



Ações em saúde na atenção básica para redução da mortalidade infantil

Health actions in primary care to reduce child mortality

Camila Marques Careti¹, Maria Cândida de Carvalho Furtado¹, Janaína Costa Barreto¹, Jéssica Batistela Vicente¹, Poliana Remundini de Lima¹

Objetivo: identificar as ações em saúde que visam à redução da mortalidade infantil na atenção básica em um município do interior paulista. **Métodos:** estudo exploratório, com abordagem quantitativa. Participaram 54 profissionais (enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde) de três unidades de saúde selecionadas. **Resultados:** a maioria dos participantes afirmou desenvolver ações de incentivo ao aleitamento materno; para 59,3%, as crianças atendidas estão com a vacinação em dia; 72,2% dos médicos e enfermeiros confirmaram que a criança recebe ao menos uma consulta na sua primeira semana de vida. Para planejamento das ações em saúde, 51,9% afirmam que às vezes há participação da equipe nas reuniões. **Conclusão:** várias ações correspondem ao preconizado pelas políticas públicas de atenção à criança. Entretanto, existem fragilidades apontando a necessidade de ampliar a visão dos profissionais de saúde para maior planejamento, adequando-se às necessidades da população infantil visando à redução dos óbitos.

Descritores: Mortalidade Infantil; Qualidade da Assistência à Saúde; Enfermagem Pediátrica.

Objective: to identify the health actions aimed at reducing child mortality in primary care in a county of São Paulo, Brazil. **Methods:** an exploratory study with a quantitative approach. 54 health professionals (nurses, doctors and community health agents) participated in this study in three health units selected. **Results:** most participants reported to develop actions to encourage breast-feeding; of the children assisted, 59.3% had their vaccination updated; 72.2% of doctors and nurses confirmed that the children have at least one appointment in their first week of life. For planning in health care, 51.9% reported that sometimes there is health team participation in the meetings. **Conclusion:** several actions correspond to those recommended by the child-care public policies. However, there are weaknesses pointing at the need to enhance the vision of the health professionals for greater planning, adapting to the needs of the child population in order to reduce the deaths. **Descriptors:** Infant Mortality; Quality of Health Care; Pediatric Nursing.

Extraído da dissertação "Mortalidade infantil: ações em saúde na atenção básica para redução de óbitos", Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2015.

¹Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Autor correspondente: Camila Marques Careti
Rua José Muniz, 1633 - Jardim Consolação. CEP: 14400-180. Franca, SP, Brasil. E-mail: camilacareti@gmail.com

Introdução

Nas últimas décadas, houve um grande avanço na organização dos serviços de saúde no Brasil, que afetou diretamente a saúde materna e infantil. Tais transformações incidiram nos indicadores de saúde infantil de forma positiva; os Coeficientes de Mortalidade Infantil apresentaram redução significativa, o acesso aos serviços de saúde e às intervenções de saúde, direcionadas a essa população, foram ampliadas, as desigualdades regionais foram reduzidas e a duração da amamentação aumentou substancialmente⁽¹⁾.

Mesmo com os avanços alcançados através da organização dos serviços de saúde e das políticas públicas em defesa da saúde das crianças, a redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil constitui ainda, um grande desafio no País para os gestores, profissionais de saúde e sociedade, uma vez que mesmo apresentando queda importante na última década, os índices ainda continuam elevados, havendo uma estagnação da mortalidade neonatal. A situação é agravada ao se reconhecer que a maioria das mortes precoces pode ser evitada pelo acesso em tempo oportuno a serviços de saúde resolutivos e qualificados⁽²⁾.

Como o Coeficiente de Mortalidade Infantil está diretamente relacionado às condições de vida, incluindo saneamento básico, alimentação, vacinação e qualidade da atenção prestada à criança, discutir o valor médio num país com as dimensões e contrastes do Brasil pode encobrir importantes variações regionais. Assim, a análise deve ser desagregada, pelo menos, segundo regiões geográficas, sendo os valores mais altos encontrados na região nordeste e os mais baixos nas regiões sul e sudeste⁽¹⁾.

Para o estado de São Paulo, os dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde demonstram queda; em 2000, a taxa de mortalidade infantil era de 17,3 óbitos/1000 nascidos vivos. Já no ano de 2009, era de 12,4 óbitos/1000 nascidos vivos, em 2010 e 2011, a taxa de mortalidade infantil

representou 12,0 e 11,6 óbitos/1000 nascidos vivos, respectivamente. Com relação à taxa de mortalidade neonatal precoce, os dados também apontam redução no decorrer desse período. Em 2000, a taxa foi de 8,9 óbitos/1000 nascidos vivos, no ano de 2009 foi de 6,1, em 2011 a taxa foi de 5,7 óbitos/1000 nascidos vivos⁽³⁾.

Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP demonstram esta redução na série histórica da mortalidade infantil em residentes no município. No ano de 2005 o Coeficiente de Mortalidade Infantil era de 10,93 óbitos/1000 nascidos vivos, já em 2009 foi de 8,65 óbitos/1000 nascidos vivos. Para 2010 e 2011, os valores foram de 9,4 e 9,75 óbitos/1000 nascidos vivos, respectivamente. No ano de 2012, o Coeficiente de Mortalidade Infantil apresentou queda, contabilizando 8,6 óbitos/1000 nascidos vivos, e em 2013 observou-se um aumento, com registro de 9,8 óbitos/1000 nascidos vivos⁽⁴⁾, não atingindo uma das metas do Plano Municipal de Saúde para o período 2010/2013, que visava diminuir a mortalidade infantil para 8,2 óbitos/1000 nascidos vivos⁽⁵⁾. No que diz respeito aos Coeficientes de Mortalidade Neonatal precoce, o município apresentou variações ao longo do tempo. No ano de 2000 foi de 8,48 óbitos/1000 nascidos vivos; em 2009, 6,5 óbitos/1000 nascidos vivos; em 2011, 6,0 e em 2012 5,0 óbitos/1000 nascidos vivos, mostrando redução ao longo do tempo⁽⁴⁾.

Estudo desenvolvido em 2012 e que objetivou analisar o perfil da mortalidade infantil de residentes em Ribeirão Preto-SP entre 2009 e 2011, identificou que no período, ocorreram 224 óbitos, sendo 58 (25,9%) destes classificados como evitáveis. Crianças com menos de uma semana de vida, baixo peso ao nascer e idade gestacional inferior a 30 semanas foram as que mais morreram; o pré-natal foi considerado insuficiente para a grande maioria dos casos⁽⁶⁾. Os dados apontam para a necessidade de alternativas que viabilizem assistência cada vez mais qualificada a esta clientela.

A busca por informações que permitam a

análise da situação de saúde e das ações que estão sendo desenvolvidas oferece visibilidade para onde a intervenção deve ser realizada mais efetivamente⁽⁷⁾. Estudo revela que mesmo quando a rotina e o número de consultas de pré-natal foram suficientes, ocorreram óbitos evitáveis, reafirmando a necessidade de rever as ações que estão sendo realizadas na atenção primária⁽⁸⁾.

A redução da mortalidade infantil, principalmente a neonatal, encontra-se vinculada ao reconhecimento de sua relevância pelos gestores do sistema de saúde. Oferecer visibilidade a esta situação constitui-se em importante passo com vistas à tomada de decisões. Além disso, as ações em saúde contribuem para a melhoria das condições de vida e de saúde da criança, com reflexo na redução da mortalidade infantil⁽¹⁾.

Frente a isto e considerando-se a situação da mortalidade infantil no Brasil, no estado de São Paulo e especificamente no município de Ribeirão Preto-SP, associando-se a importância do componente neonatal nesta taxa às condições de assistência perinatal, vislumbrou-se a necessidade de realizar um estudo buscando avaliar a assistência à criança no município de Ribeirão Preto, a partir das ações para redução da mortalidade infantil, na perspectiva dos profissionais da atenção básica.

A partir da identificação das ações apontadas pelos profissionais de saúde envolvidos diretamente na assistência às crianças menores de um ano, será possível manter aquelas cujas respostas estão sendo benéficas a esta clientela, como também identificar as fragilidades que são passíveis de intervenções, transpondo os resultados para realidades semelhantes e auxiliando na visibilidade dos mesmos a nível regional e/ou nacional. Assim, o objetivo desse estudo foi identificar as ações em saúde que visam à redução da mortalidade infantil, apontadas pelos profissionais de saúde que atendem recém-nascidos e crianças menores de um ano.

Métodos

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em Ribeirão Preto, município de médio porte do interior paulista, referência regional e nacional para a assistência à saúde. O município está organizado em cinco Distritos de Saúde, cada um contendo uma Unidade Básica e Distrital de Saúde e várias Unidades Básicas de Saúde, com atendimento básico (áreas médicas, odontológicas e enfermagem) para a população de sua área de abrangência. Além disso, as Unidades Básicas e Distritais de Saúde atendem especialidades e pronto atendimento.

A escolha dos campos para coleta de dados teve por base o resultado de um estudo que identificou maior número de óbitos ocorridos entre 2009 e 2011, em um dos Distritos de Saúde, indicando a necessidade de buscar alternativas que viabilizem assistência cada vez mais qualificada a esta clientela⁽⁶⁾. Dentro deste Distrito, oito unidades de saúde são referência de atendimento materno-infantil; nesse estudo foram incluídas, como campo de pesquisa, três unidades de saúde que mais apresentaram óbitos no período⁽⁶⁾.

Participaram profissionais enfermeiros, médicos (ginecologistas e pediatras) e agentes comunitários de saúde das unidades de saúde selecionadas, envolvidos diretamente com a atenção às crianças menores de um ano. Duas unidades de saúde possuem Equipe de Saúde da Família. Nessas, foram entrevistados médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. A outra unidade de saúde atua como um Centro Saúde Escola, atendendo o modelo tradicional de cuidado, participaram médicos e enfermeiros. As três unidades de saúde contam com um total de 14 médicos pediatras e ginecologistas, nove enfermeiros e 41 agentes comunitários de saúde, totalizando 64 potenciais participantes do estudo.

Os dados foram coletados entre setembro e dezembro de 2014, no próprio local de trabalho

dos mesmos, após contato prévio e agendamento. Utilizaram-se roteiros semiestruturados, desenvolvidos pelos autores, autoaplicado. No roteiro, há semelhança de determinadas ações desenvolvidas por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde; entretanto, há outras ações de cuidado que competem somente aos profissionais médicos e enfermeiros. Nesse sentido, utilizou-se um roteiro para médicos e enfermeiros e outro para agente comunitário de saúde. Ambos baseados na escala de Likert, atribuindo-se valores: 1 (sempre), 2 (às vezes), 3 (nunca), 4 (não sei) e 5 (não se aplica).

Os roteiros contêm frases afirmativas, adaptadas de documentos técnicos do Ministério da Saúde, ambos relativos à atenção básica⁽⁹⁻¹⁰⁾, voltadas ao cuidado da gestante, da puérpera, do recém-nascido e criança menor de um ano e da Unidade de Saúde. Ambos os roteiros foram testados previamente quanto ao tempo de resposta e adequabilidade, compreensão e clareza das afirmativas e respostas por três profissionais, um de cada categoria profissional. Não houve necessidade de alterações no planejamento inicial. Ressalta-se que, nesse momento, foram apresentados os resultados relativos ao cuidado do recém-nascido e criança menor de um ano e da Unidade de Saúde.

Os dados tiveram dupla entrada em planilha eletrônica, posteriormente validada. Em seguida, foram processados no *Statistical Package for the Social Science*, versão 22. As variáveis contidas no roteiro que dizem respeito às ações desenvolvidas na Atenção Básica para a redução da mortalidade infantil foram processadas por categorias: Atenção ao recém-nascido e à criança até um ano (vacinação, acompanhamento da criança de risco, consulta da criança, investigação de óbitos e prevalência do aleitamento materno) e unidades de saúde (reuniões de equipe e educação permanente), procedendo-se à análise, mediante estatística descritiva.

O estudo respeitou as exigências formais contidas nas normas nacionais e internacionais regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados

Dos 64 profissionais de saúde abordados, 54 (84,4%) aceitaram participar; destes, dez (18,5%) eram médicos (ginecologistas e pediatras), oito (14,8%) enfermeiros e 36 (66,7%) Agentes Comunitários de Saúde. A maioria (46; 85,2%) é do sexo feminino.

Dentro da categoria profissional médica, metade tem especialidade em ginecologia; a outra, em pediatria. Em relação ao tempo de atuação nas Unidades de Saúde estudadas, a maior parte (70,4%) atua há dez anos ou mais. Das categorias profissionais enfermeiro e médico, 44,4% dos participantes não tiveram outro emprego antes de atuarem nas unidades de saúde. Destes, 44,4% trabalham em Unidade Básica de Saúde, 44,4% em outros serviços de saúde, como hospitais particulares e apenas um participante (11,1%) trabalhou tanto em Unidade Básica de Saúde, quanto em Unidade Básica de Saúde com Programa Agente Comunitário de Saúde e Unidade Saúde da Família.

Atenção ao recém-nascido e à criança até um ano

Ao serem abordados acerca das ações voltadas ao recém-nascido e às crianças menores de um ano e que possuem potencial para redução da mortalidade infantil, a maioria (79,6%) dos participantes afirmou que os cadastros de crianças, com até um ano de idade, da área de abrangência encontram-se atualizados; 9,3% responderam às vezes para a mesma afirmativa, enquanto 11,1% não souberam responder.

Tendo em vista a importância da Caderneta de Saúde da Criança para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, identificou-se que 80,6% dos participantes sempre a conferem; 10 (55,6%) enfermeiros e médicos sempre a preenchem durante o atendimento da criança; seis (33,3%) às vezes e dois (11,1%) não souberam responder.

No tocante ao acompanhamento do crescimen-

to e desenvolvimento das crianças com até um ano de vida por enfermeiros e médicos, 16 (89,0%) profissionais confirmaram que sempre existe esse acompanhamento; um (5,5%) respondeu às vezes e um (5,5%) não soube responder e, quando questionado, informou que, devido à sua especialidade (ginecologista), não possuía tal informação.

A tabela 1 demonstra que a maior parte dos profissionais sempre realiza acompanhamento das crianças em situação de risco e/ou vulnerabilidade. No que diz respeito às consultas na primeira semana de vida, o recém-nascido sempre recebe ao menos um atendimento. Com relação à investigação dos óbitos, menos da metade dos enfermeiros e médicos sempre realiza tal investigação; cabe ressaltar que parte dos profissionais não soube responder tal afirmativa.

Tabela 1 - Ações de atenção ao recém-nascido e criança até um ano de idade dos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos nas unidades de saúde

Ações	Agente Comunitário de Saúde (n=36)		Enfermeiros e Médicos (n=18)	
	n(%)	IC95%	n(%)	IC95%
Vacinação em dia				
Sempre	24 (66,7)	49,0-81,4	8 (44,4)	21,5-69,2
Às vezes	12 (33,3)	18,6-51,0	8 (44,4)	21,5-69,2
Não sei	-	-	2 (11,1)	1,4-34,7
Acompanhamento da criança de risco				
Sempre	32 (88,9)	73,9-96,9	12 (66,7)	41,0-86,7
Às vezes	4 (11,1)	3,1-26,1	4 (22,2)	6,4-47,6
Não sei	-	-	2 (11,1)	1,4-34,7
Consulta na 1ª semana de vida*				
Sempre	-	-	13 (72,2)	46,5-90,3
Às vezes	-	-	2 (11,1)	1,4-34,7
Não sei	-	-	3 (16,6)	3,6-41,4
Duas consultas 1º mês vida*				
Sempre	-	-	12 (66,7)	41,0-86,7
Às vezes	-	-	2 (11,1)	1,4-34,7
Não sei	-	-	4 (22,2)	6,4-47,6
Investigação de óbitos*				
Sempre	-	-	7 (38,9)	17,3-64,3
Às vezes	-	-	3 (16,7)	3,6-41,4
Nunca	-	-	1 (5,6)	0,1-27,3
Não sei	-	-	5 (27,8)	9,7-53,5
Não se aplica	-	-	2 (11,1)	1,4-34,7

*Itens específicos do roteiro para enfermeiros e médicos

Com relação à visita domiciliar ao recém-nascido, realizada por médico ou enfermeiro na primeira semana de vida, oito (44,4%) participantes responderam às vezes; três (16,7%) nunca a realizam; cinco (27,8%) não indicaram não saber e dois (11,1%) definiram o item como “não se aplica”. Quando questionados, alguns participantes disseram que somente existe visita domiciliar do enfermeiro ou do médico em uma situação de emergência.

A prevalência do aleitamento materno é atividade desenvolvida tanto por enfermeiros e médicos quanto por agentes comunitários de saúde. A tabela 2 demonstra que a maioria dos participantes do estudo verifica tal prevalência, seja durante a consulta ou na visita domiciliar.

Tabela 2 - Verificação da prevalência do aleitamento materno no primeiro ano de vida realizada por agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos

Prevalência do Aleitamento Materno	Agente Comunitário de Saúde (n=36)		Enfermeiros e Médicos (n=18)	
	n(%)	IC95%	n(%)	IC95%
Aos 30 dias de vida				
Sempre	33 (91,7)	77,5-98,2	11 (61,1)	35,7-82,7
Às vezes	3 (8,3)	1,8-22,5	1 (5,5)	0,1-27,3
Nunca	-	-	1 (5,5)	0,1-27,3
Não sei	-	-	4 (22,2)	6,4-47,6
Não se aplica	-	-	1 (5,5)	0,1-27,3
Aos seis meses de vida				
Sempre	32 (88,9)	73,9-96,9	10 (55,6)	30,8-78,5
Às vezes	4 (11,1)	3,1-26,1	3 (16,7)	3,6-41,4
Nunca	-	-	1 (5,5)	0,1-27,3
Não sei	-	-	3 (16,7)	3,6-41,4
Não se aplica	-	-	1 (5,5)	0,1-27,3
Aos 12 meses de vida				
Sempre	29 (80,6)	64,0-91,8	7 (38,9)	17,3-64,3
Às vezes	7 (19,4)	8,2-36,0	6 (33,3)	13,3-59,0
Nunca	-	-	1 (5,5)	0,1-27,3
Não sei	-	-	3 (16,7)	3,6-41,4
Não se aplica	-	-	1 (5,5)	0,1-27,3

Unidade de Saúde

No tocante à realização de reuniões de equipe para discutir o planejamento de cuidado e avaliar as ações desenvolvidas, a maioria dos participantes respondeu que sempre a Unidade de Saúde realiza reuniões com tal finalidade, conforme tabela 3.

Tabela 3 - Ações dos agentes comunitários de saúde, enfermeiros e médicos nas unidades de saúde

Ações	Agente Comunitário de Saúde (n=36)		Enfermeiros e médicos (n=18)	
	n(%)	IC95%	n(%)	IC95%
Reuniões de equipe				
Sempre	29 (80,6)	64,0-91,8	7 (38,9)	17,3-64,3
Às vezes	6 (16,6)	6,4-32,8	10 (55,5)	30,8-78,5
Não sei	-	-	1 (5,5)	0,1-27,3
Não respondeu	1 (2,8)	0,1-14,5	-	-
Ações de Educação Permanente				
Sempre	21 (58,3)	40,8-74,5	6 (33,3)	13,3-59,0
Às vezes	13 (36,1)	20,8-53,8	11 (61,1)	35,7-82,7
Nunca	1 (2,8)	0,1-14,5	-	-
Não sei	-	-	1 (5,5)	0,1-27,3
Não respondeu	1 (2,8)	0,1-14,5	-	-
Participação da equipe na educação permanente				
Sempre	17 (47,2)	30,4-64,5	5 (27,8)	9,7-53,5
Às vezes	17 (47,2)	30,4-64,5	11 (61,1)	35,7-82,7
Nunca	1 (2,8)	0,1-14,5	-	-
Não sei	-	-	1 (5,5)	0,1-27,3
Não se aplica	-	-	1 (5,5)	0,1-27,3
Não respondeu	1 (2,8)	0,1-14,5	-	-

Em relação às ações dos agentes comunitários de saúde, 11 (61,1%) enfermeiros e médicos responderam que sempre são planejadas, gerenciadas e avaliadas pelo enfermeiro em conjunto com a equipe, dois (11,1%) indicaram às vezes, dois (11,1%) não souberam responder e três (16,7%) assinalaram não se aplica. No que se refere à educação permanente dos profissionais de saúde, a maioria dos participantes afirmou que sempre existem ações de educação permanente. Entretanto, indicam que, às vezes, existe a participação da equipe.

Discussão

Medidas de promoção, proteção e recuperação da saúde nos primeiros anos de vida da criança são consideradas fundamentais para a redução da mortalidade e ocorrência do crescimento infantil adequado. Dentre elas, destacam-se as ações voltadas à promoção do nascimento saudável, acompanhamento do crescimento, desenvolvimento, imunização, aleitamento materno e alimentação saudável, com enfoque prioritário para a vigilância da saúde das crianças de maior risco⁽²⁾.

Visando a redução da mortalidade e o crescimento infantil adequado, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento realizado pelos profissionais de saúde que, neste estudo afirmaram, em sua maioria, realizar essa ação, proporciona à criança as avaliações necessárias nos primeiros anos de vida, permitindo que a mesma tenha acesso a um cuidado integral e seja referenciada a outro serviço, quando necessário^(2,11).

Como instrumento para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, a Caderneta de Saúde da Criança deve sempre ser preenchida em todos os atendimentos da mesma, a fim de que se tenha um histórico completo de sua saúde⁽¹²⁾. A maioria dos médicos e enfermeiros afirmou sempre avaliar e preencher a caderneta da criança em todas as situações de procura por atendimento, o que difere de outros estudos⁽¹³⁻¹⁴⁾, que demonstram ainda ser insatisfatório o preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança por parte dos profissionais de saúde, que muitas vezes priorizam somente a imunização e os gráficos de crescimento e desenvolvimento. Ressalta-se, ainda, a importância da capacitação desses profissionais para um preenchimento adequado desse instrumento⁽¹³⁻¹⁴⁾.

O Ministério da Saúde preconiza a "Primeira Semana: saúde integral", com intuito de realizar uma abordagem ampla da mãe e do bebê uma semana após o parto, incluindo ações de incentivo ao aleitamento materno, vacinação, realização do teste do pezinho e

avaliação de riscos em relação à saúde do bebê. Para tanto, recomenda uma visita domiciliar e a primeira consulta, ainda na primeira semana de vida do recém-nascido^(2,12). Porém, nota-se, nesse estudo, que a visita domiciliar, pelo enfermeiro e médico, na primeira semana de vida do recém-nascido ocorre somente às vezes, segundo alguns dos participantes, quando há necessidade de atenção especial.

Considerada como um importante instrumento que permite maior aproximação do profissional com a família da criança, a visita domiciliar facilita a compreensão do processo saúde doença e de seus determinantes⁽²⁾. No tocante à consulta na primeira semana de vida, a maioria dos profissionais indicou que os recém-nascidos sempre recebem, pelo menos, uma consulta na sua primeira semana de vida, indo ao encontro com recomendação do Ministério da Saúde⁽¹¹⁾ e com estudo⁽¹⁵⁾.

O aleitamento materno tem sido um grande aliado para a redução da mortalidade infantil especialmente em crianças menores de um ano e para o alcance do quarto Objetivo do Desenvolvimento do Milênio. Diversos são os benefícios, tanto para a mãe quanto para o bebê, comprovados cientificamente⁽¹⁶⁾. Ressalta-se, portanto, a importância de abordar esse tema durante as visitas domiciliares e consultas, onde são desenvolvidas ações de incentivo ao aleitamento materno, que são de extrema importância para aumento da prevalência e motivação da amamentação⁽¹⁶⁾. Obteve-se resposta positiva quanto a essa temática, uma vez que, a maioria dos profissionais respondeu que sempre são desenvolvidas tais ações, e que sua prevalência é verificada aos 30 dias e aos seis meses como alimento exclusivo para o bebê, e também aos 12 meses, quando já foram introduzidos alguns alimentos na dieta da criança.

A investigação de óbitos configura-se como uma estratégia para redução da mortalidade infantil, uma vez que, são investigadas as causas, classificando os mesmos em evitáveis e não evitáveis. Quando evitável, identifica-se sua causa a fim de prevenir demais óbitos relacionados. Nesse estudo, 38,9% dos profissionais

médicos e enfermeiros afirmaram que os óbitos das crianças atendidas pela unidade de saúde sempre são investigados; porém, 27,8% não souberam fornecer tal informação. Estudo realizado no Estado da Bahia aponta a necessidade de capacitação dos profissionais da equipe de saúde para a atenção à investigação dos óbitos de menores de um ano, com a finalidade da melhoria da qualidade da assistência destinada à saúde materna e infantil, desencadeando a redução da mortalidade infantil⁽¹⁷⁾.

Dentre os aspectos que podem influenciar na saúde da criança, estão os fatores de risco para o crescimento e desenvolvimento saudáveis da mesma. Estes podem incorrer antes, durante e depois do nascimento e interferir na saúde e no desenvolvimento da criança⁽¹¹⁾. A maior parte dos profissionais demonstrou que as crianças em situações de risco ou vulnerabilidade são sempre acompanhadas pela unidade de saúde, em contraponto com estudo⁽¹⁸⁾ que mostra que ainda existem dificuldades no acompanhamento de crianças de risco, e a necessidade de busca ativa, pelos profissionais da unidade de saúde, a essa população.

São situações de vulnerabilidade crianças que residem em locais considerados de risco, com peso ao nascer inferior a 2.500g, que apresentaram prematuridade (menos de 37 semanas de gestação), Apgar menor que sete no 5º minuto, mãe adolescente, criança com histórico de internações, histórico familiar de óbito de criança menor que cinco anos e mãe com escolaridade baixa, criança com quadro de desnutrição, ainda existem outras situações que representam vulnerabilidade à criança, como gestação gemelar, ausência de aleitamento materno, ausência de pré-natal, cartão de vacinas atrasado entre outras situações^(2,11).

Tendo em vista a importância de abordar os sinais de risco/perigo às mães que levam as crianças para atendimento na unidade básica de saúde o presente estudo apontou que, 66,7% dos enfermeiros e médicos sempre realizam tal abordagem, estabelecendo ainda a prioridade de atendimento a essas situações.

Nesse estudo também se optou por trazer aspectos da organização das unidades de saúde, uma vez que esta pode contribuir com, ou desamparar, as ações voltadas para o crescimento e desenvolvimento da saúde da criança, com vistas à redução da mortalidade infantil.

No tocante à participação dos profissionais nas reuniões em equipe e na educação permanente, ficou evidenciado pouco envolvimento e interesse nessas atividades, sendo que 30,8% e 35,7% dos médicos e enfermeiros, responderam às vezes participarem das atividades, como reuniões para o planejamento das ações em equipe e na educação permanente, respectivamente, não condizendo com o proposto pelo documento do Ministério da Saúde brasileiro⁽¹⁰⁾ e corroborando com estudo⁽¹⁹⁾.

Conclusão

Os resultados obtidos através do presente estudo apontam que várias ações correspondem ao que é preconizado por recomendações em documentos oficiais do Ministério da Saúde, bem como por pesquisas voltadas ao cuidado da criança. Todavia, ainda existem fragilidades, que indicam a necessidade de ampliar a visão dos profissionais de saúde para o planejamento dessas ações, adequando às necessidades da população materno-infantil atendida nas unidades de saúde investigadas.

Os profissionais afirmam que realizam acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das mesmas, com preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança, verificação do calendário vacinal, identificação e acompanhamento de crianças de risco e abordagem integral da criança, na perspectiva das doenças prevalentes nessa população. Contudo, a visita domiciliar, realizada por enfermeiro e/ou médico, para crianças na primeira semana de vida acontece somente frente a necessidades específicas.

Apesar das várias ações realizadas pelos profissionais de saúde aqui apontadas, muitas delas

podem parecer independentes; ou seja, suscitam a não integração de todos os profissionais da unidade de saúde. São ações voltadas para a criança e que não envolvem o ginecologista, como apontado por um entrevistado; ou são ações voltadas à gestante e que não envolvem o pediatra. Porém, há que se destacar que aparentam ser isoladas, mas são ações que repercutem, indireta ou diretamente, na saúde da criança. Daí a importância de todos os profissionais sentirem-se envolvidos e comprometidos com o cuidado da criança, até mesmo antes de seu nascimento, para redução de óbitos.

Concluímos que identificar as ações na atenção básica corresponde a uma ferramenta importante para a redução da mortalidade infantil, principalmente em menores de um ano, uma vez que entendemos que, tais ações permitem a oferta de um cuidado contínuo e integral à saúde materno-infantil. Ressalta-se aqui, a necessidade de fortalecer e adequar ações que ainda não atendem ao que está preconizado nas políticas públicas de saúde voltadas a esta população, intencionando responder às necessidades específicas de cada mulher e criança que buscam, na unidade de saúde, um atendimento de qualidade, para com isso minimizar ocorrências que resultem em mortes infantis precoces e potencialmente evitáveis.

Colaborações

Careti CM e Furtado MCC contribuíram desde a concepção, coleta, análise, interpretação dos dados, revisão crítica da redação final do manuscrito. Barreto JC contribuiu na coleta de dados. Vicente JB e Lima PR contribuíram na revisão crítica relevante e aprovação final da versão a ser publicada.

Referências

1. Victora CG, Aquino EML, Leal MC, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet*. 2011; 377(9780):1863-76.

2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
3. Ministério da Saúde (BR). Rede Interagencial de Informações para a Saúde. Indicadores e dados básicos-Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
4. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Estatísticas vitais. Nascimentos e óbitos. [Internet]. 2013 [citado 2014 fev 04]. Disponível em: <http://www.coderp.com.br/cgi-bin/dh?tabnet26/sim/obit2000.def>
5. Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto. Plano municipal de saúde: período 2014-2017. Ribeirão Preto: SMS; 2013.
6. Careti CM, Scarpelini AHP, Furtado MCC. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. Rev Eletr Enferm. [periódico na Internet]. 2014 [citado 2014 jul 18]; 16(2):352-60. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/20321>
7. Santana IP, Santos JM, Costa JR, Oliveira RR, Orlandi MHF, Mathias TAF. Aspects of infant mortality, according to an investigation of death. Acta Paul Enferm. 2011; 24(4):556-62.
8. Figueiredo PP, Lunardi Filho WD, Lunardi VL, Pimpão FD. Infant mortality and prenatal care: contributions of the clinic in the light of Canguilhem and Foucault. Rev Latino-Am Enfermagem. 2012; 20(1):201-10.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
11. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
12. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. Cuidados gerais. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
13. Abud SM, Gaiva MAM. Análise do preenchimento dos dados de imunização da caderneta de saúde da criança. Rev Eletr Enferm. [periódico na Internet]. 2014 [citado 2015 jun 25]; 16(1):61-7. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a07.pdf
14. Faria M, Nogueira TA. Avaliação do uso da caderneta de saúde da criança nas unidades básicas de saúde em um município de Minas Gerais. Rev Bras Ciênc Saúde. 2013; 11(38):8-15.
15. Souza MHN, Gomes TNC, Paz EPA, Trindade CS, Veras RCC. Estratégia acolhimento mãe – bebê: aspectos relacionados à clientela atendida em uma unidade básica de saúde do Município do Rio de Janeiro. Esc Anna Nery. 2011; 15(4):671-7.
16. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil. Aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
17. Santana M, Aquino R, Medina MG. Efeito da estratégia saúde da família na vigilância de óbitos infantis. Rev Saúde Pública. 2012; 46(1): 59-67.
18. Lopes MCL, Santander CA, Marcon SS. Acompanhamento dos recém-nascidos de risco de uma Unidade Básica de Saúde de Maringá – PR. Rev Rene. 2010; 11(1):114-24.
19. Sarti TD, Campos CEA, Zandonade E, Ruschi GEC, Maciel ELN. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. Cad Saúde Pública. 2012; 28(3):537-48.