

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

Maria de Jesus Loredo Rocha¹, Antônio Prates Caldeira²

RESUMO

Neste estudo, objetivou-se caracterizar o perfil de morbidade para crianças assistidas por equipes de saúde da família na macrorregião nordeste de Minas Gerais. Trata-se de estudo transversal de base populacional, desenvolvido junto às equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com uso de questionários semiestruturados adaptados para três categorias profissionais: 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. 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 relacionados 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 ($p < 0,05$). 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

In this study we aimed to characterize the profile of morbidity for children assisted by family health teams in the macro region northeast of Minas Gerais, Brazil. This is a population-based, cross-sectional study, carried out with teams of the Family Health Strategy (FHS) using semi-structured questionnaires adapted to three professional categories: physicians, nurses and community health workers (CHW). We used the International Classification of Primary Care, second edition (ICPC-2) for coding morbidity. 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 2657 (79.6%) children records. The main health problems were related to respiratory and digestive tract and skin, besides general and not specific complaints for 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 ($p < 0.05$). The morbidity profile observed is consistent with other studies and emphasizes the high prevalence of gastrointestinal and respiratory diseases among children in the studied region.

KEYWORDS: Morbidity; Child; Primary Health Care; Health Surveys; International Classification of Diseases.

¹ Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. E-mail: mjlocha@yahoo.com.br.

² Universidade Estadual de Montes Claros – Unimontes.

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, apesar de ainda apresentarem alguns problemas.³ 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 infantil.⁵

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 superados.⁶ 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.⁷ 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, retratam grupos específicos ou se referem apenas à morbidade hospitalar.⁷⁻¹⁰ Outros estudos apresentam vieses na seleção, inserindo no processo amostral apenas as crianças que frequentam as escolas ou os serviços de saúde. Tais procedimentos limitam a possibilidade de generalização dos resultados para a população infantil em geral.⁷

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 infantil.¹¹ 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 saúde.¹² 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 para 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.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

O presente estudo foi desenvolvido na macrorregião nordeste de Minas Gerais, composta por 63 municípios, e representa um recorte do estudo de Morbidade na Atenção Primária conduzido na mesma região. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) médio da região está abaixo de 0,65, destacando uma região carente. Na ocasião da coleta de dados, os dados oficiais dos municípios registravam 268 equipes da ESF, incluindo-se as equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) para uma população de aproximadamente 917 mil habitantes.

Antes da coleta de dados, houve intensiva mobilização dos gestores, coordenadores da atenção primária e profissionais de saúde, em reuniões nas comissões intergestoras 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 semiestruturada, 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 por meio 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), fase da pesquisa realizada por uma única pessoa, previamente capacitada, no sentido de se evitarem distorções da classificação. A comparação entre os percentuais de classificações em cada capítulo da CISP-2, entre estratos etários e entre gêneros, foi realizada por meio do teste do qui-quadrado, assumindo-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

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 para 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 de saúde; foram excluídas 64 unidades, porque os gestores e/ou coordenadores não

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 do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

apoiaram efetivamente ou se recusaram a conduzir a coleta de dados em seus municípios.

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 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.

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

Variável	(n)	(%)
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

Fonte: dados da pesquisa.

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

Fonte: dados da pesquisa.

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

(*) Dados referentes aos principais problemas de saúde (n=654) referidos por 585 pais/responsáveis.

Fonte: dados da pesquisa.

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 “Ge-

ral 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.

Tabela 4 - Principais diagnósticos médicos e queixas de saúde registrados por enfermeiro, 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)		p-valor	Gênero		p-valor*
	< 5	≥ 5		Mas	Fem	
Diagnósticos médicos						
Geral	33	23	0,317	19	37	0,008

	Idade (anos)		p-valor	Gênero		p-valor*
	< 5	≥ 5		Mas	Fem	
Diagnósticos médicos						
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

(*) Teste qui-quadrado.

Fonte: dados da pesquisa.

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.

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

Capítulos da CIAP-2	(n)	(%) ¹	(%) ²
Registros dos médicos (diagnósticos) (n=335)			
<i>Aparelho digestório</i>			
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: Diarreia	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: Chieira nos pulmões	39	19,6	6,0
R21: Garganta inflamada	37	18,6	5,7
<i>Aparelho digestório</i>			
D11: Diarreia	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

Capítulos da CIAP-2	(n)	(%) ¹	(%) ²
Registro dos ACS (problemas de saúde) (n=654*)			
<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.

Fonte: dados da pesquisa.

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 frequências das queixas gerais e não específicas e dos problemas do trato digestório.⁷

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 queixas.¹⁰

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 parasitárias.¹⁵ 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 à faixa etária pediátrica, o estudo revela que, para crianças de zero a quatro anos, os motivos mais frequentes de consulta foram relacionados à medicina preventiva e a queixas de febre, tosse, vômitos ou diarreia, sendo 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 anos.⁹

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 da população são melhores, os indicadores de mortalidade já não se mostram mais úteis para inferências sobre o estado de saúde da população.¹²

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 demanda.¹⁹

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 permite tanto ao médico referir uma 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 definido.¹⁶ 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 concentre em crianças menores, especialmente porque o maior contingente desse capítulo nos encontros com os enfermeiros foi devido a acompanhamento de pueri-

cultura. 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 famílias.²¹ 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 ainda.²²

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 falas 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}

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 saúde.²³ Evidenciar os principais diagnósticos, queixas e problemas de saúde da população infantil é uma atividade que facilita as ações dos gestores de saúde e 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.

CONCLUSÃO

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-se os principais capítulos da CIAP-2, permite-se o conhecimento de como os agravos à saúde são abordados pelas famílias e comunidades da macrorregião pesquisada. 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 Saúde Pública*. 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 respiratórias em 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 pediatric 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. 4th 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.

Submissão: julho de 2014

Aprovação: fevereiro de 2016
