



Incidência de agravos prevalentes em lactentes na Atenção Primária à Saúde: estudo de coorte

Incidence of prevalent diseases in infants in Primary Health Care: a cohort study

Incidencia de enfermedades prevalentes en lactantes en Atención Primaria de Salud: estudio de cohort

Como citar este artigo:

Bartsch L, Cavalheiro VS, Couto KV, Limberger DC, Ribeiro AC, Fontana DR, Jantsch LB. Incidence of prevalent diseases in infants in Primary Health Care: a cohort study. Rev Esc Enferm USP. 2025;59:e20240358. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0358en>

Luana Bartsch¹
Veronica Souza Cavalheiro¹
Keli Verissimo Couto¹
Débora Cristina Limberger¹
Aline Cammarano Ribeiro²
Darielli Resta Fontana¹
Leonardo Bigolin Jantsch¹

¹ Universidade Federal de Santa Maria, Palmeira das Missões, RS, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To analyze the health problems prevalent in infants in the first year of life in a municipality in northern Rio Grande do Sul. **Method:** This is a retrospective, documentary cohort study, with a search in electronic medical records of Primary Health Care services for live births in 2022. These participants were followed through access to the electronic medical record report from January 29, 2022 to December 30, 2023, excluding the neonatal period. Data were analyzed using frequency comparison. **Results:** More than half of the children monitored in the cohort received at least one treatment for a prevalent childhood condition; approximately 43% received two treatments; and 30% received three treatments in the first year of life in Primary Care. Most of the problems are associated with respiratory conditions, begin after the 2nd month of life, and persist until the 10th month. **Conclusion:** The importance of continuous monitoring and appropriate preventive and therapeutic interventions during the first year of life and at critical moments is highlighted.

DESCRIPTORS

Child Care; Infant; Primary Health Care; Integrated Management of Childhood Illness.

Autor correspondente:

Leonardo Bigolin Jantsch
Av. Independência, nº 3751, Vista Alegre
98300-000 – Palmeira das Missões, RS, Brasil
leonardo.jantsch@ufsm.br

Recebido: 24/10/2024
Aprovado: 12/03/2025

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), considerada inicialmente como a porta de entrada do sistema de saúde, assume lugar de evidência, mais precisamente na Rede de Atenção à Saúde (RAS), atuando como ponto central de comunicação, organização e coordenação do cuidado em saúde no Brasil. Nesse contexto, a estratégia prioritária de expansão, fortalecimento e qualificação da APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta tem alcançado resultados significativos nos indicadores de saúde, eficiência e equidade⁽¹⁾. Mas é necessário conhecer o nível de resolutividade da APS, pois influencia o processo de saúde-doença dos indivíduos, permitindo identificar as falhas na assistência que podem resultar em complicações à saúde e hospitalizações, quando não são resolvidas e acolhidas⁽²⁾.

No contexto da saúde infantil, dentro da APS, reconhece-se que os principais agravos de saúde estão relacionados à avaliação do desenvolvimento e crescimento infantil, bem como atenção aos agravos prevalentes na infância⁽³⁾, situações essas reconhecidas também dentro das rotinas da puericultura ou demandas espontâneas.

O cuidado com a criança na primeira infância é importante, visto que nessa fase ocorrem o desenvolvimento do sistema nervoso e a aquisição de capacidades, com maior facilidade para o desenvolvimento de habilidades futuras. Além disso, destaca-se a relevância do período neonatal (zero a 28 dias) e dos primeiros mil dias, fase de desenvolvimento único neurológico, emocional, cognitivo e psicomotor. Entretanto, é nessa faixa etária que a criança pode estar suscetível a doenças e agravos⁽⁴⁾.

A saúde da criança tem sido uma prioridade nas agendas políticas do Brasil há décadas, resultando em avanços significativos. Um marco importante nesse contexto foi a introdução, em 1996, da estratégia de Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI), que é utilizada para o seguimento do cuidado da saúde infantil na APS. Essa estratégia visa fomentar ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, detecção precoce e tratamento efetivo dos principais agravos que afetam a saúde infantil. A implementação da AIDPI tem sido associada a uma redução significativa nas taxas de mortalidade infantil por essas doenças, e vem auxiliando no pleno desenvolvimento infantil, sendo um suporte de pesquisa para identificar e tratar os agravos infantis que convergem, em sua maioria, com as Interações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP)⁽³⁾.

No ano de 2015, um avanço significativo na saúde da criança foi alcançado com a publicação da Portaria nº 1.130, que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). A PNAISC está estruturada em eixos. Destaca-se o eixo IV “Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas”, em que são discutidos os agravos da infância com olhar ampliado, bem como as doenças crônicas, com o intuito de desenvolver estratégias, diagnóstico precoce e proporcionar cuidado qualificado^(5,6).

De acordo com a estratégia AIDPI, são considerados agravos prevalentes um conjunto de doenças com maior incidência na infância. Os mais comuns são: agravos respiratórios, como tosse ou dificuldade para respirar, que estão associados à pneumonia, sibilância, infecção aguda ou crônica do ouvido e infecção de

garganta; agravos febris, incluindo doenças febris e malária em áreas de risco; agravos diarreicos, como desidratação, diarreia persistente e disenteria; e agravos nutricionais, relacionados à desnutrição, anemia e outros problemas de crescimento⁽⁷⁾.

Entre esses agravos, a literatura indica que as doenças respiratórias estão entre as principais causas de morbidade em crianças no Brasil, sendo destacadas como causas de internações hospitalares por condições sensíveis à APS. Isso ressalta a importância de um sistema de APS robusto e eficaz para a prevenção e manejo dessas doenças, reduzindo, assim, a necessidade de hospitalizações⁽⁸⁾. Vale destacar que a literatura traz a estratégia AIDPI como prática do profissional enfermeiro durante a puericultura e que ainda há prevalência de óbitos infantis por causas evitáveis que poderiam ser prevenidas e tratadas com ações de saúde e conduta qualificada baseada na AIDPI⁽⁹⁾. Mas, para isso, é necessário identificar os principais agravos acolhidos, sua incidência e fatores de risco para a população de menores de 1 ano, período etário de maior vulnerabilidade na infância⁽¹⁰⁾. Para isso, o presente estudo tem como objetivo analisar os agravos de saúde prevalentes em lactentes no primeiro ano de vida em um município do norte gaúcho.

MÉTODO

TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo originado de projeto de pesquisa matricial intitulado “Agravos de Saúde e seguimento de lactentes na primeira infância: um estudo de coorte”, sendo este um estudo de coorte ambidestra (retrospectiva e prospectiva) e documental.

LOCAL, POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

O local do estudo refere-se ao município de Palmeira das Missões, localizado na região noroeste do Rio Grande do Sul, com população de 33.216 habitantes⁽¹¹⁾. A rede municipal de atenção à saúde da população é constituída por 11 ESFs, o que representa uma cobertura de 100%.

Trata-se de estudo de caráter populacional que incluiu como participantes a coorte de nascidos vivos, do município de Palmeira das Missões, RS, que nasceram no ano de 2022 (01 de janeiro a 31 de dezembro de 2022) e residiam no município no momento da coleta dos dados. Conforme o relatório disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde, foram 383 nascimentos de residentes em Palmeira das Missões no ano de 2022 (N = 383).

Os participantes foram recrutados por meio de acesso da lista de nascidos vivos (contendo nome completo da criança, nome da mãe e data de nascimento). Foram excluídos aqueles que, no momento da coleta dos dados, possuíam endereço de residência fora do município, cenário do estudo, totalizando, ao final da coleta de dados, 350 participantes (N = 350).

COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de acesso aos prontuários eletrônicos nos serviços de saúde do município, E-SUS (prontuário da APS). Para o recorte deste estudo, os dados de seguimento e agravos na infância foram coletados a cada acesso/registro nos prontuários eletrônicos dos participantes,

no período de 29 de janeiro de 2022 a 30 de dezembro de 2023, tendo em vista que esse foi o período em que as crianças tiveram entre 28 e 365 dias de vida, com o intuito de excluir o período neonatal. Utilizou-se como ferramenta para a coleta dos dados a plataforma *Google Forms*, que gera eletronicamente uma planilha *Excel*.

O instrumento para coleta de dados foi um formulário semiestruturado construído com base nos manuais do Ministério da Saúde⁽¹²⁾, manual da AIDPI (versão 2012 (neonatal) e versão 2017 (2 meses a 5 anos)) e literatura pertinente na área⁽¹³⁾. As variáveis utilizadas foram: caracterização demográfica (moradia urbana/rural) e materna (idade materna); sexo (masculino e feminino) e cor/raça (brancos/não brancos) da criança; número e frequência recomendados de consultas de seguimento na puericultura; profissional de atendimento; e agravos na primeira infância, com o desfecho analisado neste estudo (desenvolvimento de agravo prevalente no primeiro ano de vida), classificados conforme Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP) ou Classificação Internacional de Doenças (CID) disponibilizado pelo profissional que realizou o atendimento. Esse CID ou CIAP foi classificado conforme os agravos descritos no manual da AIDPI pelos pesquisadores do estudo, sob supervisão do pesquisador responsável. Por tratar-se de estudo documental, sob análise dos registros de atendimento na APS, perdas de seguimento não foram consideradas.

ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados, sob a perspectiva de caracterização, em formato descritivo (frequência relativa (%) e frequência absoluta(n)). Para comparação das variáveis independentes, como idade materna, local da residência, cor/raça e frequência das consultas de seguimento em puericultura, com os desfechos analisados neste estudo (desenvolvimento de agravo prevalente no primeiro ano de vida), foram utilizados comparação de frequência e Risco Relativo, dependendo da característica da variável, assim como comparação de média e teste T, definido após teste de normalidade dos dados. Para comparação da idade do primeiro agravo com o tipo de agravo, condutas e profissional de atendimento, foi utilizado o teste de Kruskal-Wallis.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria, *Campus* Palmeira das Missões, sob Parecer nº 6.494.336 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética 74518823.9.00005346, em outubro de 2023. A pesquisa está em conformidade com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, e a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais, Lei nº 13.709/2018, especialmente o que rege seu artigo 7 (“IV - para a realização de estudos por órgão de pesquisa, garantida, sempre que possível, a anonimização dos dados pessoais”). Foi utilizado como instrumento de consentimento o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Dos 350 prontuários analisados, 52% são de crianças do sexo feminino, e a raça/cor majoritariamente foi a branca (96%), residindo na área urbana do município (94%). A média da idade

materna foi de 28 anos ($DP \pm 6,5$ anos). Quanto à caracterização dos atendimentos dos 28 aos 364 dias de vida desta coorte de acompanhamento, a Tabela 1 descreve o número de atendimento e a média de idade nos atendimentos.

Mais da metade das crianças acompanhadas na coorte obteve no mínimo um atendimento por agravo prevalente na infância; cerca de 43% tiveram dois atendimentos; e 30% tiveram três atendimentos no primeiro ano de vida. Em sua maioria, os agravos estão associados à disfunção respiratória. Quanto ao tipo de agravo e profissional que realizou o atendimento, destaca-se a Tabela 2.

Na análise entre o agravo AIDPI e o profissional que realizou o atendimento, destaca-se que o profissional médico da ESF atendeu mais agravos por disfunção respiratória (66,1), diarreia (70,0), febre (62,2) e problema no ouvido (58,3). O profissional enfermeiro realizou mais atendimentos relacionados à dor de garganta (45,5) e alergias (34,3). Enquanto isso, o profissional pediatra atendeu os agravos de problema no ouvido (33,3) e desnutrição/anemia/problema de crescimento (28,6). Na totalidade, o profissional médico da ESF desempenhou o maior número de atendimentos, com quase 60% dos atendimentos, seguido do enfermeiro, com aproximadamente 25%, e do pediatra, com 15,7%. A Tabela 3 descreve os fatores de risco identificados para o desenvolvimento de, no mínimo, um agravo no primeiro ano de vida de atendimento na APS.

Tabela 1 – Caracterização do número de atendimentos no primeiro ano de vida e a classificação dos agravos de acordo com atenção integral às doenças prevalentes da infância – Palmeira das Missões, RS, Brasil, 2024.

Número de atendimentos	n(%)	Média (meses)	Mínimo-Máximo (meses)
Um atendimento	192(54,9)	4,9(3,1)	1–11,7
Dois atendimentos	150(42,9)	5,8(2,9)	1,1–11,9
Três atendimentos	105(30,0)	7,0(2,9)	1,4–11,76
Quatro atendimentos	66(18,9)	7,5(3,1)	1,11
Cinco atendimentos	45(12,9)	8,3(2,6)	0,9–11,37
Seis atendimentos	20(5,7)	8,6(2,9)	2,9–11,9
Sete atendimentos	11(3,1)	8,3(3,0)	3,3–11,6
Oito atendimentos	8(2,3)	8,1(2,9)	3,7–11,7
Nove atendimentos	5(1,4)	8,7(1,7)	6,1–10,2
Dez ou mais atendimentos	17(4,8)	9,9(1,5)	8,3–11,9
Agravos (Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância)			
Disfunção respiratória	283(52,4)		
Diarreia	30(5,6)		
Febre	45(8,3)		
Problema no ouvido	12(2,2)		
Dor de garganta	11(2,0)		
Desnutrição/anemia/problema de crescimento	14(2,6)		
Alergias	35 (6,5)		
Outros	110(20,4)		

Tabela 2 – Relação entre o agravo na atenção integral às doenças prevalentes da infância e o profissional que realizou o atendimento na atenção primária à saúde – Palmeira das Missões, RS, Brasil, 2024.

Agravo	Enfermeiro	Médico da ESF	Pediatra	Total	Valor de p*
Disfunção respiratória	54(19,1)	187(66,1)	42(14,8)	283(100,0)	<0,001
Diarreia	5(16,7)	21(70,0)	4(13,3)	30(100,0)	
Febre	9(20,0)	28(62,2)	8(17,8)	45(100,0)	
Problema no ouvido	1(8,3)	7(58,3)	4(33,3)	12(100,0)	
Dor de garganta	5(45,5)	6(54,5)	0(0,0)	11(100,0)	
Desnutrição/anemia/problema de crescimento	3(21,4)	7(50,0)	4(28,6)	14(100,0)	
Alergias	12(34,3)	16(45,7)	7(20,0)	35(100,0)	
Outros	45(40,09)	49(44,5)	16(14,5)	110(100,0)	
Total	134(24,8)	321(59,4)	85(15,7)	540(100,0)	

Legenda: ESF – Estratégia Saúde da Família; *Teste qui-quadrado.

Tabela 3 – Fatores de risco para o desenvolvimento de agravos no primeiro ano de vida – Palmeira das Missões, RS, Brasil, 2024.

	Agravo 1º ano		RR(IC)	Valor de p***
	Sim	Não		
Agravo neonatal*				<0,001
Sim	3(9,4)	29(90,6)	1	
Não	189(59,4)	129(40,6)	14,163 (4,225–47,474)	
Sexo				0,933
Masculino	92(55,1)	75(44,9)	1,018(0,668–1,552)	
Feminino	100(54,6)	83(45,4)	1	
Local de residência				
Urbano	185(56,4)	143(43,6)	2,772(1,101–6,976)	0,025
Rural	7(31,8)	15(68,2)	1	
Raça/cor				0,706
Branca	183(55,1)	149(44,9)	1	
Não branca	7(50,0)	7(50,0)	0,814(0,279–2,373)	
Puericultura no 1º mês*	53(39,6)	81(60,4)	1,446(0,934–2,238)	0,061
Puericultura no 2º mês*	75(65,2)	40(34,8)	1,891(1,192–2,999)	0,006
Puericultura no 4º mês*	53(66,3)	27(33,8)	1,850(1,098–3,116)	0,020
Puericultura no 6º mês*	55(65,5)	29(34,5)	1,7886(1,072–2,974)	0,025
Puericultura no 9º mês*	40(72,7)	15(27,3)	2,509(1,328–4,738)	0,004
Puericultura no 12º mês*	63(71,6)	25(28,4)	2,598(1,540–4,382)	<0,001

Legenda: *Ter desenvolvido agravo atendido na APS no período neonatal; **Estar com número de consultas adequadas conforme orientação Ministério da Saúde, Brasil; ***Teste qui-quadrado; IC – Intervalo de Confiança; RR – Risco Relativo.

Crianças que não desenvolveram agravos no período neonatal têm 14 vezes mais risco de ter agravo ao longo do primeiro ano de vida. Há também uma diferença significativa no que tange ao local de residência, com um risco aproximadamente 3 vezes maior para quem vive em áreas urbanas, quando comparado com quem vive em áreas rurais. No que se refere ao acompanhamento na puericultura, fica evidente que as crianças com maior número de consultas de puericultura também apresentaram risco aumentado para o atendimento de agravos. A Tabela 4 mostra as condutas adotadas para cada atendimento de agravo no primeiro ano de vida e o profissional que orientou a conduta.

As condutas dos atendimentos variam de acordo com a classificação do agravo pela AIDPI. A grande maioria das condutas

foi de alta do episódio (sem encaminhamento) para disfunção respiratória (65,2), diarreia (70,0), febre (77,3), problema no ouvido (58,3) e dor de garganta (72,7). Desnutrição/anemia/problema de crescimento obtiveram percentual de 50% para alta do episódio e encaminhamento para seguimento na puericultura, sendo o agravo “outros” (55,8) o mais encaminhado para seguimento na puericultura ou serviço especializado. A Figura 1 mostra a idade na consulta relacionada ao agravo no primeiro ano de vida e ao profissional que realizou o atendimento.

Os agravos de saúde em crianças apresentam diferentes padrões de prevalência ao longo dos primeiros meses de vida. Observa-se que a disfunção respiratória se concentra, em média, no 5º mês de vida. Desnutrição/anemia/problema de

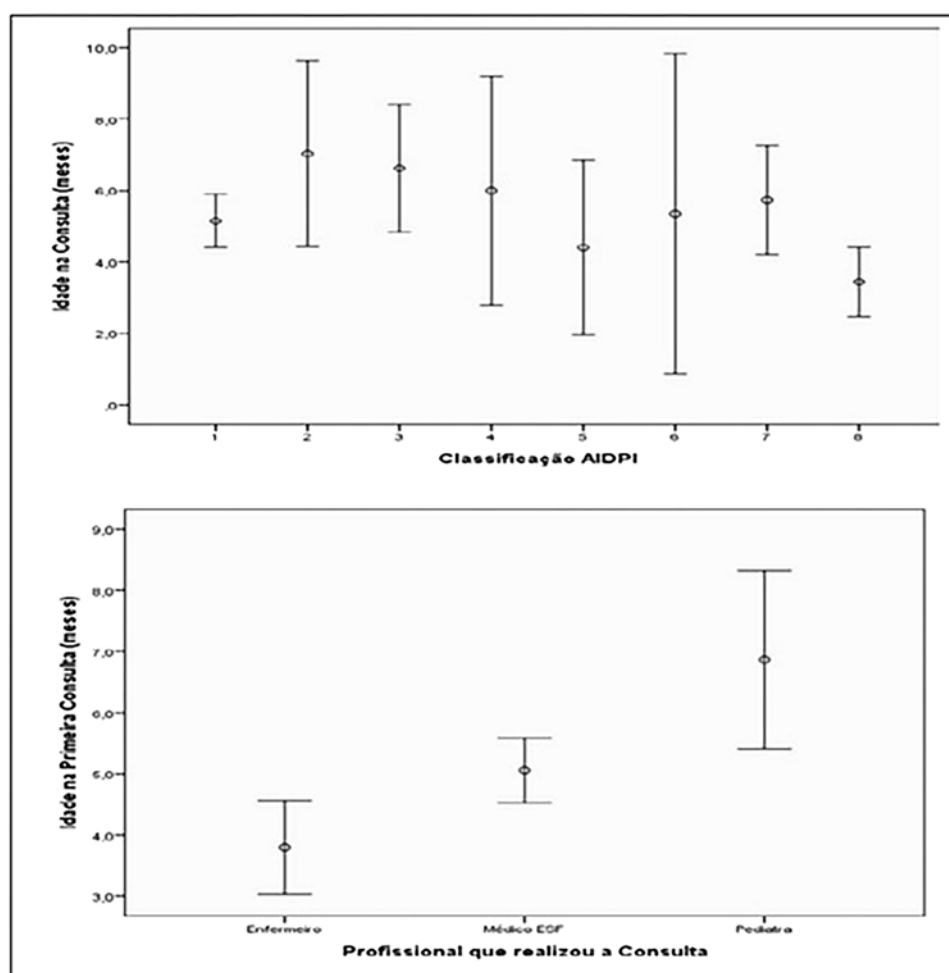
Tabela 4 – Condutas adotadas para o atendimento de agravos no primeiro ano de vida de acordo com o profissional que a orientou – Palmeira das Missões, RS, Brasil, 2024.

Agravos	Conduta do profissional	
	Alta do episódio (sem encaminhamento)	Encaminhado para puericultura ou serviço especializado
Disfunção respiratória	167(65,2)	89(34,8)
Diarreia	21(70,0)	9(30,0)
Febre	34(77,3)	10(22,7)
Problema no ouvido	7(58,3)	5(41,7)
Dor de garganta	8(72,7)	3(27,3)
Desnutrição/anemia/problema de crescimento	6(50,0)	6(50,0)
Alergias	17(58,6)	12(41,4)
Outros	46(44,2)	58(55,8)
Profissional que realizou o atendimento		
Médico da Estratégia Saúde da Família	259(78,5)	71(21,5)
Enfermeiro	54(39,7)	82(60,3)
Pediatra	31(34,8)	58(65,2)

crescimento iniciam no 1º mês e estendem-se até o 10º mês, com um pico de prevalência no 6º mês. Diarreia, febre e problema no ouvido são mais comuns do 6º ao 8º mês de vida, e dor de garganta apresenta maior prevalência no 4º mês. As idades na primeira consulta variam significativamente ($p < 0,001$), dependendo do profissional. Consultas com pediatras tendem a ocorrer mais tarde (em média) em comparação com as consultas de enfermeiros e médicos da ESF.

DISCUSSÃO

Mais da metade dos lactentes teve pelo menos uma consulta na ESF por algum problema de saúde no primeiro ano de vida, sendo a maioria associada a problemas respiratórios, com predomínio de consultas realizadas pelo médico da ESF. Fatores como ter agravo no 1º mês de vida e viver no meio rural foram considerados protetores. Estar em acompanhamento na puericultura é um determinante para realização de consultas diante dos agravos infantis no primeiro ano de vida. Os enfermeiros são os profissionais que acolhem lactentes com menor idade, quando comparado às demandas de médicos da ESF e pediatras. Quanto aos encaminhamentos realizados, os resultados convergem com



Sigla: 1- respiratório; 2 – diarreia; 3 – febre; 4 – problema no ouvido; 5 – dor de garganta; 6 – desnutrição/anemia/problema de crescimento; 7 – alergias; 8 – outros.

Figura 1 – Relação entre a idade na consulta, agravo e profissional que realizou o atendimento na primeira consulta. Palmeira das Missões, Rio Grande do Sul, Brasil, 2024.

a baixa adesão ao seguimento da puericultura pelos médicos da ESF, reflexo da qualidade de formação na graduação, do modelo atual, que pode não contemplar todas as competências essenciais para a adequada assistência à saúde da criança na APS, além da ausência ou ineficácia de programas de educação permanente durante o exercício profissional. Ademais, a prática de encaminhamento para seguimento em medicina preventiva e puericultura por parte de médicos da família ainda se mostra incipiente⁽¹⁴⁾.

A infância é um período em que muitos agravos podem surgir. Mais da metade dos lactentes teve, no mínimo, um atendimento por agravo no primeiro ano de vida, e ainda a maioria estava associada a quadros respiratórios, de acordo com os achados deste estudo. Na literatura, as infecções respiratórias agudas representam uma das principais causas de morbimortalidade na infância, e a região Sul possui as maiores taxas de doenças respiratórias, devido à sazonalidade do clima⁽¹⁵⁾, corroborando o estudo, que destaca as doenças respiratórias como as principais causas de morbidade em crianças no Brasil⁽⁸⁾.

As crianças menores de 1 ano apresentam o maior número de internações por doenças respiratórias, em função da imaturidade do sistema imunológico, características do próprio aparelho respiratório nos primeiros 12 meses de vida, interrupção do aleitamento materno e início das atividades em creches^(13,14). De acordo com este estudo, aproximadamente 81,5% dos lactentes apresentaram algum problema de saúde no primeiro ano de vida, e 93,3%, no segundo ano de vida, sendo os agravos mais frequentes relacionados aos sistemas digestivo e respiratório. Além disso, 24,7% dos lactentes com 2 anos já haviam sido hospitalizados ao menos uma vez, e ainda as crianças não amamentadas exclusivamente até os 6 meses ou que não receberam leite materno até o primeiro ano de vida apresentaram maior predomínio de agravos prevalentes⁽¹⁶⁾.

Enquanto isso, a literatura internacional, no Reino Unido, destaca que a maioria dos atendimentos em menores de 5 anos na APS é por condições virais agudas e autolimitadas, ou seja, são resolvidas sem intervenção médica e poderiam ser gerenciadas por profissionais de saúde, e o motivo de internações mais corriqueiras também foi devido às infecções do trato respiratório superior (14%) e tosse (7%)⁽¹⁷⁾.

Globalmente, estimam-se 33 milhões de episódios de infecção aguda das vias aéreas inferiores associadas ao vírus sincicial respiratório (VSR) em crianças de 0 a 60 meses. Os lactentes são afetados em todas as regiões, mas a incidência aguda de infecção das vias aéreas inferiores associada ao VSR teve pico em países de baixa e média-baixa renda nos menores de 3 meses e países de renda média-alta e alta de 3 a 6 meses. Observa-se uma média de cinco meses, período com maior incidência de agravos respiratórios, corroborando o início de muitos em creches/escolas devido ao retorno das mães ao trabalho⁽¹⁸⁾. Estudo com 51.292 crianças na Espanha, menores de 5 anos, também evidenciou que, no primeiro ano de vida, houve o maior número de infecções respiratórias agudas e VSR (134,4 por 1.000 crianças)⁽¹⁹⁾.

Em contrapartida, é relevante destacar a efetividade da APS, pois ela tem grande impacto para prevenção e identificação precoce no desfecho desses adoecimentos, principalmente da ordem respiratória em crianças⁽¹⁵⁾. Destaca-se que as doenças prevalentes na infância podem ser identificadas precocemente

por meio da puericultura, a qual deve realizar a identificação precoce de sinais dos principais agravos e recomendar as ações mais efetivas, formando o vínculo com a família e tendo a oportunidade, enquanto enfermeiro, de apoiar e orientar a família para o reconhecimento precoce dos agravos⁽¹⁶⁾.

Enquanto isso, a literatura aponta para os desafios na implementação da AIDPI, que apesar de ter sido introduzida há muito tempo, ainda não é amplamente adotada no manejo das doenças prevalentes na infância no âmbito da APS. A aplicação dessa estratégia enfrenta obstáculos globalmente, conforme indicado nos estudos internacionais, devido à sua subutilização no processo de diagnóstico e tratamento, e nos fatores motivacionais de natureza pessoal, de gestão e político-econômico. Esses obstáculos refletem em cuidados aquém do desejado para menores de 5 anos, impactando os índices de morbimortalidade por causas evitáveis, que poderiam ser tratadas de forma eficaz na APS^(20,21).

A organização da APS em torno das ESFs ampliou acessos e alcançou bons resultados diante da complexidade do processo de saúde-doença da população. Entretanto, a APS no Brasil enfrenta desafios, como a manutenção de características do modelo tradicional, caracterizado pelo pronto atendimento como referência, e fragilidades na coordenação do cuidado, na atenção centrada na família e na longitudinalidade. São muitas as restrições, e a maioria delas remete à desvalorização do Sistema Único de Saúde, à desmotivação nas formações profissionais, à escassez de recursos financeiros, entre outras⁽²²⁾.

Os países que conseguem utilizar a estratégia AIDPI relatam que o tratamento baseado em evidências melhora a qualidade do cuidado, bem como a identificação dos sinais e sintomas para a tomada de decisão do profissional. A AIDPI foi comprovadamente eficaz para melhorar a qualidade da assistência, ao aumentar a economia de custos com saúde e, possivelmente, reduzir a mortalidade infantil em países em desenvolvimento. A atenção estruturada, por meio de gestão integrada abrangente e consistente da infância (AIDPI), tem sido utilizada para promover avaliação e classificação precisas de doenças infantis, além de garantir tratamento combinado adequado, fornecer ao cuidador aconselhamento e resolutividade, especialmente nos encaminhamentos, e contribuir diretamente para redução da mortalidade e morbidade infantil⁽²³⁾.

O meio rural foi um fator protetivo para o desenvolvimento de agravos. Evidencia-se internacionalmente que, em territórios com áreas rurais onde o atendimento é feito por enfermeiros, a AIDIP é utilizada e foi elogiada por identificar sistematicamente sinais de perigo e encaminhar essas crianças quando necessário, mostrando-se eficaz⁽²⁰⁾. No Brasil e em alguns países, os achados divergem, pois os moradores de áreas rurais têm acesso deficitário a cuidados, e apresentam piores condições de saúde, quando comparados à população urbana. Como dificuldades, evidenciam-se o transporte para locomoção e a comunicação. Primeiro esgotam-se as opções locais, para depois buscar o atendimento em saúde fora da comunidade. Em contrapartida, observa-se que, em algumas comunidades, a população rural tem a disponibilidade do serviço de saúde próximo, mas escolhe viajar até centros maiores para buscar tratamento⁽²⁴⁾. Esse deslocamento pode estar atrelado também à qualidade do atendimento, especialmente do atendimento médico oferecido

à população em cenários rurais. Estudo internacional aponta que, nesses serviços, diagnósticos inadequados, uso irracional de antibióticos e outros medicamentos e polifarmácia foram considerados padrão para a prática médica na APS, o que foge do modelo de promoção e prevenção e conduta ao modelo de cuidado curativo⁽²⁵⁾.

Evidenciou-se que ter agravo no período neonatal pode ser considerado um fator protetivo à medida que essas crianças podem ser reconhecidas/vistas pela equipe e, assim, reduzir o risco para agravamento ou desenvolvimento de agravos ao longo do primeiro ano de vida, além de destacar o enfermeiro como profissional de atendimento nos primeiros meses. Neste estudo, observa-se que 57,1% dos cuidadores utilizam consistentemente o mesmo serviço de saúde para o atendimento das crianças, e apresentam uma preferência significativa pelo enfermeiro como o profissional que melhor as conhece⁽²⁶⁾. Os enfermeiros são vistos como profissionais competentes e acessíveis, com capacidade de oferecer orientações adequadas e estabelecer relação de confiança e vínculo com os cuidadores⁽⁸⁾.

Para o presente estudo, observou-se que crianças com acompanhamento regular de puericultura apresentaram mais agravos registrados no primeiro ano de vida. Esse acompanhamento é fundamental para a identificação precoce de problemas de saúde e intervenção oportuna, visto que a puericultura fortalece o reconhecimento desses agravos. Na literatura, o cuidado infantil na APS deixa evidente que a ESF é identificadora como serviço de referência pela maioria dos cuidadores, mas ainda há um alto índice de outros serviços da rede assistencial vistos como referência. Ao surgirem novos problemas de saúde, há uma tendência a procurar outro serviço para resolução, o que pode indicar questões relacionadas à percepção da qualidade do atendimento especializado no serviço habitual⁽²⁶⁾. Também é preocupante que a maioria dos prontuários médicos estivesse relacionada a cuidados infantis, o que mostra que os serviços de APS do município não foram procurados devido a queixas de complicações/agravos à saúde⁽¹⁶⁾. Comportamentos assim ressaltam a importância de fortalecer a APS e garantir a integralidade do cuidado para evitar a fragmentação dos serviços⁽²⁶⁾.

Isso corrobora estudos internacionais, que mostram que muitos pais ignoram os cuidados primários e preferem levar seus filhos em especialistas (nível secundário ou terciário) e utilizar métodos invasivos, como tratamento hospitalocêntrico e medicalizado, sendo, em muitos casos, as Unidades Básicas de Saúde utilizadas para imunização, acompanhamento de pessoas saudáveis e medidas preventivas⁽²⁰⁾.

As limitações do estudo estão atreladas ao encontro de prontuários incompletos e/ou sem informações nos relatórios extraídos dos prontuários e/ou a inexistência dos mesmos. Outro fator limitante é a identificação apenas de agravos que foram acolhidos, atendidos e registrados na APS, através da ESF, excluindo aqueles invisibilizados pelo serviço da ESF ou que foram acolhidos em outros pontos da RAS, o que impossibilita generalizações para todas as crianças do cenário geográfico do estudo.

CONCLUSÃO

Os agravos respiratórios foram os mais prevalentes no primeiro ano de vida e classificados como sensíveis à APS. A maioria dos agravos de saúde inicia após o 2º mês de vida e persiste até o 10º mês. Esse padrão indica a importância de uma vigilância contínua e de intervenções preventivas e terapêuticas adequadas durante o primeiro ano de vida para abordar esses problemas de saúde em momentos críticos. Há fatores de proteção a essa população, como residir em áreas rurais do município assim como ter agravo nos primeiros dias de vida, o que possibilita a visibilidade das crianças e realizar acompanhamento da puericultura na ESF.

Intervenções preventivas, como acompanhamento regular na puericultura, podem facilitar a identificação do agravo, tratamento adequado e vigilância contínua de crianças que apresentam agravos no 1º mês de vida, sendo essenciais para melhorar a saúde infantil. Fica evidente que as equipes de saúde, em especial os enfermeiros, necessitam fortalecer formação para melhorar a prática de cuidado com neonatos e lactentes, especialmente sobre as ações da AIDPI, visto que a maioria dos atendimentos foi realizada pelo médico da ESF. A equipe de saúde, em especial os médicos da ESF, precisa reconhecer a importância de, ao finalizar o atendimento de agravo, transferir essa criança para rotinas de puericultura e atendimento sistematizado, reconhecendo possíveis riscos para o crescimento e desenvolvimento infantil.

É necessária uma organização dos serviços públicos de saúde, com o desenvolvimento de estratégias resolutivas, partindo do diagnóstico estabelecido por este estudo, e que ações de prevenção e fortalecimento da APS possam reconhecer precocemente e ser resolutivas, prevenindo complicações, ICSAP e a implementação fraca da AIDPI.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Os dados estão disponíveis sob consulta/contato com o autor de correspondência.

RESUMO

Objetivo: Analisar os agravos de saúde prevalentes em lactentes no primeiro ano de vida em um município do norte gaúcho. **Método:** Trata-se de estudo de coorte de caráter retrospectivo, documental, com busca em prontuários eletrônicos dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde dos nascidos vivos no ano de 2022. Esses participantes foram acompanhados por meio de acesso ao relatório dos prontuários eletrônicos no período de 29 de janeiro de 2022 a 30 de dezembro de 2023, excluindo o período neonatal. Os dados foram analisados sob comparação de frequência. **Resultados:** Mais da metade das crianças acompanhadas na coorte obteve no mínimo um atendimento por agravo prevalente na infância; aproximadamente 43% tiveram dois atendimentos; e 30% tiveram três atendimentos no primeiro ano de vida na Atenção Primária. Em sua maioria, os agravos estão associados a quadros respiratórios, iniciam após o 2º mês de vida e persistem até o 10º mês. **Conclusão:** Indica-se a importância de uma vigilância contínua e de intervenções preventivas e terapêuticas adequadas durante o primeiro ano de vida e em momentos críticos.

DESCRIPTORES

Cuidado da Criança; Lactente; Atenção Primária à Saúde; Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los problemas de salud prevalentes en lactantes en el primer año de vida en un municipio del norte de Rio Grande do Sul. **Método:** Se trata de un estudio de cohorte documental retrospectivo, con búsqueda en historias clínicas electrónicas de servicios de Atención Primaria de Salud de nacidos vivos en el año 2022. Se realizó un seguimiento de estos participantes a través del acceso al informe de la historia clínica electrónica desde el 29 de enero de 2022 hasta el 30 de diciembre de 2023, excluyendo el período neonatal. Los datos se analizaron mediante comparación de frecuencias. **Resultados:** Más de la mitad de los niños monitoreados en la cohorte recibieron al menos un tratamiento para una afección infantil prevalente; aproximadamente el 43% tuvo dos citas; y el 30% tuvo tres citas en Atención Primaria en el primer año de vida. La mayoría de los problemas están asociados a afecciones respiratorias, comienzan después del segundo mes de vida y persisten hasta el décimo mes. **Conclusión:** Se destaca la importancia del seguimiento continuo y de las intervenciones preventivas y terapéuticas adecuadas durante el primer año de vida y en los momentos críticos.

DESCRIPTORES

Cuidado del Niño; Lactante; Atención Primaria de Salud; Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.

REFERÊNCIAS

1. Pinto EP Jr, Aquino R, Dourado I, Costa LDQ, Silva MGCD. Internações por condições sensíveis à Atenção Primária à Saúde em crianças menores de 1 ano no Brasil. *Cien Saude Colet*. 2020;25(7):2883–90. doi: <http://doi.org/10.1590/1413-81232020257.25002018>. PubMed PMID: 32667569.
2. Nedel FB, Facchini LA, Martin M, Navarro A. Características da atenção básica associadas ao risco de internar por condições sensíveis à atenção primária: revisão sistemática da literatura. *Epidemiol Serv Saude*. 2010;19(1):61–75. doi: <http://doi.org/10.5123/S1679-49742010000100008>.
3. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018 [citado em 2024 mar 18]. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/Pol%C3%ADtica-Nacional-de-Aten%C3%A7%C3%A3o-Integral-%C3%A0-Sa%C3%BAde-da-Crian%C3%A7a-PNAISC-Vers%C3%A3o-Eletr%C3%B4nica.pdf>.
4. Brasil, Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. Primeira infância [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2022 [citado em 2024 mar 18]. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/acoes-e-programas-de-gestoes-anteriores/primeira-infancia>.
5. 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 (SUS). *Diário Oficial da União* [Internet]; Brasília; 2015 [citado em 2024 mar 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html.
6. Macêdo VC. Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde [Internet]. Recife: Ed. Universitária da UFPE; 2016. 43 p. [citado em 2024 mar 18]. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/9258/1/livro_saude_crianca.pdf.
7. Brasil, Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância. Manual de quadros de procedimentos: Aidpi Criança: 2 meses a 5 anos [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017 [citado em 2024 mar 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_quadros_procedimentos_aidpi_crianca_2meses_5anos.pdf.
8. Faria RV, Barbosa LM, Tavares TS, Takeshita IM. Fatores que influenciam no cuidado às crianças com agravos respiratórios na atenção primária à saúde. *Enferm. Foco*. 2022;13(spe1):e-202224ESP1. doi: <http://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202224ESP1>.
9. Alencar FIG, Costa ACM, Coelho LBS, Silva LS, Rosa JGS, Guedes EVB, et al. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância no contexto da atenção primária: uma revisão de escopo. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2023;27(6):2606–22. doi: <http://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i6.2023-031>.
10. United Nations Children's Fund. Levels and trends in child mortality [Internet]. New York: UNICEF; 2019 [citado em 2024 jun 05]. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/levels-and-trends-in-child-mortality/>.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Brasil/Rio Grande do Sul/Palmeira das Missões [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2023 [citado em 2024 mar 18]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/palmeira-das-missoes/panorama>.
12. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2011 [citado em 2024 mar 18]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf.
13. Alvarenga SC, Castro DSD, Leite FMC, Brandão MAG, Zandonade E, Primo CC. Fatores que influenciam o desmame precoce. *Aquichan*. 2017;17(1):93–103. doi: <http://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.9>.
14. Pfeilsticker FJ, Silva EEA, Quintino ST, Hattori WT. Desafios no atendimento à saúde da criança por médicos da estratégia de saúde da família. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2021;16(43):2634. doi: [http://doi.org/10.5712/rbmfc16\(43\)2634](http://doi.org/10.5712/rbmfc16(43)2634).
15. Quirino ALS, Costa KTS, Ferreira AGL, Melo EBB, Andrade FB. Hospitalizations during childhood due to respiratory system diseases in Brazil from 2013 to 2022. *Rev Cien Plural*. 2024;10(1):1–15. doi: <http://doi.org/10.21680/2446-7286.2024v10n1ID31414>.
16. Nass EMA, Marcon SS, Teston EF, Leal LP, Ichisato SMT, Toso BRGO, et al. Breastfeeding and diseases prevalent in the first two years of a child's life: a cross-sectional study. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(6):e20210534. doi: <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0534pt>. PubMed PMID: 35674579.
17. Craven EM, Luck G, Whitney D, Dodhia H, Foster S, Stanke C, et al. Why do children under 5 years go to the GP in Lambeth: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2024;14(5):e082253. doi: <http://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-082253>. PubMed PMID: 38803264.
18. Li Y, Wang X, Blau DM, Caballero MT, Feikin DR, Gill CJ, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022;399(10340):2047–64. doi: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00478-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00478-0). PubMed PMID: 35598608.
19. Mallah N, Ares-Gómez S, Pardo-Seco J, Malvar-Pintos A, Santiago-Pérez MI, Pérez-Martínez O, et al. Assessment of effectiveness and impact of universal prophylaxis with nirsevimab for prevention of hospitalizations due to respiratory syncytial virus in infants. The NIRSE-GAL study protocol. *Hum Vaccin Immunother*. 2024;20(1):2348135. doi: <http://doi.org/10.1080/21645515.2024.2348135>. PubMed PMID: 38738683.

20. Carai S, Kuttumuratova A, Boderscova L, Khachatryan H, Lejnevi I, Monolbaev K, et al. Review of Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) in 16 countries in Central Asia and Europe: implications for primary healthcare in the era of universal health coverage. *Arch Dis Child*. 2019;104(12):1143–9. doi: <http://doi.org/10.1136/archdischild-2019-317072>. PubMed PMID: 31558445.
21. Tshivhase L, Madumo MM, Govender I. Challenges facing professional nurses implementing the Integrated Management of Childhood Illness programme in rural primary health care clinics, Limpopo Province, South Africa. *S Afr Fam Pract*. 2020;62(1):e1–6. doi: <http://doi.org/10.4102/safp.v62i1.5060>. PubMed PMID: 32501038.
22. Geremia DS. Atenção Primária à Saúde em alerta: desafios da continuidade do modelo assistencial. *Physis*. 2020;30(1):e300100. doi: <http://doi.org/10.1590/s0103-73312020300100>.
23. Suek OD, Pandin MGR. Quality of care for children under five with malaria using IMCI approach at public health centre: literature review. *Physis*. 2022. doi: <http://doi.org/10.1101/2022.01.14.22269271>.
24. Franco CM, Lima JG, Giovanella L. Atenção primária à saúde em áreas rurais: acesso, organização e força de trabalho em saúde em revisão integrativa de literatura. *Cad Saude Publica*. 2021;37(7):e00310520. doi: <http://doi.org/10.1590/0102-311x00310520>. PubMed PMID: 34259752.
25. Sujon H, Sarker MHR, Uddin A, Banu S, Islam MR, Amin MR, et al. Beyond the regulatory radar: knowledge and practices of rural medical practitioners in Bangladesh. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):1322. doi: <http://doi.org/10.1186/s12913-023-10317-w>. PubMed PMID: 38037022.
26. Macedo JCB, Arcêncio RA, Wolkers PCB, Ramos ACV, Toninato APC, Furtado MCDC. Fatores associados a pneumonias e diarreia em crianças e qualidade da atenção primária à saúde. *Texto Contexto Enferm*. 2019;28:e20180225. doi: <http://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0225>.

EDITORA ASSOCIADA

Ivone Evangelista Cabral

Apoio financeiro

PIBIC – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPQ.
O presente trabalho foi realizado em parte com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Brasil (CNPq) processo: 401923/2024-0 (versão em língua espanhola).
FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul. Foi realizado em parte com apoio do Edital FAPERGS 10/2024 AUXÍLIO RECÉM-DOCTOR ou RECÉM-CONTRATADO – ARD/ARC.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença de Atribuição Creative Commons.