

PROMOÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM ESTUDO DOCUMENTAL

Fernanda Ferreira Souza¹, Emanuella de Castro Marcolino¹, Breno L. P. de Souza Diniz², Maiza Gabriela Camêlo Guimarães¹, Daniella Ramos de Almeida¹, Cláudia Santos Martiniano¹, Solange Albuquerque Medeiros³

¹Universidade Estadual da Paraíba

²Universidade Federal de Campina Grande

³Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande

¹fernandaferreira-ffs@hotmail.com

Resumo – O presente trabalho visa analisar como vem sendo desenvolvida a puericultura em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados os prontuários e os cartões espelho das crianças menores de dois anos de idade adscritas na área de atuação da UBSF. Os resultados revelaram falhas no cadastramento das crianças menores de dois anos de idade; a procura dos cuidadores pelo serviço de saúde ocorre, ainda, por motivo de intercorrência; e as anotações realizadas pelos profissionais nos documentos das crianças são insuficientes. Conclui-se que há necessidade da qualificação da promoção da saúde da criança com vistas a uma abordagem integral que permita a concretização do trabalho em equipe na Estratégia Saúde da Família.

Palavras-chave: Puericultura, Atenção Básica, Programa Saúde da Família.

Área do Conhecimento: Ciências da Saúde

Introdução

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como forma de impulsionar a promoção da saúde e reorganizar o sistema vigente, em especial a Atenção Básica. Nesse sentido, a puericultura consiste em um dispositivo de concretização da ESF, visto que se preocupa com a promoção da saúde de uma das áreas estratégicas de atuação da Atenção Básica, a saúde da criança.

Puericultura, por sua vez, fundamenta-se em “um conjunto de meios que visam assegurar o perfeito desenvolvimento físico, mental e moral da criança” (CEARÁ, 2002, p.21). A mesma ocupa-se da infância normal, da promoção da saúde e da prevenção de doenças na infância, relacionando o ambiente onde ela está inserida e o comportamento das pessoas que lhe prestam cuidados nas etapas do seu desenvolvimento (MADEIRA; SILVA, 2007).

De acordo com o Manual de Normas para Saúde da Criança na Atenção Primária (BRASIL, 2002), as consultas de puericultura devem ser realizadas com base no Calendário de Atendimento da Criança, tendo como principal objetivo promover a saúde da mesma através do acompanhamento do seu desenvolvimento, vacinação e orientações as mães ou cuidadores, sobre as condutas mais adequadas para o desenvolvimento infantil. Outro objetivo da

puericultura é identificar doenças ou sinais de alarme para que a criança seja levada ao atendimento adequado.

Assim, o objetivo desse trabalho é analisar como vem sendo desenvolvida a puericultura em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) de Campina Grande.

Metodologia

O presente trabalho é um produto de uma pesquisa realizada no âmbito do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – Saúde da Família Campina Grande) cuja ação de intervenção e pesquisa está relacionada a assistência de puericultura de crianças menores de dois anos de idade, adscritas na UBSF Malvinas I, no município de Campina Grande – PB.

Portanto, para alcançar o objetivo proposto, realizou-se um estudo documental sendo analisados os prontuários e cartão espelho das crianças menores de dois anos de idades adscritas na área de atuação da UBSF Malvinas I. Nos prontuários foram investigadas as seguintes variáveis: idade; o responsável pela criança durante a visita a referida UBSF; a regularidade das visitas das crianças a UBSF; cumprimento do calendário vacinal; se houve intercorrências clínicas e, em caso afirmativo, investigaram-se as mais comuns e o intervalo entre as mesmas.

Os cartões espelho das crianças menores de dois anos de idades equivalem à cópia do cartão de vacinação que fica arquivado na UBSF para monitoramento da situação vacinal das crianças da área de abrangência e devem ser disponibilizados para as UBSF, de maneira a facilitar o acompanhamento da criança pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e demais profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2010). Nesse documento forma investigadas as variáveis: peso, altura e vacinação.

Conforme recomenda a Resolução nº. 196/96 sobre diretrizes e normas reguladoras da pesquisa envolvendo seres humanos, a coleta de dados ocorreu após autorização formal da Secretaria Municipal de Saúde de Campina Grande e o parecer de aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) sob número 0280.0.133.000-10.

Resultados

No que diz respeito organização do serviço, compreendido como a forma que o serviço organiza sua dinâmica de trabalho de modo que possa melhor atender o usuário, a UBSF Malvinas I, campo de investigação dessa pesquisa, é composta por duas equipes de saúde da família, as quais seguem modelos de organização de serviço distintos.

Com relação ao acompanhamento da criança, enquanto que em uma equipe as crianças são assistidas pela enfermeira, a qual determina a necessidade ou não de um acompanhamento médico para essa criança, na outra equipe as crianças são assistidas pela enfermeira e pela médica, porém inexistente uma comunicação entre ambas, ferindo a característica de abordagem integral do indivíduo, posta por o modelo coletivo de atenção à saúde.

Uma vez tendo caracterizado o campo de atuação dessa pesquisa quanto à promoção da saúde da criança, a análise dos documentos propostos – prontuários e cartões espelho das crianças menores de dois anos de idade – revelaram os seguintes resultados: falhas no cadastramento das crianças menores de dois anos de idade percebidas pela ausência do cadastro de algumas crianças da população adscrita; a procura dos cuidadores pelo serviço de saúde ocorre, em muitos casos, apenas por motivo de intercorrência; as anotações realizadas pelos profissionais nos documentos das crianças são insuficientes.

No que se refere à análise dos prontuários, constatou-se que o número de crianças menores de dois anos na área de abrangência da UBSF seria 110. No entanto, os dados que constavam no

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do mês da coleta dos dados revelaram um número maior de crianças menores de dois anos, adscritas nessa Unidade, sendo 127 crianças.

Uma vez que se sabe que todos os indivíduos de uma determinada área geográfica são de responsabilidade de uma dada Unidade de Saúde, percebe-se que 17 crianças nunca compareceram ao serviço de saúde, portanto, não possuem prontuário e nunca realizaram sequer uma consulta de puericultura.

Das crianças que possuem prontuário na Unidade, cerca de 40% iniciaram o acompanhamento por motivo de intercorrência, caracterizada como uma situação clínica inesperada que se manifesta em um indivíduo sadio ou com uma doença crônica associada e que não pode ser compreendida como puericultura, levando-se a crer que o estado de saúde ainda é tido como a ausência de doenças e, por isso, a assistência à saúde é motivada pela presença de doença, reforçando o modelo biomédico de atenção à saúde.

Nos registros dos prontuários da criança, os quais são semelhantes às duas equipes investigadas, constam o peso, a altura e, apenas em alguns prontuários, o perímetro cefálico, quando deveriam constar, além desses dados, o perímetro torácico. No que diz respeito à vacina, geralmente, esse dado encontra-se ausente ou desatualizado, fato esse percebido através da observação dos cartões espelho.

As anotações realizadas por ocasião da consulta à criança são vagas e não descrevem, de forma integral, a abordagem à criança nesse momento. Percebe-se, ainda que, não são anotadas as orientações dadas e, em raros casos, os encaminhamentos para sala de vacina constam nos prontuários, porém não são especificadas quais as vacinas que as crianças consultadas necessitam.

Tais anotações restringem-se a registros genéricos, principalmente de alimentação e acompanhamento do crescimento, por parte da enfermagem e, condutas terapêuticas incluindo prescrição de medicamento por parte do profissional médico. No entanto, a puericultura envolve questões amplas de cuidado à criança contemplando a promoção da saúde infantil através de ações de prevenção compreendendo a criança em seu contexto familiar e social e a interação com os aspectos ambientais (econômico, histórico, político e cultural).

A análise do Cartão Espelho revelou que, no que se refere ao calendário vacinal infantil, havia uma quantidade relevante de esquemas vacinais incompletos, entendendo-se como calendário vacinal incompleto quando a criança não possui

todas as doses de vacinas necessárias para a sua idade.

Das 127 crianças analisadas a partir do Cartão Espelho, 63 encontravam-se com o calendário vacinal incompleto, representando 49,6% das crianças, sendo que 23,8% das 63 crianças o motivo observado foi a falta de algumas vacinas na UBSF, dado comprovado durante a análise dos cartões espelho comparando-se as vacinas que estavam atrasadas com as que estavam faltando na UBSF durante o período de acordo com os profissionais da mesma; restando 76,2% que teriam como possível causa ou a desatualização do ACS ou o descompromisso do(a) cuidador(a), fatores esses que não permitem uma melhor avaliação, uma vez que se tem como instrumento de coleta de dados, apenas, o Cartão Espelho.

No entanto, pode-se supor que grande parte dos calendários estavam incompletos devido a desatualização dos mesmos pelos ACS, visto que esses são os principais profissionais responsáveis pela saúde das crianças de sua área de abrangência. Tal situação põe em debate a necessidade de se atualizar os dados das microáreas tanto por parte dos ACS como dos outros profissionais da equipe, pois se pode emitir uma interpretação distorcida da real condição de saúde da população, já que a comunidade tem o caráter de se modificar.

Discussão

No que diz respeito ao cadastramento das crianças menores de dois anos de idade, considerando que as equipes de saúde da família devem realizar o cadastramento de todas as famílias, por meio de visita aos domicílios, destaca-se nesse trabalho, a participação do Agente Comunitário de Saúde (BRASIL, 2002). Este tem como competência cadastrar as famílias de sua microárea e atualizar os dados mensalmente, incluindo obviamente as crianças. Assim, as unidades de saúde devem trabalhar com definição de área de abrangência e de população sob sua responsabilidade, que será cadastrada e vinculada à unidade (BRASIL, 1999) caracterizando a população adscrita.

Tem-se, ainda, que, ao trabalhar com populações adscritas, todas as famílias da área de abrangência devem ser vinculadas e acompanhadas pela Unidade de Saúde da Família responsável, independente da escolha do usuário por um serviço de saúde privado que na maioria dos casos ofertam apenas consultas médicas.

Segundo Vitolo, Gama e Campagnolo (2010), quando se atribui como causa do grau de

utilização dos serviços de saúde o perfil de necessidade de saúde de um grupo populacional, entende-se que as ações desenvolvidas devem ser voltadas para a família, no sentido de viabilizar informações que abordem a importância do acompanhamento contínuo da saúde da criança pelo serviço de saúde, devendo essas ações partir do profissional de saúde.

Em se tratando da procura pelo serviço, apenas, por motivo de intercorrência, tem-se que o profissional que pratica a Puericultura, seguindo as consultas determinadas pelo calendário mínimo de consultas para a assistência à criança (BRASIL, 2002) não deve desempenhar seu trabalho com práticas meramente clínicas, mas com uma visão epidemiológica e social, relacionando-as intimamente com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade.

Dessa forma, o puericultor tem o papel de minimizar os impactos sociais e emocionais da criança, assim como orientar a família estabelecendo vínculos que permitem o melhor cuidado à mesma (DEL CIAMPO El al, 2006) e produzindo nessa família o sentimento de coresponsabilização.

Quando se trata dos registros no prontuário e no cartão espelho da criança, sabe-se que o registro sistematizado no prontuário confere aos profissionais maior conhecimento e melhor compreensão do processo saúde-doença, facilitando a socialização dos dados entre os diferentes profissionais e ainda possibilitando um melhor acompanhamento, visto que gera um caráter de continuidade da assistência (PRADO; FUJIMORI, 2006).

Além disso, segundo Freire (1996), a escrita é a expressão concreta do pensamento, conferindo condições de voltar ao passado, enquanto se está construindo a marca do presente.

Conclusão

Portanto, a análise documental permitiu revelar que os documentos da criança que são de responsabilidade da Unidade de Saúde não estão sendo bem utilizados pela equipe, uma vez que os prontuários possuem informações breves e insuficientes no seu papel de expressar e registrar a situação de saúde de sua criança e os Cartões Espelho não permitem que os demais membros da equipe de saúde, além do ACS, tenham acesso às informações nele contidas, tornando impossível o conhecimento da situação de saúde da criança a partir desse instrumento.

Nesse sentido, percebe-se que a Unidade Saúde da Família ainda não está devidamente preparada para pautar-se no modelo coletivo de Atenção à Saúde, visto que uma das

características do mesmo é o enfoque na integralidade do sujeito, a qual demanda um acompanhamento contínuo, que só pode ser executado uma vez que todos os profissionais de uma equipe interdisciplinar conhecem o papel do outro, bem como o que já foi realizado em termos de promoção da saúde da criança. Tais informações devem ser coletadas e observadas nos prontuários.

Assim, a promoção da saúde da criança é algo que precisa ser melhor estruturada e organizada dentro do serviço de saúde, a fim de que os resultados almejados de, principalmente, conhecimento da necessidade de um acompanhamento contínuo da criança por parte do cuidador e redução de adoecimentos por causas preveníveis, sejam alcançados. Para tanto, trilhasse o caminho na persistência, no conhecimento e na defesa pela coletividade.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/vi_sualizar_texto.cfm?idtxt=24225> Acesso em: 25 de janeiro de 2010.

- BRASIL b. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília. 2002. 125p.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a organização de atenção básica**. Brasília/DF, 1999.

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília, 2002.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de 2 anos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

- CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. **Atenção à Saúde da Família: mudando a qualidade de vida da população**. Fortaleza, 2002.

- DEL CIAMPO, L.A.; RICCO, R.G.; DANELUZZI, J.C.; DEL CIAMPO, I.R.L.; FERRAZ, I.S.; ALMEIDA, C.A.N. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v.1, n.3, 2006. p. 739-743.

- FREIRE, M. **Série Seminários: observação, registro e reflexão – instrumentos**

metodológicos I. São Paulo: Publicações do Espaço Pedagógico, 1996.

- MADEIRA, Isabel Rey; SILVA, Rosa Resegue Ferreira da. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. In: **Tratado de Pediatria**. 1ª Ed. São Paulo: Manole, 2007.

- _____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos**: Resolução 196/96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.

- PRADO, S.R.L.A.; FUJIMORI, E. Registro em prontuário de crianças e a prática da integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. V.59, n.1. Brasília: 2006.

- VITOLLO, M.R.; GAMA, C.M.; CAMPAGNOLO, P.D.B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**. V.86, n.1. Porto Alegre: 2010.