



Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN
Secretaria de Educação à Distância – SEDIS
Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS
Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MICROINTERVENÇÕES EM ACOLHIMENTO E PUERICULTURA NA
UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DO ARAÇAS,
LOCALIZADA NA ZONA RURAL DO MUNICÍPIO DE IBIAPINA, CEARÁ

ANA LARISSA CARVALHO TOMAZ

NATAL/RN
2021

MICROINTERVENÇÕES EM ACOLHIMENTO E PUERICULTURA NA UNIDADE DE
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE DO ARAÇAS, LOCALIZADA NA ZONA RURAL DO
MUNICÍPIO DE IBIAPINA, CEARÁ

ANA LARISSA CARVALHO TOMAZ

Trabalho de Conclusão apresentado ao
Programa de Educação Permanente em
Saúde da Família, como requisito parcial
para obtenção do título de Especialista
em Saúde da Família.

Orientador: RAFAEL SOARES DIAS

NATAL/RN
2021

A Deus, em primeiro lugar, por me dar fé, saúde e discernimento diário para enfrentar os problemas do cotidiano.

Aos meus familiares, agradeço pela torcida e pelo afeto característico.

Ao meu facilitador pedagógico Prof. Rafael Soares Dias, pela oportunidade de poder me orientar neste trabalho de conclusão de curso de especialização em Saúde da Família.

Aos professores do Curso de especialização em Saúde da Família do Programa de Educação Permanente em Saúde da Família (PEPSUS), que contribuíram brilhantemente com informações teóricas, técnicas e empíricas para o aprofundamento de novos conhecimentos.

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte de minha formação, o meu muito obrigada.

Aos meus pais, Francisca Edleuza Coelho de Carvalho e José Dirceu Tomaz por todo o carinho e confiança creditada a mim. Seus exemplos de vida me deram motivos para seguir em frente, buscando os meus objetivos.

Ao meu irmão, Manoel Eliezer Tomaz Neto, pelos conselhos em momentos difíceis.
Ao meu marido, Francisco Emídio Reinaldo Júnior, pela incessante ajuda nos momentos mais difíceis da minha vida e pelo companheirismo rotineiro.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Analisando a rotina de cuidados da Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) do Araças, localizada na zona rural do município de Ibiapina, Ceará, identificaram-se diversos problemas, principalmente, em relação ao acolhimento e a saúde infantil.

OBJETIVOS: O objetivo deste trabalho é relatar sobre as microintervenções realizadas no âmbito do acolhimento e da puericultura, de forma a qualificar essas ações de cuidado junto à população.

METODOLOGIA: Trata-se de um trabalho qualitativo, descrito e no formato de relato de experiência.

RESULTADOS: Foi apresentada uma aula pela médica da unidade de saúde, realizando esclarecimentos sobre o acolhimento e a puericultura. Além disso, foi abordado como deveria ser implementado na UAPS do Araças. Quanto a puericultura, foi feita uma reunião onde foram discutidos quais as explicações para a baixa adesão desse programa por parte da comunidade e, com base nessas hipóteses, foi conversado sobre quais medidas poderiam ser utilizadas para aumentar e melhorar qualidade das consultas de puericultura.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: Após as microintervenções, percebeu-se uma maior satisfação dos usuários com as modificações realizadas. Houve uma diminuição dos pacientes que retornavam para casa sem atendimento ou sem ter uma solução do problema. Em relação a puericultura, houve um aumento do número total de atendimentos e também se observou uma melhora na qualidade dessa consultas, sendo repassada a importância dos cuidados com a saúde da crianças.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 RELATO DE MICROINTERVENÇÃO I	9
3 RELATO DE MICROINTERVENÇÃO II	12
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	16
REFERÊNCIAS	17

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, os princípios fundamentais que norteiam a atenção à saúde (universalidade, equidade e integralidade), expressos inicialmente nos movimentos de Reforma Sanitária e incorporados na Constituição Brasileira de 1988 e na legislação do Sistema Único de Saúde (SUS) vêm produzindo mudanças no paradigma da prática em saúde, em particular na atenção básica à saúde (PINTO, 2006).

Desde sua criação em 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF) gradualmente foi se tornando a principal estratégia para a ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança do modelo assistencial. Pouco mais de dez anos depois, já então como eixo norteador da base do SUS, foi transformado em Estratégia de Saúde da Família (ESF), enunciada na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) em 2006, que posteriormente foi revisada em 2011 e 2017 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2011; BRASIL, 2017)

Em 2006, foi elaborada e aprovada a PNAB, que explicita a Saúde da Família (SF) como modelo preferencial de reorganização da atenção primária no SUS. Na PNAB, Atenção Básica (AB) é definida como ‘um conjunto de ações de saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde’. Essas ações se desenvolvem por meio de uma equipe multidisciplinar, em um território geograficamente definido e com sua respectiva população, tornando-se o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde. Fortalecem os princípios da Atenção Primária a Saúde (APS) em um Sistema Universal de Saúde, como é o SUS: universalidade, acessibilidade, coordenação, vínculo, continuidade, integração, responsabilidade, humanização, equidade e participação social (MACINKO, 2015; MURRAY, 2000). Em 2011, com a proposta de Redes de Atenção à Saúde nas regiões brasileiras, a APS foi definida como porta de entrada do SUS (WEISS, 2000).

O acolhimento é uma das principais diretrizes éticas e políticas da Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS no Brasil. Definido em documentos oficiais como a recepção do usuário no serviço de saúde, compreende a responsabilização dos profissionais pelo usuário, a escuta qualificada de sua queixa e angústias, a inserção de limites, se for preciso, a garantia de assistência resolutiva e a articulação com outros serviços para continuidade do cuidado quando necessário (BRASIL, 2006).

Como área de amplo destaque entre as ações do Ministério da Saúde (MS) emerge a área da saúde infantil, através da implementação de programas a partir do século XX até os dias atuais, onde se tem proposto um atendimento de melhor qualidade para as crianças, com o intuito de garantir um crescimento e desenvolvimento saudável e, conseqüentemente, diminuir a suscetibilidade às doenças e, proporcionar uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2018).

No que diz respeito à rede assistencial à Saúde Infantil, a principal ferramenta utilizada pela APS é a consulta de puericultura, que é definida como um conjunto de ensinamentos e

práticas que visam o adequado desenvolvimento físico, psíquico e social da criança, de atuação multiprofissional, a partir de ações pautadas na promoção, prevenção e reabilitação da saúde das crianças, suas famílias e da comunidade, como um acompanhamento integral da criança, transcendendo os cuidados meramente procedimentais e curativos (GOES *et al*, 2018).

Diante disso, observando a rotina de cuidados da Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) do Araças, localizada na zona rural do município de Ibiapina, Ceará, identificaram-se diversos problemas, principalmente, em relação ao acolhimento, pois a escuta do usuário é praticamente inexistente e tal fato ainda configura o sistema de liberação de fichas, sendo todo paciente encaminhado para atendimento médico, o que sobrecarrega o profissional e limita inicialmente abordagem do paciente de forma multidisciplinar.

Outro setor bastante prejudicado no cotidiano da UAPS do Araças foi a puericultura, que é um dos programas essenciais para o funcionamento a contento de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), pois são poucas as crianças acompanhadas na unidade, levando a diversos questionamentos sobre ao grau de informação da população e da equipe quanto a prática desse seguimento tão importante para o desenvolvimento adequado das crianças dessa área de abrangência.

Diante das principais fragilidades expostas, é incontestável intervir nessas áreas de modo a melhorar as práticas de saúde. Portanto, o objetivo deste trabalho é relatar sobre as microintervenções realizadas no âmbito do acolhimento e da puericultura, de forma a qualificar essas ações de cuidado junto à população.

2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

O Ministério da Saúde (MS) tem lançado mão de estratégias para adequar os conhecimentos às novas propostas de estruturação da atenção primária. Dentre elas, destaca-se a PNH. Esta política atua a partir de orientações éticas, clínicas e políticas, que se traduzem em determinados arranjos de trabalho. Dentre as estratégias que norteiam esta política, evidencia-se o acolhimento (BRASIL, 2006).

O acolhimento surgiu como uma forma de assegurar uma melhor organização e funcionamento do estabelecimento de saúde, de um modo universal e sem distinções ao receber e ouvir as necessidades desses usuários que procuram o serviço, oferecendo uma resposta positiva, capaz de resolver ou minimizar danos, ou até mesmo se responsabilizar pela resposta, mesmo que esta seja em outros pontos de atenção da rede. Deve ser realizado como etapas deste acolhimento uma escuta qualificada, buscando informações dessas necessidades de saúde (coleta de informações, vulnerabilidades e sinais clínicos); identificar quais as intervenções de cuidados, proporcionar atendimento humanizado e responsabilizar-se pela continuidade da atenção e fortalecimento do vínculo entre usuário e profissional (BRASIL, 2011).

Diante disso, foi observado na UAPS do Araças, unidade de saúde localizada no município de Ibiapina, interior do Ceará, um sistema de fornecimento de fichas, principalmente para a demanda espontânea, e uma forma de agendamento para segmentos populacionais específicos (como portadores de doenças crônicas e gestantes), o que limita bastante o acesso da população ao sistema de saúde e fragiliza a relação usuário e equipe.

Assim sendo, diante da importância do acolhimento como diretriz operacional fundamental do modelo assistencial proposto pelo SUS, a fim de garantir não só a acessibilidade universal, mas também a qualificação das relações, na qual escuta e atenção às necessidades são fundamentais ao processo para que o serviço ofereça uma resposta resolutiva às demandas dos usuários, o objetivo deste trabalho está pautado no relato de experiência sobre a implantação desse modelo organizativo na unidade de saúde em questão.

Trata-se de um trabalho qualitativo, descrito e no formato de relato de experiência. No primeiro momento, pensou-se ser mais adequado realizar uma reunião de equipe para explicar melhor o acolhimento e como deve funcionar. Além disso, foram convidados todos os membros da equipe, como a enfermeira, a técnica de enfermagem e as agentes de saúde. Porém, devido aos problemas pessoais de alguns funcionários, só puderam participar a enfermeira e uma agente de saúde.

Nessa reunião, que foi realizada no início de outubro de 2020, foi apresentada uma aula pela médica da unidade, uma aula esclarecendo, de forma pormenorizada, como o acolhimento deveria ser implantado na unidade saúde, quais os benefícios não só para os pacientes, mas também para os funcionários e para a organização da unidade de saúde. Por fim, os resultados

positivos de acolhimento estabelecidos em várias UBS do Brasil foram citados como exemplo.

Durante a apresentação, foram discutidas algumas especificações, como a necessidade de um local reservado para que seja feita a escuta dos usuários e que, por meio dessa escuta, fossem colhidas algumas informações pertinentes para o direcionamento adequado do paciente ou, se fosse o caso, agendamento do mesmo. Foi debatido também a importância da classificação de risco para as situações de demandas agudas.

Outra mudança discutida foi a diminuição dos agendamentos de pacientes alocados em programas, como hipertensão e diabetes, para abrir mais espaço na agenda de demandas espontâneas e assim, de algum modo, instituir um "rudimentar" acesso avançado.

Em um segundo momento, foram confeccionados cartazes para os usuários entenderem melhor as mudanças que estão sendo instauradas, como por exemplo, o local onde o paciente deve se direcionar quando chegar a unidade, já que não têm funcionários para recepcionar os pacientes, e legendas explicando como funciona a classificação de risco, para que eles compreendam as prioridades.

Para implantar o acolhimento na unidade de saúde, foram encontrados alguns desafios. O primeiro, foi a falta de interesse de alguns membros importantes da equipe, que se ausentaram da reunião, como as agentes de saúde, que são necessários para difundir as mudanças para a população, e a técnica de enfermagem, a pessoa mais adequada para acolher os pacientes na unidade.

Para contornar essa situação, posteriormente, a médica da equipe conversou de forma particular com cada um dos funcionários para saber a opinião sobre as mudanças que estavam sendo implementadas nessa nova abordagem dos usuários que procuravam a unidade de saúde.

A partir dessas conversas, pode-se observar uma certa resistência de alguns funcionários, pois acreditavam que iriam trabalhar mais, visto que é bem mais simples distribuir fichas. Entretanto, a importância do acolhimento para melhorar o acesso dos usuários era reforçada constantemente, dado que, muitos pacientes estavam insatisfeitos com o sistema atual e muitos procuravam a emergência para solucionar suas demandas.

Outra dificuldade encontrada, foi que a maioria dos pacientes ainda eram direcionados para o atendimento médico, continuando bastante sobrecarregada em razão da busca constante dos pacientes por exames e medicamentos, atribuição de função principalmente do profissional médico.

Apesar dos contratemplos, ao longo do mês de outubro, a equipe percebeu uma maior satisfação dos usuários com as modificações implementadas. Houve uma diminuição dos pacientes que retornavam para casa sem atendimento ou solução do problema. Porém, ainda é preciso persistir com acolhimento para observar as mudanças a longo prazo, como um maior vínculo da população com a equipe.

Com o tempo, foi observada a necessidade de realizar reavaliações constantes, para tentar

contornar os problemas que surgirem e aprimorar os acertos. Por esse motivo, foram estabelecidas reuniões de equipes regulares, pelo menos uma vez por mês, que até então não era rotina, para o aperfeiçoamento na prática do acolhimento.

3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

As crianças devem ser tratadas com prioridade nas políticas de saúde. O SUS alinhado ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tem o dever de promover o direito à vida e à saúde de crianças, mediante atenção integral à saúde, que pressupõe tanto o acesso universal e igualitário aos serviços em todos os âmbitos de atenção, quanto o cuidado da criança na sua integralidade (BRASIL, 2010). A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas. Os distúrbios que incidem nessa época são responsáveis por graves consequências para indivíduos e comunidades (BRASIL, 2015).

A mortalidade infantil é um grave problema de saúde pública mundial, pois apesar da diminuição global de seus índices, ainda é uma realidade em vários países em desenvolvimento (UNICEF, 2015). No Brasil, a saúde da criança vem apresentando uma melhora significativa nos últimos anos nos indicadores de saúde, sobretudo com a grande diminuição nas taxas de mortalidade infantil (< 1 ano) e de mortalidade na infância (< 5 anos) (BRASIL, 2018). As evidências têm demonstrado que as principais estratégias que contribuíram para essa redução foram a ampliação do acesso à vacinação, a cobertura da AB e da ESF e, na última década, o Programa Bolsa Família, levando à diminuição da pobreza e, com suas condicionalidades, induzindo maior acesso da população (famílias e crianças) aos serviços da AB (RASELLA *et al.*, 2013). Também se observa um controle da morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e diarreia, grande diminuição dos índices de desnutrição e melhora crescente nos indicadores de aleitamento materno (BRASIL, 2018). A maior parte dos óbitos na infância concentra-se no primeiro ano de vida, sobretudo no primeiro mês. Existe uma elevada relação das causas perinatais como a prematuridade, o que evidencia a importância dos cuidados durante a gestação, o parto e o pós-parto, em geral preveníveis por meio de assistência à saúde de qualidade (DATASUS, 2011; FRANÇA *et al.*, 2017).

Nos últimos anos, evidências científicas apontam para a necessidade de ações voltadas não apenas para a sobrevivência e o crescimento infantil, mas também para o pleno desenvolvimento na infância. Assim, foi desenvolvido um amplo processo de construção participativa e pactuação interfederativa para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (2015) com o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento (BRASIL, 2016).

Dessa forma, foi implementado o programa de puericultura na ESF, com o objetivo de englobar um conjunto de medidas e cuidados preventivos capazes de orientar a promoção da saúde e o bem-estar, bem como possibilitar a resolução de problemas, atendendo a criança de forma holística, atentando-se para o desenvolvimento nos aspectos físico, emocional e social

(SUTO, 2014).

Diante disso, o que se observa, no território de abrangência da AB, é uma falta de entendimento dos profissionais da saúde sobre essa temática, já que o programa não é muito bem implementado, pois se identificam poucas consultas de puericultura, abrangendo uma porcentagem pequena de crianças na área de atuação da UBS. Além disso, percebe-se pouco conhecimento do assunto entre as mães quando são questionadas nas consultas e isso se deve, muitas vezes, a ausência de grupos educativos que orientem sobre a importância da puericultura.

Para amenizar o problema, de forma oportuna, durante as demandas espontâneas, são realizadas consultas de puericultura, com rastreio de alterações nutricionais, pesquisa do calendário vacinal e orientações importantes para o pleno desenvolvimento da criança. Entretanto, observa-se que essas consultas são insuficientes, pois existe a falta de informação das mães quanto aos cuidados adequados de seus filhos e que talvez isso possa ser ampliado para a maioria das mães do território que desconhecem o assunto.

Desta forma, diante do exposto, o objetivo desse trabalho é implementar o programa de puericultura de forma sistemática, definitiva e qualificada de acordo com Ministério da Saúde na UAPS do Araças e tentar abranger a totalidade de crianças de 0 a 2 anos do território.

Para implementar a consulta de puericultura na UAPS Araças, primeiramente, foi necessário fazer uma reunião de equipe para levantar dados sobre a quantidade de crianças de 0 a 2 anos e quantos estavam realmente fazendo acompanhamento no posto. Além disso, foi realizado um encontro na UAPS do Araças, no início de dezembro, onde estavam presentes quase todos os funcionários do posto, exceto algumas Agentes Comunitárias de Saúde. Nessa mesma reunião, refletimos sobre a importância desse programa para o desenvolvimento adequado das crianças por meio de dois vídeos que trouxe.

Durante a reunião, foram discutidos quais as explicações para a baixa adesão desse programa por parte da comunidade e, com base nessas hipóteses, foi conversado sobre quais medidas poderíamos implementar para aumentar e melhorar as consultas de puericultura. Algumas sugestões levantadas mostraram-se bem pertinentes como, por exemplo, fazer grupos de educação em saúde para explicar a importância da puericultura, pelo menos uma vez por mês, fazer cartazes para lembrar sempre dessas consultas, informando, quando a mãe deve procurar a unidade de saúde, e fazendo reavaliações constantes para verificar se houve uma melhora dos índices.

No dia 10 de dezembro, foi marcado um encontro com as mães da área para iniciar o grupo de educação em saúde sobre puericultura. Cada funcionário da unidade ficou responsável por uma tarefa. As agentes comunitárias de saúde (ACS's) ficaram responsáveis pela divulgação do grupo, além de arrecadar alimentos para preparar um café da manhã para estimular a participação das mulheres e também aproximar a comunidade da unidade de saúde.

Os demais profissionais de saúde, a enfermeira, a técnica de enfermagem e médica, foram responsáveis pela divulgação de informações por intermédio de cartazes e conversas com as mães.

No encontro, poucas mães da comunidade participaram, tendo apenas dez participantes comparecido, além da equipe da UBS. As ACS's informaram que muitas estavam ocupadas com os afazeres domésticos, isso as impossibilitaram de ir, enquanto outras moravam muito longe, em outras localidades, não podendo se deslocar até a unidade. Tal fato serviu de reflexão sobre a necessidade de realizar esse grupo em mais de um local, não somente no posto principal, e em uma proporção menor, visando a comodidade das pacientes e uma maior abrangência dessas reuniões.

Outro problema que as agentes de saúde informaram é que muitas pensavam que esse encontro era, na verdade uma aula e, portanto, não estavam interessadas em ir. Então, durante a reunião, não foi realizada uma palestra ou aula preparada, pois o objetivo era que as informações não fossem impostas; pelo contrário, foi organizada uma roda de conversa para que elas se sentissem mais à vontade para participar e interagir. O encontro foi mais um "bate-papo" descontraído onde foram levantados tópicos a serem discutidos por meio de perguntas e relacionadas aos cuidados principais com as crianças. A partir disso, as mães trocavam experiências sobre o assunto. Os profissionais da saúde tentaram manter uma postura menos julgadora e assim entender o contexto de vida que essas mulheres estavam inseridas. Com essa simples conduta, percebeu-se uma maior aproximação do público.

Outro obstáculo, foi quanto ao local, pois a unidade de saúde não tem uma sala para implementar reuniões. Para contornar essa dificuldade, o encontro foi realizado na sala de espera, fechando o posto de saúde para as demandas eletivas com intuito de evitar interrupções com outros assuntos.

Após a reunião, foi observada a agenda por um mês para verificar se houve alguma mudança posterior as ações implementadas no posto de saúde e se ocorreu alguma melhora quanto a adesão as consultas de puericultura. O total de crianças com a faixa etária de 0 a 2 anos, na UBS do Araças, é em torno de 56 crianças. Logo, no decorrer do mês de dezembro, conseguimos observar uma melhora na quantidade de consultas de puericultura, haja visto, que no mês de novembro foram realizadas 12 consultas de crianças na faixa etária de 0 a 2 anos, que representa 21% do total, e, ao final do mês de dezembro, após as atividades desenvolvidas com as mães, obtivemos um aumento para 30 atendimentos de puericultura. Desta forma, observamos um aumento de 32% dos índices de atendimento, pois passamos de 12 consultas para o total de 30 atendimentos.

Desse modo, constatou-se que as reuniões com as mães das crianças foram benéficas, pois, além de aumentar o número total de atendimentos de puericultura, também foi repassada a importância dos cuidados com saúde desses usuários, fazendo com que as genitoras

pudessem perceber os cuidados a serem realizados tanto no desenvolvimento dessas crianças quanto na alimentação adequada. Além disso, essa atividade salientou a importância do trabalho multidisciplinar na UBS, pois todos possuem o seu valor.

Com a continuidade desse trabalho em equipe e com as atividades de educação em saúde na comunidade, acredita-se que esses índices aumentarão tanto quantitativamente quanto qualitativamente, pois essas tarefas foram realizadas em apenas um mês e, mesmo assim, já apresentou resultados bastante positivos, evidenciando a importância de se trabalhar cada vez mais nas unidades de saúde, realizando trabalhos que envolvam a educação voltadas para o autocuidado e, assim, fortalecendo um dos pilares da atenção primária, a promoção da saúde.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algo que prejudicou bastante as microintervenções em saúde na ESF, foi a pandemia do COVID-19 (Corona Virus Disease), que está assolando o mundo, não deixando de excluir a região do Araças. Tal fato dificultou bastante as reuniões e os grupos de educação em saúde, devido ao medo dos funcionários e da população pelo contágio. Outros funcionários que complementaríamos a perspectiva da equipe e que não puderam estar presentes nas atividades foram os profissionais do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da família), que são fundamentais para uma abordagem multidisciplinar do paciente.

Apesar dos contratemplos, limitações e adversidades, foi executado um bom trabalho por todos os membros da equipe, que se mostram empenhados em aprimorar os cuidados em saúde junto à população estabelecida. Entretanto, para a continuidade dessas ações, a equipe precisa sentir-se motivada e desafiada constantemente, pois a conformidade pode sobrepor futuramente, requerendo uma maior interação da gestão municipal com as peculiaridades das UAPS do município e funcionários, tendo uma função primordial para o seguimento das práticas na UBS

Contudo, ações voltadas para o aperfeiçoamento do trabalho na UBS, por meio de reuniões de equipe e de trabalhos em educação em saúde, são imprescindíveis para maior integração da equipe com a comunidade, além de aprimorar a acessibilidade e a abordagem ao paciente, percorrendo atividades direcionadas para promoção de saúde e prevenção de doenças que são um dos alicerces mais significativos da Atenção Primária a Saúde.

5. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Indicadores de mortalidade Brasil, 1990- 2011**. Brasília; 2012. Disponível em: Acesso em: mai. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Política nacional de atenção básica**. Brasília: MS; 2006. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2.488 de 21 de outubro de 2011. Diário Oficial da União, 24 out. 2011**. Sec. 1, p.48-55. Brasília, 2001.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Protocolos da atenção básica: saúde da criança / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. xx p.: il. color.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 184 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 23).
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104, p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).
- BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 180 p: il.
- BRASIL. **Política nacional de humanização da atenção e da gestão do SUS — material de apoio**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- BRASIL. Portaria GAB/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União 2011; 22 out.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Diário Oficial da União 2017; 22 set.

FRANÇA, E. B.; LANSKY, S.; REGO, M. A. S.; MALTA, D. C.; FRANÇA, J. S.; TEIXEIRA, R.; PORTO, D.; ALMEIDA, M. F.; SOUZA, M. F. M.; SZWARCOWALD, C. L., MOONEY, M.; NAGHAVI, M.; VASCONCELOS, A. M. N. **Principais causas da mortalidade na infância no Brasil, em 1990 e 2015: estimativas do estudo de Carga Global de Doença.** Rev Bras Epidemiol, v. 20 SUPPL. 1, p. 46-60, MAI. 2017.

GÓES FGB, SILVA MA, PAULA GK, OLIVEIRA LPM, MELLO NC, SILVEIRA SSD. **Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura.** Rev. Bras. Enferm. 2018; 71(Suppl 6): 2808-2817. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202808&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0416>.

MACINKO J, HARRIS M. **Brazil's Family Health Strategy: Delivering community based primary care in a universal health system.** N Engl J Med. 2015; 372(23):2177-81.

MURRAY CJ, FRENK J. **A framework for assessing the performance of health systems.** Bull World Health Organ. 2000; 78(6):717-31.

PINTO LF. **Estratégias de integração e utilização de bancos de dados nacionais para avaliação de políticas de saúde no Brasil** [tese]. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

RASELLA, D. et al. **Effect of a conditional cash transfer programme on childhood mortality: a nationwide analysis of Brazilian municipalities.** Lancet, London, v. 382, n. 9886, p. 57-64, Jul 2013.

SUTO CSS, Laura TAOF, Costa LEL. **Puericultura: a consulta de enfermagem em unidades básicas de saúde.** Rev Enferm UFPE online. 2014 set; 8(9):3127-33.

UNICEF (United Nations Children's Fund). **Statistics by area: child survival and health: under five mortality.** New York: Unicef; 2015.

WEISS LJ, BLUSTEIN J. **Faithful patients: The effects of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans.** Am J Public Health. 1996; (86):1699-700.