



## **ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

### **Projeto de Intervenção:**

**Redução da mortalidade em menores de cinco anos no município de Presidente Epitácio/SP.**

**Aluna: Yanet de la Caridad Duverger Velazquez**  
Orientadora: Elma Pereira dos Santos Polegato

**Presidente Epitácio/SP**

**2015**

**SUMÁRIO**

1. Introdução	
1.1. Identificação e apresentação do problema.....	3
1.2. Justificativa da intervenção.....	4
2. Objetivos	
2.1. Objetivos Gerais .....	6
2.2. Objetivos Específicos.....	6
3. Revisão Bibliográfica .....	7
4. Metodologia	
4.1 Cenário do estudo .....	9
4.2 Sujeitos da intervenção (público-alvo) .....	9
4.3 Estratégias e ações .....	9
4.4 Avaliação e monitoramento .....	10
5. Resultados Esperados .....	11
6. Cronograma .....	12
7. Referências .....	13

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Identificação e apresentação do problema

A área materno-infantil se constitui em importante parâmetro para avaliação das condições de vida e saúde de uma população e um indicador da adequação da assistência obstétrica e neonatal, bem como do impacto de programas de intervenção nessa área (1)

A mortalidade infantil vem diminuindo nos países em desenvolvimento desde o século XX, em razão das melhores condições de vida e saneamento das populações. A partir da década de 60, avanços tecnológicos na área da saúde e programas, como os de imunizações, aleitamento materno e a reidratação oral, preconizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), contribuíram para uma forte redução na mortalidade de crianças no primeiro ano de vida (2)

O óbito infantil é o resultado de uma extensa cadeia de fatores determinantes<sup>5</sup>. Assim, o conhecimento dos fatores associados aos óbitos evitáveis possibilita planejar intervenções mais adequadas às necessidades dos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade.(3)

Verifica-se que muitas causas identificadas poderiam ser evitadas com adoção de medidas de prevenção e promoção, tais como programas de imunização, pré-natal, puericultura e planejamento familiar, além de ações para qualificação das estruturas de saúde e de recursos humanos, principalmente nas unidades básicas de saúde e na rede hospitalar .(4)

Muitas causas de óbitos infantis são consideradas evitáveis, ou seja, os conhecimentos e as tecnologias já existentes permitem intervenções eficazes de modo que tais condições jamais ou raramente evoluam a óbito. Muitas das causas encontradas em estudos feitos revelaram a potencial evitabilidade desses eventos, uma vez que se constituem em "*mortes preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde que estejam acessíveis em um determinado local e época*" (5)

No Brasil, o coeficiente de mortalidade infantil, que em 1960 foi de 121,1 por mil nascidos vivos<sup>1</sup>, diminuiu para 49,4 em 1990 e, em 2002, para 25,1(6)

No entanto, as grandes desigualdades existentes na distribuição desses óbitos demonstram que as intervenções em saúde têm beneficiado de forma mais acentuada as crianças de populações mais ricas, e que as crianças de baixa inserção socioeconômica têm maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde e de receberem tratamento adequado. Essa situação de iniquidade pode ser revertida com políticas públicas direcionadas às necessidades das populações mais pobres e vulneráveis (7,8, 9)

De acordo com os resultados da pesquisa publicada na revista The Lancet, o Bolsa Família reduziu de 17,0% a mortalidade geral entre crianças nos municípios onde tinha alta cobertura, sendo que esta redução foi ainda maior quando se considerou a mortalidade específica por algumas causas como desnutrição (65,0%) e diarreia (53,0%) . (10)

O Programa Saúde da Família (PSF) contribuiu também na redução da mortalidade em menores de cinco anos em efeito sinérgico com o Programa de Bolsa da Família (PBFA) explicação do efeito do Programa Bolsa Família (PBFA) é que o aumento da renda possibilitada pela transferência de benefícios permite o acesso a alimentos e outros bens relacionados com a saúde. Esses fatores ajudam na redução da pobreza das famílias, melhora as condições de vida, elimina as dificuldades no acesso à saúde e conseqüentemente, contribui para diminuição das mortes entre crianças.(11)

### 1.2. Justificativa da intervenção

A cidade de Presidente Epitácio teve origem na necessidade, no início do século XX, da construção de uma estrada de rodagem que ligasse o trecho compreendido entre o "sertão desconhecido" e desabitado desta parte do Estado de São Paulo, com o sul de Mato Grosso (atual Mato Grosso do Sul). Localiza-se a 650Km da capital São Paulo e 90 Km da capital regional (Presidente Prudente) tem como municípios limítrofes Caiuá, Panorama e Teodoro Sampaio, o município de Presidente Epitácio encontra-se as margens do Rio Paraná, na região oeste do estado de São Paulo. Tem uma extensão territorial de 1.282 km<sup>2</sup>. Localizado no oeste do estado de São Paulo, fazendo divisa com o Estado do Mato Grosso do Sul, Localiza-se a uma latitude 21°45'48" Sul e a uma longitude 52°06'56" Oeste, estando a uma altitude de 310 metros. Com a população estimada em um total de 41.318 habitantes, Presidente Epitácio é o terceiro município mais populoso do oeste do estado, conforme contagem realizada em 2010 pelo IBGE. A população economicamente ativa (faixa dos 15 aos 59 anos) é de 64,33%. Encontra-se em zona urbana **93,3%** da população municipal, sendo que desta, 48,9% são do sexo masculino e o restante do sexo feminino. A zona rural concentra apenas **6,7%** da população total. A população menor de cinco anos são de 2735. Tem cinco assentamentos que são:

1. Porto Velho
2. Lagoinha
3. Engenho
4. São Paulo
5. CESP

A cidade tem uma densidade demográfica de 32,24 hab/km<sup>2</sup>, um índice de Desenvolvimento humano de 0,766 médio e um PIB 361 370, 615 mil, e um PIB percapita 8 862, 55, e incidência da pobreza 31,31%. A estrutura dos recursos de saúde esta composta por:

- Um Centro De Saúde.

## L

- 9 Equipe de Saude Familiar.
- 1 PACS.
- Uma institucao filantropica( Santa Casa de Misericordia).
- 3 Salas de vaccinacao.
- Dois Dispensarios de Medicamentos.

Na cidade se ha observado um aumento da mortalidade infantil em o menor de cinco anos sobretudo por causas potencialmente evitáveis em populações de risco social, embora não exista investigações de intervenção sobre o tema. Fazendo um estudo retrocativo de 10 anos, da mortalidade infantil em menores de cinco anos se pode afirmar que não existido mudanças significativas em na disminucao da mortalidade infantil na cidade a pesar da implantação da Estratégia de Saúde Familiar iniciada em 1999 e que hoje conta com 9 Equipes com uma cobertura assistencial de 71,5 %.(12)

Em o ano 2014 a cidade aporto un 53,8% não mortalidade infantil do extremo oeste paulista , com uma ligeira diminuição .(13) Por estas razões e tomando em conta que a cidade tem potencialidade para desenvolver estrategias de intervenção nas áreas de saúde este trabalho se propone estabelecer uma estrategia para desenvolver atividades de atenção primaria que provoquem a reducao da mortalidade sobretudo por causas evitáveis.

L

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

1. Implantar uma estratégia de saúde familiar para reduzir a mortalidade em crianças menores de cinco anos em aproximadamente 70,0% do patamar atual na cidade de Presidente Epitácio/SP.

### **2.2. Específicos**

1. Determinar o perfil dos nascimentos e mortes em menores de cinco anos.
2. Determinar os fatores de risco de óbito em menores de cinco anos
3. Identificar características de subgrupos populacionais expostos ao maior risco de morte.
4. Capacitar multiplicadores para o desenvolvimento das ações de prevenção.

### 3. Revisão Bibliográfica

O conceito de morte evitáveis define aquelas mortes que poderiam ter sido evitadas em sua totalidade ou em parte pela presença de ser vícios de saúde efetivos. Este indicador é sensível a qualidade e diversidade da atenção à saúde prestada pelo sistema de saúde, sendo a medida de resultado ou impacto dos serviços de saúde (13). Segundo Organização da Saúde, um indicador infantil, ou principal da Saúde pública Mortalidade. Ela mede a Quantidade de Crianças que morrem antes de atingir um Idade anos. A taxa criança Mortalidade É obtida por Meio do crianças número de um dado local (Cidade, Região, país, continente) que morrem antes de completar um ano, a cada mil nascidas vivas. Esse dado é Um aspecto de fundamental importância para avaliar a Qualidade de vida, pois, por Meio DELE, É Possível Obter INFORMAÇÕES sobre a eficácia de dois Serviços públicos, como saneamento básico Taís, Saúde sistema, remédios disponibilidade e Vacinas, Acompanhamento médico, Educação, maternidade, adequada Alimentação, Outros entre. (14)

Ou Brasil diminuiu como taxa criança Mortalidade da nas últimas décadas, como tradicionalmente l contribuindo medidas implementadas no âmbito nd Primária Atenção pré-natal materno exclusivo como aleitamento Atenção, reidratação terapia oral, incentivo e imuniza ao de Crianças e grávidas. No entanto devem ser aumentados a partir de intervenções Ações duas Equipes de Saúde da família relacionadas com a monitorização mortes infantis.

A Estratégia Saúde da família de e uma das principais estratégias de reorganização dois vícios Saúde estar no Brasil. Privelegiado-set é como um locus para Implantação dá Vigilância fazer mortalidade infantil. Encaminhar desen Mais em Suas Ações ao redor na Prevenção com ou diminuir alvo taxa de Mortalidade infantil por causas evitáveis. (15).

Na década de 80 com base na análise das condições sanitárias e epidemiológicas da população brasileira, foi elaborado Programa de Assistência Integral Child Health (PAISC). O principal objectivo era garantir atenção integral à criança por meio de ações básicas e respostas do sector da saúde a danos mais freqüentes e mais pesado na mortalidade de crianças de 0-5 anos de idade (8). Focando atenção integral para a saúde das crianças, foram propostas cinco ações básicas: promoção do aleitamento materno e orientação alimentar no primeiro ano de vida, controlar a diarreia, controle das doenças respiratórias na infância, imunização e vigilância crescimento e desenvolvimento; como uma metodologia para organizar o cuidado nessa faixa etária (14).

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou uma Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (13). Neste documento, os cuidados com a saúde das crianças são consideradas ações essenciais do Ministério da Saúde, enfatizando uma atenção integral e multidisciplinar para a compreensão das necessidades e direitos da criança como indivíduo, destacando a responsabilidade de prestar cuidados de saúde qualificado e humanizado, a mortalidade infantil continua a ser um grande desafio para o país. Como princípios orientadores o cuidado de saúde, planejamento do desenvolvimento da criança e ação intersetorial em destaque; acesso universal; O hospedeiro; responsabilidade; atenção

## L

integral; a assistência operativa; equidade; trabalho em equipe; o desenvolvimento de uma ação coletiva com ênfase em ações de promoção da saúde; participação da família; controle social na gestão local; e avaliação contínua e sistemática da assistência prestada. (14)

Em relação respostas às necessidades de prevenção e tratamento, o conjunto de ações visa cuidado integral fornecido pelos serviços de saúde, movendo-se com base em assistência específica à patologia para um tipo de atendimento que inclui a abordagem criança no processo de desenvolvimento e crescimento. Propõe-se a garantir a cobertura de cuidados básicos de saúde, com o aumento da sua capacidade operacional. A abordagem anterior enfatizado o controle individual da doença, a partir de agora para a atenção integral de tratamento e prevenção de doenças prevalentes na infância. Existe uma grande noção de desenvolvimento infantil, enfatizando a qualidade de vida eo bem-estar das crianças e suas famílias. (14)

Quanto esforços, podemos citar que o governo tem se esforçado para fornecer estratégias de segurança e de continuidade através do programa AIDPI PSF e, com foco em controle do crescimento e desenvolvimento da criança. Estratégias de adaptação AIDPI para atender às necessidades de várias regiões do país, através da formação de profissionais de saúde, incentivos para a incorporação de AIDPI no ensino de graduação, fortalecimento da participação da comunidade no cuidado a criança, maior acesso aos cuidados em saúde básica da criança, ea expansão das equipes de saúde da família, todas estas medidas estão sendo de grande importância (14).



### **3. METODOLOGIA**

#### **3.1 Cenários do estudo**

O cenário de estudo envolve todo o município, em especial as Unidades de Saúde da Família, locais onde ocorrerão as palestras educativas sobre os principais riscos de óbito em menores de cinco anos e as medidas para evitar. Caso seja necessário, outros espaços comunitários também poderão ser utilizados.

#### **3.2 Sujeitos da intervenção (público-alvo)**

A intervenção envolverá a população de crianças menores de cinco anos de idade residentes na cidade de Presidente Epitácio/SP.

#### **3.3 Estratégias e ações**

No desenvolvimento deste plano de ação serão necessários, a saber:

- I. Reunião com representantes da Secretaria da Saúde, representantes legais da comunidade para informar do objetivo e resultados esperados da investigação e para formalizar as ações que serão realizadas
- II. Reunião ao com toda equipe e multiplicadores para formalizar e dividir as funções da equipe nas atividades com capacitação dos agentes comunitários de saúde que serão os multiplicadores para a pesquisa ativa da população de risco.
- III. Organização dos recursos didáticos a serem utilizados nas ações de educação em saúde.
- IV. Execução das atividades que envolvem, a saber:
  - a. Criação dos grupos de apoio com as mães e responsáveis legais das crianças nas comunidades com o objetivo de conhecer as preocupações, incertezas das mães em relação aos cuidados de suas crianças e as principais necessidades de aprendizagem.
  - b. Palestras para as mães e a família sobre as principais causas evitáveis de óbito infantil em menores de cinco anos.
  - c. Pesquisa ativa de ESF da população em risco.
  - d. Avaliação dos impactos esperados.
  - e. Apresentação dos resultados para a comunidade em geral.

#### **3.4 Avaliação e monitoramento**

A avaliação e monitoramento ocorrerão nas próprias USFs durante as consultas, quando o médico avaliará a condição clínica das crianças menores de cinco anos de idade, também através de arguições junto às mães e familiares que acompanham a criança na consulta.

L

Durante as reuniões mensais que serão realizadas com todo o equipe de saúde será discutido o desenvolvimento do projeto para possíveis intervenções se necessárias.

L

#### **4. RESULTADOS ESPERADOS**

Com este estudo se espera reduzir em aproximadamente 70,0% o número de óbitos em menores de cinco anos envolvendo de forma ativa as mães e familiares.

L

**5. CRONOGRAMA**

Atividades (2015)	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez
Elaboração e aprovação do Projeto	X	X	X	X	X							
Elaboração de instrumentos de avaliação					X							
Apresentação para equipes e comunidade					X							
Preparação da equipe que vai intervir no estudo e coleta de dados					X	X						
Aplicação do instrumento							X	X	X	X		
Análise dos resultados									X	X		
Elaboração de relatório final											X	
Apresentação dos resultados para equipes e comunidade											X	X

## 6. REFERÊNCIAS

1. Gastaud AI; Honer MR; Cunha RV. Infant mortality and its preventability in Mato Grosso do Sul State, Brasil, 2000-2002. *CAD Saúde Publica*; 24(7):1631-40, 2008 jul.3
2. Ferrari Pimenta Rosangela Aparecida; Bertolozzi Maria Rita; Dalmas Jose Carlos; Giroto Edmarlon. Fatores determinantes da mortalidade neonatal em um municipio da Regiao Sul Do Brasil. *Rev ESC \_enferm USP*; 47(3):531\_8,2013 jun.
3. Jobim R; Aerts D. Avoidable infant mortality and associated factors in Porto Alegre, Southern Brazil, 2000- 2003. *CAD Saúde Publica*;24(1):179-87, 2008 jan.
4. Mathias TA; de Assunção AN; da Silva GF, Infant deaths investigated by the prevention Committee of Infant Mortality in region of Parana State. *Rev ESC Enferm USP*; 42(3):445-53, 2008 Sep.
5. Boeing AF; Boeing AC Infant mortality from preventable causes in Brasil: an ecological study in 2000-2002. *CAD Saúde Publica*; 24(2):447-55, 2008 feb.
6. UNICEF. Brazil, statistic. [http://www.UNICEF.org/infobycountry/Brasil\\_statistics.HTML](http://www.UNICEF.org/infobycountry/Brasil_statistics.HTML). ( accessed april 8, 2015).
7. Bezerra Filho Jose Gomes ; Kerr Ligia Regina; Mina Daniel de Lima ; Barreto Mauricio Lima. Distribuicao espacial da taxa de mortalidade infantil e principais determinantes no Ceara, Brasil, no periodo 2000-2002. *CAD Saúde Publica* ; 23(5): 1173-85, 2007 may.
8. Maia Livia Teixeirade Souza; Wayner Vieira de Souza; Mendes Antonio da Cruz. Differences in risk factors for infant mortality in five Brazilian cities: a case -control study based on the Mortality Information System and Information System on Live Births. *CAD Saúde Publica*;28(11):2163-76, 2012 Nov.
9. Souza Jose Roberto; Nations Marilyn. Multiples perceptions of infant mortality in Ceará State, Brasil. *CAD de saúde Publica* ; 27(2):260-8, 2011 Febr.
10. Rasella, Davide; Aquino Rosana; Santos AT Carlos; Paes-Souza Romulo; Barreto L. Mauricio. Efeito de um programa de transferência condicional de renda sobre a mortalidade na infancia : uma análise nacional dos municípios brasileiros. *The Lancet*, Volume 382, Issue 9886, 57 - 64, 6 July 2013.
- 11.. Brasil. Ministério do Desenvolvimento social e combate a fome. Matriz de informação social. [http://aplicações.mds.gov.br/sagi/mi2007/tabelas/mi\\_social.php](http://aplicações.mds.gov.br/sagi/mi2007/tabelas/mi_social.php)(acesso abril 14, 2015).
12. Centro de Procesamento de dados, Secretaria Municipal de Saude. Mapa de Saúde Presidente Epitaceo. Presidente Epitaceo- São Paulo. 2015.
13. Carvalho Debora; Duarte Carmen Elisabeth; Cortez Escalante Juan José; Furquim De Almeida Márcia; Vasconcelos Sardinha Luciana ;

Marques Macario Eduardo; Monteiro Rosane Aparecida; Libânio de Moraes Neto Otaliba. 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 vol26 no.3 Rio de Janeiro mar 2010.

14. Glória Lúcia Alves Figueiredol; Débora Falleiros de Mello. Atención a la salud del niño en Brasil: aspectos de la vulnerabilidad programática y de los derechos humanos Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.15 no.6 Ribeirão Preto Nov./ Dez 2007.
15. Santana Marta; Aquino Rosana; Medina Maria Guadalupe. Efeito da Estratégia Família na vigilância de óbitos infantis. Rev. Saúde Pública vol. 46 no.1 São Paulo fev.2012 Epub 13-Dez-2011.
16. <http://www.svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/infantil.show.mtw>.
17. Ferrari Pimenta Rosangela Aparecida ; Bertolozzi Maria Rita. Mortalidade post-neonatal no territorio brasileiro: uma revisão da literatura . Rev ESC \_enferm USP; 46(5): 1207 -14, 2012 Oct.
18. Franca Inacia Satira; Simplício Daniela da Nobrega; Alves Fabiana Paulino; Brito Virginia Rossana de Sousa. Cobertura vacinal e mortalidade em Campina Grande, PB, Brasil. Rev Brás Enferm;62 (2):258 - 64 , 2009 Mar -Apr.