

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ**  
**NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**GABRIELA DE SOUSA FEITOSA**

**PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL**  
**EM QUIXELÔ-CE**

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2011**

**GABRIELA DE SOUSA FEITOSA**

**PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL  
EM QUIXELÔ-CE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Una-Sus) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientadora: Profa. Ms. Ivana Cristina Vieira de Lima.

**FORTALEZA - CEARÁ**

**2011**

**GABRIELA DE SOUSA FEITOSA**

**PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL  
EM QUIXELÔ-CE**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do Sus (Unasus) - Núcleo do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovada em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Ms. Ivana Cristina Vieira de Lima – Orientadora

---

Raruna Patrício Pires Costa (1º Avaliador)

---

Jacirene Gonçalves Franco (2º Avaliador)

PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL EM  
QUIXELÔ-CE

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

F336p      Feitosa, Gabriela de Sousa.  
              Plano de ação para a prevenção da mortalidade infantil em Quixelô-CE / Gabriela de Sousa  
              Feitosa. – 2011.  
              32 f. : il.

              Monografia (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS  
              (UNA-SUS), Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde-NUTEDS, Curso de  
              Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.  
              Orientação: Profa. Ms. Ivana Cristina Vieira de Lima.

              1. Mortalidade Infantil. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Gestantes. 4. Criança. I. Título.

---

CDD 362.1

*Dedicatória*

*À minha família, pelo amor  
incondicional.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, razão de tudo.

A nossa querida tutora, Ivana, pela dedicação, paciência, carinho, entusiasmo.  
Obrigada!

## RESUMO

Há quatro anos atua-se no campo da atenção básica em saúde como enfermeira do Programa Saúde da Família (PSF). Desde o início da carreira profissional, sempre se trabalhou na Estratégia Saúde da Família (ESF) por ser uma área de atuação com maior disponibilidade de vagas no mercado e também por ter mais afinidade pelo trabalho desenvolvido nesse campo de atuação da saúde, pois no PSF existe uma maior proximidade do profissional com a comunidade. O interesse em trabalhar o tema mortalidade infantil surgiu com a disciplina Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde, ao elaborar um plano de ação, tema escolhido devido ao aumento do número de óbitos infantis no ano de 2011. Tem como objetivo elaborar um plano de ação voltado para a prevenção da mortalidade infantil no município de Quixelô-CE. Metodologia: Pesquisa-ação, nas Unidades Básicas de Saúde de Quixelô-CE, no período de janeiro a abril de 2011, com enfermeiros atuantes nos PSF do município. Será realizada uma entrevista com os enfermeiros para analisar o conhecimento prévio das causas de mortalidade infantil e a realização de ações preventivas. O projeto de ação será enviado ao Comitê de Ética e será solicitada a anuência da Secretária de Saúde do Município de Quixelô. Serão respeitados os princípios éticos contidos na resolução 196/96 da pesquisa com seres humanos. O resultado esperado será a realização do plano de ação, que é composto por: definição dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise da viabilidade do plano, elaboração do plano operativo, gestão do plano. Concluiu-se que elaborar esse plano de ação contribuiu para enriquecer ainda mais o conhecimento acerca do assunto despertando o desejo de desenvolver estratégias de enfrentamento e resolução dos problemas identificados, mostrando a importância do trabalho em equipe em todas as fases da vida.

**Palavras-chaves:** Mortalidade Infantil. Pré-Natal. Gestante. Criança.

## ABSTRACT

Four years ago I work in the field of primary health care as a nurse in the Family Health Program (PSF). Since the beginning of my career, I have always worked in the Family Health Strategy (FHS) to be an area of operation with increased availability of vacancies in the market and also to have more affinity for the work in this field of activity of health, because the PSF there is a greater proximity with the professional community. The working interest in the topic came up with infant mortality discipline Planning and Evaluation of Health Action, to draw up a plan of action, theme due to the increased number of infant deaths in 2011. It aims to develop an action plan aimed at the prevention of infant mortality in the municipality of Quixelô-EC. Methodology: Action Research in the Basic Health Quixelô-EC in the period from January to April 2011, with FHP nurses working in the city. There will be an interview with nurses to review the previous knowledge of the causes of infant mortality and the realization of preventive actions. The proposed action will be sent to the Ethics Committee and will be required the consent of the Secretary of Health of the City of Quixelô. Are ethical principles contained in the resolution 196/96 of research with human subjects. The expected result will be implementing the plan of action, which is composed of: problem definition, prioritization of problems, description of the problem selected, explanation of the problem, selection of critical nodes, the design of operations, identification of critical resources, feasibility analysis plan, developing the operating plan, management plan. It concludes that developing this action plan has contributed to further enrich the knowledge on the subject aroused the desire to develop coping strategies and resolution of identified problems, showing the importance of teamwork in all phases of life.

Keywords: Infant Mortality. Pre-Natal. Pregnant woman. Child.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

PSF – Programa Saúde da Família

RN – Recém-Nascido

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade

VD – Visita Domiciliar

## SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	10
1.1.Inserção profissional no campo da atenção básica em saúde	10
1.2.Mortalidade Infantil: A realidade do município de Quixelô-CE	11
1.2.1.Atenção à gestante e à criança no âmbito do PSF	12
2.OBJETIVOS	18
3.METODOLOGIA	19
3.1.Tipo de estudo	19
3.2.Cenário e período do estudo	19
3.3.Participantes do estudo	19
3.4.Percurso da Coleta de Dados	19
3.5.Aspectos Éticos	20
4.RESULTADOS ESPERADOS: APRESENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO	21
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS	33
REFERÊNCIAS	34

## **1. INTRODUÇÃO**

### **1.1. Inserção profissional no campo da atenção básica em saúde**

Há quatro anos atuo no campo da atenção básica em saúde como enfermeira do Programa Saúde da Família (PSF). Desde o início da minha carreira profissional, sempre trabalhei na Estratégia Saúde da Família (ESF) por ser uma área de atuação com maior disponibilidade de vagas no mercado, embora nos dias de hoje já esteja saturado e restringido aos indicados de prestígio político, e também por ter mais afinidade pelo trabalho desenvolvido nesse campo de atuação da saúde, pois no PSF existe uma maior proximidade do profissional com a comunidade, convivência, continuidade e acompanhamento dos casos, dos problemas em todas as fases da vida. NUTEDS, 2011, entende a ESF como uma reorientação do modelo assistencial com implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada, e que desenvolvem ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde da comunidade.

No momento sou enfermeira do PSF da Vila Antonico, distrito do município de Quixelô, onde possui 752 famílias, 8 agentes comunitários de saúde (ACS), 10 gestantes e 26 crianças menores de um ano (SIAB, 2011).

O interesse em trabalhar o tema mortalidade infantil surgiu quando, ao cursar a disciplina de Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde, foi solicitada a elaboração de um plano de ação que deveria ser feito em equipe, a qual escolheria um tema de relevância na prática profissional. Então, como a minha equipe era composta, a maioria, por profissionais do município de Quixelô e esse problema era uma realidade em algumas das equipes de saúde, resolvi abordar este tema em um plano de ação. As estatísticas municipais do ano de 2011 mostram que até o momento houve seis óbitos infantis, cinco a mais em comparação ao ano de 2010. Desses óbitos, dois ocorreram em crianças residentes na Vila Antonico, fato que despertou a necessidade de investigar as possíveis causas, as opiniões dos profissionais envolvidos e as formas de prevenção da mortalidade infantil.

## **1.2. Mortalidade Infantil: A realidade do município de Quixelô-Ce**

A ESF conta com programas de atendimentos voltados para os diferentes membros da família em todas as fases da vida e portadores de distintos estados de saúde como, por exemplo: programa de pré-natal e puerpério, saúde da criança, hipertenso e diabético, tuberculose, hanseníase, entre outros.

No ano de 2010 ocorreu apenas um óbito infantil no município de Quixelô, e esse por uma causa totalmente evitável, inadmissível nos dias de hoje, uma falha exorbitante da equipe de saúde, da família, da gestão que só tomou conhecimento tarde demais, enfim da saúde do município. A causa que consta na declaração de óbito é “diarréia”. A criança apresentou um quadro de diarréia e a mãe procurou o PSF onde foi orientada e prescrita medicação, porém, ao que se sabe através das fichas de investigação epidemiológica, a mesma não seguiu corretamente as orientações e o tratamento, mas procurou novamente o serviço de saúde dessa vez o hospital do município. Foi novamente medicada e orientada a procurar o PSF, no entanto por falhas nos cuidados caseiros e negligência da equipe de saúde que não se deu conta de tamanho problema, o quadro da criança só piorou, a mesma sofreu desidratação quando voltou novamente ao hospital e já estava tão grave que foi encaminhada às pressas pra Fortaleza, porém não resistiu e veio a óbito.

Já no decorrente ano a situação fugiu do controle, problemas existem e não se deu a devida atenção merecedora, há causas e culpas, mas não se acha o culpado. Rapidamente o problema cresceu e precisamos agir imediatamente, então investigamos os óbitos em parceria com a Vigilância Epidemiológica, estamos em processo de discussão dos casos no Comitê de Mortalidade Infantil do município, discutindo também com as outras equipes e com a gestão possíveis soluções para problemas detectados, os quais influenciam para agravar ou até culminar em tais óbitos, e reunimo-nos com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfatizando a priorização e controle da saúde de crianças principalmente menores de ano.

Portanto, dando devida atenção e prioridade aos fatos relevantes e seguindo minuciosamente os protocolos já editados pelo Ministério da Saúde (Pré-Natal e Puerpério, Saúde da Criança), pode-se chegar à erradicação da mortalidade infantil ou se não diminuir bruscamente esse indicador.

### **1.2.1. Atenção à gestante e à criança no âmbito do PSF**

#### **- Saúde da Mulher (assistência no pré-natal e puerpério)**

A assistência à mulher no pré-natal e puerpério é uma das responsabilidades da equipe de saúde da família, que deve desenvolver ações voltadas à manutenção da saúde de mãe e filho bem como dispor de uma inter-relação com diversos setores da saúde envolvidos no desempenho dessas ações. É necessária uma reorganização do serviço, construindo um elo entre atenção primária, secundária e terciária para que haja continuidade na resolução dos casos com atenção qualificada e humanizada.

Brasil, 2005, diz que:

“Melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da atenção à gestante e ao recém-nato implica na reorganização do sistema, com a compreensão da necessidade de integração das ações básicas com as de média e alta complexidade, conformando-se uma rede articulada de assistência que responda à necessidade da gestante e do recém-nascido.”

Reforça-se ainda a importância do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, como porta de entrada do sistema, fortalecendo a atenção básica com a identificação e enfrentamento dos principais problemas de saúde no seu território.

De acordo com o Ministério da Saúde, estados e municípios devem ofertar a assistência pré-natal e puerperal desde o início da gravidez, garantindo uma gestação e nascimento saudáveis possibilitando bem-estar materno e neonatal a partir do desenvolvimento das seguintes ações: captação precoce da gestante (até 120 dias de gestação); realizar no mínimo seis consultas de pré-natal (uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro); realizar atendimento qualificado à gestante, escutando-a, orientando-a a respeito das mudanças psico-fisiológicas e corporais, ofertando todos os exames e procedimentos necessários ao acompanhamento do pré-natal, classificando o risco gestacional, garantindo acesso à unidade de referência; e atender a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto (BRASIL, 2006).

Ainda segundo o Ministério da Saúde (2006), deve-se realizar visita domiciliar (VD) à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após a alta hospitalar do bebê, e caso esse seja classificado como RN de risco a visita deverá acontecer dentro dos três primeiros dias após a alta com o intuito de:

- Avaliar o estado de saúde da mãe e do bebê;

- Orientar e encorajar o aleitamento materno;
- Orientar cuidados básicos com o RN, inclusive realizar o teste do pezinho;
- Avaliar interação da mãe com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Orientar o planejamento familiar.

Para o acompanhamento de gestantes e puérperas a ESF deve alimentar um sistema disponível no Ministério da Saúde, chamado SISPRENATAL, que informa todas as ações realizadas no pré-natal, data e tipo de parto e realização de visita puerperal. De acordo com o Ministério da Saúde (2005), o SISPRENATAL dispõe das seguintes estratégias:

- Acompanhar gestantes da área de abrangência da unidade de saúde, conforme protocolo do Ministério da Saúde;
- Vigiar a saúde das gestantes, com busca ativa às faltosas no pré-natal;
- Identificar gestantes nos extremos de idade (adolescentes e acima de 35 anos) para vigilância à saúde;
- Identificar mensalmente puérperas e recém-nascidos para visita domiciliar;
- Avaliar a captação precoce da gestante (até o quarto mês), com seis consultas, exames e vacinas preconizadas para as gestantes atendidas.

### **- Saúde da Criança e Políticas Públicas**

Parâmetros utilizados para retratar com fidedignidade a saúde da criança são o crescimento e o desenvolvimento interpretados através de gráficos existentes no cartão da criança. O crescimento é um dos melhores indicadores de saúde da criança pela sua estreita relação com fatores ambientais como alimentação, ocorrência de doenças, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico e acesso aos serviços de saúde. Já para o desenvolvimento normal da criança, o mesmo autor, destaca a importância da relação mãe-filho pela total dependência do bebê (BRASIL, 2002).

O acompanhamento pela equipe de saúde desde a concepção da criança é um fato que pode fazer diferença para melhorar a qualidade de vida dessa família bem como evitar alguns problemas comuns na infância. Esse cuidado inicia-se com uma atenção humanizada e qualificada à mulher, desde o planejamento familiar, à gestante e ao

recém-nascido seguindo-se a triagem neonatal com o teste do pezinho, o incentivo ao aleitamento materno, a alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil, o combate à desnutrição/anemias e a imunização com controle através do cartão da criança, a atenção às doenças prevalentes (como diarreia, sífilis e rubéola congênitas, tétano neonatal, HIV e doenças respiratórias/alergias), a atenção à saúde bucal, a atenção à saúde mental, a prevenção de acidentes, maus tratos/violência e trabalho infantil e a atenção à criança portadora de deficiência (BRASIL, 2005).

A utilização do cartão da criança norteia fundamentos básicos de cuidados através da interpretação dos gráficos peso/idade e altura/idade que são marcados por escores onde se identifica o sobrepeso (com percentil  $P > 97$ ), o risco nutricional ( $P$  entre 3 e 10) e a desnutrição ( $P < 3$ ).

**Quadro 1. Interpretação da curva de crescimento/ações na atenção básica.**

<b>Condutas recomendadas para algumas situações de crescimento da criança com até 6 anos de idade</b>			
Posição do peso	Inclinação da curva	Condição do crescimento	Conduta
> P 97	Ascendente	Alerta: risco de sobrepeso e obesidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar a existência de erros alimentares, orientar a mãe para uma alimentação mais adequada de acordo com as normas para alimentação da criança sadia, excetuando-se bebês em aleitamento materno exclusivo. Dietas com restrição calórica só são recomendadas para crianças a partir dos 4 anos com peso/altura &gt; P 97.</li> <li>• Orientar a mãe sobre vacinação, cuidados gerais, higiene e estimulação de acordo com a idade da criança.</li> <li>• Verificar e estimular a atividade física regular, principalmente crianças acima de 4 anos.</li> <li>• Marcar retorno para 30 dias.</li> </ul>

Entre P 97 e P 10	Ascendente	Satisfatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parabenizar a mãe sobre o crescimento satisfatório da criança.</li> <li>• Marcar retorno de acordo com o calendário mínimo de consultas.</li> </ul>
Entre P 97 e P 10	Horizontal ou descendente	Alerta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar possíveis intercorrências que possam justificar a diminuição da velocidade do crescimento e registrá-las no Cartão.</li> <li>• Tratar as intercorrências presentes.</li> <li>• Marcar retorno para 30 dias.</li> </ul>
Entre P 10 e P 3	Ascendente	Alerta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar possíveis causas com atenção especial para o desmame, dentição, intercorrências infecciosas, formas de cuidado com a criança e afeto, informar a mãe.</li> <li>• Tratar intercorrências clínicas, registrando-as no Cartão.</li> <li>• Marcar retorno para 30 dias.</li> </ul>
Entre P 10 e P 3	Horizontal ou descendente	Insatisfatório: classificar como risco nutricional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar possíveis causas com atenção especial para o desmame, alimentação, intercorrências infecciosas, cuidados com a criança, afeto, higiene e informar a mãe.</li> <li>• Tratar intercorrências clínicas, registrando-as no Cartão.</li> <li>• Orientar a mãe sobre alimentação especial visando ao ganho de peso.</li> <li>• Encaminhar para o serviço social, se disponível.</li> <li>• Realizar nova consulta em intervalo máximo de 15 dias.</li> </ul>
Entre P 3 e	Ascendente, horizontal ou	Peso baixo	<p><b>Para crianças menores de 2 anos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a mãe sobre a alimentação complementar adequada para a idade.</li> </ul>



P 0,1	descendente		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retornar no intervalo máximo de 15 dias.</li> <li>• Se a criança não ganhar peso, referir para serviços de recuperação nutricional ou tratar como peso muito baixo.</li> </ul> <p><b>Para crianças maiores de 2 anos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar possíveis causas com atenção especial para o desmame, alimentação, intercorrências infecciosas, cuidados com a criança, afeto, higiene e informar a mãe.</li> <li>• Tratar intercorrências clínicas.</li> <li>• Encaminhar a criança para medir altura, se peso/altura for &lt; P 3, tratar como peso muito baixo ou encaminhar para serviço de maior complexidade de cada localidade ou serviços de referência.</li> <li>• Encaminhar para o serviço social, se disponível.</li> <li>• Realizar nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.</li> </ul>
Abaixo de P 0,1 sem presença de sinais clínicos de desnutrição	Ascendente, horizontal ou descendente	Peso muito baixo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Investigar possíveis causas com atenção especial para o desmame, alimentação, intercorrências infecciosas, cuidados com a criança, afeto, higiene e informar a mãe.</li> <li>• Tratar intercorrências clínicas.</li> <li>• Encaminhar para serviços de maior complexidade de cada localidade ou serviços de referência.</li> <li>• Encaminhar para o serviço social, se disponível.</li> <li>• Ensinar a mãe a preparar e oferecer à criança uma dieta hipercalórica e hiperproteica.</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar a desnutrição em casa ou encaminhar à unidade de maior complexidade de cada localidade ou para serviços de referência.</li> <li>• Realizar nova consulta com intervalo máximo de 15 dias.</li> </ul>
< P 0,13 com presença de sinais clínicos de formas graves de desnutrição	Ascendente, horizontal ou descendente	Formas clínicas de desnutrição proteico- calórica: marasmo, Kwashiorkor ou formas mistas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir imediatamente para serviços de maior complexidade ou serviços de referência.</li> </ul>

Fonte: Ministério da Saúde, 2002.

De acordo com o Ministério da Saúde (2002):

“A avaliação periódica do ganho de peso permite o acompanhamento do progresso individual de cada criança, identificando aquelas de maior risco de morbi/mortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição, causa básica da instalação ou do agravamento da maior parte dos problemas de saúde infantil.”

A lei nº 8.069 dispõe sobre a proteção integral à criança e ao adolescente que devem gozar do direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência; à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis. Então a criança tem direito, dentre outros, à vida e à saúde, à liberdade, ao respeito e à dignidade para um nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 1990).

## **2. OBJETIVOS**

- Elaborar um plano de ação voltado para a prevenção da mortalidade infantil no município de Quixelô-Ce.

### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1. Tipo de estudo**

Trata-se de uma pesquisa-ação. De acordo com Carvalho (2011), na pesquisa-ação o pesquisador está envolvido com a situação e tem mais oportunidade de desenvolver algum nível de confiança com os demais participantes.

#### **3.2. Cenário e período do estudo**

O estudo ocorrerá nas Unidades Básicas de Saúde de Quixelô-Ce, no período de janeiro a abril de 2012.

#### **3.3. Participantes do estudo**

Os participantes serão sete enfermeiros atuantes nos PSF do município de Quixelô, que estão vivenciando em seu ambiente de trabalho o aumento da mortalidade infantil.

#### **3.4. Percurso da Coleta de Dados**

Para a coleta de dados será realizada uma entrevista com os enfermeiros para analisar o conhecimento prévio das causas de mortalidade infantil e a realização de ações preventivas. Também serão utilizadas as informações coletadas nas investigações feitas pela Vigilância Epidemiológica. Serão realizados encontros de educação continuada com os membros da equipe multiprofissional envolvidos no atendimento à gestante/puérpera/criança, focando estudos sobre mortalidade infantil e planejando possíveis ações que evitem os óbitos.

Uma das ações será retomar as reuniões do grupo de gestantes com o Projeto Mamãe e Bebê Saudáveis, que fazia encontros quinzenais com as mesmas ensinando cuidados com o recém-nascido, mudanças na mulher no período da gestação, sinais de alerta e perigo e a confecção do enxoval dentre outras atividades. Será intensificada a conscientização sobre a importância da visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido nos primeiros sete dias pós-parto. Além disso, será incentivada a educação em saúde nos PSF voltadas para gestantes, nos pré-natais, e mães, na puericultura, com vistas a incentivar a equipe a acompanhar todas as crianças menores de ano na consulta de

puericultura, mediante busca ativa às faltosas. Serão desenvolvidos treinamentos com os ACS para acompanhamento mais efetivo às crianças. De acordo com o resultado da coleta de informações e implementação das ações, serão discutidos os achados e os benefícios alcançados dando continuidade e/ou melhorando e acrescentando novas experiências.

### **3.5. Aspectos Éticos**

O projeto de ação será enviado ao Comitê de Ética e será solicitada a anuência da Secretária de Saúde do Município de Quixelô. Serão respeitados os princípios éticos contidos na resolução 196/96 da pesquisa com seres humanos.

## **4. RESULTADOS ESPERADOS: APRESENTAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO**

### **4.1. Definição de problemas**

A definição de problemas é a identificação dos principais problemas de uma comunidade, enfatizando as prioridades. Dentre os principais problemas está o aumento dos óbitos infantis no município, fato de extrema relevância para a saúde coletiva (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011).

Os principais problemas identificados no município de Quixelô são:

- Baixa adesão dos Hipertensos e Diabéticos ao acompanhamento mensal no PSF para controle;
- Uso de medicação em desacordo com prescrição;
- Aumento do peso médio da população;
- Falta de exames para acompanhamento das dislipidemias;
- Não realização da estratificação de risco;
- Níveis glicêmicos descontrolados;
- Dificuldade de acompanhamento de gestantes de alto risco por falta de um profissional especializado;
- Aumento dos óbitos infantis no município;
- Ineficiência do laboratório municipal de realizar os exames necessários e em tempo hábil, principalmente para gestantes;
- Baixa adesão das mulheres para realizar o exame de prevenção do câncer de colo uterino;
- Deficiência no cuidado dispensado às crianças pelos responsáveis e baixas adesões a puericultura.

### **4.2. Priorização do problema**

A escolha dos problemas de acordo com o grau de importância, caracterizando-os como “alto, médio ou baixo”, a urgência na resolução e a capacidade de enfrentamento da equipe diante do problema, que pode estar fora, dentro ou parcialmente dentro da capacidade de resolução (UFC, 2011).

**Tabela 1. Principais problemas identificados no município de Quixelô-Ce.**

<b>Principais problemas</b>	<b>Grau de Importância</b>	<b>Urgência na Resolução</b>	<b>Capacidade de Enfrentamento</b>	<b>Seleção</b>
Aumento dos óbitos infantis	Alto	7	Parcialmente Dentro	7
Realização de um Pré-Natal de qualidade reduzida	Alto	7	Parcialmente Dentro	7
Realização do acompanhamento de Diabéticos e Hipertensos de forma ineficiente	Alto	7	Parcialmente Dentro	6
Funcionamento do laboratório municipal de forma ineficiente	Alto	7	Parcialmente Dentro	7
Numero de prevenção de câncer de colo uterino diminuída	Média	5	Dentro	6

O aumento do número de óbitos infantis é o assunto que escolhemos para elaborar um plano de ação para o TCC.

O município de Quixelô passa por esse aumento no número de óbitos infantis no ano de 2011. Tem sido uma situação que deixa os profissionais da atenção básica preocupados com o aumento repentino quando comparado ao ano de 2010. Algumas

situações são apontadas como causadoras dessa mortalidade e em muitos casos seriam passíveis de soluções.

Os óbitos ocorreram por demora na assistência ao parto por problema no atendimento na referência hospitalar, por malformação que em um dos casos, falha na assistência pré-natal que está associada a condições de acesso ao serviço e fatores econômicos, sociais e culturais da população.

Segundo Malta (2010), as causas de óbitos infantis são classificadas de acordo com os termos evitáveis, não evitáveis e mal definidas. Dentre as causas evitáveis, estão aquelas que podem ser reduzidas: pelas ações de imunização, pela adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido, por adequado diagnóstico e tratamento e por atividades de promoção da saúde vinculadas a atenção em saúde. Através da análise das causas dos seis óbitos neonatais e pós-neonatais que ocorreram em Quixelô no ano de 2011, percebe-se que estão quase todas (6) incluídas nessa categoria.

#### 4.3. Descrição do problema

Para descrição do problema priorizado, utilizaram-se dados do município de Quixelô-Ce dos anos de 2010 e 2011, pois observamos um aumento considerável no número de óbitos infantis, passando de 01 óbito no ano de 2010, para 06 até outubro de 2011, dos quais 5 neonatais e 1 pós-neonatal.

#### **Quadro 2. Mortalidade em menores de ano em Quixelô Ceará- 2006 a 2011 (Até o mês de outubro)**

<b>Ano</b>	<b>Nº óbito neonatal</b>	<b>Nº óbito pós-neonatal</b>	<b>Total</b>
2006	02	02	04
2007	04	-	04
2008	02	-	02
2009	03	01	04
2010	-	01	01
2011 (até outubro)	05	01	06
<b>Total</b>	<b>16</b>	<b>05</b>	<b>21</b>

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), 2011.



Priorizou-se este problema por ter sido o indicador de saúde que mais nos chamou atenção durante a nossa vivência de Estratégia de Saúde da Família neste ano. Esse fato é de extrema relevância para saúde pública do município que denuncia a qualidade do atendimento a mulher na gravidez, parto e puerpério, bem como a atenção deficiente às crianças.

Muitos pontos importantes possuem relação direta com este problema em Quixelô, dentre eles está:

- Não realização de alguns exames complementares durante a gestação;
- Realização dos exames obrigatórios da gravidez com dificuldades, como demora na marcação e entrega de resultados em tempo hábil e falta de credibilidade na qualidade dos exames do laboratório municipal;
- Falta de referência para pré-natal de alto risco;
- Falta do profissional ginecologista/ obstetra, no município, para o acompanhamento das gestantes de risco;
- Dificuldade na realização de ultrassonografias;
- Falta de infraestrutura do Hospital Municipal de Quixelô para atendimento as parturientes de baixo risco;
- Referência (Hospital Regional de Iguatu) para parto de médio e alto risco ineficaz. Gestantes dão mais de uma viagem em ambulâncias de Quixelô para Iguatu, mas em muitos casos são mal atendidas e enviadas de volta para casa. O último óbito infantil possui relação direta com essa ação, pois a gestante estava em pós-datismo e foi enviada para casa por duas vezes e na última passou por uma cesariana de emergência e o recém-nascido foi enviado para Fortaleza às pressas com morte durante a viagem.
- Falta de atendimento humanizado no hospital de referência;
- Falta de compromisso de determinados profissionais que são negligentes em suas condutas.

#### **4.4. Explicação do problema**

As causas de mortalidade infantil no Brasil alteraram-se ao longo das últimas décadas. Nos anos 80, as principais causas de óbitos estavam relacionadas às doenças infecto contagiosas, que sofreram um declínio nas décadas seguintes, crescendo em importância as causas perinatais, que são decorrentes de problemas durante a gravidez,

partos e nascimentos, respondendo por mais de 50 % das causas de óbitos no primeiro ano de vida (BRASIL, 2011).

A seguir, apresenta-se um levantamento das causas de óbitos infantis que ocorreram no município de Quixelô do ano de 2006 ao mês de outubro de 2011. São pontuadas observações para classificar a causa do óbito em prevenível, não prevenível ou indeterminada por falta de dados.

**Quadro 3. Mortalidade em menores de ano por causa ( divisão em prevenível, não prevenível e ignorada ou não avaliada por falta de dados)**

Ano	Causas
2006	<p>1- Insuficiência Respiratória Aguda e Aspiração meconial (pós-datismo e sofrimento fetal); primípara, solteira, procurou atendimento com contrações e foi retornada do Hospital, queixas desde 24/05/2006 com óbito em 02/06/06. Causa de base - demora no atendimento. Causa Prevenível;</p> <p>2- Insuficiência Respiratória Aguda e Septicemia; não amamentação e introdução precoce de fórmulas infantis, infecção – abscesso em região mentoniana, tratada com amoxicilina e abscesso drenou espontaneamente, evoluiu com febre alta, distensão abdominal e choro desesperado, mãe 16 anos. Causa Prevenível;</p> <p>3- Anemia; mãe não aceitou gravidez, não cuidava e nem amamentou, criança tinha infecções recorrentes e palidez, faleceu com 7 meses. Causa de base - Anemia. Causa Prevenível;</p> <p>4- Parada Cardiorrespiratória e Prematuridade. Mãe 17 anos, primeira gravidez, peso de Rn ao nascer de 1542 g , parto cesariano de urgência, 3 consultas de Pré-natal. Causa Parcialmente Prevenível.</p>
2007	<p>1- Prematuridade (gêmeos); causa de base – mãe 19 anos, demora no atendimento hospitalar, 2ª gestação. Causa Parcialmente Prevenível;</p> <p>2-Causa Indeterminada (32 semanas); causas - prematuridade e histórico de infecção respiratória. Causa Não Esclarecida;</p> <p>3- Anomalia Fetal e Anóxia Fetal; causa de base – sem problemas associados ou encontrados. Causa Não Prevenível;</p> <p>4- Prematuridade, Má-Formação de Face, Insuficiência Respiratória. Causa de base - sem problemas associados ou encontrados. Causa Não Prevenível.</p>
2008	<p>1- Prematuridade Gêmeo 1 (2 dias); causa de base – histórico de infecção urinária</p>

	<p>não tratada. Causa Parcialmente Prevenível;</p> <p>2-Prematuridade Gêmeo 2 (2 dias); causa de base. Causa Parcialmente Prevenível.</p>
2009	<p>1- Rn – Falência Múltipla de órgãos, Sepses, Prematuridade; causa de base – histórico de anemia e infecção urinária da mãe. Causa Prevenível;</p> <p>2- Parada Cardiorrespiratória, Insuficiência Respiratória Aguda, Hiplasia Pulmonar, Prematuridade; causa de base – Infecção respiratória da mãe, hemorragia e perda de líquido desde o primeiro trimestre, 27 semanas. Causa Não Prevenível;</p> <p>3- Rn - Insuficiência Respiratória Aguda, Síndrome de Aspiração de Mecônio. Causa de base – demora no atendimento no hospital. Causa Prevenível;</p> <p>4- Encefalite- apresentou convulsões, histórico de infecção respiratória não tratada, 5 meses. Causa Prevenível.</p>
2010	<p>1- Disfunção de múltiplos órgãos e sistemas, sepse, Diarréia (5 meses); causa de base – Diarréia por alguns dias com piora do quadro, iniciou pré-natal tardio, mãe desequilibrada, evoluiu para sepse, carência familiar. Causa Prevenível.</p>
2011 (até outubro)	<p>1- Criança de 5 meses – Infecção respiratória, pneumonia, cardiopatia, histórico de infecções repetitivas. Causa Parcialmente Prevenível;</p> <p>2-Criança com malformação fetal (Rn); causa de base – cardiopatia congênita, hidrópsia fetal, insuficiência respiratória aguda. Causa Não Prevenível;</p> <p>3- Criança do PSF Jiqui* (Lagoa Pé da Serra); causa de base – prematuridade, Anóxia perinatal, septicemia e choque séptico. Causa Prevenível;</p> <p>4- Criança do PSF Jiqui* (Ilha Grande); causa de base – hemorragia pulmonar; encefalopatia e cardiopatia não específica, septicemia. Causa Não Esclarecida;</p> <p>5- Criança do PSF Sede com sofrimento fetal, pós-datismo, Aspiração meconial. Causa Prevenível;</p> <p>6- Mãe com tipagem sanguínea O negativo e histórico de aborto anterior. Na atual gestação apresentou infecção urinária tratada sem controle de cura. Prematuridade. Causa Não Esclarecida.</p>

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade, 2011.

\*O PSF Jiqui fica localizado a uma distância de 35 km da sede do Quixelô e atende essas outras localidades mais distantes, que fazem fronteira com o município de Orós, ficando mais fácil para a população procurar atendimento de saúde no município vizinho.

Compreendemos que o aumento súbito de óbitos infantis no município deve-se em muito a falta de atendimento de qualidade a mulher durante a gestação e parto e ao recém-nascido e que estas causas poderiam ser evitadas em sua grande maioria. Abaixo segue a descrição dessas causas de acordo com a possibilidade de prevenção.

**Quadro 4. Quantidade de óbitos por causas preveníveis, não preveníveis ou causa não esclarecida.**

<b>Quantidade</b>	<b>Condição das causas – Prevenção ou não</b>
09	Prevenível
05	Parcialmente Prevenível
04	Não Prevenível
03	Não avaliada por falta de dados

Para Malta (2010), as causas evitáveis da mortalidade infantil vêm decrescendo ao longo dos anos e isso se deve a melhoria dos serviços de saúde e das condições de vida da população. Podemos concluir que algumas condições poderiam contribuir para que esta realidade fosse à contramão desse fenômeno no município, dentre elas estão:

- Baixo nível socioeconômico da população;
- Dificuldade de acesso a serviços de saúde de qualidade;
- Baixo nível educacional;
- Desemprego;
- Falta de políticas públicas que busquem mudar esta realidade.

#### **4.5. Seleção de “nós” críticos**

São aquelas situações que eu tenho a possibilidade de realizar alguma interferência como ator desse processo de planejamento. A análise do material didático da disciplina Planejamento e Avaliação de Ações de Saúde na aula 04 tópico 03 é que essas causas levam ao problema e que a interferência sobre este tem a função de transformá-lo ou até mesmo solucioná-lo (UFC, 2011).

- Hábitos e estilo de vida da população;
- Comunicação/apoio familiar que interfere na aceitação da gravidez (família/gestante);
  - Relação equipe de saúde e paciente;
  - Nível de informação (gravidez na adolescência) e escolaridade;
  - Processo de trabalho da equipe de saúde (áreas distantes e população carente-dificuldade de deslocamento até o posto de atendimento);
  - Estrutura dos serviços de saúde e de apoio (laboratório);
  - Falta de referência para realização de Pré-Natal de alto risco;
  - Dificuldade de acesso aos serviços de referência em parto de alto risco.

#### 4.6. Desenho das operações

É o planejamento realizado com o intuito de solucionar os nós críticos. São citadas áreas de atuação, ações realizadas e os resultados que se espera alcançar:

- **Hábitos e estilo de vida da população:** Palestras sobre a importância de realizar o pré-natal e capacitação dos agentes de saúde para busca ativa de gestante de risco. **Resultado esperado:** Realizar conscientização de todas as gestantes da necessidade e importância de realizar as consultas de pré-natal e os exames obrigatórios.
- **Comunicação/apoio familiar que interfere na aceitação da gravidez (família/gestante):** Visitas domiciliares apoiando e informando a família a respeito da importância do pré-natal e das alterações fisiológicas e psicológicas da gestação. **Resultado esperado:** Melhor adesão da gestante ao pré-natal contando com apoio familiar.
- **Relação equipe de saúde e paciente:** Realização de encontros em grupos de gestantes socializando as experiências vivenciadas pelas mesmas. **Resultado esperado:** Melhorar a interação entre as gestantes e a equipe de saúde.
- **Nível de informação (gravidez na adolescência) e escolaridade:** Realizar educação em saúde para adolescentes sobre os riscos de uma gravidez nessa idade e sobre os métodos anticoncepcionais para idade. **Resultado esperado:** Conscientizar as adolescentes sobre os riscos que poderão ter em uma gravidez na adolescência e da necessidade do uso de anticoncepcionais e métodos de prevenção contra doenças.

- **Processo de trabalho da equipe de saúde (áreas distantes e população carente- dificuldade de deslocamento até o posto de atendimento):** Realizar visitas domiciliares as gestantes de risco e solicitar aos gestores ou incentivar a comunidade em busca de melhorias no acesso ao posto de saúde. **Resultado esperado:** Evitar agravos durante o período gestacional e puerpério e melhoria do atendimento as gestantes.
- **Estrutura dos serviços de saúde e de apoio (laboratório):** Demonstrar aos gestores a grande necessidade de melhorias na estrutura dos serviços de saúde e de apoio (laboratório). **Resultado esperado:** Melhorar o atendimento dado as gestantes com consultas bem feitas e realização de todos os exames com resultado em tempo hábil.
- **Falta de referência para realização de Pré-Natal de alto risco:** Demonstrar e cobrar dos gestores o atendimento especializado que as gestantes necessitam. **Resultado esperado:** Conscientização dos gestores da necessidade de assistência especializada para diminuição dos índices de mortalidade infantil.
- **Dificuldade de acesso aos serviços de referência para parto de alto risco:** Alertar os gestores sobre a grande importância de solucionar os problemas referentes ao pré-natal de alto risco. **Resultado esperado:** Ação dos gestores em busca de soluções para o problema tentando resolver um grande “calo” da saúde do município.

#### 4.7. Recursos Críticos

São os recursos necessários para execução do plano de ação. São de origem econômica, organizacional, cognitiva e de poder.

- **Econômica:** verbas para solução do problema de infra-estrutura dos serviços de saúde (unidades de Saúde, hospital, laboratório) e contratação de profissionais qualificados e uso racional dos recursos já existentes como forma de priorização da saúde.
- **Organizacional:** manejo da equipe para realizar as atividades educativas, visitas domiciliares e pré-natal de qualidade.
- **Cognitiva:** utilizar algum profissional com experiência na área para conduzir ações que mudem a realidade e realizar capacitação profissional para melhor enfrentar o problema.

- Poder: vontade política para a resolução dos problemas.

#### 4.8. Análise da viabilidade do plano

É necessário identificar os atores que controlam os recursos necessários (críticos) para seguir com algumas estratégias que os tornem sensíveis a causa.

A apresentação desse plano aos gestores municipais (secretária de saúde, prefeito municipal, demais secretários e câmara de vereadores) é uma ação importante na sensibilização da necessidade de colocá-lo em prática.

Temos um fator importante que precisa ser considerado. Através de experiências recentes, percebemos que a motivação dos gestores em colocar planos como este em prática tem sido contrária ao uso dos recursos necessários pelo o ator do plano.

#### 4.9. Elaboração do plano operativo

**Quadro 5. Plano operativo**

<b>Operações</b>	<b>Resultados</b>	<b>Produtos</b>	<b>Operações estratégicas</b>	<b>Prazo</b>
Grupo operativo com gestantes	Aumentar a adesão na realização do pré-natal e melhorar os cuidados básicos com as crianças.	Encontros a cada 15 dias com realização de oficinas para confecção de enxoval e palestras sobre os mais variados temas (retomar o projeto Mamãe e Bebê Saudáveis).	- Apoio dos gestores locais; -Parceria com outras secretarias (ação social).	2 meses para o início
Educação em saúde nas escolas	Diminuir o número de gestantes	Palestras e oficinas programadas	- Apoio dos gestores locais; - Secretaria de	4 meses

	adolescentes e aumentar o uso de métodos de anticoncepcional pelos adolescentes.	nas escolas com profissionais da ESF.	Educação; - Grupo de jovens (pro jovem).	
Educação em saúde	Realizar orientação constante às gestantes em grupo durante as consultas de pré-natal.	Palestras antes de cada atendimento de pré-natal.	Apoio dos gestores locais (não existe local para realizar ação de Educação em saúde).	Depende das reformas e adaptações das unidades básicas que não possuem um espaço para tal ação.
Realização de visitas domiciliares no puerpério e gestante de risco	Melhorar a atenção à gestante e ao RN no período em que mais existe dificuldades que podem interferir nos cuidados da criança (aleitamento, higiene geral, cuidados gerais).	- Necessidade de transporte disponível e dia específico para tal ação; - Ação correta e rápida das Agentes de Saúde em comunicar o enfermeiro e a equipe o mais rápido possível; -Disponibilidade de todos os membros da equipe para realizar a visita puerperal.	- Apoio dos gestores locais; - Ação conjunta das Agentes de Saúde, Enfermeiro, Auxiliar de enfermagem, Odontólogo e Médico da equipe.	Imediatamente.



#### **4.10. Gestão do Plano**

Elaborado o Plano de Ação entraremos em contato com a gestão municipal para apresentá-lo e colocá-lo a disposição para implementá-lo, discutindo com todas as equipes multiprofissionais atuantes na ESF do município a realização das ações consideradas com intuito de melhorar a qualidade da atenção à gestante/puérpera/criança bem como diminuir o indicador da mortalidade infantil, planejando encontros onde possamos analisar os resultados dando continuidade ao plano com sugestões e mudanças que estabeleçam cada vez mais melhorias.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo da especialização em Saúde da Família abordamos os mais diversos assuntos relacionados à realidade vivenciada por muitos de nós na Estratégia Saúde da Família (ESF) e através das disciplinas estudadas encontramos soluções para vários problemas e abrimos espaços para discussões importantes.

Um ponto de extrema relevância foi a elaboração do Plano de Ação, quando nos deparamos com o aumento da mortalidade infantil no município de Quixelô, no ano de 2011. Através do plano identificamos o problema e atentamos para a necessidade de implementar ações voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o atendimento humanizado e qualificado à gestante e à criança, e com isso melhorar a qualidade de vida da população.

Elaborar esse plano de ação contribuiu para enriquecer ainda mais o conhecimento acerca do assunto despertando o desejo de desenvolver estratégias de enfrentamento e resolução dos problemas identificados, mostrando a importância do trabalho em equipe em todas as fases da vida.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm). Acesso em: 18 out. 2011.

BRASIL. 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. **Linhas de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento\\_desenvolvimento.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf). Acesso em: 16 out. 2011.

CARVALHO, J. Métodos e Técnicas de Pesquisa Acadêmica. Universidade Federal do Ceará. Campus Cariri. Curso de Biblioteconomia. 2011. Disponível em: <http://www.slideshare.net/JonathasCarvalho/aula-sobre-mtodos-e-tnicas-de-pesquisa>. Acesso em: 02 out. 2011.

MALTA, Deborah Carvalho 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**, 2010, v. 26, n. 3, p. 481-491 Disponível em: < <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n3/06.pdf> > . Acesso em: 26 ago. 2011.

PORTAL DA SAÚDE. **Evolução da Mortalidade Infantil no Brasil**. Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24437](http://portal.saude.gov.br/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24437) >. Acesso em: 25 ago. 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. Núcleo de tecnologias e educação a distância em saúde. **Curso de especialização em saúde da família: Planejamento e Avaliação das Ações de Saúde**. Fortaleza, 2011. Disponível em: <http://www.medicina.ufc.br/moodle/course/view.php?id=225>. Acesso em: 02 out. 2011.

PLANO DE AÇÃO PARA A PREVENÇÃO DA MORTALIDADE INFANTIL EM  
QUIXELÔ-CE

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

F336p      Feitosa, Gabriela de Sousa.  
              Plano de ação para a prevenção da mortalidade infantil em Quixelô-CE / Gabriela de Sousa  
              Feitosa. – 2011.  
              32 f. : il.

              Monografia (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Universidade Aberta do SUS  
              (UNA-SUS), Núcleo de Tecnologias em Educação à Distância em Saúde-NUTEDS, Curso de  
              Especialização em Saúde da Família, Fortaleza, 2011.  
              Orientação: Profa. Ms. Ivana Cristina Vieira de Lima.

              1. Mortalidade Infantil. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Gestantes. 4. Criança. I. Título.

---

CDD 362.1