

FABIANA SILVA LIMA COZER

**ESTUDO DO IMPACTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A TAXA
DE MORTALIDADE INFANTIL**

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2010

FABIANA SILVA LIMA COZER

**ESTUDO DO IMPACTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A TAXA
DE MORTALIDADE INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Luciano Soares Dias

GOVERNADOR VALADARES/MINAS GERAIS

2010

FABIANA SILVA LIMA COZER

**ESTUDO DO IMPACTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A TAXA
DE MORTALIDADE INFANTIL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Luciano Soares Dias

Banca Examinadora:

Prof.: _____

Prof.: _____

Aprovada em Belo Horizonte _____/_____/_____

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pelo dom da vida, pela oportunidade de construir a cada dia o caminho que leva a vitória.

A meu marido Helbert que sempre esteve presente estimulando a continuar e sempre acreditando na minha capacidade de vencer.

A meus filhos Miguel e Pedro que diariamente com seu jeito de criança me incentivam a perseverar e buscar ser melhor a cada dia.

Ao meu orientador Luciano Soares Dias, meu especial reconhecimento.

A UFMG por visualizar e disponibilizar um Curso de Especialização e ministrar com excelência este curso aos profissionais de Saúde da cidade de Governador Valadares/MG.

Aos tutores que nos acompanharam durante todo percurso, através de seus conhecimentos pertinentes e essenciais, incentivando, apoiando e contribuindo na minha formação profissional.

A todos que contribuíram para a realização desta pesquisa.

Agradeço a todos.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi fazer revisão bibliográfica do impacto da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a taxa de mortalidade infantil no Brasil. A metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica de artigos científicos nacionais, publicados entre os anos de 1997 e 2010, disponíveis na base de dados SciELO, utilizando como descritores: Programa Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família e Mortalidade Infantil. Analisou-se, ainda, as taxas de mortalidade infantil no município de Governador Valadares/MG, nos anos de 1997 e 2007. Os resultados mostraram que a ESF, principal eixo de sustentação do Sistema Único de Saúde (SUS), vem contribuindo diretamente para promoção da saúde da população e para a redução da taxa de mortalidade infantil. Apesar da necessidade de outras medidas para reduzir ainda mais as taxas de mortalidade infantil, atingindo níveis de países desenvolvidos, conclui-se que as ações de saúde de qualidade e acessíveis à população são fundamentais nesta redução.

Descritores: Programa Saúde da Família. Estratégia Saúde da Família. Mortalidade Infantil.

ABSTRACT

The aim of this study was to review the impact of the Family Health Strategy (FHS) on the rate of infant mortality in Brazil. The methodology used was a literature search of national scientific articles published between the years 1997 to 2010, available in the SciELO database, using as descriptors: Family Health Program, the Family Health and Child Mortality. Consideration was also the rates of infant mortality in the city of Governador Valadares, Minas Gerais, in 1997 and 2007. The results showed that FHS, the main axis of support from the National Health System (SUS), is directly contributing to the promotion of population health and reducing the infant mortality rate. Despite the need for other measures to further reduce infant mortality rates, reaching levels of developed countries, it is concluded that the actions of quality health care accessible to the population and are key in this reduction.

Descriptors: Family Health Program. Family Health Strategy. Infant Mortality.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 JUSTIFICATIVA.....	9
3 OBJETIVO GERAL.....	10
4 METODOLOGIA.....	11
5 DISCUSSÃO E RESULTADO.....	12
5.1 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	12
5.1.1 Atenção Primária - Estratégia de Saúde da Família.....	13
5.1.2 Atendimento humanizado e a ESF.....	18
5.2 IMPACTO DAS AÇÕES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL.....	22
5.3 MORTALIDADE INFANTIL EM GOVERNADOR VALADARES.....	28
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
REFERÊNCIAS.....	35

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade infantil tem sido freqüentemente apontada como sensível indicador da qualidade de vida de uma determinada população, pois a infância representa uma fase da vida muito vulnerável às condições socioeconômicas e ambientais. Entretanto observa-se nas últimas décadas em todo o mundo acentuada redução dos índices de mortalidade infantil, sem que haja concomitante melhora da qualidade de vida, especialmente nos países em desenvolvimento, o que leva muitos autores a questionarem o real valor da taxa de mortalidade infantil como indicador de qualidade de vida (CALDEIRA, FRANÇA E GOULART, 2001).

Nesse contexto, no intuito de melhorar a qualidade de vida da população e tendo também como proposta a redução da taxa de mortalidade infantil, surge o Programa de Saúde da Família (PSF) no cenário brasileiro como estratégia de reorientação do modelo assistencial, substituindo o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente curativo e hospitalocêntrico, por um modelo sintonizado com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), tais como a universalidade, equidade, hierarquização e integralidade da atenção (BRASIL - MS, 2001).

O PSF foi implantado em 1994, privilegiando a atenção materno-infantil, a reorganização da assistência ao pré-natal, ao parto e nascimento, assim como a vigilância à saúde no primeiro ano de vida. O trabalho integrado e humanizado dos profissionais do programa permitiu a realização de ações de promoção à saúde e de prevenção das doenças mais prevalentes na infância, possibilitando redução na taxa de mortalidade infantil e nas taxas de internação por desnutrição, assim como no aumento da atenção pré-natal, do número de crianças em aleitamento materno exclusivo e da cobertura de imunização (BRASIL - MS, 2001).

Desde a graduação sempre me identifiquei com a disciplina saúde da criança, mais precisamente materno infantil. Após vivenciar a maternidade e os riscos com a prematuridade do meu filho, percebi que o acompanhamento no pré-natal, a qualidade de vida da gestante, os cuidados com o recém nascido e, principalmente, o apoio e as orientações antes e após o nascimento do bebê contribuíram muito para a sobrevivência e desenvolvimento do meu filho.

Sou enfermeira formada em 2005 e sempre trabalhei na área de Saúde Pública. Fui enfermeira em Unidade de Atenção Primária Vila Mariana durante dois meses e logo após fui transferida para trabalhar na Estratégia de Saúde da Família (ESF), Turmalina I, no bairro Turmalina, cidade de Governador Valadares, município de Minas Gerais, situado no Vale do

Rio Doce, onde estou até o momento. Quando iniciei o CEABSF estava trabalhando nesta unidade e grávida de cinco meses. Fui convidada após a licença maternidade a coordenar o PSF do Município de Governador Valadares onde atuei até o mês de junho de 2010.

Ao iniciar o curso de Pós-Graduação em Saúde da Família imaginei que seria apenas mais um curso e mais um título, porém foi um mero engano. Fui impulsionada pelo curso a praticar e aperfeiçoar meu trabalho cotidiano, e tive a oportunidade de organizar e aprender a trabalhar de fato com saúde da família. Compreendi a complexidade do processo saúde x doença e a importância de uma aprendizagem significativa quando se quer mudança de comportamento, na perspectiva de um novo modelo de atenção.

Este aprendizado levou-me também a escolher para o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) um tema voltado para a saúde da criança e que fosse possível contribuir não apenas com minha unidade de saúde, mas também com o município de Governador Valadares. Escolhi estudar a relação da melhoria da atenção à saúde, especificamente com a implantação do PSF, atualmente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) e seu impacto nas taxas de mortalidade infantil.

2 JUSTIFICATIVA

Os estudos de mortalidade apresentaram um grande avanço no Brasil após a implantação do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), pelo Ministério da Saúde (MS), em 1976. O SIM foi criado a partir da introdução do modelo padronizado da declaração de óbito (DO) em todo o território nacional, e é justificado não só para o atendimento de exigências legais, mas também porque tem como principal objetivo fornecer subsídios para traçar o perfil de mortalidade no país (BRASIL, MS, 1982).

As informações referentes à mortalidade são de grande valor não somente para a demografia, mas também para o setor saúde, na elaboração de indicadores de saúde, formulação de diagnósticos de saúde em uma população e elaboração de ações destinadas à prevenção de agravos e à promoção da saúde.

Muitos trabalhos têm mostrado que a ESF, além da expansão das ações e da cobertura do serviço, vem produzindo impacto sobre os níveis de saúde, reduzindo de forma significativa as taxas de mortalidade infantil, tanto a pós-neonatal como a neonatal. (BARRETO, CARMO, 2006).

Em minha atuação como enfermeira em unidade básica de saúde em GV tenho observado nos últimos anos a diminuição da mortalidade infantil, sem evidente melhora das condições de vida da população, o que poderia ser parcialmente explicado pela melhora das medidas de saúde pública, incluindo a abrangência da cobertura assistencial, a melhora da qualidade dos serviços e maior acessibilidade, as medidas de prevenção etc. Esta é uma questão complexa e de difícil resposta, o que me levou a estudar o tema, fazendo uma revisão da literatura sobre o assunto.

Considero este estudo importante porque, enquanto lutamos pela melhora das condições de vida da população, poderemos nós, da área de saúde, exercer importante papel na redução das taxas de mortalidade infantil se conseguirmos melhorar a atenção à saúde da população, por meio da consolidação da ESF.

Acredito que o enfoque na família, o acompanhamento das crianças mensalmente na consulta de puericultura voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção a saúde da criança e a educação dos familiares por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos a saúde da criança, constituem medidas preventivas muito importantes e que contribuem de maneira efetiva na diminuição do índice de mortalidade infantil.

3 OBJETIVO GERAL

Fazer revisão bibliográfica sobre o impacto de ações de saúde nos índices de mortalidade infantil.

Comparar as taxas de mortalidade infantil em Governador Valadares/MG, em 1997, antes da implantação da ESF, e em 2007, para avaliar a possível influência da implantação da ESF.

4 METODOLOGIA

Foi feita pesquisa bibliográfica de artigos científicos nacionais, publicados entre os anos de 1997 e 2010, utilizando para sua busca as palavras chaves: Programa Saúde da Família, Estratégia Saúde da Família e Mortalidade Infantil. As bases de dados utilizados foram SciELO, BVSMS, PORTAL SAÚDE, PLANALTO, UNESCO, LILACS, MEDLINE e PORTAL GOOGLE.

Foi feita leitura cuidadosa dos artigos selecionados e elaborados resumos, com o objetivo de ordenar de forma clara e sistematizada os achados mais relevantes de cada trabalho para posterior análise, levando em conta seu valor teórico e sua importância.

Foram também analisadas e comparadas as taxas de mortalidade infantil em Governador Valadares/MG, em 1997, antes da implantação da ESF, e em 2007, utilizando dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC).

5 DISCUSSÃO E RESULTADO

5.1 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

O PSF, desde a sua implantação, vem demonstrando sua importância na construção de um modelo de saúde mais resolutivo e humanizado, sendo considerado pelo MS uma estratégia prioritária de reorganização da atenção primária e consolidação do SUS. A adoção dessa estratégia partiu do reconhecimento de que as iniciativas de mudanças no setor, a partir da implantação do SUS, apesar de seus avanços, tiveram resultados pouco perceptíveis na estruturação dos serviços, exatamente por não promoverem alterações significativas no modelo assistencial (SENNA, 2002).

A Portaria Nº 648 GM/2006 (BRASIL, 2006, p. 12), que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o PSF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), define a Atenção Básica como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

Como já relatado, o PSF foi implantado no Brasil em 1994, pelo MS. Trata-se de estratégia governamental que surgiu com a reforma sanitária brasileira e a criação do SUS, instituído através da nova Constituição Brasileira, promulgada em 1988. A Constituição Cidadã, como ficou conhecida, transformou a saúde num direito de todo cidadão e a tornou responsabilidade do Estado. Atualmente este Programa é chamado de Estratégia Saúde da Família - ESF. A ESF surge a partir da experiência acumulada pelo PACS e tem hoje uma importância significativa.

A descentralização da Política de Saúde, dando autonomia aos municípios para decidirem suas reais necessidades, a integralização dos serviços, oferecendo desde o atendimento básico até as intervenções mais complexas, a participação da comunidade na destinação de verbas públicas e o princípio da equidade, disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um, ocasionaram resultados positivos nos indicadores de saúde, como o índice de mortalidade infantil (BRASIL, 2006).

Isso implica dizer que a reorganização das práticas convencionais de atenção básica, antes voltada para a doença, foi substituída por ações de vigilância e promoção à saúde tendo como princípios a atenção aos seus fatores condicionantes e determinantes, a melhoria da qualidade de vida dos cidadãos, a participação popular nas decisões, priorizando a vulnerabilidade risco de adoecimento de determinada comunidade e a união dos diversos setores da sociedade nas ações. Assim, a melhoria na qualidade de vida da população transformou o PSF em Estratégia Saúde da Família, um modelo de referência em atenção básica. (SENNA, 2002).

5.1.1 Atenção Primária - Estratégia de Saúde da Família

A ESF foi formulada para organizar a Atenção Primária no SUS, propondo a reorganização das práticas de saúde, considerando a necessidade de adequar as ações e os serviços à realidade da população em cada unidade territorial, definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias. Sendo assim, busca uma prática de saúde que garanta a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a promoção e prevenção à saúde e, em especial, a responsabilização pela saúde da população, com ações permanentes de vigilância em saúde (SILVA e ARIZONO, 2008).

Assim, a ESF em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças, está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e a necessidade de ações que vão além da prática curativa (BRASIL, 2007).

Portanto, a ESF “visa tanto prestar assistência na Unidade de Saúde, quanto desenvolver tradicionalmente ações em domicílio, numa perspectiva de ação integral em que todos os membros da família são acompanhados” (SILVA e ARIZONO, 2008, p. 3).

Para Camelo e Angerami (2008, p. 5).

A ESF veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por uma equipe de saúde multiprofissional, onde a unidade de saúde da família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculada à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e famílias e que sejam asseguradas a referência e a contra-referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.

Nesse sentido, a equipe de saúde da ESF precisa conhecer a realidade da população usuária para maiores possibilidades de atuação dentro do objetivo proposto, em conformidade com os princípios do SUS, desenvolvendo tarefas que envolvem as fases da programação, execução e avaliação dos serviços prestados aos mesmos.

Segundo Camelo e Angerami (2008, p. 5):

Os profissionais têm que ter clareza de suas diferentes dimensões, interesses e visões sobre os modelos de saúde, especialmente do PSF; visões sobre trabalho em equipe e compreensão da dinâmica das relações interpessoais entre equipe e comunidade.

De acordo com o MS, os princípios fundamentais da atenção básica no Brasil são: universalidade, equidade e participação social. Mediante a adscrição de clientela, as equipes Saúde da Família estabelecem vínculo com a população, possibilitando o compromisso e a corresponsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. Seu desafio é o de ampliar suas fronteiras de atuação visando uma maior resolubilidade da atenção, onde a Saúde da Família é compreendida como a estratégia principal para mudança deste modelo, que deverá sempre se integrar a todo o contexto de reorganização do sistema de saúde (BRASIL, 2007).

Conforme Pereira (2006, p. 3), a unidade de saúde da família estrutura-se nos seguintes princípios:

- a. territorialização/adscrição de clientela (prevê a formação de vínculo entre os profissionais da Equipe de Saúde da Família e as famílias do território onde irão atuar);
- b. integralidade;
- c. hierarquização;

- d. caráter substitutivo da Unidade Básica de Saúde - UBS e trabalho em equipe multiprofissional.

De acordo com Starfield (2002), a principal característica da Atenção Primária à Saúde (APS) é constituir-se na porta de entrada do serviço, no primeiro recurso a ser buscado. É o primeiro contato da medicina com o paciente.

A mesma autora define a APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente, pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação comunitária das ações e da competência cultural dos profissionais. Para a autora, são quatro os atributos essenciais da APS:

1. Acessibilidade - representa o primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde;
2. Longitudinalidade - é a continuidade do cuidado;
3. Integralidade da atenção - é o reconhecimento das necessidades e a relação entre indivíduo/coletividade/equipe;
4. Coordenação da atenção dentro do sistema - imprescindível para a garantia da adesão e continuidade do cuidado.

Levando em consideração que o primeiro contato deve ser a porta de entrada de fácil acesso ao usuário para o sistema de serviços de saúde, a acessibilidade - através da disponibilidade, comodidade e aceitabilidade do serviço pelos usuários - possibilita que os cidadãos cheguem aos serviços, ou seja, ao elemento estrutural necessário para a primeira atenção. No dizer de Starfield (2002, p. 201), “Primeiro contato implica acessibilidade e utilização dos serviços pelos usuários, para cada problema novo ou para cada novo episódio de um mesmo problema”

A disponibilidade diz respeito à obtenção da atenção necessária ao usuário e sua família, tanto nas situações de urgência/emergências, quanto de eletividade. A comodidade está relacionada ao tempo de espera para o atendimento, a conveniência de horários, a forma de agendamento, a facilidade de contato com os profissionais, o conforto dos ambientes para o atendimento, entre outros. A aceitabilidade está relacionada à satisfação dos usuários quanto a localização e a aparência do serviço, a aceitação dos usuários quanto ao tipo de atendimento prestado e, também, a aceitação dos usuários quanto aos profissionais responsáveis pelo atendimento (PLANO DIRETOR DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE/MG, 2009).

A longitudinalidade representa a continuidade do cuidado - a pessoa atendida mantém seu vínculo com o serviço ao longo do tempo, de forma que quando uma nova demanda surge esta seja atendida de forma mais eficiente. Segundo Starfield (2002), a longitudinalidade

deriva da palavra longitudinal e significa “lidar com o crescimento e as mudanças de indivíduos ou grupos no decorrer de um período de anos”.

Ou seja, para Starfield (2002, p. 202):

[...] a existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. Ademais, a conexão entre a população e sua fonte de atenção deve refletir-se em relações interpessoais intensas que expressem a identificação mútua entre os pacientes e seu médico.

O outro atributo citado por Starfield (2002) para avaliação da APS é a integralidade, ou seja, o reconhecimento de todas as necessidades relacionadas à saúde do paciente e a disponibilização dos recursos para abordá-las. O recurso nem sempre está disponível ou capaz de ser prestado por esse nível de atenção, porém é o reconhecimento das necessidades e a relação entre indivíduo/coletividade/equipe para alcançá-lo que melhor descreve o conceito de integralidade.

Para Starfield (2002, p. 203):

[...] A atenção primária deve organizar-se de forma tal que o paciente tenha todos os serviços de saúde necessários [...] isto implica a referência à atenção secundária ou terciária. Os profissionais (do serviço de saúde) devem identificar e proporcionar as atividades preventivas necessárias, além de proporcionar ações dirigidas aos sinais e sintomas apresentados, assim como para o diagnóstico e tratamento das doenças. [...] identificar de forma adequada problemas de todo tipo, sejam orgânicos, funcionais ou sociais.

Dentro do conceito de integralidade, o nível primário é o responsável pela abordagem de todos os problemas de saúde, ainda que em algum momento se necessite da atenção secundária ou terciária. Além do vínculo com outros serviços de saúde, os serviços do nível primário podem lançar mão de visitas domiciliares, reuniões com a comunidade e ações intersetoriais. Nessa característica, a integralidade também significa a abrangência ou ampliação do conceito de saúde, não se limitando ao corpo puramente biológico. A coordenação do cuidado - mesmo quando for realizado em outros níveis de atendimento - continua sendo do nível primário, que tem, portanto, a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar esses cuidados, já que freqüentemente são realizados por profissionais de áreas diferentes ou por terceiros, às vezes com pouco diálogo entre si (STARFIELD, 2002).

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 em seu capítulo II, Art. 7º, II, traz a integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Portanto, a integralidade da atenção é um mecanismo

importante porque assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população (BRASIL, 1990).

Outras três características são enfatizadas por Starfield (2002), sendo chamadas atributos derivados: a atenção à saúde centrada na família, a orientação comunitária e a competência cultural.

Segundo Harzheim *et al.* (2004) esses atributos podem ser avaliados separadamente, apesar de apresentarem-se intimamente inter-relacionados na prática clínica. Por conseguinte, um serviço de Atenção Básica dirigido à população pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados já citados. Esse marco teórico, ao possibilitar a identificação dos atributos essenciais da APS (Acesso de Primeiro Contato, Continuidade, Integralidade, Coordenação), permite a identificação de associações entre tais atributos e os resultados, ou seja, a efetividade da atenção. Além disso, ao possibilitar a mensuração de sua extensão, contribui para orientar os serviços de saúde no cumprimento desses mesmos atributos e para a avaliação de seu processo de atenção.

Para Saito *et al.* (2006), a atenção ao primeiro contato envolve a prestação de serviços que sejam acessíveis, dispondo de uma estrutura que tenha a capacidade de prestar esses atendimentos, devendo estar tecnicamente preparada para desempenhar seu papel da forma mais integral possível, direcionando apenas os casos que demandem maior aporte tecnológico.

Alerta Furegato (1999), que, mesmo em meio à formação de profissionais altamente técnicos e competitivos, é possível propiciar uma abertura, através de um toque de humanização, numa educação tecnicista. Isso quer dizer que, nem as dificuldades e nem a falta de tempo, têm impedido que muitos profissionais de saúde façam uma escolha política no modo de agir, na perspectiva de atuar com mais qualidade.

Segundo Mendes (2001) a atenção primária à saúde deve cumprir três papéis essenciais: o papel resolutivo; o papel organizador e o de responsabilização em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Exemplo desta atenção à saúde é a vacinação, segundo Starfield (2002), pois trata-se de ação integrada e rotineira dos serviços de saúde, pertencendo ao nível de atenção primária de baixa complexidade e de grande *impacto* nas condições gerais da saúde infantil, representando um dos grandes avanços da tecnologia médica nas últimas décadas, e o procedimento de melhor relação custo/efetividade no setor saúde.

De acordo com Guimarães, Alves e Tavares (2009, p. 869), “o declínio acelerado de morbimortalidades por doenças imunopreveníveis nas décadas recentes, em nosso país e em escala mundial, serve de prova incontestante do enorme benefício que é oferecido às populações por intermédio das vacinas”. Para se alcançar e manter coberturas elevadas, segundo os autores, um programa de vacinação tem de passar por avaliações freqüentes, nas quais determinados indicadores devem ser medidos utilizando-se instrumentos e informações disponíveis nos serviços e nas comunidades. Essa avaliação é atualmente feita pela análise de informações obtidas no Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunização.¹

Observa-se, portanto, que a atenção primária é um conjunto de intervenções de saúde no âmbito individual e coletivo, devendo considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sócio-cultural, e buscar a promoção de sua saúde.

Daí, ser o PSF um programa para prestação de cuidados a serem cumpridos dentro do Sistema de Saúde, que explicitam a peculiaridade do nível de atenção. A abrangência do primeiro contato dentro da proposta de humanização dos serviços públicos de saúde representa uma mudança de paradigma na saúde devido os determinantes sociais no processo saúde e doença.

5.1.2 Atendimento humanizado e a ESF

O conhecimento científico e as habilidades manuais só serão considerados efetivos se houver sensibilidade e humanização. Considerando que a partir da teoria e da prática pode-se desenvolver habilidades que afetarão diretamente os cuidados prestados ao cliente, cumpre destacar que os fatores políticos, sociais e econômicos interferem na obtenção deste objetivo, quando se discute a melhoria da qualidade da assistência prestada aos usuários dos serviços de saúde (GIOVANELLA, 2008).

A ciência trouxe consigo a rapidez nas rotinas de trabalho, a economia do tempo e do espaço e outros recursos aplicados em benefício do homem, porém não conseguiu substituir a

¹ O objetivo fundamental do SI-PNI é possibilitar aos gestores envolvidos no programa uma avaliação dinâmica do risco quanto à ocorrência de surtos ou epidemias, a partir do registro dos imunos aplicados e do quantitativo populacional vacinado, que são agregados por faixa etária, em determinado período de tempo, em uma área geográfica. Por outro lado, possibilita também o controle do estoque de imunos necessário aos administradores que têm a incumbência de programar sua aquisição e distribuição. Disponível em: <<http://pni.datasus.gov.br>> Acesso em: 14 jul. 2010

pessoa que cuida. Neste sentido, a proposta de humanização da assistência à saúde é um valor para a conquista de melhor qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais (BRASIL, 2001).

O tema humanização vem sendo discutido desde a 9ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1992. Em 2003, foi instituída a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários (BRASIL, 2004).

Tal política visa, entre outros aspectos, possibilitar um adequado acolhimento e escuta dos sujeitos. Nesta perspectiva, o desafio da humanização é a criação de uma nova cultura de atendimento, pela restituição da centralidade dos sujeitos na construção coletiva do SUS (SILVA e ARIZONO, 2008).

A humanização como proposta de intervenção nos processos de trabalho e na geração de qualidade da saúde, “[...] coincide com os próprios princípios do SUS, enfatizando a necessidade de assegurar atenção integral à população e estratégias de ampliar a condição de direitos e de cidadania das pessoas” (SILVA e ARIZONO, 2008, p. 5).

Para Maciak *et al.* (2009, p. 128) a assistência humanizada é o cuidado que se resgata dos “pequenos e grandes eventos do dia-a-dia, que tornam o ser humano único e especial nos diferentes espaços e situações em que se encontra, no sentido de prestar um atendimento personalizado, voltado não para a doença, mas para o ser humano que adoecer”.

Para Teixeira (2005, p. 3) a humanização do atendimento abrangeria fundamentalmente aquelas iniciativas que apontam para:

A democratização das relações que envolvem o atendimento; o maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente; o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, ou ainda, o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico.

Em suma, o desafio da humanização diria respeito à possibilidade de se constituir "uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo" (TEIXEIRA, 2005).

A abordagem familiar (centralização na família) permite à equipe de saúde conhecer a estrutura familiar e seus problemas de saúde, ou seja, os fatores familiares relacionados à origem e ao cuidado das doenças. Assim, na ESF, a família é entendida como uma unidade de cuidado e de perspectiva no processo de trabalho.

Nesse sentido, uma vez que o profissional trabalha com indivíduos e família, é preciso que reconheça e compreenda como a saúde de cada membro da família influencia a unidade familiar, incorporando o conhecimento ao plano de cuidado. Portanto, a abordagem familiar deve ser empregada em vários momentos e permite que a equipe estabeleça um vínculo com o usuário e sua família de forma natural, facilitando a aceitação quanto à investigação e intervenção, quando necessárias.

Assim, a equipe de saúde segundo o Plano Diretor Atenção Primária à Saúde (2009, p. 12):

[...] realiza várias intervenções personalizadas ao longo do tempo, a partir da compreensão da estrutura familiar. A associação da equipe com o usuário e sua família é um requisito básico para a abordagem familiar e fundamenta-se no respeito à realidade e às crenças da família, por parte da equipe de saúde.

Dessa maneira o vínculo da equipe de saúde com o usuário e sua família possibilita à equipe de saúde uma atuação mais humanizada e é imprescindível para a consolidação deste novo fazer em saúde, visando acolher e escutar os problemas/necessidades das pessoas. Sem o trabalho em equipe não será possível a realização de qualquer mudança.

Para isso, faz-se necessário a prática de uma das diretrizes de maior relevância da política de humanização do SUS, o Acolhimento, definido por Franco, Bueno e Merhy (1999, p. 347) como:

Uma estratégia de mudança do processo de trabalho em saúde, buscando alterar as relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, humanizar a atenção, estabelecer vínculo/responsabilização das equipes com os usuários, aumentar a capacidade de escuta às demandas apresentadas, resgatar o conhecimento técnico da equipe de saúde, ampliando a sua intervenção.

Na mesma linha de pensamento, Silva e Alves (2008, p. 74) sustentam que o acolhimento é uma estratégia para reorganização do serviço de saúde, mudança do foco de trabalho da doença para o doente, destaque na importância do trabalho de uma equipe multiprofissional, garantia do acesso universal aos serviços de saúde, alcance de resolutividade dos problemas ou necessidades de saúde, promoção da humanização na assistência e estímulo à capacitação dos profissionais, fazendo com que estes assumam uma postura acolhedora.

Portanto, o acolhimento visto como ação de saúde encontra subsídios importantes nos objetivos da ESF. O acolhimento constitui uma forma de humanizar e organizar o trabalho em saúde, indo ao encontro das propostas da ESF. Fica claro que a implantação do acolhimento possibilita encaminhar as necessidades mais imediatas da população atendida, preservando a

equidade na atuação do PSF e a organização da demanda na assistência aos usuários. Assim, o acolhimento pode ser compreendido como uma forma de organização do trabalho em saúde e, também, como uma atitude desejável no fazer de todos os profissionais da saúde, especialmente na Atenção Primária (SILVA e ALVES, 2008).

A orientação comunitária expressada por Starfield (2002) refere-se ao conhecimento do profissional sobre as necessidades da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade, sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

De acordo com o Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (2009, p. 13):

A APS com orientação comunitária utiliza habilidades clínicas, epidemiológicas, ciências sociais e pesquisas avaliativas, de forma complementar para ajustar os programas para que atendam as necessidades específicas de saúde de uma população definida.

Dessa forma, é preciso definir e caracterizar a comunidade; identificar seus problemas de saúde; modificar programas para abordar estes problemas; monitorar a efetividade das modificações do programa para que os agentes comunitários de saúde reforcem a orientação comunitária e possibilitem maior vínculo entre as equipes de saúde e as respectivas comunidades (PLANO DIRETOR DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, 2009).

O Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde (2009) sustenta que a orientação comunitária diz respeito também ao envolvimento da comunidade na tomada de decisão em todos os níveis de atenção. Este princípio tem se viabilizado através do controle social, com a instituição de conselhos locais e municipais de saúde, além das conferências de saúde.

Para Starfield (2002) a competência cultural refere-se à adaptação do profissional de saúde para facilitar a relação com a população com características culturais especiais.

Harzheim *et al* (2004, p. 28) afirma que:

A atenção primária à saúde deve guiar as estratégias de avaliação de serviços ou sistemas de saúde. A identificação dos atributos citados é importante para diferenciar um serviço de atenção básica dos serviços. Os pacotes de Atenção Básica, com incapacidade estrutural de responsabilizar-se por algo mais que a demanda espontânea, incompletos no que se refere à amplitude de serviços oferecidos e sem complementação adequada dos outros níveis de atenção, não são estratégias de APS.

Nessa perspectiva, é fundamental o esforço metodológico em diferenciar a APS da Atenção Mínima à Saúde. Pois, a ausência de precisão em identificar e diferenciar os distintos modelos de atenção ambulatorial pode comprometer o esforço científico de busca de

evidências sobre a real efetividade da APS, com conseqüências importantes sobre a definição das políticas públicas. Assim, é necessário maior aprimoramento no delineamento para avaliar a relação entre os atributos da APS e os resultados obtidos (STARFIELD, 2002).

5.2 IMPACTO DAS AÇÕES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA REDUÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL

O nível de qualidade de vida de uma sociedade é difícil de ser mensurado em sua plenitude. Contudo, pode ser avaliado por meio de indicadores em determinadas áreas consideradas como componentes essenciais para mostrar o quadro de bem-estar social de uma população. No âmbito da saúde pública, as estatísticas de saúde tem sido utilizadas para esta finalidade e, dentre os indicadores, o mais tradicional é o coeficiente de mortalidade infantil (CMI). Por ser, reconhecidamente, aquele que expressa não só o nível de saúde de uma sociedade, mas também o seu padrão sócio-econômico tem sido universalmente utilizado como um índice que mostra o desenvolvimento de um povo (SZWARCOWALD *et al*, 1997).

O CMI indica a probabilidade de sobrevivência no primeiro ano de vida e os compromissos da sociedade com a atenção à saúde e o bem estar das crianças. Pode ser dividido em dois componentes: neonatal e pós-neonatal; o primeiro se refere aos óbitos durante as quatro primeiras semanas de vida e o segundo, aos ocorridos no período após o 28º dia até o 12º mês de vida, antes de a criança completar um ano de idade.

Szwarcwald *et al* (2002), citados por Caldeira *et al* (2005), sustentam que é difícil estabelecer com precisão, para todo país, a evolução da mortalidade infantil, já que o índice de sub-registro de óbitos não é desprezível e o número de registros atrasados de nascimentos também compromete a qualidade das estimativas. Assim, a maioria dos dados disponíveis sobre mortalidade infantil deriva de estimativas indiretas, que freqüentemente não permitem avaliar tendências de curto prazo nem obter estimativas para períodos recentes.

Segundo Duarte (2007) os dados de óbitos e nascimentos necessários para o cálculo da mortalidade infantil são originários de duas fontes principais: o Ministério da Saúde, através do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), responsável pelas estatísticas do registro civil. Entretanto, a precariedade desses dados tem imposto grandes limitações para o cálculo do indicador.

Apesar da imperfeição dos dados estatísticos, observa-se que no Brasil, como acontece na maioria dos países do mundo, a mortalidade infantil vem caindo progressivamente, mas em nosso país ainda persistem enormes diferenças regionais, refletindo as diferenças entre as regiões mais desenvolvidas e aquelas com piores condições socioeconômicas. Conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em uma década (1998 – 2008) o CMI caiu de 33,5 crianças mortas por mil nascidas vivas, para 23,3, índice ainda muito distante daqueles encontrados em alguns países desenvolvidos, como Finlândia, Suécia, Noruega e Japão, que ostentam taxas de três mortes a cada mil nascidos vivos. Em 2008, o Rio Grande do Sul foi o estado que registrou a menor taxa de mortalidade infantil (13,1) e Alagoas, com 48,2, apresentou a mais elevada. Números recentes de 2010 mostram taxas de 34,4 na região nordeste do Brasil e 15,6 na região sul, evidenciando importantes diferenças entre as duas regiões (IBGE, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde, as taxas de mortalidade infantil são geralmente classificadas em *altas* quando são maiores que 50 óbitos por mil nascidos vivos; *médias*, quando de 20 a 49 óbitos e *baixas*, quando menores que 20 óbitos por mil crianças nascidas vivas. Destaca ainda que quando determinada região possui baixa taxa de mortalidade infantil, percebe-se que seu componente de morte neonatal (com predomínio da mortalidade neonatal precoce) é predominante; e quando a taxa é alta, o seu principal componente é a mortalidade pós-neonatal, o que reflete problemas que não são relacionados a doenças congênitas, mas sim a baixos níveis de saúde e de desenvolvimento socioeconômico (BRASIL, 2003).

A mortalidade infantil apresenta relações já bem estabelecidas com uma série de fatores: condições biológicas maternas e infantis (idade da mãe, paridade, intervalo entre os partos, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo no crescimento intra-uterino etc); condições ambientais (existência dos serviços de saúde e da acessibilidade da população a eles, abastecimento de água potável e saneamento básico adequados, poluição etc) e, fundamentalmente, as relações sociais que organizam a vida concreta das pessoas (moradia, trabalho, renda, nível de informação, proteção social etc) (DUARTE, 2007).

De acordo com Duarte (2007), o declínio do CMI no Brasil tem ocorrido principalmente pela diminuição da mortalidade pós-neonatal, decorrente de fatores especialmente ligados às condições de saneamento básico. O componente neonatal, diretamente ligado às condições da gestação e do parto (prematuridade, baixo peso ao nascer, malformações congênitas, doenças respiratórias e infecciosas), embora também esteja declinando, passou a ser, nos últimos anos, o maior responsável pelo CMI e sua redução é mais difícil e lenta.

Caldeira, França e Goulart (2001) alertam, entretanto, que a acentuada redução dos índices de mortalidade infantil observada nas últimas décadas em todo o mundo, não tem sido acompanhada por sensível melhora da qualidade de vida, sobretudo em países em desenvolvimento. Esse fato tem feito com que alguns autores questionem o real valor da taxa de mortalidade infantil como indicador de qualidade de vida, destacando o papel das medidas de saúde pública para a sobrevivência infantil. Essa é uma questão bastante complexa.

É certo que a mortalidade infantil tem forte vínculo com as condições socioeconômicas, mas vários estudos têm mostrado que com a melhor estruturação do serviço de saúde e ampliação do acesso da população, especialmente daquela socialmente menos favorecida, é possível reduzir o CMI, mesmo que os avanços sociais tão necessários para melhorar o padrão de vida das populações não estejam ainda atingidos. Medidas oportunas e adequadas em serviços de saúde, facilmente disponíveis com acesso universal, são pressupostos de boa qualidade, passíveis de intervir favoravelmente no processo de mortalidade infantil (CALDEIRA, FRANÇA e GOULART, 2001).

Caldeira *et al* (2005) em trabalho sobre a evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis em Belo Horizonte, no período de 1984-1998, relatam que em ambos os componentes da mortalidade infantil importante parcela de responsabilidade é atribuída aos serviços de saúde. Admitem que algumas causas de óbito no período neonatal são consideradas reduzíveis a partir de adequado acompanhamento da gestação e ao parto, e outras ainda podem ser consideradas evitáveis por meio de diagnóstico e intervenção precoces. No período pós-neonatal, as principais causas de óbito são também consideradas evitáveis e de fácil intervenção por estarem mais associadas a condições precárias de saneamento básico e de acesso aos cuidados de saúde.

Harzeim e Stein (2006) analisam estudo de Macinko *et al* publicado no *Journal of Epidemiology and Community Health*, em 2006, sobre o impacto do PSF sobre os índices de mortalidade infantil. Relatam que Macinko *et al* utilizaram dados secundários extraídos dos sistemas de informação do DATASUS e do IBGE para avaliarem a influência do PSF no declínio da mortalidade infantil no Brasil, entre 1990 e 2002. Nesse período, a taxa de mortalidade infantil brasileira caiu de 49,7 óbitos por mil nascidos vivos para 28,9 óbitos, com declínio de 42,8%. Nesse intervalo, o PSF saiu do zero para uma cobertura de 54,9 milhões de brasileiros. O estudo mostrou que houve importante contribuição do programa no decréscimo da mortalidade infantil, estimando que um aumento de 10% da cobertura do PSF poderia levar a um decréscimo de 4,5% na mortalidade infantil, impacto mais significativo do

que outras intervenções, como ampliação do acesso à água (2,9%) ou ampliação de leitos hospitalares (1,3%).

Guimarães, Alves e Tavares (2009) avaliaram o impacto das ações de imunização pelo PSF na mortalidade infantil por doenças evitáveis no Município de Olinda, Estado de Pernambuco, de 1995 (ano de implantação) até 2002. Os autores concluíram que neste período houve aumento de todas as médias das coberturas vacinais e redução da mortalidade infantil por causas evitáveis, mesmo não havendo diminuição da pobreza absoluta no município ou aumento das coberturas das redes públicas de saúde nem de esgotamento. Afirmam que a análise dos efeitos do PSF sobre a mortalidade infantil é fundamentada na lógica de evitabilidade dos óbitos redutíveis pelas seguintes ações de atenção primária realizadas pelo programa:

- a. imunoprevenção;
- b. adequado controle da gravidez;
- c. adequada atenção ao parto;
- d. ações de prevenção, diagnóstico e tratamento precoce;
- e. ações com parcerias com outros setores.

Lira *et al.* (2004), citados por Guimarães, Alves e Tavares (2009), em estudo sobre o PSF como estratégia de controle dos óbitos infantis por causas evitáveis em 94 bairros do Recife, agrupados em três estratos de condições de vida, no período de 2000 a 2003, verificaram que 17,2% dos óbitos evitáveis ocorreram em áreas cobertas pelo programa e 82,8% em não-cobertas. O estudo concluiu que o PSF constitui uma estratégia efetiva no controle da mortalidade infantil.

Macinko *et al.* (2006) também citados por Guimarães, Alves e Tavares (2009) verificaram em um estudo ecológico em 537 microrregiões do Brasil, que no período de 1999 a 2004 a mortalidade infantil declinou em cerca de 13%. Os autores relacionam este declínio ao aumento da cobertura do PSF, que no período passou de 14% para 60%.

Bomfim (2008) em tese de mestrado sobre “Mortalidade evitável na infância: Belo Horizonte, 1997 a 2006”, constatou que os avanços nas questões relacionadas à imunização como o aumento da cobertura vacinal, a ampliação da atenção básica e a implementação do PSF, dentre outros, foram incisivos para que a partir de 2001 não houvesse mais óbitos associados às ações de imunoprevenção no período de 1997 a 2006. A autora enfatiza que procedimentos de baixo custo e alta efetividade podem ser implementados na rotina dos serviços sem grandes investimentos ou com tecnologias complexas, como, por exemplo, o cuidado pré-natal adequado, que pode identificar as gestantes com maior risco, além de

proporcionar um parto seguro e assistência qualificada ao recém-nascido e à criança. Estes procedimentos simples poderiam contribuir para evitar muitos óbitos:

Exemplos da relação entre a atuação do PSF e as taxas de mortalidade infantil podem ser encontradas no Guia Prático do Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2007 p. 40-41):

Em Belém, capital do Pará, dados de agosto de 2001 mostram que o índice de mortalidade infantil por doenças diarréicas caiu para zero nas áreas cobertas pelo PSF.

Em Florianópolis, capital de Santa Catarina, o índice de mortalidade infantil que era de 21,6 para cada mil nascidos vivos, em 1996, reduziu para 9,0. Ressalte-se que Florianópolis foi a primeira capital a atingir 100% de cobertura com os Agentes Comunitários de Saúde.

Em Esperança, interior da Paraíba, nasceram 605 crianças no ano 2000 e apenas 8 morreram antes de completar um ano - o que dá um dos mais baixos índices brasileiros de mortalidade infantil, com 13,2 mortes para cada mil nascidos vivos. Naquele ano, 93,0% das gestantes fizeram o pré-natal e não se registrou nenhum caso de morte no parto.

Em Vitória da Conquista, interior da Bahia, todas as gestantes das áreas cobertas pelo PSF fazem o pré-natal, recebem todas as vacinas e fazem exames de DST/AIDS. Desde que o programa foi implantado, em 1998, já se detectaram nove casos de mães que tinham o vírus da AIDS, mas seus bebês nasceram sem o vírus em razão do adequado atendimento.

Silva *et al* (2010), fizeram interessante estudo sobre o impacto do PSF nas taxas de mortalidade infantil no Estado do Ceará comparando as taxas de mortalidade infantil nos municípios “tratados”, ou seja, atendidos pelo PSF, com os “não tratados”, sem PSF. Os autores criaram uma equação, incluindo a presença ou não do PSF, algumas variáveis (renda *per capita*, taxa de analfabetismo, taxa de fecundidade, número de pessoas que têm nos seus domicílios banheiro e água encanada e número de médicos residentes por mil habitantes) e o erro de estimação. Demonstraram, em conclusão, que as ações do programa foram efetivas na redução daquelas taxas, havendo diferenças significativas entre os municípios com PSF e aqueles que ainda não haviam aderido ao programa.

Malta *et al.* (2010) em artigo onde propõem a utilização do conceito de morte evitável - aquela que pode ser evitada pela presença de serviços de saúde efetivos - para avaliar o desempenho do SUS, relatam que houve uma atuação positiva dos serviços de saúde no perfil da mortalidade infantil no país, embora não fosse objetivo do estudo identificar o papel desses serviços na cadeia causal da mortalidade infantil.

Simões (1999), citado por Malta *et al.* (2010) também indica que a atuação dos serviços de saúde contribuiu de forma importante para a redução da mortalidade infantil no país e sugere que frente ao desempenho negativo de vários indicadores sociais na década 1990

a atuação dos serviços de saúde permitiu que este indicador mantivesse a tendência de declínio.

Também está bem estabelecida na literatura a relação entre a mortalidade perinatal (mortes fetais de 28 ou mais semanas de gestação e óbitos de nascidos vivos com menos de sete dias de idade) e o acesso e utilização dos serviços de saúde. A análise da mortalidade perinatal pode auxiliar na avaliação dos serviços de saúde como uma medida da adequação da assistência obstétrica e neonatal, além da avaliação da qualidade de vida de diferentes grupos sociais, inclusive dentro de uma mesma população (LANSKY *et al*, 2002).

Ação importante na diminuição dos índices de mortalidade infantil é a amamentação no primeiro ano de vida. Escuder, Venancio e Pereira (2003) pesquisaram a relação entre a amamentação e mortalidade infantil em 14 municípios da grande São Paulo, em 1999 e 2000. Com base em parâmetros da literatura sobre o risco de óbito pelas duas principais causas de morte naquela faixa etária, infecção respiratória e diarreia, em crianças não amamentadas, calcularam a fração de mortalidade evitável por cada doença. O estudo mostrou que, se as crianças forem amamentadas, as duas causas poderão ser significativamente reduzidas – as frações de mortalidade evitável por amamentação superam os 60% para infecção respiratória e os 80% para diarreia em todos os municípios estudados. Os autores afirmam que a amamentação no primeiro ano de vida pode ser a estratégia mais exequível de redução da mortalidade pós-neonatal.

É inegável que a extensão da infra-estrutura urbana e a queda da fecundidade tiveram uma contribuição importante para a diminuição da mortalidade infantil em todo o país, mas é sabido que esta redução está associada a melhorias na assistência à saúde, expansão da rede de serviços básicos de saúde, realização de programas voltados para grupos populacionais em maior risco, incentivo à amamentação, campanhas de vacinação e ao desenvolvimento tecnológico das UTIs neonatais (AERTS, 1997).

Cruz, 2002, citado por Roncalli e Lima (2006), em estudo desenvolvido no Ceará, mostrou relação da implantação do PSF com a redução significativa da taxa de mortalidade infantil neonatal e pos-neonatal. Em estudo similar, em São Paulo, Silva, 2003, também citado por Roncalli e Lima (2006), encontrou resultados similares no estado de São Paulo.

É importante resaltar que por desenvolver ações focalizadas na saúde, dirigidas às famílias e com ênfase na prevenção, a ESF torna-se estratégia efetiva na redução da mortalidade infantil. Como atestam as inúmeras publicações científicas que abordam esta questão, medidas simples, oportunas e disponíveis nos serviços de saúde podem certamente intervir favoravelmente no CMI.

5.3 MORTALIDADE INFANTIL EM GOVERNADOR VALADARES

Para avaliar a possível influência da implantação da ESF nas taxas de mortalidade infantil em Governador Valadares, estudamos estas taxas em dois momentos: em 1997, antes da implantação do PSF, (ocorrida em 1998) e em 2007.

Tabela 1- Nascidos vivos e óbitos no primeiro ano de vida, por faixa etária, no município de Governador Valadares/MG no ano de 1997 e 2007.

Indicador	1997	2007
Nascidos vivos	3.736	3.799
Óbitos na faixa etária de 0 a 27 dias	62	51
Óbitos na faixa etária de 28 a 364 dias	31	17

Fonte: MS/SVS/DASIS – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC - Número de Nascidos Vivos e Mortalidade Infantil do município de Governador Valadares no ano de 1997 e 2007

A Tabela 1 mostra o número de nascidos vivos e os óbitos no primeiro ano de vida, em 1997 e 2007. Em 1997 foram registrados 93 óbitos, sendo que 62 (66,7%) ocorreram no período neonatal e 31 (33,3%) no período pós-natal, ou seja, morreram duas vezes mais crianças na idade neonatal do que na idade pós natal. Neste período o município de Governador Valadares não havia implantado a UTI Neonatal e a ESF.

Utilizando o conceito de CMI, teremos então para o ano considerado, a taxa de 24,89 por mil nascidos vivos. A mortalidade neonatal foi de 16,59 e a pós-neonatal de 8,30.

No ano de 2007 foram registrados 68 óbitos no primeiro ano de vida, sendo que 51 (75,0%) ocorreram no período neonatal e 17 (25,0%) no período pós-natal.

Utilizando o conceito de CMI, teremos então para o ano considerado, a taxa de 17,89 por mil nascidos vivos. A mortalidade neonatal foi de 13,42 e a pós-neonatal de 4,47.

No ano de 1997 a mortalidade neonatal atingiu 66, 7% do total e em 2007, 75,0%. Quanto à mortalidade pós-neonatal, os índices foram, respectivamente, de 33,3% e 25,0%.

O CMI caiu 28,1% entre 1997 e 2007, reduzindo de 24,89 óbitos por mil crianças nascidas vivas para 17,89. Esta redução se deveu especialmente ao componente tardio (depois

de 28 dias de vida), pois o CMI neonatal caiu de 16,59 para 13,42, ou seja, houve redução de 19,1%, enquanto o CMI tardio caiu de 8,29 para 4,47, com redução de 46,1%.

Este cenário percebido em Governador Valadares é compatível com cenários descritos em todo o país, conforme relatado nesta revisão bibliográfica. Para alguns autores, como Caldeira, França e Goulart (2001); Duarte (2007); Guimarães, Alves e Tavares (2009); Harzeim e Stein (2006); Silva et al. (2010), a redução da mortalidade peri e neonatal tem sido mais difícil e lenta do que a da mortalidade pós-neonatal, pois esta última é mais sensível às melhorias da condição de vida e às intervenções do setor de saúde.

Como o PSF é a porta de entrada para o Sistema de Saúde no Brasil, é preciso privilegiar e realizar o monitoramento e avaliação da qualidade de suas ações. Ressalte-se que de acordo com as responsabilidades definidas na NOAS (2001), os profissionais do PSF devem estar conscientes de que uma atenção básica de qualidade é parte fundamental desse objetivo.

Podemos inferir que após dez anos da implantação no município de Governador Valadares e com uma cobertura de apenas 39,8% de equipes Saúde da Família, houve diminuição significativa no CMI.

Acreditamos que favorecendo o acesso ao pré-natal, à consulta puerperal até os 42 dias, fazendo o acompanhamento e o monitoramento da criança nas consultas de puericulturas, a imunização, o monitoramento das famílias de risco, a promoção e a prevenção a saúde, conseguiremos obter melhores índices na taxa de mortalidade infantil nos próximos anos.

Observamos que os serviços de atenção primária à saúde dentro da concepção integral do processo de saúde-doença são o espaço preferencial para a promoção da saúde no âmbito sanitário. Ao prover cuidado de primeiro contato, contínuo, com ênfase em atividades de promoção e prevenção e forte componente de orientação familiar, os serviços efetivos de APS possibilitam todas as condições para um acompanhamento de qualidade da saúde da população adscrita a eles.

Sabe-se que a maior parte das intervenções preventivas e curativas dirigidas aos problemas mais prevalentes é tecnologicamente simples, dispensando cuidados hospitalares e quando forem necessárias intervenções tecnologicamente mais complexas, cuidados especializados ou hospitalares, os serviços de APS, por meio da coordenação da atenção, fazem a ponte entre os distintos níveis. Com isso, mantêm a continuidade do cuidado e reforçam, junto aos outros níveis, a importância dos fatores socioambientais sobre a saúde dos usuários.

No entanto, como alertam Harzheim *et al.* (2004), mesmo que os estudos apresentados sejam relevantes para a organização de serviços de atenção primária com maior resolutividade e de maior qualidade, ainda é necessário maior aprimoramento no delineamento para avaliar a relação entre os atributos da APS e resultados em saúde com maior efetividade.

Porém, ainda há muito caminho a percorrer até chegar-se a uma Atenção de fácil acesso, caracterizada pela continuidade e integralidade do cuidado, com adequada coordenação entre os distintos níveis da Atenção. Nesse sentido, a integralidade pode ser entendida como uma ação resultante da interação democrática entre atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema.

Percebemos que um dos principais motivos para a ESF apresentar transformações positivas e significativas na reorganização da atenção básica, está no fato dessa estratégia buscar, em seus objetivos e suas metas institucionais, políticas e sociais, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A mortalidade infantil, considerada um dos mais importantes indicadores de saúde utilizados internacionalmente, reflete, de maneira geral, os níveis de saúde, desenvolvimento socioeconômico e de condições de vida da sua população, e pode ser reduzida com serviços de saúde acessíveis e de qualidade ofertados à população, especialmente aquela mais carente. A expansão da ESF tem sido decisiva, por exemplo, para a ampliação do direito ao pré-natal que tem influído positivamente nos indicadores de saúde, especialmente na mortalidade materna e na mortalidade infantil.

Considerando que o CMI é um indicador adequado para observar o *status* de saúde da população, este trabalho de revisão mostrou que além da extensão da infra-estrutura urbana e a queda da fecundidade terem contribuído para a diminuição da mortalidade infantil em todo o país, as ações das equipes de saúde da família também contribuíram na redução das taxas de mortalidade infantil, desenvolvendo ações programáticas, de forma decisiva, em suas áreas de atuação, como expansão da rede de serviços básicos de saúde, realização de programas voltados para grupos populacionais em maior risco, incentivo à amamentação, campanhas de vacinação e ao desenvolvimento tecnológico das UTIs neonatais.

Dentre das ações para diminuição dos índices de mortalidade infantil está a amamentação no primeiro ano de vida, considerada uma estratégia possível de executar para a redução da mortalidade pós-neonatal. É importante que os profissionais de saúde saibam

como e com que frequência as mães estão amamentando seus filhos, para ajudá-las a compreender a importância de amamentar seus bebês, contribuindo assim, para uma atenção de qualidade e humanizada. Nesse sentido, o acolhimento dialogado sobressai como ação primordial e que possibilita um atendimento eficaz a todos os atores presentes. É importante, para um atendimento humanizado, uma escuta sincera.

Vale ressaltar que a importância do trabalho em saúde está nas relações comprometidas e partilhadas por todos os envolvidos no processo saúde-doença. Para isso, a equipe de saúde precisa conhecer a realidade da população usuária para maiores possibilidades de atuação dentro do objetivo proposto, em conformidade com os princípios do SUS.

Finalmente, ao analisar as taxas de mortalidade infantil nos dois períodos considerados em Governador Valadares, percebe-se efetiva diminuição em seus valores, provavelmente em decorrência da implantação da ESF no município, o que vem ao encontro dos relatos descritos para o país na literatura consultada.

REFERÊNCIAS

AERTS, D. R. Investigação dos dados perinatais e infantis: seu uso no planejamento de políticas de saúde. **Jornal de Pediatria**, v. 73, n. 6, nov/dez 1997. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/port_resumo.asp?varArtigo=562&cod=97> Acesso em: 01 jul. 2010.

BRASIL. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>> Acesso em: 01 jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Anuário Estatístico de Saúde do Brasil 2001**, Brasília: Funasa/Cenepi. 2003. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 01 jul. 2010. Acesso em: 01 jul. 2010.

BRASIL. **Portaria nº 648 GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/899-648.html>>

CALDEIRA, A. P.; FRANÇA, E.; GOULART, E. M. A. Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle. **Jornal de Pediatria**, v.77, n. 6, nov/dez. 2001. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/port_resumo.asp?varArtigo=361&cod=66> Acesso em: 01 jul. 2010.

CALDEIRA, A. P.; FRANÇA, E.; PERPÉTUO, I. H. O.; GOULART, E. M. A. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis, Belo Horizonte, 1984-1998. **Rev Saúde Pública**, v. 39, n. 1, jan. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 14 jul. 2010.

DUARTE, C. M. R. Reflexos das políticas de saúde sobre as tendências da mortalidade infantil no Brasil: revisão da literatura sobre a última década. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, jul. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/02.pdf>> Acesso em: 14 jul. 2010.

ESCUDE, M. M. L.; VENANCIO, S. I.; PEREIRA, J. C. R. Estimativa de impacto da amamentação sobre a mortalidade infantil. **Rev. Saúde Pública**, v. 37, n. 3, jun. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000300009&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 14 jul. 2010.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. de Saúde Pública**; 15(2) (supl2): 121-131, 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=> Acesso em: 26 ago. 2010.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, abr, 2009. Disponível: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n4/18.pdf>> Acesso em: 14 jul. 2010.

HARZEIM, E.; STEIN, A. T. Efetividade do Programa Saúde da Família: qual o papel do PSF na redução da mortalidade infantil? **Informe da Atenção Básica**, ano VII, n. 33, jan/fev 2006. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/periodicos/iab/06_0420_P.pdf > Acesso em: 14 jul. 2010.

IBGE – Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira – 2009. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2009/indic_sociais2009.pdf> Acesso em: 14 jul. 2010.

IBGE, 2010. Disponível em: <<http://www.brasilecola.com/brasil/mortalidade-infantil-no-brasil.htm>> Acesso em: 14 jul. 2010.

LANSKY, S.; FRANÇA, E.; LEAL, M. C. Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 6, dez. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003489102002000700017&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 14 jul. 2010.

MALTA, D. C.; DUARTE, E. C. D.; ESCALANTE, J. J. C.; ALMEIDA, M. F.; SARDINHA, L. M. V.; MACÁRIO, E. M.; MONTEIRO, R. A. M.; NETO, O. L. M. Mortes evitáveis em menores de um ano, Brasil, 1997 a 2006: contribuições para a avaliação de desempenho do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, vol. 26, n. 3, mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2010000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt > Acesso em: 14 jul. 2010.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. 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**, v. 11, n. 3, jul/set 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sciarttext&pid=S141381232006000300018&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>> Acesso em: 26 ago. 2010

SILVA, Livia Gomes da; ALVES, Marcelo da Silva. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde / **Revista APS**, v. 11, n. 1, 2008. Disponível em: <<http://trigramas.bireme.br/.../cgi=@1?...LILACS.>> Acesso em: 26 ago. 2010.

SZWARCWALD, C. L.; LEAL, M. C.; CASTILHO, E. A.; ANDRADE, C. L.T. Mortalidade infantil no Brasil: Belíndia ou Bulgária? **Cad. Saúde Pública**, v.13, n. 3, jul/set 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X1997000300026&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 14 jul. 2010.

SILVA, H. M. C. et al.. Uma avaliação econômica do Programa Saúde da Família sobre a taxa de mortalidade infantil no Ceará. IPECE – texto para discussão n. 86, jun 2010. Disponível em: <http://www.ipece.ce.gov.br/publicacoes/textos_duscussao/TD_86.pdf> Acesso em: 14 jul. 2010.