

## Qualificação do Cuidado a Puericultura: uma Intervenção em Serviço na Estratégia de Saúde da Família

Qualification of the Childcare Approach: an Intervention in the Family Health Strategy Service

Calificación del Cuidado de los Niños: Intervención en Servicio en la Estrategia Salud de la Familia

Abel Fernández Brígido<sup>1</sup>; Elitiele Ortiz dos Santos<sup>2\*</sup>; Ernande Valentim Do Prado<sup>3</sup>

### Como citar este artigo:

Brígido AF, Santos EO, Prado EV, *et al.* Qualificação do Cuidado a Puericultura: uma Intervenção em Serviço na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Fund Care Online*.2019.11(n. esp):448-454. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.448-454>

### ABSTRACT

**Objective:** This paper aims to describe the experience report of an intervention used to qualify the childcare provided by a Family Health Strategy service in the municipality of *Boa Vista*, *Roraima* State, Brazil. **Methods:** The intervention involved the entire team and lasted 16 weeks, over the period from March to July 2015, in which actions were performed for the organization and management of the service, monitoring and evaluation, qualification of clinical practice and public engagement. **Results:** The actions allowed to qualify the care to 411 children, obtaining 98.6% of care coverage, as well as the qualification of the clinical practice, compliance with the actions with 100% of nutritional status monitoring and psychomotor development, and the intensification of activities for health promotion. **Conclusion:** The experience contributed to improve the service organization and team integration, then achieving an effective coverage and quality of childcare.

**Descriptors:** Family Health, Primary Health Care, Child Care, Child Health.

<sup>1</sup> Médico. Especialista em Estratégia de Saúde da Família. E-mail: [abelfernandezbrigido@gmail.com](mailto:abelfernandezbrigido@gmail.com)

<sup>2</sup> Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), Brasil. E-mail: [elitiele\\_ortiz@hotmail.com](mailto:elitiele_ortiz@hotmail.com). Endereço: Elitiele Ortiz dos Santos. Rua São Manuel, 963, Rio Branco, Porto Alegre-RS 90620-110, Brazil.

<sup>3</sup> Enfermeiro/Sanitária e Educador Popular. Membro da Rede de Educação Popular e Saúde e do Grupo de Pesquisa em Educação Popular em Saúde da Universidade Federal da Paraíba. E-mail: [ernande.prado@gmail.com](mailto:ernande.prado@gmail.com)

## RESUMO

**Objetivo:** O estudo apresenta o relato de experiência de uma intervenção que teve como objetivo qualificar a puericultura em uma Estratégia de Saúde da Família no município de Boa Vista/Roraima. **Método:** A intervenção envolveu toda a equipe e teve a duração de 16 semanas, entre março a julho de 2015, nos quais foram instituídas ações direcionadas à organização e gestão do serviço, ao monitoramento e avaliação, à qualificação da prática clínica e ao engajamento público. **Resultados:** As ações permitiram qualificar o cuidado a 411 crianças, obtendo-se 98,6% da cobertura de atendimento, assim como a qualificação da prática clínica, adesão às ações com 100% de monitoramento do estado nutricional e desenvolvimento psicomotor, além da ampliação das atividades de promoção da saúde. **Conclusão:** A experiência contribuiu para melhorar a organização do serviço e integração da equipe alcançando resultados efetivos de cobertura e de qualidade da atenção relacionados a assistência a criança.

**Descritores:** Saúde da Família, Atenção Primária à Saúde, Puericultura, Saúde da Criança.

## RESUMEN

**Objetivo:** El estudio presenta la experiencia de una intervención dirigida a calificar para el cuidado de niños en una Estrategia de Salud Familiar en la ciudad de Boa Vista / Roraima. **Métodos:** El programa constaba de todo el equipo y duró 16 semanas, de marzo a julio de 2015, en la que fueron instituidas las acciones destinadas a la organización y gestión del servicio, seguimiento y evaluación, calificación de la práctica clínica y el compromiso público. **Resultados:** Las acciones permitidas calificar la atención a 411 niños, obteniendo el 98,6% de la cobertura del servicio, así como la calificación de la práctica clínica, la adhesión de las acciones con 100% de seguimiento del estado nutricional y el desarrollo psicomotor, además de la expansión de las actividades promoción de la salud. **Conclusión:** La experiencia ayudó a mejorar la organización de servicio y la integración del equipo logro de resultados efectivos de la cobertura y calidad de la atención relacionada con el cuidado de niños.

**Descriptor:** Salud de la Familia, Atención Primaria de Salud, Cuidado del Niño, Salud del Niño.

## INTRODUÇÃO

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. No entanto, os distúrbios que incidem no período também são responsáveis por graves consequências para os indivíduos e comunidades. São muitas as alterações do desenvolvimento que podem afetar a uma criança desde o seu nascimento, como o seu desenvolvimento psíquico-motor, até doenças congênitas que com a avaliação profissional podem ser descobertas e tratadas.<sup>1</sup>

O cuidado na infância é fundamental para um desenvolvimento saudável, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) umas das principais políticas do país que desenvolve esse cuidado. A Estratégia Saúde da Família (ESF) vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de movimento de expressiva expansão de cobertura populacional e acesso da população às ações de saúde. Essas equipes atuam com o objetivo de garantir a integralidade da assistência através

da articulação entre ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação.<sup>2</sup>

Na ESF um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento a saúde das crianças é a Puericultura, entendida como um momento de cuidado particularizado em que ocorre a avaliação da criança, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento neuro-psicomotor, a garantia de cobertura vacinal, estímulo a prática do aleitamento materno, orientação sobre a introdução da alimentação complementar e prevenção das doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreias e as infecções respiratórias.<sup>3</sup>

Além da avaliação da criança, na puericultura, estende-se o olhar para o acompanhamento da relação mãe e filho e para o entorno familiar e social, com a identificação de vulnerabilidades, promoção de acesso a condutas necessárias, educação em saúde, troca de experiências, e formação de uma parceria com a mãe para o cuidado protetor a criança que promova saúde e qualidade de vida infantil.<sup>4,5</sup>

Assim a complexidade do cuidado que envolve a puericultura exige que a equipe esteja preparada não apenas para atender as demandas clínicas, mas que tenha uma concepção epidemiológica e social que possa contemplar o indivíduo a família e comunidade a partir de uma postura de acolhimento e diálogo. Essa atuação, constituindo-se em um importante desafio que exige da equipe planejamento, organização e preparo para o desenvolvimento das ações de cuidado a criança.<sup>6</sup>

Diante da importância do trabalho da equipe no cuidado a saúde da criança da ESF, este estudo teve como objetivo descrever e analisar a experiência do desenvolvimento de uma intervenção para a qualificação da puericultura em uma Estratégia de Saúde da Família no município de Boa Vista/Roraima.

## MÉTODOS

O projeto de intervenção foi constituído durante as atividades da Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – Unasus/UFPel (modalidade Ensino a Distância - EaD). A coordenação do projeto de intervenção foi realizada por um médico cubano vinculado ao Programa Mais Médicos para o Brasil e envolveu toda a equipe da ESF, um médico, uma enfermeira, oito Agentes Comunitários de Saúde, uma Técnica de Enfermagem e a população da área adstrita.

A logística para o desenvolvimento da intervenção incluiu a capacitação da prática clínica durante duas semanas por meio de encontros, oficinas e capacitação conjunta de todos os profissionais da equipe, sobretudo no que diz respeito ao uso dos protocolos e Cadernos da Atenção Básica de saúde da Criança. Alguns pontos discutidos, para implementação foram: as atribuições de cada membro da equipe, divulgação de ações e horários, agendamento de

atendimento e busca ativa de faltosos, calendário de vacina, desenvolvimento psicomotor das crianças, avaliação do crescimento e desenvolvimento, prevenção de acidentes no domicílio, importância do aleitamento materno, prevenção de caries. As capacitações ocorrem antes e durante a intervenção. Uma vez por semana, em reunião de equipe, as planilhas de acompanhamento e monitoramento eram apresentadas e os resultados obtidos discutidos. Essas planilhas foram disponibilizadas pela coordenação do curso de especialização no Microsoft Excel.

A Unidade Básica de Saúde (UBS), palco do projeto de intervenção, estava localizada na área urbana da periferia do município de Boa Vista, em Roraima e possuía na época duas equipes de ESF, com uma cobertura de aproximadamente 14.000 usuários. A equipe na qual foi realizado esse estudo atendia 4.117 usuários, em sua maioria jovens entre 20-39 anos. As condições de moradia das famílias eram precárias, a maioria com poucos recursos financeiros e péssimas condições de moradia. Muitas casas pequenas com famílias numerosas de até oito pessoas por habitação, com más condições de higiene, pouca circulação de ar, sem água encanada, nem serviços básicos de saneamento. As principais fontes de renda eram o trabalho autônomo e a agricultura. Em dias de chuva, muitas pessoas ficavam impedidas de acessar determinadas áreas do bairro, inclusive a unidade de saúde.

A estrutura física da UBS era pequena e precária, não contava com as condições necessárias para uma atenção acolhedora e confortável. Havia sala de vacinas, de triagem, consultório de enfermagem e médico, mas faltava banheiro para funcionários, sala de reuniões, de curativo, consultório odontológico, local para nebulização e esterilização de materiais. Além disso, a UBS ficava localizada longe dos moradores das áreas adstritas, o que certamente dificultava o acesso.

A análise situacional, prevista no início do curso, foi um importante recurso pedagógico utilizado pela equipe e também um potente instrumento de motivação para as mudanças, pois promoveu o conhecimento da equipe sobre o que se fazia na ESF, sobre como deveriam ser utilizados os protocolos do Ministério da Saúde, e uma autoanálise sobre seu processo de trabalho, na qual foi possível identificar os limites e potencialidade da equipe e as necessidades dos usuários. Essa estratégia foi fundamental para priorizar os problemas e carências, funcionando também como disparador para qualificar as ações.

Os resultados obtidos a partir da análise situacional impulsionaram a equipe a desenvolver a intervenção de modo contextualizado, com o objetivo de qualificar a atenção a saúde das crianças de zero à 72 meses de idade, e qualificar a equipe o trabalho da equipe. Identificou-se que a cobertura de cuidado às crianças era muito baixa, sendo aproximadamente 16 a 20 crianças atendidas por mês. Das 417 crianças de zero a 72 meses residentes na área de

cobertura, apenas 10,54% estavam sendo acompanhadas.

O programa de puericultura enfrentava muitas dificuldades de cobertura e qualificação de suas ações, além disso, a adesão a puericultura não era adequada, uma vez que não era promovida pela equipe. O programa funcionava de forma precária, não respeitando as diversas etapas e ações necessárias, sendo que as únicas ações dispensadas às crianças era a vacinação, a verificação do peso para o acompanhamento do Programa Bolsa Família, e a consulta médica quando algum problema era identificado pelos pais. A equipe não estava sensibilizada quanto a necessidade de um acompanhamento sistemático e permanente das crianças.

As ações desenvolvidas na intervenção englobaram quatro eixos temáticos: três da área da saúde coletiva (monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço e engajamento público) e um da área clínica (qualificação da prática clínica). Foram desenvolvidas ações visando a ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Criança; à melhoria da qualidade do atendimento; a melhoria da adesão ao programa, a melhoria dos registros das informações, realização do mapeamento das crianças de risco pertencentes à área de abrangência, à promoção da saúde das crianças através de ações coletivas, sobretudo no que diz respeito à educação em saúde.

O projeto de intervenção integrou o projeto “Qualificação das Ações Programáticas na Atenção Básica à Saúde”, o qual respeita os princípios da bioética e a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde vigente na época. Foi aprovado no Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da UFPel, sob nº 15/2012.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

### Conquistas e desafios da equipe

Durante a intervenção foram cadastradas e acompanhadas 411 (98,6%) crianças de zero à 72 meses. No 1º mês foram cadastradas 118 (28,3%), no 2º mês, 241 (57,8 %) e no 3º mês, 356 (85,4 %) e no 4º mês, 411 (98,6 %) crianças. A meta estipulada foi de 90% e a equipe conseguiu superá-la, principalmente porque, passadas a desconfiças iniciais de pais e profissionais, houve um real engajamento da maioria dos trabalhadores e dos pais e um trabalho intenso de divulgação através de visitas domiciliares, atividades comunitárias, ações educativas, contato com lideranças comunitárias, que passaram a apoiar as ações.

Antes de iniciar a intervenção, apenas 17 (4%) das crianças tinham recebido visitas domiciliares na primeira semana de vida, em 4 meses esse número saltou para 37 crianças, das quais 45 nascidas no período. A dificuldade em conseguir atender todas as crianças nascidas no período diz respeito a cultura existente nesta localidade e em diversas outras partes do Brasil, pois muitas famílias ainda acreditam

na necessidade de resguardo por 45 dias.

Nesse sentido, primeiro buscou-se compreender o significado dessa crença para comunidade, para posteriormente buscar estratégias de diálogo e negociação em atividades de educação em saúde. A aprendizagem na dinâmica do trabalho capacita o profissional para compreender a relação saúde-doença como um fenômeno integralmente biológico e sociocultural, e a partir disso, postular um novo agir. Assim, o exercício pedagógico deve estabelecer o diálogo entre os saberes disciplinares, os não disciplinares e as subjetividades e a realidade vivida.<sup>7</sup>

Entre outras ações, também foi realizado um trabalho com muita ênfase na vacinação, entendendo que é uma conquista do Sistema de Saúde Brasileiro ter disponível uma gama de vacinas que previnem diferentes doenças. Do total de crianças da área, apenas sete estavam com a vacina atrasada, o que reflete a aceitação do programa de imunização no Brasil.

As principais vacinas atrasadas era a Tríplice Viral, Antimeningococcica e a Influenza. Os motivos do atraso estavam relacionados a dificuldade de adesão as mães a prática de vacinação, e algumas referiam estar doente no período. Diante disso, a equipe buscou identificar as razões para o atraso e negociou com os pais horários mais acessíveis para realizar a vacina. Além disso, reforçou-se a necessidade dessa ação preventiva, constituindo-se uma necessidade de saúde indispensável para o controle de doenças imunopreveníveis.

Apesar de todos os esforços para atingir a cobertura, alguns locais ainda não alcançam a meta estabelecida e um dos fatores que tem sem mostrado associado é o aspecto socioeconômico.<sup>8</sup> Outros motivos como a falta de acesso e a dificuldades na utilização dos serviços, entre eles a distância da residência, a existência de meios de transportes públicos, o horário de funcionamento e a organização dos serviços, também pode estar relacionado a menor cobertura vacinal.<sup>9</sup> Com isso, percebe-se que a simples oferta do serviço não é suficiente para que sejam utilizados, é necessária uma estratégia de gestão articulado a serviços e setores envolvidos.

Com relação aos aspectos da avaliação clínica, todas as crianças cadastradas no programa receberam avaliação de risco e foram mapeadas, visando uma melhor compreensão das necessidades e construção de vínculo com as famílias. Identificamos casos de Asma Bronquial Persistente ligeira, epilepsia, refluxo gastroesofágico, agenesia do pé esquerdo, autismo, retardo no desenvolvimento psicomotor, e criança com risco social. Antes esses casos não eram acompanhados, mas atualmente são conhecidos por toda equipe, e passaram a receber no mínimo uma visita ao mês.

Além disso, as crianças cadastradas receberam a avaliação do desenvolvimento psicomotor. Foram acompanhadas duas crianças com atrasos no aprendizado e uma com dificuldade na fala. Além das avaliações, orientamos os pais sobre exercícios para o estímulo ao desenvolvimento

psicomotor. Foi uma estratégia de cuidado importante para detectar precocemente anormalidades, direcionar as ações e encaminhar aos serviços especializados para evitar prejuízos no futuro.

As crianças cadastradas também receberam monitoramento e avaliação do crescimento e nutrição. Foram acompanhadas 21 crianças com déficit de peso e 33 com excesso de peso. Todas foram encaminhadas ao Centro de avaliação nutricional especializado e receberam acompanhamento mensal da equipe.

O excesso de peso na infância é uma situação preocupante que tem se agravado nos últimos anos podendo causar inúmeras complicações no crescimento e desenvolvimento da criança e também na vida adulta. A obesidade na infância pode ocasionar diversas complicações dermatológicas, ortopédicas, metabólicas e cardiovasculares, entre eles a elevação da pressão arterial. Além dessas, as implicações psicológicas devido as repercussões na autoestima.<sup>10</sup> Essas complicações devem ser abertamente discutidas com os pais, os principais parceiros no estímulo a uma alimentação saudável e a prática de atividades física.

Realizamos a suplementação de ferro por via oral das crianças de 6 a 24 meses. O total de crianças nessa faixa etária foi de 164. Foi identificada uma criança, que mesmo com a indicação médica, a mãe não estava administrando a suplementação, pois acreditava que não seria efetivo. O hemograma realizado na criança diagnosticou anemia. Neste caso, aproveitamos a oportunidade para enfatizar tanto o suplemento, como a alimentação da criança. O desenvolvimento dessas estratégias e o acompanhamento da criança foi efetivo para a reverter a situação de anemia, além disso, impulsionou na equipe a necessidade de repensar a forma como está sendo abordado nas atividades de educação em saúde a necessidade do suplemento de ferro para as crianças.

No que se refere aos registros, do total de 411 crianças avaliadas nos quatro meses, 400 (97,3%) contavam com as informações em seus cartões sobre a realização da triagem auditiva e, 369 (89,8%) com registros sobre a realização do teste do pezinho. Estes testes não são feitos na UBS, e a maternidade muitas vezes não os preenche no cartão da criança. Outros dados do nascimento da criança, também não eram preenchidas entre elas o apgar, o reflexo vermelho, e em alguns casos, não havia informações de altura.

A ausência de dados do nascimento preocupava a equipe, pois não se sabia se a criança havia recebido o cuidado adequado na hora do nascimento ou se o problema estava relacionado a falta de registros. Essa situação impulsionou a equipe a pensar em estratégias de diálogo com a maternidade, buscando discutir a importância dos registros do nascimento para a continuidade do cuidado na ESF. A intervenção não se restringiu ao serviço da equipe em si, mas promoveu melhorias em outros pontos da rede de cuidados.

Os registros da criança são essenciais para o acompanhamento da saúde infantil, entretanto a ausência

ou incompletude dos dados na caderneta de saúde da criança tem sido comum tanto no meio hospitalar como na Estratégia de Saúde da Família.<sup>11,12</sup>

A dificuldade enfrentada pelos profissionais na utilização desse instrumento traz reflexões sobre as condições de trabalho dos profissionais na saúde, bem como sobre sua falta de preparo para lidar com este instrumento. Há uma rotina de trabalho estressante na maternidade, a sobrecarga de trabalho, e o preenchimento de inúmeros formulários e procedimentos burocráticos demandados pela instituição. Se os próprios profissionais não estão sensibilizados para a importância da Caderneta da Criança ela passa a ser mais um formulário a ser preenchido. Outro aspecto a se considerar, é o fato de não estar claramente definido a qual profissional compete o preenchimento na maternidade, o que leva à diluição de responsabilidades e dificuldades nos esforços de capacitação e avaliação.<sup>11</sup>

Considerando que a caderneta é também um instrumento de comunicação, que deve fazer parte do cotidiano do trabalho, a falta de registro ou a incompletude de informações configura-se como falha na comunicação e prejudica o atendimento prestado à criança e sua família. Pode-se considerar que a comunicação entre os membros da equipe e entre os profissionais de diferentes serviços resulta na melhor avaliação do estado de saúde da criança e em condutas mais adequadas. Assim, cabe a todos os profissionais que atuam nas unidades de saúde reconstruir suas práticas com relações de proximidade como forma de qualificar o atendimento prestado à população infantil.<sup>12</sup>

Nesse sentido que também foi melhorado na ESF o registro das informações na ficha espelho e na carteirinha de vacinação de 100% das crianças cadastradas. Com todos os dados preenchidos, registros atualizados e organizados em arquivos foi possível acompanhamento e busca de informações da população infantil de forma mais integrada e rápida.

Ainda com relação ao atendimento clínico, a médico e a enfermeira realizaram a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses, um total de 357 crianças. Entretanto, a primeira consulta odontológica por um profissional especializado pode ser realizada em apenas 142 (39,7%) crianças de 6 a 72 meses. A UBS não contava com serviços de odontologia, e o atendimento mais próximo ficava em uma UBS longe da área, sendo difícil conseguir vagas, além disso, muitas famílias não tinham condições financeiras para o transporte. Com essas dificuldades, ter conseguido viabilizar o atendimento de 142 crianças pode ser considerado um resultado significativo. Além disso, a articulação realizada entre serviços para viabilizar o encaminhamento das crianças para a USB mais próxima, mostrou uma mudança de paradigma dentro da equipe e dos serviços, uma vez que o normal, antes da intervenção, era simplesmente se conformar que não dava para fazer.

Mesmo sem um dentista a equipe fez um trabalho

articulado condizente com a responsabilidade da APS. Se por um lado não conseguiu dar seguimento ao tratamento odontológico, nesta época, conseguiu evidenciar o problema e dialogar com a gestão sobre a necessidade de uma equipe de saúde bucal na UBS. A Secretaria de Saúde, motivada pela exposição do problema, iniciou um projeto de ampliação prevendo a instalação de equipe de saúde bucal na USF.

De forma histórica os programas de atenção a saúde bucal na infância priorizaram crianças na faixa etária de 5 anos e adolescentes, sem direcionar o cuidado a fase de irrompimento dos primeiros dentes, na qual também acontece a cárie dentária principalmente devido ao hábito de amamentação noturna, o alto consumo de carboidratos e açúcares, e a falta de higiene bucal adequada.<sup>13</sup>

Portanto, a orientação sobre o cuidado a saúde bucal da criança deve começar desde a gestação, já que o acesso a informação e a sensibilização das mães quanto a necessidade desse cuidado influencia nos procedimentos adotados com os seus filhos em relação ao início da higienização bucal, primeira consulta ao dentista, tempo de amamentação, e o conhecimento sobre os fatores que levam ao aparecimento de cárie dentária.<sup>13</sup>

Durante a intervenção, a adesão dos pais a puericultura aumentou, o que é evidente pela diminuição do número de faltas as consultas e pelo aumento de pessoas participando de ações educativas. Houve um total de 30 crianças faltosas, das 411 atendidas, e todas receberam busca ativa, o que representa 7% de falta às consultas agendadas. Nesse sentido, os ACS desenvolveram o importante trabalho, conversando junto à família os motivos da falta e realizando um próximo agendamento.

Apesar de ter sido pequeno o número de falta comparado a realidade de outros serviços, no qual o número de consultas agendadas e não realizadas chega a 33%,<sup>14</sup> sabe-se a falta é um fator importante no trabalho da atenção primária, estimulando a equipe a repensar suas estratégias de trabalho no sentido da sensibilização sobre a promoção da saúde, assim como, a organização e flexibilidade para acompanhar o ritmo de vida do determinado território.

Com relação as estratégias de promoção a saúde, desenvolveu-se orientações durante o acolhimento, as consultas e as atividades na comunidade, atingindo todos os pais das crianças cadastradas no programa. Trabalhou-se diferentes temáticas, entre elas a prevenção de acidentes na infância, orientações nutricionais, saúde bucal, entre outros temas. Foi uma importante estratégia que promoveu a troca de experiências e aprendizado, além de estreitar o vínculo da equipe com a população.

As atividades educativas realizadas na igreja da comunidade tiveram a participação de aproximadamente 20 pessoas, e foi importante para sinalizar uma forma descentralizada de fazer saúde, fortalecendo a autonomia das pessoas e suas próprias capacidades de intervenção local. Nestas ações não foram abordadas apenas as questões ligada ao programa de saúde da criança, aproveitava-se o espaço

para discutir sobre outros problemas da comunidade, como a dengue e suas formas de prevenção, a necessidade de realização de pré-natal, entre outros. Assim, promoveram o fortalecimento da cidadania e participação popular, ampliando o acesso aos conhecimentos em saúde.

Nesta intervenção o trabalho das lideranças comunitárias foi fundamental para a adesão dos pais a puericultura. Tivemos três encontros com as lideranças, e a participação foi muito efetiva. Ajudaram a divulgar as ações, participaram da avaliação das ações, discutindo as dificuldades, sobretudo na assistência dos pais faltosos, oferecendo o apoio para os ACS, e sugestões para qualificação das estratégias implementadas.

A vida comunitária é um local muito pedagógico para os profissionais. Apesar de exigirem tempo e competirem com a pressão por um maior número de consultas, contribuem muito para compreender melhor a dinâmica que envolve a vida das pessoas, para estabelecer parcerias, e conhecer as surpreendentes outras lógicas de organizar a vida. O conhecimento da cultura e dos recursos locais permite que o profissional seja mais rápido e eficaz no seu trabalho na atenção básica.<sup>15</sup> Além disso, desenvolver estratégias de cuidado mais efetivas, que construídas junto com a comunidade refletem suas reais necessidades e possibilidades de adesão.

O profissional da atenção primária tem a fundamental responsabilidade de se dedicar ao trabalho comunitário, ir ao encontro das pessoas no território, conhecer a realidade, estabelecer estratégias de diálogo e de intervenção de acordo com as necessidades das comunidades. Entendemos que é ali junto com a comunidade nas atividades de educação em saúde que se ganha a batalha dos desafios de uma atenção integral e universal.

Todas as ações planejadas pelo projeto de intervenção foram desenvolvidas, entretanto algumas não tiveram a qualidade necessária dentro do prazo de 16 semanas, entre elas, aquelas realizadas na comunidade, devido ao intenso calor, períodos de chuvas, que em muitas ocasiões impediram as atividades coletivas e até de consultas planejadas, mas posteriormente foram reagendas. Também enfrentamos a dificuldade da falta de um ACS na equipe, deixando uma microárea descoberta, o que exigiu esforços extras da equipe e principalmente dos ACS, que garantiram o suporte aos pais dessa microárea descoberta.

Outra dificuldade foi o fato da referida área se localizar na periferia da cidade, com uma extensão muito grande sem o suporte de outras equipes, sendo a opção mais próxima para áreas descobertas por ESF em Roraima. Isso dificulta a realização de um trabalho planejado, obrigando diversas adaptações difíceis, mas inevitáveis. Diante da apresentação destas dificuldades à gestão, reivindicou-se a urgência na construção de outra UBS.

Portanto, a formação em serviço, neste caso, foi impulso para reorganizações da equipe e dos processos de trabalho cotidiano. A inserção em serviço do profissional

em formação foi importante para a equipe, evidenciando os limites da prática, desacomodando e impulsionando as mudanças necessárias do fazer em saúde, que por sua natureza é complexa e precisa ser constantemente avaliadas e (re) planejadas.

## CONCLUSÕES

O desenvolvimento da intervenção ampliou a cobertura e a qualidade da atenção às crianças. Demonstrou-se que é possível ofertar uma atenção de qualidade ao público infantil quando há envolvimento da equipe, estratégias bem dirigidas as necessidades e ações planejadas. A organização da equipe para a intervenção viabilizou a otimização da agenda para uma atenção com mais qualidade.

Para a equipe a intervenção proporcionou um maior conhecimento sobre o cuidado às crianças e aos pais. Contribuiu para um trabalho mais integrado e organizado que foi traduzido por uma maior responsabilização de cada profissional diante da comunidade. Antes da intervenção as atividades de puericultura eram focadas na enfermagem, com a intervenção foram redirecionadas a equipe.

A especialização em Saúde da Família, através da sua proposta de ensino teórica/prática fundamentada na problematização, foi importante para que o estudante, profissional advindo de outro país, pudesse compreender a cultura, a política de cuidado na atenção Básica e a forma de organização do Sistema Único de Saúde. Oportunizou associar conhecimentos teóricos e práticos necessários para o trabalho em saúde, que não ficou restrito ao estudante em si, mas envolveu toda a equipe, configurando-se como importante estratégia de ensino/aprendizado e qualificação da prática coletiva.

A qualificação de uma ação programática como parte de um trabalho de conclusão de curso constituiu-se como um método de ensino muito importante e que precisa ser mais fomentado pelas universidades, estreitando a relação entre o ensino e a pesquisa, a teoria prática tão necessário para avançar na qualificação do cuidado no SUS. Essa estratégia estimulou a equipe a incorporar as ações da intervenção na rotina da unidade, alcançar 100% dos indicadores, e também melhorar outras ações programáticas, como a atenção ao pré-natal e puerpério, e saúde da mulher.

No entanto reiteramos que debate deve ser amplo, orientado para que a qualificação das ações e ampliação do acesso no cuidado da atenção primária seja permanente e envolva mudanças estruturais de políticas públicas, que promova a garantia e qualificação de recursos humanos de forma contínua, e assim, fortaleça a atenção primária enquanto porta de entrada e ordenadora das ações de saúde na rede.

As mudanças demográficas e epidemiológicas apontam para o envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crônicas. Nesse cenário, o cuidado a saúde da criança se constitui como fundamental, podendo garantir futuras gerações adultas e idosos mais saudáveis. Assim, esperamos que essa experiência contribua com o trabalho de outras equipes de ESF a atenção a saúde da criança, impulsionando o

empoderamento dos profissionais na parceria junto as comunidades para qualificar ações, projetos e princípios do SUS.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Saúde da criança. Caderno de Atenção Básica nº 33. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Moraes IF, Oliveira AG, Azevêdo LMN, Valença CN, Sales LKO; Germano RM. O que mudou nos serviços de saúde com a estratégia saúde da família. *Rev Rene*. 2012;13(2):291-9.
3. Leite GB, Bercini LO. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do programa saúde da família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003. *Cienc Cuid Saude*. 2005;4(3):224-30.
4. Andrade RD, Santos JS, Pina JC, Silva MAI, Mello DF. The child care as time defense of the right to health of children. *Cienc Cuid Saude*. 2013;12(4):719-27.
5. Gomes LMX, Pereira IA, Torres HC, Caldeira AP, Viana MB. Access and care of individuals with sickle cell anemia in a primary care service. *Acta Paul Enferm*. 2014;27(4):348-55.
6. Vieira VCL, Fernandes CA, Demitto MO, Bercini LO, Scochi MJ, Marcon SS. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. *Cogitare Enferm*. 2012; 17(1):119-25.
7. Nideck RLP, Queiroz PP. Perspectivas para o ensino na saúde: do 'apagão educacional' à política de educação permanente. *Trab Educ Saude*. 2015; 13(1): 159-179.
8. Neves RC, Wendt A, Costa CS, Flores TR, Soares ALG, Wehrmeister FC. Cobertura da vacina meningocócica C nos estados e regiões do Brasil em 2012. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(38):1-10.
9. Barata RB, Pereira SM. Desigualdades sociais e cobertura vacinal na cidade de Salvador, Bahia. *Rev Bras Epidemiol*. 2013; 16(2): 266-277.
10. Pereira SCN. Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças de uma unidade de saúde da família de Salvador-Bahia-Brasil. 114 f. Dissertação (Mestrado) apresentada à Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Programa de Pós-Graduação em Medicina e Saúde Humana.
11. Goulart LMHF, Alves CRL, Viana MRA, Moulin ZS, Carmo GAA, Costa JGD, Almeida JSCB. Caderneta de Saúde da Criança: avaliação do preenchimento dos dados sobre gravidez, parto e recém-nascido. *Rev paul pediatr*. 2008; 26(2): 106-112pp.106-112.
12. Silva FB, Gaíva MAM, Mello DF. Utilização da caderneta de saúde da criança pela família: percepção dos profissionais. *Texto Contexto Enferm*. 2015; 24(2): 407-14.
13. Rigo L, Dalazen J, Garbin RR. Impacto da orientação odontológica para mães durante a gestação em relação à saúde bucal dos filhos. *Einstein*. 2016. 14(2): 219-25.
14. Neto GX, Queiroz CA, Rocha J, Cunha ICKO. Por que eu não levo meu filho para a consulta de puericultura. *Rev Soc Bras Enferm Ped*. 2010; 10(2):51-9.
15. Vasconcelos, E. M. Educação Popular em Saúde: de uma prática subversiva a um a estratégia de gestão participativa das políticas de saúde. In: Streck D, Esteban MT. (org). Educação Popular: lugar de construção social coletiva. 1º ed. Petrópolis: Vozes, 2013; p. 110-27.

Recebido em: 28/03/2017

Revisões requeridas: Não houveram

Aprovado em: 19/04/2017

Publicado em: 15/01/2019

**\*Autor Correspondente:**

Elitiele Ortiz dos Santos

Rua São Manuel, 963

Rio Branco, Porto Alegre, RS, Brasil

E-mail: elitiele\_ortiz@hotmail.com

Telefone: +55 51 982494808

CEP: 90.620-110