UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

CAMILA MARQUES CARETI

Mortalidade Infantil: ações em saúde na atenção básica para redução
de óbitos

Ribeirão Preto

2015

CAMILA MARQUES CARETI

Mortalidade Infantil: ações em saúde na atenção básica para redução
de óbitos

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem
de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências,
Programa de Pós-Graduação Enfermagem em
Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à Criança e ao
Adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cândida de
Carvalho Furtado

Ribeirão Preto

2015

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

CARETI, C.M.

Mortalidade Infantil: ações em saúde na atenção básica para redução de óbitos. Ribeirão Preto, 2015.

83 p. : il. ; 30 cm.

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientadora: Maria Cândida de Carvalho Furtado

1. Mortalidade infantil. 2. Qualidade da assistência à saúde.
3.Assistência perinatal. 4.Enfermagem pediátrica

CARETI, Camila Marques

Mortalidade Infantil: ações em saúde na atenção básica para redução de óbitos

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Agradecimento Especial

À minha orientadora, Maria Cândida de Carvalho Furtado, que acreditou no meu potencial desde a graduação, me incentivou em cada etapa do Mestrado, e que mesmo nos momentos mais difíceis nunca deixou de acreditar em mim. Muito obrigada pela confiança a mim dispensada desde a graduação. Agradeço especialmente pela dedicação e paciência durante a construção deste trabalho.

Agradecimentos

Agradeço, primeiramente, a Deus por abençoar o meu caminho e sempre me mostrar qual direção seguir.

Meu agradecimento especial a cada profissional de saúde das Unidades de Saúde participantes deste estudo, médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, por me receberem tão cordialmente e se disporem a responder ao roteiro e contribuir para o presente estudo. Espero que este trabalho possa trazer contribuições e leve a reflexões para a melhoria da saúde materno e infantil.

Agradeço ao CNPQ por financiar esta pesquisa.

À Miyeko pela competência e agilidade no processo de análise deste trabalho.

À Janaina que me acompanhou e me ajudou na coleta dos últimos roteiros nas Unidades de Saúde.

Aos alunos de graduação, com os quais participei dos estágios da disciplina “ERM0911-Cuidado Integral em Saúde II”, durante o PAE, minha primeira aproximação à Docência na graduação.

À Shirley, que me esclareceu tantas dúvidas durante esses dois anos e meio.

Às minhas companheiras/parceiras que dividimos apartamento (Larissa Varela, Flávia Gonçalves Micali), obrigada pelas risadas, conversas em dias difíceis e pela amizade.

Muito obrigada à minha mãe e minha avó (Tânia Maria Verzola Marques e Maria Ap. Verzola Marques), que sempre acreditaram no meu potencial, pelas preces, por me ouvir em dias difíceis e por todo o amor a mim dispensado.

Ao meu namorado, Giovanni Castro, por toda a paciência, por me ouvir e me proporcionar momentos de felicidade.

À querida cidade de Ribeirão Preto que tão bem me acolheu desde a graduação, que tanto me adaptei e me senti em casa.

Meu sincero agradecimento a todos os que cooperaram e compartilharam momentos durante esses dois anos e meio.

Muito Obrigada!

“Por vezes sentimos que aquilo que fazemos não é senão uma gota no mar. Mas o mar seria menor se lhe faltasse uma gota.”

(Madre Tereza de Calcutá)

RESUMO

CARETI, C.M. **Mortalidade Infantil: ações em saúde na atenção básica para redução de óbitos**. 2015. 83f. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

As ações em saúde contribuem para a melhoria das condições de vida e de saúde da criança, com reflexo na redução da mortalidade infantil. O objetivo do presente estudo foi identificar as ações em saúde para redução da mortalidade infantil apontadas pelos profissionais de saúde que atendem gestantes, recém-nascidos e crianças menores de um ano na atenção básica de um município do interior paulista. Trata-se de um estudo transversal, com abordagem quantitativa, inserido no campo da avaliação em saúde, com aproximação ao componente processo. Foram realizadas entrevistas com os profissionais de saúde, através de dois roteiros semiestruturados, autoaplicados, baseados em frases afirmativas, adaptadas de dois documentos técnicos do Ministério da Saúde. Participaram 54 profissionais da saúde, médicos (ginecologistas e pediatras), enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), de três unidades básicas de saúde selecionadas para o estudo. A maioria de médicos e enfermeiros afirmou que somente às vezes as gestantes têm início precoce ao pré-natal, e grande parte respondeu que são realizadas seis ou mais consultas; porém, o mesmo número de profissionais confirmou que somente às vezes isso ocorre. ACS, médicos e enfermeiros mostraram que existe busca ativa às gestantes faltosas ao pré-natal, e os ACS afirmaram que realizam visitas domiciliares com esse intuito. De acordo com 44,4% dos médicos e enfermeiros, as puérperas têm consulta até 42 dias após o parto. Grande parte de todos profissionais de saúde participantes do estudo, afirmou desenvolver ações de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal, no puerpério e nos 30 dias, seis e 12 meses de vida da criança; 59,3% responderam que as crianças atendidas na unidade de saúde estão com o esquema de vacinação em dia. A maioria dos médicos e enfermeiros confirmou que a criança recebe ao menos uma consulta na sua primeira semana de vida, mas que às vezes é realizado visita domiciliar por parte desses profissionais; somente quando houver necessidade. Os profissionais, médicos, enfermeiros e ACS, reconhecem que existe a educação permanente na unidade de saúde que trabalham; porém, 51,9% afirmam que às vezes há participação da equipe. Foram identificadas várias ações que correspondem ao que é preconizado pelas políticas públicas de atenção à mulher e à criança. Entretanto ainda existem fragilidades que apontam a necessidade de ampliar a visão dos profissionais de saúde para maior planejamento dessas ações, adequando às necessidades da população materno-infantil atendida nas unidades de saúde com vistas à redução de óbitos infantis.

Descritores: mortalidade infantil, qualidade da assistência à saúde, assistência perinatal, enfermagem pediátrica.

ABSTRACT

CARETI, C.M. **Child mortality: basic healthcare action plans to reduce child death.** 2015. 83f. Thesis (MA). School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Healthcare action plans improve children's life conditions and health, thereby reducing child mortality. This study aimed to identify healthcare actions that decreased child mortality on the basis of reports by healthcare professionals assisting expectant mothers, newborns, and children aged less than one year in basic healthcare units in a city in the state of São Paulo, Brazil. This transversal study adopted a quantitative health assessment approach with process approximation. Healthcare professionals were interviewed by means of two semi-structured, self-applied questionnaires based on affirmative statements; the instrument was adapted from two technical documents of the Brazilian Health Ministry. Fifty-four healthcare professionals including physicians (gynecologists and pediatricians), nurses, and Health Community Agents (HCA) working at three basic health units were selected for this study. Most of the physicians and nurses stated that only sometimes do expectant mothers receive pre-natal care at an early stage. The majority of physicians and nurses stated that pre-natal care includes six or more visits, but they rarely occur. HCA, physicians, and nurses showed that they actively search for expectant mothers that skip pre-natal consultations, and HCA affirmed that they conduct home visits aiming to contact these patients. According to 44.4% of the physicians and nurses, mothers have a visit scheduled for up to 42 days after childbirth. Most of the participants confirmed that they develop actions to encourage breastfeeding during the pre-natal and puerperium periods as well as at 30 days, six months, and twelve months after childbirth. Of all the participants, 59.3% stated that the children assisted at the health units follow the recommended vaccination schedule. Most physicians and nurses confirmed that children are seen at the basic healthcare unit within one week after birth, and that these professionals visit the child at home when necessary. All the participants—physicians, nurses, and HCA—confirmed that ongoing professional education takes place at the basic healthcare unit where they work; however, 51.9% stated that the health team sometimes participates in the activities. It was possible to identify several actions that followed the public policy recommendations for woman and child healthcare. Nevertheless, it is important to make healthcare professionals aware of the need to implement more action plans that meet the requirements of mothers and children assisted at healthcare units, aiming to diminish child mortality.

Keywords: infant mortality, quality of health care, perinatal care, pediatric nursing.

RESUMEN

CARETI, C.M. **Mortalidad Infantil: acciones en salud en la atención básica para la disminución de óbitos** . 2015. 83f. Thesis (MA). Escuela de Enfermería de La Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

Las acciones en la salud contribuyen a la mejora de las condiciones de vida y de la salud del niño, reflejándose en la reducción de la mortalidad infantil. El objetivo del presente estudio fue el de identificar las acciones en la salud para la reducción de la mortalidad infantil señaladas por los profesionales de salud que atienden gestantes, recién nacidos y niños menores de un año en la atención básica de un municipio del interior de São Paulo. Se trata de un estudio transversal, con un abordaje cuantitativo, inserido en el campo de la evaluación en la salud, con una aproximación al componente proceso. Se realizaron entrevistas con profesionales de salud, a través de dos guiones semiestructurados, autoaplicados, basados en frases afirmativas adaptadas de dos documentos técnicos del Ministerio de la Salud. Participaron 54 profesionales de salud, médicos (ginecólogos y pediatras), enfermeros, y Agentes Comunitarios de Salud (ACS), de tres unidades básicas de salud elegidas para la investigación. La mayoría de médicos y enfermeros afirmó que, solamente a veces, las gestantes tienen inicio precoz al prenatal, y gran parte respondió que son realizadas seis o más consultas; sin embargo, el mismo número de profesionales confirmó que, solamente a veces eso ocurre. ACS, médicos y enfermeros mostraron que existe una búsqueda activa hacia las gestantes faltosas al prenatal, y los ACS afirmaron que realizan visitas domiciliarias con esa intención. De acuerdo con 44,4% de los médicos y de los enfermeros, las púerperas tienen consulta hasta 42 días después del parto. Gran parte de todos los profesionales de salud participantes de esta investigación, afirmó que desarrolla acciones de incentivo para la lactancia materna durante el prenatal, en el puerperio, en los 30 primeros días, 6 y 12 meses de vida del niño; 59,3% respondieron que los niños atendidos en la unidad de salud están con el calendario de vacunas al día. La mayoría de los médicos y enfermeros confirmó que los niños reciben, como mínimo, una consulta en su primera semana de vida, pero que, a veces, se realiza una visita domiciliar por parte de esos profesionales; solamente cuando hay la necesidad. Los profesionales, médicos, enfermeros y ACS, reconocen que existe la educación permanente en la unidad de salud donde trabajan; no obstante, 51,9% afirman que, a veces, cuentan con la participación del equipo. Se identificaron varias acciones que corresponden a lo que es preconizado por las políticas públicas de atención a la mujer y al niño. Sin embargo, aún existen fragilidades que señalan la necesidad de ampliar la visión de los profesionales de salud para un mejor planeamiento de esas acciones, adecuándolas a las necesidades de la población materno-infantil atendida en las unidades de salud, con el objetivo de reducir el óbito infantil.

Palabras clave: mortalidad infantil, calidad de la atención de salud, atención perinatal, enfermería pediátrica.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Profissionais selecionados e participantes da pesquisa, segundo função/categoria profissional e Unidade de Saúde. Ribeirão Preto, 2014-2015	31
Tabela 2 -	Participantes do estudo, segundo Unidade de Saúde. Ribeirão Preto, 2014-2015	32
Tabela 3 -	Ações desenvolvidas na atenção às puérperas por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015	35
Tabela 4 -	Cadastros atualizados de crianças da área com até um ano de vida, realizados por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2105	36
Tabela 5 -	Atualização do esquema vacinal de crianças menores de um ano, verificada por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015	37
Tabela 6 -	Verificação da prevalência do aleitamento materno no primeiro ano de vida realizada por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015	38
Tabela 7 -	Atualização do número de adultos por sexo e faixa etária, verificada por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015	39
Tabela 8 -	Ações desenvolvidas para saúde da mulher por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015	39
Tabela 9 -	Reuniões de equipe para discussão e planejamento de ações realizadas por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015	41
Tabela 10 -	Ações de educação permanente para profissionais de saúde nas Unidades de Saúde, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015	42

LISTA DE ABREVEATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AMQ	Instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família.
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS – ad	Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas
CMI	Coeficiente de Mortalidade Infantil
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
CSE	Centro Saúde Escola
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de geografia e estatística
NGA	Núcleo de Gestão Assistencial
ODM	Objetivo do Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PAM	Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas
RIPSA	Rede Interagencial de Informações para a Saúde
RN	Recém-Nascido
SIM	Sistema de Informação sobre mortalidade
SINASC	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SMS – RP	Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TMI	Taxa de Mortalidade Infantil
TMNN	Taxa de Mortalidade Neonatal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas pela Infância
USF	Unidade Saúde da Família
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 Políticas públicas brasileiras de saúde das crianças	14
1.2 Desafios para o Brasil na saúde da criança	17
2 OBJETIVO	21
3 PERCURSO METODOLÓGICO	23
3.1 Tipo de estudo	24
3.2 Local do estudo	25
3.3 Participantes	26
3.4 Coleta e registro dos dados	27
3.5 Análise dos dados	28
3.6 Aspectos éticos	28
4 RESULTADOS	30
4.1 Atenção à gestante	32
4.2 Atenção à puérpera	34
4.3 Atenção ao recém-nascido e à criança até um ano	35
4.4 Atenção à mulher	38
4.5 Unidade de Saúde	41
5 DISCUSSÃO	43
6 CONCLUSÕES	52
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	64
ANEXOS	69

1. INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Tendo em vista o Coeficiente de Mortalidade Infantil (CMI) como indicador capaz de refletir aspectos biológicos da saúde de crianças e sua qualidade de vida, especialmente entre menores de um ano, sua redução é uma das principais metas da atual política para a infância proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (FISHER et al., 2007; UNICEF, 2006; UNICEF, 2009).

Para trabalhar as questões que envolvem a redução da mortalidade infantil, países integrantes da Organização das Nações Unidas (ONU) assumiram compromisso que considera tal redução como uma das Metas do Desenvolvimento do Milênio (ONU, 2000; UNICEF, 2006), com objetivo de alcançar patamares mais dignos de vida para a população; o Brasil é signatário deste compromisso.

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 (VICTORA, 2011a).

Desde então, progressos têm sido observados quanto à cobertura das intervenções de saúde, como atenção ao pré-natal, parto, puerpério, vacinação, entre outras; porém, existem desafios a serem superados quando se trata da qualidade dessas intervenções (VICTORA, 2011a). Estudos recentes apontam a necessidade de rever a qualidade da assistência nos serviços de saúde (SOARES; MENEZES, 2010), assim como o aprimoramento da atenção e a capacitação dos profissionais envolvidos com a saúde da criança (MALTA et al., 2010; MOMBELLI et al., 2012).

1.1 Políticas públicas brasileiras de saúde das crianças

As políticas públicas de saúde materno-infantil desenvolvidas no Brasil buscam atender às necessidades da assistência, principalmente perinatal, com melhoria da qualidade do cuidado ofertado às mulheres e aos recém-nascidos (RN), como também desenvolver ações

intersetoriais, articulando-se os diferentes segmentos da sociedade civil organizada (BRASIL, 2004a; 2004b; 2011).

No ano de 2004, devido ao elevado patamar que o Brasil ocupava comparando-se a países desenvolvidos, foi proposto o Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004a), a fim de reorganizar a atenção e melhorar a qualidade da assistência à gestante, ao RN e o planejamento familiar. O principal objetivo do Pacto é a busca pela articulação entre as diferentes esferas do governo, visando à melhoria da qualidade da atenção materna e neonatal no Brasil. A meta é que a mortalidade materna e infantil reduza 5% anualmente a médio e longo prazo, com vistas a atingir índices considerados aceitáveis pela OMS (BRASIL, 2004a).

Como ações estratégicas tem-se a expansão da atenção básica através das equipes de Saúde da Família; a qualificação e humanização da atenção ao pré-natal e nascimento, assim como à humanização da atenção e o planejamento familiar. Ressalta-se como uma das ações estratégicas do Pacto, a Primeira Semana de Saúde Integral, que contribui para o fortalecimento do vínculo da família com a unidade de saúde, já que propõe o cuidado direcionado ao RN e a puérpera já na primeira semana após o nascimento. Para tanto, serão desenvolvidas ações de avaliação da saúde física e mental da puérpera, avaliação do RN, orientações sobre o aleitamento materno, atualização de vacinas, realização do teste do pezinho, agendamento para a consulta de puericultura e de puerpério, além das orientações de planejamento familiar (BRASIL, 2004a).

Ainda no ano de 2004, com o intuito de reforçar o compromisso com os estados e municípios a fim de construir um pacto a favor da redução da mortalidade infantil e também pela garantia de uma rede de assistência pública que seja integral, qualificada e humanizada em benefício à saúde das crianças do Brasil, e também como ferramenta para o alcance do quarto Objetivo do Desenvolvimento do Milênio (ODM) (ONU, 2000), o Ministério da Saúde institui a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (2004b). Tal documento se coloca como uma orientação para a ação, dos profissionais de saúde, relacionada com o cuidado da criança, almejando o cuidado integral e multiprofissional, que atenda todas as necessidades e direitos dessa população (BRASIL, 2004b).

Para o alcance de seu principal objetivo, essa política propõe linhas de cuidado integral para o funcionamento adequado dos serviços de saúde, assim como para orientar as ações de saúde voltadas à criança, buscando alcançar melhores resultados na assistência dessa

população. Além disso, é uma estratégia para a continuidade do cuidado integral em saúde (BRASIL, 2004b).

A política traz ainda, instrumentos de gestão dos próprios serviços de saúde, como o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o SIS PRENATAL, entre outros, como forma de análise das informações, que se torna imprescindível para o adequado planejamento das ações.

Outra estratégia recente do Ministério da Saúde é a Rede Cegonha, que tem por finalidade a estruturação e organização da atenção à saúde materno-infantil no País. Visa implementar uma rede de cuidados objetivando assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro, assim como ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011c).

Ainda, para prover uma atenção integrada e voltada para os aspectos importantes da saúde infantil, há que se considerar a vigilância de óbitos infantis e sua respectiva investigação, que tem sido considerada como uma das prioridades do Ministério da Saúde (BRASIL, 2009a). A vigilância dos óbitos infantis, por sua vez, contribui para o cumprimento dos compromissos assumidos em defesa da criança, entre eles o 4º ODM, o Pacto de Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2004a) e o Pacto pela Vida (BRASIL, 2006).

Investigar tais mortes configura-se, portanto, em importante estratégia para a redução da mortalidade infantil e neonatal; contribui para a melhoria do registro de óbitos e possibilita que medidas de prevenção desses óbitos sejam adotadas nos serviços de saúde que atendem esta clientela (BRASIL, 2009a).

Sendo assim, a investigação dos óbitos infantis aliada à avaliação da assistência prestada a esta clientela nos serviços de saúde apresenta-se como de extrema importância, uma vez que possibilita a identificação de fortalezas e fragilidades que permitem a manutenção ou adequação necessárias para aprimoramento dos serviços e das ações em saúde.

Após o Estado assumir o compromisso com as crianças do Brasil por meio das políticas públicas, têm-se observado redução dos Coeficientes de Mortalidade Infantil (CMI), uma vez que as ações propostas que visam o benefício da mulher e da criança incidem diretamente nos indicadores de saúde das mesmas, corroborando com o alcance da qualidade da assistência ofertada nos serviços de saúde.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou os resultados do Censo 2010 e apontou que, no período 2000 a 2010, o CMI de crianças menores de um ano caiu de 29,7 para 15,6 por mil nascidos vivos (/1000NV), um decréscimo de 47,6% da taxa

brasileira de mortalidade infantil (IBGE, 2010). De acordo com relatório divulgado pelo Fundo das Nações Unidas pela Infância (UNICEF), apesar de o Brasil ocupar a 120ª posição na tabela de óbitos de menores de cinco anos, é um dos países que tem conseguido reduzir a mortalidade infantil de forma significativa, com queda de 75% para crianças menores de um ano, entre 1990 e 2012. Também apresentou queda a mortalidade neonatal, ainda que menor, de 68% nesse mesmo período (UNICEF, 2013).

Essa queda da mortalidade infantil no país está associada a diversas melhorias nas condições de vida e de atenção à saúde da criança, relacionadas às questões apontadas anteriormente (alimentação, saneamento básico, vacinação e modelo de atenção à saúde) (IBGE, 2010; VICTORA et al., 2011b; PAIM et al., 2011).

Com relação ao modelo de atenção à saúde, é importante considerar a relevância do Programa Saúde da Família, posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), que teve sua implantação em meados da década de 1990 e sua cobertura expandida ao longo dos anos para atingir as áreas mais pobres do país (VICTORA et al., 2011a). A atenção primária passa a partir de então, dentro do sistema de saúde, a ser central, com estabelecimento da territorialização da atenção mediante as equipes de Saúde da Família (PAIM et al., 2011).

As melhorias na saúde de crianças no país evidenciam como o Brasil evoluiu em relação aos sistemas de saúde, às condições de saúde e aos determinantes sociais (VICTORA et al., 2011b), transformando-se em sociedade predominantemente urbana, com taxa de fecundidade reduzida, educação primária universalizada, expectativa de vida ao nascer aumentada em cerca de cinco anos por década (PAIM et al., 2011).

1.2 Desafios para o Brasil na saúde da criança

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 CMI 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 (BRASIL, 2004b) e uma concentração nas regiões e populações mais pobres, refletindo as desigualdades sociais (GEIB et al., 2010; BARROS et al., 2012). Estudo ressalta que as desigualdades regionais das

condições de saúde estão relacionadas com a mortalidade neonatal no Brasil, especialmente devido à falta de acesso aos serviços de saúde voltados para a saúde materna e infantil (OLIVEIRA et al., 2013). 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 (BRASIL, 2004b).

Apesar da melhora da taxa de mortalidade infantil, nacionalmente existem grandes desafios a serem superados, entre eles as desigualdades regionais e as iniquidades relacionadas a grupos sociais específicos, para se aproximar dos níveis das regiões mais desenvolvidas do mundo, com cerca de cinco óbitos para cada mil nascidos vivos (UNICEF, 2008).

É importante ressaltar que os dois componentes da mortalidade infantil (neonatal e pós-neonatal) possuem significados distintos, apesar de apresentarem muitos determinantes socioeconômicos em comum. A mortalidade neonatal precoce (zero a seis dias de vida) relaciona-se, principalmente, às condições da gestação e do nascimento, sendo influenciada por fatores biológicos e assistenciais relativos ao pré-natal, ao parto e à atenção ao RN, exigindo complexa infraestrutura hospitalar e recursos humanos qualificados para sua redução. A mortalidade neonatal tardia (sete a 27 dias de vida) e a mortalidade pós-natal (28 a 364 dias de vida) estão vinculadas mais a fatores socioeconômicos e ambientais, ou seja, às condições de vida da criança (UNICEF, 2006).

Como o CMI 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 (SIMÕES, 2002; UNICEF, 2006; VICTORA et al., 2011a).

Para o estado de São Paulo, os dados da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (RIPSA) demonstram queda; em 2000, a taxa de mortalidade infantil (TMI) era de 17,3 óbitos/1000NV. Já no ano de 2009, era de 12,4 óbitos/1000NV, em 2010 e 2011, a TMI representou 12,0 e 11,6 óbitos/1000NV, respectivamente. Com relação à taxa de mortalidade neonatal (TMNN) precoce, os dados também apontam redução no decorrer desse período. Em 2000, a taxa foi de 8,9 óbitos/1000NV, no ano de 2009 foi de 6,1 óbitos/1000 NV, em 2011 a taxa foi de 5,7 óbitos/1000NV (RIPSA, 2012).

Dados da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto-SP (SMS-RP) demonstram esta redução na série histórica da mortalidade infantil em residentes no município

(RIBEIRÃO PRETO, 2011). No ano de 2000 o CMI era de 12,9 óbitos/1000NV; em 2005, 10,93 óbitos/1000NV e em 2009, o CMI do município foi de 8,65 óbitos/1000NV. Para 2010 e 2011, os valores do CMI foram 9,4 óbitos/1000NV e 9,75 óbitos/1000NV, respectivamente.

No ano de 2012, o CMI apresentou queda, contabilizando 8,6 óbitos/1000NV, e em 2013 observou-se um aumento, com registro de 9,8 óbitos/1000NV (RIBEIRÃO PRETO, 2012), 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/1000NV (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

Porém, a mortalidade neonatal precoce no município, como em muitas localidades do país (VICTORA et al., 2011a), ainda responde por grande parcela dos óbitos ocorridos no primeiro mês de vida. Em 2000, os óbitos nessa faixa etária representaram 56,5% (61) do total de mortes no primeiro ano de vida (108). Para o ano de 2005, foram 64 (77%) óbitos em um total de 83 nessa faixa etária. Em 2009, 75% (51) do total de óbitos em menores de um ano foram de crianças com menos de um mês de vida (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

No que diz respeito aos Coeficientes de Mortalidade Neonatal (CMNN) precoce, o município apresentou variações ao longo do tempo. O CMNN para 2000 foi de 8,48 óbitos/1000NV; em 2005, 8,43 óbitos/1000NV; em 2009, 6,5 óbitos/1000NV; em 2010, 5,2 óbitos/1000NV; em 2011, 6,0 óbitos/1000NV; em 2012 5,0 óbitos/1000NV, mostrando redução ao longo do tempo (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

Dados recentes da SMS-RP apontam que, no ano de 2012, ocorreram 72 mortes de crianças menores de um ano, apresentando um aumento dos óbitos fetais de mães adolescentes e que fazem uso de drogas ilícitas. Esses dados mostram a necessidade de incrementar a qualidade da assistência pré-natal às gestantes e a importância do acompanhamento dessa assistência, principalmente às gestantes de alto risco, considerando que nesse período 22,5% das gestantes não realizaram o pré-natal (RIBEIRÃO PRETO, 2012).

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 (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014). 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 (SANTANA et al., 2011). Ressalta-se que não somente o quantitativo deve ser avaliado, mas também a qualidade da assistência prestada deve ser revista. 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 (FIGUEIREDO et al., 2012).

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 (BARROS et al, 2012; VICTORA et al, 2011a).

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 (pré-natal, parto, puerpério e neonato), vislumbrou-se a necessidade de realizar um estudo buscando avaliar a assistência à criança no município de Ribeirão Preto, a partir das ações para promoção, prevenção e redução da mortalidade infantil, na perspectiva dos profissionais da atenção básica envolvidos na assistência materno-infantil, especificamente dentro do componente atenção à gestante e às crianças menores de um ano de vida.

Como questão de pesquisa tem-se: Quais as ações desenvolvidas, na perspectiva dos profissionais de saúde na atenção básica, para promoção, prevenção e redução da mortalidade infantil? Entende-se que a partir da identificação dessas ações 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.

2. *OBJETIVO*

2 OBJETIVO

Identificar as ações em saúde para redução da mortalidade infantil apontadas pelos profissionais de saúde que atendem gestantes, recém-nascidos e crianças menores de um ano na atenção básica de um município do interior paulista.

3. *PERCURSO METODOLÓGICO*

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo do estudo

Trata-se de estudo transversal, com abordagem quantitativa, inserido no campo da avaliação de serviços de saúde, com aproximação ao componente processo. As avaliações são utilizadas para descobrir como funciona um programa, tratamento, prática ou política (POLIT; BECKLER; HUNGLER, 2011). Pereira (2001) destaca que as investigações sobre serviços de saúde são realizadas objetivando descrever um determinado aspecto do serviço de saúde, seja ele referente à estrutura, ao processo ou aos resultados.

Assim, no presente estudo, o foco esteve centrado nas ações (processo) identificadas e descritas pelos profissionais de saúde que atendem as mulheres no decorrer da gestação, bem como no acompanhamento da saúde de crianças menores de um ano de vida.

O campo da avaliação de serviços de saúde, particularmente abordado no modelo de avaliação proposto por Avedis Donabedian, na década de 60 do século XX, traz os componentes para a avaliação em três categorias: estrutura, processo e resultados.

Quando se trata da *estrutura* refere-se aos insumos ou recursos que foram utilizados na assistência à saúde. O *processo* envolve as atividades ou procedimentos utilizados pelos profissionais de saúde no intuito de transformar os recursos em resultados. Os *resultados* englobam as respostas ou mudanças verificadas nos pacientes, frutos das intervenções de saúde que dizem respeito ao *processo* (DONABEDIAN, 1984).

O presente estudo buscou uma aproximação ao componente *processo* que diz respeito tanto à técnica utilizada para o cumprimento das atividades, quanto às relações interpessoais envolvidas durante a realização de tais atividades. Busca identificar os procedimentos necessários para o manejo dos casos em questão, verificando se realmente foram aplicados da forma como deveriam ser. Para tal, comparam-se os procedimentos descritos com o que está preconizado (DONABEDIAN, 1984). A finalidade desta avaliação é promover uma melhor assistência ao paciente com consequente melhoria no resultado da atenção.

Ao longo da última década, diversos estudos foram realizados com relação à mortalidade infantil no Brasil. Como cenário, têm-se estudos desenvolvidos no município de Ribeirão Preto, em municípios do estado de São Paulo e em outras regiões do país, quer seja avaliando a atenção à saúde materno-infantil, quer seja identificando as causas mais

frequentes de óbitos nessa faixa etária (ALMEIDA, BARROS, 2004; BEZERRA et al., 2007; GOLDANI et al., 2001; JOBIM, AERTS, 2008; LIMA, SOUSA, GRIEP, PRIMO, 2012; MATHIAS, ASSUNÇÃO, SILVA, 2008; NASCIMENTO et al., 2012; SANTANA et al., 2011; SCHOEPS et al., 2007; SOARES, MENEZES, 2010; VANDERLEI et al., 2010; VANDERLEI et al., 2013).

Os vários estudos realizados no país, alguns deles aqui citados, demonstram que a avaliação de serviços de saúde faz-se importante quando consideramos a possibilidade de mudanças nas estratégias de atenção à saúde. Para tanto, se faz necessário lançar mão de métodos úteis que auxiliem os pesquisadores na realização dessas avaliações.

Entende-se que os caminhos para o atendimento com qualidade estão traçados dentro das políticas públicas brasileiras de atenção à saúde materno-infantil. No cotidiano do trabalho, cabe a cada um dos profissionais de saúde, refletir sobre as fortalezas existentes, no sentido de mantê-las e verificar, dentro das dificuldades apresentadas, aquelas passíveis de modificação para redução da mortalidade infantil.

3.2 Local do estudo

O presente estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, SP. Com uma área de 650.955 km², apresenta população estimada para 2013 de 649.556 habitantes (IBGE, 2014). A expectativa de vida ao nascer vem aumentando nas regiões do município em ambos os sexos, em 2005 a expectativa era de 73,5 anos para ambos os sexos (RIBEIRÃO PRETO, 2009).

A rede municipal de saúde é ampla e dispõe de serviços de atenção básica, alta complexidade e atenção especializada. O município conta com quatro Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), vinte e seis Unidades Básicas de Saúde (UBS), quatorze Unidades de Saúde da Família (USF), um Núcleo de Gestão Assistencial (NGA), um Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas (PAM II), um Núcleo de Atenção à Pessoa Deficiente (NADEF), um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, três Ambulatórios de Saúde Mental, dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Atenção Psicossocial de álcool e drogas (CAPS-ad) e um Centro de Referência DST/Aids (RIBEIRÃO PRETO, 2013).

Frente ao crescimento populacional e visando a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, o município organizou a assistência em cinco regiões denominadas Distritos de Saúde, localizados nas regiões Norte, Sul, Leste, Oeste e Central. Esses Distritos de Saúde possuem população definida a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais e agrupam várias Unidades de Saúde e outros equipamentos sociais.

Estudo que objetivou analisar o perfil da mortalidade, nos anos de 2009, 2010 e 2011, de crianças menores de um ano residentes do município de Ribeirão Preto, identificou o Distrito de Saúde e também as unidades de saúde onde ocorreu o maior número de óbitos evitáveis no período estudado. Além disso, identificou-se que a maior parte dos óbitos foi classificada, pelo Comitê de Mortalidade Materna e Infantil do município, como evitáveis a nível pessoal e de assistência primária, mostrando a necessidade de buscar alternativas que viabilizem assistência cada vez mais qualificada a esta clientela (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014).

O presente estudo foi desenvolvido no Distrito de Saúde do município de Ribeirão Preto-SP, identificado com maior número de óbitos ocorridos entre 2009 e 2011, e classificados pelo Comitê de Mortalidade Materno-Infantil da SMS-RP como evitáveis (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014). O Distrito escolhido para o estudo apresenta uma população estimada para o ano de 2010 de 151.218 habitantes, sendo que a faixa etária predominante se encontra dos 20 aos 29 anos para ambos os sexos (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Dentro deste Distrito, foram identificadas oito unidades de saúde como referência de atendimento materno-infantil dos casos investigados pelo referido Comitê. Determinou-se um corte, o que incluiu três unidades de saúde que mais apresentaram óbitos no período (CARETI; SCARPELINI; FURTADO, 2014); estas três unidades de saúde foram o campo de pesquisa para o presente estudo.

3.3 Participantes

Participaram do estudo os profissionais enfermeiros, médicos e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) das unidades de saúde selecionadas, que estão envolvidos diretamente com a atenção à gestante e às crianças menores de um ano. Entende-se o acompanhamento como o atendimento quer seja durante as consultas de Enfermagem e Médica, quer seja nas Visitas

Domiciliares (VD) e demais atendimentos realizados por estes profissionais na unidade de saúde. Duas unidades de saúde possuem Equipe de Saúde da Família e o Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS). Nessas, foram entrevistados os médicos, os enfermeiros e os ACS. A outra unidade de saúde atua como um Centro Saúde Escola (CSE) e foram entrevistados os médicos e os enfermeiros. As três unidades de saúde contam com um total de 14 médicos pediatras e ginecologistas, nove enfermeiros e 41 ACS, totalizando 64 potenciais participantes do estudo.

3.4 Coleta e registro dos dados

Os dados foram coletados entre 25 de setembro e 11 de dezembro de 2014, no próprio local de trabalho dos mesmos, após contato prévio e agendamento. Para tanto, utilizou-se um roteiro semiestruturado, auto aplicado com a presença do investigador, contendo dados sociodemográficos e de formação e de atuação profissional, como também frases assertivas que buscaram identificar as ações desenvolvidas, por cada um desses profissionais, para a redução da mortalidade infantil.

Uma vez que as ações desenvolvidas pelos profissionais apresentam diferenças, foi utilizado um roteiro para médicos e enfermeiros (Anexo I) e um roteiro para ACS (Anexo II). Ambos os roteiros estão baseados na escala de Likert, a qual foram atribuídos valores de 1 (sempre), 2 (às vezes), 3 (nunca), 4 (não sei) e 5 (não se aplica). Instrumentos baseados nessa escala atribuem um escore numérico às respostas das pessoas, ou seja, leva a uma discriminação quantitativa das pessoas em diferentes atitudes, percepções, traços de personalidade, motivos e necessidades. Isso se desenvolve através de afirmações destinadas a expressão de uma atitude perante um determinado assunto (POLIT, BECK, HUNGLER, 2004).

Os roteiros foram elaborados para o presente estudo, com base em frases afirmativas, adaptadas de documentos técnicos do Ministério da Saúde, ambos relativos à atenção básica. O primeiro diz respeito à Portaria Nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprovando a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a ESF e o PACS (BRASIL, 2012a). Na portaria, são apontadas as atribuições de cada profissional de saúde, como também da unidade de saúde, como um todo, para atenção adequada à população.

Outro documento também utilizado na confecção dos roteiros está relacionado à avaliação da Atenção Básica, a partir do Instrumento de Avaliação para Melhoria da Qualidade na Estratégia Saúde da Família (AMQ) (BRASIL, 2005a). Tal instrumento contempla afirmativas sobre o cuidado ofertado no serviço de saúde, quer seja para o adulto, para a criança, ou para a população como um todo.

No presente estudo, foram utilizadas as afirmativas relacionadas ao cuidado da criança menor de um ano e ao cuidado da gestante e da puérpera; estas últimas com adaptações, uma vez que o instrumento AMQ não possui direcionamento específico a esta população.

3.5 Análise dos dados

Após a coleta, os dados tiveram dupla entrada em planilha eletrônica, posteriormente validada. Em seguida, foram processados no *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 22.

Para as variáveis contínuas referentes às características sociodemográficas e de formação e atuação profissional, efetuou-se a análise univariada, com descrição das medidas de tendência central (média, mediana e desvio-padrão); medidas de dispersão (intervalo de confiança e desvio-padrão) e proporção para as variáveis categóricas.

Com relação às variáveis contidas no roteiro e que dizem respeito às ações desenvolvidas na Atenção Básica para a redução da mortalidade infantil, estas foram processadas por categorias (gestante, puérpera e criança), sendo analisada a média da idade dos profissionais e tempo de atuação na unidade de saúde, e frequência relativa e absoluta das respostas às afirmativas.

3.6 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, após anuência da SMS-RP (CAAE nº 33579914.3.0000.5393). Após aprovação, os dados foram coletados. Cabe ressaltar que os sujeitos que aceitaram participar do estudo assinaram duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I e II), ficando com

uma cópia do Termo, sendo devolvida outra ao pesquisador. O sigilo dos dados coletados e o anonimato dos sujeitos foram garantidos, seguindo as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos, aprovadas pela Resolução CNS 466/2012 (BRASIL, 2012b).

4. *RESULTADOS*

5. RESULTADOS

A partir das informações junto à SMS-RP, foram identificados, nas três unidades de saúde, 64 potenciais participantes para o estudo. Destes, 54 (84,4%) aceitaram participar.

Na unidade de saúde 1, cinco não participaram; um estava afastado por motivo de doença e quatro não aceitaram participar. A unidade de saúde 2, houve duas recusas; um profissional estava de férias no período da coleta de dados e um afastado por motivo de doença. Já na unidade de saúde 3, apenas um profissional estava de férias no período da coleta de dados. Ressalta-se aqui, que esta unidade de saúde não possui ACS (tabela 1).

Tabela 1. Profissionais selecionados e participantes da pesquisa, segundo função/categoria profissional e Unidade de Saúde. Ribeirão Preto, 2014/2015.

Profissional	Unidade de Saúde									Total de Profissionais		
	1			2			3			Selecionados	Participantes	
	Total	Aceitaram		Total	Aceitaram		Total	Aceitaram			N	%
		N	%		N	%		N	%			
Médicos	7	3	42,8	3	3	100,0	4	4	100,0	14	10	71,4
Enfermeiros	3	3	42,8	4	4	100,0	2	1	50,0	9	8	89,0
ACS*	20	19	95,0	21	17	81,0	-	-	-	41	36	88,0
Total	30	25	83,3	28	24	85,7	6	5	83,3	64	54	84,4

Nota: * Agente Comunitário de Saúde.

Conforme tabela 2, dos 54 participantes do estudo, a maior parte trabalha na unidade de saúde 1, seguida pela na unidade de saúde 2.

Quanto ao tipo de atendimento das unidades de saúde, 25 (46,3%) participantes pertencem à UBS com PACS, 24 (44,4%) são pertencentes à UBS e cinco (9,3%) à Unidade Saúde da Família (USF).

A maioria (46; 85,2%) dos participantes é do sexo feminino; oito (14,8%) são do sexo masculino. Dentro da categoria profissional médica, metade é ginecologista; a outra metade é composta de pediatras.

Em relação ao tempo de atuação dos profissionais de saúde nas Unidades de Saúde estudadas, a maior parte (70,4%) atua há dez anos ou mais.

Tabela 2. Participantes do estudo, segundo Unidade de Saúde. Ribeirão Preto, 2014-2015.

Unidades de Saúde	Participantes	
	N	%
1	25	46,3
2	24	44,4
3	5	9,3
Total	54	100

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 UBS, 44,4% em outros serviços de saúde, como hospitais particulares e apenas um participante (11,1%) trabalhou tanto em UBS, quanto em UBS com PACS e USF.

Para facilitar a visualização e compreensão dos resultados, os mesmos foram separados por tópicos, conforme os roteiros de coleta de dados, em: Atenção à gestante, Atenção à puerpéra, Atenção ao RN e criança até um ano, Atenção à mulher, e Unidade de Saúde.

4.1 Atenção à gestante

A maioria (94,4%) dos participantes respondeu que as informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas para as gestantes de modo claro e acessível. No tocante à escuta e atenção às gestantes durante todo o período de funcionamento da Unidade de Saúde, 42 (77,8%) profissionais responderam que sempre há escuta, dez (18,5%) às vezes, e dois (3,7%) profissionais, um ACS e um médico pediatra afirmaram não saber se existe escuta às gestantes em seu local de trabalho.

As três Unidades de Saúde realizam grupo de gestante e, muitas vezes, as enfermeiras responsáveis disponibilizam brindes e café da tarde para estimular a participação das gestantes; ainda assim, a participação das mesmas é baixa. Ao responder a afirmação de que a Unidade de Saúde desenvolve o grupo de gestantes, abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério, a maioria dos profissionais—(88,9%) respondeu que sempre é realizado, cinco (9,3%) responderam às vezes e apenas um (1,8%) médico respondeu que este item não se aplica à Unidade de Saúde em que trabalha.

Dos 36 ACS participantes do estudo, 30 (83,3%) responderam que os cadastros das gestantes sempre estão atualizados e seis (16,7%) apontaram que, às vezes, esse cadastro encontra-se atualizado.

No que se refere ao pré-natal, do total de enfermeiros e médicos, apenas sete (39%) responderam que as gestantes sempre têm início precoce ao pré-natal; dez (55,5%) responderam às vezes e, quando questionados, relataram que a causa dessa demora se deve ao fato que algumas gestantes vêm de outro serviço de saúde, tanto particular quanto público, e por isso, a demora em iniciar as consultas de pré-natal. Um (5,5%) médico disse não saber responder a essa informação, pois a sua especialidade é pediatria e não acompanha as consultas de pré-natal da Unidade de Saúde. Ainda no tocante ao pré-natal, oito (44,4%) profissionais responderam que sempre as gestantes têm seis ou mais consultas de pré-natal; oito (44,4%) responderam, para a mesma pergunta, às vezes; um (5,6%) não soube responder e, um (5,6%) respondeu não se aplica; quando questionado, relatou não ser a sua especialidade médica.

Todos os profissionais responderam sobre a busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal, sendo que 42 (77,8%) deles responderam que sempre existe essa busca; dez (18,5%) confirmaram às vezes; um (1,85%) profissional não soube responder e, um (1,85%) respondeu não se aplica. A maioria (86,1%) dos ACS respondeu que sempre são realizadas visitas domiciliares às gestantes faltosas às consultas do pré-natal, enquanto cinco (13,9%) responderam que às vezes são realizadas tais visitas domiciliares.

Em relação às visitas domiciliares (VD), do total de ACS, 23 (63,9%) responderam afirmativamente, sendo realizada, no mínimo, uma visita domiciliar a cada família durante o mês; 13 (36,1%) responderam, para a mesma pergunta, às vezes e, quando questionados, relataram que realizam a VD somente quando existe, mensalmente, a necessidade desta, por exemplo, se a gestante faltar às consultas de pré-natal.

Ainda, durante as VD, a maioria dos ACS respondeu que sempre desenvolvem ações de incentivo ao aleitamento materno; apenas quatro (11,1%) apontaram que, às vezes, desenvolvem tais ações.

Todos os profissionais, responderam à afirmação sobre a unidade de saúde desenvolver ações sistemáticas, coletivas e individuais de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal, sendo que 46 (85,2%) participantes responderam sempre, e oito (14,8%) disseram que tais ações às vezes ocorrem.

4.2 Atenção à Puérpera

Um (1,85%) pediatra não aceitou responder a esse tópico do roteiro, pois referiu não ter conhecimento dessas informações na Unidade de Saúde em que trabalha, por considerar que estão voltadas à especialidade da ginecologia.

No que se refere à disponibilidade de informações sobre o funcionamento do serviço de saúde às puérperas, 85,2% dos profissionais responderam, afirmativamente, que sempre as informações são dadas de forma clara e acessível; seis (11,1%) responderam às vezes; um (1,85%) não soube responder a essa questão; e um (1,85%) dos participantes acrescentou uma resposta ao roteiro, “a maioria das vezes”. Quando questionado sobre esta inclusão, o mesmo referiu que “a maioria das vezes” as informações são dadas às puérperas, e não sempre ou às vezes, respostas que estão contidas nos roteiros.

Com relação ao atendimento direcionado às puérperas, os participantes responderam que existe escuta e atenção às puérperas durante todo o período de funcionamento da Unidade de Saúde, sendo que grande parte, 44 (81,5%) respondeu sempre; sete (13%) às vezes; dois (3,7%) não souberam responder e um (1,85%) acrescentou a opção “a maioria das vezes”. Quanto à atualização dos cadastros das puérperas, 31 (86,1%) ACS responderam que os cadastros estão sempre atualizados e apenas cinco (13,9%) responderam às vezes para este item.

Enfermeiros e médicos relataram que a maior parte das puérperas tem consulta de puerpério até 42 dias após o parto; oito (44,4%) afirmando sempre; sete (38,9%) às vezes; dois (11,1%) não souberam e um (5,6%) acrescentou a opção “a maioria das vezes” no roteiro. Sobre a busca ativa das puérperas faltosas à consulta de puerpério, 27 (75%) ACS confirmaram sempre existir tal atividade, enquanto nove (25%) responderam às vezes para a mesma afirmativa.

Em relação ao desenvolvimento por parte da Unidade de Saúde, de ações sistemáticas, coletivas e individuais voltadas ao aleitamento materno, a maioria dos participantes respondeu sempre acontecer tais ações. O mesmo foi afirmado para o desenvolvimento do grupo de mães com abordagem de temas relativos ao puerpério, autocuidado da mulher, cuidados com RN e familiar (tabela 3).

Ainda, os ACS responderam à afirmativa se, durante as VD, são desenvolvidas ações visando o incentivo ao aleitamento materno. A maioria, 31 (86,1%), respondeu sempre e

apenas cinco (13,9%) responderam que às vezes desenvolvem ações que incentivam o aleitamento materno durante o puerpério.

Tabela 3. Ações desenvolvidas na atenção às puérperas por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015.

Ações	ACS*		Enfermeiros e Médicos		Total	
	N = 36		N = 18		N = 54	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Aleitamento materno						
Sempre	30	83,3	10	55,6	40	74,1
Às vezes	6	16,7	7	38,9	13	24,1
Nunca	-	-	-	-	-	-
Não sei	-	-	-	-	-	-
Não se aplica	-	-	-	-	-	-
“A maioria das vezes”**	-	-	1	5,5	1	1,8
Grupos de mães						
Sempre	30	83,3	4	22,2	34	63,0
Às vezes	6	16,7	8	44,4	14	26,0
Nunca	-	-	4	22,2	4	7,4
Não sei	-	-	1	5,6	1	1,8
Não se aplica	-	-	-	-	-	-
Não respondeu	-	-	1	5,6	1	1,8
Total	36	100,0	18	100,0	54	100,0

Nota: *Agente Comunitário de Saúde; ** item acrescentado por um dos participantes.

4.3 Atenção ao RN e à criança até um ano

A Tabela 4 demonstra como ocorre a atualização dos cadastros de crianças de até um ano de vida nas unidades de saúde investigadas. Observa-se que, para a maioria dos profissionais, estes cadastros estão sempre atualizados.

Tendo em vista a importância da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e imunização da mesma, foi questionado aos ACS se durante as VD, a CSC de crianças até um ano de vida era conferida.

Tabela 4. Cadastros atualizados de crianças da área com até um ano de vida, realizados por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015.

Cadastros atualizados menores de um ano	ACS* N = 36		Enfermeiros e Médicos N = 18		Total N = 54	
	N	%	N	%	N	%
Sempre	33	91,7	10	55,6	43	79,6
Às vezes	3	8,3	2	11,1	5	9,3
Nunca	-	-	-	-	-	-
Não sei	-	-	6	33,3	6	11,1
Não se aplica	-	-	-	-	-	-
Total	36	100,0	18	100,0	54	100,0

Nota: *Agente Comunitário de Saúde

A maioria (80,6%) afirmou que sempre confere as informações sobre a situação vacinal das crianças. Aos médicos e enfermeiros, foi questionado acerca do preenchimento da CSC nas situações de procura por atendimento; 10 (55,6%) afirmaram sempre preencher, seis (33,3%) às vezes e dois (11,1%) não souberam responder.

No tocante ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças com até um ano de vida por enfermeiros e médicos, 16 (89%) destes 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.

Com relação ao esquema vacinal de crianças menores de um ano, a maioria dos profissionais afirmou que este se encontra sempre atualizado (tabela 5).

No que diz respeito às consultas do RN na primeira semana de vida, 13 (72,2%) participantes, entre médicos e enfermeiros, afirmaram que a criança sempre recebe pelo menos uma consulta nessa fase da vida, dois (11,1%) às vezes e três (16,7%) não souberam responder. Ainda em relação às consultas do RN, 12 (66,7%) destes profissionais responderam que os RN sempre recebem duas consultas no seu primeiro mês de vida, dois (11,1%) afirmaram às vezes e quatro (22,2%) responderam não saber sobre essa informação.

Com relação à VD ao RN, realizada por médico ou enfermeiro na primeira semana de vida, nenhum dos participantes afirmou que sempre ocorre tal ação de cuidado; oito (44,4%) responderam às vezes; três (16,7%) nunca; cinco (27,8%) participantes não souberam responder e dois (11,1%) indicaram o item “não se aplica”.

Tabela 5. Atualização do esquema vacinal de crianças menores de um ano, verificada por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015.

Atualização esquema vacinal de crianças < 1 ano	ACS*		Enfermeiros e Médicos		Total	
	N = 36		N = 18		N = 54	
	N	%	N	%	N	%
Sempre	24	66,7	8	44,4	32	59,3
Às vezes	12	33,3	8	44,4	20	37,0
Nunca	-	-	-	-	-	-
Não sei	-	-	2	11,1	2	3,7
Não se aplica	-	-	-	-	-	-
Total	36	100,0	18	100,0	54	100,0

Nota: *Agente Comunitário de Saúde

Quando questionados, alguns participantes disseram que somente existe VD do enfermeiro ou médico em uma situação de emergência.

Nos casos de desidratação infantil, a maior parte (77,8%) dos enfermeiros e médicos confirmou estar habilitada para reconhecer, orientar e intervir. No tocante à abordagem de sinais de perigo/risco das crianças, 13 (72,2%) enfermeiros e médicos afirmaram estabelecerem prioridade de atendimento e acompanhamento para estes casos.

Em relação ao acompanhamento das crianças de até um ano de vida, em situação de risco e/ou vulnerabilidade, 32 (88,9%) ACS responderam que na Unidade de Saúde sempre existe tal acompanhamento; quatro (11,1%) responderam às vezes. A maioria (66,7%) dos enfermeiros e médicos respondeu sempre existir este acompanhamento, quatro (22,2%) às vezes e dois (11,1%) não souberam responder.

Já, no que se refere ao encaminhamento das crianças com até um ano de vida à saúde bucal, do total dos participantes enfermeiros e médicos, oito (44,4%) afirmaram sempre, sete (38,9%) às vezes e três (16,7%) responderam não saber.

A prevalência do aleitamento materno no primeiro ano de vida foi considerada no roteiro de coleta de dados. A tabela 6 demonstra que a maioria dos participantes do estudo verifica tal prevalência, seja durante consulta ou na VD.

Tabela 6. Verificação da prevalência do aleitamento materno no primeiro ano de vida realizada por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015.

Prevalência AME	ACS*		Enfermeiros e Médicos		Total	
	N = 36		N = 18		N = 54	
	N	%	N	%	N	%
Aos 30 dias de vida						
Sempre	33	91,7	11	61,1	44	81,5
Às vezes	3	8,3	1	5,5	4	7,4
Nunca	-	-	1	5,5	1	1,85
Não sei	-	-	4	22,2	4	7,4
Não se aplica	-	-	1	5,5	1	1,85
Aos seis meses de vida						
Sempre	32	88,9	10	55,6	42	77,8
Às vezes	4	11,1	3	16,7	7	13,0
Nunca	-	-	1	5,5	1	1,8
Não sei	-	-	3	16,7	3	5,6
Não se aplica	-	-	1	5,5	1	1,8
Aos 12 meses de vida						
Sempre	29	80,6	7	38,9	36	66,7
Às vezes	7	19,4	6	33,3	13	24,1
Nunca	-	-	1	5,5	1	1,8
Não sei	-	-	3	16,7	3	5,6
Não se aplica	-	-	1	5,5	1	1,8
Total	36	100,0	18	100,0	54	100,0

Nota: *Agente Comunitário de Saúde

Com relação à investigação, pelas equipes de saúde, dos óbitos das crianças atendidas pelas mesmas, sete (38,9%) enfermeiros e médicos responderam sempre realizar tal investigação; três (16,7%) às vezes; um (5,5%) indicou nunca; cinco (27,8%) não souberam e dois (11,1%) optaram pela resposta não se aplica.

4.4 Atenção à Mulher

A Tabela 7 se refere ao registro atualizado do número de adultos da área por sexo e faixa etária; do total de participantes do estudo, a maioria indica que os registros sempre estão atualizados. O único participante que indicou a resposta não se aplica a justificou informando que a Unidade de Saúde em que trabalha está voltada para a área materno-infantil.

Tabela 7. Atualização dos registros do número de adultos por sexo e faixa etária verificada por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015.

Registro de adultos por sexo e faixa etária	ACS*		Enfermeiros e Médicos		Total	
	N = 36		N = 18		N = 54	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sempre	29	80,5	9	50,0	38	70,4
Às vezes	6	16,7	2	11,1	8	14,8
Nunca	-	-	-	-	-	-
Não sei	1	2,8	6	33,3	7	13,0
Não se aplica	-	-	1	5,6	1	1,8
Total	36	100,0	18	100,0	54	100,0

Nota: *Agente Comunitário de Saúde

Quando se trata do acesso das mulheres ao pré-natal de baixo risco, a maioria (83,3%) dos enfermeiros e médicos afirmou que sempre tais ações acontecem nas Unidades de Saúde.

Na Tabela 8, observa-se que a grande maioria dos entrevistados respondeu que a Unidade de Saúde sempre desenvolve ações mensais de planejamento familiar.

Do total dos participantes enfermeiros e médicos, 13 (72,2%) responderam sempre realizar tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) prevalentes, abordando sempre o parceiro, quatro (22,2%) afirmaram às vezes e um (5,6%) não soube responder.

A parceria de ações entre a equipe das unidades de saúde e outros equipamentos sociais (Organizações Não Governamentais, associações, igrejas e movimentos sociais), no sentido de favorecer a saúde da mulher, às vezes acontecem, na afirmação da maioria dos participantes entrevistados.

Tabela 8. Ações desenvolvidas para a saúde da mulher por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015.

Ações	ACS*		Enfermeiros e Médicos		Total	
	N = 36		N = 18		N = 54	
	N	%	N	%	N	%
Planejamento familiar						
Sempre	34	94,4	15	83,3	49	90,7
Às vezes	2	5,6	1	5,6	3	5,6
Nunca	-	-	-	-	-	-
Não sei	-	-	2	11,1	2	3,7
Não se aplica	-	-	-	-	-	-
Atividades educativas (sexualidade/DST/Aids)						
Sempre	26	72,2	8	44,4	34	63,0
Às vezes	9	25,0	7	38,9	16	29,6
Nunca	1	2,8	-	-	1	1,8
Não sei	-	-	3	16,7	3	5,6
Não se aplica	-	-	-	-	-	-
Parceria entre a Unidade de Saúde e equipamentos sociais						
Sempre	10	27,8	1	5,5	11	20,4
Às vezes	18	50,0	8	44,4	26	48,1
Nunca	8	22,2	3	16,7	11	20,4
Não sei	-	-	5	27,8	5	9,3
Não se aplica	-	-	1	5,5	1	1,8
Total	36	100,0	18	100,0	54	100,0

Nota: *Agente Comunitário de Saúde

Sobre o acompanhamento de mulheres em situações de vulnerabilidade, sete (38,9%) enfermeiros e médicos afirmaram que a Unidade de Saúde sempre as acompanha; oito (44,4%) indicaram às vezes e três (16,7%) não souberam responder.

Os ACS responderam que desenvolvem ações educativas e/ou prevenção de violência doméstica; três (8,3%) indicaram sempre; 22 (61,1%) às vezes; 10 (27,8%) nunca e um (2,8%) não soube responder.

4.5 Unidade de Saúde

Um dos ACS participantes do estudo se recusou a responder as informações referentes à Unidade de Saúde; quando questionado o motivo, respondeu que era específico sobre a Unidade de Saúde e não sobre sua função. No tocante à realização de reuniões de equipe para discutir o planejamento de cuidado e avaliar suas ações, a maioria dos participantes respondeu que sempre a Unidade de Saúde realiza reuniões com tal finalidade, conforme Tabela 9.

Tabela 9. Reuniões de equipe para discussão e planejamento de ações realizadas por Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015.

Reuniões de equipe	ACS*		Enfermeiros e Médicos		Total	
	N = 36		N = 18		N = 54	
	N	%	N	%	N	%
Sempre	29	80,5	7	38,9	36	66,7
Às vezes	6	16,7	10	55,5	16	29,6
Nunca	-	-	-	-	-	-
Não sei	-	-	1	5,5	1	1,85
Não se aplica	-	-	-	-	-	-
Não respondeu	1	2,8	-	-	-	-
Total	35	100,0	18	100,0	53	98,2

Nota: *Agente Comunitário de Saúde

Todos os enfermeiros e médicos responderam que existe consultório de enfermagem na Unidade de Saúde. Em relação às ações dos ACS, 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 para tal informação.

No que se refere à educação permanente dos profissionais de saúde, a maioria dos participantes afirma que sempre existem ações de educação permanente. Entretanto, a maioria indica que às vezes há participação da equipe na educação permanente, conforme aponta a tabela 10.

Tabela 10. Ações de educação permanente para profissionais de saúde nas unidades de saúde, segundo Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros e Médicos. Ribeirão Preto, 2014-2015.

Educação Permanente (EP)	ACS*		Enfermeiros e Médicos		Total	
	N = 36		N = 18		N = 54	
	N	%	N	%	N	%
Ações de EP						
Sempre	21	58,3	6	33,3	27	50,0
Às vezes	13	36,1	11	61,1	24	44,4
Nunca	1	2,8	-	-	1	1,85
Não sei	-	-	1	5,5	1	1,9
Não se aplica	-	-	-	-	-	-
Não respondeu	1	2,8	-	-	1	1,85
Participação da equipe na EP						
Sempre	17	47,2	5	27,8	22	40,7
Às vezes	17	47,2	11	61,1	28	51,9
Nunca	1	2,8	-	-	1	1,85
Não sei	-	-	1	5,5	1	1,85
Não se aplica	-	-	1	5,5	1	1,85
Não respondeu	1	2,8	-	-	1	1,85
Total	36	100,0	18	100,0	54	100,0

Nota: *Agente Comunitário de Saúde

5. *DISCUSSÃO*

5 DISCUSSÃO

A qualidade da assistência à saúde ao RN e à gestante repercute diretamente na mortalidade neonatal, sendo a melhoria do pré-natal essencial para um melhor acompanhamento da gestação e sobrevivência de recém-nascidos de baixo peso e alto risco.

A equipe de saúde da UBS deve conhecer sua população de mulheres em idade fértil e que tenham o desejo de engravidar, mesmo antes de a gestante procurar o serviço de saúde, a UBS deve ofertar à população ações destinadas ao cuidado materno e infantil, assim, aumentando o vínculo dos profissionais de saúde, é possível realizar orientações pré concepcionais, detecção precoce da gravidez e o início precoce ao pré-natal, garantindo, pelo menos, seis consultas de pré-natal e a intervenção em possíveis intercorrências que podem ocorrer durante toda a gestação (BRASIL, 2012d).

O início precoce ao pré-natal viabiliza acesso ao diagnóstico precoce de possíveis patologias na gestação que possam ocasionar prejuízo na saúde da mulher e do bebê, além de proporcionar um melhor acompanhamento do desenvolvimento do bebê. O Ministério da Saúde preconiza que o início do pré-natal aconteça até 120 dias de gestação (BRASIL, 2005b). No presente estudo a maioria dos profissionais reconheceu que somente às vezes isso ocorre; outros estudos apontam que a maioria das gestantes tem início precoce ao pré-natal; porém, uma média de 25% das gestantes ainda tem início tardio ao pré-natal (CORREA; BONADIO; TSUNECHIRO, 2011; DOMINGUES et al., 2012).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005b) propõe que sejam realizadas seis consultas ou mais durante o Pré-Natal, o presente estudo mostrou que metade dos profissionais afirmaram que sempre são realizadas seis consultas ou mais, como no estudo de Correa, Bonadio e Tsunechiro (2011); enquanto a outra metade dos profissionais afirmou que às vezes são realizadas esse número de consultas, corroborando com estudo onde a maioria das gestantes teve um PN insatisfatório, mostrando a necessidade de implementar estratégias nos serviços de saúde para melhorar o número de consultas e a vinculação da gestante com a unidade de saúde (POLGLIANE et al., 2014).

Uma das estratégias para melhorar a adesão ao pré-natal é a busca ativa às gestantes faltosas e a maior parte dos profissionais desse estudo respondeu sempre existir. Dentro da busca ativa estão as visitas domiciliares às gestantes faltosas, atividade confirmada pela maioria dos profissionais desse estudo, corroborando estudo (CESAR et al., 2008) que ressalta como essas visitas são importantes não somente para se alcançar um maior número de

consultas de pré-natal, mas também para que a gestante tenha um início precoce ao mesmo e compreenda a importância da realização dos exames solicitados em consulta e também para a participação do acompanhante ou familiar durante as consultas. Ainda no presente estudo, têm-se uma resposta favorável quando se trata de VD, uma vez que os profissionais responderam que sempre é realizada, pelo menos, uma VD a cada família durante o mês. Por isso, a necessidade da atualização do cadastro das gestantes, para um melhor acompanhamento de todo o período gestacional. No presente estudo identificou-se que a maioria dos participantes afirmou que esse cadastro sempre está atualizado, possibilitando a intervenção caso a gestante falte às consultas ou não procure a unidade de saúde.

O grupo de gestantes configura-se como uma ação educativa muito importante para que a gestante possa compreender o processo da gestação, por exemplo, as mudanças no corpo e emocionais, a alimentação saudável, sintomas e sinais de alerta da gravidez, preparação para o parto, cuidado com o RN, entre outras, além das orientações sobre aleitamento materno, cuidado com as mamas, vacinação do RN, teste do pezinho e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, além de ser um espaço propício à troca de experiências entre as gestantes (BRASIL, 2005b).

No presente estudo os profissionais de saúde responderam que sempre é realizado o grupo de gestante. Porém, ao observar as falas, para além das repostas nos roteiros, principalmente dos enfermeiros entrevistados, a participação das gestantes nessas atividades ainda é um desafio para esses profissionais, uma vez que, eles buscam incentivos para que as gestantes participem efetivamente das reuniões mensais, o que nem sempre é alcançado, resultado semelhante a outro estudo (ANVERSA et al., 2012). Estudo de Souza, Roecker, Marcon (2011) identificou nas falas das gestantes de cinco UBS, que as que participavam do grupo estavam mais seguras e menos ansiosas comparadas às demais. Contudo, as autoras destacam que os profissionais ainda precisam de capacitação para realizar essa atividade, refletindo na promoção em saúde, e vincular o atendimento individual com as atividades educativas, promovendo uma maior adesão e vinculação da gestante com a unidade de saúde (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

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 ODM e diversos são os benefícios, tanto para a mãe quanto para o bebê, comprovados cientificamente (BRASIL, 2009). O leite materno possui todos os nutrientes e proteção que o bebê precisa ao nascer, tanto que a amamentação na primeira hora de vida é tida como uma proteção para a mortalidade neonatal (BOCCOLINI et al., 2013). Estudo comprovou que o aleitamento

materno contribui para a redução das taxas de internação por doenças diarreicas em crianças menores de um ano nas Capitais Brasileiras e no Distrito Federal (BOCCOLINI, BOCCOLINI, 2011a) e também tem relação direta com a gravidade do problema, já que crianças que recebem outro tipo de alimento tem aumento na chance de apresentar desidratação.

Outro estudo mostra que, crianças que tiveram aleitamento exclusivo até os seis meses de vida e que continuaram recebendo leite materno até os doze meses de idade apresentaram menos internações por pneumonia, já que o leite materno também evita infecções respiratórias (BOCCOLINI et al., 2011b). Também diminui o risco de desenvolver alergias, já que o bebê não entrará em contato com outro tipo de alimento até os seis meses de vida, diminui o risco de hipertensão, colesterol e diabetes, tanto na criança quanto na mãe, reduz o risco de obesidade e favorece o desenvolvimento da cavidade bucal. Além desses benefícios para a criança, existem diversos benefícios para a mãe, como proteção contra o câncer de mama, ajuda a evitar uma nova gestação e promove o vínculo mãe e filho, com consequente melhora da qualidade de vida, já que mãe e criança felizes proporcionam melhora da relação familiar e a diminuição do risco da criança adoecer reduz a procura por médicos, hospitalizações, que favorecem os gastos e resultam em faltas no trabalho (BRASIL, 2009b).

Ressalta-se, portanto, a importância de abordar esse tema no pré-natal, puerpério, durante as VD e nas consultas, onde são desenvolvidas ações de incentivo ao aleitamento materno, que são de extrema importância para aumento da prevalência e motivação para realizar a amamentação, (BRASIL, 2009b). Obteve-se resposta positiva quanto a essa temática, uma vez que, a grande maioria dos profissionais respondeu que sempre são desenvolvidas tais ações, tanto no pré-natal quanto no puerpério, indo ao encontro dos achados de outros estudos (CRUZ et al., 2010; NASCIMENTO et al., 2013), 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 Rede Amamenta é considerada uma estratégia que visa à promoção, proteção e incentivo à amamentação nas UBS. Nela são designados tutores que tem o papel de capacitar profissionais da Atenção Básica, realizando discussões da prática do aleitamento materno contextualizando com o trabalho da UBS, promovendo ações de promoção, proteção e incentivo ao aleitamento materno. Além disso, o tutor acompanha o desenvolvimento dessas ações e possíveis dificuldades da equipe de saúde (BRASIL, 2011a). Estudo demonstra que a cidade de Ribeirão Preto tem realizado tais ações, como por exemplo, cartazes sobre amamentação, reuniões com profissionais e autoridades de saúde, reuniões com a população

realizadas nas UBS e a Semana Mundial de Aleitamento Materno, onde são realizados eventos para incentivar a amamentação. As autoras afirmam ainda que há um aumento significativo do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida em unidades de saúde que aderiram ao programa, realizando atividades que incentivam a amamentação e verificando a prevalência da mesma, assim é possível identificar os medos e dificuldades que a mãe pode apresentar em todas as etapas do cuidado, desde a gestação, parto e nascimento até no puerpério e cuidado com o RN (PASSANHA et al., 2013).

A qualidade da atenção ao puerpério reflete diretamente na saúde materna e neonatal, por isso a necessidade do retorno da mulher no serviço de saúde, onde além de avaliar a saúde materna, são reforçadas muitas das orientações dadas ainda no pré-natal, além da orientação sobre o planejamento familiar (BRASIL, 2005b; 2012c). Nas unidades de saúde participantes desse estudo, a maior parte das puérperas tem consulta até 42 dias após o parto; porém, uma grande parte dos profissionais reconhece que somente às vezes isso ocorre. Estudos apontam que muitas vezes é priorizado o cuidado com o RN e a amamentação em detrimento da saúde materna (ALMEIDA, TANAKA, 2009; OLIVEIRA, QUIRINO, RODRIGUES, 2012). Serruya, Cecatti e Lago (2004) ressaltam que muitas vezes o parto é o fim do ciclo para a mulher e é onde se inicia o ciclo da criança, e que são necessárias estratégias por parte da unidade de saúde para fortalecer a realização da consulta puerperal.

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, recomendando uma VD e a primeira consulta, ainda na primeira semana de vida do RN (BRASIL, 2012c). Porém, nota-se, nesse estudo, que a VD na primeira semana de vida do RN ocorre somente às vezes, segundo alguns dos participantes, quando há necessidade de atenção especial por parte dos enfermeiros e médicos. No tocante à consulta na primeira semana de vida, a grande maioria dos profissionais respondeu que os RN sempre recebem, pelo menos, uma consulta na sua primeira semana de vida, indo ao encontro com o preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e) e com estudo de Souza et al. (2011).

O Ministério da Saúde propõe que sejam realizadas sete consultas no primeiro ano de vida da criança, sendo assim, uma consulta na primeira semana de vida, no primeiro mês, segundo mês, quarto mês, sexto mês, nono mês e 12º mês, já que são momentos propícios para orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças e das imunizações (BRASIL, 2012e).

A consulta de enfermagem tem papel fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança e do ambiente familiar em que ela vive, onde são

proporcionadas orientações em saúde, de incentivo ao aleitamento materno, da imunização, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, prevenção de acidentes, a higienização, o cuidado com os filhos, além de propiciar uma maior aproximação do enfermeiro com essa família. Estudos identificaram que os enfermeiros reconhecem a importância da consulta de enfermagem no crescimento e desenvolvimento da criança e o trabalho de educação em saúde que realizam na atenção básica, porém ainda buscam maior capacitação para realizar tal atividade (CAMPOS et al., 2011; VIEIRA et al., 2012).

Como instrumento para o acompanhamento e desenvolvimento da criança, a CSC deve sempre ser preenchida em todos os atendimentos da criança para que se tenha um histórico completo da saúde da mesma (BRASIL, 2005c; 2012c). A maioria dos médicos e enfermeiros respondeu, nesse estudo, sempre avaliar e preencher a caderneta da criança em todas as situações de procura por atendimento, o que difere de outros estudos, que demonstram ainda ser insatisfatório o preenchimento da CSC por parte dos profissionais de saúde, que muitas vezes priorizam somente a imunização e os gráficos de crescimento e desenvolvimento. Os autores ressaltam, ainda, a importância da capacitação desses profissionais para um preenchimento adequado (ABUD, GAIVA, 2014; ALVES et al., 2009; FARIA, NOGUEIRA, 2013; GOULART et al., 2008; LINHARES et al., 2012).

Como estratégia do Ministério da Saúde está a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, o AIDPI, que tem por finalidade a redução da mortalidade infantil, através da identificação dos sinais e sintomas que permitam uma rápida intervenção e/ou encaminhamento de acordo com a classificação do quadro. Cabe ao profissional da saúde avaliar a criança durante os atendimentos, realizando exame físico completo e perguntas adequadas visando à classificação dos sinais e sintomas com a fim de conhecer a gravidade do quadro (BRASIL, 2002). Assim, é possível identificar o tratamento apropriado precocemente, como atendimento no serviço de saúde, encaminhamento a hospitais ou ainda, quando o tratamento se der no domicílio, orientar a mãe ou responsável pela criança dos cuidados a serem realizados, tratamento e sinais que indiquem retorno ao serviço de saúde de imediato, além disso, cabe ao profissional em todos os atendimentos a abordagem das doenças prevalentes na infância com intuito de prevenção e para evitar possíveis agravos à saúde da criança (BRASIL, 2002).

Não somente médicos e enfermeiros realizam essa estratégia, mas também os ACS, quando capacitados, de acordo com estudo (VIDAL et al., 2003) realizado na região Nordeste do país, após capacitação 106 ACS, estes foram considerados aptos para realizar a identificação de sinais e sintomas durante as VD, já que, muitas vezes esses sinais não são

percebidos de imediato pela família da criança, assim, sendo possível intervir precocemente, além disso, como possuem um vínculo com as famílias, levam ações de promoção e prevenção das doenças prevalentes na infância.

A maior parte dos participantes do estudo demonstrou que as crianças em situações de risco ou vulnerabilidade são sempre acompanhadas pela unidade de saúde, em contraponto com estudo (LOPES; SANTANDER; MARCON, 2010) que mostra que ainda existem dificuldades no acompanhamento de crianças de risco, apontando 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 (BRASIL, 2004b; 2012e).

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

A investigação de óbitos configura-se como uma estratégia para redução da mortalidade infantil, uma vez que, são investigadas as causas, classificando os óbitos em evitáveis e não evitáveis, quando evitável, identifica-se sua causa a fim de prevenir demais óbitos relacionados. Nesse estudo, a maioria dos profissionais médicos e enfermeiros afirmou que os óbitos das crianças atendidas pela unidade de saúde sempre são investigados; porém, uma grande parte afirma não saber dessa 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 (SANTANA; AQUINO; MEDINA, 2012).

A saúde bucal do bebê deve ser orientada desde o pré-natal, para que se estimule a alimentação saudável, higienização adequada, não somente para o bebê, mas para toda a família, adotando hábitos saudáveis. O Ministério da Saúde recomenda que a primeira consulta ao dentista seja realizada entre o nascimento do primeiro dente, aproximadamente aos seis meses de vida e aos doze meses de idade, além do dentista, todos da equipe de saúde

devem orientar adequadamente a família para ofertar uma saúde bucal às crianças (BRASIL, 2012e). Nesse estudo a maioria dos médicos e enfermeiros respondeu que as crianças até um ano são encaminhadas para acompanhamento da saúde bucal; porém, grande parte reconheceu que somente às vezes isso ocorre.

Um dos objetivos da Rede Cegonha é a redução da mortalidade infantil, através de ações que perpassam pelo pré-natal, parto, puerpério e atenção integral à saúde da criança e da mulher. Vista como uma estratégia pelo Ministério da Saúde, garante à mulher desde o direito ao planejamento reprodutivo à atenção humanizada durante a gestação, parto e puerpério e às crianças; garante, ainda, o direito de nascer em segurança e proporciona o crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b). No componente pré-natal aborda ainda, a prevenção e tratamento das DST/Aids e Hepatites. No presente estudo a maioria dos profissionais respondeu que a unidade de saúde sempre desenvolve atividades educativas que abordam tal tema. Além disso, a maioria dos enfermeiros e médicos participantes do estudo afirmou que realizam tratamento das DST prevalentes sempre abordando o parceiro, uma vez que, DST não tratada está relacionada a abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer e infecção congênita e perinatal (BRASIL, 2012d).

A violência contra a mulher na gravidez apresenta graves riscos para a saúde da mesma e do bebê, tanto a violência física quanto psicológica, acarretando em abortos, baixo peso ao nascer, parto prematuro ou até mesmo em morte materna e fetal (BRASIL, 2012d). Estudo apontou, em seus resultados, que vítimas de violência durante a gestação têm elevado risco para óbito neonatal e pós-neonatal; por isso, a importância de identificar previamente e acompanhar gestantes que possam estar em situações vulneráveis (VIELLAS et al., 2013). O presente estudo apontou que a maioria dos enfermeiros e médicos reconhece que esse acompanhamento acontece às vezes na unidade de saúde. Há também a necessidade de desenvolver ações educativas ou de prevenção à violência doméstica na unidade de saúde e, nesse estudo, a maioria dos ACS afirmou que, somente às vezes, são realizadas tais ações. Estudo ressalta a importância de identificar as gestantes vulneráveis para intervir com ações previamente e reduzir a possibilidade de agravos à saúde materna e infantil (SANTOS et al., 2010).

No presente estudo, identificou-se falha na comunicação entre médicos de diferentes especialidades e enfermeiros/ACS, por exemplo, um médico pediatra relatou não ter nenhum conhecimento da parte de pré-natal, pois, segundo o mesmo, não há interação entre a enfermagem/ACS e médicos de outras especialidades, tendo em vista que essa relação favorece a qualidade da assistência. Estudo aponta que essa comunicação entre os

profissionais colabora com o trabalho em equipe visando o cuidado integral (ARAÚJO; ROCHA, 2007). Pode-se observar esse fato também na participação dos profissionais nas reuniões em equipe e na educação permanente, onde ficou evidenciado pouco envolvimento e interesse nessas atividades, sendo que a maioria dos profissionais, especialmente médicos e enfermeiros, respondeu às vezes participarem das atividades, como reuniões para o planejamento das ações em equipe e na educação permanente, não condizendo com o proposto pelo AMQ (BRASIL, 2005a) e corroborando com estudo de Sarti et al. (2012) .

6. *CONCLUSÕES*

6 CONCLUSÕES

O presente estudo buscou identificar as ações desenvolvidas por profissionais de saúde na atenção à mulher e à criança menor de um ano com vistas à redução da mortalidade infantil, com destaque para a importância de se conhecer o trabalho destes profissionais e identificar se as ações realizadas correspondem àquelas preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Ações como incentivo e apoio ao aleitamento materno surgiram como positivas em todos os momentos de cuidado da mulher, enquanto gestante e também no puerpério; entretanto, houve unidade de saúde onde os profissionais indicaram a não verificação da prevalência do aleitamento materno no decorrer do primeiro ano de vida, como ação que permite trabalhar as questões relativas ao aleitamento materno, conhecendo sua incidência e viabilizando propostas para melhoria desse indicador.

Houve destaque também para o acompanhamento de gestantes e de puérperas, quer seja nas unidades de saúde, quer seja mediante Visitas Domiciliares.

Com relação à saúde das crianças, 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.

As ações voltadas à mulher, como planejamento familiar, abordagem de DST também se mostraram positivas nas unidades de saúde investigadas.

Contudo, o início do pré-natal nem sempre acontece dentro do período preconizado pelas políticas públicas de atenção materno-infantil e a Visita Domiciliar, realizada por enfermeiro e/ou médico, para crianças na primeira semana de vida acontece somente frente a necessidades específicas.

Outro aspecto que chama atenção foi a indicação da maioria dos profissionais de saúde para a pouca participação dos mesmos nos momentos de educação permanente disponibilizados pelas unidades de saúde.

Os resultados apontam que várias ações correspondem ao que é preconizado, mas ainda existem fragilidades, que indicam a necessidade de ampliar a visão dos profissionais de saúde para um planejamento dessas ações, adequando às necessidades da população materno-infantil atendida nas unidades de saúde investigadas.

Apesar de identificar várias ações realizadas pelos profissionais de saúde, muitas delas são independentes, ou seja, não existe planejamento das ações com participação de todos os profissionais envolvidos no cuidado à gestante, ao RN, às crianças menores de um ano e à puérpera, principalmente médicos, pediatras e ginecologistas com o restante da equipe, havendo um rompimento na continuidade do cuidado à saúde materno-infantil.

Concluimos que identificar as ações na atenção primária à saúde 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.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- ABUD, S. M.; GAIVA, M. A. M. Análise do preenchimento dos dados de imunização da caderneta de saúde da criança. **Rev. Eletr. Enferm.**, v.16, n.1, p.61-7, 2014.
- ANVERSA, E. T .R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em Município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 4, p. 789-800, 2012.
- ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Women's perspective in the evaluation of the Program for the Humanization of Antenatal care and childbirth. **Rev. Saúde Públ.**, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.
- ALMEIDA, S. D. M.; BARROS, M.B.A. Atenção à Saúde e Mortalidade Neonatal: estudo caso-controle realizado em Campinas, SP. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 7, n. 1, p. 22-35, 2004.
- ALVES, C. R. L. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p. 583-595, 2009.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 455-467, 2007.
- BARROS, A. J. D. et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. **Lancet**, v. 379, n. 9822, p. 1225–1233, 2012.
- BEZERRA FILHO, J. G. et al. Distribuição espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceará, Brasil, no período 2000-2002. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p.1173-1185, 2007.
- BOCCOLINI, C. S.; BOCCOLINI, P. M. M. Relação entre aleitamento materno e internação por doenças diarreicas nas crianças com menos de um ano de vida nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 20, n. 1, p. 19-26, 2011a.
- BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. **J. Pediatr.**, v. 87, n. 5, p. 399-404, 2011b.

BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. **J. Pediatrics**, v. 89, p. 131-136, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI: Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância**. Série F. Comunicação e Educação em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. 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, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Caderno nº 5. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual para utilização da Caderneta da Criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais para os pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão**/Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Coordenação de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do óbito infantil e fetal e do comitê de prevenção do óbito infantil e fetal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Nutrição infantil. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar**. Caderno de atenção básica nº 23. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Portaria nº1.459 de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito no SUS, **A Rede Cegonha**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 24 jun 2015. (Brasil, 2011b).

_____. Portaria nº 650 de 05 de outubro de 2011. **Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2011/prt0650_05_10_2011.html. Acesso em 16 jul 2012. (Brasil, 2011c).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** /Ministério da Saúde. Secretaria de Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.110 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. 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, v.1, 2ªed, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Série A: Normas e Manuais Técnicos. Caderno de atenção básica nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Caderno de Atenção Básica, nº 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e.

CAMPOS, R. M. C. et al. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 3, p. 566-574, 2011.

CARETI, C. M.; SCARPELINI, A. H. P.; FURTADO, M. C. C. Perfil da mortalidade infantil a partir da investigação de óbitos. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 352-360, 2014.

CESAR, J. A. et al. Diferentes estratégias de visita domiciliar e seus efeitos sobre a assistência pré-natal no extremo Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 11, p. 2614-2622, 2008.

CORREA, C. R. H.; BONADIO, I. C.; TSUNECHIRO, M. A. Avaliação normativa do pré-natal em uma maternidade filantrópica de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 45, n. 6, p. 1293-1300, 2011.

CRUZ, S. H. et al. Orientações sobre amamentação: a vantagem do Programa de Saúde da Família em municípios gaúchos com mais de 100.000 habitantes no âmbito do PROESF. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 13, n. 2, p. 259-267, 2010.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 425-437, 2012.

DONABEDIAN, A. **La calidad de la atención médica**: definición y métodos de evaluación. México: Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana, 1984.

FARIA, M.; NOGUEIRA, T.A. Avaliação do uso da caderneta de saúde da criança nas unidades básicas de saúde em um município de Minas Gerais. **Rev. Bras. Ciênc. Saúde**, v. 38, p. 8-15, 2013.

FIGUEIREDO, P. P. et al. Mortalidade infantil e pré-natal: contribuições da clínica à luz de Canguilhem e Foucault. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p.201-210, 2012.

FISCHER, T. K. et al. A mortalidade infantil no Brasil: série histórica entre 1994-2004 e associação com indicadores socioeconômicos em municípios e médio e grande porte. **Medicina**, v. 40, n. 4, p.559-566, 2007.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação Mundial da infância 2008 - Caderno Brasil**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/cadernobrasil2008.pdf>. Acesso em 16 jul 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Situação da infância brasileira 2009**. Disponível em www.unicef.org.br. Acesso em 16 jul 2012.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). **Committing to child survival: a promise renewed**. Progress report 2013. Disponível em:

http://www.unicef.org/publications/files/APR_Progress_Report_2013_9_Sept_2013.pdf

Acesso em: 14 fev 2014.

GEIB, L. T. C. et al. Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p.363-370, 2010.

GOLDANI, M. Z. et al. Infant mortality rates according to socioeconomic status in a Brazilian city. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 3, p.256-261, 2001.

GOULART, L. M. H. F. et al. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. **Rev. Paul Pediatría**, v. 62, n. 2, p. 106-12, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em 08 ago 2012.

JOBIM, R.; AERTS, D. Mortalidade infantil evitável e fatores associados em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2000-2003. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 179-187, 2008.

LIMA, E. F.A. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal no município de Serra, Espírito Santo. **Rev. Bras. Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 578-585, 2012.

LINHARES, A. O. et al. Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a Caderneta de Saúde da Criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. **Rev. da AMRIGS**, v. 56, n. 3, p. 245-250, 2012.

LOPES, M. C. L.; SANTANDER, C. A.; MARCON, S. S. Acompanhamento dos recém-nascidos de risco de uma Unidade Básica de Saúde de Maringá – PR. **Rev. Rene**, v. 11, n. 1, p. 114-124, 2010.

MALTA, D. C. et al. 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**, v. 26, n. 3, p. 481-491, 2010.

MATHIAS, T. A. F.; ASSUNÇÃO, N. A.; SILVA, G. F. Óbitos infantis investigados pelo Comitê de Prevenção da Mortalidade Infantil em região do Estado do Paraná. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 42, n. 3, p. 445-453, 2008.

MOMBELLI, M. A. et al. Fatores de risco para mortalidade infantil em municípios do Estado do Paraná, de 1997 a 2008. **Rev. Paulista de Pediatr.**, v. 30, n. 2, p. 187-194, 2012.

NASCIMENTO, R. M. et al. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v. 28, n. 3, p. 559-572, 2012.

NASCIMENTO, V. C. et al. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio amamentar. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 13, n. 2, p. 147-159, 2013.

OLIVEIRA, G. S et al. Desigualdade espacial da mortalidade neonatal no Brasil: 2006 a 2010. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 18, n. 8, p. 2431-2441, 2013.

OLIVEIRA, J. F. B.; QUIRINO, G. S.; RODRIGUES, D. P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Rev. Rene**, v. 13, n. 1, p. 74-84, 2012.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração do Milênio das Nações Unidas. 2000.** Disponível em: <http://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>. Acesso em: 10 jul 2012.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PASSANHA, A. et al. Implementation of the Brazilian Breastfeeding Network and prevalence of exclusive breastfeeding. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 6, p. 1-8, 2013.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática.** 6ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PEREIRA, J. C. R. **Análise de dados qualitativos: estratégias metodológicas para as ciências em saúde, humanas e sociais.** Edusp, 3 ed., São Paulo, 2004.

POLGLIANE, R. B. S. et al. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e da Organização Mundial da Saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 7, p. 1999-2010, 2014.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** Trad. Denise R. de Sales. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE – RIPSa. Brasília: Ministério da Saúde. **Indicadores e dados básicos-Brasil-2012**. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2012/matriz.htm>. Acesso em: 04 fev 2014.

SANTANA, I. P. et al. Aspectos da mortalidade infantil, conforme informações da investigação do óbito. **Acta Paul Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 556-562, 2011.

SANTANA, M.; AQUINO, R.; MEDINA, M. G. Efeito da Estratégia Saúde da Família na vigilância de óbitos infantis. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 59-67, 2012.

SANTOS, S. A. et al. Violência doméstica durante a gestação: um estudo descritivo em uma Unidade Básica de Saúde do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Colet.**, v. 18, n. 4, p. 483-493, 2010.

SARTI, T. D. et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 537-548, 2012.

SCHOEPS, D. et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 1013-1022, 2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Ribeirão Preto. **Plano municipal de saúde: período 2014-2017**. Ribeirão Preto, 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Ribeirão Preto. Comitê de Mortalidade Materno Infantil. **Dados Gerais**. Disponível em: http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/comissao/comite/c-mm-infantil/c-dados_gerais.pdf. Acesso em: 07 nov 2013.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Ribeirão Preto. **Estatísticas vitais. Óbitos**. Disponível em <http://www.coderp.com.br/cgi-bin/dh?tabnet26/sim/obit2000.def>. Acesso em: 04 fev 2014.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. Ribeirão Preto. **Estatísticas vitais. Nascimentos**. Disponível em <http://www.coderp.com.br/cgi-bin/dh?tabnet26/sinasc/nasc2000.def>. Acesso em 04 fev 2014.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério de Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SIMÕES, C. C. S. **Perfis de saúde e mortalidade no Brasil**: uma análise de seus condicionantes em grupos populacionais específicos. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 141 p.

SOARES, E. S.; MENEZES, G. M. S. Fatores associados à mortalidade neonatal precoce: análise de situação no nível local. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 19, n. 1, p. 51-60, 2010.

SOUZA, M. H. N. do et al. Estratégia acolhimento mãe – bebê: aspectos relacionados à clientela atendida em uma unidade básica de saúde do Município do Rio de Janeiro. **Esc. Anna Nery**, v. 15, n. 4, p. 671-677, 2011.

SOUZA, V. B.; ROECKER, S.; MARCON, S. S. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá – PR. **Rev. Eletr. Enferm.**, v. 13, n. 2, p. 199-210, 2011.

VANDERLEI, L. C. M. et al. Avaliação de preditores do óbito neonatal em uma série histórica de nascidos vivos no Nordeste brasileiro. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 10, n. 4, p. 449-458, 2010.

_____. Mortalidade infantil evitável e barreiras de acesso à atenção básica no Recife, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 47, n. 2, p. 379-389, 2013.

VICTORA, C. G. et al. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. **Lancet**, v. 377, n. 9780, p. 1863-1876, 2011(a).

_____. Health conditions and health-policy innovations in Brazil: the way forward. **Lancet**, v. 377, n. 9782, p. 2042-2053, 2011(b).

VIDAL, S. A. et al. Avaliação da aplicação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) por Agentes Comunitários de Saúde. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, v. 3, n. 2, p. 205-213, 2003.

VIEIRA, V. C. L. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enferm.**, v. 17, n. 1, p. 119-125, 2012.

VIELLAS, E. F. et al. Factors associated with physical aggression in pregnant women and adverse outcomes for the newborn. **J. Pediatr.**, v. 89, n. 1, p. 83-90, 2013.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Médicos, Enfermeiros

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada: “*Mortalidade Infantil: ações em saúde na atenção básica para redução de óbitos*”. Essa pesquisa está sendo realizada por mim, Camila Marques Careti, sob a orientação de Maria Cândida de Carvalho Furtado. Tem como objetivo identificar as ações em saúde para redução da mortalidade infantil apontadas pelos profissionais de saúde que atendem gestantes, recém-nascidos e crianças menores de um ano na atenção básica de um município do interior paulista. O presente estudo se justifica, pois entendemos que a partir da identificação dessas ações é 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.

Precisamos de sua disponibilidade de tempo para responder a uma entrevista, realizada em seu local de trabalho, com data e horário previamente agendados. Contamos com sua participação para responder a um roteiro semiestruturado sobre as ações desenvolvidas por você e que visam à redução da mortalidade infantil. Este roteiro contém 39 afirmações, incluindo informações sobre sua função na unidade de saúde e informações relacionadas à própria unidade de saúde, dentro das dimensões organizacionais e de desempenho. Cada resposta será assinalada no próprio roteiro e o tempo para respondê-lo é de 30 minutos. Garantimos a você que seu nome não será identificado em hipótese alguma, que sua participação envolve riscos mínimos relacionados à eventual desconforto emocional ao responder as afirmativas e, caso isso ocorra, fique à vontade para interromper suas respostas. Você poderá conversar comigo (Camila) sobre o seu desconforto. Fica assegurado que o(a) senhor(a) tem direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Ressaltamos que os benefícios de sua participação estão relacionados aos resultados fornecerem caminhos para a melhoria da atenção à criança.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP), que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes da pesquisa, após anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Este Comitê funciona das 8 às 17h, de segunda a sexta-feira, no endereço que consta ao final deste Termo.

Ressaltamos que você pode concordar ou não em participar da pesquisa, não irá prejudicar suas atividades profissionais em seu serviço de saúde e que você poderá, em qualquer momento, desistir da pesquisa. Também destacamos que você não terá custos em dinheiro ou receberá algum valor em dinheiro para participar da pesquisa. Você receberá uma via desse Termo assinada pelo pesquisador principal e os resultados da pesquisa serão publicados por meio de artigos científicos. Contamos com sua colaboração e agradecemos antecipadamente. Se necessário, entrar em contato.

Eu _____, RG _____, fui informada(o) sobre o objetivo da pesquisa de modo claro e detalhado. Recebi informação a respeito de como os dados serão coletados. Sei que em qualquer momento eu poderei pedir novas informações no telefone ou endereço abaixo e modificar minha decisão se assim eu desejar. Eu fui igualmente informada(o) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos de coleta de dados, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, da garantia de que não serei identificada(o) quando os resultados forem divulgados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos, vinculados ao presente projeto de pesquisa. Estou ciente que receberei uma via desse Termo assinada pelo pesquisador principal.

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

/ /
Data

Camila Marques Careti

Enfermeira. COREN-SP 357.165

Pesquisadora principal

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Av. Bandeirantes, 3.900, Bloco dos Laboratórios, sala 21.

Telefone (0XX16) 3602 0542. E-mail: camila.careti@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Av. Bandeirantes, 3.900 – telefone: (0XX16) 3602 3386

APÊNDICE 2

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada: “*Mortalidade Infantil: ações em saúde na atenção básica para redução de óbitos*”. Essa pesquisa está sendo realizada por mim, Camila Marques Careti, sob a orientação de Maria Cândida de Carvalho Furtado. Tem como objetivo identificar as ações em saúde para redução da mortalidade infantil apontadas pelos profissionais de saúde que atendem gestantes, recém-nascidos e crianças menores de um ano na atenção básica de um município do interior paulista. O presente estudo se justifica, pois entendemos que a partir da identificação dessas ações é 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.

Precisamos de sua disponibilidade de tempo para responder a uma entrevista, realizada em seu local de trabalho, com data e horário previamente agendados. Contamos com sua participação para responder a um roteiro semiestruturado sobre as ações desenvolvidas por você e que visam à redução da mortalidade infantil. Este roteiro contém 32 afirmações, incluindo informações sobre sua função na unidade de saúde e informações relacionadas à própria unidade de saúde, dentro das dimensões organizacionais e de desempenho. Cada resposta será assinalada no próprio roteiro e o tempo para respondê-lo é de 30 minutos. Garantimos a você que seu nome não será identificado em hipótese alguma, que sua participação envolve riscos mínimos relacionados à eventual desconforto emocional ao responder as afirmativas e, caso isso ocorra, fique à vontade para interromper suas respostas. Você poderá conversar comigo (Camila) sobre o seu desconforto. Fica assegurado que o(a) senhor(a) tem direito à indenização caso ocorra dano decorrente de sua participação na pesquisa, por parte do pesquisador e das instituições envolvidas nas diferentes fases da pesquisa. Ressaltamos que os benefícios de sua participação estão relacionados aos resultados fornecerem caminhos para a melhoria da atenção à criança.

Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP), que tem a finalidade de proteger eticamente os participantes da pesquisa, após anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Este Comitê funciona das 8 às 17h, de segunda a sexta-feira, no endereço que consta ao final deste Termo.

Ressaltamos que você pode concordar ou não em participar da pesquisa, não irá prejudicar suas atividades profissionais em seu serviço de saúde e que você poderá, em qualquer momento, desistir da pesquisa. Também destacamos que você não terá custos em dinheiro ou receberá algum valor em dinheiro para participar da pesquisa. Você receberá uma via desse Termo assinada pelo

pesquisador principal e os resultados da pesquisa serão publicados por meio de artigos científicos. Contamos com sua colaboração e agradecemos antecipadamente. Se necessário, entrar em contato.

Eu _____, RG _____, fui informada(o) sobre o objetivo da pesquisa de modo claro e detalhado. Recebi informação a respeito de como os dados serão coletados. Sei que em qualquer momento eu poderei pedir novas informações no telefone ou endereço abaixo e modificar minha decisão se assim eu desejar. Eu fui igualmente informada(o) da garantia de receber resposta a qualquer dúvida sobre os procedimentos de coleta de dados, da liberdade de tirar meu consentimento, a qualquer momento, da garantia de que não serei identificada(o) quando os resultados forem divulgados e que as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos, vinculados ao presente projeto de pesquisa. Estou ciente que receberei uma via desse Termo assinada pelo pesquisador principal.

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Data

Camila Marques Careti

Enfermeira. COREN-SP 357.165

Pesquisadora principal

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Av. Bandeirantes, 3.900, Bloco dos Laboratórios, sala 21.

Telefone (0XX16) 3602 0542. E-mail: camila.careti@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Av. Bandeirantes, 3.900 – telefone: (0XX16) 3602 3386

ANEXOS

ANEXO 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Enfermeiro/Médico

Data da coleta: ____/____/2014		Nº _____
Unidade de Saúde: _____ () USF () UBS () UBS com PACS		
Idade: ____ anos	Sexo: () M () F	Ano de Graduação: _____
Profissão: () Enfermeiro () Médico – [() Pediatra () Ginecologista]		
Tempo de trabalho na Unidade de Saúde: ____ ano(s)		
Outro emprego: () N () S	Se sim: () UBS () USF () UBS com PACS	

Atenção à gestante

1. As informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas às gestantes de maneira clara e acessível.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
2. Existe escuta e atenção às gestantes durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
3. A unidade de saúde desenvolve grupo de gestante, abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
4. A unidade de saúde desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
5. As gestantes tem início precoce do pré-natal.				

(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
6. As gestantes tem 6 (seis) ou mais consultas de pré-natal.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
7. Existe busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica

Atenção à puérpera

1. As informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas às puérperas de maneira clara e acessível.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
2. Existe escuta e atenção às puérperas durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
3. A maior parte das puérperas tem consulta de puerpério realizada até 42 dias após o parto.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
4. A unidade de saúde desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de incentivo ao aleitamento materno no puerpério.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
5. A unidade de saúde desenvolve grupo de mães, abordando temas relativos ao puerpério, autocuidado da mulher, cuidados com o recém-nascido, planejamento familiar.				

(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
------------	--------------	-----------	-------------	-------------------

Atenção ao Recém-nascido / Criança com até um ano

1. Existe registro atualizado do número de crianças até 1 (um) ano de vida na unidade de saúde.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
2. O cartão ou caderneta da criança é avaliado e preenchido em todas as situações de procura por atendimento.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
3. Crianças da área com até 1 (um) ano de vida estão em acompanhamento de crescimento e desenvolvimento.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
4. Crianças da área com até 1 (um) ano de vida estão com esquema de vacinação em dia.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
5. Recém-nascidos recebem, pelo menos, uma consulta na sua primeira semana de vida.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
6. Recém-nascidos recebem visita domiciliar do médico ou do enfermeiro na sua primeira semana de vida.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
7. Recém-nascidos recebem duas consultas no seu primeiro mês de vida.				

(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
8. A prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 30 dias é verificada.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
9. A prevalência do aleitamento materno exclusivo aos seis meses é verificada.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
10. A prevalência do aleitamento materno aos 12 meses é verificada.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
11. Médicos e enfermeiros estão habilitados para reconhecer, orientar e intervir em casos de desidratação infantil.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
12. Médicos e enfermeiros realizam abordagem de sinais de perigo/risco nas crianças de até um ano trazidas para atendimento nessa unidade, estabelecendo prioridade de atendimento e acompanhamento.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
13. Crianças com até um ano, em situações vulneráveis, são acompanhadas pela unidade de saúde.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
14. Crianças com até um ano são encaminhada para acompanhamento da saúde bucal.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
15. Todos os óbitos de crianças atendidas nessa unidade de saúde são investigados pela equipe de saúde.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se

				aplica
--	--	--	--	--------

Atenção à mulher

1. Há registro atualizado do número de adultos da área por sexo e faixa etária.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
2. Existe acesso da população ao pré-natal de baixo risco.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
3. A unidade de saúde desenvolve ações mensais de planejamento familiar.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
4. A unidade de saúde desenvolve atividades educativas, abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
5. Os profissionais realizam o tratamento das DST prevalentes abordando sempre o (a) parceiro (a).				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
6. Mulheres em situações de vulnerabilidade são acompanhadas pela unidade de saúde.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
7. A equipe planeja, executa e acompanha as ações, para a saúde da mulher, em parceria e/ou articulação informal com ONG, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica

Unidade de Saúde

1. A unidade de saúde realiza reuniões de equipe para discutir o planejamento e avaliar suas ações.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
2. A unidade de saúde possui consultório de enfermagem.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
3. As ações dos Agentes Comunitários de Saúde são planejadas, gerenciadas e avaliadas pelo enfermeiro em conjunto com a equipe.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
4. Há educação permanente dos profissionais de saúde.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
5. Há participação dos profissionais de saúde nas ações de educação permanente.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica

ANEXO 2

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Data da coleta: ____/____/2014		Nº _____
Unidade de Saúde: _____ () USF () UBS () UBS com PACS		
Idade: ____ anos	Sexo: () M () F	
Tempo de atuação como ACS: _____ anos		
Tempo de trabalho na Unidade de Saúde: ____ ano(s)		

Atenção à gestante

1. As informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas às gestantes de maneira clara e acessível.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
2. Os cadastros das gestantes estão atualizados.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
3. Existe busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
4. São realizadas visitas domiciliares às gestantes faltosas às consultas de pré-natal.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
5. É realizada, no mínimo, uma visita domiciliar a cada família durante o mês.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
6. Durante as visitas domiciliares, são desenvolvidas ações de incentivo ao				

aleitamento materno.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
7. Existe escuta e atenção às gestantes durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
8. A unidade de saúde desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de incentivo ao aleitamento materno no pré-natal.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
9. A unidade de saúde desenvolve grupo de gestante, abordando temas relativos à gravidez, parto e puerpério.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica

Atenção à puérpera

1. As informações sobre o funcionamento do serviço são disponibilizadas às puérperas de maneira clara e acessível.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
2. Existe busca ativa da puérpera faltosa da consulta de puerpério.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
3. Durante as visitas domiciliares, são desenvolvidas ações de incentivo ao aleitamento materno.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
4. Os cadastros de todas as puérperas estão atualizados.				

(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
5. Existe escuta e atenção às puérperas durante todo o período de funcionamento da unidade de saúde.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
6. A unidade de saúde desenvolve ações sistemáticas, coletivas e individuais, de incentivo ao aleitamento materno no puerpério.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
7. A unidade de saúde desenvolve grupo de mães, abordando temas relativos ao puerpério, autocuidado da mulher, cuidados com o recém-nascido, planejamento familiar.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica

Atenção ao Recém-Nascido / Criança com até um ano

1. Existe registro atualizado de crianças até 1 (um) ano de vida.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
2. Durante as Visitas Domiciliares, o cartão da criança de até 1 (um) ano de vida é conferido.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
3. Crianças com até 1 (um) ano de vida estão com esquema de vacinação em dia.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
4. A prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 30 dias é verificada, durante as Visitas Domiciliares.				

(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
5. A prevalência do aleitamento materno exclusivo aos 6 meses é verificada, durante as Visitas Domiciliares.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
6. A prevalência do aleitamento materno aos 12 meses é verificada durante as Visitas Domiciliares.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
7. Crianças com até um ano, em situação de risco, são acompanhadas pela unidade de saúde.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
8. A equipe planeja, executa e acompanha as ações, para a saúde da criança, em parceria e/ou articulação informal com ONG, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica

Atenção à mulher

1. Há registro atualizado dos adultos da área por sexo e faixa etária.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
2. A equipe planeja, executa e acompanha as ações, para a saúde da mulher, em parceria e/ou articulação informal com ONG, associações, conselhos, igrejas e movimentos sociais.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica

3. A unidade de saúde desenvolve atividades educativas, abordando conteúdos de sexualidade e prevenção de DST/AIDS.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
4. A unidade de saúde desenvolve ações mensais de planejamento familiar.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
5. A unidade de saúde desenvolve ações educativas e/ou de prevenção quanto à violência doméstica.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica

Unidade de Saúde

1. A unidade de saúde realiza reuniões de equipe para discutir o planejamento e avaliar suas ações.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
2. Há educação permanente dos profissionais de saúde.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica
3. Há participação dos profissionais (enfermeiros, médicos e ACS) na Educação Permanente.				
(1) sempre	(2) às vezes	(3) nunca	(4) não sei	(5) não se aplica

ANEXO 3

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

Of. nº 2854/14
CAAP-fcp

Ribeirão Preto, 11 de julho de 2014.

Ilmo

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Prezada Orientadora,
Profª. Drª. Maria Cândida de Carvalho Furtado
Prezada pesquisadora
Camila Marques Careti

A Diretora do Departamento de Atenção à Saúde das Pessoas – **Ilka Barbosa Pegoraro**, a Coordenadora do Programa de Estratégia Saúde da Família – **Maria Alice de Freitas Colli Oliveira**, o Gerente do CSE Ipiranga – **Dr. Max Lima**, bem como o membro desta Comissão - **Jane Aparecida Cristina**; manifestaram a **concordância** para a coleta de dados do projeto de pesquisa **“MORTALIDADE INFANTIL: AÇÕES EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA PARA REDUÇÃO DE ÓBITOS”**, nas dependências desta Secretaria da Saúde.

Como o seu campo de pesquisa se trata de Unidades de Saúde, ressaltamos que vossa senhoria se apresente à coordenação destas com antecedência para agendamento da pesquisa, tendo em vista às rotinas destes estabelecimentos de saúde, e que ao término do estudo seja disponibilizada uma cópia a área Programática.

Conforme despachos no Processo Administrativo 02 2014 020334 2.

Informo que a pesquisa está autorizada, porém a coleta dos dados e Ofício de Coparticipação acontecerá quando vossa senhoria obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Cordialmente,

Amanda Cristina Padua
CRB - 8/8108

Apoiadora da COMISSÃO DE AVALIAÇÃO PROJETOS PESQUISA
Secretaria Municipal da Saúde

ANEXO 4

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 161/2014

Ribeirão Preto, 17 de setembro de 2014.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 17 de setembro de 2014.

Protocolo CAAE: 33579914.3.0000.5393

Projeto: Mortalidade infantil: ações em saúde na atenção básica para redução de óbitos.

Pesquisadores: Maria Candida de Carvalho Furtado
Camila Marques Careti

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Angelita Maria Stabile
Vice-Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Maria Candida de Carvalho Furtado
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP