



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Douglas Vieira da Cunha

A implantação do atendimento de puericultura na
Unidade de Saúde Santíssima Trindade, município de
Iúna-ES

Florianópolis, Março de 2023

Douglas Vieira da Cunha

A implantação do atendimento de puericultura na Unidade de
Saúde Santíssima Trindade, município de Iúna-ES

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Michelle Kuntz Durand
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Douglas Vieira da Cunha

A implantação do atendimento de puericultura na Unidade de
Saúde Santíssima Trindade, município de Iúna-ES

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Michelle Kuntz Durand
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: As demandas mais comuns de crianças abaixo de 1 ano foram Infecções de Vias Aéreas Superiores, diarreia, constipação, perda de peso e dermatite causada pelo uso de fraldas. A importância desse estudo justifica-se pela eminente necessidade de se implantar o atendimento de puericultura na Unidade de Saúde de Santíssima Trindade que fica localizada em uma zona rural. Tal importância do serviço pode ser observada pela diminuição da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas e ainda a redução de doenças da primeira infância certamente preveníveis quando em acompanhamento mensal. **Objetivo:** Implantar o atendimento de puericultura na Unidade de Saúde Santíssima Trindade, município de Iúna, Espírito Santo. **Metodologia:** Para a implantação dessa proposta de intervenção, iniciaremos com uma reunião de equipe no mês de outubro de 2020 para o levantamento do total de crianças cadastradas até dois anos de idade, para iniciarmos os agendamentos. Nesse momento será traçado o papel de cada membro da equipe. Os atendimentos iniciarão em novembro de 2020 e serão realizadas na Unidade de Saúde. Os agendamentos serão realizados pelos Agentes Comunitários de Saúde da equipe nas visitas domiciliares. A princípio os atendimentos serão semanais, no período da tarde, com agendamento de oito crianças, devido ao tempo necessário em cada consulta e para evitar aglomerações. **Resultados Esperados:** Com a implantação do serviço programático de puericultura pretende-se melhorar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, detectar de forma precoce alterações significativas nutricionais, estimulação do aleitamento materno e estimular a alimentação saudável na família da criança.

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde, Criança, Mortalidade Infantil, Serviços de Atendimento

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS ESPERADOS	19
	REFERÊNCIAS	21

1 Introdução

O município em que atuo, município de Iúna, localizado no estado do Espírito Santo (ES) possui, conforme a sinopse preliminar de 2020 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) uma população de 29.161 pessoas (BRASIL, 2020). A equipe em que estou inserido atende uma população de aproximadamente 2000 habitantes onde apenas 1,246 habitantes estão cadastrados, dos quais 14,03% são crianças de até 9 anos; 16,29% adolescentes de 10 a 19 anos; 54,57% adultos de 20 a 59 anos e 14,77% idosos com mais de sessenta anos. Esse número não é real, visto que existe áreas ainda descobertas na região. Além disso, a nossa equipe atende a comunidade de Santa Cruz, pertencente ao município vizinho, Muniz Freire.

Segundo o último levantamento de dados gerados pela Estratégia de Informação da Atenção Básica (e-SUS AB) para o município de Iúna, no ano de 2018 o coeficiente de natalidade foi de 13,74 por mil habitantes e o coeficiente de mortalidade geral da população foi de 7,06 por mil habitantes. No caso de mortalidade por doenças crônicas foi de 20,48%. De acordo com o levantamento de dados feito no município, não houve óbitos em mulheres por causas vinculadas à gravidez, parto e puerpério no período analisado. Em relação à taxa de mortalidade infantil, 10 crianças menores de 1 ano a cada mil nascidos vivos no município, no mês recente (Junho/2019), teve uma prevalência de 203 hipertensos a cada 1000 habitantes.

Minhas atividades trabalhando como médico da família tiveram início há seis meses, na Unidade de Santíssima Trindade, localizada a cerca de 20 km da sede do município de Iúna-ES. A nossa equipe é composta por um médico clínico geral, cinco agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem, um enfermeiro, uma odontóloga e uma auxiliar de consultório dentário.

Os serviços ofertados pela nossa equipe são: consulta médica, consulta de enfermagem, consultas odontológicas, sala de curativos, além de atividades relacionadas ao pré natal, ações do Programa Nacional de Hipertensão e Diabetes Mellitus (HIPERDIA), saúde mental e coleta de exame preventivo de câncer de colo uterino. Também promovemos palestras educativas para população em relação a prevenção dos distúrbios osteomusculares, na conscientização e prevenção sobre Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), campanhas contra tabagismo entre outras.

Conheço a realidade do município e da região onde atuo, principalmente por Iúna ser a minha terra natal. É uma região onde o plantio de café é a base da atividade econômica da comunidade, a população é formada principalmente por adultos e idosos (de 20 a 60 anos), do sexo masculino, com baixo grau de instrução e envolvidos nas atividades relacionadas a cafeicultura e agropecuária.

As maiores dificuldades na comunidade de Trindade são relacionadas ao trabalho bra-

çal. Muitos pacientes queixam-se de algum distúrbio osteomuscular relacionado a sua atividade de trabalho, além de algumas regiões, principalmente as mais afastadas, sofrerem de falta de saneamento básico, não tendo sequer água tratada para consumo. As demandas mais comuns de crianças abaixo de 1 ano foram Infecções de Vias Aéreas Superiores (IVAS), diarreia, constipação, perda de peso e dermatite causada pelo uso de fraldas e não temos o grupo de puericultura na equipe.

A importância desse estudo justifica-se pela eminente necessidade de se implantar o atendimento de puericultura na Unidade de Saúde de Santíssima Trindade que fica localizada em uma zona rural. Tal importância do serviço pode ser observada pela diminuição da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, justificadas pela adesão a puericultura com um acompanhamento eficaz as crianças de 0 a 2 anos, por meio da ampliação da cobertura das Estratégias Saúde da Família (ESF). Observei em minha prática de atendimento doenças comuns na infância como diarreia e dermatite de fralda que podem ser evitadas com orientações e acompanhamento em puericultura.

A implantação do serviço irá proporcionar um acompanhamento regular das crianças pertencentes a área de abrangência da Unidade de Saúde, para estimulação do aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças e prevenção de doenças comuns na infância.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Implantar o atendimento de puericultura na Unidade de Saúde Santíssima Trindade, município de Iúna, ES.

2.2 Objetivos Específicos

- Organizar consultas periódicas de oitenta por cento das crianças menores de dois anos cadastradas;
- Realizar classificação de risco das crianças menores de dois anos da área adstrita;
- Encaminhar as crianças classificadas em alto risco e muito alto risco para consulta com pediatra do município e se necessário para o atendimento na REDE CUIDAR.

3 Revisão da Literatura

PUERICULTURA

Tradicionalmente, a puericultura é definida como o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de 4 ou 5 anos, e, por extensão, da gestação à puberdade. Essa definição está baseada na pressuposição de que a atenção à criança pensada dessa forma, isto é, em todos os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, pode prevenir doenças, auxiliar na expressão genética plena, livre de interferências do meio, e resultar em um adulto mais saudável, com melhor qualidade de vida e, certamente, mais feliz (BONILHA, 2004), (BONILHA; RIVORÊDO, 2005).

No Brasil, a história da criança foi fortemente influenciada pela dominação colonizadora iniciada no século XVI e apresenta características próprias, segundo as especificidades da formação do povo brasileiro e da nossa história. Os estudos de Ribeiro (2001) enfatizam a complexidade dessa formação, caracterizada por intensa confluência étnica e cultural - colonizadores portugueses, índios que aqui estavam (dizimados após algumas décadas), negros africanos escravizados, imigrantes de toda parte do mundo nos séculos XIX e XX. Para Darcy Ribeiro, este *povo novo* se organizou num modelo de sociedade que, embora, estabelecesse diferentes composições e intensa mestiçagem, manteve e exacerbou um grande distanciamento entre classes sociais, este mais significativo que as diferenças raciais. O século XX, em especial, foi marcado por grandes mudanças políticas, econômicas, sociais e demográficas - urbanização da população, redução do analfabetismo e das taxas de fecundidade, expressivo aumento da expectativa de vida ao nascer e intensas modificações nas causas de morbimortalidade. A ampliação do acesso aos serviços de saúde é considerada um dos mais importantes determinantes para a evolução favorável desses indicadores (SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012).

Planos de âmbito nacional voltados para a saúde e a assistência materno-infantil passaram a ganhar corpo no bojo de uma série de transformações institucionais que, a partir dos anos 1930, alargaram as atribuições do Estado no terreno das políticas sociais com a ascensão de Getúlio Vargas ao poder (1930-1945). Dentro do escopo de ações em saúde de caráter universalista a cargo do recém-criado Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), a infância foi objeto de atenção especial, associando-se intimamente ao projeto de construção da nacionalidade (FONSECA, 1990).

A promulgação da Lei 8069/90 (ECA) fez com que o país adotasse uma nova doutrina em relação à formulação e implementação das políticas públicas voltadas para crianças e adolescentes. Pela primeira vez na história constitucional brasileira, foi conferida à criança e ao adolescente a condição de sujeito de direito e de prioridade absoluta, responsabilizando pela sua proteção a família, a sociedade e o Estado.

O ECA foi criado a partir de amplas discussões e estudos de diferentes organismos da sociedade. Reforça a proteção integral de todas as crianças e adolescentes, assegurando-lhes a condição de pessoas em desenvolvimento e que gozam de direitos e deveres (CARBONERA, 2000).

A puericultura, área da pediatria voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atua no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Suas ações priorizam a saúde em vez da doença. Seus objetivos básicos contemplam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficazes. Para ser desenvolvida em sua plenitude, deve conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida. Isto se torna fundamental pois as ações médicas, além de serem dirigidas à criança, refletem-se sobre o seu meio social, a começar pela família. Sem o envolvimento desta, as ações que visem às crianças não terão sucesso (CIAMPO; RICCO; DANELUZZI, 2005).

Considera-se como Padrão de Crescimento de uma população aquele construído, segundo a metodologia definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com amostragem representativa de indivíduos saudáveis da referida população.

Quando se utiliza um conjunto de dados elaborados junto aos indivíduos de outra população se diz que é um referencial. A OMS adotou como referência internacional, o padrão construído pelo National Center of Health Statistics - NCHS (1977/1978).

A partir da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é também possível o estabelecimento de condutas curativas dirigidas aos processos patológicos presentes e o estabelecimento de condutas preventivas, adequadas à cada idade, sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais com a criança, em um processo contínuo de educação para a saúde (BRASIL, 2002).

Com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, o Ministério da Saúde instituiu a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**. A política abrange os cuidados com a criança da gestação aos 9 anos de idade, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2018).

A política se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para

o adoecimento e outros agravos, a prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças (BRASIL, 2018).

Segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde (MS), nascem, a cada ano, cerca de 3 milhões de crianças e, de acordo com o Censo Demográfico de 2010 realizado pelo IBGE, 28 milhões de crianças de zero a 9 anos viviam no Brasil, sendo mais da metade crianças de 5 a 9 anos (BARROS, 2010). Apesar desse contingente estar declinando desde 2003, projeções realizadas pelo IBGE indicam que, na próxima década, a população de zero a 5 anos permanecerá superior a 15 milhões (BARROS, 2010).

A ampliação do acesso à Atenção Básica no Brasil e a incorporação da filosofia do Paisc na atenção à saúde da criança foram aspectos decisivos para o avanço nos indicadores assistenciais e da situação de saúde das crianças brasileiras. As ações programáticas relacionadas à imunização, à promoção, à proteção e ao apoio ao aleitamento materno, ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e à prevenção e controle das doenças diarreicas e respiratórias são as expressões de ações perenes ao longo das últimas décadas (BRASIL, 2018).

O Brasil ainda possui o desafio de diminuir a mortalidade neonatal (bebês até 28 dias de vida), sendo que a precoce (bebês com até 7 dias de vida) representa de 60% a 70% da mortalidade infantil e 25% destas mortes ocorrem no primeiro dia de vida. Em que pese todo investimento em políticas públicas nos últimos anos, a taxa de mortalidade neonatal vem caindo em menor velocidade quando comparada à mortalidade infantil pós-neonatal, especialmente nos estados das Regiões Norte e Nordeste. Deste modo, O Ministério da Saúde apresentou, em 2017, a “Estratégia QualiNEO (EQN)” que integra ações inseridas na Pnaisc, as quais ofertam qualificação da assistência aos recém-nascidos em consonância com três eixos da Pnaisc, I, II e VII – recepção do recém-nascido no local de nascimento, implementação das boas práticas (contato pele a pele, amamentação na primeira hora, clampeamento do cordão em tempo oportuno e a garantia do acompanhante), triagens, Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Ihac), Método Canguru, Reanimação e Transporte Neonatal, prevenção e investigação do óbito infantil (BRASIL, 2018).

Estimativas indiretas revelam um leve declínio da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) entre as décadas de 1930 e 1970, de 162 para 115 por mil nascidos vivos (NVs), com queda em torno de 1% ao ano (BRASIL, 2018). Nos anos 1970, a redução anual da mortalidade infantil foi de 3,2% alcançando 83/1.000 NVs em 1980. A redução anual da TMI foi de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990. No período entre 1990 e 2012 o País obteve mais uma diminuição expressiva na mortalidade infantil, passando de 47,1 óbitos por mil nascidos vivos em 1990 para 14,6 em 2012, diminuição de aproximadamente 70%. Essa queda se deu em todas as regiões brasileiras, com destaque para o Nordeste, cuja taxa, em 1990, situava-se muito acima das demais, alcançando 75,8 óbitos por mil nascidos vivos, e em 2012 sofreu queda para 17,1, menor que da Região Norte, estimada em 19,5 (BRASIL,

2018).

Quanto à taxa de mortalidade na infância (<5 anos) houve diminuição de 53,7 em 1990 para 16,9 em 2012. Com isso, o Brasil ultrapassou, com três anos de antecedência, a meta n.º 4 estabelecida nos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM), que era uma TMI de 17,9 até 2015. As evidências têm demonstrado que as principais estratégias que contribuíram para essa redução foram a ampliação do acesso à vacinação, das taxas de aleitamento materno, do nível de escolaridade da mãe, da cobertura da Atenção Básica à saúde/saúde da família, e, na última década, o Programa Bolsa Família, levando à diminuição da pobreza e, com suas condicionalidades, induzindo maior utilização da atenção básica pelas famílias, entre outras (RASELLA, 2013).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística divulgados, o Espírito Santo possui a menor taxa de mortalidade infantil do país. Em 2017, foram registrados 8,84 óbitos de crianças menores de 1 ano para cada 1.000 nascidos vivos no Estado. A mortalidade das crianças menores de 1 ano é um importante indicador da condição de vida socioeconômica de uma região e também da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população.

Para combater a mortalidade infantil, que consiste na morte de crianças no primeiro ano de vida, é necessário iniciar os cuidados ainda no pré-natal, oferecendo às gestantes um acompanhamento adequado e um parto com todas as boas práticas recomendadas pelas evidências científicas. Após o nascimento, é preciso colocar em prática ações de prevenção de doenças, como administrar as vacinas próprias da idade e estimular o aleitamento materno exclusivo, o que, por si só, já reduz o risco de morte infantil (BRASIL, 2018).

4 Metodologia

A puericultura promove a saúde da criança que tem como finalidade promover o crescimento e desenvolvimento da criança. São ações educativas e preventivas realizadas em consultas frequentes e uma prática de grupo de extrema importância na Atenção Básica.

Sendo assim, iniciaremos com uma reunião de equipe no mês de outubro de 2020 para o levantamento do total de crianças cadastradas até dois anos de idade, para iniciarmos os agendamentos. Nessa reunião será traçado o papel de cada membro da equipe.

Os atendimentos iniciarão em novembro de 2020 e serão realizadas na Unidade de Saúde. Os agendamentos serão realizados pelos ACS da equipe nas visitas domiciliares. A princípio os atendimentos serão semanais, em dia de terça-feira no período da tarde, com agendamento de oito crianças, devido ao tempo necessário em cada consulta e para evitar aglomerações na UBS.

A técnica de enfermagem ficará responsável pela triagem, que consiste em:

Medição do perímetro cefálico, peso, altura;

Preenchimento do cartão de Vacina;

Verificação da situação vacinal;

Aferição de pressão arterial (em casos de suspeita de hipertensão na infância).

A enfermeira da UBS ficará responsável na atuação da sala de espera com temas importantes, tais como: Como trabalhar a higiene, cuidados diários, a alimentação saudável e etc.

O médico ficará com as consultas de puericultura, classificação de risco de cada criança atendida e preenchimento dos formulários digitais da REDE CUIDAR.

A criança já sairá com a próxima consulta agendada da UBS e caso tenha necessidade do atendimento da REDE CUIDAR o ACS que será o responsável de informar a consulta.

O acompanhamento e monitoramento do serviço implantado na Unidade de Saúde serão avaliados em reuniões de equipe, para verificar se os objetivos estão sendo atingidos ou serão necessárias mudanças de estratégias para alcançá-los.

5 Resultados Esperados

É preciso a valorização e informação referente a prática da puericultura. Muitos pais buscam o serviço de pronto socorro como medida preventiva para seus filhos e atendimentos de consultas comuns, aderindo à esse atendimento ao qual trata-se de um espaço destinado a atendimentos de urgência e emergência.

Com a implantação do serviço programático de puericultura pretende-se melhorar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, detectar de forma precoce alterações significativas nutricionais, estimulação do aleitamento materno e trabalhar a alimentação saudável na família da criança.

Outros importantes resultados que pretendemos alcançar com a implantação programada da puericultura é a cobertura vacinal, informando no transcorrer das consultas a importância de se manter em dia o calendário, evitando atrasos e inadimplências.

Espera-se também evitar o óbito infantil por causas preveníveis, tais como diarreia, desnutrição e outras assim como reduzir ocorrências de atendimentos espontâneos na rotina da Unidade e no pronto socorro.

A interação da equipe da ESF com a comunidade será outra mudança esperada pela implantação da puericultura, pois teremos melhor conhecimento das crianças e suas famílias atendidas na Unidade de Saúde, possibilitando uma escuta qualificada e nos permitindo re/conhecer suas queixas e necessidades no transcorrer de nossos encontros.

Referências

- BARROS, R. P. *Determinantes do Desenvolvimento na Primeira Infância no Brasil*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010. Citado na página 15.
- BONILHA, L. R. C. M.; RIVORÊDO, C. R. S. F. *Puericultura: duas concepções distintas*. São Paulo: Jornal de Pediatria, Sociedade Brasileira de Pediatria, 2005. Citado na página 13.
- BONILHA, L. R. de C. M. *Puericultura: olhares e discursos no tempo*. Campinas: Ficha catalográfica elaborada pela biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas UNICAMP, 2004. Citado na página 13.
- BRASIL, M. da S. *Saúde da Criança Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Citado na página 14.
- BRASIL, M. da S. *Política nacional de atenção integral à saúde da criança: Orientações para implementação*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Citado 3 vezes nas páginas 14, 15 e 16.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*. 2020. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 15 Jun. 2020. Citado na página 9.
- CARBONERA, S. M. *Guarda de Filhos na Família Constitucionalizada*. Porto Alegre, RS: Sergio Antonio Fabris, 2000. Citado na página 14.
- CIAMPO, L. A. D.; RICCO, R. G.; DANELUZZI, J. C. *O Programa de Saúde da Família e a Puericultura*. Riberão Preto: Ciência Saúde Coletiva, 2005. Citado na página 14.
- FONSECA, C. *Modelando a cera virgem: a saúde da criança na política social de Vargas*. Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, 1990. Citado na página 13.
- RASELLA, D. *Impacto do Programa Bolsa Família e seu efeito conjunto com a Estratégia Saúde da Família sobre a mortalidade no Brasil*. Salvador, Bahia: Universidade Federal da Bahia, 2013. Citado na página 16.
- RIBEIRO, D. *O povo Brasileiro - a formação e o sentido do Brasil*. Niterói: Companhia das Letras, 2001. Citado na página 13.
- SANTOS, R. C. K. dos; RESEGUE, R.; PUCCINI, R. F. *Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios*. São Paulo: Journal of Human Growth and Developmen, 2012. Citado na página 13.