



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

Verónica Alejandra Riquelme Martínez

O impacto da informação aos pais na cobertura da
Puericultura: um projeto de intervenção em uma
Unidade Básica de Saúde (UBS) em Uruguaina/RS

Florianópolis, Março de 2023

Verónica Alejandra Riquelme Martínez

O impacto da informação aos pais na cobertura da Puericultura:
um projeto de intervenção em uma Unidade Básica de Saúde
(UBS) em Uruguaina/RS

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: Zeno Carlos Tesser Junior
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Verónica Alejandra Riquelme Martínez

O impacto da informação aos pais na cobertura da Puericultura:
um projeto de intervenção em uma Unidade Básica de Saúde
(UBS) em Uruguaina/RS

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

Zeno Carlos Tesser Junior
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução: A Puericultura é definida como um conjunto de regras e noções que visam assegurar o perfeito desenvolvimento físico, psíquico e social da criança. O cuidado da criança, considerando 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, produtivo, pleno e feliz, e em decorrência, um idoso com alta reserva funcional biológica, que permita um final da vida digno. A falta de Puericultura produzirá um impacto negativo sobre a morbidade e mortalidade infantil, e condições de vida da futura vida adulta, não só no nível individual, mas também no nível macrossanitário. Na ESF 21 “Centro”, de Uruguaiana/RS, se detectou uma baixa taxa de acompanhamento em Puericultura, de 24%. As causas seriam a falta de informação dos pais, e crianças da área que consultam em outra unidade de saúde (Policlínica Infantil). **Objetivo:** Aumentar a informação dos pais e reorganizar o fluxo de atendimento às crianças, com duas ações simples e económicas direcionadas às gestantes que realizam pré-natal na unidade, e às crianças da área de abrangência, desde o nascimento até os 5 anos, podendo ser incorporadas permanentemente à rotina habitual da unidade. **Metodologia:** A primeira ação será criar um panfleto colorido com informação sobre Puericultura, e calendário de consultas, que será grampado na capa da carteira da gestante durante o terceiro trimestre, reforçando as informações durante as consultas. A segunda ação será organizar uma reunião com os profissionais da Policlínica para redirecionar as crianças à ESF 21. **Resultados esperados:** se espera aumentar a cobertura para 80% nas consultas de puericultura até final de 2021, o que será considerado Ótimo na mensuração com indicadores próprios.

Palavras-chave: Acesso à Informação, Cuidado da Criança, Prevenção Primária, Serviços de Saúde da Criança

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	15
2.1	Objetivo geral:	15
2.2	Objetivos específicos:	15
3	REVISÃO DA LITERATURA	17
4	METODOLOGIA	21
5	RESULTADOS ESPERADOS	23
	REFERÊNCIAS	25

1 Introdução

O município de Uruguaiiana está situado no extremo ocidental do estado do Rio Grande do Sul junto à fronteira fluvial com Argentina e Uruguai, a uma altitude de 66 metros acima do nível do mar. Pertence à Microrregião da Campanha Ocidental, na Mesorregião Sudoeste Rio-Grandense. Com uma área de 5.713 km², é o terceiro maior município gaúcho e da Região Sul. Limitando-se ao norte com o Município de Itaqui, ao sul com Barra do Quaraí, ao leste com Alegrete e Quaraí e a oeste com Paso de Los Libres, Argentina; com a que considera-se cidade-gêmea, cuja linha de fronteira encontra-se exatamente no meio da Ponte Internacional sobre o rio Uruguai, e que possui dois nomes: "Getúlio Vargas" na metade brasileira e "Agustín Justo" na metade argentina.

Quanto a sua história, a cidade de Uruguaiiana possui desde sua fundação essência mercantilista. Os dados históricos apontam que os primeiros habitantes foram os índios Pampeanos, no século XVI, divididos em Charruas, Minuanos, Gnoas e Hiaro. Três séculos mais tarde, franceses, espanhóis, portugueses e africanos instalados na área, formaram o primeiro povoado com intensa atividade comercial através das fronteiras com Argentina e Uruguai. O general Bento Gonçalves da Silva cria, por decreto de 24 de fevereiro de 1843, uma capela curada, chamada Capela do Uruguai, nome primitivo de Uruguaiiana.

Em 29 de maio de 1846, a povoação foi elevada a vila e sede de novo município, chamado Uruguaiiana, por proposição de Domingos José de Almeida, então Ministro da Fazenda. Assim se desmembra do município de Alegrete, e constitui o fato excepcional de ser o único município fundado pelos farrapos durante a Revolução. O nome de Uruguaiiana deriva dos nomes do rio Uruguai e da santa padroeira, Nossa Senhora de Santa Ana. A cidade foi protagonista durante a guerra da Tríplice Aliança contra o Paraguai, no ano 1865, quando foi invadida por 44 dias, fato conhecido como "o cerco a Uruguaiiana". No ano 1884 foi a primeira cidade em abolir a escravatura, 4 anos antes da assinatura da Lei Áurea.

Desde sempre, sua importância estratégica comercial internacional foi relevante, tendo em vista que está localizada equidistante, às capitais Porto Alegre, Buenos Aires, Montevideu e Assunção. Em 1934, instalava-se a primeira refinaria de petróleo do país, com petróleo proveniente do Equador, via Argentina. Ostenta o maior porto seco de América Latina e o terceiro do mundo. Destacam-se as atividades agropecuárias, liderando a produção nacional de arroz, mas encontramos também outras culturas, como a de laranja, uva, batata doce, cebola, mandioca, melancia, melão e tomate; criação de gado bovino de raças nobres europeias, gado ovino de corte e lã e gado bubalino de corte e equino.

De fortes tradições gaúchas, orgulha-se de ser o berço da Califórnia da Canção Nativa, festival declarado Patrimônio Cultural do Estado, e que desde 1971 é modelo de divulgação da cultura gaúcha. Além disso, conta com um dos carnavais mais famosos do país, que

tornou-se sucesso por acontecer fora de época, ocorrendo em março de cada ano. Também é relevante o amplo leque religioso em que a população divide sua fé: católicos, protestantes, evangélicos, umbandistas, espíritas, testemunhas de Jeová, mórmons, etc. A cidade é sede da Diocese de Uruguaiana. Para citar a relevância das religiões afro-brasileiras, todos os 2 de fevereiro de cada ano se realiza um culto a Iemanjá, na beira do rio Uruguai, e no dia 23 de abril uma procissão para São Jorge, com participação da Brigada Militar que o tem como patrono.

Quanto a sua organização política atual, os poderes do Município, são o Legislativo, formado de uma Câmara Municipal de Vereadores, composta de 14 parlamentares, e o Executivo, representado pelo Prefeito e Vice-prefeito. Conta com 12 secretarias e a Procuradoria Geral. Os serviços públicos que se encontram no município são coleta de lixo, Restaurante Popular, Casa de Passagem, Centros de Atendimento à Criança e ao Adolescente e Centros de Referência e Especializado em Assistência Social, transporte coletivo urbano com 9 linhas de ônibus, Cemitério Municipal, Agência e Assessoria de Empregos, INSS, Delegacia da Receita Federal, Conselho Tutelar, Procon, etc. Também conta com a Biblioteca Municipal “Guilherme do Prado Veppo”, o Teatro Municipal “Rosalina Pandolfo Lisboa”, o Centro Cultural “Dr. Pedro Marini”, o Museu “Raul Pont” e o Museu do Rio Uruguai.

Quanto ao perfil social, econômico e educacional; segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, Censo 2010) possui uma população estimada, no ano 2010, de 126.970 pessoas, sendo apenas o 6% de área rural. As etnias estão assim distribuídas: Branca, Preta, Amarela, Parda e Indígena, com predominância da branca. Há um pequeno predomínio de mulheres sobre homens, na população geral. O 10,92% da população é de pessoas idosas. Em 2010, o salário médio mensal, dos trabalhadores formais, era de 2,2 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 17,5%.

Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 35,6% da população nessas condições. As condições de moradia reúnem múltiplos fatores que podem representar diversos impactos à saúde. Alguns são de difícil manejo, por estarem diretamente associados à condição socioeconômica, enquanto outros, podem ser minimizados com ações de promoção à saúde. Em Uruguaiana existem 37.422 domicílios permanentes, sendo 86,5% casas, 12,3% apartamentos, 0,8% casas de vila ou em condomínios e 0,4% de habitações em casa de cômodos e cortiço. A grande maioria da população está alfabetizada, com uma taxa de alfabetização de 96,3% segundo último censo. A rede de ensino em Uruguaiana é composta por quatro tipos de classificação, sendo municipais, estaduais, federais e privadas, nos níveis pré-escolar, fundamental, médio e superior. Tem uma taxa de escolarização de 6 a 14 anos de idade de 97,6%. O Índice de Desenvolvimento Humano Mundial (IDHM) de Uruguaiana é 0,744, em 2010, o que situa o município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (IDHM entre 0,700 e 0,799).

No que diz respeito ao território e meio ambiente, o município pertence ao bioma Pampa. A zona urbana do município ocupa uma área total de 45,3 km², o que representa apenas o 0,8% do território, porém onde concentra-se o 94% da população, e está dividida em 26 bairros. O restante corresponde à área rural, organizada em 5 distritos. Apresenta o 98% dos domicílios particulares permanentes, com abastecimento de água da rede geral, o percentual restante se abastece de água de poço ou nascente dentro ou fora da propriedade; água de chuva armazenada em cisterna ou outro; água de rio, lago açude ou Igarapé. Apresenta 81,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado. O esgoto coletado pela concessionária contratada é encaminhado para a Estação de Tratamento de Esgoto (ETE), localizada próxima à BR 472 e depois de tratado, o efluente é despejado no Rio Uruguai. Apresenta 92,5% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 25,2% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio). Em uma pesquisa de Unipampa, levantada por médicos da Atenção Básica, no ano 2019, entre os usuários do SUS nas unidades de saúde, observou-se que existem várias fontes de contaminação do ar extradomiciliar, muito próximas dos domicílios, tais como tráfego de veículos, ruas sem asfalto, esgoto a céu aberto, lixão, silos de arroz, queimas, e outras tantas dentro dos domicílios, como fogões a lenha e a querosene, utilizados para aquecer, cozinhar, iluminar ou secar roupas. Foi chamativo que a grande maioria dos entrevistados, não identificava aquelas situações como contaminantes do ar e prejudiciais à saúde.

No que diz respeito à situação epidemiológica do município, o coeficiente de natalidade é de 13,87 nascidos vivos por 1000 habitantes no ano de 2017, a taxa (ou coeficiente) de mortalidade geral da população corresponde a 7,49 óbitos por 1000 habitantes no ano de 2017; taxa (ou coeficiente) de mortalidade por doenças crônicas, sobre um total de 972 óbitos no período de 2017, foi de 22,11 óbitos por 100 habitantes por doenças do aparelho circulatório; 20,37 óbitos por 100 habitantes por neoplasias (tumores); 13,47 óbitos por 100 habitantes por doenças do aparelho respiratório; 5,24 óbitos por 100 habitantes por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; 5,04 óbitos por 100 habitantes por doenças do aparelho digestivo, sendo estas cinco primeiras causas de morte por doenças crônicas; taxa (ou coeficiente) de mortalidade infantil no município foi 12,26 óbitos de menores de 1 ano por 1000 habitantes no ano de 2017, sobre um total de 1794 nascidos vivos; razão de mortalidade materna foi 2,28 óbitos de mulheres residentes, por causas ligadas a gravidez, parto e puerpério por 1000 habitantes no ano de 2017, sobre um total de 1794 nascidos vivos. A cobertura vacinal do município é 73,8 % para o período de 2017. A proporção de nascidos vivos no município com baixo peso foi de 8,97 % no ano de 2017 (BRASIL, 2017).

O município de Uruguaiana pertence a 10^a Coordenadoria Regional de Saúde (10^a CRS). A Secretaria Municipal de Saúde rege-se conforme a normatização vigente do Sistema Único de Saúde (SUS) norteada pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande

do Sul. Dispõe da seguinte estrutura administrativa. Para a participação e controle social serem exercidos, o Conselho Municipal Saúde (CMS) de Uruguaiana, constitui-se no órgão de colegiado, normativo, deliberativo, permanente e fiscalizador na composição do SUS, no município. Avalia e controla a execução da política municipal de saúde, inclusive nos seus aspectos financeiros e econômicos. A Conferência Municipal de Saúde é o momento fundamental para aproximar usuários, trabalhadores e gestores, para realizar o análise das prioridades locais de saúde e formular propostas no âmbito municipal. A 8ª Conferência Municipal de Saúde ocorreu em dia 12 de abril de 2019, no Teatro Rosalina Pandolfo Lisboa, com o tema: “Democracia e Saúde em Uruguaiana”.

No município de Uruguaiana, a cobertura populacional pela Atenção Básica estimada foi de 66,94% no ano 2019. Uruguaiana conta com 16 unidades de saúde, distribuídas na área urbana, e 3 unidades de saúde na área rural, nestas UBS estão implantadas 23 Equipes de Saúde da Família no perímetro urbano, e 1 Equipe Saúde da Família Rural. É de destacar a quase inexistência de Agentes Comunitários de Saúde, há mais de um ano, por problemas de origem sindical e com atuação na justiça. Esta grave falência tem impacto muito negativo na cobertura da AB, na qualidade do cuidado, e nas rotinas de trabalho das ESF ([BRASIL, 2020](#)).

A Estratégia Saúde da Família 21 localiza-se na área urbana do município, no bairro Centro, sobre umas das avenidas principais da cidade. Abrange 3 bairros: Centro, Santana e São Miguel, com uma população estimada em 23061 moradores (17,78 % da população total do município). Em relação à faixa etária, estima-se que há 7727 crianças e adolescentes (0-19 anos); 12435 adultos (20-59 anos); 2901 idosos (com 60 anos ou mais) ([BRASIL, 2017](#)).

As características da população atingida são muito variadas em decorrência do excesso de área e da enorme população adstrita. O perfil étnico resulta das correntes migratórias modernas representadas por italianos, alemães, espanhóis, franceses e árabes, assim como indígenas. O perfil socioeconômico mostra uma grande massa populacional de baixa renda, distribuído irregularmente em toda a área, e uma parcela intermediária formada pela massa de assalariados do meio rural, do comércio, da rede bancária, dos estabelecimentos de saúde e serviços públicos municipais, estaduais e federais. Existe, também, uma pequena parcela de maior poder aquisitivo e o restante é formado pela população flutuante em decorrência do Município pertencer a área de fronteira.

A ESF 21 possui 2 equipes, cada uma composta por 1 médico, 1 enfermeira e 2 técnicas em enfermagem. Conta de uma terceira enfermeira e uma quinta técnica de enfermagem que auxiliam frente a grande área e demanda. Além disso, 2 nutricionistas, 1 dentista e 1 auxiliar de saúde bucal. Não conta com nenhum agente de saúde, nem com recepcionista, pelo que as técnicas de enfermagem assumem essa função com uma escala de trabalho. Na prática diária, não existe uma divisão rígida da população entre as duas equipes. Os horários de atendimento são de segunda-feira a sexta-feira de 7:30-11:30 e de 13:30-17:30.

Realiza acolhimento à demanda espontânea, com agendamento de consultas conforme risco e disponibilidade de vaga. A média de atendimentos é de 12 usuários por turno por profissional. Os serviços ofertados são: consulta médica, consulta de enfermagem, consulta com nutricionista, consulta com dentista, pré-natal, puerpério e puericultura, curativos, procedimentos como cantoplastia, lavagem auditiva, coleta de citopatológico e odontológicos; visitas domiciliares, vacinas durante algumas campanhas (não dispõe de sala específica de vacina, já que funciona ao lado da sala central de vacina do município), testes rápidos para HIV, hepatites B e CVHC, VHB, sífilis; teste do pezinho. Desenvolve as ações do Programa Saúde na Escola, de preceptoria de alunos do sétimo semestre de medicina da UNIPAMPA, grupos de gestantes, HAS/DM, reeducação alimentar.

Quanto aos atendimentos, a incidência de diabetes em idosos foi de 9,99 novos casos por 1000 habitantes no ano de 2018. Conforme dados da equipe, a prevalência de Hipertensão Arterial Sistêmica na comunidade corresponde a 24,32 casos de HAS por 1000 habitantes no ano 2018. Além das doenças e agravos citados, destaca-se na comunidade uma prevalência de casos da área de Saúde Mental de 6,93 casos por 1000 habitantes, sendo a depressão a doença com maior porcentual (41 %), com dados recuperados do matriciamento em saúde mental. Também se destaca o número de pacientes restritos ao leito por sequelas de AVC acompanhados através de visitas domiciliares e em uso de traqueostomia ao momento da alta hospitalar. No cotidiano, as consultas mais comuns são para acompanhamento de condições crônicas, renovação de receitas, e são vários os usuários identificados como hiperutilizadores.

Através do diagnóstico social, epidemiológico e por percepção dos membros da equipe, são vários os problemas detectados nesta unidade de saúde, sendo os 5 principais: baixo percentual de acompanhamento de puericultura, baixa detecção de casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis em relação ao tamanho da população, falta de dados epidemiológicos da área, área de abrangência muito superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde e falta total de agentes comunitários de saúde.

Considerando a magnitude, transcendência, vulnerabilidade, custo, urgência e governabilidade, o problema prioritário para ser foco de uma intervenção é o baixo percentual de acompanhamento de puericultura. Atualmente, as consultas de puericulturas se realizam mensalmente, tanto pelo médico quanto pela enfermeira, intercaladas. Também participam nutricionista e dentista. Conta-se com registros de todas as gestantes, onde consta o desfecho da gestação, e tem-se detectado um percentual baixo de consulta de puericultura em relação aos nascidos vivos e sem complicações.

Conforme registros próprios, em 2019 a ESF 21 acompanhou 132 gestações até o final, cujo desfecho foi de 125 recém nascidos vivos, dos quais, 30 realizam o acompanhamento de puericultura na unidade, totalizando uma taxa de 24% de acompanhamento. As causas seriam a falta de informação dos pais quanto ao fluxo de cuidado, falta de informação e valorização das mães quanto ao acompanhamento, falta de ACS para realizar moni-

toramento da área e busca ativa das crianças e crianças que consultam na Policlínica Infantil, mas que não encaixam nos programas oferecidos: Viva Criança, Prematuro no Pedaco e PIPA (Programa Infantil de Prevenção da Asma). As consequências, no caso de crianças não acompanhadas, são: impossibilidade de detectar e prevenir agravos à saúde e de realizar educação em saúde, agravamento do processo saúde/doença, aumento de mobilidade e mortalidade, entre outras. No caso de crianças acompanhadas na Policlínica Infantil: sobrecarga de demanda, diminuição de qualidade de cuidado para crianças mais vulneráveis.

A puericultura pode ser 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” (FERREIRA, 1999, p. 1129) . O cuidado da criança, partindo da definição e considerando 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, produtivo, pleno e feliz, e em decorrência, um idoso com alta reserva funcional biológica, que permita um final da vida digno. Desde um olhar holístico, se entende a enorme importância da puericultura, não só como uma ação de saúde multiprofissional, se não como a norteadora de medidas educativas, econômicas, sociais e políticas que os governos deveriam seguir. Este assunto envolve à criança, a família e a comunidade por tratar-se de uma questão vulnerável, e deve interessar a toda a sociedade. Os demais membros da equipe tem a mesma inquietude em aumentar o acompanhamento de puericultura, para dar um cuidado continuado e de qualidade como já realizado no acompanhamentos de pré-natal.. Porém, deveremos esperar a que a pandemia da Covid-19 seja superada. Para mim é muito importante, tanto como médica com atuação em Medicina de Família e Comunidade, quanto como mãe de 3 filhos. Nos momentos mais importantes da minha vida, em que precisei tomar decisões com potencial para mudar o rumo do meu destino e da minha família, avaliar a situação “através dos olhos das crianças” me ajudou. Tento transmitir essa reflexão para meus pacientes, pais ou futuros pais, avós e avôs, e até para solteiros e sem filhos, quando exista dúvida ou indecisão.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral:

Aumentar a taxa de acompanhamento de puericultura das crianças atendidas na Unidade de Saúde da Família 21 "Centro", do município de Uruguaiana, RS.

2.2 Objetivos específicos:

- Orientar pais e/ou responsáveis sobre a importância da puericultura e fluxo de cuidado na Unidade de Saúde;;
- Direcionar o atendimento de crianças sem complicações para à Estratégia de Saúde da Família 21 "Centro".
- Ofertar cuidado seguro e em tempo oportuno para crianças vinculadas à unidade de saúde.

3 Revisão da Literatura

A Puericultura (do latim, puer: criança, e cultos: criação ou cuidados dispensados a alguém), é definida como um conjunto de regras e noções que visam assegurar o perfeito desenvolvimento físico, psíquico e social da criança (TOMAZI; GONZAGA, 2018). Até meados do século XIX, era apenas um conjunto de noções e técnicas, passado de mães para filhas ao longo dos tempos, sobre cuidados de higiene, nutrição e disciplina de crianças pequenas (BLANK, 2003, p. 13). Gradativamente, sofreu mudanças significativas nos últimos anos, graças à pediatria e instituições que realizam revisões sistemáticas das evidências (BLANK, 2003, p. 17), para transformá-la em uma ciência verdadeira, que reúne todas as noções (fisiologia, higiene, sociologia) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até o final da adolescência (BLANK, 2003, p. 14). Atualmente, a puericultura, está inserida na Atenção Básica, e tem como objetivos a promoção da saúde infantil, a prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, valendo-se de procedimentos clínicos preventivos como: orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde desde a consulta pré-natal, anamnese e exame físico, triagem metabólica neonatal, triagens auditiva, visual e cardíaca; monitorização do crescimento, desenvolvimento e comportamento, dentição e imunizações (BLANK, 2003). A baixa cobertura, por falta de informação dos pais sobre a importância e continuidade do cuidado, assim como a falta de resolutividade dos problemas por parte dos serviços públicos, e deficiências no acompanhamento ao crescimento e desenvolvimento da criança, podem gerar uma condição crônica de saúde para esta faixa etária (CIAMPO et al., 2006, p. 741).

Evolutivamente, o cuidado das crianças apresentou avanços no Brasil, buscando a redução da Mortalidade Infantil. Nas primeiras décadas do 1900, o cuidado à saúde das crianças tinha foco voltado à diminuição do absenteísmo das mães no trabalho. Em 1970 o Ministério de Saúde criou a Coordenação de Proteção Materno-Infantil, tempo em que o Índice de Mortalidade Infantil era de 120,7/1000 NV, e nessa mesma década foi implantado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, apresentando como objetivo a redução da morbimortalidade materno-infantil. Em 1980, o Ministério de Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), para responder à necessidade de acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento de todas as crianças (ARAÚJO et al., 2014, p. 1002). Entre 1980 e 1990, por meio da Constituição Federal de 1988, das Leis Orgânicas Municipais e, posteriormente, as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990, houve muitas conquistas sociais as quais contribuíram para delinear as transformações no modelo de saúde no Brasil. A partir de 1984, se implantou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), priorizando às crianças de alto risco e procurando qualificar a assistência e aumentar a cobertura. Em 13 de julho de

1990, foi aprovada a Lei nº 8.069, que dispõe a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), partir do qual, eles conquistaram amplos direitos de proteção de integridade física e psicológica, lazer e bem-estar, devendo ser amparados pela família, comunidade e Estado (ARAÚJO et al., 2014, p. 1003).

Em 1991, foi instituído o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP) para organizar e regionalizar a assistência perinatal, e foi implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) para prevenção de doenças pela aproximação com a comunidade. Em 1994, se implantou o Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente, ampliado para uma estratégia de governo, denominada Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reestruturar os serviços de saúde de cada município, para um modelo focado na promoção da saúde e na participação comunitária. Em 1995, o Ministério de Saúde lançou a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com o objetivo de garantir o direito da criança à assistência humanizada e incentivar, promover e apoiar o aleitamento materno, através do estímulo econômico aos hospitais vinculados ao SUS. Em 1996, foi adotada a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) com origem na Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). No final de 1990, foi estruturado o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, e foram destinados recursos para compra de equipamentos específicos e treinamento de profissionais. Em 2000, o Ministério de Saúde lançou a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso (o Método Canguru) (ARAÚJO et al., 2014, p. 1003), e o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. No mesmo ano, o Brasil assumiu a meta dos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio (ODM) em reduzir dois terços da Mortalidade Infantil até o ano de 2015. Em 2004, o MS lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, postulando linhas de cuidado para atendimento global das crianças e suas famílias. Em 2008, o Ministério de Saúde lançou a Rede Amamenta Brasil, como estratégia nacional para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. (ARAÚJO et al., 2014, p. 1004)

Em 2009, o Ministério de Saúde instituiu a Estratégia Brasileirinhos e Brasileirinhas Saudáveis, enfatizando na qualidade de vida das crianças, que devem ser estimuladas pela oferta de cuidados ampliados. Em 2011 foi implantada a Rede Cegonha, com vistas a garantir segurança e qualidade assistencial à mulher em todo seu ciclo reprodutivo, e à criança segurança e cuidado integral ao nascimento, crescimento e desenvolvimento. Nesse ano, a Mortalidade Infantil era de 16/1000 NV. Em 2013, o Ministério de Saúde instituiu a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil com o propósito de integrar a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (EN-PACS) (ARAÚJO et al., 2014, p. 1004). Em 2015, foi desenvolvida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e inte-

grados da gestação aos 9 anos de vida, cujos eixos estratégicos são: Atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, Aleitamento materno e alimentação complementar saudável, Promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral, Atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas, Atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz, Atenção à saúde de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade e Vigilância e prevenção do óbito infantil, fetal e materno(MACÊDO, 2016). Em setembro de 2015, o Brasil, junto com representantes dos outros 192 Estados-membros da ONU, adotou o documento “Transformando o Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável”, um plano de ação que indica 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS). O terceiro ODS, “Saúde e Bem-Estar: Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades” estabelece entre suas metas até 2030, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos até 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos até 25 por 1.000 nascidos vivos e reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. Segundo o Relatório 2020 de Mortalidade Infantil do UNICEF, o Brasil apresentou em 2019, taxa de mortalidade neonatal de 7,9/1000; crianças de até cinco anos de 13,9/1000; e entre cinco e vinte anos de 7,1/1000.

Basta revisar a lista de dados históricos, para reconhecer o impacto o que as políticas públicas têm sobre a morbidade e mortalidade infantil, e condições de vida de sua futura vida adulta, não só no nível individual, mas também no nível macrossanitário.(ZABALA, 2018, p. 71)

Os profissionais da Atenção Básica devem desenvolver suas atividades observando as políticas públicas vigentes, garantindo a ampla cobertura e continuidade do cuidado. Para isto é essencial que os membros da equipe de ESF, aprimorem as habilidades em comunicação e o acesso à informação (BLANK, 2003, p. 15)por parte dos pais desde o pré-natal, a fins de estabelecer vínculos sólidos de confiança. Há evidências de que as famílias gostam de receber material escrito com informações(BLANK, 2003, p. 16), pelo que é importante utilizar este recurso para evitar faltas à consulta de puericultura. A formação de um vínculo estreito e empático, entre equipe e família, facilitará a adesão ao plano de cuidado, e desta forma poderemos contribuir ao pleno desenvolvimento do potencial genético das crianças, resultando em adultos mais capazes, saudáveis e felizes possíveis.

4 Metodologia

Para alcançar os objetivos propostos se realizará uma intervenção para as gestantes que realizam pré-natal na ESF 21, e para as crianças da área de abrangência, desde o nascimento até os 5 anos.

A intervenção constará de duas ações. A primeira será “Grampear na capa da frente da carteira de gestante, durante o terceiro trimestre da gravidez, um panfleto colorido com informação sobre Puericultura, e calendário de consultas”.

Em reunião de equipe, se trabalhará o conteúdo do panfleto, desta forma todos os membros estarão cientes e envolvidos. A impressão estará a cargo das recepcionistas, no computador da recepção, as técnicas de enfermagem realizarão o corte e distribuição para médicos e enfermeiras, que durante as consultas de pré-natal, grampearão na capa frontal da carteira, e reforçarão a informação contundentemente, deixando registro no prontuário.

Todos os membros da equipe estarão alertas para detectar uma gestante que não tenha sido informada sobre a puericultura, ante a falta de panfleto na portada da carteira, isto envolve também à nutricionista, dentista e auxiliar de saúde bucal. Durante a coleta do teste do pezinho (já que se realiza obrigatoriamente na ESF) as enfermeiras reforçarão a informação; isto também permitirá captar recém nascidos cujo pré-natal não foi realizado na unidade de saúde. Estas atividades poderão ser realizadas no horário habitual da ESF 21, com o intuito de ficar incorporadas à rotina de trabalho, e começará em março de 2021.

A segunda ação será “Realizar uma reunião com os profissionais da Policlínica Infantil para informar nossa baixa cobertura, pedir colaboração nas orientações às mães, identificar as crianças que deveriam ser acompanhadas na ESF 21 e referenciá-las”. O encontro com os profissionais da Policlínica Infantil visará estabelecer vínculos solidários entre ambas as unidades de saúde, montar uma rede de cooperação, frisando a corresponsabilidade em desenvolver ações de puericultura de qualidade. Se deixará constância em livro de atas.

Este encontro será entre os médicos e as enfermeiras da ESF 21 e da Policlínica infantil, em qualquer um dos locais de trabalho, em data combinada para o mês de março de 2021. As pautas da reunião serão tratadas previamente pelos membros da equipe em reunião habitual, e de igual forma serão repassadas as conclusões.

5 Resultados Esperados

Ao ser realizado a análise de situação da ESF 21, foi detectado, conforme registros próprios da unidade, um índice de acompanhamento de puericultura de 24%, resultado de estudar a proporção de nascidos vivos e sem complicações acompanhados na unidade em relação à quantidade de grávidas acompanhadas durante o pré-natal até o parto na unidade, em 2019.

As causas seriam a falta de informação dos pais quanto ao fluxo de cuidado, falta de informação e valorização das mães quanto ao acompanhamento, falta de ACS para realizar monitoramento da área e busca ativa das crianças e crianças que consultam na Policlínica Infantil, mas que não encaixam nos critérios de alto risco.

A intervenção proposta para resolver este problema tem foco em aumentar a informação dos pais e reorganizar o fluxo de atendimento às crianças; através de um panfleto informativo na capa da carteira da gestante, e de coordenar com a Policlínica Infantil para cuidar do fluxo de atendimento. Isto é um método simples e económico, que não altera a rotina habitual da unidade e pode ser incorporado de forma permanente. Como resultado se espera aumentar a cobertura para 80% nas consultas de puericultura até final de 2021.

Para mensurar o resultado, se utilizará como indicadores a Proporção de nascidos vivos e sem complicações acompanhados na unidade em um ano por quantidade de grávidas acompanhadas durante o pré-natal até o parto na unidade, e a Proporção de crianças que iniciam acompanhamento referenciadas da Policlínica Infantil depois da reunião em um ano por crianças sem complicações pertencentes a nosso território porém acompanhadas na Policlínica Infantil. O resultado será considerado: Ruim se atingir menos de um 50%, Regular entre 50% e 60%, Bom entre 60% e 70%, Muito Bom entre 70% e 80%, e Ótimo se for maior que 80%.

Referências

- ARAÚJO, J. P. et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, p. 1000–1007, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 18.
- BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. *Jornal de Pediatria*, p. 13–22, 2003. Citado 2 vezes nas páginas 17 e 19.
- BRASIL. *Departamento de Informática do SUS*. 2017. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?novapop/cnv/popbr.def>>. Acesso em: 31 Mai. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 11 e 12.
- BRASIL. *E-Gestor Atenção Básica*. 2020. Disponível em: <<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acesoPublico/relatorios/relHistoricoCoberturaAB.xhtml;jsessionid=9ljw5O0WxdqmlXTPItz5Ogjl>>. Acesso em: 31 Mai. 2020. Citado na página 12.
- CIAMPO, L. A. D. et al. O programa de saúde da família e a puericultura. *Ciência Saúde Coletiva*, p. 739–743, 2006. Citado na página 17.
- FERREIRA, A. B. de H. *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999. Citado na página 14.
- MACÊDO, V. C. de. *Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde*. Recife: Universitária da UFPE, 2016. Citado na página 19.
- TOMAZI, B. C.; GONZAGA, M. F. N. A importância do conhecimento das mães sobre a consulta de puericultura e a atuação do enfermeiro. *Revista Saúde em Foco*, p. 1–12, 2018. Citado na página 17.
- ZABALA, P. R. J. 6 minutos. *Arch Argent Pediatr*, p. 70–74, 2018. Citado na página 19.