



Acta Paulista de Enfermagem

ISSN: 0103-2100

ape@unifesp.br

Escola Paulista de Enfermagem

Brasil

Falleiros de Mello, Débora; de Miranda Barros, Débora; Pinto, Ione Carvalho; de Carvalho Furtado, Maria Cândida

Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família

Acta Paulista de Enfermagem, vol. 22, núm. 6, diciembre, 2009, pp. 748-754

Escola Paulista de Enfermagem

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=307023847004>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Seguimento de enfermagem: monitorando indicadores infantis na saúde da família*

Nursing follow-up: monitoring of children's health indicators in the program of family health

El acompañamiento de enfermería: monitorización de indicadores infantiles en salud de la familia

Débora Falleiros de Mello¹, Débora de Miranda Barros²,
Ione Carvalho Pinto³, Maria Cândida de Carvalho Furtado³

RESUMO

Objetivo: Descrever os indicadores de saúde de crianças acompanhadas nos dois primeiros anos de vida em uma unidade de saúde da família. **Métodos:** Estudo descritivo. Os dados foram coletados através dos registros em declarações de nascidos vivos e prontuários de 68 crianças nascidas no período de 01/01/2002 a 31/12/2004 e acompanhadas até 31/12/2006 em uma unidade de saúde da família de Ribeirão Preto-SP. **Resultados:** A população caracterizou-se como de risco, apontando uma parcela significativa de mães adolescentes, com menos de oito anos de estudo, 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. **Conclusão:** 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 estratégia Saúde da Família.

Descritores: Saúde da criança; Indicadores de saúde; Enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

Objective: To describe children's health indicators during the first two years of their life. **Method:** This was a descriptive study. Data were collected through birth certificates and medical records of 68 children born between January 1st 2002 and December 31st 2004. The children were monitored from birth to December 31st 2006 in an outpatient health unit of the program of family health at Ribeirao Preto, SP. **Results:** The children were at risk for health problems and a significant number of their mothers were teenagers with more than 3 children. Health care provided by the program of family health consisted of an increase in the amount of prenatal care, expansion of breastfeeding support and coverage, vaccination, and foot testing. **Conclusion:** Nursing and other professionals care has been very important in improving the children's health indicators. Monitoring health indicators can promote adequate child care; particularly, among children attending a program of family health.

Keywords: Child health; Health status indicators; Pediatric nursing.

RESUMEN

Objetivos: Describir los indicadores de salud de niños acompañados en los dos primeros años de vida. **Métodos:** Estudio descriptivo. Los datos fueron recolectados a través de los registros de las declaraciones de los nacidos vivos y de fichas de 68 niños nacidos en el período de 01/01/2002 a 31/12/2004 y acompañados hasta el 31/12/2006 en una unidad de salud de la familia de Ribeirao Preto, Sao Paulo. **Resultados:** La población se caracterizó como de riesgo, apuntando una parcela significativa de madres adolescentes, con menos de 8 años de estudio y más de 3 hijos. En lo que se refiere a las prácticas de salud en la unidad de salud de la familia hubo un incremento en: el número de consultas de prenatal, la ampliación de la cobertura de amamantamiento materno, la vacunación, y, en la prueba del pie. **Conclusión:** La práctica de enfermería y de los otros profesionales ha sido importante en la mejoría de los indicadores de salud infantil. La monitorización de los indicadores posibilita fortalecer la organización de la asistencia al niño, particularmente en el contexto de la estrategia salud de la familia.

Descriptores: Salud del niño; Indicadores de salud; Enfermería pediatrica.

* Estudo desenvolvido na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo (USP) - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

¹ Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de EERP-USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

² Enfermeira Residente em Saúde da Criança pela Universidade Estadual de Londrina - UEL Londrina (PR), Brasil.

³ Doutora, Professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP - USP - Ribeirão Preto (SP), Brasil.

INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança tem enfoque no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, incentivo ao aleitamento materno, orientação da alimentação da criança, imunização e atenção às doenças prevalentes na infância. Essas práticas de saúde constituem os elementos essenciais para proporcionar boas condições de saúde na infância⁽¹⁻²⁾.

No Brasil, na atenção básica, a saúde da criança está em consonância com a estratégia Saúde da Família. As localidades onde essa estratégia foi implantada têm demonstrado experiências renovadoras e uma oportunidade que gera uma nova prática⁽³⁾. A estratégia Saúde da Família é fundamental para a reorganização do modelo assistencial, uma vez que busca articular os princípios da universalidade, equidade e integralidade⁽⁴⁾. A atenção está centrada na dimensão família, entendendo-a a partir do seu contexto, possibilitando à equipe uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções para além das práticas curativas⁽⁵⁾.

Em conjunto com a equipe de saúde da família, a enfermagem pode ter uma atuação que amplia o acesso das famílias à rede básica de serviços públicos de saúde, realiza intervenções de promoção, prevenção e tratamento, contribui para a redução das desigualdades sociais e melhoria da qualidade de vida das famílias e das crianças, com possibilidades para o incremento dos indicadores de saúde na infância.

As áreas de epidemiologia e de saúde pública destacam a importância de estudos sobre variações de indicadores de saúde ao longo de um tempo, contribuindo para análises do processo saúde-doença e para o planejamento de ações de saúde⁽⁶⁾.

Neste estudo, as informações de saúde de interesse são referentes à criança (sexo, peso ao nascer, tipo de aleitamento, vacinação, teste do pezinho, hospitalizações, atendimentos médico e de enfermagem na unidade, controle de peso e estatura e acompanhamento do desenvolvimento infantil) e à mãe (idade, escolaridade, número de filhos em gestações anteriores vivos e mortos, duração da gestação, número de consultas de pré-natal, local e tipo de parto), com o objetivo de descrever os indicadores de saúde de crianças acompanhadas nos dois primeiros anos de vida em uma unidade de saúde da família, com vistas a contribuir para a organização do seguimento de enfermagem à criança no contexto da estratégia Saúde da Família.

MÉTODOS

Trata-se de estudo descritivo⁽⁷⁾ sobre a assistência às crianças menores de dois anos de idade, ressaltando as informações de atendimentos realizados em uma unidade de saúde da família.

O estudo foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto-SP, no Núcleo de Saúde da Família-IV, com aprovação pelo

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola-USP, processo nº 200.04/2004. O núcleo de saúde da família foi implantado em 2001, é vinculado à rede municipal de serviços públicos de saúde e atende a uma população de 3.620 habitantes, predominantemente jovem.

A coleta de dados foi baseada em um levantamento de informações registradas em declarações de nascidos vivos (DNV) e em prontuários de famílias com crianças nascidas no período de 01/01/2002 a 31/12/2004, acompanhadas na unidade até 31/12/2006. As DNV foram obtidas de um arquivo da própria unidade de saúde da família. No município de Ribeirão Preto-SP, há um fluxo de informações em saúde, em que a DNV é preenchida nos locais de nascimento da criança (hospitais e maternidades), uma via da DNV é entregue para a família, outra é enviada para a Secretaria Municipal de Saúde e uma terceira via para a unidade de saúde da área de abrangência da residência da criança.

No triênio 2002-2004 nasceram 135 crianças no bairro, sendo que 68 fizeram parte do estudo, considerando os critérios de inclusão: ser morador da área de abrangência da unidade e estar sob cobertura assistencial pela unidade nos dois primeiros anos de vida. Foram excluídas as crianças de mãe com mais de um filho no triênio (10 = 14,9%); dados em prontuário a partir de dois anos (1 = 1,5%); interrupção de acompanhamento no núcleo antes dos dois anos (33 = 49,3%); nascimento de gêmeos (2 = 3%); convênio médico (11 = 16,4%); morte da criança antes dos dois anos (1 = 1,5%); não possuir DNV (9 = 13,4%).

Para análise foi construído um banco de dados com as informações coletadas e realizada uma análise estatística descritiva, utilizando média, percentuais e freqüências⁽⁸⁾. Desse modo, os resultados foram organizados apresentando as características de crianças e mães estudadas, a assistência materno-infantil e o acompanhamento da saúde da criança na atenção básica.

RESULTADOS

Caracterização de crianças e mães estudadas

No estudo foram obtidas informações de saúde em prontuários de 68 crianças e 68 mães.

Entre as 68 crianças estudadas, 28 (41,2%) nasceram em 2002, 30 (44,1%) em 2003 e 10 (14,7%) nascimentos foram em 2004. No tocante ao sexo, 38 (55,8%) era masculino e 30 (44,2%) feminino.

Em relação à idade materna no momento do nascimento da criança, a idade mínima encontrada no total de 68 mães foi diminuindo, passando de 17 anos (2002), para 15 anos (2003) e 14 anos (2004). A idade materna máxima também diminuiu de 37 anos, em 2002, para 33 anos, em 2003, e 30 anos, em 2004. Observamos 19,2% das mães na faixa de risco (abaixo de 18 anos inclusive e acima de 35 anos exclusive), sendo 3,0% acima de 35 anos e 16,2% eram adolescentes.

Outro dado importante é a escolaridade materna. No estudo, encontramos 53 (78%) mães com até sete anos de

estudo, 13 (19,1%) de 8 a 11 anos de estudo, nenhuma mãe com 12 anos ou mais de estudo e dois (2,9%) DNV sem informação.

Em relação ao número de filhos vivos em gestações anteriores, observamos que, em 2002, o número máximo de filhos vivos foi 7, no ano de 2003 esse número permaneceu igual e, em 2004, observamos uma queda de 7 filhos vivos para 5. Deprendemos que 19 (27,9%) mães se incluem no risco social de ter 3 filhos vivos ou mais. Quanto aos filhos mortos em gestações anteriores, 6 (8,82%) mães tiveram um filho morto.

Assistência materno-infantil

A assistência materno-infantil foi verificada a partir das informações sobre número de consultas no pré-natal, tipo de parto, local do parto, duração da gestação, peso ao nascer, aleitamento materno, vacinação, teste do pezinho e hospitalizações.

Em relação ao pré-natal, o estudo mostrou que 13 (19,2%) mães tiveram até 6 consultas de pré-natal, sendo que dessas 11 (16,2%) tiveram de 4 a 6 consultas; 52 (76,5%) mães tiveram 7 ou mais consultas e em 3 (4,3%) a DNV não continha essa informação. Em 2002, 60,7% das gestantes fizeram 7 ou mais consultas no pré-natal, passando para 86,7% em 2003 e para 90% em 2004, havendo um incremento dessa prática no triênio.

Neste estudo, 2 (2,9%) mães tiveram seus filhos no domicílio e 66 (97,1%) os tiveram no hospital. Em relação ao tipo de parto, 44 (64,7%) tiveram partos via vaginal, uma (1,5%) via fórceps, 22 (32,3%) cesarianas e uma (1,5%) DNV estava sem essa informação. As cesarianas foram diminuindo com o passar dos anos, sendo 42,9% em 2002, 26,7% em 2003 e 20% em 2004, estando abaixo em relação à média de cesáreas do município, que foi 53,3%, em 2004⁹.

Em relação à duração da gestação em semanas, o estudo identificou 2 (2,9%) crianças nascidas pré-termo (32-36s); 60 (88,2%) nascidas a termo (37-41s); 4 (6%) crianças pós-termo (42s ou mais) e 2 (2,9%) sem essa informação. Em 2002, 3,6% das crianças foram classificadas como prematuras, passando para 3,3% em 2003 e para 0% em 2004, apontando um decréscimo no triênio.

No tocante ao peso ao nascer, observamos que 60 (88,2%) crianças se encontravam na faixa de normalidade (2500g a 3999g), 2 (2,0%) com sobre peso e 6 (8,9%) com baixo peso (entre 1500g e 2499g). O número de crianças com baixo peso foi diminuindo ao longo dos anos, sendo 4 (14,3%) em 2002, 2 (6,7%) em 2003 e nenhuma em 2004. Na amostra não houve criança com peso menor que 1500g.

Em relação ao aleitamento materno, cabe ressaltar que neste estudo levantamos o dado de aleitamento materno exclusivo (AME) até os quatro meses de idade, mesmo sabendo que a recomendação da OMS é até os seis meses. Nas crianças investigadas, 24 (35,3%) receberam aleitamento materno exclusivo, 30 (44%) aleitamento misto, 11 (16,3%) aleitamento artificial e em 3 (4,4%) prontuários não estava registrada essa informação. Ao observarmos conjuntamente

o aleitamento materno exclusivo e o predominante, notamos aumento de 53,5%, das crianças nascidas em 2002, para 60% das nascidas em 2003 e 2004. Já para a permanência do aleitamento materno, encontramos 44 (64,7%) crianças que continuaram a receber leite materno, sendo 22 (32,3%) até 12 meses e 22 (31%) até 24 meses; 19 (28%) não continuaram a amamentar após os 4 meses e em 5 (7,3%) prontuários não havia essa informação.

Quanto à vacinação infantil, observamos que 60 (88,2%) crianças estavam com o esquema básico de vacinação atualizado, 6 (8,9%) atrasado e 2 (2,9%) prontuários não continham essa informação. Observamos que o número de crianças com o esquema básico (até um ano de idade) atrasado foi diminuindo ao longo dos anos, sendo 5 (17,9%) crianças nascidas em 2002, 1 (3,3%) em 2003 e nenhuma em 2004, denotando um incremento da vacinação completa na infância no período analisado.

Outro dado levantado foi o registro do teste do pezinho no prontuário, sendo identificado que 61 (89,7%) crianças realizaram o teste e 7 (10,3%) prontuários não continham essa informação. Das crianças nascidas em 2002, 75% dos prontuários continham esse dado, passando, em 2003 e 2004, para 100%, revelando uma boa cobertura dessa prática no período.

Neste estudo, foram encontrados nos prontuários das crianças registros referentes às hospitalizações por diarréia, problemas respiratórios, de ouvido, de pele, desnutrição/anemia, infecção do trato urinário e icterícia neonatal. Das crianças investigadas, nenhuma foi hospitalizada por diarréia, problemas de pele, desnutrição/anemia e infecção do trato urinário, porém 3 (4,4%) crianças foram internadas por icterícia neonatal (internadas apenas uma vez) e 8 (11,8%) crianças por problemas respiratórios e/ou de ouvido. No período, houve um decréscimo nas internações por problemas respiratórios, com 6 casos (21,4%) em 2002, 1 (3,3%) em 2003 e 1 (10%) em 2004, sendo que 1 (1,5%) criança foi hospitalizada duas vezes por esse problema (Tabelas 1 e 2).

Acompanhamento da saúde da criança na atenção básica

O acompanhamento da saúde da criança no núcleo de saúde da família foi verificado de acordo com o número de atendimentos realizados por enfermeiros e médicos nos dois primeiros anos de vida. Nos atendimentos realizados, ressaltamos as seguintes variáveis: número de consultas médicas e de enfermagem programadas e eventuais, número de vezes em que foram obtidas as medidas antropométricas da criança e se ela foi acompanhada em relação ao seu desenvolvimento.

Observamos que as 68 (100%) crianças do estudo tiveram consultas médicas programadas. Para consulta médica eventual, apenas a maãe de uma (1,5%) criança não requisitou esse serviço e o número mínimo e máximo variou de 1 a 21 em 2002, 2 a 39 em 2003 e 1 a 27 em 2004.

Em relação à consulta de enfermagem programada, 62 (91,2%) crianças foram atendidas. Em 2002, 78,6% das

Tabela 1 - Caracterização de crianças e mães atendidas no Núcleo de Saúde da Família-4, no período 2002 a 2004, Ribeirão Preto, SP.

Características	2002		2003		2004	
	n	%	n	%	n	%
Número de nascimentos	28	41,2	30	44,1	10	14,7
07 ou mais consultas de pré-natal	17	60,7	26	86,7	9	90,0
Baixo peso ao nascimento	4	14,3	2	6,7	0	0,0
Mães adolescentes	2	7,1	7	23,3	2	20,0
Número de cesáreas	12	42,9	8	26,7	2	20,0
Aleitamento materno exclusivo ou predominante até 4 meses	15	53,5	18	60,0	6	60,0
Esquema vacinal básico atrasado	5	17,9	1	3,3	0	0,0
Registro teste do pezinho nos prontuários	21	75,0	30	100,0	10	100,0
Consultas médicas programadas	28	100,0	30	100,0	10	100,0
Consultas de enfermagem	22	78,6	30	100,0	10	100,0

Tabela 2 - Crianças com fatores de risco para a mortalidade infantil atendidas no Núcleo de Saúde da Família-4, no período 2002 a 2004, Ribeirão Preto, SP.

Fatores de Risco	n	%
Idade materna ao nascimento da criança	13	19,2
Idade materna menor que 19 anos	11	16,2
Mãe com menos de 8 anos de estudo	53	78,0
Mães com 3 filhos vivos ou mais	19	27,9
Baixo peso ao nascer	6	8,9
Idade Gestacional < 36s e 6d	2	2,9

crianças eram acompanhadas por enfermeiros e, em 2003 e em 2004, esse acompanhamento passou para 100%, denotando um incremento dessa prática. Já para a consulta de enfermagem eventual, 18 (26,5%) crianças foram atendidas, sendo 1 consulta por criança em 2002, de 1 a 3 em 2003 e de 1 a 2 em 2004. Depreendemos boa cobertura das consultas de enfermagem para o acompanhamento da saúde da criança nos dois primeiros anos de vida das crianças.

Nesses atendimentos de enfermagem e médicos, todas as crianças realizaram controle do peso, estatura e monitoramento do desenvolvimento infantil. Em apenas 1 (1,5%) prontuário não estava registrada a estatura e o acompanhamento do desenvolvimento, ocorrido em 2002.

DISCUSSÃO

Conhecer as características de indivíduos ou grupos é importante para a organização da assistência, e também para a visualização de fatores de risco, com associações a uma probabilidade aumentada de surgir, desenvolver ou estar exposto a determinado dano à saúde, sendo que a presença do fator de risco não significa doença, mas indica quem, com maior chance, poderá ficar doente⁽¹⁰⁾.

Em todo e qualquer modelo assistencial ou estratégia de atenção, como é o caso da estratégia Saúde da Família, uma questão relevante na implementação é o processo de monitoramento e avaliação, assim como o contexto de implantação e as características mais gerais do campo socioeconômico e de políticas públicas⁽¹¹⁾.

Em relação às condições de saúde na infância, a escolaridade materna é apontada como aspecto importante,

associada com a utilização mais ou menos eficiente da renda familiar, os serviços públicos existentes e as possibilidades de emprego e salários⁽¹²⁾. Menos de oito anos de estudo da mãe é considerado um fator de risco de mortalidade para a criança, juntamente com as variáveis assistência pré-natal e residência em microárea de risco⁽²⁾. O grau de escolaridade pode influir na determinação do crescimento por estar diretamente relacionado com uma melhor compreensão da prática de cuidados infantis⁽¹³⁾. Um estudo⁽¹⁴⁾ encontrou uma forte associação entre escolaridade materna e mortalidade infantil, internações hospitalares e indicadores antropométricos (peso/idade e altura/idade) de crianças com até 20 meses de idade. Quanto ao número de filhos vivos, maior ou igual a três, e filhos mortos, maior ou igual a um, é considerado um dos fatores de risco social para a mortalidade infantil, juntamente com as variáveis idade materna menor de 19 anos, mãe com menos de oito anos de estudo, sem seguimento pré-natal ou número de consultas menor ou igual a três e parto fora do hospital⁽²⁾. O tamanho da família e a existência de muitos filhos em famílias de baixa renda foram destacados por instituições internacionais, como a Organização das Nações Unidas para a Agricultura e Alimentação e a United Nations for Developing People, como condições associadas ao risco nutricional, particularmente em países desenvolvidos⁽¹³⁾.

No tocante ao pré-natal, que é considerado uma ação programática da atenção básica à saúde, no Brasil o número mínimo de consultas de pré-natal para gestantes sem fatores de risco são seis⁽²⁾. Os serviços de pré-natal devem fornecer cuidados de qualidade, vacinação contra o tétano, consultas e meios de planejamento familiar, intervenções contra o HIV/AIDS⁽¹⁵⁾. Um estudo que investigou a efetividade do

pré-natal nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, encontrou que 97% das mulheres estudadas realizaram alguma consulta de pré-natal na última gestação. Quando analisaram o indicador com quatro ou mais consultas a cobertura alcançou cerca de 33%, com seis consultas ou mais 26% e com sete consultas ou mais menos de 20%, indicando uma perda de efetividade em relação à cobertura quando os critérios se tornam mais exigentes, ou seja, com o aumento do número de contatos entre o serviço e a população⁽¹⁶⁾.

Em relação ao parto, as variáveis analisadas foram tipo de parto e local do parto. A cesárea, assim como parto fora do hospital são considerados fatores que aumentam a mortalidade materna e podem influenciar no estado geral de saúde da criança. A taxa ideal preconizada para cesáreas é em torno de 15% a 20% para o total da população, sendo indicado que se leve em conta a complexidade da assistência nos serviços de saúde existentes⁽¹⁷⁾.

A prematuridade é considerada um dos fatores biológicos para a mortalidade infantil, juntamente com peso ao nascer menor que 2500g, Apgar no 5º minuto menor que 7 e malformações congênitas⁽²⁾. Nos indicadores de saúde infantil, o peso da criança ao nascer é colocado como o maior determinante das chances de um recém-nascido sobreviver e de ter um crescimento e desenvolvimento normal⁽¹³⁾. É um indicador que está intimamente ligado com a prematuridade, ou seja, em geral quanto menor a idade gestacional menor é o peso ao nascer. Em relação a outros países, como Suécia e Noruega, o peso médio ao nascer alcança 3500g e a proporção de baixo peso ao nascer não ultrapassa 5%⁽¹⁸⁾.

No tocante ao indicador aleitamento materno, o incentivo desta prática é preconizado em várias estratégias para intervir na diminuição da morbimortalidade infantil. Concomitantemente, o desmame precoce é considerado um fator de risco para morbimortalidade infantil e tem influência direta no crescimento e desenvolvimento da criança⁽¹⁹⁾. Nos países em desenvolvimento, o atraso no crescimento inicia-se, em geral, entre quatro e seis meses de vida, quando o aleitamento materno é substituído por alimentos de baixo valor nutricional e, como consequência, pode haver maior propensão para infecções⁽¹³⁾.

A imunização para todas as crianças também faz parte das intervenções para diminuição da morbimortalidade infantil, juntamente com o incentivo ao aleitamento materno, monitoramento do crescimento e desenvolvimento e atenção às doenças prevalentes na infância⁽²⁾. Um estudo⁽¹¹⁾ sobre o impacto do Programa Saúde da Família nos indicadores de saúde da criança em municípios do Nordeste do Brasil averiguou que famílias cujas mães tinham baixa escolaridade apresentaram maior proporção de crianças menores de um ano com baixa cobertura vacinal, sendo importante o acompanhamento dessas ações.

No Brasil, desde 2001 o teste do pezinho está inserido no Programa Nacional de Triagem Neonatal do Ministério da Saúde, com vistas ao diagnóstico precoce de algumas doenças, como o hipotireoidismo congênito, a fenilcetonúria e as hemoglobinopatias (traço e doença falciforme). É

preconizado para todos os recém-nascidos, a partir de 48 horas de vida até 30 dias do nascimento⁽²⁾.

A disponibilidade e a qualidade da assistência que os serviços de saúde oferecem a gestantes, recém-nascidos e crianças constituem condicionantes importantes da evolução das condições de saúde na infância⁽¹⁸⁾. As relações entre a falta ou a deficiência de assistência pré-natal e o retardamento do crescimento intra-uterino, a prematuridade e, por extensão, a morbimortalidade na infância já foram demonstradas⁽²⁰⁾, sendo fundamental a atenção a esses indicadores.

A hospitalização de crianças também é um parâmetro importante na saúde infantil. O perfil de saúde infantil, no Brasil, revela uma proporção relativa de óbitos por afecções originadas no período neonatal, consideradas de difícil intervenção, e, por outro lado, a convivência com uma morbidade elevada das chamadas doenças do subdesenvolvimento, como as pneumonias, diarréias e infecção/desnutrição. As causas que levam crianças à hospitalização, como problemas respiratórios e doenças infecciosas e parasitárias, são relatadas como internações passíveis de serem reduzidas por meio de medidas de prevenção e de atenção primária à saúde⁽²¹⁾. Um estudo⁽¹¹⁾ apontou que internações de crianças menores de cinco anos estão associadas à condição socioeconômica da família, particularmente em famílias com mães com baixa escolaridade, que apresentaram significativamente maior taxa de internação por infecção respiratória aguda (IRA). O referido estudo também encontrou que, em áreas cobertas por Programa de Agentes Comunitários de Saúde, as taxas de internação por IRA e por diarréia foram significativamente menores.

A estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância aborda, de maneira sistematizada, os principais problemas de saúde da criança no contexto da família, a prevenção, o tratamento e o seguimento da saúde da criança de forma contínua, procurando assegurar importante impacto sobre a saúde infantil, mediante atenção às principais causas de mortalidade. Combina assistência às enfermidades prevalentes com ações curativas, preventivas, de vigilância e de promoção à saúde, além de imprimir nova abordagem de comunicação com as famílias, privilegiando o acolhimento, a escuta e as particularidades do contexto de vida de cada família⁽²²⁾. No acompanhamento da saúde da criança, essa estratégia pode ser implementada em consonância com as diretrizes da Saúde da Família, o que, nesta unidade de saúde investigada, vem ocorrendo, particularmente em ações de acolhimento de crianças em atendimentos eventuais e nas consultas de enfermagem.

As práticas de saúde e de enfermagem no seguimento de crianças no contexto das famílias é um processo amplo e contínuo, além de referências técnicas, implicam medidas promocionais, preventivas, terapêuticas e de interações com a criança, a família, a comunidade, os serviços de saúde e outros setores sociais⁽²³⁾.

A estratégia Saúde da Família na evolução da saúde das crianças tem tido um enfoque na vigilância da saúde, como

em um estudo realizado em Sobral-CE⁽³⁾, que aponta melhoria de indicadores de aleitamento materno e de imunização e redução de internações e de óbitos hospitalares por desnutrição, doenças respiratórias, diarréicas e de óbitos no domicílio. Nesse estudo, a melhoria dos indicadores foi associada ao trabalho integrado e humanizado da equipe de saúde da família, que favorece ações de promoção da saúde da criança e prevenção de doenças prevalentes, com diminuição da mortalidade no primeiro ano de vida.

A assistência em puericultura também está colocada como ação programática da atenção básica à saúde no Brasil, em consonância com a estratégia saúde da família. Um estudo⁽¹⁶⁾ realizado nas regiões Sul e Nordeste apontou que a puericultura foi mais ofertada e utilizada com base em protocolo em unidades de saúde da família do que em unidades básicas de saúde tradicionais.

Na saúde infantil existe uma correlação entre saúde da criança e certos indicadores socioeconômicos, mas há considerações sobre outras variáveis relevantes para a criança, em razão de estar muito ligada à mãe, e dela depender para sobreviver. Nesse sentido, os aspectos das condições gerais de vida, como alimentação, moradia, saneamento, acesso à assistência à saúde, nível de escolaridade e renda familiar, também tem que contemplar o estilo de vida da mãe, caracterizado como uma série de aspectos comportamentais de natureza sociocultural⁽²⁴⁾.

Todos esses elementos são relevantes para a prática de enfermagem na gestão do cuidado em saúde, e requerem do profissional, um conhecimento ampliado sobre o contexto de vida dos sujeitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, a população caracteriza-se como de risco,

apontando uma parcela significativa de mães adolescentes, com menos de oito anos de estudo, com mais de três filhos e crianças de baixo peso ao nascer.

No tocante às práticas de saúde realizadas na unidade de saúde da família, no período analisado, houve um incremento no número de consultas de pré-natal, na diminuição de cesáreas, ampliação da cobertura de aleitamento materno, vacinação e teste do pezinho.

Observamos certo número de informações não registradas nos prontuários, denotando lacunas da assistência e limites do estudo para análise dos dados. Outro aspecto a ser ressaltado é que estudos sobre variações de indicadores de saúde requerem períodos mais prolongados de tempo, perfazendo uma análise de tendência e de séries temporais.

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, ampliação do vínculo com as famílias e comunidade e inovação das práticas de saúde.

Contribuição das autoras: As duas primeiras autoras participaram da elaboração do projeto de pesquisa, coleta de dados, discussão, análise e redação do artigo. As duas últimas autoras participaram das fases de discussão e redação do artigo. Durante a execução da pesquisa obtivemos auxílio financeiro de uma Bolsa de Iniciação Científica do CNPq.

Agradecimentos: As autoras agradecem a colaboração da enfermeira e pós-graduanda Luana Figueiredo quanto ao auxílio técnico na finalização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO), Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Care in normal birth: a practical guide. Geneva: World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research; 1996.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Silva AC. O impacto do programa de saúde da família no município de Sobral - Ceará: uma análise da evolução das crianças menores de cinco anos de idade no período de 1995-2002 [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.
4. Chiesa AM. Autonomia e resiliência: categorias para o fortalecimento da intervenção na atenção básica na perspectiva da promoção da saúde [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
5. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 1999;15(2):345-53.
6. França Júnior I, Monteiro CA. Estudo da tendência secular de indicadores de saúde como estratégia de investigação epidemiológica: editorial. Rev Saúde Pública. 2000;34(6 Supl):5-7.
7. Polit DF, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 3^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
8. Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002
9. Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto (SP). Secretaria Municipal de Saúde. Plano de Saúde de Ribeirão Preto 2005-2008. [citado em 2005 nov. 11]. Disponível em : <http://www.ribeirao-preto.sp.gov.br/ssaude/i16principal.asp?pagina=/ssaude/vigilancia/planeja/plano05-08.pdf>
10. Ayres JRCM. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. Rev Bras Epidemiol. 2002;5(Supl 1):28-42.
11. 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.

12. Monteiro CA, Freitas ICM. Evolução de condicionantes socioeconômicas da saúde na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev Saúde Pública. 2000;34(6 Supl):8-12.
13. Romani SAM, Lira PIC. Fatores determinantes do crescimento infantil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004;4(1):15-23.
14. Victora CG. The association between wasting and stunting: an international perspective. J Nutr. 1992;122(5):1105-10.
15. Organização Mundial da Saúde (OMS). Dia mundial da saúde 2005. [citado em 2007 Set 3]. Disponível em: <http://www.afro.who.int/regionaldirector/portuguese/speeches/rd20050407.html>
16. Piccini RX, Facchini LA, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, et al. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2007;7(1):75-82.
17. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
18. Monteiro CA, França Júnior I, Conde WL. Evolução da assistência materno-infantil na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev Saúde Pública. 2000;34(6 Supl):19-25.
19. Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) / Organização Mundial da Saúde (OMS). Melhorando a saúde das crianças. AIDPI: o enfoque integrado. Washington: OPAS; s.d.
20. Berkowitz GS, Papiernick E. Epidemiology of preterm birth. Epidemiol Rev. 1993;15(2):414-43.
21. Fornazari DH, Mello DF, Andrade RD. Doenças respiratórias e seguimento de crianças menores de cinco anos de idade: revisão da literatura. Rev Bras Enferm. 2003;56(6):665-8.
22. Veríssimo MDLOR, Mello DF, Bertolozzi MR, Sigaud CHS, Fujimori E, Lima RAG. A formação do enfermeiro e a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Rev Bras Enferm. 2003;56(4):396-400.
23. Mello DF, Rocha SM, Scocchi CG, Lima RA. Brazilian mothers' experiences of home care for their low birth weight infants. Neonatal Netw. 2002;21(1):30-4.
24. Dytz JLG, Rocha SMM. Maternal mode of living and child health. Rev Bras Enferm. 2002;55(2):151-6.