

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ATENÇÃO À CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA**

**NORMA MORAIS TRESINARI**

**CONTAGEM**

**2011**





**NORMA MORAIS TRESINARI**

**ATENÇÃO À CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Prof.Dr. Horácio Pereira de Faria

**Contagem**

**2011**

## **NORMA MORAIS TRESINARI**

### **ATENÇÃO À CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção de título de Especialista.

Orientador: Prof.Dr. Horácio Pereira de Faria

Banca Examinadora

Prof.----- orientador

Prof. -----

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Epígrafe

*"A criança é o pai do homem". São sábias palavras que fundamentam o cerne da atenção à criança: atuar positivamente da concepção à idade adulta vendo chegar a essa, um ser humano com pleno desenvolvimento de suas potencialidades, saudáveis e com melhores condições de colocar-se no mundo e, por que não dizer, mais realizado e feliz!*

*Wordsworth, poeta inglês do século XVIII*

# SUMÁRIO

	página
1. INTRODUÇÃO.....	5
2. OBJETIVOS.....	9
2.1. OBJETIVO GERAL.....	9
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS E MÉTODOS.....	9
3. DESENVOLVIMENTO.....	11
3.1. REVISÃO DA LITERATURA.....	11
3.2. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	16
3.2.1 ELENCO DE ATIVIDADES/RESPONSÁVEIS.....	16
3.3. PLANILHA DE MONITORAMENTO.....	24
3.4. MECANISMOS DE ACOMPANHAMENTO/AVALIAÇÃO.....	25
3.5. INDICADORES.....	27
4. DISCUSSÃO.....	29
5. CONCLUSÃO.....	30
6. REFERÊNCIAS.....	31
7. ANEXOS.....	34

## 1. INTRODUÇÃO

A atenção à saúde da criança representa um campo prioritário dentro da organização do cuidado à saúde da população e para que se desenvolva de forma mais efetiva e eficiente é necessário uma atuação sólida dos serviços de saúde.

No Brasil, várias medidas de atenção e proteção à criança têm sido instituídas. Em 1984, o Ministério da Saúde (MS) propôs estratégias de atenção à saúde da criança através do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), hoje Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Criança (NAISC), no qual a assistência à criança precisava ser uma ação multiprofissional (BRASIL, 1984)<sup>1</sup>. Este programa estabelecia como diretrizes prioritárias a execução de ações que favoreciam o acompanhamento do processo de crescimento e desenvolvimento da criança, incentivo ao aleitamento materno, cobertura vacinal e a diminuição da mortalidade infantil.

Procurando refletir experiências exitosas realizadas em outros países, é implantado no Brasil, em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF), com a proposta de modificar e expandir o acesso da população aos serviços de saúde, tornando-se a porta de entrada na atenção primária. Segundo o Ministério da Saúde (MS), *“trata-se de uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e a resolução dos problemas identificados”*(BRASIL, 1997)<sup>2</sup>.

Neste contexto, em 2004, o Ministério da Saúde (MS) apresenta a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral e Redução da Mortalidade Infantil, com o intuito de organizar uma rede integrada de assistência, através da linha de cuidado integral à saúde da criança, por meio da identificação de ações prioritárias, como a assistência que



contemple desde o primeiro atendimento, nas Unidades Saúde da Família (USF), até o nível mais complexo do cuidado (BRASIL, 2004)<sup>3</sup>.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990, em seu Título II, capítulo I, art. 7º, trata do Direito à Vida e à Saúde, salientando que “*A criança e o adolescente têm direito a proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência*”<sup>4</sup>.

Uma das importantes ações voltadas para a atenção à criança é a Puericultura. Tradicionalmente, a Puericultura é definida como o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, da gestação até a idade de 4 ou 5 anos de idade (BONILHA, 2005)<sup>5</sup>.

Segundo (RICCO *et al.*, 2005)<sup>6</sup>, o termo Puericultura foi utilizado pela primeira vez por Ballexserd, ao publicar na Suíça, em 1762, o seu livro "*Tratado de Puericultura*", abordando as questões gerais de higiene da criança. O termo foi retomado por Caron, que publicou na França, em 1865, o manual intitulado "*A Puericultura ou a ciência de elevar higienicamente e fisiologicamente as crianças*".

Ressaltava-se que o interesse de Caron surgiu da constatação empírica de que grande parte das crianças internadas nos hospitais de Paris, na sua época, poderia ter doenças e conseqüentemente internações evitadas, se as mães tivessem recebido instruções sobre como alimentar e cuidar corretamente de suas crianças. Surge então, a assertiva óbvia de que a Puericultura era fundamentalmente preventiva.

A meta e a tarefa da Puericultura estão voltadas principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atuando no sentido de manter a criança saudável, afastando, tanto quanto possível, todas as influências negativas sobre a criança e o

adolescente, mantendo-os eutróficos e hígidos, com desenvolvimento saudável e pleno de suas potencialidades, chegando à idade adulta com saúde e qualidade de vida.

Desta forma, cuidando da saúde das crianças, estaremos preventivamente cuidando da saúde do adulto. Esta constatação, já tinha sido expressa de maneira magistral em forma de poesia com o verso de Wordsworth, poeta inglês do século XVIII, que diz: "*A criança é o pai do homem*"<sup>6</sup>. São sábias palavras que conseguem fundamentar o cerne da Puericultura: atuar positivamente da concepção à idade adulta.

Os objetivos básicos da Puericultura contemplam a promoção da saúde da criança, prevenção de doenças e agravos, mais a educação em saúde. Para ser desenvolvida em sua plenitude, deve-se conhecer e compreender a criança em seu contexto familiar e social, além de suas relações e interações com o contexto socioeconômico, histórico, político e cultural em que está inserida.

O trabalho da equipe de saúde na puericultura deveria ser então, desempenhar seu papel com ações não apenas centrada na criança, mas com uma concepção epidemiológica e social, relacionando-as intimamente com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade.

Dentre os vários papéis desempenhados no trabalho de puericultura destacam-se o de orientação e educação em saúde, cujo trabalho se direciona as famílias, tendo, no entanto, um destaque especial em relação à mãe, pois esta seria sempre o melhor agente de saúde. Atuando na família, por ser esta o núcleo dos fatores ambientais e psicossociais, e na mãe, tendo fortalecido nesta o vínculo com a criança e mantendo sua auto-estima elevada, poderíamos assegurar melhores cuidados à criança. Citando o professor Eduardo Marcondes, 1999, poder-se-ia afirmar que "*O puericultor não atende crianças e sim, famílias*"<sup>6</sup>.

Diante da relevância do tema apresentado e da experiência profissional pessoal, adquirida ao longo de doze anos, de atuação na Atenção Básica, aos Programas de Puericultura, este trabalho pretende divulgar uma proposta de atendimento em Puericultura, em crianças menores de um ano de idade, que possa ser incorporado às atividades da Estratégia de Saúde da Família.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. OBJETIVO GERAL**

Desenvolver um Plano de Intervenção para reorganização do cuidado na atenção à criança no primeiro ano de vida, de forma a aumentar a efetividade e o nível de resolubilidade da assistência primária à criança na Estratégia da Saúde da Família.

### **2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**2.2.1.** Revisar a literatura a respeito do tema.

**MÉTODO:** Revisão bibliográfica nas bases de dados do SCIELO (Scientific Electronic Library Online) e o LILACS (Literatura Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), livros didáticos, documentos oficiais do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado da Saúde/MG, tais como, SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e o DATASUS. As terminologias utilizadas foram Mortalidade Infantil, Saúde da Criança e Programa Saúde da Família, em língua Portuguesa, nos últimos 20 anos. Realizado no período de junho de 2009.

**2.2.2.** Estabelecer um Plano de Intervenção para a sistematização da atenção integral à saúde da criança no primeiro ano de vida, contemplando a distribuição de responsabilidades e atribuições para cada membro da Equipe de Saúde da Família e os mecanismos de monitoramento e avaliação das ações.

**MÉTODO:** A partir da revisão da literatura, das linhas guias da SES/MG e MS, das orientações da Coordenação de Saúde da Criança do Município de Contagem e da experiência acumulada pela ESF Estrela Dalva será elaborado um Plano de Intervenção contemplando ações e atribuições a todos os membros da Equipe de Saúde.

### **3. DESENVOLVIMENTO**

#### **3.1. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**

As estatísticas de mortalidade representam, de modo geral, uma importante fonte de informações epidemiológicas. Entre os diversos índices, a taxa de mortalidade infantil é um dos indicadores mais empregados para a avaliação das condições de vida da população. Entende-se o óbito infantil como evento indesejável cujos determinantes encontram-se, em sua maioria, fortemente atrelados à estrutura social e econômica do país.

(FORMIGLI *et al.*, 1996)<sup>9</sup>, em seu estudo sobre a avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis, no Município de Salvador, no ano 1991, relata que nas últimas décadas verificou-se uma importante queda nos índices de mortalidade infantil em todo o mundo, sem uma significativa melhora da qualidade de vida. Sendo que, a taxa de mortalidade infantil continua a refletir as marcantes disparidades entre os países desenvolvidos e os em desenvolvimento.

O Brasil, apesar das taxas decrescentes, ainda conta com níveis alarmantes e eticamente inaceitáveis de mortalidade infantil. Vários estudos<sup>9,10,11</sup> têm apontado a importância de intervenções múltiplas na redução da mortalidade infantil em todo o mundo, com destaque especial para as ações dos serviços de saúde e a atenção primária.

A mortalidade infantil ainda representa um grande desafio para a saúde pública em Minas Gerais e no Brasil. (FRANÇA *et al.*, 2001)<sup>10</sup>, em seu artigo sobre associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em Região Metropolitana de Belo Horizonte, no ano de 1991, relata que a mortalidade pós-neonatal era cerca de 16,5 por 1000 nascidos vivos em 1990, ou seja,

ainda muito elevada em relação aos países desenvolvidos ou mesmo em relação a alguns países vizinhos da América Latina. Conhecer melhor os determinantes do óbito infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição representa uma possibilidade maior de intervenção precoce sobre esses óbitos.

Este grupamento de causas, o complexo desnutrição-diarreia-pneumonia, na determinação do óbito infantil, remete à idéia da evitabilidade. O conceito de morte infantil "evitável" não é recente e implica na disponibilidade de serviços de saúde eficazes e de boa qualidade. *Assume-se que serviços de saúde, em seus diversos níveis, ainda que não sejam capazes de interferir completamente no processo de causalidade da doença, deveriam ser aptos a reconhecê-la e tratá-la adequadamente* (MARTELLI, 1995)<sup>11</sup>. Antecipar a participação ativa dos serviços de saúde na prevenção desse grupamento de causas, o complexo desnutrição-diarreia-pneumonia, representa, antes de tudo, um compromisso ético da Equipe de Saúde da Família com a puericultura, na sua mais ampla definição.

Segundo o Manual de Comitês de Prevenção do Óbito Infantil e fetal (BRASIL, 2004)<sup>12</sup>, a mortalidade neonatal (0 a 27 dias de vida) passou a ser o principal componente da mortalidade infantil em termos proporcionais a partir da década de 90, e, diferentemente do observado para a mortalidade pós-neonatal, vem se mantendo estabilizada em níveis elevados. As afecções perinatais respondem por mais da metade das mortes infantis. No Brasil em cada 100.000 nascidos vivos ocorrem 74,5 mortes de mulheres e 18,3 mortes de crianças nos primeiros 28 dias de vida, decorrentes de complicações na gestação, no parto e no puerpério.

No ano de 2005, foram 26.415 óbitos, entre zero e 6 dias de vida completos, em todo o Brasil, sendo 27 óbitos no Município de Contagem. Em relação à faixa etária de 7 a 27 dias completos de vida, foram 7.967 óbitos em todo o território nacional, para o

mesmo ano, sendo 8 óbitos em Contagem (DATASUS, 2005)<sup>13</sup>. Este componente adquire uma importância sem precedentes, pois as ações necessárias para o seu controle são ainda pouco sistematizadas e incipientes no âmbito nacional, demandando uma mobilização e priorização na agenda para todos os gestores de saúde.

(CALDEIRA *et al.*, 2002)<sup>14</sup>, ao focar, em seu artigo, sobre óbitos pós-neonatais evitáveis de ocorrência domiciliar, na Região Metropolitana de Belo Horizonte, entre maio de 1991 e abril de 1992, remete a um amplo questionamento sobre a acessibilidade dos serviços de saúde e a qualidade da assistência à saúde da criança. Dos 396 óbitos analisados, 34,3% eram de ocorrência domiciliar. A média de idade era de 5,1 meses, e as causas identificadas dos óbitos foram pneumonia com 59,6%, seguindo-se a desnutrição com 22,8% e as diarreias com 17,6%. Os resultados também indicaram que as crianças que faleceram prematuramente tiveram proporção elevada de mães que não chegaram a realizar um número mínimo de consultas pré-natais, o que reforça a questão do acesso. Uma proporção elevada de crianças nascidas de baixo peso alertou também para uma qualidade deficiente de atendimento pré-natal. Ressalta, ainda, que a acessibilidade não implica apenas na disponibilidade geográfica dos serviços, mas o fato de que os serviços sejam utilizados por quem realmente necessite. Implícito no conceito de acesso está também à aceitabilidade dos serviços, o que depende da valorização por parte do usuário. A observação de que os serviços mais procurados pelas famílias foram unidades de Pronto Atendimento, traduz a percepção de maior resolutividade destes serviços e/ou uma baixa credibilidade das unidades básicas de saúde.

(MONTEIRO and SCHMITZ, 2004)<sup>15</sup>, relataram no artigo sobre as principais causas básicas de mortalidade infantil no Distrito Federal no ano de 1999 a 2000, um dos menores coeficientes de mortalidade infantil do país. Observaram-se uma redução



na taxa de mortalidade por afecções perinatais, passando de 12,9 a 7,9% nascidos vivos. Porém, a proporção de óbitos por essa causa no total de óbitos em menores de um ano aumentou, provavelmente devido ao decréscimo de mortes por outras causas, principalmente por doenças infecto-parasitárias. A redução na proporção dos óbitos por doenças infecto-parasitárias no total de óbitos ocorridos no primeiro ano de vida foi de 72,8%, passando a representar, em 2000, a quarta principal causa de morte entre as crianças menores de um ano de vida. Quando correlacionados fatores que pudessem estar influenciando a redução da mortalidade pós-neonatal, observaram que houve ampliação do Programa Saúde da Família e dos Agentes Comunitários de saúde, responsáveis por ações básicas de prevenção e promoção da saúde. Além disso, deve-se destacar a ampla cobertura vacinal, evidenciado pela ausência de óbitos redutíveis por imunoprevenção, no ano de 2000. Ocorreu também, no Distrito Federal, aumento na prevalência de aleitamento materno e na mediana de aleitamento materno exclusivo, principalmente nas cidades de menor renda familiar. Estas condições influenciaram diretamente na redução da morbimortalidade por doenças prevalentes no período pós-neonatal.

(CHEREM *et al.*, 2008)<sup>16</sup>, registraram no artigo sobre as principais causas de óbitos infantis pós-neonatais em Belo Horizonte, 1996 a 2004, uma redução de 50% nas taxas de mortalidade infantil, que passou de 26,6 para 13,3/1000 nascido-vivos (NV), tanto a taxa de mortalidade neonatal quanto a pós-neonatal também caíram pela metade, de 18,0 para 9,0/1000 NV e de 8,6 para 4,3/1000 NV, no mesmo período. Atribui-se que esta redução tenha ocorrido, em parte, pelas ações desenvolvidas desde 1994 pela Secretaria de Saúde do Município, através do Projeto Vida, com reorganização da assistência à gestante e à criança, que incluiu o acompanhamento dos recém-nascidos com maior risco de óbito. A queda da mortalidade pós-neonatal foi atribuída à grande

redução da mortalidade por causas respiratórias e infecciosas. Dentre as doenças respiratórias, a taxa de mortalidade por pneumonia sofreu importante queda, provavelmente devido à melhoria do acesso aos serviços de saúde, manejo adequado dos casos e implantação da vacina contra *Haemophilus influenzae* na rede pública de saúde. As taxas de mortalidade por asma, mal asmático e bronquiolite também sofreram reduções significativas, possivelmente em decorrência das ações do Programa de Atenção à Criança que Chia, desde 1996. As diarreias sofreram expressiva queda, passando de segunda para quarta causa de óbitos pós-neonatal, o que pode ser explicado por intervenções ambientais, pela utilização da terapia de reidratação oral e por ações preventivas, como o incentivo ao aleitamento materno.

(RONCALLI and LIMA, 2006)<sup>17</sup>, no artigo sobre impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil, não se observaram diferenças significativas entre os resultados de áreas cobertas e não cobertas pelo PSF, destacando-se apenas a redução na taxa de internação por diarreia em menores de cinco anos. Em relação a esta, a redução significativa se deu a expensas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, não trazendo o PSF efeito adicional sobre a redução do indicador. Além dos óbitos por diarreia, foram considerada cobertura de vacinação para DPT em menores de um ano, taxa de internação por IRA em menores de 5 anos e baixo peso ao nascer. Pôde-se observar, também, que o modo como o programa é implementado em cada município influencia diretamente nos resultados, desta forma não há subsídios claros para decretar o PSF “per si” pouco resolutivo e sem diferencial em seus padrões de assistência primária à saúde. Torna-se, portanto, necessário levar em conta a análise do contexto da implantação e condução de cada PSF.

### **3.2. PLANO DE INTERVENÇÃO**

O Plano de Intervenção propõe a elaboração de um protocolo de cuidado baseado em problemas (SANTANA *org.*, 2000)<sup>18</sup>, propiciando a reorientação da prática e buscando indicadores que garantam a qualidade da atenção integral à criança. Tendo como objetivos principais:

- Diagnosticar e tratar doenças e agravos que possam interferir no pleno desenvolvimento da criança, evitando internações e óbitos desnecessários
- Desenvolver medidas preventivas para reduzir situações de risco à saúde da criança
- Promover iniciativas de educação em saúde, visando melhorias no cuidado à criança

#### **3.2.1. ELENCO DE ATIVIDADES/RESPONSÁVEIS**

##### **3.2.1.1. VISITA DOMICILAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE**

De acordo com o Plano de Organização do Cuidado, o acompanhamento da criança terá início ao nascimento, com a identificação do recém-nascido (RN) de risco ao nascer, a partir da visita domiciliar do ACS nas primeiras 24-48 horas da alta hospitalar. Esta identificação deverá compreender:

- Identificar RN de baixo peso ao nascer (menor que 2.500g)
- Identificar RN que ficaram internados por intercorrências após o nascimento
- Identificar RN com história de morte de criança < 5 anos na família
- Identificar RN de mãe HIV positiva

- Identificar RN de mãe adolescente (< 16 anos)
- Identificar RN manifestamente indesejado
- Identificar RN de mãe portadora de deficiência mental, distúrbio psiquiátrico ou drogadição que impeça o cuidado da criança
- Identificar RN com família residente em área de risco
- Identificar RN de mãe analfabeta
- Identificar RN de família sem fonte de renda
- Avaliar as condições gerais da criança, do domicílio e do meio ambiente que geram agravos à saúde
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida
- Garantir o cumprimento do calendário de vacinação
- Fortalecer os elos entre a família e os serviços de saúde

Caso o ACS, em sua visita domiciliar, identificar situações de risco ao recém-nascido deverá ser acionado a Enfermeira e/ou Médico da equipe.

### **3.2.1.2. AVALIAÇÃO DA ENFERMEIRA**

A atenção ao recém-nascido (RN) e à puérpera no pós-parto imediato e nas primeiras semanas é fundamental para a saúde neonatal. A Enfermeira e o Serviço de Saúde devem estar preparados para instituir todo o cuidado previsto para a “*Primeira Semana de Saúde Integral*”:

- Verificar a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, providenciar abertura imediata da mesma

- Realizar o Teste do Pezinho no domicílio da criança, com posterior registro do resultado na Caderneta da Criança
- Verificar se foram aplicadas, na maternidade, as vacinas BCG e de Hepatite B. Caso não tenham sido, aplicá-las na unidade e registrá-las no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança
- Verificar se a Caderneta da Criança está preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, procurar verificar se há alguma informação sobre o peso, comprimento, apgar, idade gestacional e condições de alta de vitalidade
- Verificar as condições de alta da maternidade da mulher e do RN
- Observar e orientar a mamada reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, não havendo necessidade de oferecer água, chá ou qualquer outro alimento
- Examinar as mamas verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultam a amamentação
- Em caso de ingurgitamento mamário, orientar quanto à ordenha manual, armazenamento e doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano
- Observar a criança no geral: postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aceitação do leite materno, característica da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), condições do coto umbilical, genitália e coluna vertebral
- Indagar sobre alimentação, sono e atividades da puérpera
- Avaliar estado geral da mãe: dados vitais, pele, mucosas presença de edema, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração; cesárea) e membros inferiores

- Examinar o abdômen verificando involução uterina, dor à palpação
- Examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios, presença de sangramento intenso, corrimento com odor fétido), indagar sobre febre e queixas urinárias
- Oferecer teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto
- Prescrever suplementação de ferro
- Agendamento das consultas que deverão ocorrer na Unidade de Saúde, de acordo com o calendário previsto para o seguimento da criança no primeiro ano de vida
- Agendamento da consulta de puerpério até 40 dias após o parto
- Registrar as ações e as informações no prontuário médico do paciente

Caso seja detectada alguma alteração, durante visita domiciliar, pela Enfermeira, deverá ser solicitado avaliação médica, antecipando a data da primeira consulta na Unidade de Saúde.

A Avaliação da criança no 2º mês, 6º mês e 12º mês, será através de consulta individual da Enfermeira na Unidade de Saúde. Deverão ser contempladas as seguintes ações:

- Avaliar o estado de saúde da mãe e da criança
- Avaliar e orientar os cuidados básicos com a criança
- Avaliar interação da mãe com a criança
- Indagar sobre a frequência das mamadas, dificuldades na amamentação, satisfação da criança com as mamadas, condições das mamas

- Orientar cuidados com as mamas, reforçando aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida da criança
- Orientar e apoiar a família para a amamentação
- Orientar alimentação complementar a partir do 6º mês de vida da criança
- Indicar a profilaxia e o tratamento da anemia ferropriva
- Avaliar a acuidade visual e auditiva e referenciar precocemente ao especialista
- Avaliar a saúde bucal e orientar sobre higiene oral
- Avaliar a curva de crescimento pelos parâmetros antropométricos do Cartão da Criança
- Avaliar o estado nutricional da criança
- Observar e orientar o desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança
- Orientar sobre os riscos e as formas de prevenção de acidentes
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las
- Orientar o planejamento familiar

### **3.2.1.3. AVALIAÇÃO DA TÉCNICA DE ENFERMAGEM**

Entre o 10º e o 15º dia de vida, será realizada a avaliação das condições de saúde da mulher e do recém-nascido, com investigação e registro da amamentação e realização de ações educativas:

- Pesagem do RN para avaliação e acompanhamento do ganho ponderal
- Observar presença de icterícia e condições do coto umbilical
- Orientar cuidados com o recém-nascido e o aleitamento materno exclusivo
- Observar condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento de necessidades básicas)

- Retirada de pontos cirúrgicos, parto cesárea
- Observar presença de sinais de infecção na cicatriz cirúrgica
- Orientar direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas)
- Orientar atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids
- Orientar sobre planejamento familiar e informar sobre os métodos contraceptivos que podem ser utilizados no pós-parto
- Orientar vacinas, dupla tipo adulto e rubéola, se necessário
- Apresentação do calendário mínimo de consultas para assistência à criança no primeiro ano de vida, anexo 1

#### **3.2.1.4 CONSULTA MÉDICA**

A consulta médica individual da criança no 30º dia, 4º mês e 9º mês, deverá ser tratada como uma oportunidade para a análise integrada de sua saúde, com condução de possíveis intercorrências e para ação resolutiva de promoção de saúde, com forte caráter educativo:

- Verificar o cartão de pré-natal e indagar à puérpera sobre: condições da gestação, do atendimento ao parto e ao recém-nascido, dados do parto (data; tipo de parto; se cesárea, qual a indicação)
- Indagar sobre intercorrências na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh)
- Verificar se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV durante a gestação e/ou parto
- Observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola com aplicação do "Formulário de Observação da Mamada", anexo 2



- Observar condições psicoemocionais da puérpera (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga)
- Observar a formação do vínculo mãe e filho
- Verificar a situação vacinal da mãe e do recém-nascido dando as orientações necessárias
- Orientar a alimentação complementar a partir do 6º mês de vida
- Indicar a profilaxia e o tratamento da anemia ferropriva
- Avaliar a curva de crescimento pelos parâmetros antropométricos do Cartão da Criança
- Avaliar o estado nutricional da criança
- Observar e orientar o desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança
- Avaliar a acuidade visual e auditiva e referenciar precocemente ao especialista
- Avaliar a saúde bucal e orientar sobre higiene oral
- Exame clínico da criança
- Reconhecer e tratar as intercorrências patológicas e eventos importantes para a saúde da criança
- Registrar as ações e as informações no prontuário médico do paciente

### **3.2.1.5. ATIVIDADES DE GRUPO EDUCATIVO**

As atividades de grupo educativo serão coordenadas pela Enfermeira da Equipe. A escolha dos temas e da metodologia levou em consideração as peculiaridades do crescimento e desenvolvimento do 3º mês e 7º mês. Ao final das atividades, deverão ser tomadas as medidas antropométricas das crianças participantes. Temas sugeridos:

- Aleitamento materno

- Higiene corporal da criança
- Saúde bucal
- Banho de sol
- Desenvolvimento neuropsicomotor
- Alimentação complementar
- Anemia ferropriva
- Diarréias
- Febre e IVAS
- Criança que chia

### 3.3. PLANILHA DE MONITORAMENTO

No sentido de acompanhar e monitorizar o Plano de Intervenção na organização do cuidado à saúde da criança no primeiro anos de vida, e na busca de resultados que garantam a qualidade dos serviços prestados, elaborou-se a seguinte planilha:

**PLANILHA 1: ATENÇÃO À CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA - PLANILHA DE MONITORAMENTO**

Indicadores	Momento atual		Em seis meses		Em 12 meses	
	Número	%	Número	%	Número	%
População menor de 1 ano						
Crianças na puericultura						
Crianças com vacinação em dia						
Crianças que participam de grupo operativo						
Crianças em aleitamento materno exclusivo primeiros 6 meses						
Crianças com atraso no DNPM*						
Crianças com desnutrição						
Crianças internadas						
Óbitos neonatais						
Óbitos infantis						

\*DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

### **3.4. MECANISMOS DE ACOMPANHAMENTO/AVALIAÇÃO**

Os mecanismos de acompanhamento utilizam tecnologias que permitem acompanhar, avaliar e reorientar as ações de saúde que incidem sobre os problemas identificados. São elas:

- Investigação de todos os recém-nascidos que não tenham sido registrados pela equipe
- Investigação de todos os recém-nascidos encaminhados pelo agente comunitário de saúde (ACS) e que não tenha sido atendido pela equipe
- Investigação de todas as gestantes encaminhadas pelo ACS e que não tenha sido atendida pela equipe
- Investigação de todos os óbitos e de todos os casos de internação hospitalar de mulheres no período peri-natal e de recém-nascidos
- Checar a efetividade do atendimento prestado pela equipe através dos indicadores de saúde
- Checar a exclusividade ou a predominância do aleitamento materno até o 6º mês de vida
- Checar a adesão ao pré-natal e o número mínimo de seis consultas na unidade
- Checar a adesão a puericultura e o número mínimo de seis consultadas na unidade no primeiro ano de vida
- Checar a adoção das recomendações, caso a caso
- Verificar o grau de informação das pessoas sobre as orientações prestadas pela equipe, durante as visitas domiciliares, os atendimentos na unidade de saúde e os trabalhos em grupo

- Checar a atualização de registros nos mapas das áreas de atuação de todos os ACS
- Conferir o surgimento e a evolução de iniciativas, ações e projetos para a melhoria dos serviços prestados através da planilha de monitoramento e avaliação

### 3.5. INDICADORES

A avaliação da atenção à criança no primeiro ano de vida deverá ser monitorizada sistematicamente por meio de indicadores de processo, de resultado e de impacto. A interpretação destes indicadores é importante instrumento para a organização da assistência.

- (1) 
$$\frac{\text{Recém-nascidos acompanhados pela equipe}}{\text{Total de nascidos vivos na área de abrangência}}$$
  
- (2) 
$$\frac{\text{Mulheres em acompanhamento pré-natal pela equipe}}{\text{Total de gestantes cadastradas pelo ACS}}$$
  
- (3) 
$$\frac{\text{Menores de 6 meses com desmame precoce}}{\text{Total de menores de 6 meses}}$$
  
- (4) 
$$\frac{\text{Número de óbitos de 0 a 6 dias completos de vida}}{\text{Número de nascidos vivos}}$$

(Taxa de mortalidade neonatal precoce)
  
- (5) 
$$\frac{\text{Número de óbitos de 7 a 27 dias completos de vida}}{\text{Número de nascidos vivos}}$$

(Taxa de mortalidade neonatal tardia)
  
- (6) 
$$\frac{\text{Número de óbitos de 0 a 27 dias completos de vida}}{\text{Número de nascidos vivos}}$$

(Taxa de mortalidade neonatal)

(8) Número de óbitos maternos (gravidez, parto ou aborto)  
Número de gestantes

(9) Número de óbitos maternos (puerpério até 42 dias)  
Número de gestantes

## 4. DISCUSSÃO

Frente à literatura apresentada, parece incontestável a necessidade de reorganização das práticas de saúde de modo geral, com ênfase na credibilidade, resolutividade e aceitabilidade dos serviços de cuidados primários. Vários estudos destacaram a necessidade de avaliações estruturais, administrativas e qualitativas nos serviços de saúde oferecidos na atenção à criança no primeiro ano de vida, a partir da análise das condições do óbito infantil.

A literatura<sup>19,20,21,22</sup> também nos remete que os óbitos precoces de crianças estão relacionados às condições do acompanhamento pré-natal, da atenção ao parto e puerpério. Isto reforça, entre outras coisas, a importância de uma adequada organização do cuidado com a criança menor de um ano de idade, particularmente nos seus primeiros dias de vida.

Para tanto, seria fundamental um trabalho bem articulado de toda equipe de atenção básica, garantindo o acesso das crianças ao serviço de saúde, o diagnóstico precoce das situações de risco e vulnerabilidade e a referência para outros níveis de atenção, a partir da construção, em equipe, de um plano de intervenção.

A equipe deveria, também, ter um compromisso permanente com a atenção integral à saúde da criança, refletindo continuamente sobre o processo de trabalho, o processo saúde e doença da área adstrita e o cuidado em saúde.

O monitoramento das ações implementadas e a avaliação sistemática dos resultados seriam fundamentais para garantir a qualidade do cuidado prestado em todos os níveis de assistência à saúde da criança e o alcance dos objetivos propostos.



## 5. CONCLUSÃO

A atenção à criança, entendida no seu sentido mais amplo deve, a rigor, ser ampliada para a gestação, no acompanhamento pré-natal, ou até mesmo antes da concepção, no aconselhamento genético. Durante a gestação o feto cresce rapidamente e apresenta necessidades prioritárias não somente nutricionais e de abrigo para o seu desenvolvimento, mas também, considera-se que o feto já é um ser sensível, com emoções e memória, sendo o seu comportamento influenciado por percepções e, portando, sujeito a traumas biológicos e psíquicos.

Esta área representa uma legítima atuação para a equipe de saúde da família que deve atender a gestante com enfoque sobre a criança e as condições ambientais, a fim de garanti-lhe desenvolvimento saudável e pleno.

A propósito, podemos recordar o verso do poeta inglês W. Wordsworth (1770-1850) “*A criança é o pai do homem*”, que consegue aquilatar a importância de um programa de Puericultura, desde o nascimento (ou até mesmo antes dele), na projeção do adulto saudável e feliz, pleno de suas potencialidades e cidadania.

Fica evidente que a atenção integral à saúde da criança no primeiro ano de vida, e dentro dela a prática da Puericultura, tem como carro-chefe o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pois que, se a criança cresce e se desenvolve harmonicamente, podemos inferir seu satisfatório estado de saúde, nutrição e qualidade de vida. Privações de qualquer natureza, na esfera biopsicossocial, desde a sua concepção, repercutem sobre seu crescimento e desenvolvimento, e conseqüentemente na vida adulta.

## 6. REFERÊNCIAS

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Criança: ações básicas*. Brasília: MS, 1984.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do cuidado*. Brasília: MS, 1997.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil*. Brasília: MS, 2004.
- 4- BRASIL. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, Lei de Nº 8.069, de 30 de julho de 1990.
- 5- BONILHA, L. R. C. M.; RIVORÊDO, C. R. S. F. *Puericultura: duas concepções distintas*. *Jornal de Pediatria*, Rio de Janeiro, 81 (1): 7-13, 2005.
- 6- RICCO, R.G.; ALMEIDA, C. A. N.; DEL CIAMPO, L. A. *Temas de Pediatria*. Nestlé Nutrição Infantil, número 80 - 2005.
- 7- MARCONDES, E. et al. *Pediatria na atenção primária*. 1ª ed. São Paulo: Editora Savier, 1999.
- 8- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Saúde da criança. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Cadernos de atenção básica, nº11. Brasília, 2002.
- 9- FORMIGLI V. L. A. et al. *Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis*. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12 (2): 533-541, 1996.
- 10- FRANÇA, E. et al. *Associação entre fatores sócio-econômicos e mortalidade infantil por diarreia, pneumonia e desnutrição em região metropolitana do Sudeste do Brasil: um estudo caso-controle*. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17 (6): 1437-1447, Nov/Dec., 2001.

- 11- MARTELLI, C. M. T. *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11 (1): 154-157, Jan./Mar., 1995.
- 12- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Manual dos Comitês de Prevenção de Óbito Infantil e Fetal*. Brasília: 2004.
- 13- BRASIL. Ministério da Saúde, 2005. <http://www.datasus.com.br/>.
- 14- CALDEIRA, A. P. et al. *Mortalidade infantil pós-neonatal evitável: o que revelam os óbitos em domicílio*. Revista Brasileira Saúde Materno-infantil, Recife, 2 (3): 263-274, Set./Dez., 2002.
- 15- MONTEIRO, R. A.; SCHMITZ, B. A. S. *Principais causas básicas da mortalidade infantil no Distrito Federal, Brasil: 1999 a 2000*. Revista Brasileira Saúde Materno-infantil, Recife, 4 (4): 413-421, Out./Dez., 2004.
- 16- CHEREM ALVES, A. et al. *Principais causas de óbitos infantis pós-neonatais em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1996 a 2004*. Revista Brasileira Saúde Materno-infantil, Recife, 8 (1): 27-33, Jan./Mar., 2008.
- 17- RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. *Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 11 (3): 713-724, Jul./Set., 2006.
- 18- SANTANA, J. P. (org). *Organização do Cuidado a partir de Problemas: uma alternativa metodológica para a atuação da equipe de saúde da família*. Organização Pan-Americana da Saúde/Representação do Brasil, Brasília, Out., 2000.
- 19- MORAIS NETO, O. L.; BARROS M. B. A. *Fatores de risco para mortalidade neonatal e pós-neonatal na Região Centro-Oeste do Brasil: linkage entre bancos de dados de nascidos vivos e óbitos infantis*. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (2): 477-485, Abr./Jun., 2000.
- 20- FRIAS, G. P. et al. *Vigilância de óbitos infantis como indicador da efetividade do sistema de saúde – estudo em um município do Nordeste do brasileiro*. Jornal de Pediatria, Porto Alegre, 78 (6): 509-516, Nov./Dec., 2002.

21- DUCHIADE, M. P.; CARVALHO M. L.; LEAL M. C. *As mortes “em domicílio” de menores de um ano na região metropolitana do Rio de Janeiro em 1986 – um “evento-sentinela” na avaliação dos serviços de saúde.* Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 5 (3): 251-263, Jul./Set., 1989.

22- CALDEIRA, A. P. et al. *Mortalidade infantil pós-neonatal e qualidade da assistência médica: um estudo caso-controle.* Jornal de Pediatria, Porto Alegre, 77 (6): 461-468, Nov./Dec., 2001.

23- LANSKY, S. *A gestão da qualidade e da integralidade do cuidado em saúde da mulher e da criança no SUS de Belo Horizonte: a experiência da Comissão Perinatal.* Divulgação em Saúde para Debate, Rio de Janeiro, 36: 10-17, Ago., 2006.

24- LEÃO, E. et al. *Pediatria ambulatorial.* 4ª ed. Belo Horizonte: Cooperativa Médica Editora, 2005; p. 1060.

25- PERNETTA, C. *Alimentação da criança.* 8ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1988.

## 7. ANEXOS

### ANEXO 1: CALENDÁRIO PARA A ATENÇÃO À CRIANÇA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

<b>Data</b>	<b>Local</b>	<b>Ações</b>	<b>Responsável</b>
24-48 horas	Domicílio	Identificação do RN de Risco	Agente Comunitário
5º dia	Domicílio/USF	Ações do 5º dia	Enfermeira
10º-15º dia	USF	Avaliação na unidade	Aux. de enfermagem
30 dias	USF	Avaliação cresc./desenv.	Médica
2º mês	USF	Avaliação cresc./desenv.	Enfermeira
3º mês	Comunidade	Atividade de grupo educativo	Equipe
4º mês	USF	Avaliação cresc./desenv.	Médica
5º mês	Domicílio	Verificação das condições gerais	Agente Comunitário
6º mês	USF	Avaliação cresc./desenv.	Enfermeira
7º mês	Comunidade	Atividade de grupo educativo	Equipe
8º mês	Domicílio	Verificação das condições gerais	Agente Comunitário
9º mês	USF	Avaliação cresc./desenv	Médica
10º-11º dia	Domicílio	Verificação das condições gerais	Agente Comunitário
12º mês	USF	Avaliação cresc./desenv.	Enfermeira

**ANEXO 2: FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA**

<b>FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO DA MAMADA</b>	
Nome da mãe _____	Data _____
Nome do bebê _____	Idade do bebê _____
<b>Sinais de que a amamentação vai bem:</b>	<b>Sinais de possível dificuldade:</b>
<b>SEÇÃO A</b>	
<b>Observação geral mãe</b>	<b>mãe</b>
Mãe parece saudável	Mãe parece doente ou deprimida
Mãe relaxada e confortável	Mãe parece tensa e desconfortável
Mamas parecem saudáveis	Mamas parecem avermelhadas, inchadas ou doloridas
Mama bem apoiada, com os dedos fora da aréola	Mama segurada com dedos na aréola
<b>Bebê</b>	<b>Bebê</b>
Bebê parece saudável	Bebê parece sonolento ou doente
Bebê calmo e relaxado	Bebê inquieto ou chorando
Sinais de vínculo entre a mãe e o bebê	Sem contato visual mãe/bebê, apoio frágil
O bebê busca ou alcança a mama se está com fome	O bebê não busca, nem alcança
<b>SEÇÃO B</b>	
<b>Posição do bebê</b>	<b>Posição do bebê</b>
A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados	Pescoço e a cabeça do bebê girados para mamar
Bebê seguro próximo ao corpo da mãe	Bebê não é seguro próximo
Bebê de frente para a mama, nariz para o mamilo	O queixo e lábio inferior do bebê opostos ao mamilo
Bebê apoiado	Bebê não apoiado
<b>SEÇÃO C</b>	
<b>Pega</b>	<b>Pega</b>
Mais aréola é vista acima do lábio superior do bebê	Mais aréola é vista abaixo do lábio inferior
A boca do bebê está bem aberta	A boca do bebê não está bem aberta
O lábio inferior está virado para fora	Lábios voltados para frente ou virados para dentro
O queixo do bebê toca a mama	O queixo do bebê não toca a mama

<b>SEÇÃO D</b>	
<b>Sucção</b>	<b>Sucção</b>
Sucções lentas e profundas com pausas	Sucções rápidas e superficiais
Bebê solta a mama quando termina	Mãe tira o bebê da mama
Mãe percebe sinais do reflexo da oxitocina	Sinais do reflexo da oxitocina não percebidos
Mamas parecem mais leves após a mamada	Mamas parecem duras e brilhantes