



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA

NÁDIA MARIA DE LUNA SILVA

**CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA UNIDADE AMIGA DA PRIMEIRA INFÂNCIA
PARA MELHORIA DO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

FORTALEZA-CEARÁ
2022

NÁDIA MARIA DE LUNA SILVA

**CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA UNIDADE AMIGA DA PRIMEIRA INFÂNCIA
PARA MELHORIA DO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materno-Infantil

Orientador: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite

Coorientadora: Prof.Ms. Gerly Anne Nóbrega

Barreto

FORTALEZA-CEARÁ

2022

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- S581c Silva, Nádia Maria de Luna.
Contribuição do Programa Unidade Amiga da Primeira Infância para melhoria do acompanhamento de crianças na Atenção Primária à Saúde / Nádia Maria de Luna Silva. – 2022.
145 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança, Fortaleza, 2022.
Orientação: Prof. Dr. Alvaro Jorge Madeiro Leite.
Coorientação: Prof. Me. Gerly Anne Nóbrega Barreto.
1. Atenção Primária à Saúde. 2. Cuidado da Criança. 3. Saúde da Criança. I. Título.

CDD 610

NÁDIA MARIA DE LUNA SILVA

**CONTRIBUIÇÃO DO PROGRAMA UNIDADE AMIGA DA PRIMEIRA INFÂNCIA
PARA MELHORIA DO ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde da Mulher e da Criança. Área de concentração: Atenção Integrada e Multidisciplinar à Saúde Materno-Infantil.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite (Orientador)
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral
Universidade Federal do Ceará - UFC

Prof. Dra. Márcia Maria Tavares Machado de Aquino
Universidade Federal do Ceará - UFC

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho aos meus pais, Narciso e Iraci, meus maiores incentivadores, pela educação que me deram, pela dedicação nos cuidados, e por serem um verdadeiro pilar de esperança, sabedoria, respeito a Deus e amor em minha vida. E aos meus filhos, Lara, Pedro e Filippo, que são a razão da minha existência.

Seja gentil quando for possível... Sempre é possível.

Dalai Lama

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal do Ceará pela oportunidade de aprendizagem.

Aos professores do mestrado pelos excelentes ensinamentos.

Ao Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite, pela excelente orientação.

A Prof.Ms. Gerly Anne Nóbrega Barreto, pela coorientação e apoio incondicional em todos os momentos que precisei.

Aos professores participantes da banca examinadora Prof. Dr. João Joaquim Freitas do Amaral e Prof. Dra. Márcia Maria Tavares Machado pelo tempo, pelas valiosas colaborações e sugestões.

Aos colegas da turma de mestrado, pelas reflexões, críticas e sugestões recebidas.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo analisar os dados acerca do Programa UAPI que é desenvolvido nas unidades de saúde do município de Fortaleza-Ceará que fizeram a adesão. Tendo como diretrizes principais da ESF o atendimento integral ao indivíduo e uma concepção mais integral do processo saúde e doença, o que inclui a atenção à criança. Neste sentido é imprescindível se compreender como as Unidades de Saúde de APS de Fortaleza-Ceará estão lidando com essas questões relacionadas a saúde da criança na primeira infância. A pesquisa buscou caracterizar a contribuição do programa UAPI no acompanhamento das crianças nas UAPS que fizeram a adesão ao programa no município de Fortaleza-Ce. O público-alvo da pesquisa foram as crianças menores de seis meses pertencentes à área adscrita das Unidades de Saúde que aderiram ao Programa UAPI, dado que, o objeto primário da pesquisa é melhorar o acompanhamento de saúde dessas crianças na Atenção Primária. Além disso, participaram da pesquisa sete gestores de unidades participantes do programa UAPI, os dados foram coletados através de entrevista realizada com os gestores das unidades de APS, contendo perguntas para caracterização do programa UAPI no acompanhamento na primeira infância, por meio de um roteiro com quatro questões estruturadas. **Metodologia:** A pesquisa foi realizada através de um estudo avaliativo, transversal, descritivo e documental com coleta de dados secundários. Os indicadores para avaliação do Programa foram definidos com base nas diretrizes aplicadas ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil de crianças propostas pelo Programa UAPI, que foram construídas com o objetivo de fortalecer as ações de puericultura dentro das UAPS no município de Fortaleza. Os dados quantitativos foram analisados por meio do *software* R (versão 4.0.3), utilizando os pacotes *dplyr* para tratamento e manejo dos dados, *lubridate* para cálculo dos marcos temporais e idade dos participantes, bem como o pacote *car* para realização das análises de ANOVA de medidas repetidas, ademais foram realizadas análises de frequência (tendência de centralidade e dispersão), o nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$) e a análise das entrevistas foi realizada por meio do *software* IRAMUTEQ. **Resultados e Discussões:** como resultado das análises, se torna possível compreender que mesmo de uma forma ainda tímida, a saúde no município de Fortaleza vem empreendendo esforços a fim de proporcionar um serviço de qualidade para a sua clientela, com destaque para a primeira infância. Essas estratégias buscam favorecer as crianças e os cuidados em saúde, onde envolvem a gestão e os trabalhadores/profissionais que compõem a rede municipal de saúde. A pesquisa oportunizou que se compreendesse que as limitações e dificuldades que são encontradas em campo ao que concerne a implementação do programa acontecem não só no âmbito da unidade. São necessários mais estudos para identificar se as falhas estão no processo de implantação, na esfera da gestão, da comunidade ou dos trabalhadores da saúde, e se os percalços apresentados são decorrentes da falta de pessoal, de estrutura, ou até mesmo de insumos ou recursos financeiros.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Cuidado da Criança. Saúde da Criança.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the data about the UAPI Program that is developed in the health units of the city of Fortaleza-Ceará that made the adhesion. Having as main guidelines of the ESF the integral care to the individual and a more integral conception of the health and disease process, which includes the attention to the child. In this sense, it is essential to understand how the PHC Health Units in Fortaleza-Ceará are dealing with these issues related to the health of children in early childhood. The research sought to characterize the contribution of the UAPI program in the monitoring of children in the UAPS who joined the program in the city of Fortaleza-Ce. The target audience of the research were children under six months old belonging to the area ascribed to the Health Units that joined the UAPI Program, given that the primary object of the research is to improve the health monitoring of these children in Primary Care. In addition, seven managers of units participating in the UAPI program participated in the research, the data were collected through an interview with the managers of the PHC units, containing questions to characterize the UAPI program in the monitoring of early childhood, through a script with four structured questions. Methodology: The research was carried out through an evaluative, cross-sectional, descriptive and documentary study with secondary data collection. The indicators for the evaluation of the Program were defined based on the guidelines applied to the monitoring of children's growth and development proposed by the UAPI Program, which were built with the objective of strengthening childcare actions within the UAPS in the city of Fortaleza. Quantitative data were analyzed using the R software (version 4.0.3), using the dplyr packages for data processing and management, lubridate for calculating the time frames and age of the participants, as well as the car package for performing the ANOVA analyzes of repeated measures, in addition, frequency analyzes were performed (centrality and dispersion trend), the adopted significance level was 5% ($p \leq 0.05$) and the analysis of the interviews was performed using the IRAMUTEQ software. Results and Discussions: as a result of the analyses, it becomes possible to understand that, even in a still timid way, health in the city of Fortaleza has been making efforts to provide a quality service to its clientele, with emphasis on early childhood. These strategies seek to favor children and health care, involving management and workers/professionals who make up the municipal health network. The research made it possible to understand that the limitations and difficulties that are found in the field regarding the implementation of the program happen not only within the scope of the unit. More studies are needed to identify whether the failures are in the implementation process, in the sphere of management, the community or health workers, and if the mishaps presented are due to the lack of personnel, structure, or even inputs or resources financial.

Keywords: Primary Health Care. Child Care. Child Health

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: LINHA BASE : UAPS RONALDO ALBUQUERQUE RIBEIRO	42
QUADRO 2: ESTRATÉGIAS DA UAPS RONALDO DE ALBUQUERQUE RIBEIRO	43
QUADRO 3: DIFICULDADES E SOLUÇÕES PARA IMPLANTAÇÃO DA UAPI	80
QUADRO 4: ESTRATÉGIAS ADOTADAS PARA A UAPI	83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição das médias das variáveis controladas em função dos tempos analisados.	64
Tabela 2. Distribuição da situação dos gestores das unidades em função dos tempos analisados.	64
Tabela 3. Distribuição das médias de atendimentos de puericultura e de crianças atendidas em função dos tempos analisados.....	66
Tabela 4. Distribuição das médias de atendimentos odontológico e de crianças atendidas em função dos tempos analisados.....	68
Tabela 5. Distribuição das médias de crianças com a terceira dose da vacina VIP e da pentavalente.	70
Tabela 6. Distribuição das médias de atendimentos para avaliação nutricional e de crianças atendidas em função dos tempos analisados.....	71
Tabela 7. Distribuição das médias de visitas domiciliares realizadas por ACS e de crianças visitadas em função dos tempos analisados.....	72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: PNAISC	30
Figura 2: Análise de similitude do corpus "avaliação dos cuidados voltados à infância"	76
Figura 3: Análise de similitude de corpus "dificuldades na implementação"	79
Figura 4: Análise de similitude do corpus "estratégias adotadas"	82
Figura 5: Análise de similitude do corpus "avaliação por parte dos gestores"	85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEn – CE - Associação Brasileira de Enfermagem – seção Ceará
APS - Atenção Primária à Saúde
CAP – Caixa de Aposentadoria de Pensão
CC – Cartão da Criança
CSC – Caderneta de Saúde da Criança
CID - Código Internacional de Doenças
COEPP - Coordenadoria de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Programas Especiais
CSC - Caderneta de Saúde da Criança
DPI - Desenvolvimento na Primeira Infância
EAAB –
ECA -Estatuto da Criança e do Adolescente
EAP - Academia Europeia de Pediatria
eSB - Equipe de Saúde Bucal
eSF - Equipe de Saúde da Família
GF - Grupo Focal
IBGE – Instituto Brasileiro Geográfico e Estatístico
IHAC – Iniciativa Hospital Amigo da Criança
LC - Linhas de Cuidado
MS – Ministério da Saúde
OMS -Organização Mundial da Saúde
PACS – Programa Agente Comunitário de Saúde
PDMI – Programa de Saúde Materno Infantil
PHPN – programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PIM – Primeira Infância Melhor
PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNIAM –Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno
PRMI – Projeto Rede Materno Infantil
PPC - Atendimento Pediátrico Primário
QI - Indicadores de Qualidade
RAS - Redes de Atenção à Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SOCEP - Sociedade Cearense de Pediatria

SPSS –StatiscalPackage for the Social Sciences

SUS – Sistema Único de Saúde

TMI - Taxa de Mortalidade Infantil

UAPI - Unidade Amiga da Primeira Infância

UAPS - Unidades de Atenção Primária à Saúde

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

RESUMO.....	08
ABSTRACT	09
LISTA DE QUADROS.....	10
LISTA DE TABELAS	11
LISTA DE FIGURAS	12
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	13
CAPÍTULO I - PESQUISA CIENTÍFICA.....	17
1 INTRODUÇÃO.....	17
2. OBJETIVOS.....	25
3. POLÍTICAS PÚBLICAS	26
4. UNIDADE AMIGA DA PRIMEIRA INFÂNCIA	35
5. GESTÃO EM SAÚDE NA APS	51
6. MÉTODOS	57
6.1. Tipo de estudo.....	57
6.2. Local e período da pesquisa.....	57
6.3. Participantes da pesquisa e público-alvo	57
6.4. Critérios de inclusão	58
6.5. Bases de dados empregadas e variáveis pesquisadas	58
6.6 Entrevista com gestores das unidades Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	59
6.7. Análise de dados	59
6.8. Aspectos éticos	59
7. RESULTADOS E DISCUSSÕES	62
7.1. Puericultura.....	65
7.2. Consulta odontológica	67
7.3. Cobertura vacinal.....	69
7.4. Avaliação nutricional	71

7.5. Visitas domiciliares por ACS.....	72
7.6. Teste do pezinho (Teste Guthrie)	74
7.7. Entrevista com gestores	75
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	87
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
CAPITULO II - ARTIGO CIENTÍFICO.....	96
CAPÍTULO III - PRODUTO TÉCNICO-CIENTÍFICO.....	105
APÊNDICE.....	143

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas estão sendo desenvolvidas várias formas de avaliação em saúde no Brasil. Um dos objetivos da avaliação dos serviços e programas de saúde é desenvolver uma ação que possa definir o rumo a ser seguido por esse programa e que questione a intervenção demonstrando os processos da sua implantação e os seus efeitos sobre a saúde de uma determinada população.

Contandriopoulos definiu que a avaliação pode ser considerada como um julgamento sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos seus componentes com o objetivo de auxiliar na tomada de decisões (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997).

A definição dada por Contandriopoulos, apesar de ser uma das mais completas, apresenta uma restrição no seu conceito de intervenção, que foi definido como um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços para modificar uma situação problemática (CONTANDRIOPOULOS *et al*, 1997). É importante a ampliação do conceito de intervenção de Contandriopoulos para o conceito de práticas sociais que foi definido por Bourdieu e segundo o qual, “as práticas sociais são a relação entre uma situação e um *habitus*” (BOURDIEU, 1979).

Considerando *habitus* como um “sistema de esquemas individuais, socialmente constituído de disposições estruturadas (no social) e estruturantes (nas mentes), adquirido nas e pelas experiências práticas (em condições sociais específicas de existência), constantemente orientadas para funções e ações do agir cotidiano” (SETTON, 2006).

A avaliação pode ser visualizada como um espectro com dois extremos que vai desde uma avaliação da vida cotidiana, com julgamentos oriundos do senso comum, até o outro extremo da pesquisa avaliativa, que é feito sobre as práticas sociais a partir da formulação de uma pergunta não respondida ainda na literatura especializada e que requer certo grau de institucionalização da avaliação (HARTZ, 2005).

De acordo com Vieira-da-Silva *et al*, 1997, uma pesquisa pode ser considerada como avaliativa quando vem a preencher uma lacuna no conhecimento sobre a situação do controle de determinada doença. Já Paton traz três objetivos primários para avaliação de programas: a) fazer julgamentos; b) facilitar o seu desenvolvimento c) contribuir com o conhecimento (PATTON, 1997).

Hartz, 2005, traz que o campo da saúde é constituído de várias instituições, públicas e privadas, que produzem ações em determinado nível, no processo avaliativo se faz necessário a definição do nível que será estudado. Em uma adaptação de Paim, 1993, as ações de promoção, prevenção e cura podem ser abordadas de acordo com seguintes níveis: 1) Ações: que são as ações de promoção, prevenção e cura realizadas individualmente pelo agente; 2) Serviços: que corresponde a um nível mais complexo de organização das ações, como um serviço de atendimento ambulatorial; 3) Estabelecimentos: corresponde a unidades de saúde com diferentes níveis de complexidade; 4) Sistema: nível mais complexo da organização.

A avaliação de políticas, programas e projetos pode recortar todos os níveis do sistema de saúde. As políticas de saúde podem ser consideradas como a ação ou omissão do Estado enquanto resposta social, diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como da produção, distribuição e regulação de bens e serviços e ambientes que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIM, 2002; PAIM, 2003).

Guba&Lincon, 1989, definiram quatro gerações da avaliação, a primeira geração era caracterizada pela mensuração e tinha como foco principal a criação de instrumentos para medir, muito utilizada em provas escolares, sendo indiretamente carregada também da função punitiva. A segunda geração foi caracterizada pela descrição do processo pelo avaliador, definindo os pontos fortes e fracos do programa avaliado. A terceira geração é a fase do julgamento, onde o avaliador emite um juízo de valor sobre o programa avaliado e a quarta geração tenta dar voz aos atores que direta ou indiretamente são afetados pelos efeitos do programa que está sendo avaliado, caracterizando a avaliação participativa ou “construtivista-responsiva” (GUBA; LINCOLN, 1989; MEIRELLES; HYPOLITO; KANTORSKI, 2012).

Até a terceira geração os indicadores e metas eram pactuados previamente ao processo avaliativo geralmente pelo contratante da avaliação e pelo avaliador, na avaliação de quarta geração os critérios são definidos pelos atores envolvidos, inclusive os que serão beneficiados pelo programa que está sendo implantado (MEIRELLES; HYPOLITO; KANTORSKI, 2012).

Tendo se iniciado na Grã-Bretanha e na França no começo do século XVIII, o processo de avaliação também pode ser dividido em seis períodos da história, são eles: o reformismo (1800 – 1900), a eficiência e a testagem (1900 – 1930) que correspondem a “primeira geração” que tem como principal característica a medida; a idade da inocência (1930 – 1960) que corresponde a “segunda geração” da descrição; a expansão (1960 – 1973), a profissionalização e institucionalização (1973 – 1990) correspondente a “terceira geração” do julgamento; e a dúvida (1990 até os dias atuais) que tem como característica principal a negociação (MADAUS, STUFFLEBEAM & SCRIVEN, 1989; GUBA & LINCOLN, 1989).

Durante o Reformismo (1800 - 1900) tivemos um período que foi marcado por

progressos tecnológicos, econômicos e sociais junto a uma urbanização acelerada e uma busca para melhoria das condições de vida da população; a avaliação tinha o sinônimo de medida e os testes padronizados eram utilizados para “medir as diferenças em relação à norma e para classificar os sujeitos observados”, ocorreu um grande avanço na epidemiologia e na estatística.

Já o período da Eficiência e Testagem, que foi de 1900 a 1930 aprimorou ainda mais a padronização, cada vez mais eficiente, e a sistematização para maximizar a produção, porém a partir de 1920 já podemos notar uma mudança no processo de avaliação que provoca dúvidas quanto a sua capacidade de alcance dos objetivos propostos.

A identificação no processo avaliativo das forças e das fragilidades dos programas foi uma característica do período Idade da Inocência (1930 - 1957) com o objetivo destes serem revistos e melhorados, determinando “*a posteriori*” a informação necessária para melhoramento destes programas.

No período da Expansão, entre 1957 a 1972, foi vivenciado o momento em que o avaliador assume o papel de juiz, atestando o mérito dos programas; era necessário que o avaliador identificasse os fatores que influenciaram o alcance dos objetivos, “para aumentar a eficácia dos programas”.

A Profissionalização da profissão de avaliador e a Institucionalização da Disciplina se iniciaram no período que foi de 1973 a 1990; foi um período de forte recessão mundial devido ao primeiro choque petrolífero e as avaliações eram contratadas principalmente para medir a eficiência dos programas, isto é, dentre os programas propostos quais apresentavam melhores resultados com o menor custo financeiro.

A partir de 1990 entramos no período das Dúvidas onde a avaliação deixa de ser um campo apenas para especialistas e se busca a inclusão e a participação de vários atores no processo de avaliação; o avaliador assume principalmente o papel de moderador do processo (BROUSSELLE et al, 2011).

A avaliação pode ter atributos ou características de acordo com seu foco, por exemplo, avaliação de cobertura para medir a proporção da população que se beneficia de um programa ou intervenção (ROSSI; FREEMAN, 2004); e uma avaliação de acessibilidade para definir a relação entre os recursos de poder dos usuários e os obstáculos colocados pelos serviços de saúde (FRENK, 1992).

Brousselle et al, 2011, trazem em sua obra uma definição de avaliação dos elementos que são consensuais atualmente:

Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações (BROUSSELLE et al, 2011).

Ainda segundo Brousselle et al, 2011, uma intervenção pode ser passível de dois tipos de avaliação: a avaliação normativa e a pesquisa científica. A avaliação normativa faz uma comparação entre os componentes da intervenção, os critérios e as normas pré-estabelecidos pelo programa. A pesquisa avaliativa busca avaliar, utilizando métodos cientificamente comprovados, como: a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, e analisa também a relação entre a intervenção e o contexto na qual está inserida.

Os autores descrevem seis métodos de análise para realizar a avaliação das intervenções na pesquisa avaliativa, são eles:

- ✓ A análise estratégica que avalia a pertinência da intervenção e tem como questão central a escolha de um problema a ser resolvido;
- ✓ A análise lógica que avalia o mérito da intervenção, realizando uma comparação entre os objetivos e os meios que foram utilizados para atingi-los;
- ✓ A análise de produção que realiza uma comparação da produtividade e da qualidade dos serviços prestados;
- ✓ A análise dos efeitos que avalia a eficácia da intervenção;
- ✓ A análise da eficiência que avalia a relação entre os recursos utilizados e os efeitos alcançados;
- ✓ A análise de implantação que faz uma comparação entre a intervenção, seus componentes e o contexto, com os efeitos produzidos.

As análises de implantação permitem ao investigador estudar processos relacionados à operacionalização dos programas de saúde, sendo muito utilizados na avaliação de programas, visto que, a maneira pela qual os programas são implementados pode ser tão importante quanto os seus resultados, podendo incluir, inclusive, as características relacionais entre os agentes das ações (HARTZ, 2005).

Neste trabalho, foi realizada a seleção de indicadores pré-determinados no intuito de avaliar a implantação de um programa que tem por objetivo a melhoria da qualidade dos atendimentos de puericultura nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza.

A estruturação da atenção à saúde da população no município de Fortaleza é realizada por meio das Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são um conjunto de serviços de saúde, com vários níveis de hierarquia, vinculados entre si, tendo o objetivo em comum de atender a população de forma contínua e integral. Sendo coordenada pela Atenção Primária à Saúde, as RAS garantem que o usuário perpassasse todos os níveis de atenção de acordo com a sua necessidade.

A gestão municipal tem o compromisso de assegurar que toda criança tenha acesso a um atendimento de qualidade e resolutivo em todos os níveis de atenção à saúde da criança até a sua fase adulta. A RAS tem como objetivo a realização da promoção e da recuperação da saúde através de atendimentos domiciliares, nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), na atenção secundária e na atenção terciária de acordo com a complexidade apresentada.

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza por meio das suas diretrizes clínicas definiu as Linhas de Cuidado (LC) para as seguintes ações: saúde da mulher e planejamento familiar; assistência qualificada à gestante e ao recém-nascido; acolhimento ao binômio mãe-bebê, pós-alta hospitalar; incentivo ao aleitamento materno; incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; alimentação saudável e prevenção do sobrepeso e obesidade infantil; imunização; atenção à Saúde Bucal; prevenção de acidentes, maus-tratos/violência, trabalho infantil; atenção à criança portadora de deficiência; e atenção à criança com alergia alimentar. Na atenção à saúde da criança foram estabelecidas LC que tem por objetivo delinear o fluxo a ser percorrido para um cuidado integral a saúde das crianças, perpassando horizontalmente todos os pontos de atenção da RAS, partindo da atenção primária à saúde que deverá orquestrar todo o processo.

Estudo realizado em 2011 por Lima, 2013, no município de Fortaleza, traçou o perfil das crianças e adolescentes que procuram o serviço de atendimento hospitalar. O estudo foi realizado no mês de maio de 2011, contando com a participação de 211 (duzentas e onze) crianças e concluiu que 47,4% dos atendimentos poderiam ter sido resolvidos na APS.

Um estudo realizado por Farias, 2012, na Atenção Básica do município de Fortaleza encontrou que: a visita domiciliar na primeira semana de vida era realizada em menos da metade dos casos, isto é, menos de 50% (cinquenta por cento) dos recém-nascidos eram avaliados na primeira semana de vida; quanto ao número de consultas de puericultura na APS, estas eram realizadas em um número insuficiente no primeiro ano de vida, sem a realização de retorno regular; foi analisado também que a suplementação de ferro e vitamina A

eram inadequados; além de ter sido verificado um baixo registro de dados antropométricos na Caderneta de Saúde da Criança (CSC).

Em outro estudo, realizado por Ribeiro, 2012, na Atenção Básica do município de Fortaleza, foi encontrado que 90,3% das CSC se apresentavam sem qualquer item preenchido no que se refere ao quesito marcos do desenvolvimento, corroborando com o estudo de Farias que também encontrou um baixo preenchimento das CSC por parte dos profissionais de saúde. A CSC foi implantada em 1984, no formato de Cartão da Criança (CC), para ser um instrumento de vigilância da saúde da criança, porém, trinta anos após sua implantação, o preenchimento da CSC ainda não está consolidado junto aos profissionais que trabalham nas unidades básicas de saúde. (ALMEIDA, 2015).

A baixa frequência de uso da CSC pelos profissionais de saúde da Atenção Primária, como demonstrado em alguns estudos, foi um dos motivos que impulsionaram a criação do programa UAPI, no intuito de incentivar os profissionais e pais a utilizarem a CSC como instrumento de acompanhamento e avaliação do crescimento e desenvolvimento das crianças.

O atual cenário demonstra a perda da capacidade de acompanhamento e registro correto das consultas de puericultura, sendo necessário um esforço junto a Equipe de Saúde da Família (eSF) para resgate dos processos de trabalho e acompanhamento da saúde das crianças. A identificação precoce dos processos de adoecimento é importante para que seja feita uma intervenção mais rápida e eficaz, com o correto acompanhamento das condições de saúde das crianças.

A consulta de puericultura é uma estratégia utilizada pela eSF para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança, a fim de promover uma melhor qualidade de vida, reduzir a incidência de doenças e aumentar as chances da criança desenvolver todo seu potencial. É dever do enfermeiro, quando responsável pelas consultas, oferecer cuidado humanizado, considerando a individualidade de cada criança e família e, através do acompanhamento longitudinal, monitorar, avaliar e intervir de acordo com as necessidades identificadas (SOARES *et al.*, 2017).

Devemos considerar o desenvolvimento em seu sentido amplo englobando o desenvolvimento físico (crescimento), neuropsicomotor, cognitivo e emocional. Estudos apontam que nos primeiros anos de vida cerca de 700 novas conexões (sinapses neurais) são formadas por segundo e que o que ocorre na primeira infância faz diferença por toda a vida (SHONKOFF, 2010).

A preocupação com a qualidade do atendimento pediátrico na atenção primária é analisada a nível mundial como no estudo da Academia Europeia de Pediatria (EAP) que

iniciou em 2011 o projeto COSI-PPC-UE para desenvolver um conjunto de Indicadores de Qualidade (IQs) que ajuda a descrever e possivelmente padronizar atividades e intervenções importantes no Atendimento Pediátrico Primário (PPC) na Europa. Ao final da pesquisa foram definidos um conjunto consensual de 42 indicadores divididos em cinco categorias: (A) promoção/prevenção/triagem da saúde (13 QI), (B) cuidados agudos (9 QI), (C) cuidados crônicos (8 QI), (D) gestão da prática (3 QI) e (E) segurança do paciente (9 QI) (EWALD *et al.*, 2018).

A baixa qualidade dos cuidados na atenção primária pediátrica também se reflete em internações hospitalares desnecessárias e mortes evitáveis. Erros podem causar sérios danos em crianças, uma revisão da literatura estima que os erros de medicação sejam o tipo mais comum de erro na população pediátrica.

Em uma sociedade tradicional e agrícola no leste do Butão foram realizados estudos sobre a mortalidade infantil entre 1984 e 1991, no período estudado não ocorreram melhoras significativas das condições de vida da população para que causasse a redução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI). Foi observado que as clínicas mensais de saúde materno-infantil e uma rede de trabalhadores de saúde da aldeia forneceram a estrutura necessária para a implementação de diferentes programas de saúde e como resultado, a Atenção Primária à Saúde melhorou durante o período entre 1984 e 1991, e pode ter contribuído consideravelmente para a redução da mortalidade (BOHLER, 1994).

Para realização do acompanhamento da criança na consulta de puericultura temos a CSC que é considerada pelo MS um instrumento fundamental para monitorar as ações de crescimento e desenvolvimento da criança e prevenção dos agravos prevalentes na infância, sendo muito importante o seu preenchimento para a construção do perfil epidemiológico de uma população, sendo utilizada também no planejamento das ações de saúde e como comunicação entre os profissionais de saúde e os pais, a CSC deve servir de base para o acompanhamento do desenvolvimento e estado de saúde da criança pelos pais (ALVES *et al.*, 2009).

Para alcançar a melhoria do acompanhamento da puericultura nas UAPS, no município de Fortaleza, está em processo de implantação o Programa UAPI. A UAPI é um programa que foi inicialmente desenvolvido pela Coordenadoria de Atenção à Criança da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS) e hoje faz parte da Coordenadoria de Ensino, Pesquisa e Programas Especiais da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (SMS), foi criado no ano de 2020 e implantado em 2021, com o intuito de fortalecer as ações de Puericultura no município. A certificação UAPI será concedida pela Sociedade Cearense de

Pediatria (SOCEP) e pela Associação Brasileira de Enfermagem – seção Ceará (ABEn – CE), com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) às UAPS que obtiverem bom desempenho no cuidado à criança dentro dos primeiros mil dias de vida.

Para receber o certificado de UAPI, dez diretrizes aplicadas ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil de crianças, no período pré-natal e pós-natal até os dois anos de vida deverão ser cumpridas. Cada criança que receber assistência no cumprimento dessas dez diretrizes receberá o título de “bebê nota dez”.

O Programa UAPI estimula a capacitação dos profissionais no atendimento às crianças de 0 a 2 anos e propicia a construção de indicadores a partir da realidade do território, trabalhando metas que devem ser atingidas para a certificação com o selo Unidade Amiga da Primeira Infância.

O Programa UAPI reforça também a avaliação e monitoramento constante dos indicadores estabelecidos pelo Programa por parte dos profissionais que compõe as eSF.

Este acompanhamento deve ser realizado pela Atenção Básica à saúde e consiste na vigilância e estímulo do pleno crescimento e desenvolvimento da criança, em especial do “Desenvolvimento na Primeira Infância (DPI)”, conforme as orientações da CSC, incluindo ações de apoio às famílias para o fortalecimento de vínculos familiares. (BRASIL, 2015)

Com a implantação do Programa UAPI espera-se melhorar a qualidade do acompanhamento das crianças menores de 2 (dois) anos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Assim sendo, este projeto de pesquisa, se constitui em oportunidade de contribuir para minimizar uma lacuna teórica, aprofundando a discussão sobre o seguimento das crianças na APS por meio da avaliação de um Programa que tem por objetivo a melhoria no acompanhamento das crianças menores de 2 (dois) anos, como produto será desenvolvida uma cartilha para auxiliar os gestores da Atenção Primária na implantação do programa.

2. OBJETIVOS

Caracterizar a contribuição do Programa UAPI no acompanhamento das crianças menores de 2 (dois) anos nas UAPS que aderiram ao programa.

- ✓ Analisar, por meio de indicadores, se as UAPS que implantaram o Programa UAPI melhoraram o acompanhamento das crianças menores de 2 (dois) anos;
- ✓ Elaborar uma cartilha com o objetivo de auxiliar os gestores das Unidades da Atenção Primária na implantação do programa UAPI.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA

As Políticas Públicas consistem em ações de governo que necessitam ser desenvolvidas para resolução de determinados problemas, quando postas em ação vão influenciar diretamente a vida dos cidadãos, ficando submetidas ao monitoramento e a análise para acompanhamento dos resultados alcançados. (SOUZA, 2006)

No campo da saúde brasileiro, as políticas públicas, surgem da necessidade de atender as demandas de saúde dos trabalhadores quando, em 1923, foi promulgada a Lei Eloy Chaves que cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP), garantindo aos trabalhadores pensões por acidentes de trabalho, afastamento do trabalho por doença e uma possível aposentadoria. (JÚNIOR & JÚNIOR, 2006)

O Sistema Único de Saúde (SUS) se constitui a maior política pública brasileira, instituído pela Lei Nº 8.080, em 1990, dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A Lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, a direção e a gestão, a competência e as atribuições de cada nível da federação, municipal, estadual e federal; a participação complementar do sistema privado; os recursos humanos; o financiamento e a gestão financeira, o planejamento e o orçamento dos gastos públicos com a saúde. (REIS, 2012)

Dentre as políticas públicas, temos as que são pensadas e desenvolvidas voltadas para a Primeira Infância, mais especificamente com foco nos “Primeiros 1000 dias de vida” da criança, período que vai da gestação aos dois anos de vida. Vários países desenvolveram políticas públicas voltadas para a primeira infância baseados no desenvolvimento infantil, como Cuba, que desenvolveram o *Programa Educa a tu hijo*; o Chile, desenvolveu o programa Chile *Cresce contigo*; a Colômbia, o *Programa De cero a siempre* e no Brasil o Programa “Primeira Infância Melhor ” (PIM) do estado do Rio Grande do Sul/RS, são exemplos, de Políticas Públicas voltadas para a primeira infância.

Em um estudo de coorte realizado entre 2000 e 2002, o grupo de Pelotas, no Rio Grande do Sul – RS, realizou o acompanhamento de 112 crianças desde o nascimento e relataram como a consulta de puericultura impactou o Aleitamento Materno Exclusivo (AME). Neste estudo encontraram que o Programa de Puericultura melhorou a mediana de AME no sexto mês de vida comparado aos estudos nacionais de base populacional. (FALEIROS *et al*, 2005).

Existem programas que são estruturados em experiências de visita domiciliar (VD) para famílias de maior vulnerabilidade socioeconômica como o Programa da Jamaica de capacitação de agentes de saúde da comunidade para atuarem como visitantes destas famílias e o Programa americano “*Nurse-Family Partnership*” que utiliza enfermeiros para realização das visitas. Estes Programas quando avaliados apresentaram excelentes resultados como maior envolvimento dos pais e diminuição de crimes e atos violentos, além de melhor inserção no mercado de trabalho dos beneficiados pelos programas.

A implantação de Políticas e Programas voltados mais especificamente à saúde da criança teve início no Brasil no final dos anos sessenta, com o Programa Saúde Materna Infantil (PDMI) que tinha como objetivo a estruturação de ações voltadas para a redução da mortalidade infantil e materna.

Na década de setenta tivemos o Programa Nacional de Imunização (PNI), implantado em 1973, foi formulado com o objetivo de coordenar as ações de imunizações que se caracterizavam pela descontinuidade, pelo caráter episódico e pela reduzida área de cobertura, e a Declaração de Alma – Ata, em 1979 que definiu a Atenção Primária em Saúde como “a chave para obtenção de um nível de saúde que possa permitir às comunidades se desenvolverem e levarem uma vida socialmente e economicamente produtiva [...]” (DECLARAÇÃO, 1979);

Nos anos oitenta tivemos dois programas muito importantes com foco na primeira infância foram eles: o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno (Pniam), criado em 1981, com o objetivo de incentivar o aleitamento materno e alertar sobre os prejuízos do desmame precoce e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (Paisc), implantado em 1984, propondo uma série de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde das crianças de zero a cinco anos. O Paisc trabalhou com cinco principais eixos de intervenção: o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento, o incentivo ao aleitamento materno e a orientação para o desmame, a imunização, a prevenção e o tratamento das infecções respiratórias e das diarreias agudas.

Em 1990, o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) foram as estratégias criadas pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população, tornando a atenção básica mais resolutiva e humanizada. No Pacs ocorreu a inclusão dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), profissionais considerados como os principais responsáveis pela identificação e cadastro dos usuários que devem ser acompanhados pela Unidade Básica de Saúde, melhorando as condições de saúde de suas comunidades;

Ainda na década de noventa tivemos a promulgação da lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), garantindo a proteção integral à criança e ao adolescente. Em 1992 foi criada a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) por meio da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). O IHAC traz “Dez passos para o sucesso do Aleitamento Materno”, atualizado em 2018 o guia descreve os passos práticos que os países devem adotar para proteger, promover e apoiar o aleitamento materno em unidades que prestam serviços de maternidade e neonatos;

O município de Londrina no Paraná, em 1995, instituiu o Programa Unidade Básica Amiga da Criança (PUBAC) para incentivar a amamentação. No mesmo ano, o governo federal colocou de forma prioritária na sua agenda política a sobrevivência infantil com a criação do Projeto de Redução da Mortalidade Infantil (PRMI) que objetivava a redução da mortalidade infantil e a melhoria da situação de saúde das crianças por meio da implantação de programas com articulação intersetorial; (FRIAS, 2005)

No ano de 1997 foi criada a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), implantada com o intuito de sistematizar o atendimento à criança em sua integralidade na rotina dos serviços de saúde desenvolvidos pela atenção primária. Para fechar essa década, em 1999, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro criou a Iniciativa Unidade Básica Amiga da Amamentação (IUBAAM), trazendo dez passos para o sucesso na amamentação, todas as Unidades Básicas deveriam ofertar consultas de acompanhamento do pré-natal e puericultura ou pediatria, seguindo os dez passos abaixo:

1. *Ter uma norma escrita quanto à promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno que deverá ser rotineiramente transmitida a toda a equipe da unidade de saúde.*
2. *Treinar toda a equipe da unidade de saúde, capacitando-a para implementar esta norma.*
3. *Orientar as gestantes e mães sobre seus direitos e as vantagens do aleitamento materno, promovendo a amamentação exclusiva até os 6 meses e complementada até os 2 anos de vida ou mais.*
4. *Escutar as preocupações, vivências e dúvidas das gestantes e mães sobre a prática de amamentar, apoiando-as e fortalecendo sua autoconfiança.*
5. *Orientar as gestantes sobre a importância de iniciar a amamentação na primeira hora após o parto e de ficar com o bebê em alojamento conjunto.*
6. *Mostrar às gestantes e mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos.*

7. *Orientar as nutrizes sobre o método da amenorreia lactacional e outros métodos contraceptivos adequados à amamentação.*
8. *Encorajar a amamentação sob livre demanda.*
9. *Orientar gestantes e mães sobre os riscos do uso de fórmulas infantis, mamadeiras e chupetas, não permitindo propaganda e doações destes produtos na unidade de saúde.*
10. *Implementar grupos de apoio à amamentação acessíveis a todas as gestantes e mães, procurando envolver os familiares.*

No ano 2000 tivemos a Declaração do Milênio das Nações Unidas onde, o quarto objetivo do milênio, era a redução em dois terços da mortalidade de crianças menores de cinco anos até o ano de 2015, que foi alcançada pelo Brasil no ano de 2012. Além da Declaração do Milênio, no ano 2000, ainda tivemos a implantação do Método Canguru de atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso, instituído pelo Ministério da Saúde e do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que foi instituído pela Portaria/GM 569 de 01/06/2000 e tinha como principal objetivo assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.

Na mesma década, ainda tivemos a instituição do Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2004, com a meta de redução dos índices de mortalidade materna e neonatal em 15% até 2006 e em 75% até 2015. No ano de 2005 foi criada a Agenda de Compromissos com a Saúde Integral da Criança e a Redução da Mortalidade Infantil, documento orientador para apoiar a organização da atenção à saúde da criança, possibilitando aos gestores e profissionais a priorização das ações para este público.

No ano de 2006 a redução da mortalidade infantil foi incluída entre as prioridades operacionais do Pacto Pela Vida e, em 2008, o programa Mais Saúde: Direito de Todos, forneceu condições para articulação da estratégia “Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento nacional”. Em 2009, o Compromisso Mais Nordeste e Mais Amazônia Legal pela Cidadania tinha como meta principal a redução da mortalidade neonatal e infantil, além de minimizar as desigualdades regionais.

A Rede Cegonha foi instituída em 2011 como uma Rede de Atenção à Saúde da mulher e da Criança com o objetivo de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada a gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Já no ano de 2013 foi implantada a Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil (EAAB), com publicação da Portaria Nº 1.920, de 5 de setembro de 2013, que instituiu a Estratégia Nacional para Promoção do

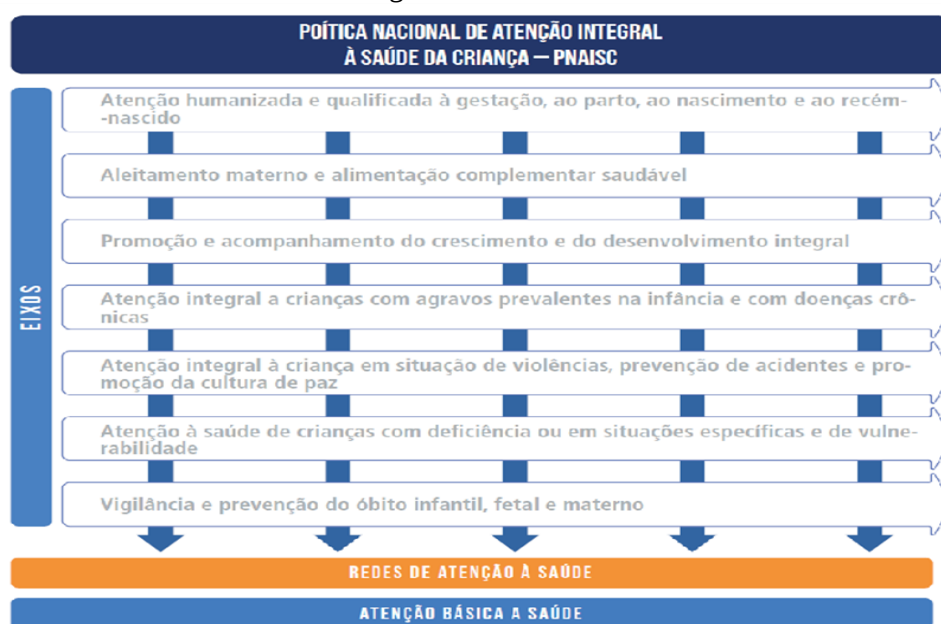
Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde, realizando a integração de duas ações, a Rede Amamenta Brasil e a Estratégia Nacional para Alimentação Complementar Saudável (ENPACS).

No ano de 2014, o município de Fortaleza, criou o Plano Municipal pela Primeira Infância por meio da Lei Nº 10.219, de 13 de junho de 2014, que foi regulamentado pelo Decreto Nº 13.586, de 13 de maio de 2015. O Plano Municipal pela Primeira Infância tem por finalidade a garantia da proteção integral, a promoção e a defesa da criança de 0 (zero) a 6 (seis) anos, bem como visa à orientação dos programas, projetos e ações voltadas ao cuidar, educar, promover a assistência social e o direito à cidadania.

O Ministério da Saúde, no ano de 2015, cria a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC), que tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados, da gestação aos 9 (nove) 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.

A PNAISC se sustenta em sete eixos estratégicos que perpassam as Redes de Atenção à Saúde e tem como base estruturante a Atenção Básica a Saúde conforme está demonstrado na figura 1. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)□

Figura 1: PNAISC



Fonte: Pnaisc

A atual PNAISC é regida pelos seguintes princípios: direito à vida e à saúde, prioridade absoluta da criança, acesso universal à saúde, integralidade do cuidado, equidade

em saúde, ambiente facilitador à vida, humanização da atenção, gestão participativa e controle social. De acordo com a PNAISC as diretrizes da Política devem ser observadas na elaboração dos planos, dos programas, dos projetos e das ações de saúde voltadas para a criança, sendo elas: gestão interfederativa das ações de saúde da criança; organização das ações e dos serviços na rede de atenção; promoção da saúde; fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; qualificação da força de trabalho do SUS; planejamento e desenvolvimento de ações; incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; monitoramento e avaliação; intersetorialidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

No ano de 2016, o Governo Federal, instituiu o Marco Legal da Primeira Infância, com a promulgação da Lei nº 13.257 de 08 de março de 2016, que estabeleceu os princípios e diretrizes para a formulação e a implementação de políticas públicas para a primeira infância em atenção à especificidade e à relevância dos primeiros anos de vida no desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente. Ainda em 2016 o Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário lança o;

2016 – Programa Criança Feliz, que traz a proposta de realização de visitas domiciliares aos beneficiários do Programa Bolsa Família, e que, no município de Fortaleza, ocorreu à junção dos dois Programas Cresça com seu Filho/ Criança Feliz. O Programa Criança Feliz é uma ação do Governo Federal, instituído por meio do decreto nº 8.869/2016, de caráter intersetorial, com a finalidade de oportunizar a promoção do desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, o que considera sua família e o contexto de vida.

Por iniciativa do gabinete da ex-primeira-dama do município de Fortaleza, em 2017, foi criado o Programa Cresça com Seu Filho que seria coordenado pela Secretaria Municipal de Saúde, em parceria com as Secretarias da Educação, de Cidadania e Direitos Humanos e de Trabalho, Desenvolvimento Social e Combate à Fome e, apoiado, pelo Ministério da Saúde, Universidade Federal do Ceará e Instituto da Primeira Infância. O programa Cresça com seu Filho visa favorecer o desenvolvimento integral da primeira infância desde a gestação até os três anos de vida. As visitas domiciliares são realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da ESF e tem por objetivo a realização de intervenções e apoio as famílias em situação de vulnerabilidade social para que promovam o desenvolvimento integral das crianças da gestação até os três anos de vida. São realizadas reuniões na UAPS, coordenadas por pediatras e Equipe de Saúde da Família (ESF), com a finalidade de avaliação e monitoração do desenvolvimento infantil e vínculos afetivos entre crianças e cuidadores.

O Programa foi implantado em meados de 2014 no município de Fortaleza, porém, só foi regulamentado em 2017 por meio do Decreto municipal 14.036, de 12 de junho, no mesmo ano foi promulgada a Lei 10.646, em 23 de novembro, instituindo o Programa Cresça com Seu Filho/ Criança Feliz cuja finalidade conjunta dos dois programas foi o desenvolvimento integral na primeira infância, com foco na família e nos seus contextos de vida. No mesmo ano, em 2017, o Ministério da Saúde lança a estratégia QualiNEO, com o intuito de reduzir as taxas de mortalidade neonatal, até 28 dias de vida, e qualificar a atenção ao recém-nascido nas maternidades.

Todas as estratégias adotadas por meio de políticas, programas, leis, entre outros instrumentos, tem o objetivo de qualificar o atendimento as crianças no período de maior plasticidade cerebral, que é a primeira infância, garantindo, muitas vezes, a sobrevivência destas crianças ou um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Entendendo a importância de qualificar o atendimento as crianças, o município de Fortaleza, desenvolve dois programas, no ano de 2018, com foco na primeira infância, são eles: o Núcleo de Desenvolvimento Infantil (NDI) e o Programa Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI). O NDI é implantado nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) com o objetivo de diagnóstico precoce e tratamento das alterações de desenvolvimento infantil, o público alvo são crianças de 0 a 3 anos que devem ser captadas no momento da consulta de puericultura e encaminhadas para os NDI conforme necessidade apresentada.

O Programa UAPI tem o objetivo de melhoria da qualidade do atendimento de puericultura na Atenção Primária à Saúde e acompanhamento de indicadores voltados a saúde das crianças de 0 a 2 anos, com metas individualizadas de acordo com a realidade local de cada UAPS. O Programa UAPI apresenta dez diretrizes que devem ser cumpridas para melhoria dos indicadores, são elas:

- I. Mães devem ter lido todo o conteúdo da CSC, destinado a pais e cuidadores e devem ter participado da consulta de pré-natal pediátrica, no último trimestre de gestação;
- II. As crianças devem ter sido submetidas a 12 consultas nos 3 (três) primeiros anos de vida, conforme recomendações do Ministério da Saúde (MS) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) - até 15 dias e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 e 24, 30 e 36 meses;
- III. Os bebês devem ter realizado todos os testes de triagem neonatal disponíveis no SUS: Ortolani, Olhinho, Orelhinha, Pezinho, Coraçãozinho e Linguinha, estando os mesmos registrados na CSC;

- IV. As crianças devem ter registros de todos os seus dados antropométricos, obtidos na ocasião das consultas, nas CSC, bem como as devidas plotagens desses dados nas 3 curvas principais de crescimento presentes na CSC (perímetro cefálico, peso e estatura);
- V. As crianças devem ter sido avaliadas adequadamente quanto aos marcos de desenvolvimento infantil, com registro da presença ou ausência dos marcos para cada idade na CSC;
- VI. As crianças devem ter mamado de forma exclusiva até os seis meses de vida. Devem ter iniciado alimentação complementar a partir dos seis meses, dentro das orientações da SBP, obedecendo aos 10 passos para alimentação saudável, preconizados pela SBP;
- VII. Crianças inscritas no Programa Cresça com Seu Filho/ Criança Feliz, com visitas semanais preconizadas;
- VIII. Suplementação de Ferro e vitamina A, adequadamente, nas doses preconizadas de acordo com faixas etárias e peso de nascimento.
- IX. As crianças devem estar devidamente imunizadas, com todas as vacinas recomendadas pelo MS, incluindo as recomendações em surtos e campanhas.
- X. As mães e cuidadores devem ter sido orientadas às práticas de higiene bucal desde o nascimento até o final do terceiro ano de vida, inclusive com acompanhamento pelo odontopediatra.

As metas do programa UAPI foram inspiradas no modelo de acompanhamento proposto pela Caderneta de Saúde da Criança, instrumento oficial do governo federal de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil no Brasil. A PNAISC fortalece e embasa as metas estabelecidas pelo Programa UAPI por meio das ações estratégicas dos eixos de atenção, mais especificamente o eixo estratégico III de promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral.

O Programa UAPI busca fortalecer o acompanhamento das crianças pela Equipe de Saúde da Família por meio da consulta de puericultura e demais estratégias que influenciam na melhoria da saúde das crianças, desde seu crescimento até seu desenvolvimento neuropsicomotor, garantindo estados de bem estar e de saúde plenos para as crianças.

Em 2020, o Programa UAPI e o NDI, foram reconhecidos e fortalecidos enquanto política pública no município de Fortaleza por meio da promulgação da Lei Nº 11.070, de 29 de dezembro de 2020, que institui o Marco Legal da Primeira Infância de Fortaleza,

consolidando programas, já em execução ou a serem implementados, voltados para crianças de 0 (zero) a 6 (seis) anos.

No próximo capítulo será apresentado como ocorreu à implantação e o desenvolvimento do Programa UAPI no município de Fortaleza.

4. UNIDADE AMIGA DA PRIMEIRA INFÂNCIA

A Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI) foi idealizada pela pediatra Dra. Vera Regina Apoliano Ribeiro que, após concluir sua dissertação de mestrado, verificou uma baixa utilização da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) em relação aos registros dos dados referentes a consulta de puericultura, realizadas pelos profissionais da estratégia de Saúde da Família do município de Fortaleza.

Após apresentação dos resultados encontrados à Secretaria Municipal de Saúde, representada, neste momento, pela Dra. Anamaria Cavalcante e Silva, pediatra, Coordenadora de Educação em Saúde, Ensino, Pesquisa e Projetos Especiais (COEPP), foi iniciada a elaboração de um projeto que pudesse melhorar os registros relacionados a consulta de puericultura na CSC. Neste momento, a Dra. Gerly Anne Nóbrega Barreto foi convidada a assumir a coordenação do Programa UAPI no município de Fortaleza e conduzir todos os processos para implantação do programa nas UAPS.

A consulta de puericultura se caracteriza pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças por meio de consultas regulares que, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, são realizadas nas Unidades de Atenção Primária. O Ministério da Saúde recomenda nos 1000 primeiros dias de vida, sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, além de duas consultas no 2º ano, aos 18º e 24º mês de vida. (1)

Por meio da consulta de puericultura, o profissional da Atenção Primária, consegue realizar o acompanhamento longitudinal das crianças, sendo necessário o correto registro dos exames realizados para posterior análise e para propiciar a promoção e a proteção à saúde dos indivíduos. O principal foco da consulta de puericultura é a prevenção de doenças por meio de um cuidadoso exame da criança, orientação aos familiares sobre os cuidados básicos e sobre os riscos e agravos à saúde da criança. (2)

O Programa UAPI foi implantado nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza no ano de 2018 com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), por meio da Célula de Atenção Primária à Saúde e posteriormente sendo acompanhado pela COEPP. A implantação ocorreu através de adesão voluntária das UAPS após o preenchimento de um formulário padrão fornecido pela SMS. O formulário 1 tinha como objetivo a construção de uma linha de base que fornecesse informações de como as

crianças daquela respectiva UAPS estavam sendo acompanhadas nas consultas de puericultura e se os dados estavam sendo registrados corretamente na Caderneta de Saúde da Criança.

Após a construção da linha de base foram alinhadas metas pela equipe da SMS, junto aos profissionais e ao gerente dos serviços de saúde. As metas a serem atingidas dos indicadores do Programa UAPI foram personalizadas conforme os dados coletados e a situação apresentada por cada território. O intuito, neste momento, foi de ampliar os indicadores da linha de base garantindo, desta forma, uma melhoria do acompanhamento das crianças por meio da consulta de puericultura e a melhoria do registro dos dados na Caderneta de Saúde da Criança.

Os profissionais envolvidos no processo de implantação do Programa UAPI são os que compõem as eSF, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), podendo fazer parte, ainda, os profissionais de saúde bucal, dentista e Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Além destes, podem estar envolvidos todos os demais profissionais que exercem suas atividades nas unidades de saúde como: porteiros, auxiliar de serviços gerais, recepcionista, agente de endemias, auxiliar de farmácia, auxiliar de laboratório, equipe multiprofissional. Na coordenação do processo, estão o gerente do serviço de saúde e seus assistentes administrativos, peças-chaves para o desenvolvimento do Programa UAPI.

O município de Fortaleza possui, aproximadamente, 2.687.000 habitantes, destes, 2.380.456 possuem cadastros vinculados às 116 UAPS do município, o equivalente a 88% da população projetada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) foi identificada pela Atenção Primária à Saúde. Na primeira edição do Programa UAPI, no ano de 2018, trinta e sete unidades aderiram ao Programa com a expectativa de receberem o selo UAPI, para receberem a certificação as unidades inscritas precisariam apresentar uma melhoria nos indicadores da linha de base após a avaliação final que foi realizada no ano de 2020.

Dada a complexidade e o tamanho da população do município de Fortaleza, a coordenação dos serviços de saúde, é dividida em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES). As trinta e sete unidades inscritas no Programa UAPI estão divididas da seguinte forma: uma unidade do território da CORES I, onze unidades da CORES II, sete unidades da CORES III, oito unidades da CORES IV, quatro unidades da CORES V e seis unidades da CORES VI.

Na CORES I uma unidade realizou a inscrição no Programa UAPI, a UAPS Lineu Jucá, localizada no bairro Barra do Ceará, realizou a implantação do Programa em 12/12/2018,

a unidade apresenta uma população de aproximadamente 15.295 habitantes cadastrados, possui três equipes de Saúde da Família (eSF), uma equipe de saúde bucal (eSB), um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

Na CORES II onze unidades se inscreveram no Programa UAPI são elas: Aida Santos, Benedito Arthur de Carvalho, Célio Brasil Girão, Flávio Marcílio, Frei Tito, Irmã Hercília Aragão, Odorico de Moraes, Paulo Marcelo, Pio XII, Rigoberto Romero e Sandra Maria Faustino Nogueira.

A unidade de saúde Pio XII está localizada no bairro São João do Tauape, realizou a implantação do Programa UAPI em 11/07/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 9.354 habitantes, possui três eSF, uma eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo. Foi a primeira unidade a implantar o Programa UAPI na CORES II.

A unidade de saúde Aida Santos e Silva está localizada no bairro Vicente Pinzon, realizou a implantação do Programa UAPI em 18/07/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 15.360 habitantes, possui quatro eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Irmã Hercília Aragão está localizada no bairro São João do Tauape, realizou a implantação do Programa UAPI em 25/07/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 26.882 habitantes, possui oito eSF, sete eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Célio Brasil Girão está localizada no bairro Cais do Porto, realizou a implantação do Programa UAPI em 08/08/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 13.472 habitantes, possui quatro eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

Com a mesma data de implantação, 08/08/2018, a unidade de saúde Célio Brasil Girão, que está localizada no bairro Cais do Porto, iniciou suas atividades norteadas pelo Programa UAPI, a unidade possui uma população adscrita de, aproximadamente, 13.472 habitantes, possui quatro eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Odorico de Moraes está localizada no bairro Castelo Encantado, realizou a implantação do Programa UAPI em 14/08/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 9.668 habitantes, possui três eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Paulo Marcelo Martins Rodrigues está localizada no bairro Centro, realizou a implantação do Programa UAPI em 16/08/2018, possui uma população adscrita de,

aproximadamente, 10.926 habitantes, possui três eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Sandra Maria Faustino Nogueira está localizada no bairro Vicente Pinzon, realizou a implantação do Programa UAPI em 21/08/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 17.595 habitantes, possui quatro eSF, duas eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Benedito Arthur de Carvalho está localizada no bairro Luciano Cavalcante, realizou a implantação do Programa UAPI em 14/09/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 12.043 habitantes, possui quatro eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

Na mesma data a unidade de saúde Rigoberto Romero que está localizada no bairro Cidade 2000, realizou a implantação do Programa UAPI, em 14/09/2018, a unidade possui uma população adscrita de, aproximadamente, 17.595 habitantes, possui cinco eSF, cinco eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Frei Tito de Alencar Lima está localizada no bairro Caça e Pesca, realizou a implantação do Programa UAPI em 26/09/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 14.763 habitantes, possui quatro eSF, quatro eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Flávio Marcílio está localizada no bairro Mucuripe, realizou a implantação do Programa UAPI em 24/10/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 13.349 habitantes, possui quatro eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

Na CORES III sete unidades se inscreveram no Programa UAPI são elas: Anastácio Magalhães, César Cals, Licínio Nunes de Miranda, Humberto Bezerra, Ivana Paes, Recamonde Capelo e Santa Liduina.

A unidade de saúde Licínio Nunes de Miranda está localizada no bairro Quintino Cunha, realizou a implantação do Programa UAPI em 30/01/2019, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 16.185 habitantes, possui cinco eSF, duas eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo. Foi a primeira unidade de saúde da CORES III a implantar o Programa UAPI.

A unidade de saúde César Cals de Oliveira Filho está localizada no bairro Pici, realizou a implantação do Programa UAPI em 27/03/2019, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 15.191 habitantes, possui quatro eSF, quatro eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Anastácio Magalhães está localizada no bairro Rodolfo Teófilo, realizou a implantação do Programa UAPI em 29/03/2019, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 18.429 habitantes, possui quatro eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

Na mesma data a unidade de saúde Luiz Recamonde Capelo que está localizada no bairro Bonsucesso, realizou a implantação do Programa UAPI, em 29/03/2019, a unidade possui uma população adscrita de, aproximadamente, 17.655 habitantes, possui quatro eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Santa Liduina também realizou a implantação do Programa UAPI em 29/03/2019, a unidade está localizada no bairro Rodolfo Teófilo e possui uma população adscrita de, aproximadamente, 13.622 habitantes, possui quatro eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo. A CORES III conseguiu, na mesma data, implantar o Programa UAPI em três unidades de saúde do seu território, demonstrando grande esforço, empenho e dedicação à causa da saúde da criança.

A unidade de saúde Ivana de Sousa Paes está localizada no bairro Presidente Kennedy, realizou a implantação do Programa UAPI em 10/04/2019, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 19.582 habitantes, possui cinco eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

Na mesma data, em 10/04/2019, a unidade de saúde Humberto Bezerra, que está localizada no bairro Antônio Bezerra, realizou a implantação do Programa UAPI, a unidade possui uma população adscrita de, aproximadamente, 17.195 habitantes, possui cinco eSF, duas eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

Na CORES IV oito unidades se inscreveram no Programa UAPI são elas: Dom Aloísio Lorscheider, Francisco Monteiro, Gothardo Peixoto Figueiredo Lima, Gutemberg Braun, Luis Albuquerque Mendes, Oliveira Pombo, Roberto Bruno e Turbay Barreira.

A unidade de saúde Turbay Barreira que está localizada no bairro Vila União, foi a primeira unidade da CORES IV a realizar a implantação do Programa UAPI, em 23/08/2018, a unidade possui uma população adscrita de, aproximadamente, 13.604 habitantes, possui quatro eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Dom Aloísio Lorscheider está localizada no bairro Itaperi, realizou a implantação do Programa UAPI em 12/09/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 23.412 habitantes, possui seis eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Gutemberg Braun está localizada no bairro Vila Pery, realizou a

implantação do Programa UAPI em 10/10/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 18.943 habitantes, possui quatro eSF, duas eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Luis Albuquerque Mendes está localizada no bairro Serrinha, também realizou a implantação do Programa UAPI em 10/10/2018, a unidade possui uma população adscrita de, aproximadamente, 18.039 habitantes, possui cinco eSF, quatro eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

Mais uma unidade de saúde da CORES IV, a UAPS Roberto Bruno que está localizada no bairro de Fátima, realizou a implantação do Programa UAPI em 10/10/2018, a unidade possui uma população adscrita de, aproximadamente, 11.511 habitantes, possui quatro eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo. Da mesma forma que a CORES III, temos a implantação do Programa UAPI em três unidades de saúde da CORES IV na mesma data.

A unidade de saúde Francisco Monteiro está localizada no bairro Dendê, realizou a implantação do Programa UAPI em 11/10/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 9.325 habitantes, possui duas eSF, duas eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Oliveira Pombo está localizada no bairro Panamericano, realizou a implantação do Programa UAPI em 15/01/2019, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 10.557 habitantes, possui quatro eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Gothardo Peixoto Figueiredo Lima está localizada no bairro Damas, realizou a implantação do Programa UAPI em 25/04/2019, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 14.135 habitantes, possui cinco eSF, três eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

Na CORES V quatro unidades se inscreveram no Programa UAPI são elas: Jurandir Picanço, Regina Maria Severino, Ronaldo de Albuquerque Ribeiro e Viviane Benevides.

A unidade de saúde Regina Maria Severino está localizada no bairro Canindezinho, realizou a implantação do Programa UAPI em 20/06/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 16.892 habitantes, possui três eSF, duas eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo. Foi a primeira unidade de saúde a implantar o programa UAPI na CORES V e a primeira no município de Fortaleza.

A unidade de saúde Ronaldo de Albuquerque Ribeiro está localizada no bairro Genibaú, realizou a implantação do Programa UAPI em 04/07/2018, possui uma população

adscrita de, aproximadamente, 12.608 habitantes, possui três eSF, uma eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Jurandir Picanço está localizada no bairro Granja Portugal, realizou a implantação do Programa UAPI em 30/01/2019, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 15.572 habitantes, possui quatro eSF, quatro eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Viviane Benevides está localizada no bairro Vila Manoel Sátiro, realizou a implantação do Programa UAPI em 23/03/2019, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 10.549 habitantes, possui três eSF, uma eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

Na CORES VI seis unidades se inscreveram no Programa UAPI são elas: Evandro Ayres, Janival de Almeida, Luis Franklin Pereira, Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, Otoni Cardoso, Pedro Sampaio.

A unidade de saúde Luis Franklin Pereira está localizada no bairro Coaçu, realizou a implantação do Programa UAPI em 30/10/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 19.724 habitantes, possui quatro eSF, duas eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo. Foi a primeira unidade de saúde da CORES VI a implantar o Programa UAPI.

A unidade de saúde Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati está localizada no bairro Jardim das Oliveiras, realizou a implantação do Programa UAPI em 07/11/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 23.435 habitantes, possui sete eSF, cinco eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Evandro Ayres de Moura está localizada no bairro Conjunto Palmeira, realizou a implantação do Programa UAPI em 30/11/2018, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 12.328 habitantes, possui três eSF, duas eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Pedro Sampaio está localizada no bairro Conjunto Palmeira, realizou a implantação do Programa UAPI em 10/01/2019, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 19.924 habitantes, possui cinco eSF, duas eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Janival de Almeida está localizada no bairro Passaré, realizou a implantação do Programa UAPI em 21/01/2019, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 18.932 habitantes, possui seis eSF, cinco eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A unidade de saúde Otoni Cardoso está localizada no bairro Paupina, realizou a implantação do Programa UAPI em 12/03/2019, possui uma população adscrita de, aproximadamente, 19.191 habitantes, possui quatro eSF, uma eSB, um gerente de serviços de saúde e um assistente administrativo.

A UAPS Regina Maria Severino foi a primeira unidade a implantar o programa UAPI no município de Fortaleza, em 20/06/2018, e a UAPS Gothardo Peixoto foi a última, em 25/04/2019, fechando as trinta e sete unidades inscritas na primeira edição do programa.

Após a inscrição no programa e preenchimento do Formulário A, ANEXO I, as unidades de saúde receberam da SMS a sua linha de base, com o diagnóstico situacional inicial de cada território. A linha de base a seguir é referente a UAPS Ronaldo de Albuquerque Ribeiro:

Quadro 1: LINHA BASE : UAPS RONALDO ALBUQUERQUE RIBEIRO

INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
Puericultura na gestação	$\frac{\text{Nº de gestantes com consultarealizadas}}{\text{Nº de gestantes cadastradas}} \times 100$	$1 \times 100 / 45 = 2,2\%$	20%
Consultas de puericultura no primeiro semestre	$\frac{\text{Nº de crianças com o mínimo de 4 consultas}}{\text{Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas}} \times 100$	$9 \times 100 / 45 = 20\%$	30%
Teste do pezinho	$\frac{\text{Nº de RN com teste do pezinho realizado}}{\text{Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas na UAPS}} \times 100$	$44 \times 100 / 45 = 97,7\%$	100%
Teste do olhinho	$\frac{\text{Nº de RN com teste do olhinho realizado}}{\text{Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas na UAPS}} \times 100$	$32 \times 100 / 45 = 71,1\%$	100%
Teste da orelhinha	$\frac{\text{Nº de RN com teste da orelhinha realizado}}{\text{Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas na UAPS}} \times 100$	$32 \times 100 / 45 = 71,1\%$	100%
Perímetro cefálico	$\frac{\text{Nº de crianças com o mínimo de 3 registros de PC}}{\text{Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas}} \times 100$	$13 \times 100 / 45 = 28,8\%$	38%
Peso	$\frac{\text{Nº de crianças com o mínimo de 4 registros de peso}}{\text{Nº de crianças entre 6 e 12 meses}} \times 100$	$9 \times 100 / 45 =$	

	cadastradas	20%	30%
Comprimento	Nº de crianças com o mínimo de 4 registros de comprimento x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas	$7 \times 100 / 45 = 15,5\%$	25%
IMC	Nº de crianças com o mínimo de 1 registros de IMC x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas	$6 \times 100 / 45 = 13,3\%$	23%
Registro dos marcos do desenvolvimento	Nº de crianças com o mínimo de 3 registros dos marcos do desenvolvimento x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas	$9 \times 100 / 45 = 20\%$	30%
Aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida	Nº de crianças em aleitamento exclusivo por 6 meses x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas na UAPS	$22 \times 100 / 45 = 48,8\%$	60%
Calendário vacinal	Nº de crianças com calendário vacinal atualizado x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas na UAPS	$40 \times 100 / 45 = 88,8\%$	100%
Cresça com seu filho	Nº de crianças com visita atualizada x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas no programa Cresça com seu filho	$3 \times 100 / 45 = 100\%$	100%
Saúde bucal	Nº de crianças com no mínimo 1 consulta odontológica x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas no programa Cresça com seu filho	$1 \times 100 / 45 = 2,2\%$	20%

Fonte: COEPP/ SMS

No momento da apresentação da linha de base para os profissionais e gestores das unidades de saúde, também eram pactuadas as metas a serem atingidas por cada unidade para certificação no programa e recebimento do selo UAPI.

Após a pactuação das metas os gestores junto aos profissionais elaboraram estratégias para alcance das metas conforme modelo a seguir desenvolvido pela UAPS Ronaldo de Albuquerque Ribeiro:

Quadro 2: ESTRATÉGIAS DA UAPS RONALDO DE ALBUQUERQUE RIBEIRO

1. Meta: Mães devem ter lido todo o conteúdo da CSC, destinado a pais e cuidadores e devem ter participado da consulta pré-natal pediátrica, no último trimestre de gestação ou terem participado do Grupo de Gestantes que abordem o tema cuidados com o RN

INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
-----------	--------------------	---------------	------

Puericultura na gestação	Nº de gestantes com consultarealizadas x 100 / Nº de gestantes cadastradas	$1 \times 100 / 45 = 2,2\%$	20%
ESTRATÉGIA		ENVOLVIDOS	PRAZO
Organizar grupo de gestantes		ESF	imediato
Visita domiciliar mensal a gestante		ACS	imediato
Marcação da consulta de retorno do PN pelo profissional médico ou enfermeiro na hora do atendimento		Médico, enfermeiros, NAC	imediato
Agendamento das gestantes para participação no Grupo mensal		NAC, ACS, Médicos, Enfermeiros	imediato
Busca ativa das gestantes para participação no Grupo mensal no dia anterior a realização da atividade (reforço positivo)		ACS	imediato
Sensibilização dos profissionais da Unidade sobre a importância do Grupo de gestantes		Todos os profissionais	imediato
2. Meta: As crianças devem ter sido submetidos a 12 consultas nos 3 primeiros anos de vida, conforme recomendações do MS e SBP (até 15 dias e nos meses 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18 e 24, 30 e 36 meses)			
INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
Consultas de puericultura no primeiro semestre	Nº de crianças com o mínimo de 4 consultas x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas	$9 \times 100 / 45 = 20\%$	30%
ESTRATÉGIA		ENVOLVIDOS	PRAZO
Realizar visita domiciliar a TODOS os RN na 1ª semana de vida para preenchimento da FICHA DO RN e marcação da 1ª consulta de Puericultura e revisão do parto da mãe		ACS / ACE	imediato
Sensibilizar os Técnicos de enfermagem que realizam o Teste do Pezinho para agendamento da 1ª consulta do RN no NAC		Técnicos de Enfermagem	imediato
Garantir vagas de puericultura na agenda dos Médicos / Enfermeiros da ESF		Gestor	imediato
Orientar as mães na sala de vacina, no Acolhimento, na Recepção, na Farmácia para agendar consulta de puericultura		Todos os profissionais	imediato
Busca ativa das crianças de 0 – 2 anos para acompanhamento e marcação da consulta de puericultura		Enfermeiros / ACS	imediato
3. Meta: Os bebês devem ter realizado todos os testes de triagem neonatal disponíveis no SUS: Ortolani, Olhinho, Orelhinha, Pezinho e Coraçãozinho e Linguinha, estando os mesmos registrados na CSC			

INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
Teste do pezinho	Nº de RN com teste do pezinho realizado x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas na UAPS	$44 \times 100 / 45 = 97,7\%$	100%
INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
Teste do olhinho	Nº de RN com teste do olhinho realizado x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas na UAPS	$32 \times 100 / 45 = 71,1\%$	100%
INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
Teste da orelhinha	Nº de RN com teste da orelhinha realizado x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas na UAPS	$32 \times 100 / 45 = 71,1\%$	100%
ESTRATÉGIA		ENVOLVIDOS	PRAZO
Fazer orientação da importância da realização dos testes de triagem neonatal durante o PN		Enfermeiros	imediato
Realizar o Teste do Pezinho todos os dias na Unidade		Téc. de enfermagem	imediato
Realizar Teste do Olhinho na consulta de puericultura		Enfermeiros	imediato
Verificar registros dos testes na CSC		Enfermeiros / Téc. de enfermagem / ACS	imediato
Fazer resgate no Sistema de Informações, FASTMEDIC, e realizar registro da realização dos testes na CSC		Enfermeiros	imediato
Registrar dados na CSC durante consulta de puericultura		Médicos / Enfermeiros	imediato
4. Meta: As crianças devem ter registros de todos os seus dados antropométricos, obtidos na ocasião das consultas, nas CSC, bem como as devidas plotagens desses dados nas 3 curvas principais de crescimento presentes na CSC (perímetro cefálico, peso e estatura)			
INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
Perímetro cefálico	Nº de crianças com o mínimo de 3 registros de PC x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas	$13 \times 100 / 45 = 28,8\%$	38%
INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
Peso	Nº de crianças com o mínimo de 4 registros de peso x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas	$9 \times 100 / 45 = 20\%$	30%
INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META

Comprimento	Nº de crianças com o mínimo de 4 registros de comprimento x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas	$7 \times 100 / 45 = 15,5\%$	25%
INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
IMC	Nº de crianças com o mínimo de 1 registros de IMC x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas	$6 \times 100 / 45 = 13,3\%$	23%
ESTRATÉGIA		ENVOLVIDOS	PRAZO
Verificar registros antropométricos durante visita domiciliar e no atendimento do Bolsa Família		ACS	imediato
Encaminhar para agendamento de consulta de puericultura as crianças sem os registros dos dados na CSC		ACS / NAC	imediato
Verificar na sala de vacina o registro dos dados na CSC		Téc. de enfermagem	imediato
Registrar dados na CSC durante consulta de puericultura		Médicos / Enfermeiros	imediato
5. Meta: As crianças devem ter sido avaliados adequadamente quanto aos marcos de desenvolvimento infantil, com registro da presença ou ausência dos marcos para cada idade na CSC			
INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
Registro dos marcos do desenvolvimento	Nº de crianças com o mínimo de 3 registros dos marcos do desenvolvimento x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas	$9 \times 100 / 45 = 20\%$	30%
ESTRATÉGIA		ENVOLVIDOS	PRAZO
Registrar os marcos de desenvolvimento na CSC durante consulta de puericultura		Médicos / Enfermeiros	imediato
Encaminhar para o pediatra as crianças com possível atraso no desenvolvimento		Médicos / Enfermeiros	imediato
Verificar registros dos marcos de desenvolvimento durante visita domiciliar e no atendimento do Bolsa Família		ACS	imediato
Encaminhar para agendamento de consulta de puericultura as crianças sem os registros dos marcos de desenvolvimento na CSC		ACS / NAC	imediato
Verificar na sala de vacina o registros dos marcos de desenvolvimento na CSC		Téc. de enfermagem	imediato
6. Meta: As crianças devem ter mamado de forma exclusiva até os seis meses de vida. Devem ter iniciado alimentação complementar a partir dos seis meses, dentro das orientações da SBP, obedecendo aos 10 passos para alimentação saudável, preconizados pela SBP			

INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
Aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida	Nº de crianças em aleitamento exclusivo por 6 meses x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas na UAPS	22 x 100 / 45 = 48,8%	60%
ESTRATÉGIA		ENVOLVIDOS	PRAZO
Incentivar a participação das gestantes no Grupo mensal		ESF / NAC	imediate
Reforçar orientações sobre aleitamento nas consultas de PN		Enfermeiros / Médicos	imediate
Promover palestra em Sala de espera sobre aleitamento materno		ESF / Estagiários	mediato
Busca ativa de puérperas com dificuldade de amamentação		ACS/Tec. Enfermagem	imediate
Realizar Grupo de puericultura		ESF	imediate
Enfatizar a importância do AME até os 6 meses em todas as consultas de puericultura		Médicos/ Enfermeiros	imediate
Visita domiciliar mensal para as crianças de 0 – 2 anos, enfatizando a importância do Aleitamento Materno Exclusivo até os 6 meses, e a partir dos 6 meses o aleitamento com alimentação complementar pelo menos até os 2 anos.		ACS	imediate
Entregar o certificado para as mães em AME até os 6 meses do bebê		ESF	Agosto
Iniciar alimentação complementar com 6 meses e agendar retorno com 1 mês para acompanhamento		Enfermeiros	imediate
Divulgar a Sala de Apoio a Mulher que Amamenta		Todos os profissionais	imediate
Horário de funcionamento: segunda a sexta (8:00 às 17:00)			
7. Meta: As crianças inscritas no Programa Cresça com Seu Filho devem participar juntamente com seus cuidadores de reuniões grupais mensais na UBS, coordenadas por pediatrias e ESF, com a finalidade de avaliação e monitoração do desenvolvimento infantil e vínculos afetivos entre crianças e cuidadores			
INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
Cresça com seu filho	Nº de crianças com visita atualizada x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas no programa Cresça com seu filho	3 x 100 / 45 = 100%	100%
ESTRATÉGIA		ENVOLVIDOS	PRAZO
Realizar reuniões mensais para crianças e pais inscritas no Programa Cresça com seu Filho		Enfermeiros / ACS	30 dias
Convidar um pediatra da SER V para realizar uma palestra sobre desenvolvimento infantil e vínculo afetivo para profissionais e mães com as		Gestor	6 meses

crianças que participam do Programa Cresça com seu Filho			
8. Meta: Suplementação de Ferro e vitamina A, adequadamente, nas doses preconizadas de acordo com faixas etárias e peso de nascimento			
ESTRATÉGIA		ENVOLVIDOS	PRAZO
Iniciar suplementação de Ferro no 6º mês e explicar a importância dessa vitamina para mãe / cuidador		Médicos / Enfermeiros	imediato
Encaminhar a criança para Sala de vacina para ser administrada a vitamina A		Médicos / Enfermeiros	imediato
Registrar na CSC o uso de Ferro e Vitamina A		Médicos/ Enfermeiros / Téc. Enfermagem	imediato
Oferecer Vitamina A na Sala de vacina		Téc. Enfermagem	imediato
Divulgar a importância da suplementação de ferro e vitamina A		ACS /Téc. enfermagem	imediato
9. Meta: As crianças devem estar devidamente imunizados, com todas as vacinas recomendadas pelo MS, incluindo as recomendações em surtos e campanhas			
INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
Calendário vacinal	Nº de crianças com calendário vacinal atualizado x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas na UAPS	40 x 100 / 45 = 88,8%	100%
ESTRATÉGIA		ENVOLVIDOS	PRAZO
Avaliar cartão de vacina de TODAS as crianças na unidade e na visita domiciliar		ESF	imediato
Realizar busca ativa dos faltosos		ESF	imediato
Realizar campanhas extra-muros		ESF	imediato
10. Meta: As mães e cuidadores devem ter sido orientados às práticas de higiene bucal desde o nascimento até o final do terceiro ano de vida, inclusive com acompanhamento pelo odontopediatra			
INDICADOR	MÉTODO DE AFERIÇÃO	LINHA DE BASE	META
Saúde bucal	Nº de crianças com no mínimo 1 consulta odontológica x 100 / Nº de crianças entre 6 e 12 meses cadastradas na UAPS	1 x 100 / 45 = 2,2%	20%
ESTRATÉGIA		ENVOLVIDOS	PRAZO
Fazer uma roda de conversa no dia do grupo de puericultura. Utilizar o espaço do grupo para fazer orientações para as mães sobre o cuidado com a higiene na primeira infância.		Dentista / ASB	imediato

Conciliar o atendimento no dentista no dia da consulta de puericultura com a enfermagem, ou seja, no dia serão deixadas vagas reservadas para a criança sair do atendimento com a enfermagem e já ter a consulta odontológica.	Dentista / ASB / Enfermeiros	imediato
Agenda aberta para marcação de consulta / Demanda livre.	Dentista / ASB	imediato
Fazer busca ativa de crianças de 0 a 2 anos para agendamento da consulta odontológica e com o auxílio do ACS entregar o agendamento para mãe ou cuidador da criança.	Dentista / ASB / ACS	imediato
Utilizar o ACS como fonte de informação para que a população fique ciente da importância das consultas odontológicas na primeira infância, e assim marcar a consulta.	Dentista / ASB	imediato
Encaminhar TODAS as crianças de 0 – 2 anos para consulta odontológica	Médicos / Enfermeiros NAC	imediato

Fonte: UAPS Ronaldo de Albuquerque Ribeiro

No final do ano de 2019 a pandemia do novo coronavírus, SARS-COV-2, descoberto na China, assolou o mundo, todos os serviços de saúde foram direcionados para o atendimento dos pacientes com suspeita de CoronavirusDisease 2019 (COVID-19) e síndromes gripais, na Atenção Primária também aconteceu esse remodelamento diante de uma situação de calamidade pública onde, infelizmente, ocorreram mais de 660.000 mortes no Brasil.

Em Fortaleza, até maio de 2022, foram confirmados 345.960 casos de residentes no município, a primeira onda epidêmica ocorreu entre abril e maio de 2020 com uma média móvel de 600 casos. A segunda onda epidêmica teve início em outubro de 2020, com pico em janeiro de 2021, onde a média móvel chegou a 1.600 casos. A terceira onda iniciou em dezembro de 2021, atingindo seu pico em janeiro de 2022 com a média móvel de 3.474 casos. No município de Fortaleza foram registradas, até maio de 2022, 11.154 óbitos por COVID-19.(3)

A partir de março de 2020, devido ao aumento do número de casos e ainda sem uma vacina para o combate da COVID-19, as consultas programadas realizadas nas UAPS foram desmarcadas, entre elas, as consultas de puericultura, neste momento foi necessário uma readequação dos processos de trabalho com a implantação de novas estratégias como: as tele consultas, a formação de grupos de WhatsApp com gestantes e familiares de crianças dentro da faixa etária de zero a dois anos de vida. As estratégias adotadas foram importantes para o acompanhamento das gestantes e das crianças menores de dois anos, mesmo que remotamente, sendo trabalhados nesses momentos os assuntos relacionados a puericultura e também os

cuidados a serem tomados em tempos de pandemia.

Após a avaliação final, em novembro de 2020 ocorreu a certificação das UAPS na primeira edição do Programa UAPI, nove unidades foram certificadas, são elas: Dom Aloisio Lorscheider, Humberto Bezerra, Oliveira Pombo, Paulo Marcelo, Irmã Hercília, Luis Franklin, Regina Severino, Rigoberto Romero e Turbay Barreira, tendo atingindo os critérios estabelecidos pelo programa. Além destas, sete unidades foram indicadas como unidades destaque, devido ao bom desempenho apresentado, porém não conseguiram atingir os critérios para certificação, são elas: Aida Santos, Frei Tito, Lineu Jucá, Maria de Lourdes, Pio XII e Ronaldo de Albuquerque Ribeiro e Sandra Nogueira.

Com o apoio técnico do UNICEF, em julho de 2021, foram iniciados os trabalhos para segunda edição do Programa UAPI, desta vez, com a inclusão de outros setores como a educação, que impactam diretamente no desenvolvimento infantil saudável. Além disso, na segunda edição, o Programa UAPI teve a adesão de outros municípios além de Fortaleza, são eles: Rio de Janeiro, Belém, Recife, Salvador e Maranhão. Com a ampliação do programa para outros setores, a UAPI tenta desenvolver a integralidade das ações a partir da intersetorialidade com os demais serviços voltados ao atendimento e acompanhamento das crianças menores de dois anos, além disso, a equidade está presente na metodologia do processo com o lema de que nenhuma criança deve ser deixada para trás. Desta forma, o Programa UAPI consegue sua ampliação almejando melhoria do acompanhamento das crianças menores de dois anos de forma integral.

5. GESTÃO EM SAÚDE NA APS

A primeira utilização da expressão Atenção Primária à Saúde – APS foi em 1920 no Relatório Dawson, este relatório foi elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido e foi a primeira vez que se visualizaram os serviços de saúde sob a ótica de redes de atenção regionalizadas e hierarquizada a partir de uma base geográfica definida. Os conceitos desse documento serviram de base para a criação do Sistema de saúde britânico em 1948, que, posteriormente orientou a reorganização dos serviços de saúde de vários países do mundo (LAVRAS, 2011).

A consagração do conceito de Atenção Primária à Saúde ocorreu com a Declaração de Alma-Ata em 1978, onde temos que:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constitui a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2). DE ALMA-ATA

Com a Declaração de Alma-Ata e as disposições da Constituição Federal de 1988, a saúde é reconhecida como direito fundamental da população e deve ser garantida junto às três esferas governamentais: federal, estadual e municipal. No entanto, o financiamento adequado e a formação profissional voltada para as práticas sociais e de saúde não acompanharam essa expansão, nem a gestão, o que dificultou a prestação de serviços resolutivos, de qualidade e eficientes à população.

Desde a década de 90, o mundo assim como o Brasil, vem passando por sérias transformações, o que inclui o modelo de saúde, que se deu através da implementação da Lei Orgânica da Saúde (LOS) de No. 8.080/90 que oficializou regulamentando o Sistema Único de Saúde (SUS). Com isso foram propostas algumas medidas de caráter organizacional assim como a própria mudança do modelo assistencial em vigor, a implantação do Programa Saúde

da Família (PSF) que nos dias atuais é conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) em função do mesmo não ser mais apenas um programa. Dessa forma, a Estratégia de Saúde da família é vista como um fator de fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), tendo dessa forma se tornado a principal porta de entrada do usuário ao Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, se torna possível dizer que uma das inovações mais significativas aconteceu com a implementação e expansão da cobertura do PSF, sendo tomada como uma estratégia para se alterar a organização da atenção à saúde no SUS, a qual anteriormente ficava focado num modelo fragmentado e segmentado, evoluindo para um modelo universal e descentralizado. (HEIMANN et al, 2011)

Starfield definiu a Atenção Primária à Saúde - APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pela longitudinalidade e integralidade nas ações, acrescida da coordenação da assistência, da atenção centrada na pessoa e na família, da orientação comunitária das ações e da existência de recursos humanos com atitude cultural voltada para a APS.

A partir dessa definição, Starfield, determinou os atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema.

Em revisão bibliográfica conduzida por Mendes, esses atributos são assim interpretados:

O primeiro contacto implica a acessibilidade e o uso do serviço para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura o cuidado. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação colaborativa e humanizada entre equipe, pessoa usuária e família. A integralidade supõe a prestação, pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (MENDES, 2009, p. 57-58).

Ademais, foram definidos ainda, três atributos derivados que qualificam a atenção da APS, são eles: atenção à saúde centrada na família, orientação comunitária e competência cultural.

Na identificação empírica dos atributos da APS é possível verificar a associação destes atributos e dos resultados como sendo a efetividade da atenção à saúde da população adscrita ao território da Unidade Básica de Saúde.

Dessa forma, segundo Brasil (2011b), a Atenção Primária À Saúde é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo, o qual envolve aspectos tais como: promoção, proteção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde do cidadão brasileiro sem distinção.

Destarte, para que uma APS se apresente significativamente, a gestão participativa vem contribuir para que envolva e responsabilize a participação social nas políticas públicas e para a criação de espaços onde se oportunize a construção dessas proposições coletivas, de acordo com as necessidades da sociedade, procurando operacionalizar de melhor forma que seja possível os sistemas de saúde, o que envolve a APS, a qual tem como estratégia fazer a integração de todos os serviços de saúde. (COSTA e LIONÇO, 2006)

A APS constitui-se em desafio para a gestão uma vez que além de envolver dimensões típicas da gestão em saúde: gestão de pessoas (provimento de força de trabalho em número e qualificação, e gestão das relações de trabalho); gestão de materiais e processos (incluindo estrutura, fluxos organizacionais, processos de trabalho, materiais e equipamentos); e gestão financeira; assume a responsabilidade de prover assistência universal, integral, equânime, eficiente e eficaz para atender as necessidades de saúde da população (PIRES apud CNSS, 2019)

Atualmente, a APS brasileira se propõe a ser uma política pública que visa reorganizar o modelo assistencial de saúde, que é orientada por alguns princípios e é a entrada para os serviços ofertados, tem como finalidade facilitar ao acesso integrado a outros recursos no SUS, onde tem a responsabilidade com a maior parte da demanda dos serviços de saúde, estando consolidada com os princípios do SUS. Para que a APS tenha resolutividade, é necessário que exista uma articulação intersetorial, o que gera um impacto positivo nos indicadores de situações de saúde.

É importante destacar, que para se consolidar uma APS com os outros setores da sociedade, é basilar que sejam construídas políticas integradas de saúde com o intuito de que as ações intersetoriais sejam fortalecidas pela gestão municipal. (HEIMANN et al., 2011; BRASIL, 2011b).

A Unidade de Atenção Primária à Saúde - UAPS é o principal ponto de contato das famílias com o sistema de saúde e a ponte com os demais níveis de atenção, sendo responsável pela coordenação das ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde da população adscrita ao seu território (ALMEIDA et al., 2016).

Sendo a Atenção Primária responsável pela articulação dos demais níveis de atenção, o

Ministério da Saúde, ao longo dos anos, vem criando estratégias para apoiar Estados e Municípios com o objetivo de qualificar a atenção a saúde materno infantil em todo país.

A APS é um desafio para a gestão pois além de envolver dimensões típicas da gestão em saúde: gestão de pessoas (oferta de mão de obra em número e qualificação e gestão das relações profissionais); gestão de materiais e processos (incluindo estrutura, fluxos organizacionais, processos de trabalho, materiais e equipamentos); e gestão financeira; assume a responsabilidade de prestar assistência universal, integral, equitativa, eficiente e eficaz para atender às necessidades de saúde da população.

Estudo realizado no Brasil entre executivos públicos e privados destaca a falta de recursos e fragilidades na gestão em saúde. E que esta última está ligada à inexperiência profissional na área da gestão, à demora na integração de novas tecnologias que contribuem para gestão e processos de trabalho e ainda mais significativamente no setor público, está ligada às dificuldades em superar os obstáculos impostos pela legislação que impedem a agilidade necessária, e às influências partidárias eleitorais nos gestores, o que gera rotatividade, descontinuidade dos processos iniciados e desmotivação dos profissionais.

A Política Nacional da Atenção Básica (PNAB), ano 2017, é a diretriz atual maior de orientação de como os serviços de saúde devem atuar no nível primário. Um dos pontos abordados pela PNAB é a função dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família. A PNAB traz uma lista de funções norteadoras que são comuns a todos os membros da equipe, além da função que deve ser desempenhada por cada categoria especificamente. Vale ressaltar que o rol de funções é norteador, muitas vezes, não contemplando a magnitude de ações e atividades que precisam ser realizadas a nível da atenção primária.

Comunicação, gestão de equipe, planejamento com priorização, resolução de problemas e avaliação de desempenho, foram identificadas como habilidades essenciais para os gestores na área da Atenção Primária à Saúde.

A importância dos agentes comunitários de saúde foi destacada em alguns estudos como tendo um papel estratégico no aconselhamento para a implementação de medidas de autocuidado e de promoção da saúde. Alguns autores também destacaram os desafios associados à formação desses profissionais, bem como, a escassez de iniciativas de aconselhamento sobre estilos de vida saudáveis para a população da APS. Portanto, é observado que existe a necessidade de fortalecimento do papel dos ACS na promoção e prevenção de doenças.

Um dos pontos de destaque na APS são as ações de educação em saúde que devem ser desenvolvidas. A educação em saúde passa adquirir nova configuração, tornando capaz de

promover mudanças de comportamentos e a melhora na saúde da população. Essa visão culpabilizadora. Do indivíduo/vítima começou a ser superada somente a partir de mudança socorridas nas práticas e conceitos de saúde. Através das alterações a saúde passou a ser entendida como resultante das condições de vida da população sendo influenciadas por fatores de cunho sócio econômicos, tendo as suas práticas voltadas para a prevenção de doenças e agravos não somente para cura conforme outrora. Embasada por essas transformações de paradigma sanitário. A educação está presente a todo o momento na vida do ser humano. No caso específico da educação em saúde podemos dizer que os conceitos e propósitos adaptaram conforme as mudanças de paradigma que ocorreram no setor de saúde.

As ações educativas em saúde passam a ser definidas com um processo que objetiva capacitar indivíduos, grupos para ajudar na melhoria nas condições de vida da população. No Brasil a educação em saúde tradicional, utilizada desde a república velha não é adequada para a melhoria das condições de saúde da população. A educação popular em saúde e educação dialógica, tem como base a melhoria nas condições de vida da população

A humanização hoje defendida dentro da saúde, é uma maneira de se intervir em uma determinada situação/realidade, onde se procura ter uma relação acolhedora, objetivando prover a saúde de duas formas: individual e coletiva, sendo imprescindível a integralidade da assistência.

A integralidade, de acordo com Albuquerque e Stotz (2004) é um “princípio pela qual as ações relativas à saúde devem ser efetivadas” tanto em relação ao indivíduo, como para a coletividade, o que envolve fatores que são determinantes, assim como, condicionantes da saúde, o que com isso irá garantir que sejam realizadas atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde, podendo ser integrada dentro de uma percepção interdisciplinar, o que irá introjetar a concepção de cidadania onde todos os indivíduos possam se ver como pessoas saudáveis, considerando que tenham os seus direitos garantidos.

Para a APS a humanização preconiza a inclusão de projetos terapêuticos para os usuários quanto ao indivíduo e o coletivo, como também propõe formas de acolher e fazer a inclusão dessas pessoas, apresentar uma práxis que oportunize a diminuição de medicamentos (tomando outro modelo que não o biomédico) dentro de uma concepção biopsicossocial, e procurando promover o fortalecimento das interações das equipes de saúde e os usuários dentro desse sentimento e ambiente de acolhimento. Assim, humanizar pode ser compreendido como um esforço de procurar facilitar que a pessoa vulnerabilizada possa enfrentar de maneira mais positiva seus obstáculos e dificuldades.

Conforme Andrade(2011) as redes de serviços de APS tem uma função essencial para a consolidação do SUS, visto que a forma de organização tanto das ações como dos serviços de promoção, prevenção e reabilitação da saúde em todos os seus níveis de complexidade, é necessário que os atores que estão envolvidos, atuem dentro de uma proposta de construção e sejam capazes não só de agir, mas de pensar, refletir, aprender e produzir o conhecimento, partindo das necessidades da sociedade e do processo de trabalho.

Assim, a gestão na APS, dentro do contexto da organização do sistema de saúde no Brasil, é de responsabilidade da esfera municipal e se torna elemento essencial que a sua organização seja de forma que garanta a qualidade e a resolutividade da atenção à saúde (CASANOVA, 2014). A atuação efetiva da APS, em parte, está vinculado à compreensão das necessidades de saúde, dos processos de trabalhos envolvidos, assim, com a gestão dos recursos solicitados e o sortimento de resultados efetivos.

6. MÉTODOS

6.1. Tipo de estudo

Estudo avaliativo, transversal, descritivo e documental com coleta de dados secundários. A pesquisa do tipo documental com a coleta de dados secundários se caracteriza pela coleta de informações em fontes secundárias como relatórios de pesquisa, relatórios de empresas, dados estatísticos, e tem como principal vantagem a estabilidade dos dados que subsiste ao longo do tempo. Os dados secundários foram obtidos por meio de relatórios extraídos do prontuário eletrônico utilizado no município de Fortaleza.

O método descritivo permite realizar descrição de um fenômeno pela maneira como os dados são coletados (WEIRICH *et al*, 2009).

6.2. Local e período da pesquisa

A Atenção Primária do município de Fortaleza é composta atualmente por 116 (cento e dezesseis) UAPS, destas, 37 (trinta e sete) aderiram ao Programa UAPI almejando a certificação de Unidade Amiga da Primeira Infância. A pesquisa foi realizada com as Unidades que mostraram interesse e desenvolveram atividades voltadas às crianças menores de 2 (dois) anos na expectativa de alcançar a certificação no período fevereiro a junho de 2022..

6.3. Participantes da pesquisa e público-alvo

Os participantes da pesquisa e os documentos foram selecionados de forma intencional para ajudar no entendimento do Programa UAPI e do problema da pesquisa. Os dados secundários foram coletados do sistema informatizado próprio da SMS de Fortaleza e foi realizada a avaliação dos indicadores das Unidades que aderiram ao Programa UAPI (CRESWELL, 2010). O público-alvo da pesquisa foram as crianças menores de 6(seis) meses pertencentes à área adscrita das Unidades de Saúde que aderiram ao Programa UAPI, dado que, o objeto primário da pesquisa é melhorar o acompanhamento de saúde dessas crianças na Atenção Primária. Em relação ao ponto de corte para idade, foi estabelecido o mesmo marcador que a pesquisa de impacto da UAPI, tendo em vista que, por conta dos tempos analisados, poderia haver uma inflação nos indicadores, uma vez que a mesma criança poderia ser contabilizada em dois momentos distintos. Além disso, participaram da pesquisa sete

gestores de unidades participantes do programa UAPI para avaliar acerca do programa explorado junto aos dados do público-alvo: crianças de 0 a 2 anos.

6.4. Critérios de inclusão

Foram incluídas na pesquisa todas as UAPS do município de Fortaleza que aderiram ao Programa UAPI.

6.5. Bases de dados empregadas e variáveis pesquisadas

A pesquisa adotou como referência duas bases de dados existentes na Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Fortaleza. A primeira é decorrente do prontuário eletrônico utilizado no município, a qual é composta pelos procedimentos realizados pela equipe de atenção primária à saúde. A segunda base utilizada é decorrente do registro dos profissionais no Atesto Municipal de Funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde que atuam nas unidades de saúde, desde a quantidade de profissionais por categoria, casos de afastamento, quantidade de microáreas de responsabilidade da unidade, entre outras.

Em relação aos dados do prontuário eletrônico, foram analisadas as variáveis que se enquadram nos dados clínicos, dentre as quais: número de consultas de puericultura realizadas por profissionais médicos e enfermeiros em crianças de menores de 6 (seis) meses; número de testes do pezinho realizados; número de visitas domiciliares realizadas em crianças menores de 6 (seis) meses pelo ACS; número de consultas de puericultura odontológicas realizadas por dentistas da ESF em crianças menores de 6 (seis) meses; cobertura vacinal; e avaliação nutricional. Também foram analisadas as variáveis condicionantes, que são decorrentes do Atesto Municipal de Funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde: presença do gestor na unidade, proporção de agentes comunitários de saúde por microárea, quantidade de equipes da estratégia de saúde da família completas, quantidade de equipes de saúde bucal completas.

As variáveis foram pesquisadas em seis momentos distintos: (T1) dois meses antes da entrada no programa; (T2) dois meses após a entrada no programa; (T3) seis meses após a entrada no programa; (T4) um ano após a entrada no programa; (T5) em fevereiro de 2020; e (T6) em junho de 2020. Cada um dos marcadores temporais será calculado em função da data de entrada da unidade no programa. Com a análise das variáveis na implantação do Programa foi possível ter um diagnóstico de como as unidades se comportavam antes da implantação do Programa; a análise em fevereiro de 2020 demonstrou como o Programa contribuiu para o

acompanhamento das crianças menores de 2 (dois) anos de acordo com o período de implantação; e, na análise em junho de 2020 foi possível a verificação de como as UAPS se comportaram quanto ao acompanhamento das crianças frente a pandemia de COVID-19 que assolou o mundo no ano de 2020.

Os indicadores para avaliação do Programa foram definidos com base nas diretrizes aplicadas ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil de crianças propostas pelo Programa UAPI, que foram construídas com o objetivo de fortalecer as ações de Puericultura dentro das UAPS no município de Fortaleza.

6.6 Questionário com gestores das unidades Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

Os participantes, no caso, os gestores foram orientados antes da pesquisa sobre o consentimento livre e esclarecido, bem como sobre os riscos e benefícios da pesquisa, foram apresentados os objetivos da pesquisa e dirimidas quaisquer dúvidas, além de assegurado o sigilo da identificação das respostas, o termo de consentimento livre e esclarecido foi disponibilizado e aceito antes do início das atividades do grupo (CRESWELL, 2010).

Após concordarem com a participação na pesquisa, os gestores responderam a um questionário estruturado com quatro questões, a saber: (1) *Como você avalia os cuidados da Atenção Primária à Saúde com a primeira infância?*; (2) *Como foi o processo de implantação do Programa Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI) na unidade que você coordena/coordenava? Quais foram as maiores dificuldades nesse processo? O que auxiliou a contornar as dificuldades;* (3) *Quais estratégias foram adotadas na sua Unidade para monitorar e buscar melhorias dos indicadores do Programa UAPI? E* (4) *“Como você avalia o programa UAPI?”*. A escolha por esse tipo de instrumento se deu em função do tipo de análise que será aplicado, o qual demanda que todos os participantes respondam as mesmas questões (CAMARGO; JUSTO, 2021).

6.7. Análise de dados

Os dados quantitativos foram analisados por meio do *software* R (versão 4.0.3), utilizando os pacotes *dplyr* para tratamento e manejo dos dados, *lubridate* para cálculo dos marcos temporais e idade dos participantes, bem como o pacote *car* para realização das análises de ANOVA de medidas repetidas, ademais foram realizadas análises de frequência (tendência de centralidade e dispersão). O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Por sua vez, a análise dos questionários foi realizado por meio do *software*

IRAMUTEQ, o qual se fundamentou a partir das análises textuais que foram adotadas como referência as ocorrências dos verbetes, possibilitando que os pesquisadores identificassem padrões e associações no material. Para realizar as análises alguns procedimentos foram necessários, o primeiro é a organização das informações em corpus de análises, os quais devem congrega os textos (respostas dos participantes) decorrentes de uma mesma questão (CAMARGO; JUSTO, 2021). Além disso, deve-se padronizar a escrita de determinados termos, como nomes compostos e aqueles que possuem siglas, como “unidade” “unidade básica” e “UAPS”, bem como “SMS” e “secretaria municipal de saúde”. Essa padronização é necessária para garantir um resultado mais nítido, que de forma alguma deve alterar o sentido das respostas.

Nesta dissertação foi utilizada a análise de similitude, a qual foi desenvolvida a partir da teoria matemática dos grafos. Por meio dessa análise as palavras são organizadas em função da coocorrência dessas no corpus analisado, sendo posteriormente agrupadas em comunidades de sentido. Além disso, há linhas ligando as palavras, as quais variam o seu calibre em função da coocorrência das palavras nas respostas do participante, indicando com isso uma maior associação entre os sentidos das comunidades (CAMARGO; JUSTO, 2021).

6.8. Aspectos éticos

A pesquisa seguiu os preceitos éticos, conforme as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde:

A eticidade da pesquisa implica em:

a) Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade;

b) Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) Garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);

d) Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade).

A pesquisa teve riscos mínimos, tais como quebra de sigilo, ainda que involuntária. Os

critérios utilizados para obtenção dos dados não causaram alterações físicas e nem comportamentais, já que são apenas descritivas. Além disso, a pesquisadora não utilizou as informações confidenciais para gerar benefício próprio exclusivo e/ou unilateral, presente ou futuro, assim como o uso de terceiros.

A pesquisa oferece elevada possibilidade de gerar conhecimento para melhoria do acompanhamento das crianças menores de 2 (dois) anos pelos profissionais da APS, podendo assim impactar positivamente no desenvolvimento infantil, capacitando a equipe para identificação e melhor condução dos possíveis atrasos de crescimento e desenvolvimento infantil, garantindo o correto acompanhamento das crianças menores de 2 (dois) anos pela consulta de puericultura e demais ações a serem realizadas para promover o pleno desenvolvimento infantil.

Tendo em vista que a pesquisa adota como base bancos de dados já coletados, de acordo com a resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2016), que orienta a pesquisa com seres humanos, não há necessidade de submissão ao comitê de ética em pesquisa. É válido ressaltar que os dados analisados estavam anonimizados, ou seja, não é possível identificar as pessoas, obedecendo tanto a Resolução 510/16, bem como a Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709).

7. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para a realização das análises dois critérios de cálculo dos indicadores foram estabelecidos, o primeiro desses é referente ao número de registros de crianças com seis meses completos em cada um dos marcadores temporais que tenha entre zero e seis meses na data de realização da consulta, este método será chamado de “*número de atendimento*”. O segundo método de contagem é referente a quantidade de crianças que satisfaçam os mesmos critérios, terem seis meses completos em cada um dos marcos e entre zero e seis meses na data da consulta, este método será chamado de “*quantidade de crianças*”. A avaliação dos indicadores acontece dessas duas formas para quase todos os indicadores, com exceção do indicador de vacinação e de realização do teste do pezinho, tendo em vista que esse é realizado apenas uma vez o que acaba por inflacionar os resultados.

Além disso, tendo em vista os atravessamentos nos processos de trabalho por questões relacionadas a gestão e a formação das equipes de saúde, algumas variáveis foram consideradas como covariáveis na análise, a saber: (1) quantidade de microáreas por agentes comunitários de saúde (ACS), (2) presença do gestor da unidade, (3) quantidade de equipes completas e (4) quantidade de profissionais afastados no Tempo 6. Com a utilização dessas covariáveis buscou-se controlar possíveis vieses em relação aos resultados.

Na Tabela 1 é possível observar a distribuição das médias das variáveis em função do tempo. A proporção entre quantidade de ACS e microáreas foi calculada com o intuito de sintetizar esses dois indicadores, o valor ‘1’ indica que há uma microárea para cada ACS, valores menores que ‘1’ indicam número maior de ACS, ao passo que valores acima de ‘1’ indicam número maior de microáreas. Para avaliar se havia diferença entre as médias de proporções para cada um dos tempos avaliados foi realizada uma ANOVA de medidas repetidas, cujo resultado não foi significativo [$F(5, 170) = 0,61$; $p = 0,54$], ou seja, as médias entre os seis tempos de avaliação não apresentam diferenças expressivas.

Em relação à quantidade de equipes completas da ESF, foram consideradas completas aquelas equipes que contavam com uma médica, uma enfermeira e pelo menos uma técnica de enfermagem/auxiliar de enfermagem. Para avaliar o desfalque de equipes, a quantidade de equipes completas foi subtraída do total de equipes, de modo que os valores próximos a ‘0’ indicam que todas as equipes estavam completas, ao passo que números negativos apontam para equipes incompletas. Uma comparação via ANOVA aponta para diferenças estatisticamente significativas entre os tempos [$F(5, 170) = 16,29$; $p < 0,0001$], por meio do

teste de post-hoc de Bonferroni aponta para diferenças entre o Tempo 5 (fevereiro de 2020) e todos os outros tempos, sendo a média desse tempo menor em comparação aos demais, ou seja, o Tempo 5 apresenta uma média maior de equipes completas. Da mesma forma, o Tempo 6 (junho de 2020) apresenta diferenças com os demais tempos, com média mais próxima de zero, ou seja, menos equipes desfalcadas. É válido destacar que não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre o Tempo 5 e 6. As médias referentes a esses indicadores podem ser observadas na Tabela 1.

Diferente da quantidade de equipes da ESF, a quantidade de equipes completas de ESB não foi comparada ao total de equipes por unidade, dessa forma as médias indicam a quantidade de equipes completas. Essa variável será utilizada apenas na análise do indicador de *saúde bucal*. Assim como para as variáveis anteriores, na Tabela 1 é possível observar a distribuição média de equipes por tempo. Por fim, a última covariável a ser analisada é referente a situação do gestor da unidade. Na Tabela 2 é possível observar a distribuição da frequência dessa variável para cada tempo analisado. Em linhas gerais, na maior parte dos marcos temporais as unidades apresentam gestores, ao passo que a maior frequência de mudança de gestor é no Tempo 2 (10,81%) e no Tempo 6 (16,22%), enquanto a maior frequência de unidades sem gestor é no Tempo 3 (10,81%) e no Tempo 5 (10,81%).

Tendo em vista que esta variável é categórica, uma nova variável foi computada, a partir de uma classificação dos padrões de presença/ausência dos gestores. Dessa forma, unidades que tiveram mudança de gestor apenas uma vez foram classificadas como “*com gestor*” e representam 83,80% do total, unidades que registram duas ou mais mudanças de gestor foram classificadas como “*mudança de gestor*” (representam 8,10%) e unidades que registraram pelo menos dois períodos “*sem gestor*” foram classificadas como tal (8,10%). Esse procedimento permite uma avaliação mais precisa do efeito da mudança de gestão nos indicadores, tendo em vista de um volume expressivo de variáveis categóricas atendida inflacionar os efeitos. Nas subseções seguintes serão apresentados os resultados de cada um dos indicadores, bem como se há efeito nas variáveis controladas sob esses.

Tabela 1. Distribuição das médias das variáveis controladas em função dos tempos analisados.

Variáveis controladas	Média (DP)					
	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Proporção entre ACSs e microáreas	1,37 (0,38)	1,36 (0,4)	1,34 (0,42)	1,33 (0,43)	1,35 (0,42)	1,31 (0,35)
Quantidade de equipes da estratégia de saúde da família	4,05 (1,56)	4,08 (1,59)	4,19 (1,47)	4,16 (1,48)	4,19 (1,43)	4,22 (1,44)
Quantidade de equipes da estratégia de saúde da família completas	2,95 (1,10)	2,81 (1,09)	2,95 (1,20)	3,05 (1,45)	3,78 (1,27)	3,89 (1,28)
Proporção entre equipes e equipes completas	-1,19 (1,05)	-1,36 (1,25)	-1,32 (1,06)	-1,14 (0,98)	-0,43 (0,73)	-0,33 (0,59)
Quantidade de equipes de saúde bucal completas	2,46 (1,17)	2,50 (1,03)	2,54 (1,04)	2,57 (1,09)	2,57 (1,04)	2,58 (1,13)

Nota: T1 - Dois meses antes da entrada no programa; T2 - Dois meses após a entrada no programa; T3 - Seis meses após a entrada no programa; T4 - Um ano após a entrada no programa; T5 - fevereiro de 2020; T6 - junho de 2020; DP – desvio padrão.

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Tabela 2. Distribuição da situação dos gestores das unidades em função dos tempos analisados.

Gestor	T1	T2	T3	T4	T5	T6
Unidade com gestor	36 (97,30%)	31 (83,78%)	33 (89,19%)	29 (78,38%)	31 (83,78%)	28 (75,68%)
Mudança de gestor	0 (0%)	4 (10,81%)	0 (0%)	5 (13,51%)	2 (5,41%)	6 (16,22%)
Unidade sem gestor	1 (2,70%)	1 (2,70%)	4 (10,81%)	3 (8,11%)	4 (10,81%)	2 (5,41%)
Missing	0 (0%)	1 (2,70%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,70%)

Nota: T1 - Dois meses antes da entrada no programa; T2 - Dois meses após a entrada no programa; T3 - Seis meses após a entrada no programa; T4 - Um ano após a entrada no programa; T5 - fevereiro de 2020; T6 - junho de 2020.

Fonte: Elaborado pela própria autora.

7.1. Puericultura

A puericultura faz parte da Atenção à Saúde da Criança, cuja finalidade é favorecer para que se faça um acompanhamento sistemático da criança, o que envolve a avaliação do crescimento e desenvolvimento, com o objetivo de não só promover como também manter à saúde, favorecendo para a redução de incidências de doenças e elevando as oportunidades de crescer e desenvolver visando todo o seu potencial.(BRASIL, 2011)

De acordo com o Ministério da Saúde este recomenda que a consulta de puericultura deve consistir em uma avaliação integral da saúde da criança na faixa etária entre 0 a 6 anos de idade, onde nessas consultas se avaliará o crescimento e o desenvolvimento (peso, estatura, desenvolvimento neuropsicomotor, imunizações e o estado nutricional). Como também compreende a orientação a mãe, família ou mesmo o cuidador acerca dos cuidados que a criança deverá ser submetida: higiene, alimentação, vacinação, estimulação, onde o registro deverá ser feito na caderneta de vacinação (BRASIL, 2005). A puericultura é um dos principais indicadores acerca da saúde da criança, o que se considera pela sua relevância na promoção e prevenção de saúde.

O primeiro indicador analisado é referente ao processo de puericultura realizado nas unidades participantes do programa. Após o compute dos indicadores foi realizada uma ANOVA de medidas repetidas com o intuito de avaliar se houve mudanças entre os tempos, sendo essa realizada para os dois métodos de estimativa dos indicadores, ou seja, tanto para o (1) número de atendimentos quanto para a (2) quantidade de crianças atendidas. O resultado da ANOVA de medidas repetidas apresenta que há diferença nos tempos comparados, tanto para a quantidade de atendimentos realizados [$F(3,45, 124,53) = 12,85; p < 0,0001$], quanto para a quantidade de crianças atendidas [$F(3,27, 117,74) = 4,66; p = 0,003$]. Em relação ao número de atendimentos são o teste de post-hoc de Bonferroni aponta diferenças estatisticamente significativas entre o Tempo 6 (junho de 2020) e todos os outros tempos, ao passo que para o número de crianças atendidas essa diferença está entre o Tempo 2 (dois meses após a entrada) e o Tempo 6, bem como entre o Tempo 5 (fevereiro de 2020) e o Tempo 6. Na Tabela 3 é possível observar as médias para o indicador em função dos tempos.

Tabela 3. Distribuição das médias de atendimentos de puericultura e de crianças atendidas em função dos tempos analisados.

Tempo		Quantidade de atendimentos			Quantidade de crianças atendidas		
		Média (DP)	Mín.	Máx.	Média (DP)	Mín.	Máx.
T1	Dois meses antes	28,89 (18,13)	4	82	11,57 (6,47)	2	27
T2	Dois meses após	30,54 (17,89)	3	77	12,11 (6,01)	3	26
T3	Seis meses após	28,30 (17,79)	4	69	11,30 (6,11)	2	26
T4	Um ano após	28,89 (18,13)	4	82	11,57 (6,47)	2	27
T5	Fev. de 2020	36,73 (22,34)	0	97	12,81 (7,21)	0	32
T6	Junho de 2020	16,38 (10,39)	0	48	9,08 (5,21)	0	22

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Tendo em vista que as unidades podem ter passado por mudanças na composição da equipe, seja por estrutura das equipes, seja por parte dos gestores ou dos profissionais, bem como os atravessamentos da pandemia, buscou-se avaliar o efeito de algumas variáveis. Para o número de atendimentos realizados, não foram identificados efeitos em relação à proporção entre microáreas e o número de ACSs nas unidades [$F(1, 33) = 0,82$; $p = 0,37$], mudança ou ausência dos gestores [$F(1, 34) = 0,88$; $p = 0,35$]. Um resultado semelhante é observado quando se avalia a quantidade de equipes completas em cada um dos tempos, bem como a média geral da quantidade de equipes completas [$F(1, 35) = 0,13$; $p = 0,71$]. Da mesma forma, não são identificados efeitos do afastamento dos profissionais no Tempo 6 [$F(1, 35) = 1,50$; $p = 0,22$].

Um resultado similar é observado quando se analisa o número de crianças atendidas, não se verifica efeito da proporção entre microáreas e o número de ACSs nas unidades [$F(1, 33) = 0,40$; $p = 0,52$], bem como das mudanças ou ausência dos gestores [$F(1, 35) = 1,06$; $p = 0,31$]. No tocante a quantidade de equipes completas, os efeitos não são identificados para esse espectro comparada em cada ponto, nem mesmo em uma média geral dos seis tempos [$F(1, 35) = 0,59$; $p = 0,44$], do mesmo modo que não é influenciado pelo número de profissionais afastados no Tempo 6 [$F(1, 35) = 2,04$; $p = 0,16$].

No tempo 2, se observa uma leve alteração, um aumento da quantidade de crianças atendidas, a hipótese que esse aumento pode ser verificado devido ao empenho das unidades na melhoria do acompanhamento das crianças logo após a implantação do Programa, porém tal conduta não levou a diferenças estaticamente significativas nos demais tempos, tendo uma considerável redução no T6, associado ao período de pandemia. Além disso, apesar de um discreto aumento no tempo 5, isto é, um ano após a implantação, onde já se sinalizava uma organização para realização da avaliação final do Programa, pode-se observar que ocorreu um

leve aumento no desvio padrão sugerindo que nem todas as unidades aumentaram o quantitativo de crianças atendidas.

De forma geral, os resultados não indicam efeito expressivo do programa UAPI no que se refere a realização da puericultura. Além disso, os dados destacam o comprometimento no atendimento de crianças durante a primeira onda de COVID-19 em Fortaleza, a ponto de indicar diferenças estatisticamente significativas entre o Tempo 6 e os demais tempos avaliados. Ademais, as variáveis relacionadas à gestão e ao afastamento de profissionais parecem não exercer influência neste indicador, tendo em vista que não foram identificados efeitos estatisticamente significativos quando esses são considerados como sendo covariáveis.

7.2. Consulta odontológica

No que se refere ao indicador “consultas odontológicas”, assim como para o indicador anterior, foram calculadas a quantidade de atendimento de crianças de seis meses completos, que na data do atendimento tinham até seis meses; além desse foi calculada a quantidade de crianças atendidas, sendo aplicados os mesmos critérios. Na Tabela 4 é possível observar a distribuição das médias em função do tempo para os dois indicadores. A ANOVA de medidas repetidas para o número de atendimentos realizados aponta para uma diferença estatisticamente significativa [$F(2,92, 105,31) = 11,06; p < 0,0001$], ao passo que o teste de Bonferroni aponta diferenças entre o Tempo 1 e os Tempos 3, 4 e 5, entre o Tempo 6 e os Tempos 3, 4 e 5. Os Tempos 1 e 6 são aqueles que apresentam menor média de atendimentos realizados, ao passo que os Tempos 3, 4 e 5 apresentam as médias mais altas. Não foram identificadas diferença estatisticamente significativas entre o Tempo 2 e os demais tempos analisados.

Quanto ao número de crianças atendidas, Anova de medidas repetidas também aponta para diferenças estatisticamente significativas [$F(3,08, 111,20) = 15,98; p < 0,0001$]. O teste de Bonferroni indica diferenças entre o Tempo 1 e os Tempos 2, 3, 4 e 5, bem como entre o Tempo 6 e os Tempos 2, 3, 4 e 5, não sendo identificadas diferenças entre o Tempo 1 e o Tempo 6. Assim como para a quantidade de atendimento, o número de crianças atendidas é menos nos Tempos 1 e 6. As médias podem ser observadas na Tabela 4.

Tabela 4. Distribuição das médias de atendimentos odontológico e de crianças atendidas em função dos tempos analisados.

Tempo		Quantidade de atendimentos			Quantidade de crianças atendidas		
		Média (DP)	Mín.	Máx.	Média (DP)	Mín.	Máx.
T1	Dois meses antes	2,03 (2,82)	0	11	1,27 (1,45)	0	5
T2	Dois meses após	3,78 (4,59)	0	21	2,41 (2,28)	0	8
T3	Seis meses após	4,76 (5,11)	0	22	2,65 (2,45)	0	9
T4	Um ano após	7,19 (7,67)	0	31	3,97 (3,47)	0	15
T5	Fev. de 2020	7,70 (6,81)	0	26	4,30 (3,41)	0	12
T6	Junho de 2020	1,41 (3,01)	0	17	0,81 (1,27)	0	6

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Em relação às variáveis controladas, para o número de atendimentos em saúde bucal realizados, não se observa influência a proporção entre número de ACS e microáreas [F (1, 33) = 0,04; $p = 0,83$], bem como em relação ao gestor da unidade [F (1, 35) = 0,07; $p = 0,78$]. Da mesma forma, não se identifica efeito da quantidade de equipes da ESF completas, tanto nos tempos avaliados individualmente quanto em uma média geral [F (1, 35) = 0,02; $p = 0,87$], da mesma forma que não há diferença para os profissionais afastados em junho de 2020 (Tempo 6) [F (1, 34) = 0,84; $p = 0,36$].

Ao que se refere ao número de crianças atendidas, os resultados são virtualmente semelhantes. não se observa influência na proporção entre número de ACS e microáreas [F (1, 33) = 0,54; $p = 0,46$], bem como em relação ao gestor da unidade [F (1, 35) = 1,04; $p = 0,31$]. Além disso, não há efeito da quantidade de equipes da ESF completas, seja por avaliação nos tempos ou em uma média geral [F (1, 35) = 0,16; $p = 0,69$], bem como não há diferença para os profissionais afastados no Tempo 6 [F (1, 34) = 0,70; $p = 0,40$].

Tendo em vista a relevância da presença de profissionais da equipe de saúde bucal, buscou-se controlar os efeitos de comparação da ANOVA para a quantidade de equipes completas. Em relação ao número médio de atendimentos, não foram identificados efeitos da média de equipes completas, tanto considerando os tempos de maneira individual como em uma média geral [F (1, 33) = 0,03; $p = 0,85$]. O mesmo pode ser visto em relação a quantidade de crianças atendidas, não há mudanças na quantidade média de crianças atendidas em função das equipes completas de ESB, tanto para os tempos separadamente quanto para uma média desses [F (1, 33) = 0,007; $p = 0,93$]. Mas, se percebe que mesmo não tendo existido um aumento na quantidade de atendimento, através da tabela 4, mesmo que leve existe um aumento do acesso em relação ao serviço de odontologia (T2).

Um aspecto relevante é quanto ao número de atendimentos, que antes da implantação do Programa UAPI apresenta uma média $T 1 = 2,03 (2,82)$ e no $T 6 = 1,41 (3,01)$ o que significa que apesar de no T2 não ter ocorrido um aumento significativo do número de atendimentos, ocorreu um aumento progressivo com o passar do tempo, demonstrando claramente o impacto positivo da UAPI no atendimento das crianças. E, podemos considerar ainda que devido a pandemia se teve um declínio do número de atendimentos ficando muito próximo a media antes da implantação do programa.

Falando-se a respeito do atendimento odontológico na infância, este deverá envolver toda a equipe de saúde da família. Existe uma recomendação da Associação Brasileira de odontopediatria que a primeira consulta deve acontecer antes do primeiro dente decíduo, o que costuma acontecer por voltados 6 e 12 meses.

É relevante as informações e orientações quanto ao cuidado com a saúde bucal na primeira infância, os quais objetivam prevenir e/ou minimizar o surgimento de alterações relevantes como a própria cárie e doença periodontal.

No contexto do atendimento neonatal, mesmo que a criança não apresente sintomas e sinais aparentemente, os responsáveis acreditam que não é necessário levar a criança ao serviço, com isso vem o alerta para trabalhar com os pais e responsáveis a questão da atenção precoce a saúde bucal. (LARA et, al: 2003)

Diferentes patologias na cavidade oral de bebês também constituem uma preocupação comum dos pais na consulta odontológica da primeira infância. Em um estudo sobre a prevalência de alterações de mucosa bucal em crianças de zero a quatro anos, observou-se o predomínio de língua geográfica (9,6%) seguido de lesão traumática (4,8%), candidíase pseudomembranosa (1,9%), cisto gengival do recém-nascido (0,96%), impetigo (0,96%), lesão vascular (0,96%), afta recidivante (0,96%), queilite esfoliativa (0,96%) e úlcera por queimadura também com (0,96%) (Bessa et al., 2002).

O que com esses dados passa a se defender é que a saúde bucal da criança, assim como a primeira visita ao profissional de odontologia deve acontecer o mais precoce possível conforme orientações do Programa UAPI.

7.3. Cobertura vacinal

Especificamente em relação ao indicador de cobertura vacinal, foram aplicados os critérios utilizados na etapa de avaliação de impacto da UAPI, sendo contabilizada a

quantidade de crianças de seis meses de idade que receberam a terceira dose da antipólio VIP e da pentavalente, tendo em vista que essas são as últimas vacinas previstas para crianças de até seis meses. Da mesma forma que para os indicadores anteriores, foi realizada uma ANOVA de medida repetidas, a qual indica haver diferenças estatisticamente significativas [$F(5, 180) = 6,80$; $p < 0,0001$], o teste de post-hoc indica que essas diferenças estão entre o Tempo 6 e os Tempos 1, 2, 3 e 4, sendo a média menor no Tempo 6. Além disso, não são identificadas diferenças entre o Tempo 5 e o Tempo 6. Na Tabela 5 é possível observar a média de crianças com esquema vacinal completo em função dos tempos analisados.

Tabela 5. Distribuição das médias de crianças com a terceira dose da vacina VIP e da pentavalente.

Tempo		Quantidade de crianças		
		Média (DP)	Mín.	Máx.
T1	Dois meses antes	12,89 (5,23)	5	28
T2	Dois meses após	12,38 (6,79)	3	43
T3	Seis meses após	13,70 (6,37)	2	33
T4	Um ano após	11,68 (5,63)	1	25
T5	Fev. de 2020	10,95 (5,87)	2	26
T6	Junho de 2020	7,76 (4,17)	0	21

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Além disso, não foram identificados efeitos para as variáveis controladas, a saber: proporção entre ACS e microáreas [$F(1, 33) = 0,52$; $p = 0,47$], presença de gestor [$F(1, 35) = 0,02$; $p = 0,87$], equipes completas [$F(1, 35) = 0,02$; $p = 0,88$], e profissionais afastados em junho de 2020 [$F(1, 34) = 0,81$; $p = 0,37$]. É válido destacar que para as variáveis relacionadas à proporção de ACS e microáreas e a proporção de equipes completas, tanto as medidas em cada tempo como uma média dessas foram avaliadas, em ambos os casos não foram identificados efeitos.

Existe uma conscientização quanto à importância da vacinação, a imunização, o que veio ser reforçada com a própria pandemia do COVID, o que contribuiu para o resultado da cobertura vacinal, e somadas as condicionalidades dos programas do Governo. Na pesquisa sugere-se que, infelizmente, não foi observado diferença significativa nas coberturas vacinais após a implantação do Programa e a pandemia de COVID-19 só piorou a situação que já não se encontrava favorável visto que no T5, após um ano de implantação do Programa, temos uma média menor do que antes da implantação, sendo necessário um aumento dos esforços e alinhamento do Programa no sentido de alcançar os objetivos propostos.

7.4. Avaliação nutricional

Em relação ao indicador de avaliação nutricional, da mesma forma que para os indicadores anteriores, buscou-se avaliar mudanças nos tempos para a quantidade de atendimentos realizados, bem como o número de crianças atendidas, as médias para cada tempo podem ser observadas na Tabela 6. No que concerne ao número de atendimentos realizados, a ANOVA de medidas repetidas aponta para diferenças estatisticamente significativas [$F(3,36, 121,15) = 13,81$; $p < 0,00001$], ao passo que o teste de post-hoc de Bonferroni indica diferenças entre o Tempo 6 e os demais, sendo esse o tempo com menor média. Em relação ao número de crianças atendidas, o resultado é similar, havendo diferenças [$F(5, 180) = 8,49$; $p < 0,00001$], estado essas entre o Tempo 6 e os demais tempos.

Tabela 6. Distribuição das médias de atendimentos para avaliação nutricional e de crianças atendidas em função dos tempos analisados.

Tempo		Quantidade de atendimentos			Quantidade de crianças atendidas		
		Média (DP)	Mín.	Máx.	Média (DP)	Mín.	Máx.
T1	Dois meses antes	36,68 (24,18)	4	102	11,62 (6,38)	2	27
T2	Dois meses após	40,14 (25,59)	11	111	12,03 (6,16)	4	26
T3	Seis meses após	34,89 (26,50)	4	114	10,62 (5,69)	2	26
T4	Um ano após	36,70 (23,13)	8	120	11,68 (6,60)	2	29
T5	Fev. de 2020	39,92 (23,85)	0	96	12,00 (6,88)	0	31
T6	Junho de 2020	17,46 (13,69)	0	79	7,57 (4,23)	0	15

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Mais uma vez não foram identificados efeitos das variáveis controladas. Para os atendimentos não se vê efeito da proporção entre ACS e microáreas [$F(1, 33) = 0,29$; $p = 0,59$], presença de gestor [$F(1, 35) = 1,25$; $p = 0,27$], equipes completas [$F(1, 35) = 0,007$; $p = 0,93$], bem como em relação ao número médio de profissionais afastados em junho de 2020 [$F(1, 34) = 0,04$; $p = 0,83$]. Para o número de crianças atendidas também não se observa efeito da proporção entre ACS e microáreas [$F(1, 33) = 0,002$; $p = 0,96$], presença de gestor [$F(1, 35) = 1,71$; $p = 0,19$], equipes completas [$F(1, 35) = 0,58$; $p = 0,43$] e do número médio de profissionais afastados em junho de 2020 [$F(1, 34) = 1,07$; $p = 0,30$]. Novamente, destaca-se que para as variáveis relacionadas a proporção de ACS e microáreas e a proporção de equipes completas, foram avaliadas como covariáveis tanto as medidas para cada tempo avaliado, como uma média geral dessas.

No ponto que trata da avaliação nutricional, esta pode ser mensurada de duas formas: a primeira através da observação direta do indivíduo (individual, e a outra coletiva, onde se traça indicadores de saúde. Essa avaliação é uma condição obrigatória para que com isso

possamos ajuizar a saúde do indivíduo e da própria população. A avaliação nutricional consiste em uma visão global da criança, ao qual se acrescenta os resultados obtidos através da anamnese clínica, alimentar, exame físico, antropometria e, até mesmo, quando for necessário, alguns exames complementares. Em posse dos dados antropométricos, o profissional os compara com os padrões de referência (curvas de crescimento determinados pela Organização Mundial da Saúde), faz a interpretação dentro de uma visão longitudinal e orienta os responsáveis sobre os resultados de forma a garantir o crescimento e desenvolvimento completo da criança.

Considerando que é um dos destaques do UAPI a orientação para a adesão do aleitamento materno exclusivo, vale destacar ainda que a criança até os 6 primeiros meses deverá estar com a amamentação exclusiva com a avaliação do número de mamadas e os intervalos, posteriormente ocorre a introdução da alimentação complementar de forma gradativa até cerca dos 2 anos de idade.

7.5. Visitas domiciliares por ACS

Por sua vez, no que tange às visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários de saúde (ACS), a análise de ANOVA de medida repetidas aponta diferenças entre os tempos para o número de visitas realizadas [$F(2,89, 104,11) = 6,05; p = 0,001$], o teste de Bonferroni indica diferenças o Tempo 1 e os Tempos 2, 3, 4 e 5, além disso entre o Tempo 5 e o Tempo 6. Em relação ao número de crianças atendidas nas visitas, também se verifica diferenças estatisticamente significativas entre os tempos [$F(2,49, 89,76) = 5,37; p = 0,003$], o teste de post-hoc indica que essa diferença se encontra entre o Tempo 1 e o Tempo 5, bem como entre o Tempo 5 e o Tempo 6. Na Tabela 7 é possível observar as médias para cada um dos tempos.

Tabela 7. Distribuição das médias de visitas domiciliares realizadas por ACS e de crianças visitadas em função dos tempos analisados.

Tempo		Quantidade de visitas realizadas			Quantidade de crianças visitadas		
		Média (DP)	Mín.	Máx.	Média (DP)	Mín.	Máx.
T1	Dois meses antes	19,46 (24,48)	0	128	6,76 (5,65)	0	22
T2	Dois meses após	30,27 (35,92)	0	199	8,57 (6,76)	0	31
T3	Seis meses após	30,35 (30,85)	0	134	8,32 (6,84)	0	25
T4	Um ano após	34,41 (34,65)	0	129	9,30 (7,86)	0	30
T5	Fev. de 2020	39,54 (30,75)	0	148	11,27 (6,41)	0	32
T6	Junho de 2020	22,41 (18,16)	4	99	7,62 (4,63)	2	22

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Em relação às variáveis controladas, não foram identificados efeitos na análise. Para a quantidade de visitas realizadas no período não identifica relação da proporção entre ACS e microáreas [F (1, 33) = 3,92; $p = 0,06$], presença de gestor [F (1, 35) = 0,19; $p = 0,66$], equipes completas [F (1, 35) = 0,77; $p = 0,38$] e em relação ao número médio de profissionais afastados em junho de 2020 [F (1, 34) = 0,19; $p = 0,66$]. Por sua vez, em relação à quantidade de crianças visitadas os resultados não indicam efeitos quando a proporção entre o número de ACS e microáreas são avaliados separadamente, contudo quando a média geral dessa proporção é avaliada se verifica efeito [F (1, 33) = 4,97; $p = 0,03$]. Contudo, quando a média geral da proporção de ACS e microáreas é avaliada a ANOVA de medidas repetidas para a quantidade de crianças passa a não se estatisticamente significativa [F (2,58, 89,76) = 2,18; $p = 0,10$]. Esse resultado indica que a diferença identificada em um primeiro momento se dissipa quando se controla a sobrecarga de áreas dos ACS, sugerindo que a melhora apresentada é reflexo da quantidade de ACS no território ou em um aumento do número de registro por parte do ACS não apresentando relação de melhora com o tempo de implantação do Programa.

É salutar apontar que existiu uma mudança significativa tanto no número de visitas realizadas quanto na quantidade de crianças visitadas. Quanto ao número de visitas realizadas o aumento é visível quando no T1 temos uma frequência de 19,46 (24,48) e chegamos a 39,54 (30,75) no T5, apresentando diferença significativa entre os tempos T1 e os tempos T2, T3, T4 e T5 e praticamente voltando aos patamares pré-implantação no período T6 que é referente a pandemia de COVID-19. Importante ressaltar que, nos tempos T2, T3, T4 e T5 onde não foram observadas diferenças significativas nas médias, também não observamos grandes diferenças no desvio padrão, sinalizando um possível aumento uniforme do número de visitas em todas as unidades que implantaram o Programa.

Quanto ao número de crianças visitadas existiu mudança significativa do T 1 quanto ao T 5 e do T5 e T 6, observando um aumento paulatino do número de crianças visitadas com o passar do tempo. Do T 1 para o T 5 se aumenta de 6,76 (5,65) para 11,27 (6,41), entretanto o aumento do número de crianças visitadas não acompanha o aumento do número de visitas, sugerindo que apesar do aumento significativo do número de visitas este não foi acompanhado pela ampliação do acesso a outras crianças. Com o início da pandemia em março de 2020 se verifica que teve um decréscimo nas visitas que passaram a ser realizadas de forma peridomiciliar, isto é, sem adentrar a residência do usuário, no T 5 foi de 11,27 (6,41) e

no T 6 foi de 7,62 (4,63), mesmo com a pandemia se continuou a realizar as visitas, sendo em um número menor, conforme a Tabela 7.

Em relação às outras variáveis controladas não são identificadas efeitos estatisticamente significativos, a saber: presença de gestor [$F(1, 35) = 0,16$; $p = 0,86$], equipes completas [$F(1, 35) = 0,81$; $p = 0,37$] e em relação ao número médio de profissionais afastados em junho de 2020 [$F(1, 34) = 0,05$; $p = 0,81$]. Mais uma vez, é válido reforçar que a proporção de equipes completas foi avaliada tanto com as medidas para cada tempo avaliado, como uma média geral.

7.6. Teste do pezinho (Teste Guthrie)

O último indicador avaliado é em relação à realização do teste de Guthrie, popularmente conhecido como o teste do pezinho. Este, é feito apenas uma vez, é realizado a partir de uma amostra de sangue que é retirada do calcanhar do recém-nascido. Tem como finalidade identificar possíveis distúrbios e doenças que podem vir a afetar/comprometer a saúde do neonato antecipando o surgimento de sintomas e sinais.

Além do teste de Triagem Neonatal (Teste do pezinho) ser realizado uma única vez se recomenda ser feito entre o terceiro e quinto dia, sendo muitas vezes realizado na Unidade de Atenção Primária à Saúde. Porém, a orientação é que o mesmo deverá ser feito no máximo até o trigésimo dia de nascido, não sendo possível poderá ser colhido em outro período.

Quando do acompanhamento da gestante no período pré-natal, as mães são orientadas da importância do teste do pezinho na promoção do rastreio de diversas doenças genéticas (herdadas do pai ou da mãe) e congênitas (durante o desenvolvimento no útero) que são difíceis de identificar, pois normalmente não apresentam quaisquer sinais ou sintomas logo após o nascimento, contudo podem afetar o desenvolvimento mental e físico da criança.

Assim como os demais indicadores foram extraídos do FastMedic, contudo há um nível expressivo de dados, de modo que das 37 unidades participantes do programa UAPI há registro de apenas 16 (43,24%), com em média 13,37 registros ($DP = 11,91$; Mín. = 1; Máx. 47). Uma possível explicação para esse fato é decorrente do fato do teste do pezinho também ser realizado nos hospitais, atrelado ao fato dos profissionais não registrarem no sistema da unidade de saúde informando que o teste foi realizado. Na Tabela 8 é possível observar a distribuição da quantidade de registro para cada tempo, bem como a quantidade de unidades que apresentam registros válidos para a análise.

Tabela 8. Distribuição da quantidade de crianças em que há registro de realização do teste do pezinho em função do tempo.

Tempo	Quantidade testes registrados			Quantidade de unidades com registro
	Média (DP)	Mín.	Máx.	
T1 Dois meses antes	0,00 (0,00)	0	0	0 (0,00%)
T2 Dois meses após	0,25 (1,00)	0	4	1 (6,25%)
T3 Seis meses após	0,56 (2,25)	0	9	1 (6,25%)
T4 Um ano após	1,00 (1,93)	0	7	5 (31,25%)
T5 Fev. de 2020	1,06 (1,18)	0	4	9 (56,25%)
T6 Junho de 2020	1,38 (1,26)	0	3	10 (62,50%)

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Por conta do número expressivo de dados ausentes, não foi possível realizar a ANOVA de medidas repetidas. Contudo, a partir da análise da frequência média de registros e da quantidade de unidades é possível perceber aumento, tanto no número de registros quanto de unidades.

A sensibilização da equipe para o correto registro das informações é primordial para a análise de saúde de uma população, o subregistro impossibilita análises mais apuradas e traz questionamentos sobre o papel do serviço de saúde no território quanto a sua capacidade de identificar agravos em saúde. No caso específico do teste do pezinho não podemos avaliar nesta pesquisa se existiu subregistro ou ausência de realização do mesmo, situação mais grave, visto que impossibilita a identificação de doenças específicas e o início do tratamento de forma precoce.

O ACS passa a representar um papel de suma importância na comunicação e integração da população com o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS). Seu trabalho é relevante na medida em que tem a responsabilidade de identificar gestantes na comunidade, orientá-las para um adequado acompanhamento pré-natal e no período do puerpério, e fazendo a primeira visita após o nascimento do neonatal, junto a eSF pode verificar a realização do teste do pezinho e orientar para que o mesmo seja feito, preferencialmente, entre o 3º e 5º dia de vida da criança.

7.7. Entrevista com gestores

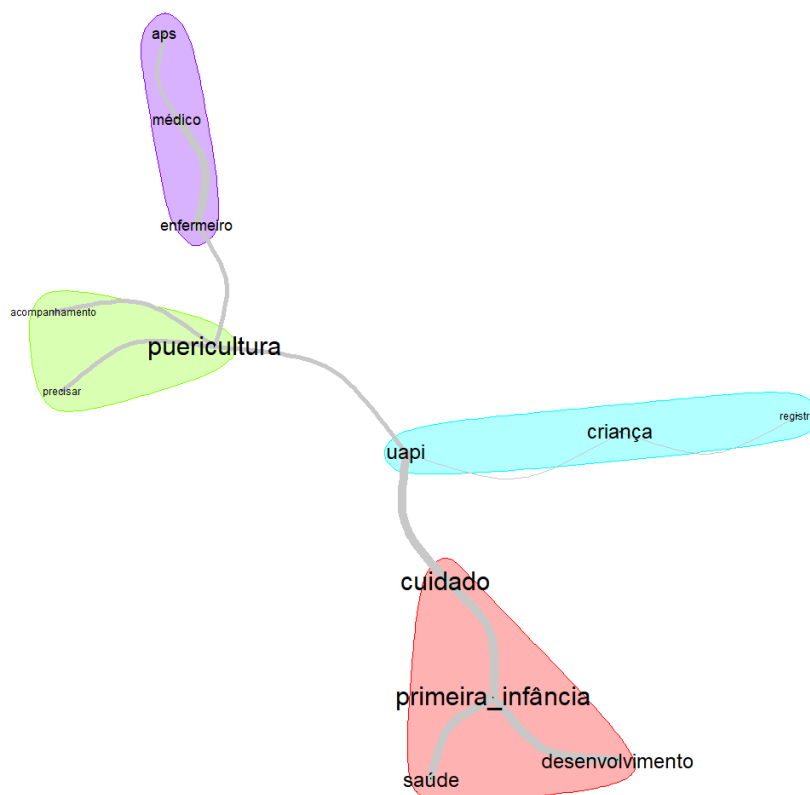
Para compreender de forma mais ampla os processos de implementação e realização das mudanças implicadas no programa UAPI, foi realizada uma entrevista estruturada com sete gestores de unidades participantes do programa, que iremos identificar pelos seguintes codinomes: Estrela, Lua, Sol, Terra, Saturno, Mercúrio e Netuno. As questões giravam em torno da avaliação que esses fazem dos cuidados com a criança no contexto da APS, do

processo de implementação do programa bem como a avaliação que esses gestores fazem da UAPI. Cada um desses aspectos será analisado de maneira separada por meio da análise de similitude, cujos resultados serão apresentados nas subseções a seguir.

7.7.1 Avaliação dos cuidados voltados a criança na APS

O primeiro corpus analisado é decorrente da questão “*Como você avalia os cuidados da Atenção Primária à Saúde com a primeira infância?*”. Este corpus é formado por sete textos, os quais são formados por 429 ocorrências, 232 formas, das quais 72,28% são hápax, palavras que aparecem apenas uma vez no corpus. Na Figura 2 é possível observar o resultado da análise de similitude para este corpus, por meio dessa análise os verbetes que aparecem com maior frequência em posições próximas nas frases são agrupados em comunidades, as quais são destacadas em comunidades coloridas. Para efetuar a leitura deste tipo de análise é feita a identificação do sentido da comunidade, a partir das palavras que as forma e das ligações que essas estabelecem entre si, após esse procedimento se estabelece as relações entre as comunidades. Nesse contexto é válido destacar que o calibre a linha que liga os verbetes varia em função da coocorrência dessas.

Figura 2: Análise de similitude do corpus "avaliação dos cuidados voltados à infância"



A análise de similitude desse corpus aponta para quatro comunidades organizadas de forma linear, em “enfermeiro” é possível identificar dois profissionais que compõe a ESF, estando esses, de acordo com os entrevistados, relacionados diretamente à “puericultura”, que por sua vez é compreendido como sendo algo necessário, bem como relevante por realizar um acompanhamento das crianças de maneira mais intensa. Além disso, a partir das palavras que formam as comunidades “puericultura” e “UAPI”, além das relações estabelecidas entre essas, é possível inferir que a unidade participante do programa UAPI é vista como espaço privilegiado para a realização das consultas de puericultura, uma vez que os registros dos atendimentos são utilizados para avaliar o desempenho das unidades. Por fim, todo esse processo parece desembocar no “cuidado” voltado à primeira infância, como foco na promoção de saúde e atenção ao desenvolvimento.

O primeiro ponto questionado junto aos gestores foi acerca de como eles avaliam os cuidados da Atenção Primária à Saúde com a primeira infância, onde obtivemos as seguintes respostas:

Considero que ainda deixa a desejar, avançamos muito com o programa UAPI, porém acredito que precisamos melhorar, principalmente na puericultura, grupos de gestante e registros tanto no prontuário como na caderneta da criança. (Estrela)

Na APS são realizadas consultas de puericultura por médicos e enfermeiros, entretanto alguns profissionais precisam ser mais sensibilizados quanto à importância destes atendimentos.

A oferta de cuidados também precisa ser qualificada por meio do fortalecimento da política de recursos humanos. É preciso garantir a oferta de profissionais (médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, entre outros) nas UAPS. (Netuno)

Os cuidados com a primeira infância na Atenção Primária melhoraram sensivelmente com a implantação da Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI).

As consultas de puericultura estão sendo priorizadas na agenda dos profissionais médicos, enfermeiros e dentistas.

O preenchimento da caderneta da criança está sendo monitorado diariamente quanto ao marco de desenvolvimento, dados antropométricos, teste de triagem neo-natal, vacina

As gestantes e mães estão sendo informadas mensalmente nos grupos formados com o empoderamento das mesmas.

O encaminhamento das crianças com retardo para especialistas está sendo em tempo hábil. (Lua).

Com as respostas desses dois gestores, podemos perceber que existem diferenças quanto aos resultados, enquanto a primeira não destaca uma grande diferença, a segunda, a Lua, já discrimina um crescente resultado em indicadores relevantes, tais como: vacina, triagem, diagnóstico precoce para as crianças com deficiências, e fazendo menção a

implantação do UAPI. O que é ressaltado por outros gestores, com o advento da UAPI os cuidados passaram a ser mais eficazes com a primeira infância.

Os cuidados com a primeira infância na UAPS que eu coordenava eram baseados nos indicadores do plano municipal de saúde. Com o advento e chegada da UAPI o olhar foi mais direcionado, principalmente no tocante aos 10 indicadores e ações propostas pela UAPI. (Sol)

A primeira infância sempre foi alvo de políticas de saúde direcionadas exclusivamente para a imunização e acompanhamento de puericultura, principalmente no que tange o desenvolvimento pondero-estatural – aleitamento materno, alimentação nos primeiros anos de vida. Atualmente se vê um movimento de ampliação desse olhar para a primeira infância com enfoque na vigilância no desenvolvimento neuropsicomotor e cuidados com a segurança alimentar e prevenção a obesidade infantil. (Terra)

Avalio de uma relevância imprescindível, pois a APS é a porta de entrada dos serviços de saúde. Quando se dá atenção para a primeira infância, priorizamos uma vida igualitária e com mais qualidade para os futuros adultos. (Saturno)

Acredito que avançamos muito, com o alinhamento dos processos de trabalho, estratificação das crianças, acompanhamento dos cadastros completos, o acompanhamento desde o pré-natal dando seguimento na puericultura. A inserção de novas tecnologias de cuidado como o creche com seu filho, NDI e a UAPI proporciona um melhor direcionamento para o cuidado da criança, acompanhá-la em todos os marcos de desenvolvimento infantil, identificando déficit precocemente e avaliando a criança de forma saudável. Culturalmente os pais só procuram os atendimentos da saúde quando a criança adoece, isso tem sido modificado com o aumento das ações em prol as crianças. Com o programa sim eu existo – diminuiu muito o quantitativo de crianças sem registros (hoje elas já saem da maternidade com o registro que contem CPF e CNS. (Mercúrio)

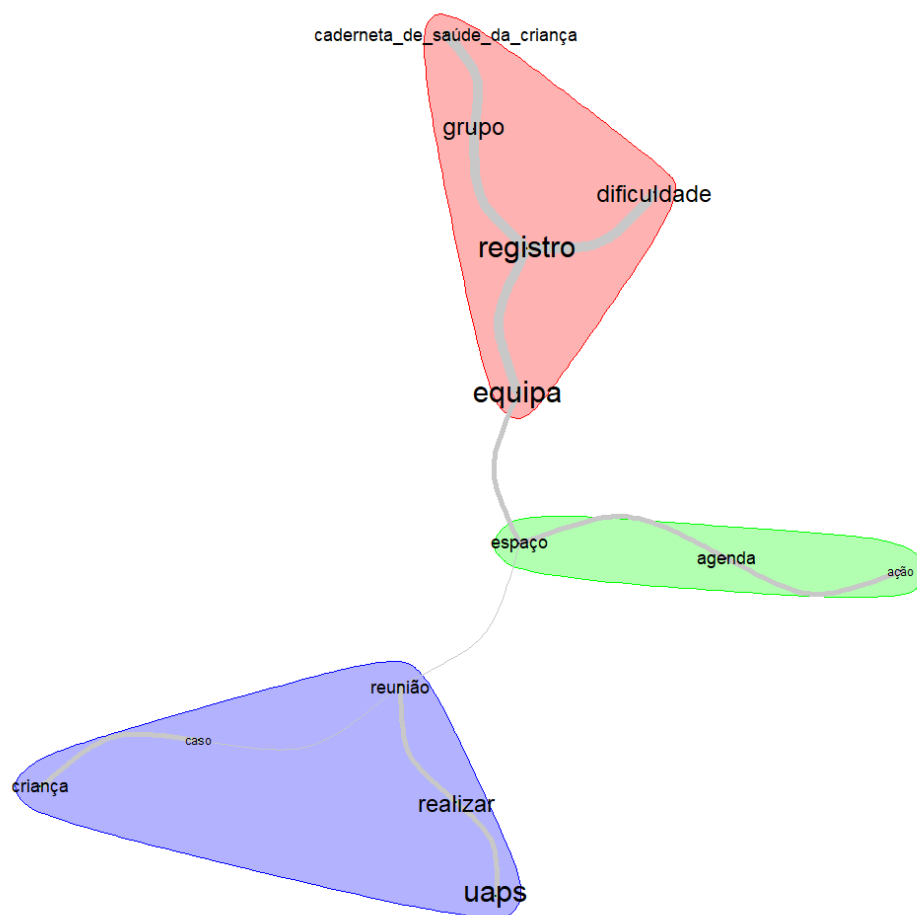
7.7.2 Implementação do Programa Unidade Amiga da Primeira Infância

O segundo corpus analisado é decorrente da questão “*Como foi o processo de implantação do Programa Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI) na unidade que você coordena/coordenava? Quais foram as maiores dificuldades nesse processo? O que auxiliou a contornar as dificuldades*”, este é composto por 517 ocorrências, sendo 277 formas e 75,81 hápax. Na Figura 3 é possível visualizar o resultado da análise de similitude para este corpus, na qual são identificadas três comunidades organizadas de forma linear.

A primeira comunidade se organiza ao redor do verbete “equipa”, o qual é a forma lematizada da palavra equipe, com base nas palavras que formam a comunidade, assim como nas ligações estabelecidas entre elas, é possível inferir que a maior dificuldade percebida pelos gestores é decorrente do processo de registro das consultas, tanto no prontuário eletrônico, mas principalmente na caderneta de saúde da criança, uma das fontes de

informação utilizadas na avaliação das unidades.

Figura 3: Análise de similitude de corpus "dificuldades na implementação"



A comunidade “equipa” se liga a “espaço”, que por sua vez se liga a “reunião”, adotando como referência as palavras que forma cada uma das comunidades, bem como as relações que estas estabelecem entre si, é possível inferir que um dos elementos atribuídos a superação das dificuldades e a construção de espaços para debate das ações que serão implementadas, bem como a organização dos processos de trabalho e dos horários dos profissionais. Nesses espaços eram realizadas reuniões, bem como discussão de casos de atendimento de crianças realizados nas unidades, o que parece permitir uma discussão mais complexa qualificada das dificuldades apontadas pelos gestores.

No tocante ao processo de como ocorreu a implantação do programa nas unidades, os gestores destacaram alguns pontos relevantes para que se venha ter o sucesso quanto aos objetivos e contornar as dificuldades/obstáculos que ora surgiram na ocasião, não só no

aspecto de logística, estrutural, mas, também as resistências dos profissionais, o temor as mudanças, desafios. O qual colocaremos em um quadro demonstrativo, as dificuldades e o que foi feito para sanar segundo os sete gestores.

Quadro 3: Dificuldades e soluções para implantação do UAPI

Dificuldades/obstáculos para implantação do UAPI	Ações/Comportamentos para amenizar e implantar
Aceitação dos profissionais, a obrigatoriedade do registro na caderneta da criança, espaço físico para realização dos grupos de gestante, organização da agenda dos profissionais.	Sensibilizar os profissionais e mostrar que as ações já eram realizadas porém precisavam ser monitoradas e avaliadas constantemente para podermos criar estratégias junto a equipe.
Busca ativa dessas crianças na área descoberta pois nossa cobertura de ACS é apenas 20% Grande rotatividade de profissionais médicos enfermeiros e técnicos perdendo o vínculo com a comunidade e quebra da continuidade do serviço. Profissionais desmotivados	Foram realizados varias reuniões com os profissionais ,líderes comunitários e usuários no caso gestantes e mães de crianças de 0 a 2 anos para conscientização da importância dos cuidados da primeira infância.
As maiores dificuldades foram as estruturais e as financeiras. Tínhamos dificuldades de espaço e necessidade de reformar o ambiente. Quanto aos profissionais todos foram extremamente abertos em relação à proposta.	O apoio da gestão e o desejo dos profissionais em fazer funcionar
Como a UAPS só possuía um médico servidor(e este ainda possui redução de carga horária), a alta rotatividade e a carência de profissionais em muitos momentos foi o maior desafio.	Realizei várias reuniões para sensibilizar os profissionais da UAPS (nível superior, médio, ISGH) quanto à importância de buscar os objetivos da UAPI.
Carga horária restrita dos profissionais (para grupos, principalmente), Resistência dos profissionais, Acesso a Caderneta de Saúde da Criança, Dificuldade no registro das informações – Caderneta (duplicidade de registro – Prontuário e Caderneta)	Cursos de aperfeiçoamento em Desenvolvimento Infantil, Presença de Pediatra na UAPS, Reavaliação das agendas para inclusão de grupos de forma sistemática, ampliação do tempo destinado a consulta de puericultura, oferta de cadernetas impressas pela SMS
Falha no registro dos dados pelas equipes, passando pelo enfrentamento da pandemia, o que acabou prejudicando os atendimentos.	Realização de grupos de puericultura dentro do território dividido pelas faixas etárias do público alvo, fazendo um resgate dos dados ausentes (cadernetas) e aprimorando os demais registros no prontuário eletrônico, intensificando a sensibilização dos profissionais neste quesito.
Nossa, a adesão da equipe!! Entender que	Trabalho em equipe. Propus para eles

tudo que estava sendo proposto - já fazíamos e muitas vezes, faltava o registro! Tínhamos tido dois casos de sífilis congênita no nosso território – casos que poderiam ter sido evitados com um melhor acompanhamento, isso mexeu muito com a equipe e adesão foi de todos em prol ao melhor cuidado com nossas crianças.	construírem o plano de ação factível para eles desenvolverem em conjunto, criamos um espaço na agenda para a reunião para desenvolvermos juntos o plano de ação, e em conjunto traçamos estratégias e alinhamos com todos e implantamos nas nossas agendas.
--	---

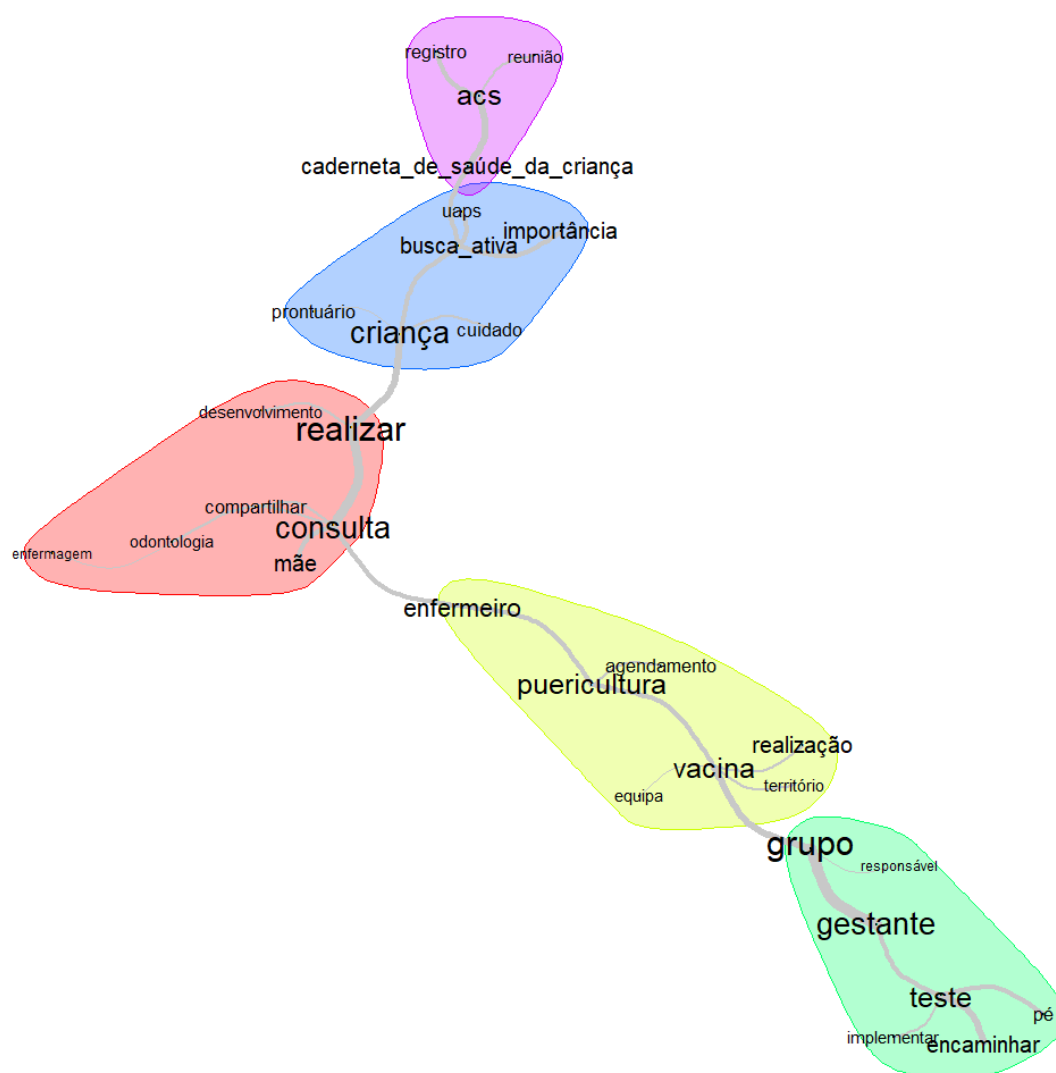
Elaborado pelo próprio autor. 2022

Com esses depoimentos se conclui que dois foram os grandes problemas vivenciados pelos gestores: a resistência dos profissionais e ou outro foi a falta de registros. Apesar de muitas ações já serem feitas pelos mesmos, não existia o hábito de registro, em alguns casos tiveram que fazer um retrabalho de buscar essas informações e registrarem, em outros, uma sensibilização junto aos profissionais da importância desses registros.

7.7.3 Estratégias usadas no monitoramento e melhoria dos indicadores

O terceiro corpus analisado é decorrente da questão “*Quais estratégias foram adotadas na sua Unidade para monitorar e buscar melhorias dos indicadores do Programa UAPI?*”, são contabilidades 732 ocorrências, das quais 312 são formas únicas, sendo 65,38 dessas hápax. O resultado da análise desse vídeo pode ser observado na Figura 4, a qual apresenta mais de uma vez um conjunto linear de comunidades interconectadas. Quando cada comunidade é analisada de forma separada, é possível perceber que essas agrupam diferentes estratégias adotadas nas unidades participantes do programa UAPI. A primeira estratégia a ser destacada, identificada na comunidade “ACS”, gira em torno do processo de registro na caderneta de saúde da criança dos procedimentos realizados, parece haver um incentivo que diversos profissionais realizassem esses registros, incluindo os agentes comunitários de saúde. Os agentes comunitários de saúde também se relacionam com processo de “busca ativa” pelas crianças, adotando como referência os prontuários disponíveis nas unidades.

Figura 4: Análise de similitude do corpus "estratégias adotadas"



Na comunidade “realizar” é possível perceber uma estratégia utilizada, a qual gira em torno da realização de consultas compartilhadas, com destaque para consultas odontológicas destacando sua importância com crianças na faixa etária alvo do programa. Ademais, A realização de agendamentos para as consultas de “puericultura” bem como a realização de campanhas de vacinação nos territórios parece ter sido uma estratégia utilizada para melhorar os indicadores avaliados. A última estratégia destacada pelo palavras em similitude gira em torno da realização de “grupos” de gestante, estando essa relacionada diretamente as consultas de puericultura e a realização de testes, tanto para ISTs quanto testes de triagem neonatal, como o teste do pezinho.

Outro ponto explorado junto aos gestores foi em relação as estratégias que foram criadas/adotadas para tanto monitorar como para buscar melhorias dos indicadores propostos no UAPI. Abaixo segue um quadro com o que foi apresentado pelos sete gestores.

Quadro 4: Estratégias adotadas para o UAPI

GESTOR	ESTRATÉGIAS
Estrela	-Criamos um mosquitinho entregue a mãe na sala de vacinas e na realização do teste do pezinho para agendamento da consulta de puericultura com a indicação da equipe para ser levada ao NAC. -Implementamos o grupo de gestante com enfermeiro da equipe e professores das IES. -Implantamos o fluxo de avaliação da odontologia a gestante na consulta de primeira vez realizada pelo enfermeiro. -Verificação diária do registro do crescimento e desenvolvimento na caderneta da criança pelos os ACS. - Orientação sobre aleitamento materno nas consulta, grupos, visita do ACS e visita no 5º dia de puerpério pela equipe.
Lua	Busca ativa das puérperase criançasde 0 a 2 anos através de lideres comunitárias com formação de grupos de whatsapp . Conscientização dosprofissionaisatravés de rodas mensais quanto a importância dos cuidados da primeira infância e monitoramento das metas . Grupos de gestantes e mães mensalmente para dirimir suas duvidas e anseios e intensificar a importância da consulta da puérpera e recém-nascidos
Sol	Utilizávamos reuniões semanais para avaliarmos índices e indicadores. Essas reuniões eram por equipe e contavam inclusive com a participação dos ACS. Uma vez por mês, em reunião geral, também era discutido o assunto.
Terra	Verificação do preenchimento das Cadernetas da Criança nas visitas dos ACS (Rotina e Cresça com seu filho), reforço nas agendas de puericultura compartilhadas – enfermeira e dentista, busca ativa de crianças sem acompanhamento regular na unidade, busca

	ativa.
Saturno	Implementar os quesitos dos grupos de gestantes; Estabelecer o fluxo dos RNs que vinham em busca do teste do pezinho e /ou vacina BCG, encaminhando-os para a puericultura; Implementar a visita do puerpério o mais precoce possível, sinalizado pelo Avisa da Unidade e/ou pelo próprio ACS da área; Busca ativa de crianças faltosos de vacinas através do monitoramento do Fastimedic; Sensibilização dos profissionais da importância dos registros nos locais corretos como o caso da caderneta da criança; Grupo de puericultura por faixa etária no território e também as vacinas para alimentar a cobertura vacinal.
Mercúrio	Criação do Grupo de Gestantes Teste rápido em Gestantes Puericultura – Vaga Zero Consulta compartilhada Vacinação no Território Capacitação para os ACS sobre o Desenvolvimento Infantil
Netuno	Estímulo à realização do grupo de gestantes na UAPS; -Reuniões de sensibilização sobre a importância do registro na caderneta de saúde da criança; -Busca ativa de faltosos à vacina pelos ACS (porém a UAPS possui mais de 50% de área descoberta); - Agendamento de consultas de puericultura para menores de 1 ano que estavam sem retorno no fastmedic; -Mutirões com residentes para realizar puericultura odontológica.

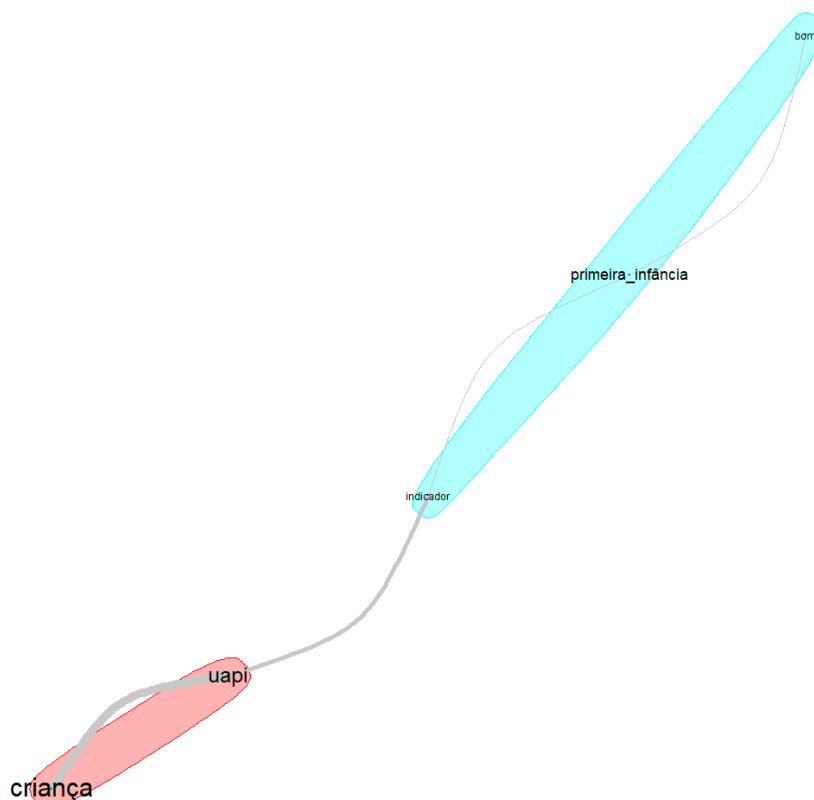
Elaborado pelo próprio autor. 2022

7.7.4 Avaliação do programar parte dos gestores

O último corpus analisado é decorrente da questão “*como você avalia o programa*”

UAPI?”, este é composto por 310 ocorrências, 187 formas, das quais 75,40% são hápax. Assim como feito para os corpus anteriores, foi realizada uma análise de similitude, cujo resultado pode ser observado na Figura 5. Que esta era a última pergunta do questionário, é comum que os participantes produzissem menos informações, o que reverbera em um volume menor de texto, e por sua vez um resultado com poucas comunidades.

Figura 5: Análise de similitude do corpus "avaliação por parte dos gestores"



De forma geral, os participantes descrevem o programa como sendo algo bom e positivo, com ênfase no cuidado voltado a primeira infância. A relação entre criança e UAPI é outro fator destacado pelos gestores, com isso é possível inferir que um programa voltado especificamente para crianças, com ênfase nos processos de trabalho, permite a oferta de um cuidado mais qualificado e melhor direcionado à esta fase da vida.

Ademais, no último quesito da entrevista realizada com os gestores das unidades foi possível exprimir a experiência e vivência de implantação da UAPI e os gestores fizeram uma avaliação, onde de um modo geral consideraram ser positivo, tendo oportunizado um melhor atendimento para as crianças e um resultado satisfatório dos indicadores do programa.

Muito bom, porém necessita de apoio das CORES e SMS para a execução das ações

propostas, tipo melhorar estrutura física, capacitar profissionais devido aos rodízios dos mesmos, melhorar fluxo das vacinas, pois faltam em média 10 dias na UAPS, entre outras.(Estrela)

Avalio como uma política estratégica excelente caso os seguimentos sejam contemplados e priorizados .(Lua)

A UAPI é uma iniciativa inovadora e com grande repercussão na saúde das crianças da área sanitária onde a UAPS se localiza. Oportunidades como a sala de aleitamento materno e doação de leite humano não só orienta como salva vidas com as doações.(Sol)

Percebe-se que a sistematização do cuidado na Primeira Infância com monitoramento dos 10 indicadores da UAPI organizou o processo de trabalho com melhoria dos registros e vigilância de indicadores preconizados dentro da Esf. Com isso é possível a detecção e intervenção precoce no comprometimento de desenvolvimento infantil, retardo no desmame (priorizando o aleitamento materno exclusivo), queda da mortalidade infantil.(Terra)

Avalio como positivo e motivador. Veio nortear e organizar uma assistência que já existia, mas com diretrizes definidas e um processo a ser seguido de forma ordenada, obtendo-se uma melhor qualificação do serviço e com toda certeza um retorno na melhoria da qualidade de vida de nossas crianças, como também o fortalecimento das políticas municipais para a primeira infância. (Saturno)

Um programa que traz bons frutos se cuidamos bem das nossas crianças – no futuro teremos adultos bons e mais saudáveis. Investir na primeira infância – proporciona melhor desenvolvimento, reduz casos crônicos de doenças. Ser profissional de uma UAPI é muito gratificante, já vi mudanças de comportamento, menos violências, maiores índices de crianças saudáveis – menor índice de criança adoecida, redução de violência no território, aumento dos indicadores de saúde da criança. (Mercúrio)

Eu considero a UAPI uma excelente estratégia para motivar os profissionais e orientar sobre as atividades que são fundamentais para ofertar um cuidado adequado para as crianças. (Netuno)

Diante disto, se torna possível compreender que mesmo de uma forma ainda tímida, a saúde no município de Fortaleza vem empreendendo esforços a fim de proporcionar um serviço de qualidade para a sua clientela, com destaque para a primeira infância. Essas estratégias buscam favorecer as crianças os cuidados em saúde, onde envolve gestão e trabalhadores/profissionais que compõem a rede municipal de saúde.

Considerando que hoje se compreende que os primeiros mil dias de vida do indivíduo são determinantes para a sua saúde, assim como o capital humano do adulto, o Brasil é referência não só ao que se refere as suas políticas públicas como a sua legislação. Este é um conceito que veio mudar a concepção que até então tínhamos das crianças menores de cinco anos, que eram niveladas dentro de uma só unidade, a um grupo homogêneo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO

Os resultados dessa pesquisa mostram que o programa “Unidade Amiga da Primeira Infância” vem produzindo impactos significativamente positivos para a melhor qualidade de vida na primeira infância, o que confirma a nossa proposição inicial acerca da hipótese, tomando os indicadores definidos pelo Ministério da Saúde descritos na Linha de cuidado para atenção integral à saúde da criança. Visando esse cuidado, é que se verifica que o UAPI é uma estratégia potencial que direciona para um melhor planejamento estratégico em saúde, primordialmente da ESF, com o objetivo de melhorar a saúde da criança.

Para compreendermos o interesse dos gestores quanto à infância, destacamos a sua importância, os três primeiros anos de vida das crianças são cruciais para o seu desenvolvimento integral, e é nessa fase, que é compreendida desde a concepção (gravidez) até a mesma completar os três anos de vida, que vai estar em processo as estruturas morfofuncionais e psicossociais que irão determinar ou não o desenvolvimento do potencial dessa criança.

Os resultados obtidos em pesquisas apontam para que esse tipo de cuidado/atenção à saúde da criança, onde deve ser primordialmente como política pública, visando reduzir possíveis déficits no desenvolvimento integral da criança, pela sua magnitude quanto à saúde do indivíduo.

O discurso bem como a prática das políticas e programas direcionados a atenção à saúde da criança, apesar de ser apresentada de uma forma ampla e favorável ao alcance de todos, tomando a própria Constituição Federal (1988) que assegura a saúde para todos, a realidade se mostra adversa, esse estudo possibilitou compreender que as ações de saúde, em âmbito dos territórios, em algumas situações ainda não têm o alcance proposto.

É sabido que, se a criança nesse período for bem estimulada, acompanhada, terá uma probabilidade maior de vir a se tornar um adulto saudável, o que inclui os aspectos: físico, cognitivo, afetivo, social e emocional. O que reforça que crianças no período de desenvolvimento são privadas de estímulos, o que inclui aqui a afetividade, provavelmente terão mais dificuldades no futuro na aprendizagem, trabalho e no próprio exercício de sua cidadania.

Assim, o bem-estar da criança por meio da promoção e recuperação da saúde tem sido, há muito tempo, prioridade da assistência à saúde das populações. Nesse sentido, o Brasil vem

buscando desenvolver estratégias em defesa dos direitos infantis e maternos, quanto ao combate à desnutrição e ao analfabetismo, e da erradicação de doenças que causam a morte de milhões de crianças, anualmente.

Dentro dessa proposta de visar o crescimento e desenvolvimento com qualidade, saudável, é primordial se oferecer alguns cuidados básicos no intuito de prevenir, assim como promover e quando for o caso, recuperar a saúde da criança. Esses cuidados são garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Básica à Saúde através de ações práticas, habilidades e conhecimentos, onde se tem a Unidade de Saúde da Família como porta de entrada desse sistema.

Nessa conjuntura, com a finalidade de oportunizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, com destaque para a primeira infância, o Ministério da Saúde criou e implantou as linhas de cuidado para a operacionalização de uma proposta de assistência integral, ofertando atendimento nos três níveis de atenção (primário, secundário e terciário) mediante ações e atividades preventivas que visam proporcionar a estimulação a autonomia e a corresponsabilidade dos usuários, promovendo a possibilidade de detectar de forma precoce os agravos. Evidenciando a saúde e não a doença, procurando vislumbrar a criança junto a sua família sob todos os aspectos que determinam sua saúde e, assim, reduzir as taxas de morbidade e mortalidade por causas evitáveis.

As crianças, em geral, nascem com as mesmas condições, pelo menos deveria ser, porém, a sua vivência na primeira infância é o que vai fazer a diferença em toda a sua vida, em virtude dessa importância é que existe todo um esforço dos órgãos governamentais e não governamentais para disseminar a necessidade de se investir nos primeiros anos (0- 6 anos) para se vislumbrar a diminuição das desigualdades sociais.

Esse trabalho acadêmico teve como foco um programa da cidade de Fortaleza-Ceará: Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI), que veio somar ao Cresça com Seu Filho/Criança Feliz, o qual conta com a participação não só de gestores, mas dos profissionais de saúde, familiares, cuidadores, sociedade civil na anteposição de cuidados e atenção às crianças nos seus três primeiros anos de vida, onde a própria neurociência diz que é um período crítico onde as janelas de oportunidades de desenvolvimento físico e psicoemocional estão mais predispostas. Apesar de vivenciarmos um período de pandemia COVID-19, as Unidades buscaram formas de se adaptarem a situação, favorecendo para que a pandemia não fosse um empecilho para a implantação do programa.

Para participar do programa é necessário que a unidade de saúde faça a adesão, passando por uma capacitação, implementação e sua certificação em um período de 18 meses.

Nesse programa a unidade passa a oferecer: Grupos de gestantes, testes de triagem neonatal, as consultas as quais são preconizadas pelas diretrizes clínicas crianças, as curvas de crescimento que são registradas na caderneta de vacinação (PC, P, E, IMC) nos meses de consultas, os marcos do desenvolvimento infantil, promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses e posteriormente a alimentação complementar saudável, o que envolve a suplementação de ferro e vitamina A; acompanhamento do esquema vacinal, saúde bucal que deverá ter duas consultas no primeiro ano e uma no segundo ano.

A UAPI conta com monitoramento e sua reavaliação é feita através dos indicadores que deverão apresentar uma evolução crescente, o que faz com que receba a sua certificação. O monitoramento é realizado pela Secretaria Municipal de Saúde e apoiado por algumas instituições de saúde centradas na primeira infância: Sociedade Cearense de Pediatria, Associação Brasileira de Enfermagem e a própria UNICEF que apoia e endossa a certificação.

O período que foi feito o corte para a pesquisa, antecedeu a pandemia do COVID e se estendeu até junho de 2020 (momento de maior incidência do COVID), o que leva acreditar que em alguns indicadores foi possível perceber alterações até significativas crescentes, mas que tiveram um queda considerável após o início da pandemia. Considerando que os serviços de saúde não pararam, porém, se passou a priorizar os casos de COVID e a orientação que as pessoas evitassem se expor bem como só procurar o posto no caso de extrema necessidade.

Com o aumento do número de casos de COVID que, segundo os registros, em março de 2020 teve um aumento dos casos e sem a existência no período de vacina, o que favoreceu para que as consultas programadas nas UAPS fossem desmarcadas, o que incluiu as de puericultura que é um dos indicadores do UAPI. Porém, para não deixar sem acompanhamento buscou-se se adaptar a nova situação e estratégias alternativas foram criadas, no caso, utilizando as tecnologias de comunicação e informação (TICs), se criou grupos de WhatsApp com as gestantes e os familiares de crianças da faixa etária de 0 a dois anos.

Desse modo, a pesquisa oportunizou que se compreendesse que as limitações e dificuldades que são encontradas em campo ao que concerne a implementação do programa acontecem não só no âmbito da unidade. São necessários mais estudos para identificar se as falhas estão no processo de implantação, na esfera da gestão, da comunidade ou dos trabalhadores da saúde, e se os percalços apresentados são decorrentes da falta de pessoal, de estrutura, ou até mesmo de insumos ou recursos financeiros. De certa forma, as falhas no processo de implantação, acabam por comprometer de forma negativa o programa, por alternâncias e fragilidades.

O presente trabalho direciona para o desenvolvimento de estudos futuros no que concerne a

implementação do programa UAPI, em outras unidades de saúde, envolvendo os contextos formativos e de cuidado para os profissionais de saúde. Da mesma forma, que se propõe a necessidade de repensar diretrizes mais precisas, bem como o planejamento estratégico. É essencial que haja concentração de esforços na construção de ações e ampliação do programa, a fim de que as equipes possam criar oportunidades para enfrentar os problemas que possam surgir na sua implementação. As estratégias devem ser criadas pela própria equipe com o objetivo de enfrentar as dificuldades, o que deve contemplar os esforços não só institucional, como dos profissionais de saúde, comunidade e gestão coerentemente com a ideologia de uma prática para uma infância saudável.

Somos cômicos que ainda existe uma longa caminhada a se percorrer, um dos pontos é quanto a sensibilização da comunidade da relevância para que o cuidado dispensado à criança se fortaleça enquanto direito. Direito ao cuidado, que abrange várias instâncias para que, da mesma forma que é proposto para o indivíduo adulto, toda criança tenha acesso a uma atenção integral de qualidade, considerando suas diferenças de desenvolvimento e do seu contexto sociocultural.

Pesquisas concernentes a temática em nível de território e regional devem ser uma estratégia para oportunizar a produção de um saber que possa oferecer sustentação a dispositivos de uma rede de saúde articulada, gerando ações mais assertivas para que se alcance as metas/objetivos propostos.

Acredita-se que alguns pontos relacionados ao tema dessa pesquisa ainda devem ser exploradas em pesquisas futuras:

- A formação dos profissionais de saúde – inicial e continuada, com foco na qualidade dos registros de saúde;
- As políticas públicas de saúde voltadas para a primeira infância e os desafios para implantação e implementação;
- Políticas de recursos humanos da Lei Orgânica da Saúde, considerando a rotatividade dos profissionais, o que inclui falta de concursos públicos, plano de carreiras e cargos;
- Cidade saudável (sistema de gestão) e a primeira infância;
- As TICs e seus possíveis efeitos na primeira infância;
- Os indicadores de saúde e a primeira infância: uma análise integrada;
- A baixa qualidade dos cuidados na atenção primária pediátrica e os reflexos nas internações hospitalares e óbitos.

Vale ressaltar por fim que, trazer um olhar para a primeiríssima infância no âmbito da APS, é a grande contribuição do Programa UAPI. O resgate de processos, muitas vezes, adormecidos frente a gigantesca demanda de serviços ofertados e abrangidos pela Atenção Primária à Saúde, por seus profissionais e gestores, guiados por uma política pública voltada especificamente para as crianças é fundamental para garantia de direitos e um adequado acompanhamento.

Para além do impacto observado após a implantação do programa UAPI, trazer a tona a discussão da importância da criação de estratégias e processos de trabalho voltados para o atendimento das crianças na APS, com uma construção coletiva a partir dos territórios e frente as reais dificuldades encontradas diariamente pelos profissionais e gestores, torna o programa UAPI mais forte e necessário para a condução de uma fazer saúde focado na primeiríssima infância. Mais esforços devem ser empreendidos no sentido de ampliar e dar sustentabilidade ao Programa UAPI, garantindo desta forma a continuidade de uma política que busca na sua essência um melhor acompanhamento das crianças na APS desde a gestação até os dois anos de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, A. C.; MENDES, L. C.; SAD, I. R.; RAMOS, E. G.; FONSECA, V. M.; PEIXOTO, M. V. M. Revista Paulista de Pediatria. **Uso de instrumento de acompanhamento do desenvolvimento da criança no Brasil – Revisão sistemática de literatura**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 122-131, 2015.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v34n1/pt_0103-0582-rpp-34-01-0122.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

ALVES, C. R. L. *et al.* Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 3, p. 583–595, mar. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009.

BOHLER, E. Has primary health care reduced infant mortality in East Bhutan? The effects of primary health care and birth spacing on infant and child mortality patterns in East Bhutan. **Journal of Tropical Pediatrics**, v. 40, n. 5, p. 256–260, 1 out. 1994.

BOURDIEU, P. **La distinction**. Critique social du jugement. Paris: Minuit, 1979.

COSTA, F. G. S. N. **Modelo lógico**: instrumento de avaliação para a estratégia saúde da família no Distrito Federal. 2018.

BRASIL. **Manual para elaboração de modelo lógico em programas do PPA**, Brasília: Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos/Ministério do Planejamento e Orçamento e Gestão, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n.º 1.130, de 05 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] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 11/08/2020

BROUSSELLE, Astrid *et al.* **Avaliação**: conceitos e métodos. In: Avaliação: conceitos e métodos. 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A.; CHAMPAGNE, F.; DENIS, J.; PINEAULT, R. **Avaliação na área de saúde**: conceitos e métodos. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/Hartz, ZA, 1997. p. 29-48.

COSTA, F. G. S. N. **Modelo lógico**: instrumento de avaliação para a estratégia saúde da família no Distrito Federal. 2018.

CRESWELL, J. W. **Projeto de Pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. -3.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010.

EWALD, D. A. *et al.* Development of a core set of quality indicators for paediatric primary care practices in Europe, COSI-PPC-EU. **European Journal of Pediatrics**, v. 177, n. 6, p. 921–933, 14 jun. 2018.

FARIAS, G. L. A. B.. **Avaliação da atenção à saúde da criança na rede básica no município de Fortaleza - CE**. 2012. 94 f. Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente, Fortaleza, 2012.

FRENK, J.M. **El concepto y la medición de accesibilidad. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología**. K. L. OPAS (White, editor principal). Washington, D.C.:OPS, 1992. p. 929-943.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park, CA :Sage, 1989.

HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. 2005.

HEIMANN, Luiza Sterman et al. **Atenção primária em saúde: um estudo multidimensional sobre os desafios e potencialidades na Região Metropolitana de São Paulo (SP, Brasil)**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2877- 2887, Jun. 2011. Disponível em: . Acesso em Jul. 2022.

LIMA, L. M. B.; ALMEIDA, N. M. G. S. **Procura da emergência pediátrica pelas mães: implicações para a superlotação**. Saúde em Debate, v. 37, p. 51-61, 2013.

MADAUS, G; STUFFLEBEAM, D. & SCRIVEN, M. **Program evaluation: a historical overview**. In: MADAUS, G; SCRIVEN, M. & STUFFLEBEAM, D. (Eds.) **Evaluation Models: viewpoints on educational and human services evaluation**. Boston: Kluwer-Nijhoff, 1989.

MCLAUGHLIN, J.A.; JORDAN, G.B. Using Logic Models. In: Wholey, J.S., Hatry, H.P., & Newcomer, K.E. **The Handbook of Practical Program Evaluation**. 3rd.ed, San Francisco, pp. 55-80, 2010.

MEIRELLES, M. C. P.; HYPOLITO, Á. M.; KANTORSKI, L. P. **Avaliação de quarta geração: reciclagem de dados**. Journal of Nursing Health, v. 2, n. 1, p. 63-74, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR); CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil, v. 150, n. 112, 2013.

PAIM, J.S. **A reorganização das práticas em distritos sanitários**. In: MENDES, E.V. Distrito sanitário. O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

_____. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002.

_____. **Políticas de saúde no Brasil.** In: ROUQUAYROL; ALMEIDA-FILHO. Epidemiologia e saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p. 600. (no prelo).

PATTON, M.Q. **Utilization-focused evaluation.**The new century text.Thousands Oaks-London- New Delhi: SAGE Publications, 1997.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E. R. **Pesquisa exploratória:** procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 318-325, 1995.

RIBEIRO, V. R. A. **Caderneta de saúde da criança: utilização na rede de atenção básica em Fortaleza.** 2012. Dissertação (Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) - Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2012.

ROSSI, P.H.; FREEMAN, H.E. **Evaluation, a systematic approach.**Beverly Hills: SagePublications, 2004.

ROMERO, S. M. **A utilização da Metodologia dos Grupos Focais na Pesquisa em Psicologia.** In: *Psicologia e Pesquisa: Perspectivas Metodológicas.* Porto Alegre: Editora Sulina, 2000.

SETTON, Maria da Graça Jacinto. **A teoria do habitus em Pierre Bourdieu:** uma leitura contemporânea. 2006.

SHONKOFF, J. P. **O investimento em desenvolvimento na primeira infância cria os alicerces de uma sociedade próspera e sustentável.** Centre os Excellence for Early Childhood Development, p. 1–5, 2010.

SILVA, L. M. V. *et al.* **Coberturas vacinais superestimadas?** Novas evidências a partir do inquérito de Pau da Lima. *Revista Panamericana de Salud Pública*, v. 1, p. 444-450, 1997.

SOARES, D. G.; PINHEIRO, M. C. X.; QUEIROZ, D. M.; SOARES, D. G. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde.* **Implantação da puericultura e desafios do cuidado na Estratégia de Saúde da Família em um município do Estado do Ceará,** Fortaleza, v. 29, n.1, p. 132-138, 2016. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3713/pdf>>. Acesso em: 10 set. 2018.

WEIRICH, Claci Fátima *et al.* **O trabalho gerencial do enfermeiro na rede básica de saúde.** *Texto & Contexto-Enfermagem*, v. 18, n. 2, p. 249-257, 2009.

SITES

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento.* Brasília : Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf. Acesso dia 10.05.2022.

Del Ciampo L A. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. *Rev Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3):739-743, 2006. Disponível

em:<https://www.scielo.br/j/csc/a/K6VfkqqnRCXgPJpyGDfQngr/?format=pdf&lang=pt>.
Acesso em: 10.05.2022.

Boletim epidemiológico, disponível em: <https://coronavirus.fortaleza.ce.gov.br/boletim-epidemiologico.html>, acessado em:22.05.2022

REIS, A.T. dos, OLIVEIRA, P.T. de; SELLERA, P.E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012. Disponível em <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/622/1089> acessado em 22.07.22

CAPÍTULO 2 – ARTIGO CIENTÍFICO

AS POLÍTICAS PÚBLICAS E OS CUIDADOS COM A PRIMEIRA INFÂNCIA NAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Programa Unidade Amiga da Primeira Infância na APS de Fortaleza-Ce

Nádia Maria de Luna Silva¹

Resumo

A escolha desse tema foi baseada no reconhecimento de que a concretização dos dispositivos previstos na Constituição Federal e no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e no Sistema Único da Saúde (SUS), apesar de diversos avanços, ainda é um desafio a ser enfrentado. Após algum tempo que a garantia dos direitos desse público se tornou prioridade absoluta no Brasil, é um trabalho constante o combate a possíveis retrocessos e a busca para que essa população tenha cada vez mais políticas que assegurem acesso a seus direitos. O que merece o destaque a primeira infância e os serviços e ações ofertadas pela Atenção Primária à Saúde (APS). O papel da saúde, através do Sistema Único da Saúde na busca da garantia dos direitos humanos infanto-juvenis que se encontram dentro do território brasileiro, com destaque para a Linha de Cuidado para a Primeira Infância e sua relevância para o crescimento e desenvolvimento integral da criança.

Palavras-chave: SUS. Atenção Primária à Saúde. Criança.

Abstract

The choice of this theme was based on the recognition that the implementation of the provisions provided for in the Federal Constitution and in the Statute of Children and Adolescents (ECA) and in the Unified Health System (SUS), despite several advances, is still a challenge to be faced. After some time since guaranteeing the rights of this public has become an absolute priority in Brazil, it is a constant work to combat possible setbacks and the search for this population to have more and more policies that ensure access to their rights. What deserves to be highlighted is early childhood and the services and actions offered by Primary Health Care (PHC). The role of health, through the Unified Health System in the search for guaranteeing the human rights of children and adolescents within Brazilian territory, with emphasis on the Line of Care for Early Childhood and its relevance to the growth and integral development of the child.

Keywords: SUS. Primary Health Care. Child.

Introdução

Nas últimas décadas, a sociedade brasileira tem se mostrado preocupada com as crianças, principalmente depois da criação do Estatuto da Criança e do Adolescente ECA, por meio da Lei nº 8.069, promulgada em julho de 1990. Apesar do ECA reconhecer crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e colocá-los em posição de prioridade para o estado, a realidade pouco mudou, tem se visto que as crianças, por serem frágeis, são as mais prejudicadas quando expostas a situações de risco e vulnerabilidade.

Já na contemporaneidade, a questão das crianças, da infância e da adolescência, vem ocupando sua trajetória cercada de discursos, práticas impregnadas de controvérsias e de interesse das políticas, sendo foco de políticas públicas direcionadas a elas (BARBIANI,

¹ Maria Nádia de Luna Silva -

2011). Esse foco nesse segmento etário envolve desde o reconhecimento de direitos até sua contestação. E dentro desse contexto, se destaca as oposições e críticas ao Estado quanto a forma que este vem gerindo suas políticas públicas, na preocupação referentes às necessidades, direitos e deveres desse segmento social.

A atual PNAISC é regida pelos seguintes princípios: direito à vida e à saúde, prioridade absoluta da criança, acesso universal à saúde, integralidade do cuidado, equidade em saúde, ambiente facilitador à vida, humanização da atenção, gestão participativa e controle social. De acordo com a PNAISC as diretrizes da Política devem ser observadas na elaboração dos planos, dos programas, dos projetos e das ações de saúde voltadas para a criança, sendo elas: gestão interfederativa das ações de saúde da criança; organização das ações e dos serviços na rede de atenção; promoção da saúde; fomento à autonomia do cuidado e da corresponsabilidade da família; qualificação da força de trabalho do SUS; planejamento e desenvolvimento de ações; incentivo à pesquisa e à produção de conhecimento; monitoramento e avaliação; intersetorialidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018)

1. Atenção Primária à Saúde da Criança

Starfield definiu a Atenção Primária à Saúde - APS como o primeiro nível de assistência dentro do sistema de saúde, caracterizando-se pela longitudinalidade e integralidade nas ações, acrescida da coordenação da assistência, da atenção centrada na pessoa e na família, da orientação comunitária das ações e da existência de recursos humanos com atitude cultural voltada para a APS.

A partir dessa definição, Starfield, determinou os atributos essenciais da APS: acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde, longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação da atenção dentro do sistema.

Dessa forma, segundo Brasil (2011b), a Atenção Primária à Saúde é caracterizada por um conjunto de ações de saúde, tanto no âmbito individual como no coletivo, o qual envolve aspectos tais como: promoção, proteção da saúde, a prevenção dos agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação e a manutenção da saúde do cidadão brasileiro sem distinção.

Destarte, para que uma APS se apresente significativamente, a gestão participativa vem contribuir para que envolva e responsabilize a participação social nas políticas públicas e para a criação de espaços onde se oportunize a construção dessas proposições coletivas, de acordo com as necessidades da sociedade, procurando operacionalizar de melhor forma que seja possível os sistemas de saúde, o que envolve a APS, a qual tem como estratégia fazer a integração de todos os serviços de saúde. (COSTA e LIONÇO, 2006)

Atualmente, a APS brasileira se propõe a ser uma política pública que visa reorganizar o modelo assistencial de saúde, que é orientada por alguns princípios e é a entrada para os serviços ofertados, tem como finalidade facilitar ao acesso integrado a outros recursos no SUS, onde tem a responsabilidade com a maior parte da demanda dos serviços de saúde, estando consolidada com os princípios do SUS. Para que a APS tenha resolutividade, é necessário que exista uma articulação intersetorial, o que gera um impacto positivo nos indicadores de situações de saúde.

2. Programa Unidade Amiga da Primeira Infância

O programa “Unidade Amiga da Primeira Infância” vem produzindo impactos significativamente positivos para uma melhor qualidade de vida na primeira infância, tomando como referência os eixos definidos pelo Ministério da Saúde descritos na Linha de cuidado para atenção integral à saúde da criança. Visando esse cuidado, é que se verifica que o UAPI é uma estratégia potencial que direciona para um melhor planejamento estratégico em saúde, primordialmente da ESF, com o objetivo de melhorar a saúde da criança.

Na saúde o cuidado da criança se inicia antes mesmo do seu nascimento, com a gestação da mãe, onde todo o seu período gestacional é acompanhado pela Atenção Primária. Após o nascimento, na APS continua com uma atenção e preocupação direcionada para a primeira semana de nascimento da criança. Tendo como atribuição da APS a garantia de uma visita domiciliar pelo ACS, com o objetivo de monitorar o binômio mãe e recém nascido dentro do contexto familiar, e com isso fornecer as orientações necessários para ambos e apresentar as ações que a APS programa para a primeira semana, e quando possível marcar tudo para uma única data, tais como: consultas tanto para a mãe como para a criança, se possível estimular para que o pai participe, orientação e apoio ao aleitamento materno, imunizações (vacinação), como também a coleta de sangue para o teste do pezinho.

Depois, até a criança completar 2 anos, o objetivo é um acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento da criança pela equipe de saúde (inclusive com busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial não só para a criança, mas também para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família, inclusive com as articulações intersetoriais, no território, necessárias para o projeto terapêutico de cada criança/família.(BRASIL, 2012, p.25)

A consulta de puericultura se caracteriza pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças por meio de consultas regulares que, no âmbito da Atenção Primária à Saúde, são realizadas nas Unidades de Atenção Primária. O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, além de duas consultas no 2º ano, aos 18º e 24º meses de vida.

Por meio da consulta de puericultura, o profissional da Atenção Primária, consegue realizar o acompanhamento longitudinal das crianças, sendo necessário o correto registro dos exames realizados para posterior análise e para propiciar a promoção e a proteção à saúde dos indivíduos. O principal foco da consulta de puericultura é a prevenção de doenças por meio de um cuidadoso exame da criança, orientação aos familiares sobre os cuidados básicos e sobre os riscos e agravos à saúde da criança.

As metas do programa UAPI foram inspiradas no modelo de acompanhamento proposto pela Caderneta de Saúde da Criança, instrumento oficial do governo federal de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil no Brasil. A PNAISC fortalece e embasa as metas estabelecidas pelo Programa UAPI por meio das ações estratégicas dos eixos de atenção, mais especificamente o eixo estratégico III de promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral.

O Programa UAPI busca fortalecer o acompanhamento das crianças pela Equipe de Saúde da Família por meio da consulta de puericultura e demais estratégias que influenciam na melhoria da saúde das crianças, desde seu crescimento até seu desenvolvimento neuropsicomotor, garantindo estados de bem estar e de saúde plenos para as crianças.

3. Metodologia

Estudo avaliativo, transversal, descritivo e documental com coleta de dados secundários. A Atenção Primária do município de Fortaleza é composta atualmente por 116 (cento e dezesseis) UAPS, destas, 37 (trinta e sete) aderiram ao Programa UAPI almejando a certificação de Unidade Amiga da Primeira Infância. A pesquisa foi realizada com as Unidades que mostraram interesse e desenvolveram atividades voltadas às crianças menores de 2 (dois) anos na expectativa de alcançar a certificação.

O público-alvo da pesquisa foram as crianças menores de 6(seis) meses pertencentes à área adscrita das Unidades de Saúde que aderiram ao Programa UAPI, dado que, o objeto primário da pesquisa é melhorar o acompanhamento de saúde dessas crianças na

Atenção Primária.

Os dados quantitativos foram analisados por meio do *software* R (versão 4.0.3), utilizando os pacotes *dplyr* para tratamento e manejo dos dados, *lubridate* para cálculo dos marcos temporais e idade dos participantes, bem como o pacote *car* para realização das análises de ANOVA de medidas repetidas, ademais foram realizadas análises de frequência (tendência de centralidade e dispersão).

Já os indicadores para avaliação do Programa foram definidos com base nas diretrizes aplicadas ao monitoramento do crescimento e desenvolvimento infantil de crianças propostas pelo Programa UAPI, que foram construídas com o objetivo de fortalecer as ações de Puericultura dentro das UAPS no município de Fortaleza.

Para a realização das análises dois critérios de cálculo dos indicadores foram estabelecidos, o primeiro desses é referente ao número de registros de crianças com seis meses completos em cada um dos marcadores temporais que tenha entre zero e seis meses na data de realização da consulta, este método será chamado de “*número de atendimento*”. O segundo método de contagem é referente a quantidade de crianças que satisfaçam os mesmos critérios, terem seis meses completos em cada um dos marcos e entre zero e seis meses na data da consulta, este método será chamado de “*quantidade de crianças*”.

Além disso, tendo em vista os atravessamentos nos processos de trabalho por questões relacionadas a gestão e a formação das equipes de saúde, algumas variáveis foram consideradas como covariáveis na análise, a saber: (1) quantidade de microáreas por agentes comunitários de saúde (ACS), (2) presença do gestor da unidade, (3) quantidade de equipes completas e (4) quantidade de profissionais afastados no Tempo 6. Com a utilização dessas covariáveis buscou-se controlar possíveis vieses em relação aos resultados.

4. Resultados

O primeiro indicador analisado é referente ao processo de puericultura realizado nas unidades participantes do programa. Para o número de atendimentos realizados, não foram identificados efeitos em relação à proporção entre microáreas e o número de ACSs nas unidades [$F(1, 33) = 0,82$; $p = 0,37$], mudança ou ausência dos gestores [$F(1, 34) = 0,88$; $p = 0,35$]. Um resultado semelhante é observado quando se avalia a quantidade de equipes completas em cada um dos tempos, bem como a média geral da quantidade de equipes completas [$F(1, 35) = 0,13$; $p = 0,71$]. Da mesma forma, não são identificados efeitos do afastamento dos profissionais no Tempo 6 [$F(1, 35) = 1,50$; $p = 0,22$].

Tabela 1. Distribuição das médias de atendimentos de puericultura e de crianças atendidas em função dos tempos analisados.

Tempo		Quantidade de atendimentos			Quantidade de crianças atendidas		
		Média (DP)	Mín.	Máx.	Média (DP)	Mín.	Máx.
T1	Dois meses antes	28,89 (18,13)	4	82	11,57 (6,47)	2	27
T2	Dois meses após	30,54 (17,89)	3	77	12,11 (6,01)	3	26
T3	Seis meses após	28,30 (17,79)	4	69	11,30 (6,11)	2	26
T4	Um ano após	28,89 (18,13)	4	82	11,57 (6,47)	2	27
T5	Fev. de 2020	36,73 (22,34)	0	97	12,81 (7,21)	0	32
T6	Junho de 2020	16,38 (10,39)	0	48	9,08 (5,21)	0	22

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Um resultado similar é observado quando se analisa o número de crianças atendidas, não se verifica efeito da proporção entre microáreas e o número de ACSs nas

unidades [$F(1, 33) = 0,40$; $p = 0,52$], bem como das mudanças ou ausência dos gestores [$F(1, 35) = 1,06$; $p = 0,31$].

No tempo 2, se observa uma leve alteração, um aumento da quantidade de crianças atendidas, a hipótese que esse aumento pode ser verificado devido ao empenho das unidades na melhoria do acompanhamento das crianças logo após a implantação do Programa, porém tal conduta não levou a diferenças estaticamente significativas nos demais tempos, tendo uma considerável redução no T6, associado ao período de pandemia. Além disso, apesar de um discreto aumento no tempo 5, isto é, um ano após a implantação, onde já se sinalizava uma organização para realização da avaliação final do Programa, pode-se observar que ocorreu um leve aumento no desvio padrão sugerindo que nem todas as unidades aumentaram o quantitativo de crianças atendidas.

De forma geral, os resultados não indicam efeito expressivo do programa UAPI no que se refere a realização da puericultura. Além disso, os dados destacam o comprometimento no atendimento de crianças durante a primeira onda de COVID-19 em Fortaleza, a ponto de indicar diferenças estatisticamente significativas entre o Tempo 6 e os demais tempos avaliados. Ademais

No que se refere ao indicador “consultas odontológicas”, assim como para o indicador anterior, foram calculadas a quantidade de atendimento de crianças de seis meses completos, que na data do atendimento tinham até seis meses; além desse foi calculada a quantidade de crianças atendidas, sendo aplicados os mesmos critérios.

Tabela 2. Distribuição das médias de atendimentos odontológico e de crianças atendidas em função dos tempos analisados.

Tempo	Quantidade de atendimentos			Quantidade de crianças atendidas		
	Média (DP)	Mín.	Máx.	Média (DP)	Mín.	Máx.
T1 Dois meses antes	2,03 (2,82)	0	11	1,27 (1,45)	0	5
T2 Dois meses após	3,78 (4,59)	0	21	2,41 (2,28)	0	8
T3 Seis meses após	4,76 (5,11)	0	22	2,65 (2,45)	0	9
T4 Um ano após	7,19 (7,67)	0	31	3,97 (3,47)	0	15
T5 Fev. de 2020	7,70 (6,81)	0	26	4,30 (3,41)	0	12
T6 Junho de 2020	1,41 (3,01)	0	17	0,81 (1,27)	0	6

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Um aspecto relevante é quanto ao número de atendimentos, que antes da implantação do Programa UAPI apresenta uma média T 1 = 2,03 (2,82) e no T 6 = 1,41 (3,01) o que significa que apesar de no T2 não ter ocorrido uma aumento significativo do número de atendimentos, ocorreu um aumento progressivo com o passar do tempo, demonstrando claramente o impacto positivo da UAPI no atendimento das crianças. E, podemos considerar ainda que devido a pandemia se teve um declínio do número de atendimentos ficando muito próximo a media antes da implantação do programa.

Especificamente em relação ao indicador de cobertura vacinal, foram aplicados os critérios utilizados na etapa de avaliação de impacto da UAPI, sendo contabilizada a quantidade de crianças de seis meses de idade que receberam a terceira dose da antipólio VIP e da pentavalente, tendo em vista que essas são as últimas vacinas previstas para crianças de até seis meses.

Tabela 3. Distribuição das médias de crianças com a terceira dose da vacina VIP e da pentavalente.

Tempo		Quantidade de crianças		
		Média (DP)	Mín.	Máx.
T1	Dois meses antes	12,89 (5,23)	5	28
T2	Dois meses após	12,38 (6,79)	3	43
T3	Seis meses após	13,70 (6,37)	2	33
T4	Um ano após	11,68 (5,63)	1	25
T5	Fev. de 2020	10,95 (5,87)	2	26
T6	Junho de 2020	7,76 (4,17)	0	21

Fonte: Elaborado pela própria autora.

Não são identificadas diferenças entre o Tempo 5 e o Tempo 6. Na Tabela 1 é possível observar a média de crianças com esquema vacinal completo em função dos tempos analisados. Na pesquisa sugere-se que, infelizmente, não foi observado diferença significativa nas coberturas vacinais após a implantação do Programa e a pandemia de COVID-19 só piorou a situação que já não se encontrava favorável visto que no T5, após um ano de implantação do Programa, temos uma média menor do que antes da implantação, sendo necessário um aumento dos esforços e alinhamento do Programa no sentido de alcançar os objetivos propostos.

5. Discussão

Dentro dessa proposta de visar o crescimento e desenvolvimento com qualidade, saudável, é primordial se oferecer alguns cuidados básicos no intuito de prevenir, assim como promover e quando for o caso, recuperar a saúde da criança. Esses cuidados são garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Básica à Saúde através de ações práticas, habilidades e conhecimentos, onde se tem a Unidade de Saúde da Família como porta de entrada desse sistema.

Apesar dos resultados discretos de melhoria em relação ao acompanhamento das crianças pelas unidades de saúde que implantaram o Programa UAPI a pesquisa deixa claro que a pandemia de COVID-19 piorou a quase totalidade dos indicadores analisados. É necessário mais estudos para analisar se o impacto da pandemia também foi tão prejudicial no acompanhamento das crianças nas unidades que não aderiram ao Programa UAPI.

Considerando que hoje se compreende que os primeiros mil dias de vida do indivíduo é determinante para a sua saúde, assim como o capital humano do adulto, o Brasil é referência não só ao que se refere as suas políticas públicas como a sua legislação. Este é um conceito que veio mudar a concepção que até então tínhamos das crianças menores de cinco anos, que eram niveladas dentro de uma só unidade, a um grupo homogêneo. O ACS que passa a representar um papel de suma importância na comunicação e integração da população com o serviço de Atenção Primária à Saúde (APS). As evidências da minha pesquisa indicam que a quantidade de ACS influencia diretamente o desempenho da UAPI.

A UAPI conta com monitoramento e sua reavaliação é feita através dos indicadores que deverão apresentar uma evolução crescente, o que faz com que receba a sua certificação. O monitoramento é realizado pela Secretaria Municipal de Saúde e apoiado por algumas instituições de saúde centradas na primeira infância: Sociedade Cearense de Pediatria, Associação Brasileira de Enfermagem e a própria UNICEF que apoia e endossa a certificação.

Uma limitação do estudo é a prerrogativa que os registros no prontuário eletrônico estão sendo corretamente realizados pelos profissionais de saúde, o não registro ou o registro incorreto da informação prejudica diretamente a formação do dado trabalhado. A questão

registro de informação precisa ser trabalhada desde a sua questão cultural, da importância do registro, não apenas para formação do dado, ou envio de produção para as instâncias superiores, mas, principalmente para o correto acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. A ausência do registro sinaliza a não realização do acompanhamento.

Como orientação para a gestão municipal sugerimos: a realização de melhorias no sistema do prontuário eletrônico como forma de tentar minimizar os erros de registro, a sensibilização dos profissionais para o correto e adequado registro no prontuário eletrônico e nos sistemas de informações necessários, de forma a garantir a correta informação do acompanhamento das crianças, a realização de capacitações com os profissionais que compõe as equipes de saúde da família no intuito de formar uma consciência crítica da importância do correto registro para formação dos dados e para o desenvolvimento infantil a ponto de gerar uma nova cultura de registro onde os profissionais não mais aceitem situações de não registro ou registro incorreto das informações.

Considerações Finais

Todas as estratégias adotadas por meio de políticas, programas, leis, entre outros instrumentos, tem o objetivo de qualificar o atendimento as crianças no período de maior plasticidade cerebral, que é a primeira infância, garantindo, muitas vezes, a sobrevivência destas crianças ou um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Para compreendermos o interesse dos gestores quanto à infância, destacamos a sua importância, os dois primeiros anos de vida das crianças são cruciais para o seu desenvolvimento integral, e é nessa fase, que é compreendida desde a concepção (gravidez) até a mesma completar os dois anos de vida, que vai estar em processo as estruturas morfofuncionais e psicossociais que irão determinar ou não o desenvolvimento do potencial dessa criança.

Dentro dessa proposta de visar o crescimento e desenvolvimento com qualidade, saudável, é primordial se oferecer alguns cuidados básicos no intuito de prevenir, assim como promover e quando for o caso, recuperar a saúde da criança. Esses cuidados são garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Atenção Básica à Saúde através de ações práticas, habilidades e conhecimentos, onde se tem a Unidade de Saúde da Família como porta de entrada desse sistema.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1981.

BARBIANI, R. **Cenários e experiências da Universidade na cidade de São Leopoldo: o Conselho da Criança e do adolescente**. In: BEMVENUTI, V. L. (Org.). *Cadernos de extensão VI*. São Leopoldo: Ed. Unisinos, 2011. p. 111-24.

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.

COSTA, F. G. S. N. **Modelo lógico**: instrumento de avaliação para a estratégia saúde da família no Distrito Federal. 2006

Atenção integral à saúde da criança: medicina [recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina. Ana Izabel jatobá de Souza... [et al] (Organizadores). 2. ed. — Florianópolis :

Universidade Federal de Santa Catarina, 2016.

REIS, A.T. dos, OLIVEIRA, P.T. de; SELLERA, P.E. Sistema de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde (SUS). RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago., 2012. Disponível em <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/viewArticle/622/1089>>

CAPÍTULO III – PRODUTO TÉCNICO CIENTÍFICO

NÁDIA MARIA DE LUNA SILVA

CARTILHA

PROGRAMA UNIDADE AMIGA DA PRIMEIRA INFÂNCIA



2022

Orientação sobre o Programa Unidade Amiga da Primeira Infância para os gestores das Unidades Básicas de Saúde – Fortaleza – Ceará



CARTILHA

PROGRAMA UNIDADE AMIGA DA PRIMEIRA INFÂNCIA

Autora: Nádia Maria de Luna Silva

Orientação: Prof. Dr. Álvaro Jorge Madeiro Leite

Coorientação: Profa. Ms. Gerly Anne Nóbrega Barreto

Coordenação: Mestrado Profissional em Saúde da Mulher e da Criança / Universidade Federal do Ceará-UFC

SUMARIO

Apresentação	108
Parte I –	111
COMPREENDENDO A PRIMEIRA INFÂNCIA	111
1.1. A Primeira Infância	112
1.2. Características da Primeira Infância	113
1.2.3. Estágio da lactação	114
1.2.4. Fase da Primeira Infância	115
1.2.5. Período Pré-Escolar	116
Parte II–.....	118
2. Saúde Integral da Criança.....	119
2.1. Principais Princípios Norteadores	119
2.2. Linhas de cuidado	120
Parte III –	122
UNIDADE AMIGA DA PRIMEIRA INFÂNCIA	122
Parte IV –.....	127
4. 1. Implementação do grupo de Gestante	128
4.2. Registro de Crescimento e desenvolvimento na caderneta da criança ...	128
4.3. Puericultura.....	128
4.4. Puericultura odontológica.....	129
4.5. Vacinação	129
4.6. Busca ativa.....	130
4. 7. Capacitação dos ACS em desenvolvimento infantil.....	130
4.8. Consulta Compartilhada	130
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	132



O avanço da medicina, da neurociência mostram que as experiências que são vivenciadas pelas crianças antes mesmo do seu nascimento, e considerando a primeira infância de 0 a 6 anos, toda essa aprendizagem geram impactos duradouros na arquitetura do cérebro que se encontra em desenvolvimento. Apesar dos fatores hereditários, os genes terem a sua importância e representarem o esboço do que vai ser executado, as experiências é que determinam a base para todo o processo de desenvolvimento, o que inclui as aprendizagens, comportamentos e a própria saúde ao longo de toda a sua vida

Não se pode contestar as evidências que são apresentadas quanto a

relevância da primeira infância não só para a própria criança como para a sociedade.

Investir na primeira infância na maioria das vezes é considerado com retorno positivo a longo prazo, o que estará promovendo uma melhor qualidade de vida, aumentar os níveis de melhor colocação no mercado, educação, lazer, saúde. O que significa que se investir na criança, nos seus primeiros 6 anos de vida, cientificamente é comprovado que é uma das estratégias mais efetivas e eficaz para que se possa promover mudanças, quebrando o ciclo intergeracional da pobreza e assim reduzir as desigualdades sociais.

Na política pública da saúde, a primeira infância se apresenta como prioridade, com programas, projetos.... Dentro das agendas governamentais devem ter destaque, buscando sempre ofertar serviços e políticas que oportunizem e promovam o acesso e atendimento integral e integrado à criança.

Dessa forma a gestão do município de Fortaleza, através da Secretária Municipal de Saúde com Apoio Técnico do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) criou a Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI), sendo uma experiência exitosa, inovadora, a qual vem sendo testada e avaliada em Fortaleza, com o intuito de apoiar a qualificação dos serviços, os aprimorando de forma de coadjuvar para os resultados de primazia das políticas municipais voltadas para a primeira infância.

Essa cartilha, destinada aos gestores de saúde, traz orientações e informações básicas sobre a UAPI, especificamente as estratégias para o

contexto do espaço de saúde (UAPI-saúde), onde identificar as diretrizes e a metodologia, o que inclui todo o processo da adesão a certificação, o qual é realizada por duas unidades externas da secretaria: Associação Brasileira de Enfermagem (Aben-Ce) e Sociedade Cearense de Pediatria (Socep).

Boa leitura a todos!!!!

Nádia Maria de Luna Silva

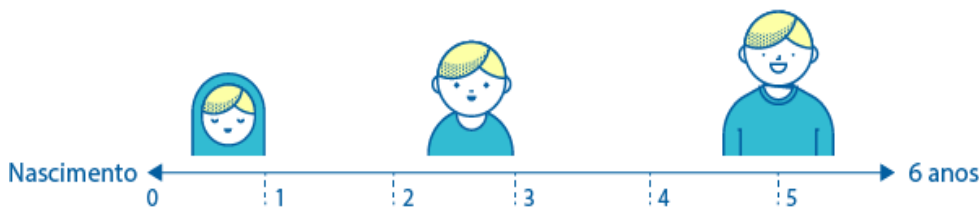
Parte I –
COMPREENDENDO A PRIMEIRA INFÂNCIA



1.1. A Primeira Infância

A primeira infância compreende a fase dos 0 aos 6 anos e é um período crucial no qual ocorre o desenvolvimento de estruturas e circuitos cerebrais, bem como a aquisição de capacidades fundamentais que permitirão o aprimoramento de habilidades futuras mais complexas.

Primeira infância



Fonte: <https://www.primeirainfanciaempauta.org.br/bem-vindo-ao-inicio-da-vida.html>

É nessa fase que a arquitetura cerebral é construída, estabelecendo todas as bases de inteligência do ser humano num curto espaço de tempo.

Este processo acontece especialmente nos 3 primeiros anos de vida, período em que a criança registra no cérebro todas as experiências que passa. Neurologicamente, trata-se de um processo de total absorção de experiência que abrange o sistema límbico, parte primitiva do cérebro, atendendo principalmente aos estímulos sensoriais, emocionais e afetivos.

Isso quer dizer que quaisquer pequenas experiências simples do cotidiano induzidas por um adulto, como a forma de tocar, conversar, trocar olhares,

expressões de peso psicológico, são registradas como impressões digitais neurais no cérebro dos bebês.

1.2. Características da Primeira Infância

1.2.1 Período intra-uterino



© MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

Diz-se que a infância é concebida desde o nascimento, porém, sabemos que começa mais cedo, até mesmo quando dos partos prematuros. Este período é considerado delicado e vulnerável em função das anomalias/patologias que podem surgir.

O desenvolvimento da vida intra-uterina é um período fantástico e único. Inicia-se numa única célula que posteriormente se divide em várias células que acabam por formar os vários tecidos e órgãos.

No entanto, a formação do bebê é bastante rápida e os sentidos são aperfeiçoados. O que se diz é que o aprendizado principal é gerado, em virtude da orelha. Apesar de sua memorização ainda ser muito simples e básica.

Uma outra característica que se pode destacar do período intra-uterino é a falta de maturação referentes as estruturas biológicas do organismo enquanto um todo. Além disso, nessa fase eles ainda não tem oportunidade de aprender ao mesmo tempo em seu ambiente social e sensorial.

1.2.2. Período Neonatal

Esta etapa inclui os primeiros 28 dias ou o primeiro mês inteiro de vida. Este é o período mais importante de meninos e meninas, pois existem vários casos de mortalidade e morbidade que podem levar a sérias consequências neurológicas.

No entanto, durante esse tempo, aprendem com tudo ao seu redor, distinguem os fonemas e começam a se comunicar com os mais próximos, mas ainda não dominam o idioma.



Quanto às mudanças físicas, nesta fase, o corpo começa a crescer menos cabeça.

1.2.3. Estágio da lactação

Nesta fase, as mudanças físicas e psicológicas são notadas principalmente, pois há mais mudanças no comportamento. Uma das principais características da infância nessa fase é que elas começam a desenvolver uma musculatura forte que as ajuda a manter uma postura rígida. Além disso, eles começam a tagarelar e dizem palavras falsas.



Na verdade, a amamentação é um dos aspectos mais relevantes, pois fornece comida e cria um canal de comunicação com a mãe.

1.2.4. Fase da Primeira Infância



Essa fase vai do primeiro ano de vida ao terceiro. Durante esse período, eles aprendem a controlar o uso correto da linguagem. Embora, a princípio, sejam palavras simples, elas podem criar frases simples, mas com alguns erros.

Em outro aspecto, é nesta fase que eles começam a controlar os esfíncteres e mostram muita curiosidade para descobrir as coisas. Além disso, é quando eles concentram sua atenção em conceitos que se referem a si mesmos porque são os mais fáceis de entender e se relacionar com suas experiências sensoriais.

Se falarmos sobre mudanças físicas, enfatizaremos que o torso e os membros continuam a crescer. Além disso, a diferença de tamanho entre a cabeça e o resto do corpo é reduzida, embora esse processo seja mais lento do que nos estágios anteriores.

1.2.5. Período Pré-Escolar

O tempo pré-escolar varia de três a seis anos.

As características da infância que se destacam nessa fase são descobertas, engenhosidade e curiosidade. Além disso, eles têm controle total dos esfíncteres e de seu auto cuidado, sendo mais independentes.



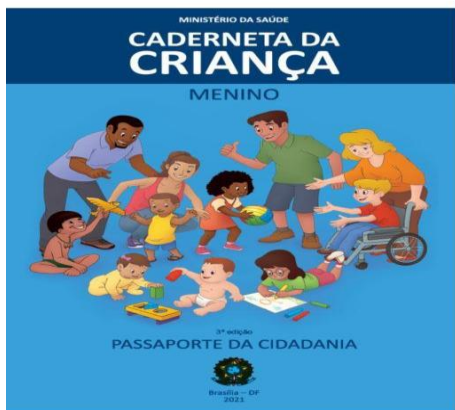
1103061031

Assim, quando ingressam em outra comunidade, como a escola, começam a interagir com outras crianças que são importantes para elas. Graças a isso, eles

começam a desfrutar de diferentes empresas, a compartilhar jogos e a se alegrar com suas realizações de maneira natural.

Parte II–

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA



2. Saúde Integral da Criança

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, para além da redução da mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se prover qualidade de vida para a criança, ou seja, que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. (BRASIL, 2004)

A organização de uma rede integrada de assistência deve se basear nos princípios já garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e no Sistema Único de Saúde, como o direito de acesso aos serviços de saúde, hierarquizados e com enfoque da integralidade do indivíduo e da assistência, que garantam a resolubilidade adequada e promovam a equidade.

2.1. Principais Princípios Norteadores

Acesso universal: um dos principais princípios, o qual está garantido na Constituição. Este deve ser entendido como o direito de toda criança receber assistência de saúde e a responsabilidade da unidade de saúde em receber todos os que procuram a unidade, propiciando uma escuta de suas demandas ou problemas de saúde e avaliação qualificada de cada situação.

Acolhimento: receber toda criança que procura o serviço de saúde com escuta qualificada, estabelecendo uma relação cidadã e humanizada, definindo o encaminhamento mais adequado para a resolução das demandas identificadas.

Assistência integral: abordagem global da criança, contemplando todas as ações de saúde adequadas para prover resposta satisfatória na produção do cuidado, não se restringindo apenas às demandas apresentadas.

Assistência resolutiva: promover a articulação necessária para disponibilizar os diversos

saberes e recursos adequados à necessidade apresentada, em todos os níveis de atenção.

Atuação em equipe: articulando os diversos saberes e intervenções dos profissionais da unidade de saúde, efetivando-se o trabalho solidário e compartilhado e produzindo-se resposta qualificada às necessidades em saúde da criança.

Equidade: com a definição das prioridades para atuação no processo de organização da assistência à saúde da criança, com maior alocação dos recursos onde é maior a necessidade.

Responsabilização: definição da população sob a responsabilidade da equipe, estabelecimento de vínculo entre o profissional de saúde e o usuário, garantindo a continuidade da assistência, com a responsabilização dos profissionais e da unidade de saúde sobre a saúde integral da criança e sobre os problemas colocados, até a sua completa resolução.

Participação da família/controle social na gestão local: incentivo à participação da família em toda a atenção à criança, envolvendo-a com a informação sobre os cuidados e problemas de saúde, bem como nas propostas de abordagem e intervenções necessárias, entendidas como direito de cada cidadão e potencial de qualificação e humanização da assistência.

2.2. Linhas de cuidado

A organização da assistência de saúde em linhas de cuidado coloca-se como uma estratégia para superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde (como o distanciamento entre a atenção básica e a atenção hospitalar) e garantia de continuidade do cuidado integral, desde as ações de promoção às de tratamento e reabilitação, com um fluxo ágil e oportuno em cada nível de atenção (primária, secundária e terciária), com referência e contra-referência responsável, até a recuperação completa do indivíduo.

Aqui serão destacados os principais serviços/programas voltadas para a saúde da criança:

*** Atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido**

Melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da atenção à gestante e ao recém-nato implica na reorganização do sistema, com a compreensão da necessidade de integração das ações básicas com as de média e alta complexidade, conformando-se uma rede articulada de

assistência que responda à necessidade da gestante e do recém-nascido.

- **Triagem neonatal: teste do pezinho**

As unidades de saúde devem divulgar informações sobre a importância do teste do pezinho, a ser realizado a partir do 3º e 5.º dia de vida, para detectar doenças como o hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme e fibrose cística, que podem ser tratadas, minimizando sua repercussão sobre a saúde da criança.



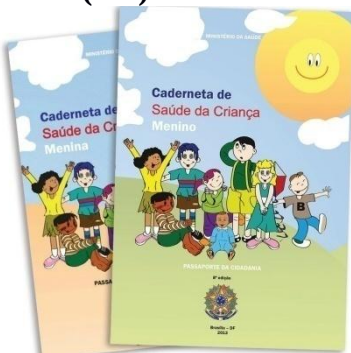
Ficando na responsabilidade dos profissionais estarem atentos para o comparecimento na primeira semana de vida, caso contrário, o ACS deverá fazer a visita e encaminhar ao posto.

- **Incentivo ao aleitamento materno**

O aleitamento natural no decorrer dos anos tem se constituído tema fundamental para a garantia da saúde da criança. Este se traduz na edificação de três importantes pilares erguidos sob a ótica da promoção, da proteção e do apoio ilimitado e reforçado à mulher, começando no início da gestação.



- **Incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (CD)**



Toda criança deve receber o “Caderneta da Criança”, de preferência ainda na maternidade. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos), que envolve o registro na Caderneta da Criança, de avaliação do peso, altura, desenvolvimento, vacinação e intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento.

Parte III –

UNIDADE AMIGA DA PRIMEIRA INFÂNCIA



A Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI) foi idealizada pela pediatra Dra Vera Regina Apoliano Ribeiro que, após concluir sua dissertação de mestrado, verificou uma baixa utilização da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) em relação aos registros dos dados referentes a consulta de puericultura, realizadas pelos profissionais da estratégia de Saúde da Família do município de Fortaleza.

A Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI) é uma iniciativa inovadora com objetivo de promover serviços de excelência para a primeira infância com um olhar intersetorial.

Cada edição tem a duração de dezoito meses que contempla todo o processo desde o lançamento até a certificação. O lançamento do programa é feito pela UNICEF, assim os gestor através da plataforma faz a adesão, conforme a demanda para a sua cidade. Depois passam pelo seguinte processo: capacitação, implementação e a certificação.



UNIDADE PARTICIPANTE

- Socialização do conteúdo de capacitação nacional, mapeamento, linha de base e elaboração de plano de trabalho com equipe da unidade pelo grupo gestor da unidade.
 - Apresentação do Plano de Trabalho ajustado
 - Participação em capacitações locais
 - Desenvolvimento das ações estratégicas
 - Postagens na Plataforma UAPI
 - Início da sistematização
- Atualização e Postagem da Linha de Base (Linha Intermediária)
- Seminário interno de Avaliação Intermediária para discussão da redefinição de metas
 - Preparação e postagem da Linha Final de Indicadores
- Organizar a semana de visita do tutor para encontro com profissionais e famílias



CONTEÚDOS DA QUALIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE



Crescimento, Nutrição, Saúde Bucal:

Atualização em curvas de crescimento, nutrição infantil desde a amamentação exclusiva nos primeiros seis meses à alimentação complementar e orientações sobre saúde bucal nos primeiros 1000 dias de vida;

Desenvolvimento Infantil:

A importância da vigilância do desenvolvimento infantil propiciando um acompanhamento e minimização de possíveis atrasos de desenvolvimento;

Vínculo Familiar:

Estratégias para desenvolvimento integral da criança a partir da socialização, afeto, estimulação e ludicidade;

Imunização:

A importância da imunização em assegurar proteção contra doenças imunopreveníveis.

Caderneta da Criança:

Uso da Caderneta da Criança como instrumento de registro, monitoramento, avaliação da saúde da criança nas consultas de puericultura e mediação do diálogo entre profissionais de saúde, educação e famílias para a promoção do desenvolvimento infantil integrado.



Crianças com deficiência, atraso no desenvolvimento e doenças raras:

Como diagnosticar precocemente, encaminhar/referenciar para a rede de serviços de saúde, educação infantil e proteção social básica.

Marcos do Desenvolvimento

IDADE	MOTOR	INTERAÇÃO COM O MEIO DE VIDA	LINGUAGEM
< 1 m	Vira a cabeça, atitude de flexão dos 4 membros.	Tem preferência visual pela face humana.	Tem choro pela fome, pela posição em que é colocada.
1 m	Segue pessoas com o olhar. Pernas mais estendidas.	Reage a estímulos sonoros e luminosos. Movimenta o corpo em resposta à voz. Começa a sorrir.	
2 m	Levanta a cabeça quando deitada em decúbito ventral. Cabeça sustentada no nível da cabeça, se levantada pela barriga.	Sorriso social.	Emite sons em resposta à voz humana.
3 m	Sustenta totalmente a cabeça. Quando deitada, levanta a cabeça e o peito. Mantém braços estendidos. Cabeça sustentada acima da cabeça, se levantada pela barriga.	Interage com as pessoas de maneira mais prolongada.	Emite espontaneamente sons que imitam vogais ("aaaa", "éééé").
4 m	Predomina postura assimétrica. Mãos na linha média. Apanha objetos e leva-os à boca. Gosta de ficar sentada com suporte completo do tronco. Quando colocada em pé, empurra o apoio com os pés.	Dá gargalhadas. Fica agitada ao visualizar refeições preparadas. Pode resmungar ou chorar ao afastar-se de pessoas com as quais estabeleceu contato social.	
5 m	Segura seus pés.		

Parte IV –

ESTRATÉGIAS PARA A IMPLANTAÇÃO DA UNIDADE AMIGA DA PRIMEIRA INFÂNCIA



O UAPI conta com monitoramento e sua reavaliação é feita através dos indicadores que deverão apresentar uma evolução crescente, o que faz com que receba a sua certificação. O monitoramento é realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e apoiado por algumas instituições de saúde centradas na primeira infância: Sociedade Cearense de Pediatria, Associação Brasileira de Enfermagem e a própria UNICEF que apoia e endossa a certificação. A seguir apresentaremos algumas das estratégias para a implantação do UAPI.

4. 1. Implementação do grupo de Gestante



O grupo de orientação às gestantes caracteriza-se por uma ação educativa com o objetivo de facilitar a disseminação da informação e apropriação do conhecimento e favorecer a troca de experiências e é de grande importância para as futuras mães conhecerem todo o processo que envolve o ciclo gravídico-puerperal.

4.2. Registro de Crescimento e desenvolvimento na caderneta da criança

Reúne o registro dos mais importantes eventos relacionados à saúde infantil. Além do cartão de vacina, a Caderneta apresenta o registro da história obstétrica e neonatal; indicadores de crescimento e desenvolvimento; aspectos importantes da alimentação como aleitamento materno e uso de sulfato ferroso e vitamina A; dados sobre a saúde bucal, auditiva e visual; intercorrências clínicas; além de orientações para a promoção da saúde e prevenção da ocorrência de acidentes e violência doméstica.

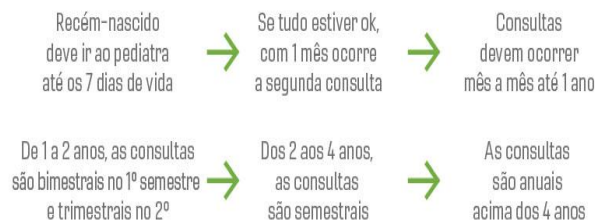


4.3. Puericultura



A PUERICULTURA é o acompanhamento do desenvolvimento de bebês e crianças. Tanto em relação ao crescimento, como na evolução motora e no progresso da fala. Assim como nos aspectos emocionais e intelectuais

CRONOGRAMA: CONSULTAS DE ACOMPANHAMENTO



4.4. Puericultura odontológica

A **Odontologia na puericultura** visa contribuir na formação de uma geração com menos problemas dentários, mais qualidade de saúde bucal e aumento da consciência dos responsáveis das crianças sobre a importância da prevenção da cárie precoce da infância e possíveis tratamentos para aliviar desconfortos na época de erupção.



4.5. Vacinação



A Cobertura Vacinal (CV) é um importante indicador de saúde das populações e da qualidade da atenção dispersada pelos serviços básicos de saúde, além de apontar aspectos da saúde infantil e da atuação dos serviços, subsidia o processo de planejamento, especialmente reestruturação das ações (Brasil, 2014).

4.6. Busca ativa

A busca ativa faz referência à procura intencional, com o objetivo de identificar as situações de vulnerabilidades e risco social (Siquié e Silva, 2011).

A importância da busca ativa para monitorar as vacinas, consultas de puericultura em crianças menores de um ano, bem como registrar as ocorrências e o não comparecimento das crianças para as mesmas.



4.7. Capacitação dos ACS em desenvolvimento infantil

Reforçar a importância do desenvolvimento infantil com uma atenção especial do setor público, ampliar e melhorar o uso da Caderneta da Criança, além de fortalecer o vínculo mãe filho.

4.8. Consulta Compartilhada



As **consultas compartilhadas** baseiam-se em atendimentos em saúde realizados por profissionais de diferentes áreas para construir, conjuntamente com o usuário, uma proposta de adesão às demandas em saúde, de forma que esta reflita as condições socioeconômicas, culturais e as rotinas dos sujeitos.

MENSAGEM FINAL



Estou muito feliz em poder participar dessa jornada de aprendizado com vocês, e poder contribuir com informações que os ajudarão no cuidado com a primeira infância.

Mas, preciso lembrá-los que essa cartilha não contém todas as respostas para as questões que surgirão no dia a dia, por isso, é de extrema importância fazermos reuniões com as equipes para que dessa forma, possamos encontrar as melhores estratégias e assim obter o melhor resultado possível!!!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, P. V. B.; ZANOLLI, M. L. **O papel do pediatra no PSF – Paideia de Campinas (SP).** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1479-1488, 2011. Suplemento 1. Disponível em: . Acesso em: 8 julho 2022.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento.** 7 ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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. Brasília: Editora MS, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRAZELTON, T.B. **Momentos decisivos do desenvolvimento infantil.** São Paulo: Martins Fontes, 2002.

DE MARCO, A. **Crescimento e desenvolvimento infantil.** Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte, Campinas, v. 9, n. 1, p.18-20, 2010.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (2004). **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília, DF.

PAPALIA, D. E. & FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano.** 12 ed. Tradução: Verci C. F. M. P., et al. Porto Alegre: AMGH. 2013

SIQUIERÍ, Alana da Silva. SILVA, Dayana Klebis. **A busca ativa como instrument na identificação da família e indivíduo em situação de vulnerabilidade social no enfretamento das necessidades.** Faculdades Integradas. 2011.

A IMPORTÂNCIA DA SAÚDE BUCAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Autora: Nádia Maria de Luna Silva

A Primeira Infância se caracteriza pelo período que vai do nascimento até os 6 (seis) anos de idade, essa fase é marcada por muitas mudanças e um grande desenvolvimento da criança, onde podemos identificar a janela de oportunidades no aprendizado infantil. Neste momento da vida, o ser humano desenvolve muitas das habilidades que ele terá na vida adulta, assim como, se define como ele manifestará suas relações interpessoais.

É de extrema importância que a criança seja bem cuidada e incentivada a assumir, de acordo com a sua idade, tarefas que reforcem os cuidados com sua saúde e lhe tragam bem estar. Dessa forma as mães, pais e cuidadores devem estar aptos a ensinar como esse autocuidado deve ser feito pela criança, estimulando hábitos saudáveis.

Uma grande dúvida das mães é quando começar a cuidar da saúde bucal do seu bebê e como esse cuidado deve ser feito. Na verdade esse cuidado deve ser iniciado logo que o bebê nasce, bem antes do surgimento dos primeiros dentinhos. Após as mamadas deve-se utilizar uma fralda limpa e um pouco de água filtrada ou fervida para realizar a higiene dos roletes gengivais. O leite materno que se acumula nas gengivas, assoalho e palato pode causar mau hálito e servir de substrato para a instalação de infecções secundárias por fungos e bactérias. Desta forma a limpeza da gengiva é aconselhada a partir dos primeiros meses de vida do bebê.

Após o surgimento do primeiro dentinho, por volta dos 6 (seis) meses de vida, podemos iniciar a escovação propriamente dita com o auxílio de uma escova macia e de cabo longo de preferência, podendo-se utilizar o creme dental com flúor em pequenas porções segundo estudos recentes e por orientação da Sociedade Brasileira de Odontopediatria. A quantidade de creme dental deve ser de acordo com a idade da criança sendo orientado o uso das seguintes porções: equivalente a um grão de arroz cru até os 3 (três) anos, dos 3 (três) aos 7 (sete) anos a um grão de arroz cozido e a partir dos 7 (sete) anos equivalente a um grão de ervilha. Excessos no uso de flúor podem causar fluorose que se apresenta como manchas e desgastes nos dentes, lembrando ainda que, o flúor ingerido em grandes quantidades é tóxico e pode levar a morte.

A escovação deve ser feita após as refeições e principalmente antes da criança dormir. Durante o sono o leite ou alimentos acumulados nos dentes promovem um ambiente favorável para proliferação de bactérias e surgimento da cárie. A cárie é uma doença infectocontagiosa causada por bactérias e transmissível de um indivíduo para outro. Nos primeiros anos de vida é comum o surgimento da chamada “cárie de mamadeira”, justamente pelo fato de não ser realizada a correta higiene bucal do bebê. As bactérias encontrando um ambiente favorável pelo acúmulo de leite ou outros alimentos produzem ácidos que acabam por fazer “buracos” nos dentes. A “cárie de mamadeira” tem esse nome pois, geralmente, ocorre na idade em que os bebês estão fazendo uso da mamadeira para alimentação noturna, algumas vezes com a criança dormindo, não sendo realizada após a alimentação a higienização da boca do bebê. O tratamento é restaurador se a cárie estiver em estágio inicial ou cirúrgico dependendo do nível de evolução da doença, o tratamento nessa faixa etária é dificultado pela pouca idade da criança, às vezes necessitando do uso de sedação para realização dos procedimentos.

Como falado anteriormente, por ser uma doença que pode ser transmitida, não se deve beijar a criança na boca ou utilizar os mesmos utensílios de alimentação como talheres e copos, e também não devemos soprar a comida que será dada a criança, evitando assim a

transmissão da doença cárie ou de outras doenças bacterianas ou virais que possam ser transmitidas com essas práticas.

Aproximadamente aos 6 (seis) meses será observado o surgimento dos primeiros dentinhos do bebê, os incisivos centrais inferiores, seguindo a cronologia natural de erupção dos dentes, observaremos a seguinte sequência: por volta dos 8 (oito) meses o surgimento dos incisivos centrais superiores, entre 8 (oito) e 12 (doze) meses os incisivos laterais superiores, entre 10 (dez) e 12 (doze) meses os incisivos laterais inferiores, entre 14 (quatorze) e 20 (vinte) meses os primeiros molares, superiores e inferiores, entre 18 (dezoito) e 24 (vinte e quatro) meses os caninos, superiores e inferiores, e entre 2 (dois) e 3 (três) anos os segundos molares, superiores e inferiores. É importante ressaltar que qualquer alteração nessa ordem não significa, necessariamente, um problema, alguns bebês alteram essa cronologia natural de erupção.

Por volta dos 3 (três) anos a criança já deve apresentar os 20 (vinte) dentes decíduos, conhecidos como “dentes de leite”, são assim chamados pois todos eles vão “cair” em determinados períodos para, no seu lugar, surgirem os dentes permanentes que nos acompanharão por toda a vida. À medida que os “dentes de leite” vão aparecendo é possível iniciar o uso do fio dental, que sempre deve ser acompanhado da supervisão de um adulto.

As “trocas” dos dentes decíduos pelos dentes permanentes se iniciam por volta dos 6 (seis) anos, comumente a partir dos incisivos centrais inferiores, porém, um pouco antes do início das trocas, surgem os primeiros molares permanentes, superiores e inferiores, logo atrás dos molares decíduos, em uma região da gengiva onde não tínhamos dentes. Por ser o primeiro dente permanente a surgir e em uma localização de difícil acesso para uma criança pequena, geralmente, é o dente permanente mais acometido pela doença cárie. Por esse motivo deve-se ter uma atenção especial na escovação da criança nessa faixa etária para uma correta higienização do primeiro molar permanente.

Para melhor fixação das orientações e compartilhamento de dúvidas se faz necessário uma visita ao dentista onde a mãe, o pai ou o cuidador poderá buscar informações sobre a correta higienização oral da criança e, caso necessário, durante a consulta odontológica pode ser realizada a limpeza dentária, assim como a aplicação tópica de flúor ampliando a proteção dos dentes e evitando o surgimento de cáries.

A consulta com o dentista deve ocorrer, preferencialmente, ainda na gestação onde o profissional poderá orientar a mãe sobre outros assuntos como, por exemplo, os hábitos deletérios de uso de chupeta e como esse hábito pode prejudicar tanto a amamentação como a formação óssea estrutural da mandíbula e maxila da criança. Além disso, quanto mais precocemente a mãe tirar suas dúvidas, melhor cuidará do seu bebê.

A INFLUÊNCIA DO APEGO NAS RELAÇÕES DURANTE O PRÉ-NATAL, A CONSULTA DE PUERICULTURA E O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO²

Cristiana Rodrigues Teófilo

Nádia Maria Luna Silva

Álvaro Jorge Madeiro Leite

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento humano social, emocional e cognitivo recebe forte influência do vínculo formado entre mãe e bebê. Este vínculo inicia-se antes da gestação e está sujeito a modificações por diferentes fatores externos, sejam eles positivos ou negativos. Zeoti (2011) afirma em seu estudo que esse vínculo, também conhecido como apego, aumenta à medida que a gestação avança, mesmo associada a eventos adversos que elevam ansiedade e depressão.

No presente artigo, pretendemos discorrer sobre a importância do apego seguro na consulta de pré-natal da gestante, na consulta de puericultura e no atendimento clínico odontológico pediátrico. Como a relação de apego entre a criança e a sua mãe ou cuidador pode influenciar no atendimento clínico desta criança?

A maternidade é um papel que a sociedade espera da mulher durante seu ciclo de vida, na menacme. Essa função da mulher já existe antes da gestação, tendo em vista que, nesse período, acontecem processos que facilitam ou dificultam a gravidez. A gestação é o período em que se inicia a relação entre a mãe e o bebê, fundamental para todos os laços afetivos futuros que esse novo indivíduo irá desenvolver. Para tanto, o início desse vínculo sofre influência direta dos eventos fisiológicos e psicológicos ocorridos no decorrer da gravidez. Segundo Zeoti (2011), os eventos adversos ocorridos nesse período elevam os níveis de depressão e de ansiedade, o que pode interferir no vínculo mãe-bebê. São de extrema importância a orientação e o apoio durante as consultas de pré-natal para que a mulher entenda o que deve evitar nesse período para proteger emocionalmente seu filho, visto que o estresse na mãe pode ocasionar problemas para o bebê ainda na gestação. Altos níveis de estresse na gestação podem diminuir a enzima placentária que impede a passagem do cortisol para o feto.

Após o fim da gestação, a conexão mãe-bebê/cuidador-bebê persiste com grande papel na formação do indivíduo, período no qual a criança necessita de atenção, consolo e sensação de segurança. Bebês que se sentem em situação de ameaça se voltam para seu cuidador à espera de uma resposta, que, com o passar do tempo, modela um padrão de interação da criança com seu cuidador. Essa resposta pode gerar diferentes tipos de apego, como o apego seguro, o inseguro-evitativo, o inseguro-ambivalente e o desorganizado. Acredita-se que

o apego seguro se desenvolva quando o cuidador apresenta uma resposta consistente e sensível às aflições da criança e referem-se àquelas crianças que retomam seu comportamento exploratório logo após demonstrar o estresse e a ansiedade abertamente ao seu cuidador. As crianças que evitam o contato com seu cuidador em situações de estresse desenvolveram o apego inseguro-evitativo. Aquelas que alternam entre forte manutenção do contato com sua mãe ou cuidador e resistência ao contato ou ainda que se apresentam inconsoláveis e incapazes de retomar a status de exploração provavelmente desenvolveram o apego inseguro-ambivalente. Alguns bebês não desenvolvem um padrão de apego organizado

²LEITE, Álvaro Jorge Madeiro. AMARAL, João Joaquim Freitas do (Org.). **Neurociências e psicanálise: aplicações na primeira infância**. Fortaleza-Ceará. Editora UFC, 2020.

e estão em um grupo definido como apego desorganizado.

Os estudos mostram que o apego seguro gera crianças com bom desenvolvimento, sendo um fator de proteção. Crianças com apego inseguro apresentam maior chance de psicopatia e desajuste social.

CLASSIFICAÇÃO

John Bowlby, psiquiatra e psicanalista britânico, é um dos teóricos das relações objetais, que, em 1950, insatisfeito com a teoria da motivação por falta de evidências científicas, sentiu necessidade de associar as relações objetais a uma perspectiva evolucionária. A teoria do apego de Bowlby teve início a partir de duas observações: a primeira de Konrad Lorenz, um etologista, que observou que qualquer um que cuidasse de um bebê ganso seria considerado sua mãe, mesmo que fosse um ser humano, definido como “estampagem”; e a segunda de Sigmund Freud, que observou que, quando as mães vão para longe de seus bebês, eles ficam muito chateados e angustiados, que foi definido como “ansiedade da separação”. Essas duas observações levaram a Bowlby a se questionar por que o apego é tão importante no início da vida. Para Bowlby, os primeiros meses de vida são fundamentais para a definição da maneira que o ser humano vai se conectar emocionalmente com as outras pessoas pelo resto de suas vidas. Em 1950, após a Segunda Guerra Mundial, a Organização das Nações Unidas – ONU – pediu que John Bowlby fizesse um relatório da situação das crianças órfãs por causa da Guerra as quais foram criadas em um orfanato. Este relatório teve como produto um livro “Child care and the Growth of Love” em que descreve o efeito da separação das crianças de suas mães.

Bowlby definiu 4 (quatro) estilos de apego, os quais não são escolhas da criança, mas adaptações ao meio em que ela se encontra:

a. Apego seguro: nesse estilo de apego, os pais estão “sem- pre” disponíveis afetivamente para as necessidades básicas e emocionais da criança, são presentes e estabelecem comunicação clara e objetiva com o bebê; os pais apresentam comportamento previsível, são acessíveis e confiáveis. Ao experimentar uma relação de apego seguro, teremos, mais provavelmente, adultos confiantes, com relacionamentos saudáveis e mais resilientes ao estresse, adultos que conseguem identificar um perigo real;

b. Apego evitante: o cuidador apresenta uma distância emocional da criança, age de forma incongruente na comunicação e com rejeição, apresenta baixa afetuosidade, é ineficaz ou ineficiente em perceber as necessidades emocionais da criança; a criança identifica como inútil a busca pelos pais e deixa de procurá-los, afasta-se das emoções, ocorre uma dissociação;

c. Apego ansioso ou ambivalente: os pais são inconsistentes, ora respondem, ora não respondem às necessidades emocionais da criança, pais imprevisíveis. A experiência interna da criança é de tentar descobrir o que precisa fazer para conseguir a atenção dos pais. A criança, nos primeiros meses de vida, não possui maturação do sistema parassimpático para regulação das emoções e depende dos pais ou dos cuidadores para que esta regulação ocorra. Nesse estilo de apego, a criança se apresenta insegura e ansiosa e tem mais chances de se tornar um adulto intrusivo, invasivo e sentimentalmente inconsistente, desequilibrado, ele quer a vinculação, mas tem medo de perdê-la;

d. Apego desorganizado: a atitude dos pais para o desenvolvimento de um estilo de apego desorganizado é de pais inconsistentes da mesma forma como no apego ambivalente, mas com a diferença de que, no apego desorganizado, quando ocorre a desconexão, ela vem carregada de raiva, os pais, geralmente, são muito nervosos e enraivecidos com a criança, podendo ser agressivos e perigosos; passam mensagens conflitantes para a criança de comunicação e fisionomia. Nesse estilo de apego, a criança não

possui regulação das suas emoções, ela busca e quer a conexão, mas tem medo da reação dos seus pais. A criança, geralmente, apresenta déficit de atenção, pode ser agressiva ou muito controlada e tem dificuldade de resolver problemas. Na fase adulta, muito provavelmente, terá problemas psiquiátricos, torna-se uma pessoa agressiva ou muito assustada e, em outros momentos, muito calma, tem grande variação de humor. Experimenta um grande caos interno e tem dificuldades em identificar um perigo real.

O APEGO NO PRÉ-NATAL: POR QUE ENGRAVIDAR?

A gravidez faz parte do desenvolvimento biológico da mulher e compreende um período de grandes mudanças tanto anatômicas e metabólicas quanto psíquicas. Além das mudanças percebidas em seu corpo, a gestante inicia o processo de reconhecimento do tornar-se mãe, incorporando os novos papéis que deverão ser assumidos em pouco tempo. A gestação é, portanto, um período preparatório para a chegada do bebê.

Inicialmente, a mulher precisa adaptar-se a mudanças progressivas em seu corpo decorrente da gestação, incluindo mudanças hormonais anatômicas e metabólicas, que alteram as funções de diferentes órgãos e sistemas da gestante. No primeiro trimestre, são mais evidentes sintomas como sono- lência, náuseas, vômitos, falta de ar, formigamentos. Porém, a mulher necessita aceitar o feto e adaptar-se à ideia de tornar-se mãe. Como, nesta fase, o feto ainda não é concretamente sentido, pode haver dúvida sobre a gestação por parte da gestante, algumas vezes podendo surgir sentimento de rejeição.

Durante o segundo trimestre, quando há resolução da náusea e dos vômitos, a mãe refere sensação de bem-estar, pois, apesar de a barriga já se tornar mais evidente, ainda não gera desconforto importante. Além disso, é nesse trimestre que se inicia a percepção da movimentação fetal. Isso gera uma percepção mais real da mãe em relação ao bebê e um sentimento de que logo haverá um indivíduo independente. Neste momento, já são atribuídas características da personalidade humanas àquele bebê e já se pensa em um nome.

No terceiro trimestre, há uma preparação para a separação física mãe-bebê, que se torna o foco principal da gestante nesse período até o parto. Existe, portanto, uma diversidade de sentimentos que perpassam desde a vontade de abreviar a gestação até o desejo de adiar o parto. Além disso, a aproximação da chegada do bebê gera inseguranças e incertezas sobre a nova relação e o novo papel de mãe, além das mudanças de rotina, incluindo mudanças na vida social e profissional. Todos esses fatores podem ser bastante estressores para a futura mãe, tornando esse período um dos mais críticos durante toda a gravidez. Apesar disso, é nesse período que a mãe conclui a preparação para a chegada do bebê, com a organização do enxoval, do quarto, e o planejamento para a chegada da criança.

A gravidez, por si só, é considerada um evento especial, mesmo quando a gestação é de risco habitual, pois as modificações da vida da mulher são de ordem fisiológica, psíquica e social.

O APEGO NA SALA DE PARTO: HUMANIZAÇÃO, VÍNCULO, INTERAÇÃO

A construção na maternidade começa antes da gestação, recebe grande influência da experiência do parto e perpetua após o nascimento. O momento do parto inicia a maternidade propriamente dita, quando o bebê realmente passa a existir. A concepção de um bebê idealizado traz consigo uma série de modificações estruturais e psíquicas.

O parto, segundo Maldonado, é considerado o marco de uma situação irreversível. As incertezas trazidas com a aproximação do parto, sem que haja um controle de como será o momento do parto, e a chegada da criança podem gerar bastante ansiedade. Além disso, após

o nascimento, grandes mudanças são esperadas na vida da mulher, desde transformações no corpo feminino até mudanças na rotina e nos papéis de familiares.

Por ser um momento que torna a maternidade concreta, o parto surge como um momento de confirmação ou negação de todas as expectativas geradas desde as primeiras possibilidades e dos primeiros desejos em relação à maternidade. Isso pode gerar uma experiência empoderadora ou traumática para aquela mulher.

Imediatamente após o parto, quando a criança nasce e chora, acontece a apresentação do bebê à mãe que o aguardava e sonhava com todas as suas características previamente àquele momento. Comumente os bebês são separados de suas mães logo nesse período. Muitas vezes, os recém-nascidos são envoltos em uma manta e entregues à mãe ou são colocados em berços aquecidos. O contato pele a pele define que, logo após o nascimento, o bebê deve ser colocado nu em contato direto com a pele do peito da mãe.

Segundo uma revisão realizada pela Cochrane sobre a realização do contato pele a pele, mulheres que o fizeram tiveram maior probabilidade de estarem amamentando entre o primeiro e o quarto mês, além de apresentarem maior probabilidade de estarem em amamentação exclusiva do momento da alta até o primeiro mês e entre seis semanas e seis meses após o parto.

Estudos populacionais no Canadá, na Suécia e nos Estados Unidos afirmam que de 7 - 10% das mulheres apresentaram uma experiência de parto negativa. Dentre os aspectos avaliados para experiência de nascimento negativa foram considerados nascimento, indução, medicação para dor, complicações e sentimentos subjetivos. A satisfação das mulheres na sua experiência do nascimento sofre forte influência da qualidade do relacionamento estabelecido com a assistência médica recebida durante o parto, incluindo privacidade, respeito, envolvimento na tomada de decisões e sentir-se apoiado e cuidado. Além disso, a experiência do nascimento é influenciada por expectativas pré-natais, mas que o sentimento incentivado e nutrido pelos profissionais durante o parto pode substituir os efeitos negativos de um parto difícil ou complicado.

Estudos mostram que a experiência de um parto traumático pode ter consequências significativas no bem-estar materno, como sintomas de estresse pós-traumático, sentimento de falha materna e desconexão com seu filho. A qualidade do cuidado materno parece ser um forte preditor de apego infantil e influencia o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional subsequente dessas crianças. Uma revisão sistemática mostrou que a maioria dos estudos (11 em 15) constatou que mulheres com experiência de nascimento mais positivo tinham atitudes e comportamentos de cuidado materno mais favoráveis. E que, mesmo mães que passaram por situações adversas no período antes do nascimento, o sentimento transmitido e firmado pela equipe de assistência ao parto é capaz de transformar as experiências negativas prévias em uma experiência positiva de nascimento.

O APEGO E A CONSULTA DE PUERICULTURA

(...) “Desde o nascimento, todas as crianças sentem necessidade de serem tocadas, abraçadas, acariciadas, de que as pessoas falem com elas, de ver rostos e expressões familiares, de ouvir vozes familiares e de perceber que as pessoas respondem a elas. As crianças também precisam de coisas novas e interessantes para olhar, ouvir, prestar atenção, segurar e brincar. Este é o início do aprendizado. Vozes humanas são a coisa mais importante para um bebê ouvir. Rostos humanos são a coisa mais importante para um bebê olhar”.

Medidas Vitais. UNICEF (1995)

Na perspectiva pediátrica, a oportunidade para apoiar as mulheres grávidas em face das transformações advindas com a notícia da gravidez já ocorre na consulta pré-natal. A

identificação das circunstâncias em que ocorreu a gravidez para o casal e o desenrolar da experiência de nove meses de intensas transformações, preparação psicossocial para a maternidade e a paternidade são aspectos singulares desse acompanhamento.

A mulher deve ser apoiada e estimulada a viver esse período com o menor impacto possível de eventuais adversidades psicossociais a que esteja submetida. Que o desejo de ter um filho seja coroado com experiências positivas individuais, na vida do casal e na vida da família.

O contato com um pediatra deve servir para ajudar na preparação psicológica, e não apenas do corpo da mulher gestante. Da aceitação da novidade da gravidez, passando pelas sensações delicadas dos primeiros movimentos na barriga da mãe, até a personificação do bebê (escolha do nome, escolha de roupinhas, preparo do quarto) tem-se a travessia da mãe, do pai, da família para acolher a renovação da vida.

Após o nascimento, o atendimento da criança e seus pais devem seguir as normatizações da Puericultura, que é a arte de promover e proteger a saúde das crianças, através de uma atenção integral, compreendendo a criança como um ser em desenvolvimento com suas particularidades e que leva em conta a criança, sua família e o ambiente.

A consulta propriamente dita inicia com a recepção da criança e de seus pais, em que o pediatra procura afinar o estabelecimento desse primeiro contato por intermédio dos vários comportamentos:

- Dirigir-se à mãe e à criança, calibrar os primeiros movimentos, os primeiros gestos;

- Cumprimentá-las, utilizando palavras de aproximação, palavras acolhedoras que demonstram cuidado e interesse;

- Procurar obter as primeiras impressões, incluindo, aflição, temores, preocupações, bem como uma visão geral do humor da criança (temerosa, brincalhona, disponível?).

Esse primeiro momento da consulta e sua eficácia - a recepção - estão relacionados ao sucesso da consulta, particularmente com o momento do consentimento implícito para a realização do exame físico.

Mas, muitas vezes, essa recepção está mediada pela sensação de segurança com que a criança e seus pais chegam à consulta. Nas táticas de aproximação com a criança, o pediatra deve levar em conta a criação de hipóteses acerca do estilo de apego existente entre a criança e o seu cuidador principal. Com crianças com apego seguro, a consulta costuma fluir normalmente, sem receios ou recusa.

Aproximação com crianças: algumas táticas que podem induzir confiança num cenário de insegurança

- Deve-se “cumprimentar” a criança; a forma adequada depende de variáveis como a idade da criança, a gravidade clínica do problema, se a consulta é de acompanhamento ou se é o primeiro contato.

- Um sorriso, uma saudação gestual, um elogio, um aperto de mão, um comentário qualquer de acolhida. Propiciar uma experiência de bom acolhimento já no primeiro instante da consulta.

- Pode-se indicar o lugar para onde a criança deve se dirigir, onde possa brincar ou ficar à vontade - uma mesa com cadeirinhas, brinquedos, livros, desenhos, pinturas. Um primeiro contato acolhedor tem potencial para desfazer cargas de ansiedade pré-existentes e as atuais. Promove sensação de alívio da tensão prévia.

- Empreender uma comunicação direta com a criança desde o momento do primeiro contato visual, bem antes, portanto, de tocá-la ou examiná-la.

- Algumas dessas táticas podem ser de muito sucesso em todas as faixas de idade, mas crianças inseguras ou na fase de estranhamento e birra (10-24 meses) e, para as que estão mais adoentadas, são fundamentais. Maior sucesso desta abordagem é alcançado com crianças maiores de 2-3 anos.

- Pode-se perguntar por assuntos relevantes que guardem coerência com a idade ou com o desenvolvimento atual da criança e com contexto de vida da criança. Ex. nome dos amiguinhos, da professora, do que gosta de comer, sobre a escova dentária.

O APEGO E A CONSULTA ODONTOLÓGICA

O tipo de apego desenvolvido pela criança com sua mãe ou cuidador pode interferir positivamente ou negativamente na realização da consulta clínica odontológica. Se a criança confia no seu cuidador e estabelece com ele um tipo de apego seguro, aos poucos, ela permitirá que o profissional, o qual sua mãe ou cuidador está lhe apresentando, consiga desenvolver o seu trabalho e realizar a consulta. A criança acaba estabelecendo um vínculo de confiança com o profissional, pois seu cuidador lhe proporcionou essa segurança.

De acordo com a teoria do apego de Bowlby, as crianças tendem a procurar a figura do seu cuidador como porto-seguro frente a situações estressantes.

A sensibilidade e a resposta dos pais às necessidades emocionais da criança são importantes para a definição do tipo de apego que será desenvolvido. Os profissionais de saúde devem estar preparados para orientar os pais para atuar de forma mais neuroeficiente. Faz-se necessário entender, desde a gestação, como os estilos de apego se desenvolvem para que possam estabelecer a melhor forma de agir para atender às necessidades emocionais dos seus filhos.

O atendimento odontológico pediátrico envolve uma tríade: pais, criança e profissional, que devem estabelecer uma comunicação adequada para o sucesso do tratamento. Segundo Kamp (1982), o atendimento odontológico das crianças, sem a presença dos pais,

pode evitar possíveis interferências e comportamentos adversos, e a interação do dentista com a criança é melhor do que na presença dos pais. Alguns estudos relatam o aumento da ansiedade da criança na presença dos pais.

Rudolph Schaffer e Peggy Emerson (1964) descreveram alguns estágios de apego dependendo da idade: apego prévio; apego indiscriminado; apego discreto e múltiplo apego. De acordo com Bowlby, o comportamento da criança, perante a separação da sua mãe, muda de acordo com a idade nas crianças até 3 anos, quanto maior o vínculo com a mãe mais o seu comportamento será alterado pela separação, já nas crianças de 5 a 8 anos, as que apresentam melhor vínculo de apego com a mãe têm melhor comportamento frente à separação. Vale ressaltar que os achados de Bowlby são baseados na observação de crianças e de filhotes de outras espécies.

Em estudo realizado por Ahuja et al (2018), não foi encontrada diferença significativa da presença ou ausência dos pais durante o tratamento odontológico de crianças entre 4 e 7 anos, a faixa etária foi selecionada tendo como entendimento que as crianças menores de 4 anos não possuem um desenvolvimento cognitivo maduro o suficiente para entender as orientações verbais do profissional e ainda apresentam imaturidade emocional podendo sofrer com a ansiedade de separação dos pais. Já as crianças maiores de 7 anos já são consideradas bastante maduras emocionalmente, em que a separação ou não dos pais já não faz nenhuma diferença no tratamento. Outro achado desse estudo foi que a maioria dos pais prefere acompanhar o tratamento odontológico de seus filhos e que acreditam que eles se sentem mais seguros na sua presença corroborando os estudos de Kamp em 1982, que é semelhante ao de Frankel no qual foi encontrado que 92% das mães queriam estar presentes durante o tratamento odontológico e que 37% delas acreditavam que seu filho se sentia mais confortável com sua presença.

Durante o atendimento pediátrico odontológico, podem ser utilizadas várias técnicas como a orientação comportamental, a comunicação verbal e não verbal, o Tell-Show-Do, o controle de voz e o gerenciamento de contingências, que auxiliam na interação do dentista com a criança, suprimindo, muitas vezes, a presença dos pais.

REFERÊNCIAS

AKCINAR, B; SHAW, DS. Independent Contributions of Early Positive Parenting and Mother–Son Coercion on Emerging Social Development. **Child Psychiatry Hum Dev** 49:385–395, 2018.

AHUJA, Shilpa et al. Assessment of the effect of parental presence in dental operatory on the behavior of children aged 4–7 years. **Journal of Indian Society of Pedodontics and Preventive Dentistry**, v. 36, n. 2, p. 167, 2018. Disponível em: <http://www.jisppd.com/text.asp?2018/36/2/167/235685>.

BELLA, F et al. The birth experience and maternal care giving attitudes and behavior: A systematic review. **Sexual & Reproductive Healthcare**, 2018.

BRANDENBURG, Olivia Justen; HAYDU, Verônica Bender. Contribuições da análise do comportamento em odontopediatria. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 29, n. 3, p. 462-475, 2009.

COX, I. C. J.; KRIKKEN, J. B.; VEERKAMP, J. S. J. Influence of parental presence on the child's perception of, and behaviour, during dental treatment. **European Archives of Paediatric Dentistry**, v. 12, n. 4, p. 200-204, 2011.

CUNHA, Ana Cristina Barros da; SANTOS, Carmelita; GONCALVES, Raquel Menezes. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 64, n. 1, p. 139-155, abr. 2012.

APÊNDICE

Prezado (a) colaborador (a),

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Contribuição do Programa Unidade Amiga da Primeira Infância para melhoria do acompanhamento de crianças menores de dois anos na atenção primária à saúde”, de responsabilidade da pesquisadora Nádia Maria de Luna Silva.

Para participar dessa pesquisa, responda as questões abaixo da forma como você julgar necessário e me envie este documento **até o dia 25 de março**. Lembre-se, não existem respostas certas ou erradas, o intuito da pesquisa é conhecer a sua opinião. Caso você tenha alguma dúvida entre em contato comigo.

Nádia Luna

QUESTIONÁRIO

- 1. Como você avalia os cuidados da Atenção Primária à Saúde com a primeira infância?**
- 2. Como foi o processo de implantação do Programa Unidade Amiga da Primeira Infância (UAPI) na unidade que você coordena/coordenava?**
 - a. Quais foram as maiores dificuldades nesse processo?*
 - b. O que auxiliou a contornar as dificuldades?*
 - c.*
- 3. Quais estratégias foram adotadas na sua Unidade para monitorar e buscar melhorias dos indicadores do Programa UAPI?**
- 4. Como você avalia o Programa UAPI?**

