

Avaliação da Puericultura da UBS Areal Leste: Longitudinalidade e Qualidade

LUÍSA PEGORARO EINHARDT¹;
LEONARDO VELLAR AUGÉ²;
BRUNO EDUARDO PEREIRA SILVA³;
MARIA ANGÉLICA DA SILVA SANTOS⁴;
MARIANA FERREIRA DUARTE BORGES⁵;
KELEN DE MORAIS CERQUEIRA⁶

¹*Universidade Federal de Pelotas - luisa.einhardt@ufpel.edu.br*

²*Universidade Federal de Pelotas – leonardovauge@gmail.com*

³*Universidade Federal de Pelotas – brunosilva9281@gmail.com*

⁴*Universidade Federal de Pelotas – angelica_santos@hotmail.com*

⁵*Universidade Federal de Pelotas – mariborges.sg@gmail.com*

⁶*Universidade Federal de Pelotas – kelenmcerqueira@gmail.com*

1. INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, PNAISC, se estrutura em sete eixos estratégicos com a finalidade de orientar os serviços de saúde no cuidado da criança desde o início da gestação até os nove anos de vida, são eles: atenção humanizada desde a gestação; aleitamento materno e alimentação complementar; acompanhamento e promoção do crescimento e desenvolvimento integral; atenção aos agravos mais prevalentes; atenção a situações de violência, prevenção de acidentes e promoção de uma cultura de paz; atenção às crianças com deficiências e/ou em condições de vulnerabilidade e prevenção de óbito infantil, fetal e materno. [1]

A puericultura abrange o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de maneira integral da criança, sendo um dos pilares para a promoção de sua saúde. Nesse sentido, envolve aspectos diversos da vida e do meio em que a criança está inserida, tornando-se capaz de prevenir agravos e melhorar a percepção da família sobre o cuidado. [2]

Na consulta de puericultura, estão envolvidas a avaliação de medidas antropométricas, como peso, comprimento, perímetro torácico e perímetro cefálico (PC), que devem ser reavaliados rotineiramente e comparados nos gráficos de curva de crescimento. Tais análises permitem a identificação precoce de alterações, como desnutrição, sobrepeso e obesidade. [3] Além disso, devem ser avaliados o desenvolvimento neuropsicomotor esperado para a idade, o calendário vacinal e fornecidas orientações aos cuidadores, como orientações sobre amamentação e a importância do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês. A construção desse elo com a rede de apoio da criança é fundamental para que ela receba um suporte adequado. [4]

Os registros na Caderneta da Criança e no prontuário são elementos imprescindíveis no processo de atenção à saúde. Essa documentação permite a comunicação entre profissionais e a identificação do panorama de saúde da criança. Tais dados são utilizados para o planejamento de ações e a avaliação da resposta às estratégias adotadas, além de servir de fonte de informação para questões jurídicas, pesquisas e para respaldo do profissional. [5]

Diante do exposto, definiu-se como objetivo do estudo avaliar a longitudinalidade e a qualidade do serviço de puericultura oferecido a crianças de 0 a 2 anos na Unidade Básica de Saúde (UBS) Areal Leste (Pelotas – RS).

2. METODOLOGIA

Realizamos um estudo descritivo com análises pontuais na UBS Areal Leste, Pelotas. A população de estudo é representada por recém nascidos e crianças de ambos os sexos de 0 a 2 anos acompanhados nesta UBS.

Para a coleta de dados do estudo, foram utilizadas as fichas-espelho de puericultura da UBS preenchidas até o dia 04/12/2023. Coletou-se datas de consultas, medidas de nascimento e o acompanhamento de peso, comprimento e perímetro cefálico (PC), incluiu-se também a avaliação de risco da puericultura. Dados a respeito de aleitamento e alimentação não foram incluídos no estudo devido à insuficiência de registro dessas informações nas fichas. Os erros de preenchimento atestados foram classificados em erros de falta (ausência de informação) ou erros de contradição (dados presentes, mas que se contradizem). No total, a UBS contava com 162 crianças em acompanhamento, 132 participaram do estudo por estarem na faixa etária delimitada.

As medidas antropométricas receberam um z-score calculado a partir do software WhoAnthroPlus v3.2.2, e outras análises foram realizadas com o programa Stata 15.1.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao sexo, metade da amostra consistiu em meninos (66 crianças), e a outra metade foi composta por meninas (66 crianças).

Sobre o tipo de parto, em cinco fichas, esse dado não estava preenchido (3,8% da amostra). Dentre as fichas que o incluíam, 45,5% relataram parto vaginal (com ou sem fórceps), e 54,5%, parto cesárea. A prevalência do parto cesárea é alta conforme os critérios da OMS, que avalia que a taxa ideal estaria entre 10% e 15% (porcentagem de casos em que a técnica é justificada) [6], o que é grave, dado que a cirurgia pode gerar complicações, sequelas ou morte.

O Ministério da Saúde preconiza sete consultas no período de 0 a seis meses. [7] Neste estudo, utilizou-se os dados das crianças de um a dois anos, considerando que deveriam ter no mínimo, sete consultas. A análise evidenciou que de 71 crianças, 50 (70,4%) haviam realizado menos de sete consultas, demonstrando assim, o comprometimento do acompanhamento longitudinal das consultas de puericultura.

Risco: as crianças foram divididas em: baixo risco (nenhuma de suas consultas de puericultura foi classificada alto risco) e alto risco (ao menos uma consulta de puericultura classificada médio ou alto risco). Onze crianças (8,3% da amostra) não puderam ser classificadas devido à falta de registros. Quinze crianças (11,2%) dentre as 123 restantes foram consideradas de alto risco.

Curvas de desenvolvimento: as medidas antropométricas foram analisadas individualmente e tiveram os z-scores de peso, comprimento e PC somados para gerar um único valor (média dos z-scores). Abaixo, estão as distribuições das médias (**Figuras 1, 2 e 3**) e alguns parâmetros relacionados a elas (**Tabela 1**):

Figuras 1, 2 e 3: Distribuições das médias de z-scores de peso (esquerda), estatura (centro) e PC (direita).

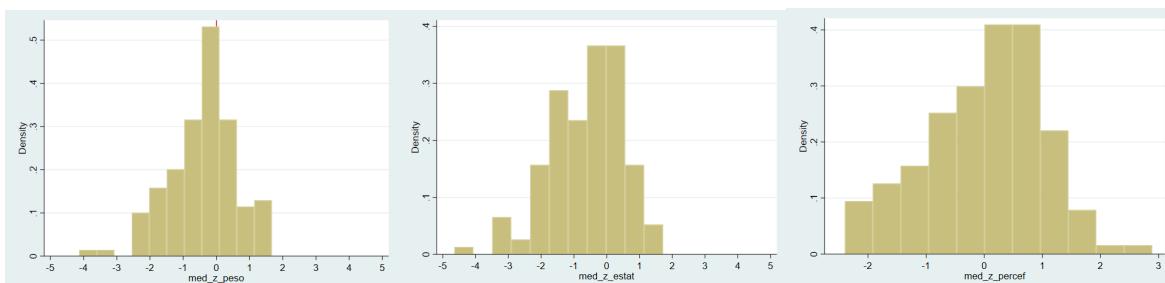


Tabela 1: Parâmetros das distribuições das curvas de crescimento.

	Média	Mediana	Intervalo Interquartil	Skewness	Curtose	Desvio Padrão
Peso	-0,404	-0,270	(-1,075 – 0,280)	-0,571	3,80	1,00
Estatura	-0,616	-0,450	(-1,365 – 0,175)	-0,622	3,63	1,11
PC	-0,017	0,105	(-0,645 – 0,645)	-0,257	2,90	1,02

Ao associar as médias de z-scores das medidas de peso obtidas ao longo das consultas entre crianças de alto e baixo risco, encontra-se, pelo teste T de Student, diferença estatística ($p = 0,001$). Já para as médias de z-scores de comprimento e PC, o teste não-paramétrico de Wilcoxon demonstrou também diferença significativa entre os grupos ($p = 0,005$ e $p = 0,023$, respectivamente). Esses achados, embora limitados, demonstram que a avaliação em “alto risco” está sendo realizada de maneira consistente pela equipe de saúde da UBS e que as crianças nessa classificação estão mais vulneráveis do que aquelas de baixo risco.

Outrossim, calculamos que 34,5% das crianças de baixo risco de 1 a 2 anos de idade tiveram mais consultas que o mínimo previsto para o primeiro ano de vida. Contudo, apenas 22,2% das crianças de alto risco da mesma faixa etária atingiram esse valor (pelo teste T de Student, não houve diferença significativa entre os grupos – $p = 0,927$). Assim, constatou-se que a UBS, embora identifique as crianças em risco, não as atende com a maior frequência recomendada.

Em relação aos erros de preenchimento, computamos que, de 132 fichas, 47,7% (63) apresentaram ao menos um erro. Destas, a maioria (55, ou seja, 87,3%) inclui erros de falta de preenchimento. Já 6,35% (4) apresentaram erros de contradição e 6,35% (4) apresentaram ambos os erros. Dos 131 erros constatados nos dados de medidas antropométricas, 26 (16,7%) foram de peso, 47 (32,1%) foram de comprimento e 58 (51,2%, isto é, a maioria) foram de PC. Dentre as 123 crianças com risco identificado, a distribuição de erros foi mais alta em fichas de alto risco (média de 1,33 por ficha) em relação às de baixo risco (média de 0,97 erros por ficha), todavia, pelo teste T de Student, não se encontrou diferença significativa ($p = 0,46$).

Por fim, procuramos avaliar a confiabilidade dos valores das medidas antropométricas. Para avaliar com precisão esse questionamento, seria necessário um controle das medidas reais das crianças como controle em relação às medidas dos estudantes. Dessa maneira, adotamos métodos essencialmente estimativos: admitindo que a balança da UBS gere um erro aleatório insignificante (em relação ao erro aleatório de medidas realizadas por humanos), calcula-se a variância “esperada” para a amostra (fruto da variação decorrente do próprio desenvolvimento). Ao se comparar a variância do peso àquelas provenientes dos dados de estatura e PC, o teste F demonstrou diferença significativa entre peso e PC, mas não entre peso e comprimento. Isso demonstra que, para o PC, uma medida isolada possui um menor valor diagnóstico do que uma única medida de peso. Essa situação pode ser atribuída a diversos fatores, como diferentes técnicas de medição e/ou agitação da criança durante a consulta.

4. CONCLUSÕES

O estudo avaliou o serviço de puericultura realizado na UBS Areal Leste, comparando-o com as diretrizes da PNAISC, de forma a oferecer uma reflexão

sobre possíveis ações capazes de melhorar o acompanhamento longitudinal da puericultura. A falta de regularidade no acompanhamento das crianças e a falta de registros na ficha de puericultura foram evidências marcantes deste estudo por comprometerem o cuidado, a identificação de riscos e agravos e o planejamento de ações de intervenção.

A avaliação dos serviços de saúde é imprescindível para a promoção e manutenção de sua qualidade, por isso propõe-se que diante dos dados apresentados a equipe de saúde da UBS Areal Leste monitore periodicamente suas fichas-espelho de acompanhamento da criança e discuta os resultados com os demais profissionais e alunos, de forma escutá-los e identificar os obstáculos que estão dificultando estes atendimentos.

A participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) nesta ação também é de fundamental importância, tanto para a busca ativa dos pacientes faltosos, quanto para a promoção da importância do acompanhamento de puericultura na comunidade assistida. Os ACS constituem a ligação entre a unidade básica de saúde e a comunidade, portanto caracterizam-se como uma das principais figuras na promoção de saúde.

Sabe-se que as famílias mais vulneráveis, frequentemente são as que mais têm dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Portanto, planejar e priorizar o atendimento de crianças destas famílias deve ser sempre um dos objetivos de qualquer unidade básica de saúde.

.5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, n. 149, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33) ISBN 978-85-334-1970-4
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica N° 33: Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento, 2012. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf
4. PACHECO, H.S.R. Promoção de saúde da criança: A importância da puericultura na primeira infância. 2020. 42f. TCC (Especialização em Atenção Básica - Curso de Pós-Graduação em Atenção Básica, Universidade Federal do Paraná).
5. Barboza CL, Barreto MS, Marcon SS. Records of childcare in primary care: descriptive study. Online brazilian journal of nursing [online periodic]. 2012 Aug [cited 2012 sep 03]; 11(2):359-75. Disponível em:
<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3687>
6. OMS. Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas. [S. l.: s. n.], 2015. Disponível em:
http://iris.who.int/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica N° 23: Saúde da Criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Departamento de Atenção Básica. 2ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_ca_b23.pdf
8. BRASIL, Ministério da Saúde, Saúde de A-Z. Disponível em:
<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/pnaisc>.