

**PROGRAMA DE VALORIZAÇÃO DO PROFISSIONAL DA ATENÇÃO
BÁSICA**

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNA-SUS

**FATORES EM POTENCIAL PARA A EFICÁCIA NO
ACOMPANHAMENTO AO RECÉM-NASCIDO**

Ariele Cristine Pereira

Orientadora: Solange Aparecida Devechi Ordones

Herculândia/SP

Outubro 2014

1. INTRODUÇÃO

O município de Herculândia vive um período de transição e readequação do modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF). O mesmo conta com aproximadamente 9 mil habitantes e 3 unidades de Estratégia de Saúde da Família. A unidade iniciou os atendimentos em maio/2014. Previamente a esta mudança, a assistência à saúde dos recém-nascidos, bem como à assistência ao crescimento e desenvolvimento das crianças no município de Herculândia, era realizada no Centro de Especialidades, o atendimento clínico feito pelo Pediatra. As outras unidades de saúde realizavam as vacinações, e os médicos responsáveis pelas unidades não realizavam puericultura. Na tentativa de se adequar aos moldes do Ministério da Saúde, houve a descentralização do Centro de Especialidades, e o Pediatra migrou para as unidades de ESF.

De acordo com o Censo demográfico de 2010, a população residente total de 0 a 4 anos, totaliza 575 habitantes. Esses indivíduos pertencem ao atual estudo, bem como a assistência à puericultura (do latim *puerus*, criança) ciência médica responsável pelos estudos do desenvolvimento infantil. Previamente a esta mudança na assistência à saúde no município de Herculândia, a puericultura era realizada no Centro de Especialidades do Município, em que o Pediatra realizava o acompanhamento clínico.

Diante desse contexto, alguns fatos suscitaram o questionamento à assistência realizada às crianças, em especial, um fato que chamou a atenção, foi o diagnóstico de Criptorquidia em uma criança de 4 anos, e posteriormente o mesmo diagnóstico foi realizado em outra criança, com um ano de idade. Não havia dados dos exames físicos alterados registrados no prontuário médico. Este fato pode refletir a pouca importância dada à anormalidade ou mesmo o seu não reconhecimento por parte do pediatra/neonatalogista, o que reforça o já mencionado problema de subdiagnóstico e sub-registro e o importante papel desempenhado pelo "primeiro médico"¹

A atenção às crianças no período pós-natal em serviços básicos de saúde vem sendo estimulada com políticas públicas de comprovada eficácia e de ampla

cobertura, visando à redução da morbimortalidade infantil. Dentre estas, destaca-se a linha de cuidados “Primeira Semana Saúde Integral”, estabelecida na Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil.^{2,3} Esta ação prioriza o atendimento pelos profissionais de unidades básicas de saúde de todos os recém-nascidos das áreas adstritas no sentido de favorecer a promoção dos cuidados de saúde bem como a vigilância às situações de risco que determinam o adoecimento ou a morte da criança.

A Primeira Semana Saúde Integral tem uma função importante não apenas no sentido de orientar as mães sobre os cuidados com o bebê, mas também visa apoiá-las neste período de intensas mudanças na família com a chegada da criança. Enfatizam-se as ações de incentivo ao aleitamento materno exclusivo, a vacinação recomendada para o bebê e a mãe, importância da realização do teste do pezinho para detecção precoce de doenças, a avaliação de risco do bebê e das condições de saúde das mães.³

A infância é um período único na vida e este período tem fortes influências na vida adulta. Forrest *et al.*⁴, em um artigo publicado no JAMA em 1997 para explicar por que a infância é um período fundamental da vida humana, descrevem quatro características que a distinguem (4 Ds): 1) desenvolvimento (a criança é um ser em desenvolvimento e sua saúde depende do seu padrão de crescimento e desenvolvimento em geral e em especial do desenvolvimento cognitivo e emocional); 2) dependência (as crianças dependem de um cuidador para que tenham acesso aos cuidados à saúde e em especial à prevenção às doenças); 3) diferenças (crianças apresentam um aspecto epidemiológico diferente em relação à presença da doença e aos riscos de sequelas, ou seja, são muito mais vulneráveis aos insultos); 4) demografia (o perfil demográfico das crianças também é diferente; as mais vulneráveis vivem em condições de maior pobreza, com menos acesso aos serviços de saúde, o que poderia dar origem a um quinto D: 5) desigualdade.⁵

A prática do aleitamento materno constitui uma das medidas necessárias para a saúde e para o desenvolvimento da criança nos primeiros meses de vida⁶. O leite materno agrega, além de benefício calórico e proteico, a proteção imunitária necessária, em especial, no primeiro ano de vida da criança⁷. A literatura documenta diminuição do risco de morte por diarreia e doenças respiratórias⁸ em recém-

nascidos alimentados exclusivamente ao seio, bem como benefícios nas áreas cognitiva⁹, motora e, ainda, aumento dos indicadores gerais da saúde do lactente¹⁰.

O Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendam, desde 2001, o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade e a manutenção da amamentação combinada à oferta de alimentos complementares, o aleitamento materno misto (AM), dos seis aos 24 meses de idade ou mais.^{11,12}

No Brasil, segundo o Ministério da Saúde, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos), sendo parte integrante da puericultura, a qual envolve a avaliação do peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento, não deixando também de registrar todos os procedimentos no cartão da criança¹³. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil deve ser feito de forma regular, de modo que seja possível a detecção precoce de alterações, viabilizando as devidas condutas em tempo hábil, com o objetivo de proporcionar à criança oportunidades para um desenvolvimento adequado durante toda a infância, contribuindo para que suas potencialidades sejam desenvolvidas, de forma a refletir positivamente por toda a vida¹⁴.

2. OBJETIVOS

Objetivo Geral: Mostrar de forma clara as melhores estratégias para obter a capacidade de acompanhamento ao recém-nascido, a fim de diagnosticar precocemente as morbidades e promover o crescimento e desenvolvimento.

Objetivo específico : Identificar os principais problemas de consecução e fixação de informações para a equipe de saúde integralizar o cuidado ao recém nascido.

3. METODOLOGIA

3.1 Cenário de estudo:

O Projeto de intervenção será desenvolvido no território pertencente ao PSF II, no município de Herculândia/SP.

3.2 Sujeitos da intervenção:

A equipe de saúde da família do PSF II, enfermeira, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, com as instruções e supervisão da médica da unidade. Pacientes recém-nascidos até o primeiro ano de vida, e suas mães, pertencentes a equipe de saúde do território.

3.3 Estratégias e ações:

A pesquisa será quantitativa, com proposta de intervenção educativa. O grupo de estudo será composto por recém-nascidos, com foco na primeira semana de vida da criança, em que os pais e sua família receberão a primeira visita domiciliar após a alta hospitalar pela agente comunitária de saúde. Nesta oportunidade serão realizadas orientações junto aos pais do recém-nascido, no qual será abordado as condições do parto, e abordado a oferta das ações programadas para a primeira semana de saúde na Atenção Primária à Saúde, efetuando o agendamento para o início das consultas de puericultura, promovendo a participação paterna no cuidado ao recém-nascido. Na unidade de saúde a criança será assistida pela equipe de enfermagem, no qual haverá a realização das imunizações, apoio ao aleitamento materno, coleta de sangue para o teste do pezinho. A consulta médica objetivará o acompanhamento cuidadoso do crescimento e desenvolvimento da criança. Cabe ao médico a tarefa de agente precursor das ações e articulações multidisciplinares necessárias para o projeto terapêutico da criança, e de seus familiares.

3.4 Avaliação e Monitoramento:

Monitorar as visitas domiciliares e os diferentes indicadores como a vacinação, realização do teste do pezinho, amamentação exclusiva, adesão ao acompanhamento clínico mensalmente e o controle das faltas.

Acompanhamento de indicadores disponíveis no SIAB/DATASUS avaliando anualmente para avaliação da diminuição da mortalidade infantil local.

4. Resultados esperados:

O projeto visa desenvolver e capacitar a equipe de saúde que atua na assistência e na promoção de saúde ao recém-nascido, e na manutenção do vínculo materno e familiar para a detecção precoce das morbidades e debilidades do desenvolvimento e crescimento infantil.

Com a implantação do projeto, espera-se a diminuição dos índices de morbidades detectadas tardiamente, a recuperação e tratamento adequado das morbidades e riscos ao recém-nascido, bem como a diminuição da mortalidade infantil local.

5. CRONOGRAMA

Atividades (sugestão para 2015)	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto
Elaboração do Projeto	X	X	X			
Aprovação do Projeto				X		
Estudo da Literatura	X	X	X	X	X	X
Coleta de dados	X	X	X			
Discussão e Análise dos Resultados				X		
Revisão final e digitação					X	
Entrega do trabalho final						X
Socialização do trabalho					X	X

REFERÊNCIAS

1. Guerra-Júnior G, Maciel-Guerra AT. The role of the pediatrician in the management of children with genital ambiguities. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83:S184-9 http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0021-75572007000700010&script=sci_arttext acesso em 25/10/14 às 16h00
2. Ministério da Saúde (BR). Organização Mundial da Saúde-OMS. Organização Pan-Americana da Saúde-OPS. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1. Brasília(DF); 2002. (Série F- Comunicação e Educação em Saúde)
3. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília(DF); 2004. (Série A. Normas e Manuais Técnicos)
4. Forrest, Christopher B., Lisa Simpson, and Carolyn Clancy. "Child health services research: challenges and opportunities." *Jama* 277.22 (1997): 1787-1793.
5. MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes and GOLDANI, Marcelo Zubaran. A criança é o pai do homem: novos desafios para a área de saúde da criança. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2010, vol.15, n.2, pp. 321-327. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000200002>. Acesso em 25/10/14 às 18h09
6. Cohen RJ, Brown KH, Canahuati J, Rivera LL, Dewey KG. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake, total energy intake, and growth: a randomised intervention study in Honduras. *Lancet* 1994;344:288-93. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(94\)91337-4/abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(94)91337-4/abstract) Acesso em 25/10/14 às 18h25
7. . Rego JD. Aleitamento materno. São Paulo: Atheneu; 2001.
8. Victora CG, Smith PG, Vaughan JP, Nobre LC, Lombardi C, Teixeira AM *et al*. Infant feeding and deaths due to diarrhea. A case-control study. *Am J Epidemiol* 1989;129:1032-41 <http://aje.oxfordjournals.org/content/129/5/1032.short> acesso em 25/10/14 às 18h35
9. Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet* 1992;339:261-4. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0140673692913297> acesso em 25/10/14 às 18h40
10. Dewey KG, Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr* 2001;131:262-7. <http://jn.nutrition.org/content/131/2/262.short> acesso em 25/10/14 às 18h40
11. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Report of an Expert Consultation. Geneva: WHO; 2001.

12. BEZERRA, Vera Lúcia V. A. et al. Aleitamento materno exclusivo e fatores associados a sua interrupção precoce: estudo comparativo entre 1999 e 2008. *Rev. paul. pediatr.* [online]. 2012, vol.30, n.2, pp. 173-179. ISSN 0103-0582. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822012000200004>. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000200004 acesso em 25/10/14 às 17h00

13. Ministério da Saúde (Brasil). Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. (Série A - Normas e Manuais Técnicos). <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=ink&exprSearch=505495&indexSearch=ID> acesso em 20/10/14 às 12h00

14. Organização Pan-americana da Saúde. Manual do Desenvolvimento Infantil no Contexto do AIDPI. Washington: OPAS; 2005.