

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SIMONE REIS DE OLIVEIRA

**ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS DESPROVIDAS DE ATENÇÃO À SAÚDE:  
UMA PROPOSTA BASEADA NA REDE MÃE PARANAENSE**

FOZ DO IGUAÇU  
2013

SIMONE REIS DE OLIVEIRA

**ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS DESPROVIDAS DE ATENÇÃO À SAÚDE:  
UMA PROPOSTA BASEADA NA REDE MÃE PARANAENSE**

Projeto Técnico apresentado ao Departamento de Administração Geral e Aplicada do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão Saúde.

Orientadora: Profa. Doutora Márcia Helena de Souza Freire.

FOZ DO IGUAÇU  
2013

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por ter me dado força para superar as dificuldades e situações difíceis que encontrei durante o seguimento do curso.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração, que oportunizaram vislumbrar este grande horizonte na gestão em saúde.

A minha orientadora Márcia Freire, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas correções do projeto e incentivos.

Ao tutor Maurício Takahashi, pelo apoio nos momentos difíceis e confiança.

E a todos que direta ou indiretamente estiveram comigo, dispensando paciência e incentivo para conclusão desta especialização.

“Tudo posso naquele que me fortalece”  
(Filipenses 4:13).

## RESUMO

O projeto visa oportunizar o cuidado integral às crianças menores de dois anos, que não comparecem à Unidade Básica de Saúde, e residem em áreas que não dispõem do acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e nem da busca ativa. Não havendo visita domiciliar deste profissional, as crianças pertencentes a estas regiões se perdem, e de nada adianta um grande esforço para a sobrevivência dos recém-nascidos, sem continuidade da atenção ao desenvolvimento de cada uma dessas crianças. Observou-se por intermédio das declarações de nascidos vivos (DNV), dos apazamentos de vacina, e dos prontuários das crianças que freqüentaram alguma vez a unidade de saúde, uma problemática: a grande proporção de crianças faltosas que não realizam adequado acompanhamento de saúde. Tal situação tende a vulnerabilizar ainda mais a saúde destas crianças, e por isso a necessidade de desencadear ações estratégicas específicas, para que sejam evitados agravos por ausência do cuidado, e sobretudo a morte na infância. Esta realidade pode ser melhorada com a equipe de saúde sensibilizada e envolvida nas atividades de prevenção, promoção e assistência; estabelecendo vínculo com a família, estimulando a responsabilidade contínua e conjunta (serviço e família) na atenção à criança. A atuação será predominantemente na estratificação de riscos, orientações, realização de consultas de puericultura no domicílio (a avaliação do peso, estatura, desenvolvimento neuro-psicomotor, estado nutricional) e realização da imunização. Os impactos previsto com a implantação desta proposta é alcançar cobertura vacinal elevada, homogênea e efetiva, qualidade do atendimento à criança com manejo adequado dos problemas diagnosticados, e também, aumentar o nível de informação da mãe e/ou responsável pela criança, gerando a promoção à saúde e a prevenção de doenças.

Palavras-chave: Saúde da Criança; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem de Atenção Primária.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Tabela 1 -** Critérios a serem utilizados para estratificação de risco das crianças, segundo a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, Curitiba, 2012.....15
- Tabela 2 -** Atividades a serem realizadas pela equipe durante atendimento das crianças, conforme preconiza a Rede Cegonha e o Caderno de Atenção Básica a Saúde da Criança, 2012.....16
- Tabela 3 -** Fatores de risco e investigação de alterações específicas em crianças menores de dois meses de idade, conforme prevê o AIDPI, 2012.....16

## **LISTA DE SIGLAS**

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância

APS – Atenção Primária à Saúde

DNV – Declaração de Nascido Vivo

IMC Índice de Massa Corporal

IPeA – Instituto de Pesquisa Aplicada

LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RNs – Recém-Nascidos

SciELO – Scientific Eletronic Library Online

SPI – Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégico

SUS – Sistema Único de Saúde

UAP – Unidade de Atenção Primária

UBS – Unidade Básica de Saúde

USF – Unidade Saúde da Família

UTIs – Unidades de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
1.1 APRESENTAÇÃO/PROBLEMÁTICA.....	1
1.2 OBJETIVO GERAL DO TRABALHO .....	2
1.3 JUSTIFICATIVAS DO OBJETIVO .....	3
<b>2. REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA</b> .....	<b>6</b>
<b>3. METODOLOGIA</b> .....	<b>11</b>
<b>4. A ORGANIZAÇÃO</b> .....	<b>12</b>
4.1 DESCRIÇÃO GERAL:.....	12
4.2 - DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	13
<b>5. PROPOSTA</b> .....	<b>15</b>
5.1 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA.....	15
5.2 PLANO DE IMPLANTAÇÃO .....	16
5.3 – RECURSOS .....	20
5.4 - RESULTADOS ESPERADOS .....	21
5.5 - RISCOS OU PROBLEMAS ESPERADOS E MEDIDAS PREVENTIVO-CORRETIVAS.....	21
<b>6. CONCLUSÃO</b> .....	<b>23</b>
<b>7. REFERÊNCIAS</b> .....	<b>25</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1 Apresentação/Problemática

O tema proposto é a oferta do cuidado integral às crianças menores de dois anos, que não comparecem às Unidades Básicas de Saúde para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, e regularização da situação vacinal.

A idéia central é criar mais oportunidades de atuação para equipe de saúde, seja na prevenção, promoção e/ou assistência; e estabelecer vínculo com a família, estimulando a responsabilidade contínua e conjunta (serviço e família) na atenção à criança. Este projeto prevê atuação predominante na prevenção, mediante a realização de consultas de puericultura no domicílio, a qual atende, em especial, a avaliação do peso, estatura, desenvolvimento neuro-psicomotor, estado nutricional e imunização.

Existem muitas áreas que não dispõem do acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (ACS) em Foz do Iguaçu, a busca ativa não é realizada porque não há visita domiciliar deste profissional, por isso, as crianças pertencentes a estas regiões se perdem facilmente dos cuidados das unidades básicas de saúde.

De nada adianta um grande esforço para a sobrevivência dos recém-nascidos (RNs) nas maternidades, sem um processo adequado de continuidade do cuidado de acordo com as necessidades de cada uma dessas crianças, seja em ambulatórios especializados (no caso de recém-nascidos saídos de UTIs com necessidade deste tipo de atenção), seja na Atenção Primária à Saúde (APS) (BRASIL, 2012a).

O projeto oportuniza resgatar estas crianças perdidas, visto que a falta de acompanhamento é causa da baixa cobertura de vacinação nas unidades de saúde. Esta realidade pode ser melhorada quando a equipe de saúde é sensibilizada e envolvida nas atividades.

Outro motivo que torna a proposta relevante é a instituição da Rede Cegonha, lançada em 2011 pelo governo federal, que traz como um dos componentes de suas ações, a atenção integral à saúde da criança em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a). Preconiza que cada município deve adotar a sua estratégia na identificação da população a ser atendida e

acompanhada, tanto por demanda espontânea nas unidades de saúde quanto por busca ativa.

Em 2012 a Secretaria de Estado do Paraná implantou a Rede Mãe Paranaense. Essa Rede de Atenção Materno-infantil é um dos compromissos assumidos no Plano de Governo para a Saúde 2011 a 2014, e tem como pressuposto a melhoria da atenção primária considerando a captação precoce da gestante, e o acompanhamento da criança como elementos fundamentais para uma atenção de qualidade.

A Linha Guia Mãe Paranaense (2012), estabelece que seja competência da equipe da Unidade de Atenção Primária (UAP) a responsabilidade pela assistência à gestante e às crianças residentes na sua área de abrangência, devendo imunizar conforme calendário de vacinação; e também encaminhar as crianças menores de um ano estratificadas de risco para a unidade de referência, conforme protocolo do município. Aborda ainda, a necessidade da equipe em conhecer as microáreas de risco, para estabelecer a programação das atividades de prevenção, educação em saúde e assistência a partir dos problemas priorizados.

É nesse sentido que o projeto permitirá resgatar as famílias que residem em área descoberta, a fim de permear o controle de fatores de risco para as doenças neonatais, tendo em vista que a maioria das doenças são preveníveis, e ainda sim, continuam a ser uma das principais causas de morte de crianças no país.

Portanto, os profissionais devem estar inseridos dentro da comunidade, mover-se em busca das crianças desassistidas, Ximenes *et. al.* (2012) menciona que a visita ao lar desde que planejada e sistematizada, é um grande arsenal no rol de intervenções.

## **1.2 Objetivo Geral do trabalho**

Vincular todos os recém-nascidos e crianças menores de dois anos para programa de atendimento integral à criança em Unidade Básica de Saúde, Foz do Iguaçu, Paraná, 2014.

### **Objetivos específicos do trabalho**

- Identificar as crianças menores de dois anos sem acompanhamento de saúde.

- Identificar as crianças menores de dois anos que estejam com calendário vacinal inadequado.
- Conhecer os motivos da ausência das crianças, dos pais ou responsáveis, para atendimento integral.
- Sistematizar um cuidado integral resolutivo e continuado às crianças de uma Unidade Básica de Saúde.

### **1.3 Justificativas do objetivo**

Este projeto é direcionado para as áreas onde não há abrangência do Programa Saúde da Família (PSF) e nem acompanhamento do Agente Comunitário de Saúde (PACS), pois frente a esta situação que pode vulnerabilizar a saúde das crianças menores de dois anos, deve ser desencadeada ações estratégicas específicas para que sejam evitados agravos por ausência do cuidado, e sobretudo a morte na infância, além de promover uma postura ativa por parte dos serviços de saúde e gestores locais e municipais.

A taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu muito nas últimas décadas no Brasil. Isso se deve às ações como ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010). Entretanto, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais, como é o caso da região estudada, onde não há o Programa Saúde da Família implantado, e o Programa de Agente Comunitário de Saúde está deficiente por falta de profissionais.

Além disso, no Brasil 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida. Assim, há um número expressivo de mortes por causas que são evitáveis, é necessária ações por parte dos serviços de saúde (BRASIL, 2012b).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança compõe a “Agenda de Compromisso Para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil” e possibilita o redimensionamento da assistência. Essa estratégia abre a possibilidade da troca de conhecimento entre os cuidadores e profissionais de saúde, favorecendo a adesão e continuidade da assistência aos

usuários, bem como o fortalecimento da atenção básica e a valorização dos profissionais que dela participam. (BRASIL, 2004).

O Relatório Nacional de Acompanhamento (2010), publicado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e Secretaria de Planejamento e Investimento Estratégicos (SPI/MP), discute como um dos objetivos de desenvolvimento do milênio, a redução da mortalidade na infância. Esta concentra-se principalmente em menores de um ano; e reconhece indubitavelmente que a vacinação é uma ação que vem contribuindo significativamente para a redução da mortalidade infantil, diminuindo para 5,3% os óbitos por doenças infecciosas no ano de 2008.

Segundo o Ministério da Saúde a avaliação periódica permite o progresso da criança, aquelas excluídas têm maior risco de morbimortalidade, e são as que de fato mais necessitam de acompanhamento, se isso não acontece, o objetivo não é atingido, por isso a atenção preventiva deve ser permanente (BRASIL, 2012b)

Carvalho (2008) complementa que a não realização das atividades mínimas para o acompanhamento do crescimento revela a necessidade de maior prioridade dos gestores, especialmente quando se deseja uma gestão plena de atenção básica e quando se busca a efetividade e o impacto do programa sobre o perfil epidemiológico da nutrição na infância, sobre a qualidade de vida e a mortalidade infantil.

Monteiro *et al.* (2011) caracteriza o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança como uma ação de baixa complexidade tecnológica e de elevada eficácia, configurando o eixo integrador e central das ações de saúde voltadas para a redução da morbidade e mortalidade, prevenção de agravos, e promoção da saúde do público infantil.

Também o Ministério da Saúde, aborda que a equipe atua sobre a saúde integral da criança de acordo com a sua competência profissional, não podendo perder oportunidades de agir. Cada um articula a sua ação com a do outro, beneficiando a criança e sua família (BRASIL, 2012a).

A Rede Mãe Paranaense recomenda visitas domiciliares às crianças na primeira semana de vida 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. (LINHA GUIA, 2012)

Portanto, é o momento oportuno para adoção de medidas mais apropriadas, ou seja, adequadas às diferentes realidades, para a prevenção das principais doenças que

ocorrem na infância. Abordar sobre a importância das visitas domiciliares, e que a mesma aconteça o mais breve possível, a fim de perceber com antecedência qualquer sinal de perigo para a criança dentro de seu contexto familiar.

## 2. Revisão teórico-empírica

Na região norte e nordeste do Brasil a mortalidade infantil é elevada. O indicador apresentou na população indígena uma queda importante entre 2000 e 2009 (de 74,6 para 41,9), mas ainda é duas vezes mais que a média nacional. (BRASIL, 2011b).

A mortalidade infantil no Paraná é preponderantemente neonatal (70%), sendo que a maior concentração de óbitos em menores de um ano ocorreu no período perinatal (22 semanas completas de gestação até sete dias após o nascimento), em relação à evitabilidade dos óbitos infantis, de acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade Infantil (SIMI), da Secretaria Estadual da Saúde do Paraná, 68,2% dos óbitos ocorridos em 2007 foram considerados evitáveis. Em 2010, esse percentual variou para 61,5% dos óbitos investigados. Apesar da redução dos percentuais, permanece ainda alto o número de óbitos infantis evitáveis no estado, pois esse índice para o Brasil é de 17,6%. (LINHA GUIA, 2012)

A Agenda da Saúde Pública brasileira, tem retomado da valorização da puericultura e da atenção à saúde da criança de uma forma geral, e recomenda a continuidade da prática de visitar as crianças e suas famílias além da primeira semana de vida dos bebês. A monitorização do crescimento é um componente da consulta para crianças no mundo inteiro. Os registros do peso, da estatura e do comprimento, bem como do perímetro cefálico da criança, aferidos nos gráficos de crescimento, são recomendáveis para todas as consultas, para crianças de risco ou não, até os 2 anos de idade (BRASIL, 2012a).

Para Del Ciampo *et al.*(2006), a puericultura se define como um conjunto de medidas que objetivam garantir o desenvolvimento saudável da criança, valorizando a promoção e prevenção no acompanhamento do desenvolvimento e imunização adequada.

A monitorização efetiva requer no mínimo um bom nível de registros, altas taxas de cobertura, regularidade do atendimento, mensurações corretas das medidas antropométricas, profissionais treinados, educação materna nas ações de saúde e nutrição (BATISTA; RISSIN, 2003).

A vigilância nutricional e o monitoramento do crescimento objetivam promover e proteger a saúde da criança e, quando necessário, por meio de diagnóstico e tratamento precoce (BRASIL, 2001, 2002, 2005, 2012a, 2012b), evitar que desvios

do crescimento possam comprometer sua saúde atual e sua qualidade de vida futura.

Estudos sobre a epidemiologia do estado nutricional têm dado mais atenção ao peso e ao índice de massa corpórea do que à altura (AERTS, GIUGLIANI, 2004; PICCINI *et.al.*, 2007), porém a altura também tem sido associada a vários desfechos e causas de mortalidade, o déficit estatural representa atualmente a característica antropométrica mais representativa do quadro epidemiológico da desnutrição no Brasil (GALIZA *et al.*, 2009; CYPEL, 2011). Também a cobertura vacinal é considerada indicador relevante de mortalidade infantil e, além disso, tem baixo custo diante dos gastos dispensados com tratamento, reabilitação e incapacidade por danos irreversíveis causados por doenças imunopreveníveis. (BRASIL, 2012).

Ximenes *et al.* (2010) define a vacinação como um dos maiores avanços no âmbito da saúde pública mundial, considera ainda que as vacinas salvaram muito mais pessoas que qualquer outro tipo de medicamento, e por isso, desempenha papel fundamental na obtenção de uma saúde perfeita.

Gatti *et al.* (2005); Piccini *et al.* (2007); Bellesi (2007); Fernandes *et. al.*, 2010 apresentam em seus estudos motivos dos quais os pais não levam as crianças às unidades de saúde para devido acompanhamento, dentre os resultados tem-se a preferência por atendimento especializado, conceito este que persevera no modelo biomédico fragmentado; outros procuram o serviço apenas quando a criança apresenta algum problema de saúde, comportamento típico do tradicional modelo curativista; e ainda os autores aferem que as mães se vinculam à unidade de acordo com a interação / vínculo da equipe de saúde e a família, e a capacidade de escuta qualificada destes profissionais.

Há pesquisas que evidenciam semelhanças no perfil das mães que não comparecem às consultas de puericultura, sendo a maioria com faixa etária menor de 22 anos, de baixa escolaridade, e com sobrecarga de trabalho tanto fora de casa, como em seus domicílios (XIMENES *et al.*, 2010).

Conforme os dados da Organização Panamericana de Saúde, no Brasil, recém nascidos de mães que não tem acesso à instrução formal apresentam um maior coeficiente de mortalidade infantil, comparado com aquelas que têm instrução secundária ou mais.

Corroborando, Santos, Henrique e Silva, (2009) também revelam influência da escolaridade dos pais na adesão às puericulturas e conseqüentemente na

desvalorização da vacinação. Estes acabam por privar-se do conteúdo educativo presente nas consultas, e do auxílio na prevenção das doenças mais comuns da infância.

Estas inferências permitem avaliar a percepção dos pais quanto à saúde da criança, como criar um canal aberto de comunicação com a família, fortalecendo o vínculo com o serviço, e de cooperação mútua.

A atenção à saúde da criança deve ser trabalhada, de modo que a família seja estimulada a manter boas práticas pensando sempre em sua promoção e objetivando evitar problemas futuros. Puericultura é uma potente ferramenta, por ser uma estratégia de promoção à saúde infantil, seu objetivo principal é proporcionar à criança um desenvolvimento saudável.

Conforme Gaiva, dias e Siqueira, (2012), no cuidado à saúde da criança o acolhimento à mãe e ao filho deve ser de forma humanizada, com escuta qualificada, valorizando as suas necessidades, promovendo ações educativas, garantindo o vínculo das mães com a unidade de saúde.

Barata *et al.* (2005) e Buges (2012) observam a “ignorância” dos responsáveis pelas crianças, (no sentido de ignorar a necessidade) em prevenir várias doenças por meio das imunizações; e ainda afirmam que o diagnóstico e busca destas crianças, demonstra um exemplo de responsabilidade.

Esse fato nos fez pensar nas possibilidades de estratégia para diminuir a ocorrência de faltosos, em algumas áreas o número de crianças é relativamente pequeno para esta faixa etária e, por essa razão facilita a busca, já e em outras, o trabalho terá de ser fortemente direcionado para a adesão dos pais ao cuidado ideal de seus filhos.

As ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, ACS) consistem em proporcionar o cuidado no domicílio, acesso à informação, ao conhecimento sobre as formas de prevenção por meio das vacinas, promover a conscientização da importância de cumprir corretamente o calendário preconizado tanto para a vacinação, quanto para realização das puericulturas, as mesmas serão realizadas durante a visita.

O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do IMC da criança na Caderneta de Saúde da Criança. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam a utilização dos valores de referência para o acompanhamento do crescimento e do ganho de peso das curvas para crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2012a) .

O Caderno de Atenção Básica 33 prevê as atribuições para toda a equipe de saúde sendo algumas: agir de forma planejada e em equipe, de acordo com o que está disposto na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), participar do monitoramento e da avaliação das ações desenvolvidas; do processo de educação permanente em saúde; visitas domiciliares sobretudo para grupos mais vulneráveis e situações priorizadas pela equipe. Também são abordadas atribuições específicas aos profissionais de saúde (BRASIL, 2012a):

- Agente Comunitário de Saúde: acompanhar os demais profissionais nas atividades e nas ações direcionadas às crianças, ser articulador da comunidade perante as instâncias de atenção à saúde;
- Auxiliar e Técnico de Enfermagem: 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;
- Enfermeiro: realizar consultas de puericultura conforme o preconizado, realizar a aferição dos dados antropométricos de peso e altura e avaliar o IMC das crianças;
- Médico: realizar a puericultura conforme o preconizado, indicar exames complementares e tratamento, encaminhar para o serviço de referência quando for necessário, indicar imunobiológicos especiais para situações específicas.

A Linha Guia Mãe Paranaense, reforça o uso da Caderneta de Saúde da Criança como roteiro para o seguimento da linha de cuidado. E espera que a APS garanta uma visita domiciliar ao binômio mãe e RN no contexto da família, para orientação de todos sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde, oportunizando na APS consultas para ambos (mãe e RN), apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc. Depois, até a criança completar 2 anos, um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família.

Dentro das discussões e condutas na atenção a criança, salienta-se que deve existir empenho por parte dos profissionais, para desta forma trabalhar as mães quanto aos benefícios do acompanhamento e vacinação. É de fundamental importância que

atuem através da escuta e do fornecimento das informações e orientações necessárias aos responsáveis por estas crianças.

### **3. Metodologia**

Trata-se de um Projeto Técnico, que tem como embasamento teórico as Políticas Públicas de Atenção Integral à Saúde da Criança. A revisão bibliográfica realizada na literatura científica teve como base de dados o SciELO (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), a Biblioteca Virtual da Saúde, além de cadernos, revistas e outras publicações do Ministério da Saúde. Destacam-se como norteadores do desenvolvimento desta proposta, o Caderno 33 da Atenção Primária em Saúde e a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, possibilitando sistematizar com a equipe um cuidado resolutivo e continuado às crianças.

As informações sobre as crianças menores de dois anos sem acompanhamento de saúde, e também, as que estão com o calendário vacinal em atraso, será por meio das declarações de nascidos vivos (DNV), dos apazamentos de vacina, e prontuários das crianças que freqüentaram a unidade de saúde.

Um contato prévio será realizado de acordo com os que tiverem registro do número de telefone para confirmar endereço e agendar a visita domiciliar.

## **4. A Organização**

A unidade de análise será a Unidade Básica de Saúde Jardim Jupira pertencente ao distrito norte na cidade de Foz do Iguaçu.

### **4.1 Descrição geral:**

Em Foz do Iguaçu são 11 Unidades Básicas de Saúde que atuam na modalidade tradicional, ou seja, o modelo anterior a Estratégia Saúde da Família. A unidade na qual será implementado o projeto, a UBS Jardim Jupira foi fundada em 2009, abrange um território com população aproximada de 4.000 habitantes, o horário de atendimento é das 7:00 às 13:00 horas diariamente, sendo que nas quartas-feiras permanece aberta até às 19:00 horas. São 6 microáreas na região pertencentes à unidade, e apenas uma tem acompanhamento do agente comunitário de saúde. Desde o ano 2011, não havia atendimento do profissional médico de forma permanente, alguns profissionais realizaram em curto período de tempo, plantões uma vez a cada semana. A atuação predominante corresponde à enfermagem. Os usuários eram encaminhados para unidades de referência quando necessitavam de consulta médica. Em dezembro de 2013, em virtude do Programa Mais Médico, a unidade foi priorizada e recebeu um profissional médico permanente. Atualmente a equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem e uma agente comunitária de saúde.

Na UBS Jardim Jupira, toda criança é acolhida em suas necessidades e atendida com acompanhamento de um responsável; a puericultura é uma rotina implantada pela enfermeira, com calendário programado e prévio agendamento. Neste atendimento realiza-se a avaliação da criança até dois anos de idade, este atendimento não exige a consulta médica, que deve ser programada e intercalar com as consultas de enfermagem.

Os Agentes Comunitários de Saúde são agentes importantes no controle de faltosos e busca ativa dessas crianças na comunidade, porém, este trabalho é prejudicado nesta UBS, porque apenas em uma microárea tem atuação deste profissional, as outras cinco microáreas são descobertas, ou seja, 80% do território de abrangência da unidade é desprovido de acompanhamento.

## 4.2 - Diagnóstico da situação-problema

A problemática foi evidenciada com base na observação do alto índice de crianças faltosas para completar o esquema vacinal, e baixa proporção de comparecimento nas unidades de saúde dos menores de dois anos para realizar puericultura. Esta situação é constatada em unidades básicas de saúde nas quais não possuem o programa saúde da família (PSF), mas tem implantado o programa de agentes comunitários de saúde (PACS).

Embora exista PACS nestas unidades, há várias microáreas que ainda permanecem descobertas, ou seja, sem o acompanhamento do agente comunitário de saúde. O motivo deve-se ao fato de que, houve inscrição insuficiente de pessoas para suprir a necessidade de todas as áreas de abrangência das unidades abertas, e nem todos os inscritos foram aprovados no concurso. O quadro de agentes comunitários que já era reduzido no município, teve seu déficit aumentado com as demissões que ocorreram no decorrer do ano, principalmente por parte dos jovens profissionais que buscam outros interesses.

Sabe-se que o ACS é recurso humano valioso desde que capacitado regularmente por seu supervisor. É o canal de observação, comunicação e ação entre a comunidade e a unidade de saúde, através das visitas domiciliares o do diálogo esclarecem e divulgam os serviços que estão à disposição dos usuários, desconhecidos por estes muitas das vezes, além de realizar orientações buscando conscientizar e ser um agente educador, o ACS identifica grupos de risco e casos que necessitam de maior acompanhamento, e intervenção de outros profissionais da saúde.

As unidades de saúde nas quais, a área de abrangência é desprovida do trabalho deste profissional ficam prejudicadas, pela dificuldade de buscar e acompanhar as crianças faltosas e que se mostram em condições vulneráveis.

Estas crianças foram identificadas (por parte das vacinadoras e enfermeira) ao analisar a cobertura vacinal dos menores de dois anos, através dos registros encontrados nos cartões espelhos e aprazamentos, e que as mesmas, não faziam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento através das puericulturas, e que além das crianças faltosas para regularizar as vacinas, existem outras (as quais foram identificadas por busca nas declarações de nascidos vivos – DNVs).

Observou-se que mais da metade das crianças que não comparecem para imunização também não realizaram nenhuma consulta de puericultura, as mesmas pertencem a áreas descobertas do atendimento do agente comunitário.

Atualmente tem-se na UBS uma média de 130 crianças com idade entre dois anos ou menos, no ano de 2013 foram 56 nascidos, menos de 30% destes realizam acompanhamento periódico na unidade.

Entende-se a responsabilidade da unidade em disponibilizar o cuidado necessário para a estas crianças, tanto na promoção à saúde quanto na prevenção dos agravos, e por isso será preciso remodelar a assistência, operacionalizando de forma específica para dada situação.

Estes pontos críticos levantados serão debatidos a nível de gestão, para que possam estruturar novo processo de seleção em 2014, a fim de regularizar o quadro de profissionais para atuar no PACS, e prever recursos para estender a Estratégia Saúde da Família para estas unidades. Existe consenso entres os profissionais de saúde, sobre a necessidade de direcionar ações pontuais e imediatas para intervir nesta realidade apresentada.

## **5. Proposta**

### **5.1 Desenvolvimento da proposta**

No tocante a organização do serviço de saúde, a proposta de busca das crianças faltosas se dará nos dias em que a equipe realiza a dobra da carga horária, para melhor entender, os funcionários cumprem 6 horas diárias e um dia por semana todos trabalham 12 horas para completar a carga horária semanal de 36 horas.

A equipe irá dividir-se, sendo que metade permanece no serviço e a outra em campo. Vale ressaltar que ao implantar este projeto em outras unidades básicas de saúde, existem as que permanecem abertas 12 horas diariamente, estas são compostas por duas equipes, uma que trabalha no período das 7 às 13 horas e outra das 13 às 19 horas. Então, as visitas poderão ser realizadas nos dias em que as duas equipes permanecem o dia todo, dessa forma, uma equipe se mantém na unidade para disponibilizar atendimento aos usuários, e a outra irá realizar a busca das crianças em domicílio de acordo com seu território de abrangência, assim alternadamente, as visitas serão executadas no período da manhã e tarde.

O horário de almoço mantém-se com intervalo de uma hora. Se for necessário mais dias da semana para realizar as visitas, (isso depende da quantidade de crianças que necessitam de busca em cada unidade de saúde), no caso da Unidade Básica Jardim Jupira onde o projeto será implantado primeiramente, a equipe realizará as visitas nas quartas-feiras, e elegerá em consenso, mais dia da semana de acordo com a necessidade. Ressalta-se que os dias trabalhados e que extrapolam a carga horária semanal, serão contabilizados como banco de horas individualmente, e proporcional ao tempo dispensado em prol das atividades. Estas horas serão compensadas posteriormente como folga, de acordo com a organização de cada equipe e gerência, para que o serviço de saúde não seja prejudicado.

Quanto aos procedimentos desenvolvidos durante a visita domiciliar, a puericultura será realizada com enfoque de promover a saúde da criança através do acompanhamento e avaliação, vacinação e orientações às mães sobre as condutas mais adequadas para o cuidado, além, de identificar doenças e/ou sinais de alarme, para tratamento e encaminhamento das mesmas, propiciando atenção apropriada.

Os métodos e técnicas para avaliação integral à saúde da criança serão implantados com base no Caderno 33 (2012), que prevê o registro na carteira da criança, a avaliação do peso, altura, perímetro cefálico, desenvolvimento, vacinação, intercorrências, estado nutricional, bem como orientações sobre os cuidados com a criança (alimentação, prevenção de acidentes e higiene); a monitorização do crescimento (aumento da massa corporal) e desenvolvimento (habilidades mais complexas) é considerada a ação eixo na atenção primária à saúde da criança (DOMINGOS, NUNES, STUTZ, 2010; BRASIL, 2012a).

É fundamental que o profissional de saúde e a família estabeleçam uma relação de confiança ao longo do acompanhamento da criança. Perguntas abertas facilitam a compreensão dos motivos para a consulta, além de permitirem que o profissional explore condições que não tenham sido bem explicadas. Vale lembrar habilidades que facilitam a comunicação: saber ouvir, ter empatia, demonstrar interesse, valorizar questionamentos, informar claramente, certificar-se de ter sido entendido, resumir o que foi combinado até a próxima consulta. A atitude de estabelecer canais de comunicação que permitam a construção de parcerias é importante e facilita as relações, a divisão de tarefas e as responsabilidades (BLANK, 2003; BRASIL, 2007; BRASIL, 2011c; ACIOLI, 2008; WALDMAN, 2009; XIMENES *et. al.*, 2012)

Ademais, estas técnicas favorecerão o desempenho de um verdadeiro trabalho em equipe, que estimula a troca de experiências e socialização entre o saber popular e o científico, possibilitando resgatar as crianças e tornar estas famílias mais participativas.

## **5.2 Plano de implantação**

A primeira etapa será reunir-se com a equipe da unidade para discutir o respectivo diagnóstico, identificar as dificuldades, priorizar as necessidades e apresentar a proposta que deve nortear a ação, visando o cumprimento dos objetivos, e o reconhecimento do muito que se há por fazer a estas crianças.

Na segunda etapa, as prioridades para as visitas domiciliares, e a divisão de responsabilidades serão estabelecidas da seguinte forma:

Iniciamos pelos recém-nascidos nos quais, a enfermeira realizará a identificação através das DNVs. Depois, as crianças que correm o risco de perder as doses subseqüentes de vacina por extrapolar a idade recomendada, as vacinadoras (a

técnica e a auxiliar de enfermagem) farão a seleção por meio dos aprazamentos na unidade, por ordem de necessidade de completar as doses em atraso e cumprir o calendário vacinal.

Por fim, a estratificação de risco das crianças faltosas, será atribuição da médica com apoio da enfermeira, na medida em que houver informações disponíveis, iniciando pelos menores de um ano até dois anos de idade.

Contataremos as famílias por telefone conforme possibilidade de constar o número no prontuário ou sistema, de modo a organizar melhor as visitas serão confirmados dados do endereço, se há acompanhamento da criança por outro serviço, se existe risco elevado, se há possibilidade de comparecer na unidade; e programar as visitas de acordo com os horários em que as famílias estarão disponíveis, ou seja, que serão encontradas em casa. Este contato será realizado pela ACS, que contará com o auxílio do recepcionista para busca dos registros em prontuários das crianças e dos pais se houver.

A linha Guia Mãe Paranaense traz observações quanto a atenção especial às condições das crianças que sejam desfavoráveis, como história de internação anterior, história de morte de crianças com menos de 5 anos na família, recém-nascido de mãe adolescente ou com baixa instrução. E como forma de garantir um cuidado mais intensivo às crianças que têm maior probabilidade de adoecer e morrer, a Rede estabelece critérios, nos quais serão utilizados na execução do projeto, para Estratificação de Risco:

Tabela 1: Critérios que estabelecem os tipos de risco, conforme linha Guia Mãe Paranaense

<b>RISCO HABITUAL</b>	<b>RISCO INTERMEDIÁRIO</b>	<b>ALTO RISCO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toda criança que não apresentar condições ou patologias que evidenciam algum risco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Filhos de mães da raça negra e indígena;</li> <li>• Filhos de mãe com menos de 15 anos ou mais de 40 anos;</li> <li>• Filhos de mães analfabetas ou com menos de 3 anos de estudos;</li> <li>• Filhos de mães com menos de 20 anos com um filho morto anteriormente;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prematuridade;</li> <li>• Asfixia grave (Apgar &lt; 7 no 5º minuto de vida);</li> <li>• Baixo peso ao nascer;</li> <li>• Desnutrição grave;</li> <li>• Crescimento e desenvolvimento inadequados;</li> <li>• Presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, HIV) e</li> </ul>

- Filhos de mães com menos de 20 anos e mais de 3 partos;
  - Filhos de mães que morreram no parto/puerpério
- triagem neonatal positiva.

Fonte: Linha Guia (PARANÁ, 2012.)

O atendimento domiciliar (avaliação, execução de procedimentos, tratamento supervisionado, orientação, etc.) será de forma programada, a partir da prévia estratificação de risco realizada, por meio de informações contidas nas Declarações de Nascidos Vivos, dos prontuários, e através das ligações realizadas.

Os acompanhamentos seguirão as recomendações do Ministério da Saúde, sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações, e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. (BRASIL, 2012a)

Todos os atendimentos serão registrados na carteira da criança e no prontuário; um exame físico completo deve ser realizado na primeira consulta de puericultura compartilhando com os pais, como forma de facilitar-lhes a percepção das necessidades da criança. Na visita domiciliar (conforme preconiza a Rede Cegonha e o Caderno de Atenção Básica a Saúde da Criança, 2012) a equipe deverá:

Tabela 2: Atividades a serem desenvolvidas com a implantação do projeto

REALIZAR PUERICULTURA	OBSERVAR SINAIS DE ALERTA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• estimular o aleitamento materno, conforme preconizado pela OMS;</li> <li>• orientar o processo de desmame e a alimentação complementar;</li> <li>• verificar o calendário vacinal; e realizar as vacinas</li> <li>• acompanhar o desenvolvimento psicomotor, social e afetivo da criança;</li> <li>• aferir o peso, a estatura e o perímetro cefálico e avaliar as curvas de referência para analisar o crescimento global da criança;</li> <li>• avaliar a saúde bucal e orientar sobre a higiene oral;</li> <li>• orientar sobre a prevenção de acidentes;</li> <li>• identificar maus-tratos e notificá-los às autoridades;</li> <li>• tratar as intercorrências patológicas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• tosse, esforço respiratório, apnéia, febre persistente;</li> <li>• recusa alimentar, sucção débil;</li> <li>• frequência respiratória intensificada, apresenta sibilos (chiado) ou estridor e se apresenta tiragem subcostal;</li> <li>• convulsão, cianose, hipotonia/hipertonía, hipotermia;</li> <li>• diarreia com sangue, desidratação, prostração, letargia, inquietude, irritação, olhos fundos, sinal da prega presente, palidez;</li> <li>• infecções tipo rubéola, toxoplasmose, sífilis, SIDA ou citomegalovirose.</li> </ul>

Fonte: Rede Cegonha e Caderno 33 (Ministério da Saúde, 2012)

Aos menores de dois meses a equipe dispensará maior atenção conforme prevê o AIDPI (2012), esta faixa etária é mais vulnerável, portanto, a equipe investigará:

Tabela 3: Fatores de risco e alterações clínicas específicas.

<u>FATORES DE RISCO</u>	<u>ALTERAÇÕES NO EXAME FÍSICO</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas na gestação, parto ou nascimento da criança;</li> <li>• Prematuridade;</li> <li>• Baixo peso ao nascer;</li> <li>• Desnutrição;</li> <li>• Icterícia ou alguma doença grave;</li> <li>• Parentesco entre os pais;</li> <li>• Violência doméstica;</li> <li>• Depressão materna;</li> <li>• Drogas, alcoolismo, distúrbio mental, etc.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perímetro cefálico acima de + 2 escores Z ou abaixo de - 2 escores Z;</li> <li>• Presença de alterações fenotípicas;</li> <li>• Fenda palpebral oblíqua,</li> <li>• Olhos afastados,</li> <li>• Implantação baixa de orelhas,</li> <li>• Lábio leporino,</li> <li>• Fenda palatina,</li> <li>• Pescoço curto e/ou largo,</li> <li>• Prega palmar única,</li> <li>• 5º dedo da mão curto e recurvado.</li> </ul>

Fonte: AIDPI (Ministério da Saúde, 2012).

No decorrer da avaliação se observará a interação da mãe com a criança (vínculo mãe-filho), esta relação é um importante fator de proteção para o desenvolvimento saudável.

Se por algum motivo não for possível avaliar o desenvolvimento da criança no dia da visita, uma consulta de retorno será agendada o mais breve possível para proceder à avaliação.

O trabalho de monitoramento se dará por um acompanhamento sistemático dos faltosos, com observação do progresso de comportamento por parte dos pais e responsáveis. A revisão dos aprazamentos, deve ser programada de acordo com as datas previstas para retorno destas crianças na unidade de saúde.

Uma estratégia a ser utilizada durante as visitas domiciliares é elogiar a mãe pelo que ela está fazendo bem; aconselhar sobre como cuidar de seu filho em casa; e certificar-se de que a mãe está entendendo.

É importante que, ao corrigir alguma prática prejudicial da mãe, a equipe seja clara e tenha cuidado para não fazer a mãe sentir-se culpada ou incompetente; os profissionais deverão não somente proporcionar informação referente aos cuidados, mas também, permitir que a mãe pratique é essencial para ensiná-la como fazer a tarefa, e permite estabelecer maior vínculo com os profissionais de saúde. Se a mãe realiza a tarefa enquanto a equipe observa, saberemos o quanto ela entendeu, quais são as suas dificuldades e ajudá-la a fazer melhor. A mãe lembrará mais facilmente se praticar do que se somente ouvir. Pedir à mãe que repita as orientações que lhe foram dadas, comprova que a mesma aprendeu e que saberá como tratar seu filho. A equipe deve pactuar o cumprimento de metas e avaliar o desempenho de forma periódica, possibilita identificar problemas eventuais que podem prejudicar o andamento do trabalho, se não reconhecidos ou subestimados. Utilizando o monitoramento como importante ferramenta, é possível fazer ajustes em tempo real no planejamento da assistência. Dessa forma, o cuidado prestado será resolutivo e gratificante para o serviço de saúde.

### **5.3 – Recursos**

Para operacionalizar a proposta, as equipes deverão dispor dos mesmos materiais utilizados para as consultas de puericultura na unidade e em sala de vacinação. Além das publicações como (AIDPI) Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância, e Cadernos de Atenção Básica na Saúde da Criança, que norteiam as condutas especialmente frente a casos específicos; na avaliação do crescimento e desenvolvimento serão utilizada a régua antropométrica, a fita métrica e a balança de peso.

Para a imunização, os imunobiológicos deverão estar armazenados em caixa térmica com termômetro e gelox para manter temperatura adequada, levar material de assepsia, seringas, agulhas, e por fim os impressos para devido preenchimento da realização das vacinas. É importante que a enfermeira ou a médica esteja sempre presente, a auxiliar e técnica de enfermagem já estão aptas para o cumprimento das atividades, o agente comunitário de saúde deve ajudar tanto nas orientações e anotações, como no manuseio com as crianças.

As capacitações serão realizadas se houver necessidade, pois a equipe tem treinamento para tal (mensurar as medidas, anotar no gráfico da carteirinha da

criança, classificar o percentil, avaliar estado nutricional e desenvolvimento, vacinar, orientar, etc). O desempenho de cada profissional será de acordo com o que for sua atribuição.

O supervisor da unidade incube-se de comunicar a gestão, dos respectivos dias e horários que estarão desenvolvendo o projeto, do fornecimento de algum recurso material que a unidade não disponibilize. O transporte ficará sob responsabilidade da Secretaria de Saúde do município, que irá prover de acordo com a organização da equipe.

A qualificação do cuidado dependerá da capacidade da equipe e dos gestores de organizar seu processo de trabalho, de forma a promover melhoria do acesso e da qualidade no âmbito da atenção básica em rede.

#### **5.4 - Resultados esperados**

Maior funcionalidade da Rede Materno-infantil na Unidade de Atenção Primária.

Melhorar a resolubilidade da assistência à criança através da Estratificação de Risco conforme a Rede Mãe Paranaense.

Espera-se que 100% dos menores de dois anos estejam acompanhados e vacinados, em cinco meses de projeto implantado.

O percentual de vacinação e de puericulturas realizadas na população alvo, é indicador concreto para visualização da efetividade e eficiência do trabalho desenvolvido.

Assumimos um compromisso pela qualificação da atenção à criança, e isso nos responsabiliza pela prevenção de mortes precoces e evitáveis.

Os resultados possibilitarão a extensão do projeto para todas as unidades do município.

#### **5.5 - Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo-corretivas**

Os problemas referem-se a não localização da criança ou família, por não residir no endereço, e por não existir nenhum registro de atendimento na unidade de saúde. Pode haver persistência dos pais ou cuidadores, em não trazer as crianças para as consultas de puericultura e realização de vacinas.

Quanto a não localização, a medida é procurar registros de atendimento da criança ou dos pais no Sistema Saúde Foz, que está implantado em todas as unidades de saúde do município, se a família procurou algum serviço de saúde vinculado ao SUS, possivelmente será localizada. Ao identificar a unidade, poderá ser solicitado informações sobre algum acompanhamento realizado, ou busca ativa quando for rede de atenção primária.

No caso das que não comparecerem, novas visitas em domicílio serão realizadas, para que as mesmas não permaneçam desprovidas de acompanhamento; será necessário investigar os fatores determinantes da ausência (a dificuldade de acesso, seja de natureza social, seja em áreas conflagradas pela violência, seja pelo difícil acesso geográfico), e analisar os motivos identificados.

## 6. Conclusão

A Linha Guia Mãe Paranaense aborda sobre a condição ideal de referência do hospital/maternidade para a UAP. Devendo comunicar no dia da alta sobre as condições de saúde da mãe e do bebê. A partir desse comunicado, a equipe de saúde da UAP deve programar a visita domiciliar até o 5º dia após o parto, para avaliação da mãe e do bebê. Até essa data a UAP já deverá ter recebido a Declaração de Nascidos Vivos e a Estratificação de Risco da Criança.

Este fluxo não ocorre no Município de Foz do Iguaçu, não há informação para a unidade de saúde sobre os nascimentos, e as DNV não chegam em 5 dias para que se cumpra a visita no prazo recomendado. Essa condição será discutida junto à gestão da atenção básica, para que se crie um mecanismo efetivo de referência da maternidade para unidade básica de saúde, esse fluxo de informação permite que a UBS, principalmente aquela não tem cobertura de seu território pelos ACSs, possa em tempo hábil cumprir com a proposta do Ministério.

Compartilhar as idéias, dificuldades e resultados com os gestores e responsáveis pela coordenação e execução do projeto, é garantir respeito às especificidades e peculiaridades de cada realidade e a superação dos pontos de estrangulamento. Busca-se o cumprimento da missão maior, da razão de ter implantado esta proposta: alcançar cobertura elevada, homogênea e efetiva na imunização, alcançando níveis elevados de doses completadas, qualidade do atendimento à criança com manejo adequado dos problemas diagnosticados, e também, aumentar o nível de informação da mãe e/ou responsável pela criança, gerando a promoção à saúde e a prevenção de doenças.

O aprofundamento da investigação sobre os determinantes das situações de risco, permite decidir quais intervenções podem contribuir para a eliminação do problema identificado, e isto é o fundamento desta proposta de cooperação técnica na busca de faltosos e do monitoramento domiciliar. Se estas ações forem bem conduzidas serão capazes de mostrar significativos resultados em curto prazo.

Sugere-se a cada unidade de saúde, avaliar a adequação de táticas ou medidas de intervenção com base nos resultados de sua operacionalização, proponho elaborá-las com fundamento científico, e a preocupação de uma contínua atualização e aprimoramento, pois permanece a responsabilidade de vigiar e monitorar principalmente as crianças suscetíveis.

Gerar melhores indicadores nestas localidades, certamente será resultado da oferta do cuidado com qualidade e sucesso do projeto.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, 2012 a. (Cadernos de Atenção Básica, n.33)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351, de 5 de outubro de 2011a. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, Seção 1, n. 193, 6 out. 2011a, p. 58.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia Rede Mãe Paranaense**. Curitiba: SESA, 2012. Disponível em [www.sesa.pr.gov.br](http://www.sesa.pr.gov.br). Acesso em 16/12/2013.

XIMENES, F. R. G. N., *et al.* Por que não levo meu filho para consulta de puericultura. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, São Paulo, v.10, n.2, p.51-9, dez. 2010. Disponível em: <<http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/128-por-que-eu-no-levo-meu-filho-para-a-consulta-de-puericultura.html>>. Acesso em 02/12/2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados estatísticos da Mortalidade Infantil no Brasil**, 2010. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 04/12/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)>. Acesso em: 02/12/2014.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio**: Relatório Nacional de Acompanhamento. Brasília: Ipea, 2010. Disponível em: <[http://www.pnud.org.br/Docs/4\\_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf](http://www.pnud.org.br/Docs/4_RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf)>. Acesso em: 06/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana de Saúde. **Manual AIDPI neonatal**. 3ª. ed. Brasília, 2012 b. (Série A. Normas e manuais técnicos).

CARVALHO, M. F., *et al.* Acompanhamento do crescimento em crianças menores de um ano: situação nos serviços de saúde em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n. 3, mar. 2008. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008000300021&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102311X2008000300021&script=sci_arttext)>  
. Acesso em: 08/12/2013.

MONTEIRO, A. I., *et al.* A enfermagem e o fazer coletivo: acompanhando o crescimento e o desenvolvimento da criança. **RENE**, v. 12, n. 1, p. 73-80, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/125/40>. Acesso em 09/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília: Ministério da Saúde; Opas, 2011b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

DEL CIAMPO, L. A., *et al.* . O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, set. 2006. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232006000300021&lng=pt](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300021&lng=pt)>. Acesso em 10/12/2013.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A Transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.1, 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2003000700019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000700019&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em 12/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança. **Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Saúde da Criança. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, 2002. (Cadernos de Atenção Básica, n.11).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Manual de atendimento da criança com desnutrição grave em nível hospitalar**. Brasília, 2005. (Cadernos de Atenção Básica 11. Série A: Normas e manuais técnicos).

AERTS D. R., GIUGLIANI E. R. Vigilância do estado nutricional da criança. In: DUCAN B.; SCHIMIDT M. I.; Giugliani E. R. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 3. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 180-189.

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. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 7, n. 1, mar. 2007 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S151938292007000100009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292007000100009&lng=en&nrm=iso). Acesso em 11/12/2013.

GALIZA, T. L. F., et al. Puericultura e consulta de enfermagem: uma ferramenta para o crescimento e desenvolvimento saudável de crianças. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 61º, 2009. **Anais**. Fortaleza - CE, 2009. p. 2585-2587.

CYPEL. S. (Org). **Fundamentos do desenvolvimento infantil** : da gestação aos 3 anos. São Paulo : Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.

GATTI, N. A. M., *et al*. Crianças faltosas à vacinação, condições de vida da família e concepção sobre vacina: um inquérito domiciliar. **Revista Salusvita**, Bauru. vol. 24, n. 3, p. 427-436, 2005. Disponível em: <<http://iah.iec.pa.gov.br/iah/fulltext/lilacs/salusvita/2005v24n3/salusvita2005v24n3p427-436pt437-445en.pdf>>. Acesso em: 12/12/2014.

BELLESI, N. Oportunidades perdidas. **Revista Paraense de Medicina**, v. 21, n. 2, abr. 2007. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v21n2/v21n2a14.pdf>>. Acesso em: 14/12/2013.

FERNANDES, M. C., *et al* . Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília , v. 63, n. 1, fev. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672010000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18/12/2013.

GAIVA, M. A. M.; DIAS, N. S.; SIQUEIRA, V. C. A. Atenção ao neonato na estratégia saúde da família: avanços e desafios para a atenção integral. *Cogitare Enfermagem*, [S.l.], v. 17. N. 4, dez. 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/30382>>. Acesso em: 18/12/2012.

BARATA, R. B.; MORAES, J. C.; ANTONIO, P. R. A.; DOMINGUEX, M. Inquérito de cobertura vacinal: avaliação empírica da técnica de amostragem por conglomerados proposta pela Organização Mundial de Saúde. **Revista Panam. Salud Pública**, v. 17, n. 3, p. 184-90, mar. 2005. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S102049892005000300006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049892005000300006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20/12/2013.

BUJES, M. K. **Motivos do atraso vacinal em crianças:** uma pesquisa bibliográfica. 26 p. Monografia (Especialização em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/56819>>. Acesso em: 21/12/2013.

SANTOS, M. A.; HENRIQUE, V. C.; SILVA, V. C. A compreensão das mães acerca da consulta de puericultura numa unidade de saúde da família. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Duque de Caxias – RJ, v. 3, n. 3, 2009. Disponível em: <<http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/680>>. Acesso em: 22/12/2013.

DOMINGOS, M. C.; NUNES, E. F. P. A.; STUTZ, A. C. Monitoramento da saúde da criança em uma unidade de atenção básica do município de Londrina-PR. **Revista Espaço para a Saúde**. Londrina, v. 11, n. 2, p. 01-10, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v11n2/monitoramento.htm>>. Acesso em 22/12/2013.

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal Pediatr.** Porto Alegre maio/jun. 2003. v. 79, supl. 1. Disponível em: <[www.scielo.br/pdf/jped/v79s1a03.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1a03.pdf)>. Acesso em: 23/12/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção básica:** Série E, Legislação de Saúde. 4. ed. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**, v. 13, Brasília: CONASS, 2011c. (Coleção Para entender a gestão do SUS).

ACIOLI, S. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v 61, n.1, fev. 2008. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672008000100019>>. Acesso em: 17/12/2013.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública:** saúde & cidadania para gestores municipais de serviços de saúde. São Paulo, v. 7, p. 253, 2009. (Coleção Saúde e Cidadania). Disponível em: <<http://bases.bireme.br/bvs/sp/P/pdf/saudcid/collec.htm>>. Acesso em: 19/12/2013.

XIMENES, F. R. G. N., *et. al.* Trabalho do enfermeiro da estratégia saúde da família na visita ao lar da puérpera e recém-nascido. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** São Paulo, v.12, n.1, p. 27-36, jul. 2012. Disponível em <[http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/150-trabalho-do\\_enfermeiro-da-estratgia-sade-da-famlia-na-visita-ao-lar-da-purpera-e-recm-nascido.html](http://www.sobep.org.br/revista/component/zine/article/150-trabalho-do_enfermeiro-da-estratgia-sade-da-famlia-na-visita-ao-lar-da-purpera-e-recm-nascido.html)>.  
Acesso em: 17/12/2013.