

# JNT-FACIT BUSINESS AND TECHNOLOGY JOURNAL - ISSN: 2526-4281 QUALIS B1



## **ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PROL DA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL**

### **PRIMARY CARE STRATEGIES TOWARDS REDUCING CHILD MORTALITY IN BRAZIL**

**Gessilene de Araújo Santos OLIVEIRA**  
Instituto Educacional de Santa Catarina / Faculdade Guaraí  
(IESC-FAG)  
E-mail: gessilene.araujo@hotmail.com

**Giullia Bianca Ferraciolli do COUTO**  
Instituto Educacional de Santa Catarina / Faculdade Guaraí  
(IESC-FAG)  
E-mail: giulliabianca@hotmail.com

**Reobbe Aguiar PEREIRA**  
Instituto Educacional de Santa Catarina / Faculdade Guaraí  
(IESC-FAG)  
E-mail: enfreobbe@gmail.com

**Glaucya Wanderley Santos MARKUS**  
Instituto Educacional de Santa Catarina / Faculdade Guaraí  
(IESC-FAG)  
E-mail: laucyamarkus@outlook.com



## RESUMO

No âmbito da saúde da infantil, foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 1.130 de 05 de agosto de 2015 a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), no qual determina objetivamente os eixos norteadores de ações que constitui a atenção absoluta à saúde da criança desde o desenvolvimento intrauterino, sendo um dos principais objetivos estabelecidos, à redução da mortalidade materno-fetal e morbidade e mortalidade infantil. Diante do exposto, o presente trabalho objetivou-se em descrever as estratégias da Atenção Primária na Saúde (APS) em prol da redução da mortalidade infantil. No Brasil, houve uma significativa redução da taxa de mortalidade infantil entre o período de 1990 e 2012, no qual diminuíram de 47,1 óbitos/1.000 nascidos vivos para 14,6 óbitos/1.000 nascidos vivos. Entre outros significados, tais resultados demonstram diminuição de desigualdade social e melhoria na qualidade de vida da população. A introdução de políticas públicas objetivando a redução da TMI vem ocorrendo há muito tempo, o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994, além de reorganizar a abordagem da saúde familiar, foi percussor em ações direcionadas a saúde do recém-nascido (RN), criando em 1992 a triagem neonatal, a qual se popularizou como Teste do Pezinho, além disso, surge o Programa de Puericultura. Assim, entende-se que a APS e os programas de saúde infantil como PNAISC, PSF e puericultura, por exemplo, são de extrema importância na redução da morbidade e mortalidade infantil.

**Palavras-chave:** Atenção Básica. Puericultura. Saúde da Criança.

## ABSTRACT

In the context of children's health, the Ministry of Health, through ordinance No. 1,130 of August 5, 2015, established the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC), which objectively determines the guiding lines of actions that it constitutes the absolute attention to the child's health from the intrauterine development, being one of the main established goals, the reduction of maternal-fetal mortality and infant morbidity and mortality. Given the above, this study aimed to describe the strategies of Primary Health

**Gessilene de Araújo Santos OLIVEIRA; Giullia Bianca Ferraciolli do COUTO; Reobbe Aguiar PEREIRA; Glaucya Wanderley Santos MARKUS. ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PROL DA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL. Facit Business And Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT>. Out/Nov - 2021. Ed. 31; V. 1. Págs. 102-117.**

Care (PHC) in favor of reducing child mortality. In Brazil, there was a significant reduction in the infant mortality rate between 1990 and 2012, which decreased from 47.1 deaths/1,000 live births to 14.6 deaths/1,000 live births. Among other meanings, such results demonstrate a decrease in social inequality and an improvement in the population's quality of life. The introduction of public policies aimed at reducing IMR has been taking place for a long time, the Family Health Program (PSF), created in 1994, in addition to reorganizing the family health approach, was a pioneer in actions aimed at newborn health (RN), creating in 1992 the neonatal screening, which became popularized as the Pezinho Test, in addition to the Childcare Program. Thus, it is understood that PHC and child health programs such as PNAISC, PSF and childcare, for example, are extremely important in reducing child morbidity and mortality.

**Keywords:** Primary Care. Childcare. Children's Health.

## INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), sob uma ampla concepção, abrangente, globalizante e contemporânea, pode ser entendida como um artifício para reorganização regionalizada do sistema de saúde, cuja estabelece atenção inicial, principalmente de ações preventivas e curativas, aos cuidados com a saúde individual e coletiva da sociedade (MENDES, 2015). A Organização Mundial da Saúde (OMS) declara que a APS é a melhor estratégia para garantir que a saúde, como um direito humano fundamental, seja alcançada de forma equitativa e integral pelas nações (WHO, 2008). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), a APS é regida pelos princípios da universalidade, da responsabilização, da integralidade, da acessibilidade, da atenção, da continuidade do cuidado e pelos princípios da humanização e da equidade (BRASIL, 2011).

No âmbito da saúde da infantil, foi instituído pelo Ministério da Saúde, através da portaria nº 1.130 de 05 de agosto de 2015 a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), no qual determina objetivamente os eixos norteadores de ações que constitui a atenção absoluta à saúde da criança desde o desenvolvimento intrauterino, sendo um dos principais objetivos estabelecidos, à redução da mortalidade materno-fetal, morbidade e mortalidade infantil (MI) (BRASIL, 2015a).

**Gessilene de Araújo Santos OLIVEIRA; Giullia Bianca Ferraciolli do COUTO; Reobbe Aguiar PEREIRA; Glaucya Wanderley Santos MARKUS. ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PROL DA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL. Facit Business And Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 [103](http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT. Out/Nov - 2021. Ed. 31; V. 1. Págs. 102-117.</a></b></p></div><div data-bbox=)**

Nesse sentido, a PNAISC se estabelece a partir dos eixos estratégicos para atenção à saúde, no qual tem a APS como documento coordenador de ação central no processo de cuidados básicos e primordiais (VIEIRA, 2012). Entre os eixos estratégicos presentes na PNAISC, destacam-se: atenção humanizada perinatal e ao recém-nascido (RN), promoção do aleitamento materno, alimentação complementar necessária, cuidados e prevenção contra doenças prevalentes na infância, imunização, cuidados da criança com doenças crônicas, deficiência específica, vulnerabilidade infantil, alimentação saudável, prevenção de acidentes, supervisão e acompanhamento do desenvolvimento e crescimento integral (PINTO *et al*, 2016).

Segundo Silva *et al* (2014), tais ações são referenciadas como ações essenciais para promover condições de saúde necessária para o crescimento e desenvolvimento infantil, porém as mesmas devem procurar conhecer e compreender a criança de maneira holística, dentro do seu ambiente familiar e social, levando em consideração todas suas relações e interpessoais dentro do contexto socioeconômico em que a mesma está inserida. Desse modo, a puericultura apresenta-se como uma oportunidade de avaliação da criança em sua totalidade, de forma individual e sistematizada, levando em consideração todas as determinantes e condicionantes para a promoção da saúde (JESUS *et al.*, 2013).

Puericultura é uma extensão da Estratégia Saúde da Família (ESF), no qual estabelece uma série de ações a fim de garantir, por meio de dados antropométricos, a evolução física, mental, desenvolvimento neuropsicomotor, crescimento e estado nutricional do indivíduo desde a gestação até os 4 ou 5 anos de idade (REZER, 2019). Após esse período, a extensão do acompanhamento da criança até a puberdade se dá através dos eixos norteadores da APS, PNAISC e outros programas de saúde implantada no SUS e disponibilizada socialmente (DAMASCENO *et al*, 2016; MACEDO, 2016).

É de extrema importância que as técnicas de puericultura tenham início antes do nascimento do bebê, através da realização do pré-natal, e prossiga após o nascimento da criança com monitoramento interfaces entre acompanhamento hospitalar, acompanhamento na unidade de saúde e acompanhamento residencial (FERREIRA, COSTA & ANDRADE, 2015). Pesquisas mostram que a realização correta de atividades de puericulturas, além de identificar diagnósticos precoces de doenças, reduz de forma

significativa à mortalidade infantil, principalmente em crianças com menos de um ano de idade (LIMA, JESUS, *et al.*, 2013).

Diante do exposto acima, surge o seguinte questionamento: quais as estratégias utilizadas pela APS para redução da mortalidade infantil? Com isso, a importância da discussão do referido trabalho, dar-se em razão da necessidade de analisar estratégias para a promoção da saúde básica, a fim de contribuir na redução da morbidade e mortalidade de crianças, visto que segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a taxa de mortalidade infantil para crianças menores de um ano de idade no de 2018 foi de 12,4/1000, sendo a mortalidade de crianças entre 1 e 4 ano de idade de 14,4/1000 (BRASIL, 2019).

Assim o presente trabalho objetivou-se em descrever as estratégias da atenção primária na saúde (APS) em prol da redução da mortalidade infantil no Brasil.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

O presente estudo foi desenvolvido por meio de pesquisa bibliográfica descritiva, de caráter qualitativo, onde se buscou informações acerca das estratégias da atenção básica em saúde que objetivam a diminuição da mortalidade infantil. As bases utilizadas para a coleta de dados foram: Google Acadêmico, Scielo, Lilacs e manuais do Ministério da saúde no qual foram buscados por palavras chaves: Puericultura, APS, PNAISC e Saúde Infantil.

Nesse contexto, o presente trabalho está embasado considerando dentre outras as orientações de Lakatos e Marconi (2017), os quais particularizam que a pesquisa de revisão bibliográfica é um processo que tem sua realização determinada em três fases de maneira metodizada e com finalidade definida.

Para as autoras, a primeira fase da pesquisa de revisão bibliográfica refere-se à coarctação do assunto a ser desenvolvido, onde o mesmo deve demonstrar pertinência científica e social, favorecendo assim, a resolução de um determinado problema ou questionamento. A segunda fase está voltada para a compilação de materiais atualizados, os quais formarão as bases na construção dos conhecimentos que serão adquiridos através dos estudos. A terceira fase da pesquisa é formada pela construção do documento, onde

**Gessilene de Araújo Santos OLIVEIRA; Giullia Bianca Ferraciolli do COUTO; Reobbe Aguiar PEREIRA; Glaucya Wanderley Santos MARKUS. ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PROL DA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL. Facit Business And Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT>. Out/Nov - 2021. Ed. 31; V. 1. Págs. 102-117.**

todas as investigações importantes encontradas na fase de compilação dos materiais devem estar colocadas de maneira fundamentada e com coerência a respeito do assunto em estudo.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **Mortalidade Infantil no Brasil**

A MI representa é um problema grave de saúde pública em razão da possibilidade de evitar a grande maioria das mortes ocorrentes. Por esse motivo, Taxa de Mortalidade Infantil (TMI), é um dos principais indicadores utilizado por organismos internacionais, como OMS e ONU, para medir o desenvolvimento das condições primárias de saúde dos países subdesenvolvidos. É válido destacar que a redução da mortalidade infantil entre as nações é um dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

Para avaliar a TMI de uma determinada região federativa, analisa-se o número total de óbitos de crianças até um ano de idade por mil nascidos vivos.

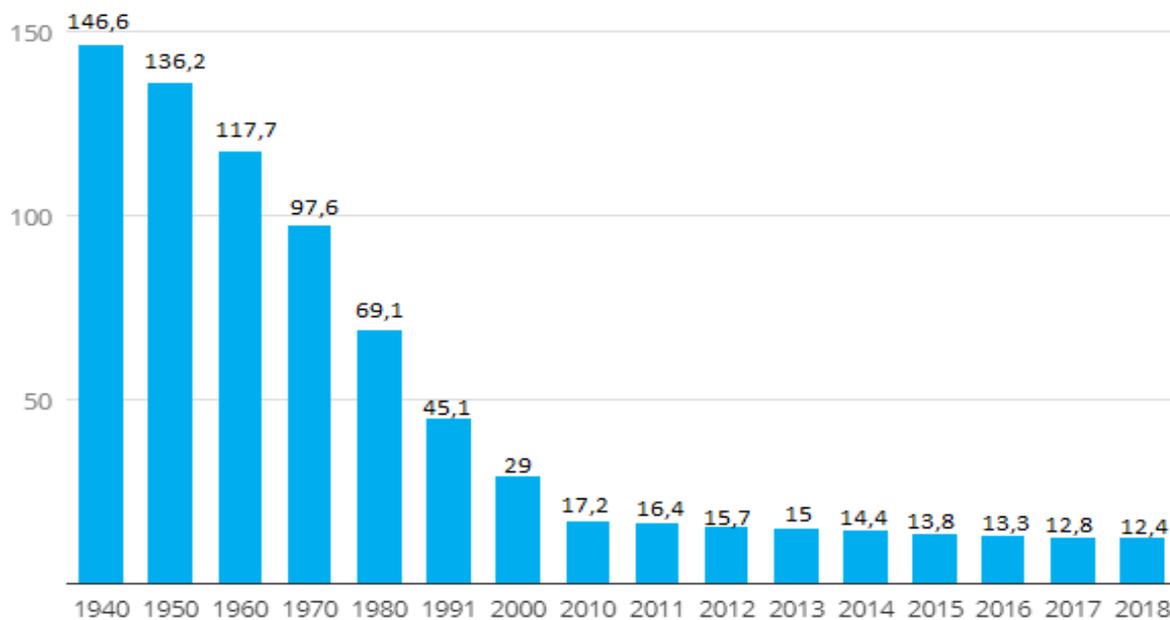
No Brasil, houve uma significativa redução da taxa de mortalidade infantil entre o período de 1991 e 2012, no qual diminuíram de 45,1 óbitos/1.000 nascidos vivos para 15,7 óbitos/1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2019). Para a OMS, uma taxa de mortalidade infantil com até dez mortes para cada 1.000 nascidos vivos é aceitável. Desse modo, apesar de observar uma tendência decrescente na taxa de mortalidade infantil no Brasil (imagem D), ainda não é considerável aceitável (PNUD, 2017) em razão da grande diferença existente entre países desenvolvidos como Japão em que a TMI é de 2/1.000 nascidos vivos.

A análise epidemiológica da TMI, geralmente é realizada de acordo com os seguintes fatores: neonatal precoce ou tardio, sendo respectivamente taxa de óbito entre 0 e 6 dias de nascido / 1.000 nascidos vivos; já a taxa que corresponde a óbitos neonatais tardios está entre 7 e 27 dias de nascido / 1.000 nascidos vivos; pós-natal, correspondente a crianças entre 28 e 364 dias / 1.000 nascidos vivos (CALDAS *et al*, 2017). O primeiro ano de vida corresponde ao período de maior risco para a vida da criança, cerca de 30-45% da MI ocorrem nesse período, sendo que 3/4 ocorrem na primeira semana de vida (CASTRO, LEITE & GUINSBURG, 2016). Segundo o Ministério da Saúde (2012), os fatores perinatais representam 79% das mortes neonatais e 59% das mortes infantis no Brasil. Dados do MS mostram que no ano de 2000 os fatores maternos e perinatais representaram

**Gessilene de Araújo Santos OLIVEIRA; Giullia Bianca Ferraciolli do COUTO; Reobbe Aguiar PEREIRA; Glaucya Wanderley Santos MARKUS. ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PROL DA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL. Facit Business And Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT>. Out/Nov - 2021. Ed. 31; V. 1. Págs. 102-117.**

uma taxa de óbito de 62,4 para neonatais precoces (0 a 6 dias de vida), 56,1 neonatais tardios (7 a 27 dias de vida) e 5,9 pós-natal (28 dias a 1 ano de vida). Respectivamente em 2013, os dados divulgados foram 71,1 neonatais precoces, 63,8 neonatais tardios e 13,2 pós-natal (BRASIL, 2019).

**Figura 01:** índice de mortalidade no Brasil entre 1940 a 2018.



Fonte: IBGE (2018).

107

Entre outros significados, os decréscimos na TMI demonstram, por exemplo, a diminuição de desigualdade social, melhoria na qualidade de vida da população, maiores condições socioeconômicas, melhor distribuição e oferta de serviços de saúde básica, mudanças demográficas, aumento do nível de escolarização das mulheres, redução da fecundidade, maior índice de saneamento básico, entre outros, à medida que todos esses fatores possuem influência direta sobre a mortalidade e morbidade infantil (CARVALHO, 2015; OLIVEIRA et al., 2017). As desigualdades socioeconômicas têm sido apontadas como principal fator do óbito infantil no Brasil, tal fato se evidencia pelas as regiões menos desenvolvidas, norte e nordestes apresentarem os maiores índices de MI quando comparadas com as demais regiões do país.

No ano de 2010, as regiões que apresentaram os maiores índices, em ordem decrescente de MI para cada 1000 nascidos vivos, foram: Nordeste (33,2/1000); Norte (23,5/1000); Centro-Oeste (17,8/1000); Sudeste (16,6/1000); Sul (15,1/1000)

**Gessilene de Araújo Santos OLIVEIRA; Giullia Bianca Ferraciolli do COUTO; Reobbe Aguiar PEREIRA; Glaucya Wanderley Santos MARKUS. ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PROL DA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL. Facit Business And Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT>. Out/Nov - 2021. Ed. 31; V. 1. Págs. 102-117.**

(FRANCISCO, 2019). Em 2016, foi observada uma variação da ocorrência de MI por região brasileira em que apresentavam respectivamente as regiões Norte, nordeste e Sudeste, estando acima da média de brasileira. Os altos índices de MI apontados nas regiões norte e nordestes estão ligados às desigualdades socioeconômicas. Grande parte da população não possuem domicílios particulares permanentes, água tratada, rede de esgoto e saneamento básico adequado, assim como assistência médica constante e contínua (BRASIL, 2018).

Diversas pesquisas apontam a importância da promoção de políticas públicas de saúde na redução da TMI. Desse modo, as unidades básicas e hospitalares de saúde possuem papel fundamental na identificação dos agravos a saúde e fatores de riscos à criança, além de proporcionarem ações contínuas tendo como ponto principal do SUS a responsabilização da efetivação das APS (RODRIGUES *et al.*, 2014). Dentre as ações desenvolvidas pelo MS, a monitoração das gestantes e a disposição de um pré-natal de qualidade juntamente com o lançamento das informações coletadas nos Sistemas de Informação Governamental, são ações indispensáveis para a averiguação dos indicadores da TMI. Segundo Macêdo (2016), atualmente os principais programas de atenção à saúde da criança disponibilizada pelo SUS são: PNAISC, Rede Cegonha e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).

Os comitês de mortalidade e investigação de óbitos, por exemplo, se concretizam como uma importante estratégia para a compreensão das circunstâncias em que ocorrem os dos óbitos, identificação de fatores de risco e definição das políticas de saúde dirigidas à redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2009). Nesse sentido, a PNAISC se organiza a partir da rede de atenção básica à saúde e de seus eixos estratégicos, em especial aquelas ações desenvolvidas na rede de saúde materna neonatal e infantil e na atenção básica, servindo como coordenadora do cuidado no regional.

### **Políticas Públicas de Saúde da Criança**

A introdução de políticas públicas objetivando a redução da TMI vem ocorrendo há muito tempo no Brasil. Em 1930 houve a implantação de políticas sanitárias nos grandes centros urbanos, no qual possibilitou uma pequena redução da MI. Nos anos subsequentes a MI continuou regredindo, porém de forma lenta e tênue, sem atender as

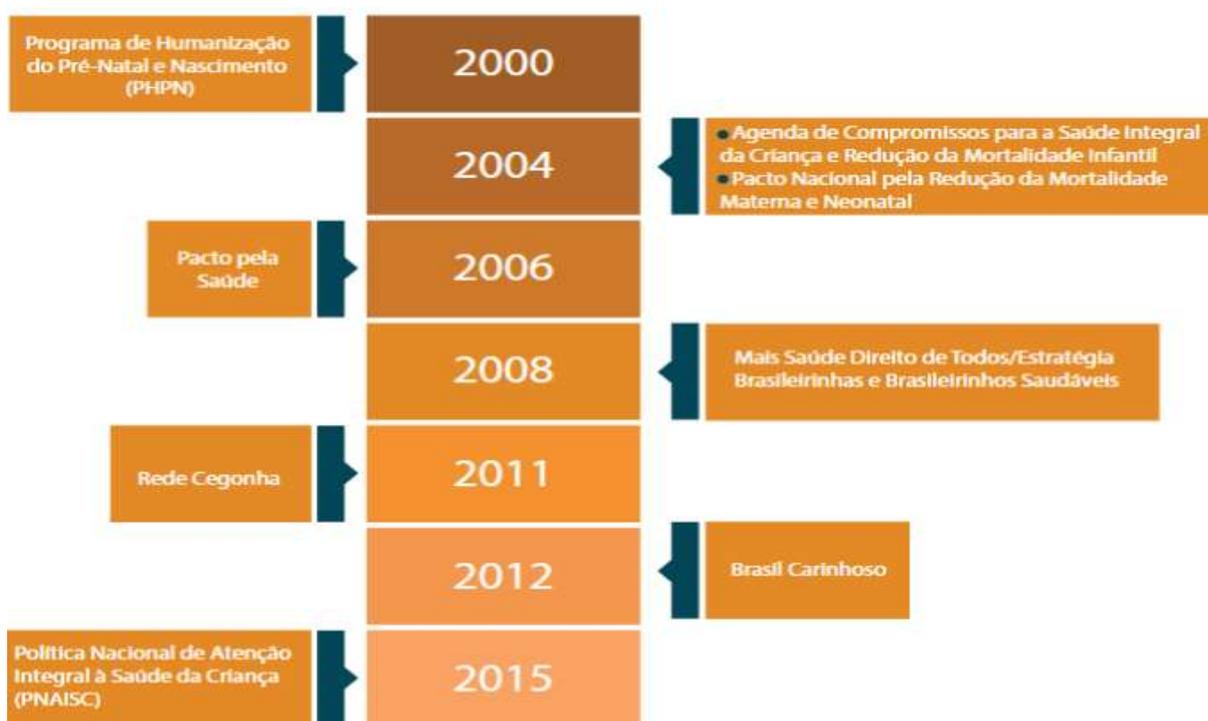
**Gessilene de Araújo Santos OLIVEIRA; Giullia Bianca Ferraciolli do COUTO; Reobbe Aguiar PEREIRA; Glaucya Wanderley Santos MARKUS. ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PROL DA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL. Facit Business And Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 [108](http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT. Out/Nov - 2021. Ed. 31; V. 1. Págs. 102-117.</a></b></p></div><div data-bbox=)**

demandas básicas da população brasileira. Na década de 80 foram criados diversos programas, como o Programa Nacional de Aleitamento materno (PNIAM) e o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) (BRASIL, 1999).

A criação do SUS, juntamente com Constituição Federal de 1988 possibilitou a implementação e execução de outros programas de saúde como, por exemplo, Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994. O PSF, além de reorganizar a abordagem da saúde familiar, foi percussor em ações direcionadas a saúde do recém-nascido (RN), criando em 1992 a triagem neonatal, a qual se popularizou como “Teste do Pezinho” e hoje é tida como um importante mecanismo de identificação de seis tipos de doenças distintas em RN: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doença falciforme, fibrose cística, deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita. Além do “Teste do Pezinho”, criou-se o método “Mãe-Canguru”, que consiste em manter o RN de baixo peso em posição vertical tendo contato direto, pele a pele, junto ao peito dos pais.

Nos anos 2000 foi criada ou reestruturada uma série de programas voltados à saúde da criança e à redução da MI:

**Figura 02:** Estratégias públicas de atenção à saúde da criança nos anos 2000.



Fonte: UFPE (2015).

O PNAISC, no qual é organizado a partir de eixos e estratégias de ação na promoção da saúde infantil, envolve toda rede de atenção à saúde, iniciando na atenção humanizada perinatal e ao RN, até a prevenção do falecimento infantil. Desse modo o PNAISC é caracterizado como uma política transversal, pois atua dentro de outras políticas de promoção da saúde infantil como, por exemplo, a rede cegonha lançada através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 (MACÊDO, 2016). O PNAISC é estruturado sob sete eixos estratégicos objetivando orientar e qualificar os serviço e ações que relacionam a saúde e desenvolvimento infantil levando em considerações determinantes econômicas e sociais da região em que vive e condicionantes que garantam o direito à vida e saúde.

**Figura 03:** Princípios da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC).



110

Fonte: BRASIL (2015<sup>a</sup>), adaptado.

Dentre as estratégias de atenção básica na promoção da saúde, a visita domiciliar é mencionado como um importante mecanismo de avaliação de saúde familiar, por propiciar, entre outros aspectos, um amplo conhecimento dos moradores e sua interação

Gessilene de Araújo Santos OLIVEIRA; Giullia Bianca Ferraciolli do COUTO; Reobbe Aguiar PEREIRA; Glaucya Wanderley Santos MARKUS. ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PROL DA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL. *Facit Business And Technology Journal*. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT>. Out/Nov - 2021. Ed. 31; V. 1. Págs. 102-117.

socioeconômica na comunidade, facilitando o vínculo e explicitando a importância da visita domiciliar no processo de acolhimento da APS (BARBIERI; SANTOS, 2015).

Contudo, diversos autores relatam que apesar do grande sucesso dessa estratégia de acolhimento, há diversos obstáculos para realização das visitas domiciliares, como por exemplo; falta de estruturas físicas ou estrutura física inadequada e de difícil acesso; escassez de medicamentos, médicos, enfermeiros e outros profissionais da saúde; questões éticas, como falta de sigilo e privacidade nas interações profissional-paciente, entre outras. Assim, o acolhimento é reprimido pela ausência de condições básicas de recebimento dos usuários, desrespeitando o seu bem privado e as suas necessidades individuais (OLIVEIRA *et al.*, 2010; COUTINHO, BARBIERI; SANTOS, 2015).

Outro programa altamente importante para a redução da TMI foi o Programa Bolsa Família, que direcionou renda para famílias que vivem/viviam em situações precárias e de riscos. O Programa Bolsa Família possui com pré-requisito para o beneficiamento, o cumprimento de ações básicas de saúde e educação, como manter a carteira de vacinas em dias e frequência escolar. Segundo Silva; Paes (2019 p. 623), o Programa de Saúde da Família e o Programa Bolsa família impulsionaram a o aumento a realização adequada do pré-natal, realização de acompanhamento do desenvolvimento infantil, redução do analfabetismo, decréscimo nos índices de fecundidade, melhorias de moradia, diminuição da desigualdade social, melhorias no abastecimento de água e saneamento básico.

Assim como nos demais países subdesenvolvidos com alta variação de desigualdade social, a mortalidade infantil no Brasil não é distribuída de maneira uniforme, sendo altamente influenciada pela existência ou não existência de saneamento básico da região, uma vez que o saneamento básico possui relação direta com a saúde populacional (ALBUQUERQUE, *et al* 2017). A falta de saneamento básico ou mesmo existência insatisfatória acarreta em doenças contagiosas. Saneamento básico é essencial para a promoção da saúde pública, uma vez que deve promover um abastecimento adequado de água potável, tratamento de esgotos, limpeza urbana, manejo de resíduos sólidos e controle de pragas. Quanto maior o índice e qualidade de saneamento básico de uma determinada região, menor a veiculação de doenças e, por consequência, menor a taxa de mortalidade infantil (SILVA, 2020).

## **Puericultura**

Dentre as áreas Atenção Primária a Saúde, no âmbito da Estratégia Saúde Familiar, um dos principais mecanismos para averiguação contínua da saúde infantil é o Programa de Puericultura, no qual possui como objetivo acompanhar o desenvolvimento e o crescimento infantil; analisar o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM); orientar a respeito da prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; identificar, esclarecer dúvida e solucionar dificuldades dos pais e de outros membros da família a respeito o desenvolvimento da criança; acompanhar a vacinação na época adequada; incentivar o aleitamento materno na faixa etária adequada; orientar alimentação complementar; prevenir doenças ocorrentes nos primeiros anos de vida da criança, como a diarreia e as infecções respiratórias (FERREIRA *et al*, 2019).

Nesse sentido, a puericultura corresponde à visita constante a um profissional da saúde durante as primeiras fases até os cinco primeiros anos de vida (BRITO, *et al*, 2018). O MS determina que no primeiro ano de vida, é essencial que toda criança tenha a caderneta da saúde da criança e que a mesma seja feita ainda na maternidade, em que devem conter registros de identificação da criança, históricos obstétricos e neonatais, do crescimento e do desenvolvimento, alimentação, vacinação, saúde bucal, visual, auditiva, registros de intercorrências clínicas, além de conter, ainda, orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos Outra determinação do ministério da saúde, em relação ao acompanhamento puericultural, é que sejam realizadas, no mínimo, sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida, pois essa fase corresponde a um período crítico no desenvolvimento da criança (MACÊDO, 2016).

O enfermeiro é parte para a realização adequada da puericultura, em detrimento da realização de uma série de etapas que induzem as ações de forma que torne o atendimento eficaz às necessidades individuais da criança assistida e aos anseios dos pais e familiares (ZANARDO *et al*, 2017). Para Baratieri et al (2014), ação do enfermeiro na puericultura, não corresponde apenas em aferir as medidas antropométricas e sem em analisar a criança em toda sua integridade observando o crescimento e o desenvolvimento neuropsicomotor com ênfase na orientação de prevenção e cuidado.

Entretanto, apesar do MS prevê assistência preventiva de doenças por meio do sistema de saúde atual, a literatura mostra que a realização da puericultura pelo enfermeiro

anda possui um processo de organização pautado no procedimento com ofertas demandadas na doença, não sendo priorizado a medidas preventivas. A permanência da assistência pautada na doença e cura, não confere a puericultura atributos de atendimento eminente por demanda espontânea, o que por consequência diminui a eficácia do mecanismo e não evita o surgimento de agravos na infância. Subsequente à primeira consulta, a segunda pode ocorrer com um mês de vida caso o bebe não apresente problemas eminentes, dois, quatro seis, nove meses e doze meses, no qual totaliza sete consultas no primeiro ano de vida das crianças, duas consultas no segundo ano e seguindo, a partir dos 3 anos, uma consulta anual, próximas ao mês de aniversário (BRASIL, 2015b).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto acima, entende-se que a APS é de extrema importância para a promoção da saúde e desenvolvimento infantil, no qual a criança deve ser acompanhada desde a gestação até os primeiros anos de vida, abrangendo diversos elementos e ações programadas pela família junto a profissionais da saúde. Desse modo os programas de saúde infantil como PNAISC, ESF e puericultura, por exemplo, são de extrema importância na redução da morbidade e mortalidade infantil.

Apesar dos grandes avanços na redução da TMI, ainda há sérios problemas a que impedem da APS ser realizada com eficácia, como por exemplo, a falta de profissionais e infraestrutura precárias das unidades de saúde, assim como a resistência de muitos profissionais da saúde em prestar a assistência preventiva invés de dar somente assistência curativa de enfermidades. Nesse mesmo sentido, a mudança de estratégias, no qual se configura em prevenir contra doenças durante a infância possibilitará a baixa na redução da MI e assim reafirmar o compromisso com o objetivo do milênio.

## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, Mariana Vercesi de et al. Desigualdades regionais na saúde: mudanças observadas no Brasil de 2000 a 2016. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1055-1064, 2017.

BARATIERI, Tatiane et al. Consulta de enfermagem em puericultura: um enfoque nos registros de atendimentos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 1, p. 206-216, 2014.

**Gessilene de Araújo Santos OLIVEIRA; Giullia Bianca Ferraciolli do COUTO; Reobbe Aguiar PEREIRA; Glaucya Wanderley Santos MARKUS. ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PROL DA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL. Facit Business And Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT>. Out/Nov - 2021. Ed. 31; V. 1. Págs. 102-117.**

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Tábua completa de mortalidade para o Brasil – 2018**: Breve análise da evolução da mortalidade no Brasil. Rio de Janeiro, RJ. 2019. Disponível em <[https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb\\_2018.pdf](https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/3097/tcmb_2018.pdf)> acessado em 20 de jun de 2020

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Evolução e Perspectivas da Mortalidade Infantil no Brasil**, p.9-41. 1999 —. 2013. Projeção da População do Brasil, por Sexo e Idade, para o Período 2000/2060, Projeção da População das Unidades da Federação, por Sexo e Idade, para o Período 2000/2030. s.l.: IBGE, 2013.

BRASIL. Departamento de Análise de Situação em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2013**: uma análise da situação de saúde e das doenças transmissíveis relacionadas à pobreza. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015a**. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html)> acessado em: 20 de set de 2020.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo. **Manual de Acompanhamento da Criança**. São Paulo. Agosto 2015b. Disponível em: [www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-dagestaoda-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultaspublicas/manual\\_de\\_acompanhamento\\_da\\_crianca.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/programa-de-fortalecimento-dagestaoda-saude-no-estado-de-sao-paulo/consultaspublicas/manual_de_acompanhamento_da_crianca.pdf). Acessado em: 20 de set de 2020

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 462 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Mortalidade Infantil no Brasil**: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: \_\_\_\_\_. Saúde Brasil 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130** de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2015b. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130\\_05\\_08\\_2015.html](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html). Acesso em 30 de junho de 2020.

**Gessilene de Araújo Santos OLIVEIRA; Giullia Bianca Ferraciolli do COUTO; Reobbe Aguiar PEREIRA; Glaucya Wanderley Santos MARKUS. ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PROL DA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL. Facit Business And Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT>. Out/Nov - 2021. Ed. 31; V. 1. Págs. 102-117.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Vigilância em saúde (SVS). **Evolução da mortalidade na infância nos últimos 10 anos (2007 a 2016)**. 2018. Disponível em < <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2018/setembro/13/Oficina-mortalidade-materna-e-infantil-CIT-MESA-Ana-Nogales.pdf>>. Acessado em 30 de ago de 2020.

BRITO, Geovânia Vieira et al. Consulta de Puericultura na Estratégia Saúde da Família: Percepção de Enfermeiros. **Revista de APS**, v. 21, n. 1, 2018.

CALDAS, Aline Diniz Rodrigues et al. Mortalidade infantil segundo cor ou raça com base no Censo Demográfico de 2010 e nos sistemas nacionais de informação em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00046516, 2017.

CASTRO, Eveline Campos Monteiro de; LEITE, Álvaro Jorge Madeiro; GUINSBURG, Ruth. Mortalidade com 24 horas de vida de recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso da Região Nordeste do Brasil. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 34, n. 1, p. 106-113, 2016.

COUTINHO, Larissa Rachel Palhares; BARBIERI, Ana Rita; SANTOS, Mara Lisiane de Moraes dos. Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Saude em debate**, v. 39, p. 514-524, 2015.

DAMASCENO, Simone Soares et al. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 2961-2973, 2016.

EBC, 2018. **Unicef alerta para a mortalidade infantil no mundo**. [Online] 01 de Jan. de 2018. [Citado em: 07 de Set. de 2018. Disponível em:< 40 <http://radios.ebc.com.br/reporter-nacional/2018/01/unicef-alerta-para-mortalidadeinfantil-no-mundo.>> Acesso em: 20 set 2020

FERREIRA, Fabiana Ângelo et al. Consulta de puericultura: problemas encontrados em menores de 2 anos. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1-7, 2019.

FERREIRA, Tainara Lôrena Dos Santos; COSTA, Iris do Céu Clara; ANDRADE, Fábila Barbosa. Avaliação do atributo integralidade em serviços de puericultura na atenção primária à saúde. **Revista Ciência Plural**, v. 1, n. 1, p. 22-29, 2015.

FRANCISCO, Wagner de Cerqueira e. "**Mortalidade infantil no Brasil** "; *Brasil Escola*. 2019 Disponível em: <https://brasilecola.uol.com.br/brasil/mortalidade-infantil-no-brasil.htm>. Acesso em 30 de julho de 2020.

JESUS, Ana Cristina Pereira de et al. Puericultura e o cuidado de enfermagem: percepções de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. pesqui. cuid. Fundam. (Online)**, p. 165-173, 2013.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Mariana de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas, 2017.

**Gessilene de Araújo Santos OLIVEIRA; Giullia Bianca Ferraciolli do COUTO; Reobbe Aguiar PEREIRA; Glaucya Wanderley Santos MARKUS. ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PROL DA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL. Facit Business And Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT>. Out/Nov - 2021. Ed. 31; V. 1. Págs. 102-117.**

MACÊDO, Vilma Costa de. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde.** Recife. Ed. Universitária da UFPE, 2016.43 p

MENDES, Eugênio Vilaça. A construção social da atenção primária à saúde. **Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde**, 1. ed. p.194, 2015.

OLIVEIRA, E. R. A. et al. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 12, n. 2, p. 46-51, 2010.

PINTO, Carlos Alberto Gama et al. Estudo das tradições que informam a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). **Divulg. Saúde debate**, p. 49-83, 2016.

RUTKOVSKI, Fernanda. **Mortalidade infantil e saneamento básico: sua incidência nas regiões brasileiras.** 2019.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira et al. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. **Cad. Saúde Pública [online]**. vol.30, n.7, p.1385-1390, 2014.

REZER, Fabiana. **Puericultura Na Enfermagem: Ações Do Enfermeiro E Principais Cuidados Com O Recém-Nascido.** Seminário Científico E Cultural Da Ajes Faculdade Do Norte De Mato Grosso. MS, 2019.

SILVA, Danielson Xavier. O Saneamento Básico E Suas Implicações No Meio Ambiente E Na Saúde Humana. **Engineering Sciences**, v. 8, n. 3, 2020.

SILVA, K. D.; ARAÚJO, M. G.; SALES, L. K. O.; VALENÇA, C. N.; MORAIS, F. R. R.; MORAIS, I. F. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil na visão de mães da estratégia saúde da família. **Rev Bras Pesq Saúde**; v. 16, n. 2, p.67-75, 2014. Disponível em: <http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/viewFile/9288/6463>. Acesso em 22 de junho de 2018.

SILVA, Everlane Suane de Araújo da; PAES, Neir Antunes. Programa Bolsa Família e a redução da mortalidade infantil nos municípios do Semiárido brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 623-630, 2019.

UFPEL. Universidade Federal de Pelotas. **Kurt Kloetzel.** Plataforma Educacional de Saúde da Família. Saúde Coletiva. Planilhas de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações para a saúde da criança (OMIA). Pelotas: UFPel, [2014]. Disponível em: <<https://dms.ufpel.edu.br/p2k/coletiva>>. Acesso em: 7 out. 2020.

VIEIRA, V. C. L.; FERNANDES, C. A.; DEMITTO, M. O.; BERCINI, L. O.; SCOCHI, M. J.; MARCON, S. S. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro.

**Gessilene de Araújo Santos OLIVEIRA; Giullia Bianca Ferraciolli do COUTO; Reobbe Aguiar PEREIRA; Glaucya Wanderley Santos MARKUS. ESTRATÉGIAS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM PROL DA DIMINUIÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL NO BRASIL. Facit Business And Technology Journal. QUALIS B1. ISSN: 2526-4281 <http://revistas.faculdefacit.edu.br/index.php/JNT>. Out/Nov - 2021. Ed. 31; V. 1. Págs. 102-117.**

**RevCogitareenferm;** v.17, n. 1, p.119-125, 2012. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/26384>>. Acesso em 22 de jun de 2020.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 2008: Primary Health Care now more than ever.** Geneva: WHO, 2008.

ZANARDO, Graziani et al. Atuação do enfermeiro na consulta de puericultura: uma revisão narrativa da literatura. **Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 13, p. 55-69, 2017.