

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOAO PAULO MARTINS CAMPOS

SEGUIMENTO DE CONSULTAS DE PUERICULTURA EM CRIANÇAS NO  
PRIMEIRO ANO DE VIDA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO  
MUNICÍPIO DE CANÁPOLIS (MG)

UBERABA – MINAS GERAIS  
2014

JOAO PAULO MARTINS CAMPOS

SEGUIMENTO DE CONSULTAS DE PUERICULTURA EM CRIANÇAS NO  
PRIMEIRO ANO DE VIDA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO  
MUNICÍPIO DE CANÁPOLIS (MG)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista

Orientador (a): Virgínia Resende Silva Weffort

UBERABA – MINAS GERAIS  
2014

JOAO PAULO MARTINS CAMPOS

SEGUIMENTO DE CONSULTAS DE PUERICULTURA EM CRIANÇAS NO  
PRIMEIRO ANO DE VIDA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO  
MUNICÍPIO DE CANÁPOLIS (MG)

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador (a): Virgínia Resende Silva Weffort

Banca Examinadora

- Fernanda Bonato Zuffi
- Virgínia Resende Silva Weffort

Aprovado em Uberaba em 04 de fevereiro de 2014

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho àquela que acompanhou todas as fases, em seus altos e baixos. Em frustrações e vitórias. Na paciência e entendimento de que isto é parte de um grande todo. À você, Gisele parte de mim.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço à Dra. Virgínia Resende Silva Weffort pela paciência e constância na construção conjunta, e à Dra. Leila Bittar pelo carinho maternal dispensado ao acompanhamento do desenvolvimento deste projeto.

## RESUMO

A puericultura, no primeiro ano de vida, assume papel vital junto ao crescimento e desenvolvimento infantil. Quando realizado precocemente e com qualidade reflete na diminuição importante de agravos característicos desta faixa etária. A Atenção Básica é, portanto, o principal agente junto às comunidades, pois permite o acompanhamento próximo e frequente do diagnóstico social da população em sua área de abrangência. Este trabalho busca realizar um levantamento numérico dos lactentes menores de um ano de idade de famílias incluídas na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde da Família Bolívar José Santana, bem como propor instrumentos a serem localmente implantados no intuito de melhorar a adesão das famílias ao serviço de puericultura ofertado pela equipe de saúde da unidade. Serão propostos instrumentos de rastreio, captação, busca ativa e educação em saúde que visam manter o acompanhamento longitudinal da população menor de um ano de idade, baseados em diretrizes publicadas pelo Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria.

Palavras Chave: Puericultura, Atenção Básica, Educação em Saúde

## **ABSTRACT**

Childcare in the first year of life, takes vital role with the child growth and development. When performed early and quality reflected in the significant decrease in injuries characteristic of this age group. Primary Care is therefore the principal agent in the communities because it allows close and frequent monitoring of social diagnosis of the population in its catchment area. This work seeks to make a numerical survey of children under one year of age from families included in the area covered by the Basic Health Unit Family Bolivar Jose Santana infants and propose instruments to be deployed locally in order to improve the adhesion of families to childcare service offered by healthcare unit. Will be proposed screening tools, capture, active surveillance and health education aimed at keeping the longitudinal follow-up of the population under one year of age, based on guidelines published by the Ministry of Health and the Brazilian Society of Pediatrics.

Keywords: Childcare, primary care, health education

## LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 – Mapa da área de abrangência da UBSF Bolívar José Santana (resaltado na cor amarela) na cidade de Canápolis (MG). Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Canápolis.....2
- Grafico 1: Distribuição percentual da população infantil até 10 anos de idade adscrita à UBSF Bolívar José Santana.....3
- Figura 2 – Calendário de consultas com equipe da Unidade de Saúde da Família.....11
- Fluxograma 1 – programação de atendimentos em Puericultura no primeiro ano de vida.....22

## LISTA DE TABELAS

- Tabela 1 – distribuição da população da UBSF Bolívar José Santana por faixas etárias.....2

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
MS	Ministério da Saúde;
OPAS	Organização Pan-americana de Saúde
SBP	Sociedade Brasileira de Pediatria
SESMG	Secretaria De Estado da Saúde de Minas Gerais
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	1
2	A ATUAÇÃO DA UBSF NO PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA.....	4
3	JUSTIFICATIVA.....	5
4	OBJETIVOS.....	7
	4.1 GERAIS.....	7
	4.2 ESPECÍFICOS.....	7
5	REVISÃO DA LITERATURA.....	8
	5.1 OS CAMINHOS DA PUERICULTURA NO BRASIL.....	8
	5.2 A IMPORTANCIA DO PROGRAMA DE PUERICULTURA.....	9
	5.3 AS CONSULTAS NA UBSF.....	10
	5.4 A VISITA DOMICILIAR E A PRIMEIRA CONSULTA.....	11
	5.5 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	12
	5.6 ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE NA SAÚDE DA CRIANÇA.....	13
	5.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	15
6	PONTOS DE INTERVENÇÃO E MECANISMOS PROPOSTOS.....	17
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	19
8	REFERENCIAS.....	20
9	APÊNDICE A.....	22
10	APÊNDICE B.....	23

## 1 INTRODUÇÃO

Com 100% de cobertura em Estratégia de Saúde da Família (ESF), o município de Canápolis, possui um modelo assistencial muito próximo ao proposto por Mendes (1996), promovendo ações condizentes com os princípios da equidade, universalidade e integralidade. A atenção básica no município peculiarmente permeia todos os serviços de saúde, com braços de atuação inclusive no Pronto-Socorro municipal, onde o serviço de triagem permite a comunicação direta com as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF).

A UBSF Bolívar José Santana, conhecida no município como “PSF 4”, encontra-se incrustrada em uma população historicamente desfavorecida no município de Canápolis. Sua área de abrangência cobre principalmente os bairros Jorge de Paula Gouveia I e II que se originaram a partir de uma população cuja grande parte era economicamente desfavorecida tendo como principais atores, imigrantes que buscam melhores condições de trabalho na região. Devido ao movimento histórico desta cultura há ainda famílias que já se estabeleceram definitivamente no bairro, com presença de duas a três gerações na região. A migração pendular das famílias é um fenômeno importante em termos numéricos e temporais. A composição majoritária ainda é de famílias de origem migratória advindas principalmente da região nordeste de nosso país as quais buscam oportunidades de emprego fixando-se principalmente junto ao desenvolvimento de atividades econômicas ligadas a agricultura canavieira. Como esta cultura tem caráter sazonal, muitas famílias permanecem no município durante o plantio, cultivo e colheita e retornam às origens. Comumente identificamos pais de família que migram sozinhos para a região excepcionalmente durante o período de colheita e fazem o caminho inverso ao final do mesmo.

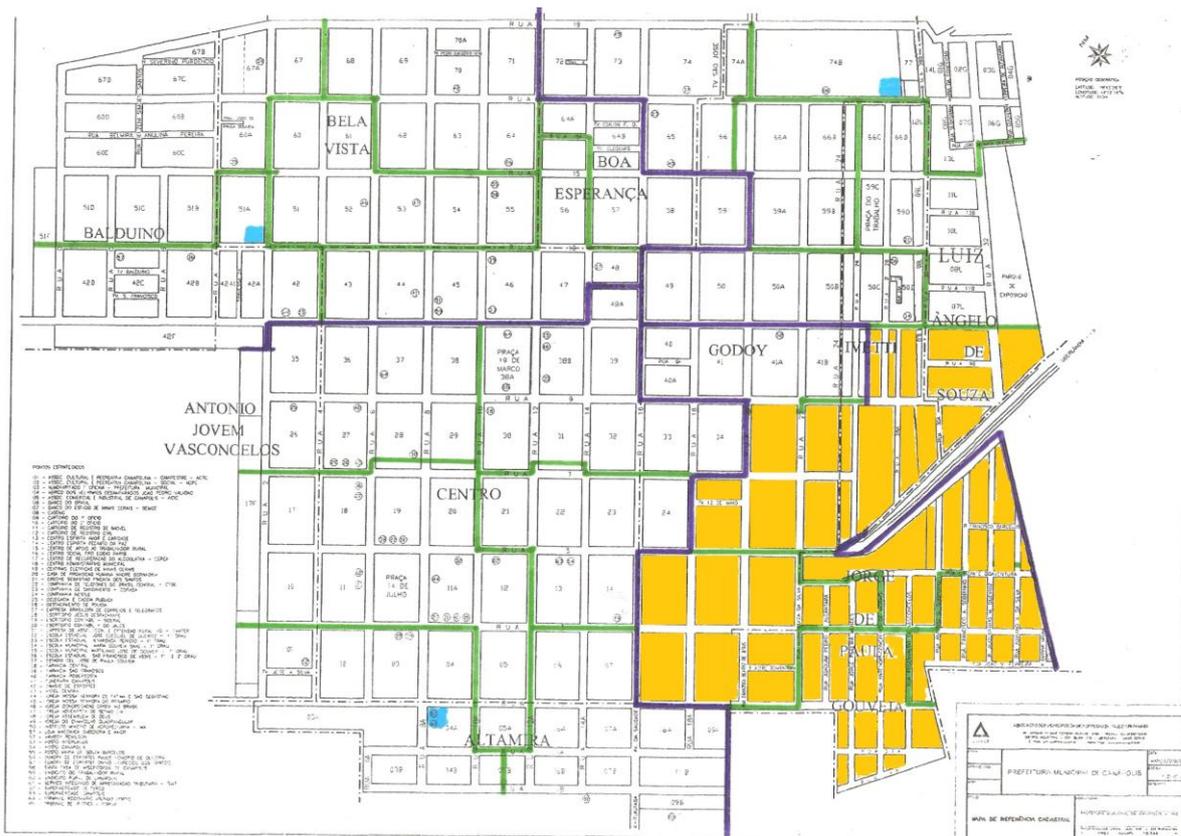


Figura 1: Mapa da área de abrangência da UBSF Bolívar José Santana (ressaltado na cor amarela) na cidade de Canápolis (MG). Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Canápolis

Atualmente, a unidade cobre uma população de 2904 habitantes divididos em cerca de 890 famílias. É uma população estritamente adulta com predomínio de indivíduos na faixa etária de 20 a 59 anos de idade, com paridade entre os sexos (tabela 1).

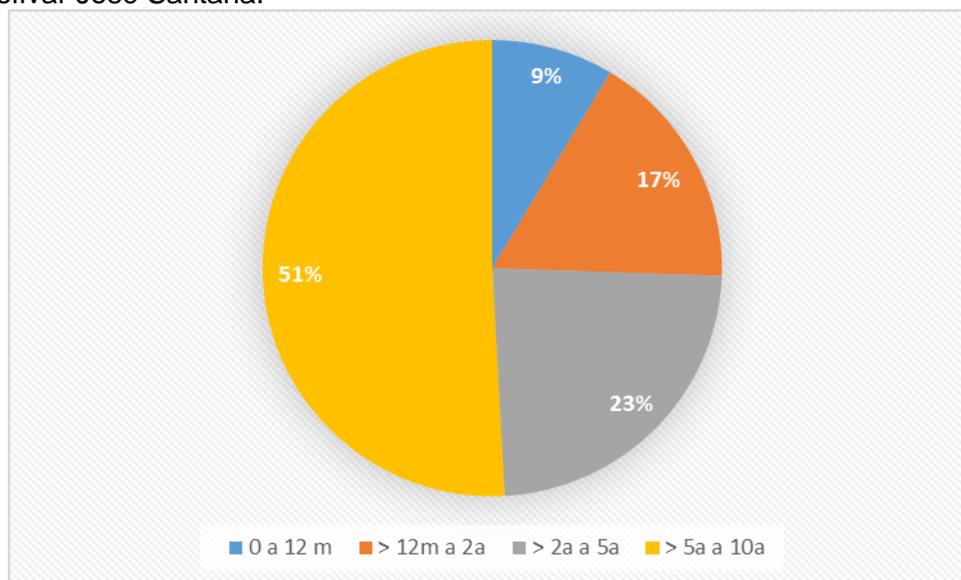
Tabela 1: distribuição da população da UBSF Bolívar José Santana por faixas etárias.

SEXO	FAIXA ETÁRIA										Total
	<1	1 a 4	5 a 6	7 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 39	40 a 49	50 a 59	>60	
MASCULINO	15	86	52	56	116	123	533	187	153	166	1487
FEMININO	20	78	43	56	101	143	510	188	139	139	1417
Nº DE PESSOAS	35	164	95	112	217	266	1043	375	292	305	2904

Fonte: SIAB, junho de 2013

A população de zero a um ano de idade representa cerca de 1,2% da população total sendo 42,86% do sexo masculino e 57,14 do sexo feminino. Como podemos observar no gráfico 1, a população até um ano de idade representa cerca de 9% da população infantil.

Grafico 1: Distribuição percentual da população infantil até 10 anos de idade adscrita à UBSF Bolívar José Santana.



Fonte: SIAB, junho de 2013

Em termos de população infantil, Apesar da pequena representatividade, a gama de serviços e ações que são demandados por esta faixa etária é particularmente ampla cobrindo os tempos assistenciais pré-natal, perinatal e pós-natal o que exige constante atualização da equipe de saúde. É notório ressaltar que uma adequada assistência prestada repercute diretamente na melhoria dos indicadores sociais do município que se relacionam diretamente ao binômio mãe-bebê, reduzindo índices de mortalidade infantil, mortes maternas e incidências de agravos preveníveis prevalentes nos tempos assistenciais acima relatados.

Apesar de haver um esboço de um sistema de assistência a saúde que atue em rede, indiscutivelmente, o aspecto hierarquizado traspõe, ainda, a necessidade da organização longitudinal e integralizada de saúde. Desta maneira, organização piramidal a despeito da chamada “organização poliárquica”, ainda prevalece como modelo assistencial uma vez que a disponibilidade de atendimentos multidisciplinar ainda é modesta. Atualmente, há estruturado na unidade um serviço de atendimento odontológico diário, nutricional e psicológico em dias esporádicos.

## **2 A ATUAÇÃO DA UBSF NO PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA**

Particularmente, a equipe de saúde da família atua em dois momentos distintos: no pré-natal e no pós-natal garantindo inicialmente a mãe e posteriormente ao binômio adequado acesso, acolhimento, acompanhamento e educação em saúde. Tais ações refletem diretamente na qualidade de vida e nível de desenvolvimento socioeconômico do município. Logo, a excelência no desenvolvimento destas ações, incluídas na perspectiva de uma rede integrada de assistência à saúde, nos permite inferir melhoras substanciais a médio e a longo prazo nos indicadores demográficos. Os agentes destas ações devem, no entanto, obter instrumentos preferencialmente de alta eficácia e de baixo custo de modo a permitir a aplicação dos mesmos a diversas populações.

O primeiro ano de vida é um período determinante no desenvolvimento das habilidades cognitivas, comportamentais e orgânicas da criança, uma vez que trará reflexos diretos em sua vida adulta. Deste modo, o adequado acompanhamento destes marcos do crescimento e desenvolvimento durante tal período é de suma importância. A Estratégia de Saúde da Família deve, portanto, cuidar para que haja adequado estabelecimento do processo de saúde como do bem-estar biopsicossocial desta população.

Por conseguinte, a correta assistência no primeiro ano de vida é fundamental para o rastreamento de intervenção sobre agravos apresentados por esta população. No entanto apenas a consulta médica não é capaz de abranger todas as necessidades de informação e formação dos familiares, que necessitam também de participar de uma modalidade de Educação em Saúde. Através de levantamento realizado na área de abrangência da Unidade de Atenção Primária à Saúde (UBSF) Bolívar José Santana, notamos que apesar do número razoável de crianças menores de um ano de idade na data especificada, a procura para realização de consultas habituais de puericultura é pequena. Tal fato torna-se preocupante ao relacionar a vulnerabilidade de tais pacientes nesta faixa etária.

### 3 JUSTIFICATIVA

As condições de saúde de uma população podem ter sua qualidade inferida a partir de indicadores. Entre eles o coeficiente de mortalidade infantil. Segundo Leite (2000), “Este fato deve-se à sua estreita relação com as classes sociais através de um gradiente de mortalidade e a sua sensibilidade diante de mudanças sociais e econômicas”. A mortalidade infantil, portanto, é um indicador de saúde que, além de informar a respeito dos níveis de saúde de uma população, sintetiza as condições de bem-estar social, político e ético de dada conformação social. Sua mensuração numérica portanto, reflete, principalmente os cuidados prestados às crianças menores de um ano de idade resultando em um coeficiente numérico com alto grau de correlação com a qualidade dos serviços prestados pelo governo à população. Deste modo, a adequação dos serviços oferecidos às crianças menores de um ano de idade visando maior cobertura e efetividade traz grandes melhorias a médio e longo prazo para a população adscrita.

No livro *Mortalidade infantil no Brasil: uma avaliação de tendências recentes*, os autores trazem a seguinte passagem:

*“Com muito maior intensidade que a mortalidade na idade adulta, a mortalidade infantil é considerada universalmente como um sensível indicador do estado de saúde, não só das crianças menores de um ano, mas da população em seu conjunto. É que os óbitos infantis são fortemente influenciados pelos agentes externos que estão localizados na sociedade, seja na existência ou não de serviços de saúde, saneamento e higiene, seja nas relações familiares e sociais que organizam a existência concreta das pessoas como: moradia, trabalho, renda, nível de informação e proteção social” (OLIVEIRA & MENDES, 1995).*

Deste modo, nota-se a importância da qualidade dos serviços prestados a essa população e o mais notável: o valor que o vínculo com um serviço de saúde tem neste grupo etário, pois permite o seguimento longitudinal progressivo a médio e longo prazo permitindo a identificação precoce de agravos ou fatores de risco e a mobilização da rede de assistência para correção ou amenização dos mesmos no intuito de preservar a integridade biopsicossocial da família. Segundo Starfield

(2002), a possibilidade de acompanhar famílias ao longo do tempo mantém os profissionais da atenção básica em uma situação privilegiada no reconhecimento de situações que necessitam ser mais bem entendidas e acompanhadas. Deste modo, a adequada atenção no primeiro ano de vida torna-se imperativo para a garantia de um crescimento adequado e desenvolvimento pleno das potencialidades neuropsicomotoras do lactente, protegendo o paciente dos principais riscos à saúde presentes na infância com identificação e atuação precoce sobre os fatores de riscos que o lactente se encontra exposto.

Ao entrar em contato com a realidade apresentada pela UBSF Bolívar José Santana pude notar a irregularidade de acompanhamento das crianças nas consultas de puericultura. Pode ser observado que as mães carregam consigo a cultura de levar seus filhos ao médico apenas em ocasiões que as próprias julgam como doenças. Tal conduta não deve ser encorajada, pois a identificação de sinais e sintomas precoces previne a evolução desfavorável do agravo. Diante deste quadro, torna-se, portanto, imperioso a sistematização e implantação de um programa de acompanhamento adequado a estas crianças, tanto pelo médico em suas consultas regulares quanto pela equipe de enfermagem e de agentes comunitários de saúde em suas visitas sistemáticas. No entanto, a implantação e efetivação de tal programa será possível somente com a participação de toda a equipe de saúde da família composta na UBSF atuando arduamente junto a população baseada nos pilares: educação em saúde, prevenção de agravos e detecção precoce de alteração.

## **4 OBJETIVOS**

### **4.1 GERAIS**

- Investigar e identificar um possível déficit na atenção primária em puericultura no primeiro ano de vida dos lactentes da população adscrita a unidade através da avaliação do perfil de cuidado dispensado a estas crianças nos primeiro ano de vida de acordo com o preconizado no calendário estabelecido pelo MS;
- Desenvolver um projeto de atendimento ambulatorial em puericultura eficiente e regular que possa ser estabelecido e expandido para as demais unidades de saúde, sendo, portanto, flexível às peculiaridades de cada população;
- Difundir a importância das consultas regulares de seus filhos para acompanhamento de desenvolvimento e prevenção de agravos que devam ser identificados precocemente esclarecendo às famílias através de projetos de educação em saúde;

### **4.2 ESPECÍFICOS**

- Elaborar em conjunto com a equipe de saúde da unidade, maneiras de estimular a assiduidade das consultas;
- Implantar dispositivos no fluxograma do programa de puericultura da unidade que possibilitem melhor desenvolvimento e seguimento dos lactentes no primeiro ano de vida, a saber:
  - Propor um modelo padronizado de primeira consulta que conste de maneira concisa, didática e de fácil acesso dados pertinentes ao estado de saúde do lactente nos tempos pré-natal, perinatal e pós-natal;
  - Sugerir o desenvolvimento de uma rotina de consultas de puericultura com agendamento prévio das mesmas, segundo calendário preconizados pelo Ministério da Saúde de modo a manter o vínculo da família com a Unidade através do cuidado continuado;
  - Planejar a integração do serviço oferecido na unidade com o serviço ambulatorial de pediatria disponível no município;
  - Realizar a classificação de risco dos lactentes em questão, no intuito de propor abordagens mais intensivas ao grupo de maior risco;

## 5 REVISÃO DA LITERATURA

### 5.1 OS CAMINHOS DA PUERICULTURA NO BRASIL

A pediatria se estabelece oficialmente em 1882 com a instituição de primeiro curso da especialidade e estabelecimento da cadeira junto a Escola de Medicina do Rio de Janeiro. Neste momento, o grande enfoque da especialidade se baseava no controle de fatores externos de modo a possibilitarem a redução dos agravos e da mortalidade infantis. Neste ponto surge a definição da puericultura, a partir da declaração de Martagão Gesteira sendo esta a *“parte das ciências médicas que se ocupa em cultivar a vida e a saúde das crianças, esforçando-se para que cheguem ao mundo sadias e fortes e se desenvolvam normalmente, amparando-as e defendendo-as contra múltiplos perigos que as ameaçam, em consequência da ação maléfica dos fatores ambientais e sociais”*. Deste modo, a puericultura surge como principal arma na defesa da infância.

Na década de 1920, a mortalidade infantil era um grave problema de saúde pública, enfrentado pela medicina, sendo a alimentação e a higiene infantil os principais responsáveis por esse quadro (CARNEIRO, 2000). Desta maneira, foi criado por Carlos Chagas o Departamento Nacional de Saúde Pública, estabelecendo, as atribuições da Inspetoria de Higiene Infantil buscando desenvolver e aplicar medidas especiais de profilaxia de doenças transmissíveis próprias das primeiras idades, orientação e propaganda da alimentação apropriada à primeira e à segunda infância, no estado hígido e patológico, inspeção sanitária de habitáculos comunitários (creches, escotas etc.). Tal política se manteve vigente até o Estado Novo, durante o qual criou-se o Departamento Nacional da Criança que previa a participação ativa da sociedade no cuidado da criança. No entanto, segundo Novaes (1979), “não se registrou nenhum efeito prático, “ainda era grave a realidade: ...a mortalidade infantil ainda se apresenta em níveis bastante elevados.”. Passando pela expansão da medicina previdenciária e seu modelo hospitalocêntrico, surgem na década de 1970 os programas materno-infantis que tentavam sistematizar a atenção à criança, especialmente ao lactente de modo a racionalizar e implementar medidas eficazes.

Por fim, com a Declaração de Alma-Ata (OPAS, 1978) a Atenção Primária a Saúde é eleita como cerne para estratégia de planejamento e execução dos serviços de saúde passando a influenciar diretamente as políticas nacionais. Consecutivamente, na década de 1980, as Ações Básicas de Saúde na Atenção Integral à Saúde da Criança definem normas e priorizam o desenvolvimento das ações básicas voltadas à criança através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno, controle de doenças diarreicas, controle de infecções respiratórias agudas e controle de doenças imunopreveníveis devendo estes serviços serem prestados na rede de atenção à saúde em todo o território nacional. Não obstante, somam-se direitos garantidos pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) definindo-se o papel do Estado e as responsabilidades sobre a assistência à infância e à adolescência (BRASIL, 1990).

Nesta linha de pensamento, Freire (1991), ao pesquisar o discurso da OMS, percebeu que a puericultura, com seu discurso homogeneizador baseado na educação continuada em saúde, está presente de forma marcante nos informes técnicos da organização na área de saúde materno-infantil, priorizando a educação e a racionalização de ações e condutas e propondo soluções de ordem médica para a resolução de problemas cuja causa é principalmente social.

Desta maneira estabelece-se e solidifica-se a premissa de que a saúde da criança e do adolescente deve obrigatoriamente fazer parte do planejamento das ações da atenção básica, firmando a puericultura e seus desdobramentos como importantes ferramentas à garantia do bem estar biopsicossocial da criança e do adolescente.

## **5.2 A IMPORTÂNCIA DO PROGRAMA DE PUERICULTURA**

A puericultura consiste indiscutivelmente em uma ferramenta impar para realização de educação em saúde. Apesar de, em sua origem, tradicionalmente atuar de maneira impositiva e verticalizada, a evolução da medicina e da função psicopedagógica do médico tornou a relação medico paciente muito próxima a um ato de compartilhar experiências permitindo assim obter a confiança da família para orientar e corrigir possíveis erros de conduta em relação às crianças. Essa relação horizontal entre equipe e família permite assim maior assimilação dos conhecimentos contribu-

indo para efetividade da educação em saúde. Assim, podemos alinhar o pensamento comprovando sua aplicabilidade também no cotidiano da puericultura como resumido no seguinte trecho:

“[...] processo permanente, que tem o trabalho como eixo do processo educativo, fonte de conhecimento e objeto de transformação, que privilegia a participação coletiva e multidisciplinar, e que favorece a construção dinâmica de novo conhecimento por meio da investigação, do manejo analítico da informação e o intercâmbio de saberes e experiências”(HADDAD; ROSCHKE; DAVINI, 1994 p. xviii)

### **5.3 AS CONSULTAS NA UBSF**

Segundo Blank (2003), o número ideal de consultas de supervisão de saúde nunca foi estabelecido e talvez nunca o seja, em virtude das dificuldades técnicas e éticas em realizar estudos controlados. O Ministério da Saúde, em suas publicações, orienta que sejam realizadas cerca de sete consultas de puericultura no primeiro ano de vida tais consultas devem ser assim distribuídas: na 1ª semana, no 1º mês, no 2º mês, no 4º mês, no 6º mês, no 9º mês e no 12º mês. Tal sequência, segundo o Caderno de Atenção Básica nº 33 (2012) representa um consenso em relação à bibliografia consultada para elaboração desta. Da mesma maneira, o documento sugere logicamente que consultas entre as citadas possam ser realizadas caso a criança necessite de maiores cuidados dispensados às condições específicas decorrentes da classificação de risco ou surgimento de agravos. Presumivelmente, o atendimento a estas crianças não se baseia apenas no atendimento médico. Toda equipe deve estar profundamente envolvida no cuidado para com a família do lactente. Desta maneira, a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais, através da publicação Atenção à Saúde da Criança (VIANA, 2005) propõe o seguinte calendário de acompanhamento da criança:

ATIVIDADE	IDADE DA CRIANÇA																								
	DIAS			MESES																ANOS					
	24h após alta	5º	15-21	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	17	18	20	24	3	4	5		
Visitas domiciliares pelo ACS				Mensais																					
Ações do 5º dia																									
Consulta médica																									
Consulta enfermagem																									
Grupo educativo																									

Figura 2: Calendário de consultas com equipe da Unidade de Saúde da Família. FONTE: VIANA et al (2005), pág. 23.

Assim, podemos notar que no primeiro ano de vida a criança deve passar por consultas sequenciais com a equipe de enfermagem, visitas mensais dos agentes de saúde comunitária além da participação de grupos educativos, ferramenta essencial no seguimento da puericultura, através da educação continuada em saúde, promover a propagação do conhecimento e esclarecimentos de maneira informal, com maior abrangência e assimilação.

#### 5.4 A VISITA DOMICILIAR E A PRIMEIRA CONSULTA

A primeira consulta com o médico tem papel fundamental no levantamento do estado basal de saúde da criança. É nesta consulta que o médico revisa toda a história do pré, peri e pós-natal da criança estabelecendo prioridades a serem abordadas a medida que os fatores de risco forem estabelecidos. Neste ponto vale ressaltar a importância ainda da visita da equipe de enfermagem e ACS prévias, durante as quais se estabelece a classificação de risco da família em questão e mais especificamente do recém-nascido. Desta maneira, as visitas domiciliares são recomendadas às famílias de gestantes e das crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção. A visita objetiva principalmente observar as relações familiares, facilitar o acesso ao serviço de saúde, possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com as equipes de

saúde, escutar e oferecer suporte emocional, estimular o desenvolvimento da parentalidade, orientar a família sobre os cuidados com o bebê, identificar sinais de depressão puerperal, promover o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida, prevenir lesões não intencionais e identificar sinais de perigo à saúde da criança. Deste modo, a amplitude de atribuições exigidas a este momento tão importante exige que a mesma seja planejada cuidadosamente bem como exige disponibilidade e aceitação por parte da família da presença da equipe de saúde em seu lar.

A partir deste trabalho prévio realizado por parte da equipe é que orienta o trabalho do médico da família e comunidade. Em sua primeira consulta ele deverá ter em mãos o prontuário do binômio (mãe e bebê), por se tratar de uma consulta conjunta podendo assim realizar a continuação do cuidado de forma integralizada. O Caderno número 33 traz a seguinte passagem:

“A primeira consulta do recém-nascido deverá ocorrer na sua primeira semana de vida, que constitui um momento propício para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, para orientar e realizar imunizações, para verificar a realização da triagem neonatal (teste do pezinho) e para estabelecer ou reforçar a rede de apoio à família. A primeira semana de saúde integral, [...], lembra ainda da importância da verificação da Caderneta de Saúde da Criança, da identificação de riscos e vulnerabilidades ao nascer e da avaliação da saúde da puérpera.

Como a primeira consulta da criança pode ser programada pela equipe, é possível adaptar a agenda para o referido momento, adequando o tempo da consulta às suas necessidades inerentes.”  
(BRASIL, MS, 2012)

Assim, torna-se imperioso uma programação e sistematização dos tempos desta consulta, melhorando a eficácia e garantindo cobertura completa das necessidades iniciais do binômio.

Ao final da consulta clínica, o médico deve avaliar a presença de situações de risco e vulnerabilidade à saúde do recém-nascido, orientar os pais sobre os sinais de perigo na criança com menos de 2 meses e sobre a necessidade de procurar atendimento de emergência, promover o aleitamento materno exclusivo, auxiliar a formação ou o fortalecimento do vínculo, entre os pais e o bebê, realizar orientações gerais sobre os cuidados com o recém-nascido (higiene do cuidador, tabagismo de familiares, posição de decúbito, banho, cuidados com coto umbilical, choro noturno,

uso de chupetas etc.), orientar sobre a prevenção de acidentes, teste do pezinho e imunizações de acordo com o calendário vacinal vigente. Ao final, a contratransferência proporcionada pelos familiares deve ser realizada deixando espaço na consulta para esclarecimento de dúvidas que não foram sanadas ou que surgiram ao longo da consulta. Consecutivamente, deverá ser exposto à família o calendário de consultas deixando combinados os momentos de procura para avaliação do médico, da enfermagem e do ACS e reiterando a disponibilidade da UBSF para eventuais necessidades ou consultas fora da programação.

## **5.5 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**

Ponto importante na puericultura, a antropometria é talvez a ferramenta de maior acurácia para a detecção de agravos agudos. Sua avaliação pontual pode mostrar indícios de alterações agudas ou subagudas, enquanto sua avaliação longitudinal pode fornecer embasamento para detecção de agravos crônicos.

## **5.6 ATUAÇÃO DA EQUIPE DE SAÚDE NA SAÚDE DA CRIANÇA**

Os profissionais de saúde envolvidos com a estratégia de saúde da família devem zelar para o cumprimento dos programas propostos pelo Plano de Atenção Básica. Neste contexto, abrangendo a saúde da criança em especial o cuidado no primeiro ano de vida, o Ministério da Saúde, através da publicação do Caderno nº 33 (2012) relaciona as atribuições da seguinte forma:

Atribuições comuns a todos os profissionais da Atenção Básica:

- Agir de forma planejada e dentro do espírito do trabalho em equipe, de acordo com o que está disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), particularmente em relação aos papéis específicos dos vários membros da referida equipe;*
- Participar do planejamento, do monitoramento e da avaliação das ações desenvolvidas;*
- Participar do processo de educação permanente em saúde;*
- Realizar visitas domiciliares e participar de grupos educativos e de promoção da saúde, como forma de complementar as atividades clí-*

*nicas para o cuidado dos escolares, sobretudo para grupos mais vulneráveis a determinadas situações priorizadas pela equipe;*

- *Orientar as famílias sobre a necessidade de realização das vacinas conforme o estabelecido neste Caderno de Atenção Básica, quando indicadas;*
- *Contribuir para o desenvolvimento de políticas locais que assegurem e fortaleçam ambientes escolares saudáveis e que considerem a oferta de alimentação saudável e adequada, a proibição do uso de drogas lícitas e ilícitas, o estímulo às atividades físicas e esportivas, o acesso à água tratada e potável, bem como o incentivo à adoção de medidas que diminuam a poluição ambiental, visual e sonora;*
- *Colaborar com a implementação de políticas locais que permitam o acesso adequado de crianças deficientes aos estabelecimentos escolares e os amparem em seus direitos, além de garantir a sua segurança;*
- *Identificar as famílias de crianças que estejam inseridas no Programa Bolsa Família, bem como acompanhar suas condicionalidades de forma articulada com os setores de Educação e de Desenvolvimento Social/Assistência Social.”*

Atribuições dos Agentes Comunitários de Saúde:

Segundo Araújo (2004) “o ACS tem como papel fundamental, senão prioritário, desenvolver ações que estimulem a comunidade à promoção da saúde e prevenção de doenças. Muitos avanços foram obtidos neste sentido, sendo a implantação do Programa de Saúde da Família um dos que mais proporcionam a efetivação destas ações, uma vez que atinge a população em sua comunidade e em seu domicílio, além de dar um enfoque diferente na atenção à saúde, ou seja, está tentando sair do modelo de assistência biomédico para o modelo de vigilância da saúde. Assim o PSF, entre outras ações, pode proporcionar um estímulo à qualidade de vida e às condições de saúde, sob a visão da promoção da saúde.”. Em suma, as funções do ACS delimitam e promovem grande abrangência de intervenções identificando situações de risco precocemente, permitindo a qualidade na continuidade do cuidado. No Caderno 33, temos a seguinte passagem no que se refere às funções do ACS:

*“• Acompanhar os demais profissionais da equipe de saúde da família nas atividades e nas ações direcionadas às crianças;*

- *Ser articulador da comunidade perante as instâncias de atenção à saúde e também de controle social da saúde e da educação, para sensibilizar a comunidade na busca de respostas aos problemas mais frequentes apresentados pela população infantil;*
- *Contribuir em atividades de mobilização social e participar de censos escolares, quando isso for necessário;”*

Atribuições do auxiliar e do técnico de enfermagem:

- *Realizar a aferição da pressão arterial das crianças conforme o preconizado neste Caderno de Atenção Básica e encaminhar o resultado ao médico da equipe quando o exame estiver alterado;*
- *Realizar a aplicação da dose vacinal conforme o esquema estabelecido [...]*
- *Aferir os dados antropométricos de peso e altura das crianças e repassar tais informações para o profissional que realiza a puericultura na equipe;”*

Atribuições do enfermeiro:

- *Realizar consultas de puericultura conforme o preconizado [...]*
- [...]*
- *Realizar a aferição dos dados antropométricos de peso e altura e avaliar o IMC das crianças;”*

Atribuições do médico:

- *Realizar a puericultura conforme o preconizado [...] e indicar exames complementares quando forem necessários;*
- [...]*
- *Monitorar a saúde de crianças e orientar pais e cuidadores diante de efeitos vacinais adversos;*
- *Indicar para pais e cuidadores os imunobiológicos especiais para situações específicas;*
- *Realizar a avaliação da acuidade auditiva das crianças e, quando necessário, solicitar exames complementares;*
- *Encaminhar as crianças com alterações na acuidade auditiva para o serviço de referência, para a continuidade da investigação diagnóstica e/ou do serviço de reabilitação;”*

## 5.7 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde é um processo diretamente dependente do vínculo estabelecido entre a unidade de saúde e a comunidade por ela abrangida. Segundo Vasconcelos (2009):

*“Isso exige determinada postura relacional ou comunicacional entre o profissional, os demais trabalhadores e os usuários, nas diversas ações e momentos coletivos e individuais que acontecem no serviço. Significa que toda atividade executada pelos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde está impregnada de determinada concepção de “fazer e agir” no cotidiano pessoal e profissional.*

*[...] essa relação estará sempre marcada pela presença do eu e do outro, iguais e diferentes, e, portanto, por distintas formas de concepções de mundo e do ser humano no mundo.”*

Assim, a educação em saúde é um importante instrumento de trabalho, principalmente quando utilizada como meio a problematização da realidade. Privilegiando-se o intercâmbio do conhecimento, no qual o saber profissional e o senso comum unem-se em prol do bom senso, tem-se a formação de uma conscientização e a construção de indivíduos críticos e criadores. Esta analogia entre os diferentes saberes proporciona, ainda, um vínculo com a comunidade (CERVERA; PARREIRA; GOULART, 2011).

## 6 PONTOS DE INTERVENÇÃO E MECANISMOS PROPOSTOS

A partir do exposto, devemos então propor medidas condizentes ao propósito desta publicação: realizar uma intervenção no sentido de melhorar a adesão das famílias ao programa de puericultura realizado na UBS Bolívar Jose Santana.

Sendo ressaltada como necessária e importante a prática da puericultura na UBSF de modo a concentrar e manter o acompanhamento adequado conforme preconizado pelas entidades representativas como Sociedade Brasileira de Pediatria ou Secretaria da Saúde do Estado de Minas Gerais. Tal prática será pautada nos princípios da manutenção de vínculo com a família de crianças até um ano de idade permitindo a realização não só de consultas, mas de Educação em Saúde de modo a abordar os principais agravos e ações de prevenção e promoção em saúde junto à população selecionada.

O processo de implantação deverá seguir etapas preestabelecidas de modo a definir o ambiente de intervenção e os pontos mais críticos e suscetíveis, seguido do Assim, as etapas propostas serão:

- Estabelecer junto à equipe da unidade mecanismos de busca ativa das crianças que se encontram na faixa etária até 12 meses de idade permitindo a programação de grupos de educação em saúde junto às famílias envolvidas;
- Estabelecer junto às famílias um calendário de consultas realizando o agendamento prévio de modo a garantir maior adesão da família à unidade, conforme exposto no APÊNDICE A
- Estabelecer rotina de mensuração antropométrica mensal, independente das consultas médicas, realizadas para seguimento nas curvas de crescimento presentes na Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2006);
- Realizar grupos de educação em saúde junto à comunidade com temas pertinentes às dúvidas frequentemente relatadas pelos familiares das crianças, que deverão ser escolhidos e pontuados em grupo próprio;
- Implantar um modelo de consulta de puericultura, através de padronização de primeira consulta, de modo a abranger e induzir a indagação durante a anamnese dos fatores pertinentes ao cuidado (APÊNDICE B);

- Manter contato constante de referência e contra referência com ambulatório de pediatria municipal para o qual as crianças que necessitem de atendimento em nível secundário deverão ser encaminhadas;
- Articular junto à gestão municipal, cursos disponibilizados pela SESMG para a equipe, em especial aos agentes comunitários de saúde (ACS) visando preparo adequado dos mesmos para realização da educação em saúde de maneira eficaz e consistente.

A busca ativa é, portanto, ferramenta de extrema importância para início das atividades. A partir de sua realização, pretende-se estabelecer a faixa etária de maior vulnerabilidade seguido, num primeiro momento, da convocação destas famílias a unidade para reuniões de grupo para esclarecimento de dúvidas e orientação sobre condutas corretas em temas pertinentes aos casos (educação em saúde). Paralelamente as orientações devem ser repassadas a todas as famílias que se encontram inclusas no programa de puericultura devendo, portanto, estabelecer um calendário de consultas conforme os padrões adotados pela equipe no âmbito da saúde da criança. O esclarecimento às mães do real intuito desta estratégia é importante para manutenção e continuidade deste vínculo junto à população, garantindo a longitudinalidade e integralidade do cuidado.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A importância do acompanhamento no primeiro ano de vida torna imperioso o desenvolvimento de uma estratégia de acompanhamento de crianças nesta faixa etária. A Unidade de Saúde da Família ocupa posição estratégica na abordagem e seguimento do crescimento e desenvolvimento através do programa de puericultura.

O cuidado precoce e continuado do recém-nascido tem direta ligação com a redução da mortalidade infantil, que por sua vez reflete o grau de desenvolvimento e saneamento de uma população.

O seguimento no primeiro ano de vida de crianças classificadas como baixo risco tem parâmetros bem estabelecidos pelos órgãos representativos em pediatria. A literatura é concordante quanto a necessidade de um maior número de consultas no primeiro ano de vida, por se tratar de uma estratégia que permite a identificação precoce de fatores de risco e agravos que permitam abordagem em tempo hábil.

Este trabalho teve como motivação a necessidade exposta acima em contraste com a realidade encontrada na área adscrita da UBSF Bolívar José Santana do município de Canápolis (MG). O absenteísmo de mães no seguimento de puericultura da unidade chamou atenção da equipe que se dispôs a elaborar um projeto multidisciplinar de intervenção abrangendo o calendário de consultas com ações pontuais e longitudinais de todos os profissionais ali lotados. Assim, foi organizado para a unidade um programa de puericultura baseado nas diretrizes propostas pela Sociedade Brasileira de Pediatria, Ministério da Saúde e Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Tal programa reitera a necessidade da longitudinalidade, coordenação do cuidado, integralidade entrelaçados com o pilar da educação continuada em saúde.

Como produto, obteve-se um fluxograma de consultas multidisciplinares associado ao um modelo de primeira consulta que abranja ampla e totalmente as necessidades do recém-nascido. A implantação deste projeto de intervenção, portanto, prevê que as famílias tenham maiores aderência e permanência no acompanhamento do cuidado, com mensuração de resultados a médio e longo prazos.

## 8 REFERÊNCIAS

- ARAÚJO, M.R.N.; ASSUNÇÃO, R.S. A atuação do agente comunitário de saúde na promoção da saúde e na prevenção de doenças. **Rev. Bras. Enferm**, v. 57, n. 1, p. 19-25, 2004.
- BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, v. 79, n. SLupl. 1, p. 13-22, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab33>. Acesso em: outubro, 2013
- BRASIL. Presidência da República. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8069/90. Brasília (DF), em 12 de outubro de 1990
- CARNEIRO, G. **Um compromisso com a esperança: história da Sociedade Brasileira de Pediatria 1910-2000**; Expressão e Cultura, 2000.
- CERVERA D.P.P., PARREIRA B.D.M., Goulart B.F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Cien Saude Colet**. 2011;16(Supl1):1547-54
- FREIRE, M.M.D.L. Vidas desperdiçadas: a puericultura no discurso da OMS (tese de mestrado). Rio de Janeiro (RJ): Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz; 1991
- HADDAD, J.Q.; ROSCHKE, M.A.; DAVINI, M.C., **Educación Permanente de Personal de Salud**. Whashington, DC: Organización Panamericana de la Salud, 1994. 224p.
- LEITE, A.J.M.; SILVA, A.C. Mortalidade infantil: indicador das condições de vida das populações. **Revista de Pediatria do Ceará**, Fortaleza, v. 1, n. 2, p. 8-16, 2000.
- MENDES, E.V. Um Novo Paradigma Sanitário: a produção social da saúde. In: **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996, cap. 4, p. 223-297
- NOVAES, H.M.D. A puericultura em questão (tese de mestrado). São Paulo, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1979.
- OLIVEIRA, L.A.P; MENDES, M.M.S. - Mortalidade infantil no Brasil: uma avaliação de tendências recentes. In: Minayo, M.C.S. (org). **Os muitos Brasis: Saúde e População na década de 80**. São Paulo, HUCITEC, 1995. p. 291-303.
- OPAS. Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. 2008.

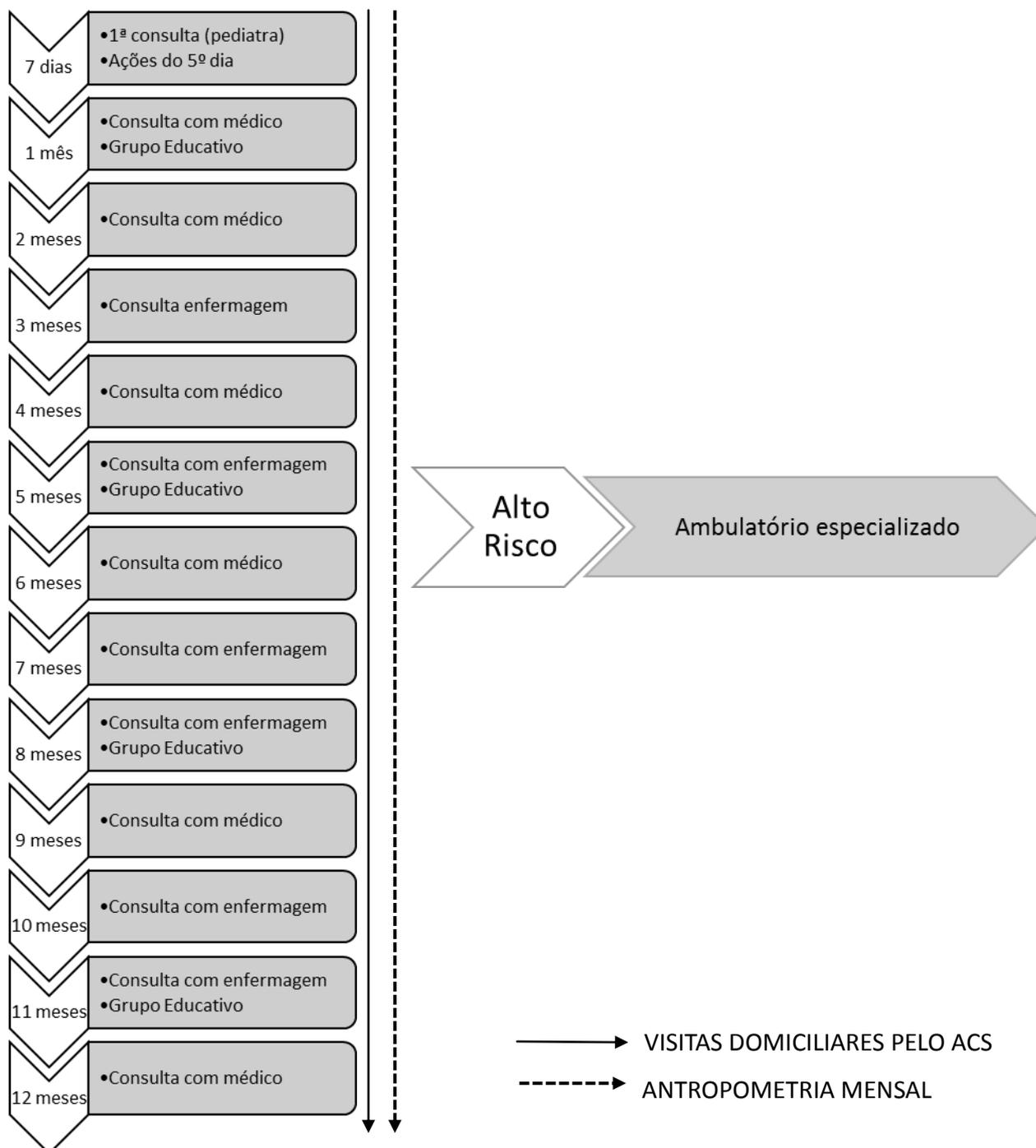
STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, 2002

VASCONCELOS, M. GRILLO, M.J. SOARES, S.M.; Práticas Pedagógicas em Atenção Básica à Saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. **NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**; Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2009. 73p.

VIANA, M.R.A. et al. **Atenção à saúde da criança**. 1ª ed. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2005

## 9 APÊNDICE A

Fluxograma de acompanhamento em puericultura na Unidade de Saúde da Família Bolívar José Santana de Canápolis (MG)



Fluxograma 1: desenho das ações desenvolvidas durante o primeiro ano de vida junto à UBSF. Fonte: autoral.

## 10 APÊNDICE B

Modelo de ficha de atendimento para primeira consulta em programa de puericultura da UBSF Bolívar José Santana. *Fonte: autoral.*

### PRIMEIRA CONSULTA EM PUERICULTURA UNIDADE BASICA DE SAÚDE BOLIVAR JOSÉ SANTANA

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### **ANAMNESE**

##### **Identificação**

Nome \_\_\_\_\_

Pai: \_\_\_\_\_

Mãe: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

##### **Antecedentes Pessoais**

- Pré-natal

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Parto

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Neonatal

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Doenças da infância

\_\_\_\_\_

- Alergias, acidentes, internações.

\_\_\_\_\_

**Antecedentes Nutricionais**

---

---

**Antecedentes Familiares**

---

---

**Desenvolvimento**

- Neuromotor

---

---

- Afetivo

---

---

- Cognitivo

---

---

**Condições socioambientais**

---

---

---

**Queixa e Duração (QD)**

---

---

---

**História progressiva da moléstia atual (HPMA)**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Interrogatório sobre os demais aparelhos (ISDA)**

---

---

---

---

---

---

**DNPM**

---

---

---

---

**Vacinação**

---

---

**Medicação**

---

---

**Alimentação**

---

---

---

---

---

---

## **EXAME FÍSICO**

### **Medidas**

comprimento: \_\_\_cm

peso: \_\_\_\_\_Kg

perímetro cefálico: \_\_\_\_\_cm

perímetro torácico: \_\_\_cm

perímetro abdominal: \_\_\_\_\_cm

temperatura \_\_°C

FC:\_\_\_bpm

FR: \_\_\_\_\_irpm

### **Inspeção geral**

---

---

---

### **Pele e anexos**

---

---

### **Cabeça e pescoço**

---

---

---

---

### **ACV**

---

---

---

### **AR**

---

---

### **Abdome**

---

---

---

### **Genitais e região anal**

---

---

---

**Osteomuscular**

---

---

---

---

**Neurológico**

---

---

---

---

**DIAGNÓSTICO**

**Imunização:** \_\_\_\_\_

**Alimentação:** \_\_\_\_\_

**DNPM:** \_\_\_\_\_

**DPE:** \_\_\_\_\_

**Conduta**

**:** \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

*Médico - CRM*