) (n=654*)			
<i>Aparelho respiratório</i>			
R74: IVAS	123	61,8	18,8
R29: Cheira nos pulmões	39	19,6	6,0
R21: garganta inflamada	37	18,6	5,7
<i>Aparelho digestório</i>			
D11: Diarréia	72	59,5	11,0
D10: Vômitos	39	32,2	6,0
D96: Verminose	10	8,3	1,5
<i>Geral e não específico</i>			
A03: Febre a esclarecer	72	52,6	11,0
A92: Alergia	41	29,9	6,3
D01: Dor abdominal	24	17,5	3,7
<i>Outros</i>	197	100,0	30,1

(%)¹ = Percentual para o capítulo ou subgrupo

(%)² = Percentual para o total de registros

(*) Referente a 585 crianças

4- CONSIDERAÇÕES FINAIS

O perfil de morbidade infantil é um parâmetro importante para a definição das políticas de saúde, porém ainda não é uma ferramenta amplamente reconhecida e utilizada em nosso país, a despeito de seu potencial de apontar aos serviços novas necessidades e expectativas da população infantil. Além disso, possibilita análise aprofundada nessa área de conhecimento ao detalhar a utilização dos serviços de atenção primária pelas crianças e suas mães.

Como na Atenção Primária o encontro entre profissionais de saúde e usuários nem sempre ocorre por um diagnóstico já definido, a utilização da CIAP-2 torna-se uma estratégia importante para o conhecimento da morbidade, ainda que não exista uma doença reconhecida. Sem dúvida, os resultados de tal estratégia são um significativo referencial para a compreensão da situação de saúde de uma comunidade ou Unidade Básica de Saúde (UBS). Assim como em outros, no presente estudo também se registrou grande similaridade entre a morbidade aferida pelos médicos e a morbidade aferida pelos ACS, em relação aos principais capítulos da CIAP-2. Os registros de Unidades Básicas de Saúde e do Inquérito Domiciliar podem ser usados como indicadores da morbidade da comunidade.

A classificação da morbidade através da queixa do usuário, feita através da CIAP -2 e também da escuta de um profissional de saúde torna-se ferramenta importante para a fidedignidade dos dados alcançados neste estudo. Os resultados permitiram conhecer as necessidades de saúde das crianças de 0-10 anos assistidas pelas equipes da ESF da Macrorregião Nordeste de Minas Gerais, demonstrando que no caso dessa região ela não difere daquela do Brasil em geral. Apesar dos poucos estudos desta faixa etária, pode-se observar que as morbidades identificadas com maior prevalência - afecções respiratórias e gastrointestinais - não diferem muito daquelas de outros estudos realizados, mesmo que em faixa etária diferenciada.

A noção sistêmica derivada da compreensão adequada desses dados pode contribuir para que gestores e profissionais adquiram visão e conhecimentos necessários à tomada de decisão voltada ao atendimento das demandas, tendo como foco principal a prevenção. Isto permite que gestores e trabalhadores possam investir cada vez mais no conhecimento dos fatores que interferem na saúde das crianças, através da análise estruturada da realidade local e hábitos

de vida desta população, e consigam garantir intervenções inteligentes e eficazes, com melhora dos indicadores gerais de saúde infantil.

Se a Estratégia da Saúde da Família tem como principal objetivo reorganizar a prática assistencial, estudos epidemiológicos representam ferramentas imprescindíveis para que gestores e trabalhadores da saúde conheçam os fatores associados aos processos saúde-doença da população, de forma a ampliar a qualidade e a resolubilidade dos diversos níveis de assistência.

REFERÊNCIAS

1. Santana ML, Carmagnani MI. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde Soc.* 2001; 10(1):1-25.
2. Ferrer APS. Estudo das causas da internação hospitalar das crianças de 0 a 9 anos de idade no município de São Paulo. [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina; 2009.
- 3-Figueiredo GLA, Mello DF. Atenção à Saúde da criança no Brasil: aspectos da vulnerabilidade programática e dos direitos humanos. *Rev Latino-am Enfermagem* 2007;15(6):1171-6.
4. Bermúdez-Tamayo C, Márquez-Calderón S, Rodríguez del Águila MM, Perea-Milla LE, Ortiz EJ. Características organizativas de la atención primaria y hospitalización por los principales *ambulatory care sensitive conditions*. *Aten Primaria.* 2004; 33(6):305-11.
5. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco; 2004.
6. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR *et al.* Fatores associados à realização de consultas médicas de crianças menores de cinco anos. *Rev Bras Epidemiol* 1999; 2(1-2):60-72.
7. Barreto JOM, Nery IS, Costa MSC. Estratégia Saúde da Família e internações hospitalares em menores de 5 anos no Piauí, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2012; 28:515-26.
8. Barreto ICHC; Grisi SJFE. Morbidade referida e seus condicionantes em crianças de 5 a 9 anos em Sobral, CE, Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2010; 13: 35-48.
- 9.Pires D. Perfil de Mortalidade em ambulatório de cirurgia pediátrica de uma unidade de atenção primária á saúde infantil. *Pediatria (São Paulo)*, 2001:(1):33.6
10. Marques RM, Mendes A. Atenção Básica e Programa de Saúde da Família (PSF): novos rumos para a política de saúde e seu financiamento. *Ciênc Saúde Coletiva* 2003; 8:403-15.

11. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 2002; 7(4):757-76.
12. Rocha Y, Nogueira JS, JL. Padrões de morbidade em assistência primária na Região de Ribeirão Preto, SP (Brasil). *Rev. Saúde públ* 1985; 19:215-24.
13. Venâncio SI, Levy RB, Saldiva SRDM, Mondini L, Stefanini MLR. Sistema de vigilância alimentar e nutricional no Estado de São Paulo, Brasil: experiência da implementação e avaliação do estado nutricional de crianças. *Rev. bras. saúde matern. infant* 2007;7(2):213-20.
14. Verbrugge LM & Wingard DL 1987. Sex differentials in health and mortality. *Women & Health* 1987; 12(2):103- 145.
15. Macintyre S, Ford G & Hund K 1999. Do women “over- report” morbidity? Men’s and women’s responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine* 1999; 48:89- 98.
16. Barros A. Morbidade e Mortalidade Hospitalar de Crianças menores de um ano em Ribeirão Preto, SP (Brasil),1975. *Rev. Saúde Publ* 1981; 15:308-20.

APÊNDICE

Formulário de Avaliação **Médica** de Morbidade na Atenção Primária na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais

1- Sexo:

() Masculino

() Feminino

2- Idade:

_____ Anos

_____ Meses (se for menor de 1 ano)

3- Procedência

() Urbana

() Rural

4- Principal problema de saúde:

Tempo do início do problema:

() menos que 1 semana

() 15 dias a 1 mês

() 1 a 3 meses

() mais que 3 meses

Formulário de Avaliação do **Enfermeiro** de Morbidade na Atenção Primária na Macrorregião
Nordeste de Minas Gerais

1- Sexo:

() Masculino

() Feminino

2- Idade:

_____ Anos

_____ Meses (se for menor de 1 ano)

3- Procedência

() Urbana

() Rural

4- Escolaridade (para maiores de 15 anos):

() Analfabeto

() 1º Grau Incompleto

() 1º Grau Completo

() 2º Grau Incompleto

() 2º Grau Completo

() Ou mais

5- Motivos da procura da Unidade de Saúde:

Formulário de Avaliação de Morbidade na Atenção Primária na Macrorregião Nordeste de Minas Gerais pelo **Agente Comunitário de Saúde**

Número do Prontuário Familiar:					
1° Nome	Sexo (M) ou (F)	Idade	Escolaridade	Teve algum problema de saúde nos últimos 15 dias?	
				Não	Sim. Qual?