



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA 2016

Camila Borba da Silva

Rotina de puericultura no Centro de Educação Infantil  
Alcina de Oliveira Figueiredo, Balneário Piçarras, Santa  
Catarina

Florianópolis, Março de 2018



Camila Borba da Silva

Rotina de puericultura no Centro de Educação Infantil Alcina de  
Oliveira Figueiredo, Balneário Piçarras, Santa Catarina

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

Orientador: Larissa de Abreu Queiroz  
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Büchele

Florianópolis, Março de 2018



Camila Borba da Silva

Rotina de puericultura no Centro de Educação Infantil Alcina de  
Oliveira Figueiredo, Balneário Piçarras, Santa Catarina

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 Büchele**  
Coordenadora do Curso

---

**Larissa de Abreu Queiroz**  
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2018



# Resumo

O município de Balneário Piçarras fica localizado no litoral norte de Santa Catarina. O bairro Itacolomi é a região mais ao norte de Balneário Piçarras e é composto por duas equipes de Estratégia Saúde da Família que somadas são têm aproximadamente 438 crianças com idade menor do que 4 anos. A evolução da saúde infantil não possui estratégias específicas para seu acompanhamento até o momento e o Ministério da Saúde recomenda que a atenção integral à saúde da criança deve iniciar o mais precocemente possível, contemplando atividades programadas individuais e coletivas, ações educativas e de promoção à saúde. Com isso, reforça-se a importância das ações intersetoriais, educativas e de atenção primária. É nesta lógica que o Projeto de puericultura no CEI Alcina de Oliveira Figueiredo foi pensado. O CEI Alcina está localizado no bairro Itacolomi e nele estão matriculadas aproximadamente 210 crianças de 6 meses a 4 anos de idade, destas crianças cerca de 80% são de moradores do bairro Itacolomi. O objetivo do presente trabalho é promover o aumento da adesão das crianças do bairro Itacolomi à rotina de Puericultura, aproximar e fortalecer o vínculo da família com a UBS, acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças entre zero e quatro anos de idade e aproximar a Escola e as famílias da UBS. O projeto será realizado por meio de consultas médicas de puericultura, consultas de enfermagem e rodas de conversa com temas de educação em saúde com os pais. As consultas médicas serão realizadas dentro do ambiente escolar, em uma sala disponibilizada pelos profissionais da escola, pela médica da ESF. Espera-se que com o projeto de intervenção ocorra a aproximação das crianças e dos seus familiares com a Unidade Básica de Saúde e maior adesão ao programa de puericultura.

**Palavras-chave:** Cuidado da Criança. Atenção Primária à saúde. Promoção da Saúde., Saúde da Criança





# Sumário

1	<b>INTRODUÇÃO</b> . . . . .	9
2	<b>OBJETIVOS</b> . . . . .	15
2.1	<b>Objetivo Geral</b> . . . . .	15
2.2	<b>Objetivos Específicos</b> . . . . .	15
3	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> . . . . .	17
4	<b>METODOLOGIA</b> . . . . .	21
5	<b>RESULTADOS ESPERADOS</b> . . . . .	23
	<b>REFERÊNCIAS</b> . . . . .	25



# 1 Introdução

O município de Balneário Piçarras fica localizado no estado de Santa Catarina e faz divisa com a cidade de Barra Velha. O bairro Itacolomi, também conhecido como Bela Vista ou Norte, é a região mais ao norte de Balneário Piçarras e é composto por aproximadamente seis mil moradores, divididos em torno de 1700 famílias.

Os primeiros relatos de moradores do bairro são de aproximadamente 20 anos atrás. Na época, segundo o morador entrevistado, quando ele se mudou para o bairro havia apenas 9 famílias residentes, nenhuma originária do município, ou seja, todas de municípios do interior de Santa Catarina ou de estados vizinhos.

A grande explosão demográfica do bairro ocorreu há aproximadamente 10 anos, quando começou a ser procurado por turistas para investimento imobiliário. Até os dias de hoje é onde há mais espaço físico para crescer e evoluir na cidade.

Todas as semanas chegam novos moradores provenientes dos estados vizinhos e do interior de Santa Catarina que vêm morar no litoral objetivando melhor qualidade de vida. Esse fluxo contínuo, muitas vezes, dificulta a organização do trabalho da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois há uma grande rotatividade de moradores na região, causando entraves no cadastramento dos moradores, no estabelecimento de vínculo e na realização do cuidado longitudinal das famílias.

Atualmente a comunidade é formada principalmente por pessoas provenientes de outras cidades e a grande maioria das casas, principalmente aquelas mais próximas ao mar, são ocupadas apenas por veranistas nas temporadas. Inclusive, é neste bairro que as grandes construtoras de cidades vizinhas estão investindo e há aproximadamente seis condomínios de alto padrão sendo construídos no momento.

Historicamente, o Itacolomi é conhecido como um bairro suburbano, porém, a desigualdade da distribuição de renda dos moradores chama a atenção. Geograficamente o bairro é cruzado pela Avenida Nereu Ramos, a principal avenida da cidade e suas ruas transversais. Essas transversais têm origem na marginal da BR-101 e seguem até a beira-mar. Portanto, a mesma rua é habitada desde a marginal por casas muito humildes de área de invasão (sem seneamento básico, luz elétrica e etc) e a cada quadra que se aproxima do mar, a condição social é evidentemente mais elevada até chegar nas mansões a beira-mar. Tanto os moradores das áreas de invasão, quanto os moradores com as melhores condições de vida utilizam o serviço público de saúde na Unidade Básica de Saúde do bairro.

Itacolomi conta com duas associações de moradores, as quais são muito ativas nas decisões políticas e possuem uma boa relação com a equipe de saúde e, ainda, com associações de grupos religiosos (principalmente a Igreja Católica) e todos esses grupos participam ativamente do Conselho Local de Saúde. Outro grupo bastante ativo no município e, principalmente na localidade do bairro Itacolomi, é o grupo SOS Piçarra presente nas redes

sociais (Facebook e Whatsapp). Nos últimos meses, foi a organização de moradores mais ativa tanto em relação às críticas, quanto a elogios e sugestões sobre as políticas públicas. Por Balneário Piçarras ser uma cidade pequena, todas as organizações sociais têm bastante representatividade nas decisões.

Há uma Unidade Básica de Saúde, onde estão presentes duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (Equipe Itacolomi e Equipe Bela Vista), uma Escola Básica Municipal com aproximadamente 700 alunos cursando o ensino fundamental, um Centro de Educação Infantil municipal com aproximadamente 300 crianças e uma ONG – Associação Caminhar Juntos – a qual oferece aula de reforço para alunos da rede municipal no contra-turno. O bairro também possui o CRAS, porém a sede fica localizada no bairro do Centro.

Em relação aos equipamentos sociais, como citado anteriormente, há o espaço comunitário da Igreja Católica, o qual é cedido voluntariamente à UBS para realização dos grupos coletivos (Grupo de atividades para coluna, Lian Gong, entre outros). Há também uma academia da saúde construída com recursos públicos para a população localizada no pátio da igreja católica, e existem aproximadamente cinco locais onde funcionam congregações evangélicas. Há, ainda, um local de propriedade particular também cedido voluntariamente e conhecido como "Bosque" o qual é um espaço ao ar livre em meio à vegetação onde acontece o Grupo coletivo organizado pela UBS chamado de Vida Ativa.

Devido à organização geográfica do bairro, o final das ruas que ficam próximos à BR-101 são as áreas de invasões. Historicamente, a comunidade foi sendo invadida e, inclusive, há relatos de políticos que se apropriavam dos terrenos para vendê-los ilegalmente no futuro. Estas áreas de invasão são legítimos bolsões de pobreza onde residem aproximadamente 200 famílias com casas, quase em sua totalidade, de madeira. A maioria possui dois cômodos e residem em média duas a três famílias por vez.

Não há, nessas residências, delimitação de terrenos, muros ou cercados, nem mesmo luz elétrica ou saneamento básico. Chama a atenção o acúmulo de lixo, a falta de higiene e a grande quantidade de animais abandonados na rua nessas proximidades. É nessa área onde tem o maior número de crianças fora da escola, adolescentes grávidas e os problemas de saúde mais prevalentes. A principal fonte de renda da população dessas áreas é catar lixo e é interessante ressaltar também o alto índice de criminalidade (furtos e tráfico de drogas).

A desigualdade social é uma das características que mais chamam a atenção, pois há moradores com grandes recursos financeiros, residentes ou donos de casas de veraneio (os mais próximos ao mar) e, ao mesmo tempo, ao andar nas ruas em direção à BR-101 é evidente a diminuição das condições sociais e financeiras. No bairro, há aproximadamente 200 famílias inseridas no Programa Bolsa Família e outras que recebem auxílio da Assistência Social como, por exemplo, o Benefício de Prestação Continuada (BPC). Portanto, não há uma média fidedigna de renda nas famílias do bairro.

Se levarmos em consideração a população adulta, a grande maioria possui o ensino

---

fundamental incompleto. Em relação às crianças, a maior parte está inserida nas escolas regulares., embora ainda exista número considerável de adolescentes fora do ambiente escolar, principalmente as adolescentes gestantes ou que já tiveram filhos e os jovens envolvidos com a criminalidade. O grande obstáculo em relação à escolaridade é a grande rotatividade de moradores no bairro, pois as crianças acabam perdendo o vínculo com a escola e o ano letivo devido à frequência que a família migra de um bairro para outro ou para cidades diferentes.

As condições de moradia do bairro seguem a mesma lógica da desigualdade social citada acima. Porém, em relação aos deveres públicos, não há abastecimento de água tratada no bairro como um todo, bem como não há esgoto sanitário.

Para finalizar, vale considerar a falta de dados exatos em relação à quantidade de pessoas em cada situação citada acima. A cidade de Balneário Piçarras está passando pela mudança de informatização da Atenção Básica em Saúde e, dessa forma, as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) do bairro Itacolomi estão terminando de realizar o novo cadastro dos moradores para atualizar os dados que estavam defasados há bastante tempo.

Juntamente com esse período de atualização de cadastros, a UBS Itacolomi está passando pelo processo de redivisão de áreas da população. Até recentemente, a UBS estava funcionando apenas com uma equipe de ESF para os seis mil moradores e, a partir de janeiro de 2017, a população foi dividida nas duas equipes citadas no início do texto.

Segundo os dados mais atualizados da UBS, então, a população cadastrada é de 1824 usuários, dentre eles 931 são homens e 893 mulheres. Em relação à distribuição por faixa etária, tem-se 614 pessoas abaixo de 20 anos, 985 entre 20 e 59 anos, e 225 acima de 60 anos.

As doenças mais prevalentes na área, ao encontro dos dados encontrados no Brasil e no mundo, são a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), com as respectivas prevalências de 11,4% e 4,7%. Esses são os dados encontrados nas fichas de recadastramento preenchidas pelas ACS, no entanto, de acordo com os dados preenchidos nas produções mensais de atendimentos clínicos, notou-se que os dados cadastrados estão subestimados e que a prevalência dessas duas doenças são maiores do que as citadas acima. Evidencia-se, deste modo, a necessidade de levantamento correto desses dados para atualizar o sistema de informação.

O acompanhamento desses doentes crônicos não é feito de maneira sistemática pela equipe, mas é realizado por meio de consultas clínicas programadas periodicamente para renovação de receitas e solicitação de exames de rotina. Considera-se que este acompanhamento pode ser melhorado a partir do momento que os profissionais obtiverem a quantidade de doentes crônicos registrados de maneira correta, para ser possível programar ações de promoção de saúde e prevenção de agravos e complicações decorrentes dessas comorbidades. Como exemplo, é possível criar grupos de atividade física, emagrecimento e culinária saudável melhorar a qualidade de vida e autonomia desses usuários.

Em relação ao Índice de Dentes Perdidos, Obturados ou Cariados (CPO-D) não há esse dado registrado até o momento. O mesmo ocorre com as queixas mais comuns que levaram a população a procurar a UBS no último ano, pois não foram encontrados dados objetivos. O sistema de prontuários eletrônicos está sendo implantado e, após sua consolidação, esses dados serão computados e possíveis de serem analisados para desenvolver as estratégias e organização do serviço para esta demanda.

No ano de 2015, foram registrados 2 óbitos em crianças menores de 1 ano de idade, sendo uma morte por causa de doença infecciosa e parasitária e a outra por anomalia congênita. A cobertura vacinal em crianças até 1 ano de idade foi de aproximadamente 90%. Sobre as gestantes, no ano de 2015, 75% delas compareceram a 7 ou mais consultas de pré-natal.

A evolução da saúde materno-infantil é acompanhada no município por meio dos programas de vigilância epidemiológica, porém na comunidade não foram desenvolvidas estratégias específicas para seu acompanhamento até o momento. Provavelmente essas atuações não foram realizadas devido a outras demandas de maior urgência na localidade, porém é uma importante ação a ser iniciada principalmente a partir dos dados documentados e após facilidade da informatização do sistema.

As 5 principais causas de óbito no ano de 2015 foram, por ordem de frequência, foram doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, causas externas, doenças do aparelho digestivo e outras doenças infecciosas e parasitárias.

Detalhando ainda mais a saúde no bairro Itacolomi, este é composto por duas equipes de Estratégia Saúde da Família que somadas são compostas por aproximadamente 5500 moradores, destes, 438 são crianças com idade menor do que 4 anos.

Inicialmente na UBS não havia agenda de puericultura para médicos e enfermeiros e a fila de agendamento para o pediatra era de espera de aproximadamente um mês. O município possui apenas um pediatra, o qual atende no Serviço de Atenção Especializada localizado na Secretaria Municipal de Saúde dois dias da semana.

Foi organizada, então, a agenda médica em concordância com a agenda da enfermagem para realização de consultas de puericultura, conforme preconiza o Ministério da Saúde, pelo médico e enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. Porém, ao iniciar o agendamento e a busca-ativa por essas crianças de zero a dois anos para a puericultura, encontrou-se resistência por parte dos pais e responsáveis pela cultura de querer que o atendimento das crianças fosse realizado exclusivamente pelo médico pediatra.

Por esse motivo, considerou-se que é muito relevante realizar uma intervenção para promover adesão à puericultura. E, a partir da identificação dessa resistência e da baixa adesão dos pais à consulta de puericultura, foi iniciado o trabalho de educação dessa população por meio de conversas em sala de espera e do incansável trabalho das Agentes Comunitárias de Saúde nas visitas domiciliares mensais.

Além do trabalho de informação a população, foi iniciado o projeto de Puericultura no

Centro de Educação Infantil (CEI) Professora Alcina de Oliveira Figueiredo, localizado no bairro Itacolomi, frequentado por 194 crianças de 4 meses a 4 anos de idade, sendo 90% de moradores do bairro. O objetivo é aproximar os pais e sensibilizar os professores sobre a importância do acompanhamento programado das crianças nos primeiros anos de vida.

Nesse sentido, atuar na rotina de puericultura no município de Balneário Piçarras, especificamente no bairro Itacolomi, foi elencado como objeto desse projeto de intervenção.





## 2 Objetivos

### 2.1 Objetivo Geral

Promover o aumento da adesão das crianças do bairro Itacolomi, município de Balneário Piçarras, à rotina de Puericultura.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Aproximar e fortalecer o vínculo da família com a Unidade Básica de Saúde.
- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças de zero a dois anos de idade.
- Sensibilizar a família e professores sobre a importância do acompanhamento das crianças nos primeiros anos de vida.
- Integrar a equipe de Estratégia Saúde da Família no cuidado e atenção às crianças nos primeiros anos de vida.



## 3 Revisão da Literatura

### Crescimento e Desenvolvimento Infantil

O conceito de desenvolvimento é amplo e refere-se a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais (RAPPAPORT; FIORI; DAVIS, 1981). O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre principalmente por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança (BARROS; VICTORIA, 2008). O crescimento é um processo dinâmico e contínuo, expresso pelo aumento do tamanho corporal e constitui um dos indicadores de saúde da criança. O processo de crescimento é influenciado por fatores intrínsecos (genéticos) e extrínsecos (ambientais), entre os quais se destacam a alimentação, a saúde, a higiene, a habitação e os cuidados gerais com a criança, que atuam acelerando ou restringindo tal processo (BRASIL, 2002). Deve-se valorizar também o crescimento intrauterino, pois diversos estudos atestam que alterações no crescimento fetal e infantil podem ter efeitos permanentes na saúde do adulto (BARROS; VICTORIA, 2008). O acompanhamento sistemático do crescimento e do ganho de peso permite a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade por meio da sinalização precoce da subnutrição e da obesidade (BRASIL, 2005). A prevalência de baixa estatura para as idades de crianças menores de 5 anos na população brasileira foi de 7% em 2006. A distribuição espacial dessa prevalência indica frequência máxima do problema na Região Norte (15%) e pouca variação entre as demais regiões (6% nas regiões Centro-Oeste, Nordeste e Sudeste e 8% na Região Sul). Déficits de peso em relação à altura, indicativos de casos agudos de desnutrição quando sua frequência ultrapassa 2% a 3%, foram encontrados em apenas 1,5% das crianças brasileiras menores de 5 anos, não ultrapassando 2% em qualquer região ou estrato social da população. Tal situação indica um equilíbrio adequado entre o acúmulo de massa corporal e o crescimento linear das crianças, apontando para o virtual controle de formas agudas de deficiência energética em todo o país (BRASIL, 2012). Situações de excesso de peso em relação à altura foram encontradas em 7% das crianças brasileiras menores de 5 anos, variando de 6% na Região Norte a 9% na Região Sul, indicando exposição moderada à obesidade infantil em todas as regiões do País (BRASIL, 2012). O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do Índice de Massa Corporal (IMC) da criança na Caderneta de Saúde da Criança (BARROS; VICTORIA, 2008). A identificação de problemas (tais como: atraso no desenvolvimento da fala, alterações relacionais, tendência ao isolamento social, dificuldade no aprendizado, agressividade, entre outros) é fundamental para o desenvolvimento e a intervenção precoce para o prognóstico dessas crianças (MIRANDA;

RESEGUE; FIGUEIRAS, 2003). Portanto, são de grande relevância o diagnóstico e o acompanhamento do desenvolvimento das crianças, sendo que os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitiva nas consultas de supervisão de saúde (DRACHLER; LEITE, 2004).

### **Programa de Puericultura**

Um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o Programa de Puericultura, que tem como propósito acompanhar o crescimento e desenvolvimento, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças nos primeiros anos de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias (DRACHLER; LEITE, 2004).

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser vistas com maior frequência (BRASIL, 2012).

No âmbito da Atenção Básica, o atendimento de puericultura, realizado por diferentes profissionais, é entendido como um dos momentos mais favoráveis para o fortalecimento do vínculo e a troca de informações entre a equipe e a família. A puericultura pode ser definida como cuidados de prevenção de doenças e promoção de saúde das crianças e seu objetivo é garantir que as crianças sigam uma trajetória ótima de crescimento e desenvolvimento, identificando influências que possam afetar negativamente sua saúde (UFSC, 2016).

### **A Importância da Atenção à Família no Cuidado da Criança**

É dever da família, da sociedade e do poder público assegurar a efetivação dos direitos da criança. O texto constitucional e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) marcam o início de uma nova fase em relação às políticas para a infância, resultado do movimento nacional e internacional de defesa dos direitos do referido público (BRASIL, 2012). O estabelecimento de vínculos entre as famílias, estudantes e profissionais de saúde e educação do território, com reconhecimento das práticas e culturas locais, fortalece o compartilhamento e troca de experiências e em consequência a melhoria das condições econômicas, sociais, de educação, desenvolvimento, cultura, dentre outros fatores que afetam a saúde. Nesse sentido, e considerando a escola um parceiro essencial para o desenvolvimento permanente de ações de promoção (BRASIL, 2015a). As avaliações do desenvolvimento infantil devem sempre levar em consideração as informações e opiniões dos pais e da escola sobre a criança. Recomenda-se procurar ouvir, informar e discutir assuntos que dizem respeito às habilidades desenvolvidas e à maneira como a criança as

explora, relacionando-as aos riscos de lesões não intencionais e às medidas para a sua prevenção (BARROS; VICTORIA, 2008). Estima-se que as ações de promoção do aleitamento materno e as ações de promoção da alimentação complementar, respectivamente, sejam capazes de reduzir até 13% e 6% a ocorrência de mortes em crianças menores de 5 anos em todo o mundo (BRASIL, 2015b).

### **Atenção Primária à Saúde e o Acompanhamento da Criança**

São grandes os desafios a serem enfrentados quando se procura direcionar as ações para a melhoria da qualidade e das condições de vida, por isso precisamos investir na formação de comportamentos favoráveis à saúde e ao bem-estar desde a infância. Se uma criança cresce em meio a uma vida saudável, a tendência é que se torne um adulto saudável (BRASIL, 2009a). A infância é um período em que a maior parte das potencialidades humanas se desenvolve (BRASIL, 2009b). Assim, os problemas enfrentados pela criança desde a tenra idade podem refletir em graves consequências para o adulto. As crianças e os adolescentes devem ser entendidos como sujeitos de direitos, com especificidades que merecem tratamento prioritário pelas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2010). Para que a criança cresça de maneira saudável e esteja preparada para enfrentar as transformações que ocorrem em seu organismo, é necessário que ela receba cuidados específicos, capazes de promover seu bem estar físico e prevenir problemas que possam interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor (LONDRINA, 2006). Estes cuidados podem ser oferecidos na Atenção Primária à Saúde (ou Atenção Básica), responsável pela prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos em todas as fases da vida. A Estratégia Saúde da Família (ESF), desde a sua criação no ano de 1993, vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, aprimorando em muito o acesso da população às ações de saúde (BRASIL, 2009b). Para a Atenção Básica ser bem-sucedida no enfrentamento dos novos desafios epidemiológicos da saúde da criança (como a questão da violência), desafios estes caracterizados por um forte componente psicossocial, a referida área precisa desenvolver uma atenção baseada em trabalho de equipe multiprofissional, com enfoque biopsicossocial do indivíduo, da família e da comunidade, além de intensa parceria intersetorial (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011). A integração de saberes, de práticas, de responsabilidades e de cuidado na perspectiva de uma postura cidadã dos educandos e profissionais é fundamental para que se promova uma cultura da paz no espaço escolar e nas Unidades Básicas de Saúde. A construção intersetorial de ações de educação e saúde que leva em consideração a realidade do território, a singularidade dos educandos, a acessibilidade, a ambiência, as relações e o respeito às diferenças é primordial para a promoção à saúde e a prevenção de agravos no território de responsabilidade compartilhada entre saúde e educação (BRASIL, 2015a). Os setores saúde e educação não podem por si mesmos e de modo isolado, proporcionar as condições necessárias para a educação e a saúde integral, à medida que a integralidade exige a ação coordenada de todas as

políticas sociais e dos respectivos atores sociais .

As políticas sociais precisam desenvolver-se de forma associada e interrelacionada, para que cada educando/trabalhador/usuário se veja como sujeito corresponsável pelo serviço/ação e pelo seu próprio bem-estar. Isso implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território; deve propiciar a sustentabilidade à transformação das práticas profissionais fragmentadas em modos de cuidar pautados pela universalidade, participação, integralidade, articulação e corresponsabilidade pelos territórios, para a produção de um jeito de cuidar da saúde realizado intersetorialmente com a escola (BRASIL, 2015a).

Nesta perspectiva, colaboram para uma atenção humanizada e integral, as políticas públicas que priorizam a atenção à saúde da criança e que têm como proposta ações direcionadas à imunização, o incentivo ao aleitamento materno, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e o controle das doenças prevalentes da infância, como diarreias e infecções respiratórias agudas. Com isso, procura-se atuar de modo a reduzir a mortalidade infantil, implementando-se ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças (UFSC, 2016).

A importância de um bom começo: promoção da saúde em creches. Evidências científicas nos mostram que o fato de a criança estar matriculada e frequentar uma creche pode promover sua saúde. Para as famílias de baixa renda em especial, o filho na creche possibilita à mãe entrar no mercado de trabalho e contribuir com o bem-estar da criança e da família (MOYSES, 2008).

Com isso, reforça-se a importância das ações intersetoriais, educativas e de atenção primária. Seguindo esta lógica, o Ministério da Saúde recomenda que a atenção integral à saúde da criança deve iniciar o mais precocemente possível, contemplando atividades programadas individuais e coletivas, ações educativas e de promoção à saúde, assim como o acesso ao diagnóstico, cura e reabilitação daquelas crianças com problemas de saúde já instalados. O atendimento à criança doente, em qualquer circunstância, deve ser priorizado no serviço de saúde e precisa fazer parte do planejamento da equipe em todos os níveis de atenção, inclusive da atenção básica (UFSC, 2016).

## 4 Metodologia

O presente projeto será realizado por meio de consultas médicas de puericultura, consultas de enfermagem e rodas de conversa com temas de educação em saúde com os pais das crianças que fazem parte da população adscrita da Unidade Básica de Saúde do bairro Itacolomi. As consultas médicas serão realizadas pela médica da ESF dentro do ambiente escolar, em uma sala disponibilizada pelos profissionais da escola. As pré-consultas com aferição de sinais vitais e triagem das crianças serão realizadas pela enfermeira e/ou técnicas de enfermagem na antessala. Atualmente a escola tem matriculadas 210 crianças de 6 meses a 4 anos de idade, destas crianças cerca de 80% são de moradores do bairro Itacolomi, onde está localizada a Unidade Básica de Saúde.

Já as rodas de conversa serão conduzidas pelas Agentes Comunitárias de Saúde, previamente matriciadas sobre o tema a ser trabalhado em cada encontro como: higiene pessoal, prevenção de acidentes domésticos, queixas mais comuns sobre problemas de saúde das crianças. O objetivo da roda de conversa é capacitar os pais ou responsáveis em relação à promoção de saúde e prevenção de agravos.

Os encontros no ambiente escolar serão agendados no período da tarde e terão frequência quinzenal, segundo agenda prévia organizada em concordância com os profissionais da escola e ESF. Essa agenda será organizada por salas de aula com o máximo de 15 crianças a cada encontro e, se exceder 15 crianças de uma mesma sala de aula, será agendado um novo encontro para atender o excedente na semana seguinte.

A agenda é organizada para que durante o semestre sejam atendidas todas as salas de aula do Centro de Educação Infantil. Ao terminar o rodízio das salas de aula, uma nova agenda será feita para iniciar um novo ciclo pela primeira turma atendida no rodízio anterior.

O projeto foi pensado para ser contínuo, visto que todos os semestres são matriculadas novas crianças no Centro de Educação Infantil (CEI). As crianças que já foram atendidas através da puericultura no CEI serão encaminhadas para dar continuidade às consultas e retornos na Unidade Básica de Saúde, respeitando o objetivo inicial do projeto que é aproximar as crianças e suas famílias da rotina de atendimento da UBS.





## 5 Resultados Esperados

Espera-se que, com o presente projeto de intervenção, ocorra a aproximação das crianças e dos seus familiares com a Unidade Básica de Saúde e maior adesão ao programa de puericultura por meio dos retornos programados nas consultas no ambiente escolar. Ao final de cada consulta, o médico ou o enfermeiro fornecerá o encaminhamento para a UBS de origem. Nas referidas consultas de puericultura no ambiente escolar, espera-se identificar as crianças com algum atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e seja realizada a avaliação pertinente em cada caso e encaminhada ao serviço de especialidade de acordo com o problema identificado.

Ao final de cada ciclo do projeto o esperado é que se atenda, pelo menos, 60% das crianças matriculadas no CEI e que estas crianças continuem o acompanhamento de saúde nas UBS de origem. Além disso, intenta-se atualizar as carteiras de vacinação das crianças para que seja possível identificar aqueles com vacinas faltantes.

Espera-se promover a saúde da criança e prevenir agravos com a realização das rodas de conversa com os pais e orientações sobre temas pertinentes e assuntos prevalentes para a faixa etária, como por exemplo: prevenção de acidentes domésticos, alimentação saudável, medidas de higiene, etc.

Através do atendimento multidisciplinar com enfermeiras, médicas, odontólogas e Agentes Comunitárias de Saúde, enseja-se que seja realizado um atendimento integral e com a visão ampliada do processo saúde-doença e também ocorra o matriciamento da equipe como um todo. E, por fim, que os professores e pais se sensibilizem com a importância de manter o acompanhamento de puericultura dessas crianças e que, em parceria com a UBS, seja possível verificar as crianças com consultas médicas ou vacinas em atraso e contacte a UBS para realizar a busca-ativa. Sendo assim, o objeto geral da ação será cumprido em fortalecer o vínculo entre pais, crianças, saúde e educação.



## Referências

- ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, M. de L. O papel do pediatra no psf-paidéia de campinas (sp). *Ciência Saúde Coletiva*, v. 16, p. 1479–1488, 2011. Citado na página 19.
- BARROS, F. C.; VICTORIA, C. G. Maternal-child health in pelotas, rio grande do sul state, brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. *Cad. Saúde Pública*, p. 461–467, 2008. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- BRASIL. Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Ministério da Saúde, Brasília, n. 11, 2002. Citado na página 17.
- BRASIL. Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2005. Citado na página 17.
- BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2009. Citado na página 19.
- BRASIL. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Ministério da Saúde, Brasília, n. 23, 2009. Citado na página 19.
- BRASIL. Construindo a política nacional dos direitos humanos de crianças e adolescentes e o plano decenal dos direitos humanos de crianças e adolescentes 2011 – 2020. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2010. Citado na página 19.
- BRASIL. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Ministério da Saúde, Brasília, n. 33, 2012. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- BRASIL. Caderno temático: Direitos humanos. Ministério da Saúde, Brasília, n. 1, 2015. Citado 3 vezes nas páginas 18, 19 e 20.
- BRASIL, M. da Saúde do. *Brasil está acima da média mundial na redução da mortalidade infantil, diz ONU*. 2015. Portal Brasil. Cidadania e Justiça. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2015/09/brasil-esta-acima-damedia-mundial-na-reducao-da-mortalidade-infantil-diz-onu>>. Acesso em: 12 Jul. 2017. Citado na página 19.
- DRACHLER, M. de L.; LEITE, J. C. de C. Promoção e proteção do desenvolvimento da criança. In: \_\_\_\_\_. *Medicina ambulatorial*. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 190–199. Citado na página 18.
- LONDRINA. Protocolo clínico de saúde da criança. Autarquia Municipal de Saúde, Londrina, n. 1, 2006. Citado na página 19.
- MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. de M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. *Jornal de Pediatria*, p. 33–42, 2003. Citado na página 17.
- MOYSES, M. A. A. *A institucionalização invisível: Crianças que não aprendem na escola*. Campinas: Mercado de Letras: FAPESP, 2008. Citado na página 20.

---

RAPPAPORT, C. R.; FIORI, W. da R.; DAVIS, C. *Psicologia do Desenvolvimento: Conceitos fundamentais*. São Paulo: EPU, 1981. Citado na página 17.

UFSC. *Atenção integral à saúde da criança: medicina*. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, n. 2, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 18 e 20.