

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM
SAÚDE DA FAMÍLIA

AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS INTERVENÇÕES NO
PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS NO
PRIMEIRO ANO DE VIDA NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA
FAMÍLIA VILA DO PRÍNCIPE DO MUNICÍPIO DE SERRO-MG

Fernanda Beatriz Ferreira Gomes

CORINTO/MINAS GERAIS
2011

FERNANDA BEATRIZ FERREIRA GOMES

**AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS INTERVENÇÕES NO
PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS NO
PRIMEIRO ANO DE VIDA NA ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA
FAMÍLIA VILA DO PRÍNCIPE DO MUNICÍPIO DE SERRO-MG**

**Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao
Curso de Especialização em Atenção Básica em
Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção do Certificado de
Especialista.**

**Orientadora: Professora Ana Maria Costa da
Silva Lopes**

CORINTO/MINAS GERAIS

2011

Agradeço á Deus, por me dar força em todos os momentos em que mais precisei e por me condicionar a realizar meus sonhos. À orientadora Ana Maria C. da Silva Lopes, pela disponibilidade e dedicação. Aos meus pais pelo amor incondicional. À SMS de Serro, equipe da ESF Vila do Príncipe, em especial aos ACS: vocês fazem parte desta conquista. E a minha amiga enfermeira Larissa, por compartilhar comigo suas idéias brilhantes.

RESUMO

Trata-se de um modelo de estudo de análise secundária que teve por objetivo a avaliação do impacto das intervenções no programa de acompanhamento das crianças no primeiro ano de vida pela equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) Vila do Príncipe do município de Serro – MG, no período de 1º de março de 2009 a 28 de fevereiro de 2010 e 1º de março de 2010 a 28 de fevereiro de 2011. Foram avaliados os dados de 50 crianças, antes das intervenções e de 51 crianças, após. O índice de aleitamento materno exclusivo passou de 29,62% para 63,6%, após as intervenções. Houve um aumento no número de crianças que realizaram o teste do pezinho até o sétimo dia de vida de 80% para 98,03%. Em relação à imunização contra hepatite B, observou-se a cobertura de 94% para a primeira dose; 97,77% para segunda dose; e de 96,2% para a terceira dose, antes das intervenções; e de 100% das crianças para a primeira e segunda dose e 90,9% para a terceira dose, após intervenções. A média de consultas realizadas nos primeiros 6 meses de vida foi de 1,14 e 2,59, para os dois períodos respectivamente; o número total de consultas por ano foi de 47 e 92; 50% e 76,47% das crianças estavam inscritas na puericultura no primeiro e segundo período do estudo, respectivamente.

Os resultados demonstram uma melhoria na situação do acompanhamento da criança após serem realizadas intervenções pela equipe, com a sistematização da assistência. Embora haja necessidade de mais esforços para a melhoria destes indicadores.

Palavras-chave: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; Aleitamento materno exclusivo; Imunização; Criança; Puericultura.

ABSTRACT

This is a model to study secondary analysis that aimed to assess the impact of interventions in follow-up program for children in the first year of life by the team of family health strategy Vila do Príncipe, Serro - MG in the period from 1st March 2009 to February 28, 2010 and 1st March 2010 to February 28, 2011. We evaluated data from 50 children before intervention and after 51 children. The rate of exclusive breastfeeding increased from 29,62% to 63,6% after the interventions. There was an increase in the number of children who performed the heel prick test until the seventh day of life 80% to 98,03%. With regard to immunization against hepatitis B, there was coverage of 94% for the first dose, 97.77% for the second dose, and 96,2% for the third dose, before the intervention, and 100% for children the first and second dose, 90,9% for the third dose, after interventions. The average number of consultations in the first six months of life was 1,14 and 2,59, respectively for the two periods, the total number of visits per year were 47; and 92,50% and 76,47% of children were enrolled in child care in the first and second study period, respectively. The results show an improvement in the situation of children after they monitoring the interventions made by the team and the care system. Although there is need for more efforts to improve these indicators.

Keywords: Monitoring the growth and development; Exclusive breastfeeding; Immunization; Children; Child Care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	05
1. OBJETIVO	
1.1. Objetivo Geral.....	08
1.2. Objetivos Específicos.....	08
2. METODOLOGIA.....	09
2.1. Contexto de Estudo.....	10
3. REVISÃO DE LITERATURA	
3.1 A puericultura no contexto da Estratégia da Saúde da Família.....	13
3.2. Ações de assistência à criança.....	15
3.2.1. O aleitamento materno exclusivo.....	15
3.2.2. A triagem metabólica neonatal.....	17
3.2.3. A imunização da criança contra a Hepatite B.....	18
3.2.4. O Enfermeiro e a atenção à saúde da criança.....	19
4. RESULTADOS.....	21
5. DISCUSSÃO.....	26
6. CONCLUSÃO.....	29
7. REFERÊNCIAS.....	31
8. ANEXO I.....	35

INTRODUÇÃO

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) tem como foco a inclusão da família no modelo assistencial nacional e público em saúde. Atualmente, considerando as bases teóricas deste modelo, pode-se considerá-lo a melhor escolha para efetivação do modelo assistencial do SUS – Sistema Único de Saúde. Elege-se como ponto central, a responsabilização por um determinado território e por meio de ações inter e multiprofissional, o que se visa é a criação de laços de compromisso entre profissionais e a população (SANTOS, 2008). Nesse contexto, a implantação da ESF representou um passo fundamental, conciliando um conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação dos indivíduos e da família, desde o recém nascido ao idoso, de forma integral e contínua (CALDEIRA, 2010, s/ p).

Neste modelo trabalhamos com uma equipe multidisciplinar e com os ACS – Agentes Comunitários de Saúde, que são profissionais fundamentais para a efetivação deste processo, tanto na criação de vínculos com a comunidade, como na identificação dos problemas e realização da busca ativa. Sabemos hoje, a importância de cada profissional da saúde neste processo e sem esta intersetorialidade não conseguiríamos assegurar a integralidade da atenção e melhoria do nível de saúde da população, que é o objetivo geral do SUS.

A forma de organização dos elementos que constituem a rede de serviços de saúde, incluindo as pessoas, suas atividades, o ambiente e os recursos materiais e tecnológicos, destacando a relação entre a equipe e com os usuários, com o objetivo da resolubilidade dos problemas da comunidade, constituem integrantes fundamentais do modelo de saúde desejável pelas instituições. A mudança contínua que vem ocorrendo no modelo assistencial da saúde, a gestão do processo de trabalho visa à reorganização deste sistema, buscando uma assistência humanizada com resolubilidade dos problemas dos indivíduos, assim como a valorização de cada membro deste processo. Esta gestão se baseia na interligação entre o planejar, executar, decidir e avaliar.

O sucesso de qualquer organização depende, em maior ou menor grau, do empenho de cada um dos seus integrantes (SANTANA, 1999). É importante o envolvimento de todos na organização e planejamento das ações, sem uma relação de hierarquia entre os seus membros. As atividades e a gestão do processo de trabalho são dois elementos que não se separam. A fragilidade das relações entre os diferentes profissionais repercute negativamente na gestão do processo de trabalho.

Através da educação permanente e com a boa integração de nossa equipe é possível a participação de todos na organização e planejamento das ações, embora seja mínima a integração do profissional médico neste processo, devido à grande demanda de atendimento em nossa unidade.

A proposta da assistência à criança se baseia na promoção, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde (MINAS GERAIS. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2005).

Lima (2004, s/ p) considera que:

A atenção básica às crianças menores de um ano de idade implica na promoção da prática da amamentação, controle e diminuição dos índices de morbimortalidade, aumento da cobertura vacinal, estímulo ao apego mãe-filho-família, participação da família no cuidado bem como a organização dos serviços, capacitação dos recursos humanos, entre outros aspectos, para avançar na assistência integral à saúde da criança e família.

O treinamento e a formação de profissionais que lidam com as crianças são fundamentais para atuarem dentro de uma percepção holística que abrange o seu compromisso social [...] (CARVALHO *et al.*, 2008, s/ p). A equipe de saúde deve preparar-se para abordar individual ou coletivamente os aspectos da prevenção de problemas e promoção da saúde da criança [...] (ALVES, 2009). A continuidade do atendimento está incluída nas estratégias de promoção da saúde, pois aumenta a efetividade da educação e do aconselhamento, facilitando a aplicação de todas as demais ações (FROTA *et al.*, 2007, p. 220).

O acompanhamento sistematizado e multidisciplinar contribui para a promoção da qualidade de vida. Para isso, torna-se imprescindível o esforço conjunto da família, da equipe e das diversas organizações. A organização da assistência, que se inicia pela captação precoce pelo ACS, é fundamental para a criação de uma relação de confiança com a família, marco fundamental para contemplar uma série de atividades programadas, como o atendimento individual e coletivo, assim como as atividades educativas (MINAS GERAIS. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2005).

Dessa forma, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, através da sistematização dos retornos aos serviços de saúde do recém-nascido ao adolescente, foi considerado o eixo integrador das ações básicas (FIGUEIREDO, MELLO, 2003, s/ p). Convém ressaltar que as crianças são consideradas os grupos populacionais mais vulneráveis, nos quais as deficiências nutricionais costumam

determinar maiores danos, pois é precisamente durante a infância que aumentam as necessidades dos nutrientes básicos (FROTA *et al.*, 2007, p. 215).

Nessa perspectiva, a ESF, atuando de forma multidisciplinar e prioritariamente com a promoção da saúde, tem, em tese, as melhores condições para promover a saúde infantil e materna, ainda que não tenha em sua composição o profissional especialista (CALDEIRA *et al.*, 2010, s/ p).

Considerando a importância do acompanhamento da criança, torna-se relevante a avaliação deste processo, que implica na garantia de acesso, efetividade das ações e garantia dos princípios da universalidade e da equidade.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo Geral

Avaliar o impacto das intervenções no programa de acompanhamento das crianças no primeiro ano de vida pela equipe de Estratégia da Saúde da Família (ESF) Vila do Príncipe do município de Serro – MG.

1.2. Objetivos Específicos

- 1- Verificar o número de crianças com até um ano que realizaram teste do pezinho até o sétimo dia de vida, antes e após as intervenções.
- 2- Definir o número de crianças com até um ano que tiveram aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida antes e após as intervenções.
- 3- Avaliar o número de crianças com até um ano que receberam a primeira, segunda, terceira dose da imunização contra Hepatite B conforme o calendário básico de vacinação sugerido pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, antes e após as intervenções.
- 4- Identificar a cobertura de puericultura para as crianças de até 12 meses na unidade de saúde Vila do Príncipe, antes e após as intervenções.
- 5- Comparar os resultados obtidos com a finalidade de avaliar a efetividade das intervenções realizadas pela equipe de estratégia da saúde da família (ESF) Vila do Príncipe do município de Serro – MG.

2. METODOLOGIA

O modelo de estudo utilizado foi uma análise de dados secundários. A coleta de dados foi realizada no período de 1º de novembro de 2010 a 28 de fevereiro de 2011, na unidade básica da ESF Vila do Príncipe no município de Serro – MG. Considerou-se como critério de inclusão todas as crianças com até um ano de vida em 28 de fevereiro de 2010 e em 28 de fevereiro de 2011, cadastradas e residentes na região de cobertura desta equipe de ESF desde o nascimento. As crianças com mais de um ano de idade ou que não foram cadastradas desde o nascimento em nossa área de abrangência foram excluídas desta pesquisa, assim como os pacientes cujos registros na unidade não continham os dados clínicos mínimos que permitiam responder o roteiro para avaliação de dados da pesquisa.

A faixa etária determinada nesta pesquisa baseia-se no período de implantação da sistematização do acompanhamento da criança na unidade de saúde Vila do Príncipe, 1º março de 2010, totalizando um período de um ano, além da maior vulnerabilidade das crianças nesta fase da vida. Utilizou-se para preenchimento do roteiro para avaliação de dados 101 cartões espelho de vacinação, dados do SIAB – Sistema de informação da Atenção básica - e registro da ACS, das crianças com até um ano de vida, em 28 de fevereiro de 2010 e 2011.

O instrumento de coleta de dados foi um roteiro para avaliação. Os dados coletados foram organizados com o auxílio de uma ficha de consolidação de dados, de forma estatística descritiva, para posterior análise à luz da literatura e divulgação em um trabalho de conclusão do curso de Pós Graduação.

Os dados de identificação dos pacientes serão mantidos em sigilo. O orientador terá acesso aos dados do questionário, sem violar a confidencialidade, sempre que solicitado. Cabe ressaltar que as fichas de consolidação de dados ficarão arquivadas com o pós graduando envolvido na pesquisa.

2.1 Contexto do Estudo

Percebeu-se a falta de planejamento no acompanhamento da criança no primeiro ano de vida pela Equipe de Saúde da Família Vila do Príncipe e o déficit de informações dos ACS e auxiliares de enfermagem em relação ao acompanhamento das crianças menores de 5 anos. Verificou-se tal déficit a partir das visitas domiciliares e nas ações do 5º dia, ou seja, que deve ser realizada até o quinto dia de vida: triagem neonatal, preenchimento do cartão da criança, aleitamento materno e vacinação. Além da assistência inadequada às crianças de risco, identificamos também o grande número de crianças com desmame precoce e mães que não retornavam a unidade de saúde para consulta puerperal, além das condições de risco em que este binômio mãe e filho muitas vezes se encontravam. As consultas de puericultura eram agendadas de acordo com a demanda espontânea, e quase sempre com a enfermeira da unidade, ou seja, o médico tinha pouca participação no programa. Não era realizada a busca ativa das crianças faltosas.

Diante das dificuldades de planejamento detectadas, realizou-se intervenções através de um plano de ação (Anexo I), de educação permanente com a equipe (médico, ACS e auxiliares de enfermagem) e capacitação para ACS e auxiliares de enfermagem, com entrega de material didático, em relação ao acompanhamento das crianças menores de 5 anos, no dia 1º de março de 2010, pela enfermeira da ESF, na unidade de saúde Vila do Príncipe, com duração de 2 horas, com o objetivo da sistematização do acompanhamento das crianças de 0 a 5 anos da nossa área de abrangência, onde foram abordados os seguintes temas:

- Classificação de risco das crianças;
- Captação do recém nascido;
- Cuidados com o recém nascido;
- Cuidados do 5º dia;
- Aleitamento materno;
- Triagem neonatal;
- Caderneta de vacinação da criança;
- Calendário de puericultura da criança
- Busca ativa dos faltosos

Tal intervenção visou à estruturação deste serviço em nossa unidade, e a partir ação, torna-se necessária a avaliação deste processo de trabalho.

No primeiro ano de vida a criança realiza consultas médicas com 1, 4 e 9 meses de vida e consultas de enfermagem com 15 a 21 dias, 3, 6, 12 meses de acordo com o calendário de acompanhamento da criança da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2005). As consultas são marcadas pelas ACS de acordo com a idade da criança e o calendário de puericultura. As visitas domiciliares mensais e busca dos faltosos são realizadas pelos agentes comunitários de saúde, e quando necessário pelo enfermeiro e médico. Embora consideremos de extrema importância, os grupos educativos não estão em atividade, devido à sobrecarga de trabalho da equipe e a falta de disponibilidade de tempo. Em cada consulta, a mãe é entrevistada quanto à alimentação, desenvolvimento e história de saúde da criança. É realizada a avaliação do crescimento (peso, altura e perímetro cefálico), desenvolvimento e calendário vacinal da criança. Todas as mães são estimuladas ao aleitamento materno até pelo menos dois anos de vida; recebem orientações sobre estímulo do desenvolvimento, como evitar acidentes com as crianças, importância da vacinação e da puericultura. As informações colhidas são registradas na caderneta de vacinação da criança e cartão espelho; prontuário e cartão de acompanhamento de consultas de puericultura em anexo no cartão de vacina.

A capacitação da equipe de saúde e o plano de ações tiveram como respaldo o Protocolo de Atenção à Saúde da Criança – Viva Vida, estabelecido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2005), ferramenta importante para a organização da assistência à criança de 0 a 5 anos, permitindo consultas intercaladas entre médico e enfermeiro e possibilitando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como a atenção integral.

Associado ao protocolo utilizou-se a unidade didática do curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família da Universidade Federal de Minas Gerais, Saúde da Criança e Adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação (ALVES *et al.*, 2009).

Conforme a proposta para o novo calendário de vacinação da criança no Estado de Minas Gerais (2009, 2010), considera-se como idade adequada para a primeira dose de hepatite B, ao nascer até o quinto dia de vida; para a segunda dose, de um a dois meses de vida, e para a terceira dose, seis a sete meses de vida.

A unidade da saúde da ESF Vila do Príncipe possui atendimento do médico da família, profissionais de enfermagem, serviços gerais, odontologia e ACS, com um período de funcionamento de 40 horas semanais. A unidade conta com o serviço de atendimento médico e de enfermagem ao hipertenso, diabético, gestante, criança,

adulto, mulher e idoso. São realizados grupos educativos de hipertensão, diabetes, gestante e planejamento familiar, além do grupo de caminhada. Procedimentos como curativo, administração de medicamentos, vacinação, micronebulização, teste do pezinho e visita domiciliária são realizados pela equipe. A estrutura física é formada por uma recepção, uma sala onde são realizadas pré-consultas, um consultório médico, um de enfermagem e um ginecológico; uma sala de curativo, uma sala de vacina, dois banheiros e uma cozinha.

A instituição possui arquivo de cartão espelho de vacina e o livro de registro com a data da coleta do teste do pezinho, o que possibilita o acesso aos dados de todos os pacientes que foram atendidos na unidade. Além disso, os agentes comunitários de saúde possuem o registro das visitas domiciliares, informações sobre o aleitamento materno das crianças até o sexto mês de vida, consultas das crianças e vacinação. Oferecendo assim a infra-estrutura necessária para a realização desta pesquisa.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A puericultura no contexto da Estratégia da Saúde da Família

A maioria das crianças que morrem antes de completar um ano de vida são vítimas de doenças comuns na infância, cujas causas, muitas vezes poderiam ser evitadas. A assistência em puericultura é fundamental para a prevenção de diversas doenças durante os primeiros anos de vida da criança (SILVA *et al.*, 1999, p. 266).

A criança, por suas peculiaridades, tem sido objeto de prioridade governamental e social. O acompanhamento de seu crescimento e desenvolvimento é reconhecido como uma ferramenta importante na prevenção da morbimortalidade infantil (LEITE, BERCINI, 2005, p. 224). Cuidados curativos e preventivos são dispensados às crianças tanto no posto de saúde, quanto no domicílio. Os cuidados preventivos são organizados sob a forma do programa de puericultura [...] (FALEIROS *et al.*, 2005, p. 483).

De acordo com o dicionário Aurélio, puericultura significa “o conjunto dos meios adequados ao desenvolvimento fisiológico da criança, antes e após o nascimento” (FERREIRA, 2007, p. 665). Até meados do século retrasado, não era mais do que um conjunto de noções e técnicas sobre cuidados de higiene, nutrição e disciplina de crianças pequenas que era passado de mãe para filha ao longo dos tempos; logo, repleto de mitos e tabus. (BLANK, 2003, p. 13).

A compreensão da puericultura através da história, embora não permita conclusões definitivas sobre o que a puericultura é ou será, permite reflexões concernentes aos seus significados mais práticos, quais sejam: a possibilidade de um olhar, no campo de práticas, que reúna o conjunto de saberes positivos, sem, no entanto, deixar de reconhecer suas limitações; e a elaboração de normas de puericultura que já tenham a preocupação com o seu caráter de prática social, determinado por dimensões diversas, e não por um interesse ideológico (BONILHA, RIVORÊDO, 2005, p. 7).

Durante décadas, a prática da puericultura perdurou e continua a existir na atualidade denominada de “Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança”, [...] fazendo parte de um Programa Integrado de Assistência à Criança, do Ministério da Saúde (MONTEIRO, FERRIANI, 2000).

O avanço político da puericultura foi acompanhado pelo avanço científico, uma vez que seu conceito foi sendo ampliado, deixando de se ocupar apenas com a prevenção das doenças e da mortalidade infantil e passando a oferecer um

desenvolvimento saudável em todos os aspectos, inclusive os psicológicos (BONILHA, RIVORÊDO, 2005, p. 9). Entendida assim, a puericultura se inclui em um meio social de alta complexidade envolvendo não só a criança, mas também a família, sua cultura e tradições. Tendo como uma estratégia importante de prevenção de doenças e de estimular a promoção da saúde do binômio mãe/filho.

A Atenção Básica é desenvolvida por meio de um conjunto de ações práticas que requer para sua implementação, grande pluralidade de atitudes, habilidades e conhecimentos técnicos e científicos de relativa baixa complexidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Este constitui o principal cenário para a inserção do acompanhamento integral da saúde da criança.

O Programa da Saúde da Família (PSF) do Ministério da Saúde é um modelo assistencial que se aproxima da concepção sistêmica, a qual visualiza o indivíduo inserido no seio familiar e na comunidade não perdendo de vista a sua relação com o meio social historicamente determinado (MONTEIRO, FERRIANI, 2000, p. 103).

Como estratégia diretamente relacionada à atenção primária, o PSF deve procurar compreender a saúde das pessoas no contexto dos seus diversos determinantes, quer seja no ambiente físico da comunidade, quer seja nas relações sociais, alcançando muito além do simples enfoque sobre a enfermidade dos cidadãos. A família, além do indivíduo, passa a ser objeto de atenção no ambiente onde vivem ampliando-se a sua compreensão diante do processo saúde/doença. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 *apud* CIAMPO, 2006, s/p).

No Brasil, o pré-natal e a puericultura estão entre as ações programáticas mais ofertadas por serviços básicos de saúde, principalmente no Programa de Saúde da Família (FACCHINI *et al.*, 2006 *apud* PICCINI *et al.*, 2007, p. 76).

De acordo com LEITE e BERCINI (2005, p. 224):

No PSF, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o desenvolvimento do Programa de Puericultura, que tem a finalidade de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento neuro-psicomotor da criança, observar a cobertura vacinal, estimular o aleitamento materno exclusivo, orientar a alimentação complementar da criança e prevenir as doenças diarréicas e respiratórias no primeiro ano de vida da criança.

O calendário de acompanhamento da criança deve ser programado de acordo com as necessidades individualizadas, entretanto o calendário da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais propõe consultas médicas com 1, 4, 9 e 15 meses de vida e

com 2, 3, 4 e 5 anos de idade. E consultas de enfermagem com 15 a 21 dias, 3, 6, 12 e 18 meses. Além disso, este calendário propõe grupos educativos e visitas domiciliares mensais realizadas pelos agentes comunitários de saúde. É importante se adaptar as recomendações peculiares a cada indivíduo, família ou comunidade, o que é feito por meio dos diagnósticos dos fatores de risco e proteção (BLANK, 2003, p. 14).

A puericultura consiste em ferramenta oportuna no acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil (SILVA *et al.* 2009). Através do acompanhamento da criança é possível a promoção da saúde, prevenção de doenças e identificação das principais situações de perigos para a criança.

3.2. Ações de assistência à criança

3.2.1. O aleitamento materno exclusivo

Apesar do crescente incentivo ao aleitamento materno, iniciado na década de 1980, o Brasil ainda registra baixos índices de amamentação exclusiva até o sexto mês da criança (BRASILEIRO, 2010, s/ p). A prevalência de aleitamento materno exclusivo diminui 17% a cada mês de vida do bebê (PEREIRA *et al.*, 2010, s/p).

A amamentação tem se mostrado uma importante ação de promoção da saúde e prevenção de uma série de agravos para a criança, mãe e família. É uma ferramenta das mais úteis e de mais baixo custo que se pode utilizar para o crescimento e desenvolvimento saudáveis. (MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2005).

Cada vez mais as políticas públicas estão direcionadas a reduzir a morbimortalidade por afecções perinatais. Algumas dessas iniciativas foram à implantação do programa de incentivo ao aleitamento materno e o aumento do vínculo entre mãe e filho (SILVA *et al.*, 2005). Neste sentido, é importante incentivar e promover o aleitamento materno desde o nascimento. Os chamados Dez Passos para a amamentação devem ser incentivados desde o pré-natal, já que o aleitamento materno propicia benefícios fisiológico, psicológicos, imunológicos (SILVA *et al.*, 2005). Dentre esses passos, destaca-se a capacitação dos profissionais, as orientações sobre o manejo da amamentação e os grupos de apoio à amamentação com gestantes e mães (HANNULA *et al.*, 2008 *apud* PEREIRA *et al.*, 2010, s/ p).

Apesar da promoção da amamentação ser alvo de políticas públicas no Brasil, a prevalência de aleitamento materno ainda não corresponde à preconizada pela Organização Mundial da Saúde, que recomenda a alimentação exclusiva até os 6 meses, e associada a outros alimentos até os 2 anos ou mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION *apud* CARDOSO, *et al.*, 2008).

Considera-se em aleitamento materno exclusivo o bebê que se alimenta apenas de leite humano, sem qualquer outro complemento, inclusive chás ou sucos. Ao se introduzir qualquer outro alimento, inicia-se o processo de desmame. O conceito de aleitamento materno predominante, também reconhecido internacionalmente, é utilizado quando a fonte predominante da nutrição da criança é o leite humano, mas recebe também sucos de frutas, chás ou outros líquidos. A criança que suga o seio apenas uma vez ao dia é, ainda assim, considerada em aleitamento materno (MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2005, p. 59).

De acordo com ALVES e MOLIN (2009, p. 73):

As ações sistematizadas de incentivo ao aleitamento materno devem estar incorporadas às atividades de rotina das Unidades Básicas de Saúde e maternidades. Essa abordagem deve abranger o pré-natal, o parto e o primeiro ano de vida. O Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (PNIAM/MS) e o Departamento de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria adotam a recomendação da OMS, que preconiza o uso de leite materno exclusivo até os seis meses de idade. Sabe-se que, nesse período, o leite humano supre todas as necessidades nutricionais da criança. Só a partir desse período, está indicada a introdução de alimentos complementares.

No primeiro mês de vida do lactente, dentre todas as variáveis testadas, quatro mantiveram-se associadas à interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estabelecimento de horários fixos para amamentar, ausência de experiência prévia com amamentação, uso de chupeta e presença de fissura mamilar (VIEIRA *et al.*, 2010, s/ p).

As ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno têm se mostrando importantes para a melhoria da saúde das crianças e também ações estratégicas para a organização e qualificação dos serviços (VANNUCHI, 2004 *apud* BRASILEIRO, 2010; SAADEH, 1996 *apud* PEREIRA, 2010). Os grupos de apoio à

amamentação e orientações sobre o seu manejo contribuem para o aleitamento materno exclusivo na atenção básica (PEREIRA, *et al.*, 2010, s/p).

3.2.2. A triagem metabólica neonatal

Vários distúrbios metabólicos que se manifestam de forma grave e precoce podem ter sua história natural substancialmente alterada pelo início do tratamento na fase pré-clínica (SOUZA *et al.*, 2002).

A Triagem Neonatal, também conhecida como Teste do Pezinho, é uma estratégia para o diagnóstico precoce de algumas doenças congênitas que são quase sempre imperceptíveis ao exame médico no período neonatal, mas que evoluem desfavoravelmente, levando ao aparecimento de seqüelas como, por exemplo, a deficiência mental. O diagnóstico precoce possibilita intervenções também precoces que previnem seqüelas e complicações, reduzindo a morbimortalidade e permitindo que as crianças tenham uma melhor qualidade de vida (MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2005, p. 147).

A Triagem Neonatal foi incorporada ao Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 1992 (Portaria GM/MS n. 22, de 15 de Janeiro de 1992) com uma legislação que determinava a obrigatoriedade do teste em todos os recém-nascidos vivos e incluía a avaliação para Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

No ano de 2001, o Ministério da Saúde, através da Secretaria de Assistência à Saúde, empenhou-se na reavaliação da Triagem Neonatal no SUS, o que culminou na publicação da portaria ministerial (Portaria GM/MS n. 822, de 6 de junho de 2001) que criou o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

As doenças triadas em cada país, ou mesmo nas diversas regiões ou estados de um mesmo país, variam muito, dependendo de decisões de políticas de saúde baseadas em aspectos epidemiológicos, étnicos, sociais, econômicos e éticos (LEÃO, AGUIAR, 2008, p.80). No Brasil, o Programa Nacional de Triagem Neonatal (www.saude.gov.br/sas/dsra/prtn_arquivos/frame.htm) definiu três fases de implantação do chamado “teste do pezinho”: na primeira, triagem de fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito; na segunda, se adiciona a triagem de doenças falciformes e outras hemoglobinopatias; a última inclui a triagem de fibrose cística (INSTITUTE FOR

CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT, 2003 *apud* BLANK, 2003, p. 13). A coleta deve ocorrer preferencialmente entre o segundo e sétimo dia de vida, não podendo ultrapassar o trigésimo dia (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; MINAS GERAIS. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE, 2005). As gestantes devem ser orientadas, ao final de sua gestação, sobre a importância do teste do pezinho e procurar um posto de coleta dentro deste prazo.

Conforme LEÃO e AGUIAR (2008, p.83):

A triagem neonatal apresenta benefícios e riscos. Entre os benefícios está a detecção de doenças graves e tratáveis antes do aparecimento dos sintomas, prevenindo problemas como retardo mental, ou mesmo o óbito. [...] Os riscos mais considerados são: deixar de identificar alguns (poucos) recém-nascidos afetados (falso-negativos), causar ansiedade aos genitores nos casos falso-positivos, detectar alguns casos de falsa paternidade, detectar doenças para as quais o tratamento não é efetivo.

Considera-se que a triagem neonatal é o maior programa de saúde pública ligado à genética em todo o mundo (LEÃO, AGUIAR, 2008, p.93).

3.2.3. A imunização da criança contra a Hepatite B

Em 1973, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Imunização (PNI), que vem se consolidando gradativamente com grande apoio e confiança da sociedade. Além da vacinação de rotina, as campanhas, visando à erradicação da poliomielite e sarampo, ajudaram na obtenção de coberturas vacinais cada vez maiores. A imunização tem se mostrado o melhor programa da saúde pública, levando à queda acentuada da incidência das doenças infecciosas (MINAS GERAIS. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2005).

A imunização contra doenças transmissíveis é o único componente da promoção da saúde cuja eficácia está clara e amplamente documentada, há muitos anos (U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE, 2003 *apud* BLANK, 2003, p. 18). Portanto, não há justificativa para não se recomendar, enfaticamente, a aplicação de todas as vacinas disponíveis, ressalvadas as contra-indicações específicas, como situações de imunodeficiência e corticoterapia prolongada (BLANK, 2003, p.18).

A identificação da cobertura vacinal e dos fatores responsáveis pelo retardo ou pela falta de imunizações é fundamental para a adequada monitorização do programas de vacinação e para se identificar e atingir as crianças que não são vacinadas adequadamente (SILVA *et al.*, 1999, p.147).

A hepatite B é uma das principais doenças infecciosas da humanidade que pode ser prevenida através da imunização e representa um importante problema de saúde pública (ANTUNES, 2004, p. 303; SADECK, RAMOS, 2004, p.113). Os países em desenvolvimento apresentam condições que favorecem a infecção pelo vírus da Hepatite B (VHB). Nessas regiões de edemicidade alta e intermediária, a via de transmissão perinatal desempenha um papel importante na propagação da doença (SADECK, RAMOS, 2004, p. 113).

De acordo com Antunes *et al.* (2003, p.304), ninguém deve ultrapassar a idade pediátrica sem vacinação para o VHB – vírus da hepatite B. Portanto a equipe da ESF deve programar as atividades de promoção e prevenção com o objetivo da imunização de totalidade das crianças.

3. 3. O Enfermeiro e a atenção à saúde da criança

Ainda morrem 60 em cada 1000 crianças nascidas vivas no Brasil, por doenças totalmente evitáveis através das ações de saúde promocional, na qual a enfermagem se destaca pela sua formação. (TINOCO, MODENA, 1996 *apud* MONTEIRO, FERRIANI, 2000, p. 99).

A reversão do quadro de saúde das crianças implica tomada de decisão política, no sentido de mudar o aspecto social-econômico e educacional da população, levando em consideração todas as complexas facetas que afetam a vida da criança (MONTEIRO, FERRIANI, 2000). Sabe-se que o trabalho a ser enfrentado é um desafio para a equipe multidisciplinar e intersetorial da qual o enfermeiro é um componente (MONTEIRO, FERRIANI, 2000, p. 102).

Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente somente se torna plena ética e tecnicamente quando inclui, nos papéis de todos os membros da equipe que delas participam, a doutrina e a prática da Puericultura (CIAMPO *et al.*, 2006).

A partir da municipalização da saúde, a enfermagem nas instituições de saúde ligadas ao SUS expandiu numericamente, assumiu ações, papéis, organizou e ocupou a

gerência dos serviços, constituiu-se em ator chamado a dar respostas às diretrizes políticas (FIGUEIREDO, MELLO, 2003, s/ p).

O modelo de cuidado utilizado pela enfermagem atualmente está centrado na humanização da assistência na perspectiva da integralidade utilizando tecnologias, valorizando as crenças, os valores, desenvolvendo ações na assistência à mulher e a criança (SILVA *et al*, 2005, p. 585). As ações básicas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, de estímulo ao aleitamento materno, orientações alimentares, vacinação, prevenção de doenças prevalentes estão permeando a assistência de enfermagem, embora de forma fragmentada na comunicação e vínculo com a clientela (FIGUEIREDO, MELLO, 2003).

O profissional enfermeiro, integrante da equipe, na atenção básica de saúde, tem atribuições específicas entre outras, realizar a consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever e transcrever medicações conforme protocolos estabelecidos nos Programas do Ministério da Saúde e disposições legais da profissão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001 *apud* Santos *et al.*, 2008). Portanto, não pode ser delegada a nenhum outro profissional da equipe de enfermagem; o que valoriza o papel do enfermeiro frente às questões sociais na saúde da criança e sua família.

O enfermeiro considera importante a articulação entre o conhecimento teórico e a prática para a aquisição de competência na realização da consulta de enfermagem e que se faz importante buscar o atendimento integral, com vista à maior resolutividade dos problemas de saúde dos usuários (SANTOS *et al.*, 2008, p. 124). A consulta de enfermagem é uma oportunidade para prestar uma atenção diferenciada, contemplando às necessidades de saúde, identificando os riscos e criando um vínculo de confiança entre indivíduo, família e sociedade, o que favorece na atuação de toda equipe.

É essencial para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança uma formação holística do enfermeiro, que oferece conhecimentos e habilidades em uma atuação abrangente.

4. RESULTADOS

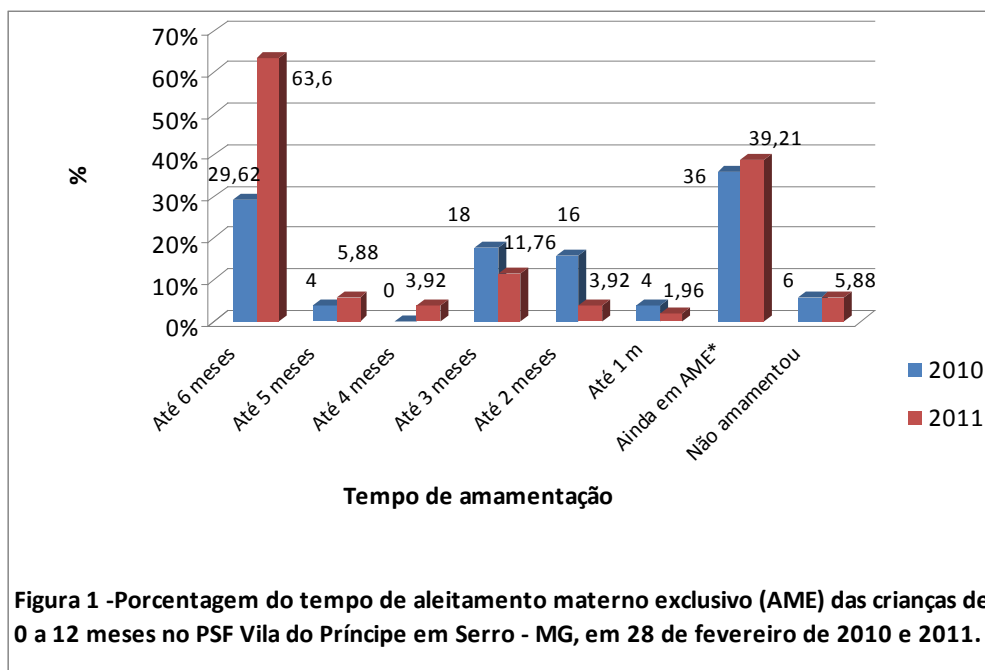
Após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram analisados os dados de 101 crianças, sendo 50 no período de 1º de março de 2009 a 28 de fevereiro de 2010 e 51 no período de 1º de março de 2010 a 28 de fevereiro de 2011. Foram registradas 8 perdas, pois não haviam todas as informações necessárias para análise. É possível observar na [Tabela 1](#) o número de crianças estudadas de acordo com a idade em meses.

Tabela 1: Número de crianças de 0 a 12 meses de vida, segundo idade na ESF Vila do Príncipe em Serro – MG, em 28 de fevereiro de 2010 e 2011.

Idade/Meses	< 1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
2010	5	2	1	4	6	5	5	4	2	3	6	7	0	50
2011	8	1	5	6	5	4	2	4	4	4	2	6	0	51

Fonte: SIAB, 2010 e 2011.

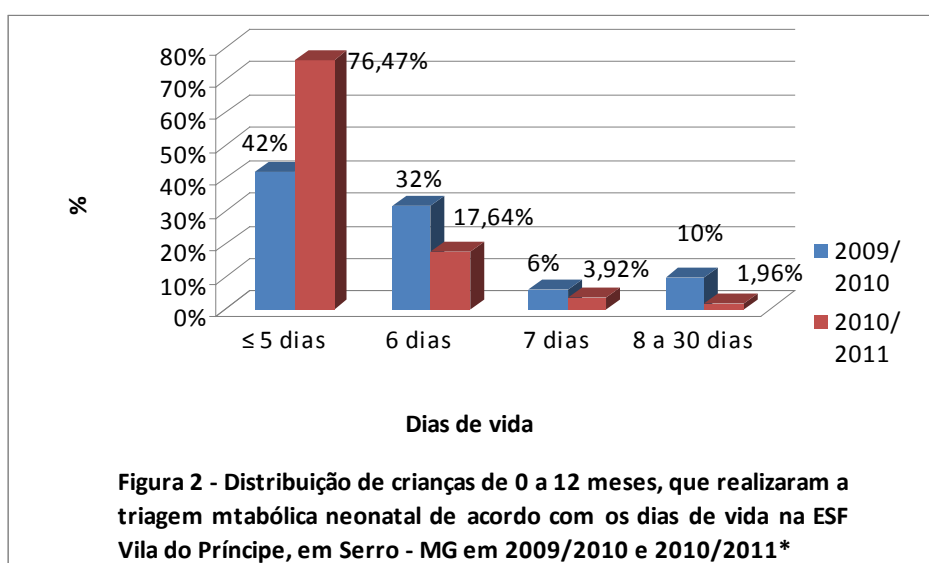
No momento da coleta de dados, 29,62% das crianças estavam em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida antes das intervenções, e 63,6% após. Para as crianças menores de 6 meses, 36% encontravam-se ainda em aleitamento materno exclusivo antes e 39,21% após as intervenções. Não foram amamentadas 6% e 5,88% das crianças, para os dois períodos, respectivamente (dados apresentados na [Figura 1](#)).



Fonte: SIAB, 2009, 2010 e 2011.

* Crianças menores de 6 meses que ainda estão em aleitamento materno exclusivo

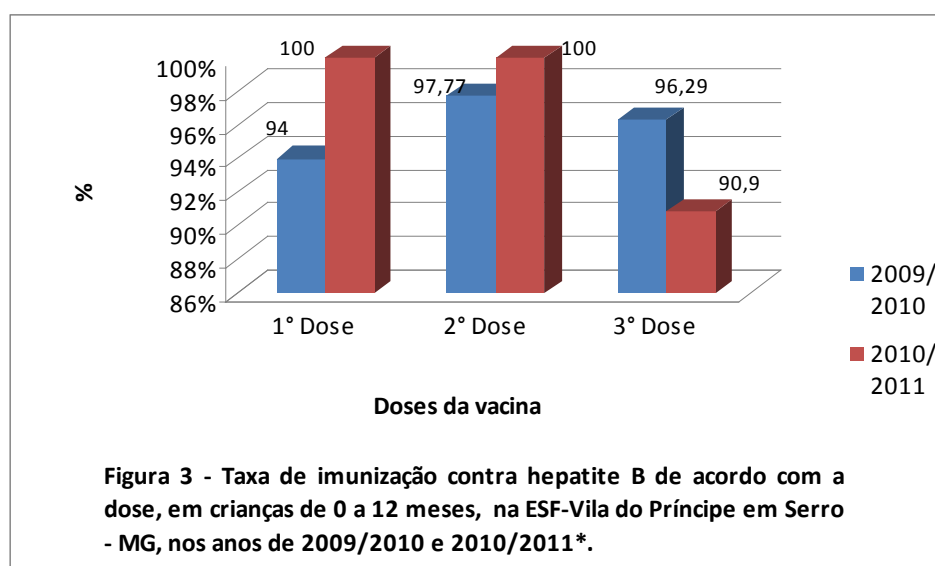
Ao serem analisados dados sobre a realização da triagem metabólica neonatal, observou-se um aumento no número de crianças que realizaram o teste do pezinho até o sétimo dia de vida quando comparados os dois períodos - 80% e 98,03%. Este resultado apresenta diferença estatisticamente significativa entre as crianças da ESF Vila do Príncipe, como pode ser visto na [Figura 2](#).



Fonte: Registros na unidade de saúde em 2009, 2010 e 2011.

*Considera-se 2009/2010 como período antes das intervenções e 2010/2011, após intervenções.

Utilizou-se como indicador de qualidade da vacinação, a cobertura vacinal contra a hepatite B na idade aconselhada de acordo com o calendário de vacinação vigente no Estado de Minas Gerais. A cobertura vacinal para as três doses nas crianças de 0 a 12 meses foram de 90% e 96,07%, para o período antes e após as intervenções, respectivamente. Observou-se a cobertura de 94% para a primeira dose; 97,77% para segunda dose; e de 96,29% para a terceira dose no primeiro período. E após as intervenções observou-se uma cobertura de 100% das crianças para a primeira e segunda dose; e de 90,9% para a terceira dose, dados estes apresentados na Figura 3.



Fonte: Cartão espelho na unidade de saúde e registro dos ACS em 2009, 2010 e 2011.

*Considera-se 2009/2010 como período antes das intervenções e 2010/2011, após intervenções.

Para as variáveis relacionadas com o atendimento de puericultura, foram avaliados apenas os dados referentes aos atendimentos efetivamente prestados na unidade de saúde da ESF Vila do Príncipe. Ou seja, as crianças que foram assistidas em outras unidades de saúde, públicas ou privadas, não foram computadas neste estudo, conforme definido previamente.

Segundo os dados coletados, cerca de 25 crianças (50%), realizaram alguma consulta de puericultura na unidade de saúde Vila do Príncipe durante o primeiro ano de vida, sendo este valor significativamente menor que em 2011, após as intervenções, onde registrou-se 39 crianças (76,47%) (Tabela 2).

Como mostra a Tabela 3, foram realizadas 9 e 39 consultas médicas de puericultura, nos primeiro e segundo período respectivamente. Percebemos um aumento

da oferta de puericultura na unidade da ESF pelo médico, onde concluímos que houve uma maior inserção deste profissional no programa. Os resultados mostraram também um aumento no número de puericultura realizada pelo enfermeiro (38 versus 53). Reflexo da organização da assistência à criança dentro da unidade de saúde Vila do Príncipe.

Em relação ao número de consultas de puericultura, a média realizada para as crianças de 6 a 12 meses, no primeiro semestre de vida, foi de 0,11 com o médico e de 1,03 com o enfermeiro no período de 2009/2010; e de 1,09 e 1,5 com médico e enfermeiro, respectivamente, em 2010/2011 (Tabela 4). Embora houvesse um aumento na média do número de consultas de puericultura, em nenhum dos dois anos foi atingida a média do número mínimo de consultas recomendadas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, que são de 2 consultas com o médico e 3 com o enfermeiro até os 6 meses de vida. E somente uma criança, no ano de 2010/2011, completou o número de consultas preconizadas até sexto mês de vida (dado não apresentado em tabela).

Tabela 2 – Número e porcentagem de crianças de 0 a 12 meses inscritas na puericultura na ESF – Vila do Príncipe em Serro – MG, em 2009/2010 e 2010/2011*.

	2009/2010		2010/2011	
	Nº	%	Nº	%
Crianças inscritas na puericultura	25	50%	39	76,47%
Total de crianças	50	100%	51	100%

Fonte: Registros dos ACS.

*Considera-se 2009/2010 como período antes das intervenções e 2010/2011, após intervenções.

Tabela 3 – Número de consultas de acordo com o profissional de saúde para crianças de 0 a 12 meses inscritas na puericultura na ESF – Vila do Príncipe, em Serro – MG, em 2009/2010 e 2010/2011*.

Ano	2009/2010		2010/2011	
Nº de consultas	Médico	Enfermeiro	Médico	Enfermeiro
	9	38	39	53
Total/ano	47		92	

Fonte: Registros dos ACS.

*Considera-se 2009/2010 como período antes das intervenções e 2010/2011, após intervenções.

Tabela 4 – Média de consultas de puericultura de acordo com o profissional de saúde, para crianças de 6 a 12 meses, no primeiro semestre de vida na ESF – Vila do Príncipe em Serro – MG, em 2009/2010 e 2010/2011*.

	2009/2010		2010/2011	
	Médico	Enfermeiro	Médico	Enfermeiro
Média de consultas	0,11	1,03	1,09	1,5
Média total	1,14		2,59	
Total de consultas	3	28	24	33

Fonte: Registros dos ACS.

*Considera-se 2009/2010 como período antes das intervenções e 2010/2011, após intervenções.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo apresentou resultados da avaliação da efetividade da assistência à saúde da criança após ser realizadas intervenções para a organização desta atividade, que demonstraram serem positivas em todos os aspectos investigados na ESF Vila do Príncipe em Serro - MG. Esses resultados são relevantes para a promoção da saúde infantil, bem como para a prevenção de agravos comuns na atenção à saúde da criança (CARDOSO *et al.*, 2008).

Sobre as mudanças observadas na prevalência do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, observou-se que, antes do período das intervenções realizadas, o número de crianças em aleitamento materno exclusivo era baixo (29,62%), quando comparadas à prevalência do aleitamento materno exclusivo no Posto de Saúde da Vila Municipal de Pelotas (35 %) (FALEIRO *et al.*, 2005). Porém, superiores a unidade básica de saúde Centro Social Urbano no mesmo município (9,5%) (FRANCO *et al.*, 2007). Após as intervenções, o número observado foi superior aos dois estudos (63,6%). De acordo com Brasileiro *et al.* (2010), entre as crianças em que as mães participavam de grupo de aleitamento materno o índice de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês foi de 33%, e de 6% para aquelas que não participavam do grupo. Os resultados do presente estudo após as intervenções, também se mostraram superiores aos das crianças assistidas pelas Unidades Básicas de Saúde do Rio de Janeiro (58,1%) (PEREIRA *et al.*, 2010). A média de tempo de aleitamento materno exclusivo foi de 3,5 meses e 4,5 meses para o período antes e após a intervenção, respectivamente.

Alguns trabalhos na literatura têm evidenciado a importância de os grupos de apoio à amamentação aumentarem a prevalência do aleitamento materno exclusivo e a satisfação das mulheres com o apoio recebido. A prevalência ainda baixa de aleitamento materno exclusivo, apontam que novas abordagens devem ser pensadas, valorizando as ações efetivas na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, mas também o contexto de trabalho em que elas acontecem (PEREIRA *et al.*, 2010, s/ p).

Conforme destacado pelo Ministério da Saúde (2001, 2002), um dos principais objetivos do Programa de Triagem Metabólica Neonatal é buscar a cobertura de 100% dos recém-nascidos vivos. Os dados coletados na pesquisa mostram que 100% das crianças realizaram o teste do pezinho. Cabe ressaltar que 80% dos recém nascidos realizaram o teste do pezinho até o sétimo dia de vida, no período antes da intervenção, enquanto, 98,03% realizaram, após a intervenção. As recomendações do Ministério da

Saúde (2002) e da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (2005), é que o teste seja realizado entre o segundo e o sétimo dia de vida. Não devendo ser inferior a 48 horas de alimentação protéica e nunca superior a 30 dias. Não foi identificada nenhuma criança que realizou o teste com menos de 48 horas de dieta ou mais de 30 dias de vida (dados não apresentados em gráfico). Houve uma prevalência na coleta do teste com menos de 5 dias nos dois períodos de estudo, sendo 52% antes e 76,47% após a intervenção.

Embora não seja objetivo deste estudo, acredita-se que a cultura das famílias seja a principal causa da coleta do teste do pezinho após o sétimo dia. Período em que as mães costumam “preservar” seus filhos para prevenir o tétano neonatal (“mal de sete dias”).

A compreensão de que a triagem neonatal vai muito além do teste de triagem e que, para valer a pena, tem que contemplar todos os passos até a introdução em tempo hábil do tratamento adequado, que deve ter seguimento sistemático [...] (SOUZA *et al.*, 2002, s/p).

Os resultados obtidos em relação à vacinação contra a hepatite B, detectaram a cobertura de 100% de vacinação em menores de um ano nos dois períodos, encontrando-se superior ao dado apresentado pelo Ministério da Saúde (2003), que mostra uma cobertura vacinal de menores de um ano em rotina com a terceira dose no Brasil em 2002 de 90%. Franco *et al.* (2007), apresentou uma cobertura de 64,7% para o esquema completo contra hepatite B.

Embora os dados encontrados neste estudo sejam favoráveis, identificou-se que 10% das crianças não receberam a vacina na idade adequada, antes da intervenção. Entretanto, se compararmos com o período pós-intervenção, percebeu-se uma queda para 3,92% no número de crianças que receberam a dose da vacina após a idade indicada.

A generalização destes dados deve ser tomada com cautela, pois se trata da avaliação restrita de somente uma vacina, o que limita o processo de investigação da situação vacinal das crianças na área de abrangência do estudo.

A cobertura vacinal contra hepatite B na ESF Vila do Príncipe difere dos dados da cobertura vacinal geral, apresentados por Silva *et al.* (1999). Este autor ressalta que apesar da melhoria nas coberturas vacinais observada no Brasil, uma parcela das crianças continua sem ser vacinada adequadamente, mesmo em locais de ampla disponibilidade de serviços de saúde.

Apesar do aumento do número de consultas total nos dois períodos estudados, (47 e 97 consultas, respectivamente), encontrou-se uma baixa captação de crianças nos dois anos estudados.

O percentual de crianças inscritas no programa de puericultura na unidade de saúde Vila do Príncipe, nos dois períodos apresentados – 50% e 76,47%, foi inferiores ao percentual das crianças captadas no posto de saúde da COHAB Pestano em Pelotas /RS no ano de 1990 (96,3%) e 1991 (92,7%) (SOUZA E COSTA, 1994). Segundo dados referidos por Piccini et al. (2007), 91% das crianças estudadas realizaram alguma consulta de puericultura durante o primeiro ano de vida.

Embora inferiores aos dados apresentados por outros autores, considera-se um aumento significativo no período antes e pós-intervenção, o que demonstra a melhoria na qualidade do trabalho dentro da equipe.

Em relação às consultas de puericultura realizadas, observou-se uma média de 1,14 e 2,59 consultas por criança nos primeiros 6 meses de vida, nos dois períodos estudados. Apesar de percebermos uma melhoria no período pós intervenção, a cobertura de puericultura encontra-se distante das metas preconizadas pela Secretaria Estadual de Saúde, que define o número mínimo de 5 consultas até o sexto mês de vida, sendo 2 com o médico e 3 com o enfermeiro. Tal situação pode estar revelando, no grupo estudado, a existência da visão de que o comparecimento do indivíduo no serviço de saúde deve-se somente para fins de tratamento, no caso de doença, não sendo priorizadas as medidas preventivas, como é o caso da puericultura (LEITE e BERCINI, 2005, p. 227).

O reforço às atividades educativas e, talvez, os programas de planejamento familiar, é uma estratégia importante no sentido de aumentar a cobertura de puericultura (SILVA *et al.*, 1999).

A potencialidade da estratégia realizada na Unidade de Saúde da Família Vila do Príncipe, pode ser justificada por sua fundamentação em ações consideradas efetivas, sua factibilidade de implementação pela UBS e pelo papel reflexivo que exerce sobre a equipe quanto às práticas adotadas no acompanhamento das gestantes, mães e bebês, assim como de suas famílias (CARDOSO *et al.*, 2008).

6. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo sugerem a possibilidade de que as intervenções no programa de acompanhamento da saúde da criança, dentro do contexto da atenção primária à saúde, tenham causado impacto positivo, na população estudada, reforçando assim a continuidade dessa atividade na ESF Vila do Príncipe em Serro – MG.

Após as intervenções houve um aumento de 29,62% para 63,6% no índice de aleitamento materno exclusivo até 6 meses de vida, superiores aos demonstrados em outros estudos.

Em relação ao teste do pezinho, 100%, realizaram antes de 30 dias de vida, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde. Houve um aumento de aproximadamente 18% no número de crianças que realizaram o exame nos primeiros sete dias de vida após intervenções (98,03%), idade considerada ideal por outros estudos realizados.

No que tange a imunização contra a hepatite B, observou-se uma cobertura de 100% em menores de um ano nos dois períodos. Embora os dados encontrados no presente estudo sejam favoráveis, observou-se a cobertura de 94% para a primeira dose; 97,77% para segunda dose; e de 96,29% para a terceira dose, antes das intervenções; e de 100% das crianças para a primeira e segunda dose; e de 90,9% para a terceira dose, após intervenções.

No que se refere à consulta de puericultura, houve um aumento na média de consultas para crianças até o sexto mês de vida de 1,14 para 2,59; e no número total de consultas de 47 para 94. Entretanto, a relação de consulta/criança ainda encontra-se longe do ideal apresentado por outros autores, que são no mínimo 5 consultas nos primeiros 6 meses de vida. Ressaltamos que as consultas realizadas não incluíram as crianças cujas mães procuraram a unidade por estarem doentes.

Da atual avaliação fica claro que, embora seu resultado aponte para um melhor desempenho, a equipe de saúde da família Vila do Príncipe, ainda está aquém do idealizado, portanto, mais esforços necessitam serem despendidos de forma a se adequar aos programas apresentados nos estudos analisados.

Reforçamos a necessidade da maior integração do profissional médico nas ações realizadas pela equipe e a de profissionais com perfil modificado, que além da competência técnica, tenham o compromisso com as ações de prevenção e promoção da

saúde, oferecendo aos usuários um espaço para diálogo, conhecendo suas reais necessidades, expectativas e dúvidas.

Enfatizamos a importância do redimensionamento da sobrecarga de trabalho, propiciando a possibilidade de se ampliar o leque de atividades voltadas para a criança, como os grupos operativos; aprimorando assim ações de educação em saúde, o seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil e a organização da assistência.

Espera-se com este estudo despertar nos profissionais e usuários da saúde o senso crítico sobre a importância da valorização da assistência à saúde da criança, assim como a necessidade de uma abordagem sistematizada e a adesão pelos usuários da saúde, evitando assim possíveis agravos e uma melhoria no atendimento das crianças.

7. REFERÊNCIAS

ALVES, C. L. R. ; MOULIN, Z. S. **Saúde da criança e adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Belo Horizonte: UFMG, 2009, 116 p.

ANTUNES, H. *et al.* Taxa de cobertura vacinal com imunização para o vírus da hepatite B. **ACTA Médica Portuguesa**, São Paulo, v. 17, p. 303-308, 2004. Disponível em: <<http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2004-17/4/303-308.pdf>>. Acesso em: 25 mar. 2011.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, vol. 79, supl.1, S13-S22, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a03.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas Técnicas e Rotinas Operacionais do PNTN**. 1. ed. Brasília, DF, 2002, 91 p. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/MANUAL%202002%200456%20Neo%20Natal-%2006.JUN02.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 822/GM - 06 de jun. 2001. Criação do Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN). **Portal da Saúde**. Brasília, 5 jun. 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2001/GM/GM-822.htm>>. Acesso em: 25 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**. Brasília, 28 mar. 2006. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 22 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunização: 30 anos**. Brasília, DF, 2003. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/politicas/livro_30_anos_pni.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2011.

BRASILEIRO, A. A. *et al.* Impacto do incentivo ao aleitamento materno entre mulheres trabalhadoras formais **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000900004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 jan. 2011.

BONILHA, L. R. C. M. ; RIVORÊDO, C. R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, vol. 81, n. 1, p. 7-13, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1/v81n1a04.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2011.

CALDEIRA, A. P. ; OLIVEIRA, R. M. ; RODRIGUES, O. A. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, supl. 2, oct. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800018&Ing=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2011.

CARDOSO L. O. *et al.* Impacto da implementação da iniciativa unidade básica amiga da amamentação nas prevalências de aleitamento materno e nos motivos de consulta em uma unidade básica de saúde **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, n. 2, abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000200010&lang=pt&tlng=pt>. Acesso em: 25 jan. 2011.

CARVALHO, M. F. *et al.* Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2011.

CIAMPO, L. A. *et al.* O programa de saúde da família e a puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 mai. 2011.

FALEIROS, J. J. *et al.* Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 482-489, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/14.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2011.

FERREIRA, A. B. H. **Aurélio: o dicionário da língua portuguesa**. 6 ed. rev. e atual. Curitiba: Positivo, 2007.

FIGUEIREDO, G. L. A. ; MELLO, D. F. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, ag. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2011

FRANCO, T. R. *et al.* Avaliação do programa de puericultura na unidade básica de saúde Centro Social Urbano, Pelotas, RS. In: Congresso de Iniciação Científica, 2007, Pelotas, RS. **Anais**. Pelotas: Universidade federal de Pelotas, s/ p, 2007. Disponível em: <http://www.ufpel.edu.br/cic/2007/cd/pdf/CS/CS_00976.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2011.

FROTA, M. A. *et al.* Acompanhamento antropométrico de crianças: o ideal e o realizado. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 31, n. 2, p. 212-222, 2007. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2007/v31n2/a214-224.pdf>>. Acesso em 25 jan. 2011.

LEÃO, L. L. ; AGUIAR M. J. B. Triagem neonatal: o que os pediatras deveriam saber. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 84, supl. 4, S80-90, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000500012>. Acesso em: 17 mai. 2011

LEITE, G. B. ; BERCINI, L. O. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do Programa Saúde da Família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n.3, p. 224-230, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n4/0647.pdf>>. Acesso em: 26 jan. 2011.

LIMA, V. M. ; MELLO, D. F. Assistência de enfermagem a crianças menores de um ano de idade em unidade básica de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 5, oct. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672004000500002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jan. 2011.

MINAS GERAIS. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Programa Viva Vida. Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte: SES-MG, 2005, 224p.

MONTEIRO, A. I. ; FERRIANI, M. G. C. Atenção à saúde da criança: perspectiva da prática de enfermagem comunitária. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 8, n. 1, p. 99-106, jan. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n1/12440.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2011.

PEREIRA, R. S. V. *et al.* Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidador na atenção básica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12 dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2011.

PICCINI, R. X. *et al.* Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 7, n. 1, p. 75-82, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v7n1/a09v07n1.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2011.

SADECK, L. S. R. ; RAMOS, J. L. A. Resposta imune à vacinação contra hepatite B em recém-nascido pré-termo, iniciada no primeiro dia de vida. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 2, p. 113-118, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v80n2/v80n2a07.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2011.

SANTANA, J. P. , **Capacitação em Desenvolvimento em Recursos Humanos de Saúde: A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta**. Natal: EDUFRN, 1999. p.387 a 400.

SANTOS, S. M. R. *et al.* A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-130, mar. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n1/14.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2011.

SILVA, A. A. M. *et al.* Cobertura vacinal e fatores de risco associados à não-vacinação em localidades urbanas do Nordeste brasileiro, 1994. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 147-156, abr. 1999. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89101999000200006&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 25 mar. 2011.

SILVA, A. A. M. *et al.* Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís (Maranhão), Brasil. **Revista Pan Americana de Saúde Pública**, v. 6, n. 4, p. 266-272, 1999. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v6n4/0647.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2011.

SILVA, L. R. ; CHRISTOFFEL, M. M. ; SOUZA, K. V. História, conquista e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 585-593, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n4/a16v14n4.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2011.

SILVA, M. M. ; ROCHA, L. ; SILVA S. O. Enfermagem em puericultura: unindo metodologias assistenciais para promover a saúde nutricional da criança. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), v. 30, n. 1, p. 141-144, mar. 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4466/6550>>. Acesso em: 18 mar. 2011.

SOUZA, C. F. M. ; SHWARTZ, I. V. ; GIUGLIANI, R. Triagem neonatal de distúrbios metabólicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 7, n. 1, 2002. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 mai. 2011.

SOUZA, D. F. F. ; COSTA, J. S. D. Avaliação do programa de puericultura no Posto de Saúde da COHAB Pestano. **Jornal de Pediatria**. Pelotas, RS, v. 70, n. 1, 1994. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/94-70-01-28/port.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2011.

VIEIRA, G. O. *et al.* Fatores preditivos da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês de lactação. **Jornal de Pediatria**, Porto Alegre, v. 86, n. 5, oct. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000500015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jan. 2011.

ANEXO I – Plano de Ação – Acompanhamento da Saúde da Criança

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança deverá ser realizado através de toda equipe da ESF e com a participação da pediatra através do atendimento especializado das crianças do grupo II de risco ou de acordo com as Necessidades.

A consulta individual programada para o enfermeiro deverá ser de 388 atendimentos e de 546 atendimentos médico anual. Serão agendadas as consultas individuais para o enfermeiro nas 4º feiras das 7 às 11 h. e para o médico nas 3º feiras das 13 às 16 h. Serão realizados 8 grupos educativos anuais pelo enfermeiro sendo 4 com os pais e responsáveis de todas as crianças menores de 1 ano e 4 grupos para os responsáveis pelas crianças de risco do grupo I ou II de 1 a 5 anos, nas terças-feiras às 13 h. com duração aproximada de 1 hora, sendo registrado a participação deles através de um cadastro. As sugestões dos temas serão:

- Aleitamento exclusivo
- Cuidados com a criança
- Planejamento familiar
- Acidentes na infância
- Sinais gerais de perigo
- Vacinação
- Diarréia e verminose
- Tosse e dificuldade de respirar

Noventa e cinco por cento das crianças deverão ser visitadas pela ACS nas primeiras 24 horas de vida e entre o 3º e 5º dia, a auxiliar de enfermagem realizará as ações da “primeira semana de saúde integral” na unidade de saúde ou em domicílio conforme a necessidade da mãe e do RN. A visita domiciliar do auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico serão programadas conforme a demanda e para realizar a busca ativa dos faltosos. Os recursos materiais necessários serão:

- Consultório
- Sala de pré-consulta
- Balança adulto e pediátrica
- Fita métrica
- Antropômetro
- Termômetro

- Estetoscópio
- Caneta, lápis, folha ofício, borracha, ficha de atendimento individual.
- Xérox
- Cartão da criança
- Cartão espelho
- Computador
- DVD
- Data show
- vídeos educativos

Segue abaixo as tabelas do número de crianças conforme faixa etária e grupos de risco em janeiro de 2010:

CADASTRO E CLASSIFICAÇÃO DAS CRIANÇAS				
Idade	Sem risco	Risco Grupo I	Risco Grupo II	Total
< de 1ano	46	5	8	59
1 a 5 anos	188	65	42	295
Total	234	70	50	354

METAS

- 1- 95% dos RN recebem visita domiciliar nas primeiras 24/48 horas pós-alta para:
- ações de educação em saúde;
 - orientação sobre as ações do 5º Dia e cadastro na puericultura;
 - identificação de RN de risco.

Responsável: ACS

- 2- 95% dos RN realizam o Teste do Pezinho entre o 3º e 7º dia de vida.

Responsável: Auxiliar de Enfermagem

- 3- 70% das crianças inscritas realizam no mínimo 7 consultas (3 médicas e 4 de enfermagem) no primeiro ano de vida, sendo no mínimo:

- 3 consultas no 1º trimestre;
- 2 consultas no 2º trimestre;
- 1 consulta no 3º trimestre;
- 1 consulta no 4º trimestre

Responsáveis: Médico e Enfermeiro

- 4- As mães ou responsáveis de 60% das crianças inscritas na puericultura participam de 4 atividades educativas durante o primeiro ano de vida da criança, sendo:

- Responsável: Enfermeiro

5- 75% das crianças < 5 anos do grupo I de risco realizam consultas médicas e de enfermagem alternadas, sendo:

- crianças < 1 ano: 3 consultas médicas e 2 de enfermagem, realizadas nos meses em que não há puericultura, somando, assim, um controle mensal da criança;

- crianças de 1 a 2 anos: 3 consultas médicas e 2 de enfermagem.

- crianças de 2 a 5 anos: consulta médica anual

Responsáveis: Médico e Enfermeiro

6- 80% das crianças < 5 anos do grupo II de risco realizam consultas médicas e de enfermagem alternadas, sendo:

- crianças < 1 ano: serão acompanhadas nas consultas de puericultura e no serviço de referência;

- crianças de 1 a 4 anos: 1 consulta médica e 1 de enfermagem.

Responsáveis: Médico e Enfermeira

7- 60% das mães ou responsáveis de crianças de risco I e II participam de 4 atividades educativas anuais (conduzidas pelo enfermeiro) sendo:

- crianças < 1 ano: já participam dos grupos educativos da puericultura e, por isso, não serão consideradas nestes grupos;

- crianças de 1 a 4 anos: 4 atividades educativas por ano.

Responsável: Enfermeiro

8- 95% das crianças menores de 1 ano inscritas na puericultura são imunizadas conforme o calendário vacinal vigente.

Responsável: Auxiliar de Enfermagem

Planilha de Monitoramento

Registro ACS

Nome da criança/RN	Grupo de Risco	DN/ Idade	Jan.	Fev.	Mar.	Ab.	Mai.	Jun.	Jul.	Ag.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total

Planilha Monitoramento Anual

Indicador/Mês	Jan.	Fev.	Março	Abril	Mai	Junho	Julho	Ag.	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Total
Nº RN nascidos no mês													
Nº de RN cadastrados na puericultura													
Nº de teste do pezinho entre 3º e 7º dia													
Visita Domiciliar ACS entre 24/48 h. após a alta													
Nº de consultas de puericultura realizadas (enfermeiro)													
Nº Consultas puericultura realizadas (médico)													

Referências

ALVES, C. L. R. ; MOULIN, Z. S. **Saúde da criança e adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Belo Horizonte: UFMG, 2009, 116 p.

MINAS GERAIS. SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE. **Programa Viva Vida. Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte: SES-MG, 2005, 224p.

