

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



PROFSAÚDE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA E
PÓS-GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO - AGEUFMA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA I / CCBS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA UFMA / FIOCRUZ

GRACIARA LETICIA BEZERRA LIMA

**A INSERÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA PUERICULTURA
PARA O MANEJO ADEQUADO DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS
ANOS**

SÃO LUÍS

2024

GRACIARA LETICIA BEZERRA LIMA

**A INSERÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA PUERICULTURA
PARA O MANEJO ADEQUADO DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS
ANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – ProfSaúde, vinculado a Universidade Federal do Maranhão, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira
Coorientadora: Profa. Dra Maria Raimunda Santos Garcia

Linha de pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis.

SÃO LUÍS

2024

Bezerra LIMA, Graciara Letícia.

A inserção da estratificação de risco na puericultura para o manejo adequado de crianças menores de dois anos / Graciara Letícia Bezerra Lima. - 2024.

79f.

Coorientador (a) 1 : Maria Raimunda Santos Garcia.

Orientador (a) : Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Rede em Saúde da Família/ ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2024.

1. Puericultura. 2. Estratificação de Risco. 3. Atenção Primária em Saúde.
I.de Oliveira, Márcio Moysés. II. Garcia, Maia Raimunda Santos. III. Título.

GRACIARA LETICIA BEZERRA LIMA

**A INSERÇÃO DA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO NA PUERICULTURA
PARA O MANEJO ADEQUADO DE CRIANÇAS MENORES DE DOIS
ANOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão -UFMA /Profsaúde, para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Linha de pesquisa: Atenção integral aos ciclos de vida e grupos vulneráveis.

Aprovado em ____/____/____.

Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira (Orientador)

Profa. Dra. Maria Raimunda Santos Garcia (Coorientadora)

Profa. Dra. Nair Portela Silva Coutinho (Membro Interno)

Profa. Dra. Cristiane Fiquene Conti (Membro Interno)

Profa. Dra. Juliana Nadielle Barbosa Cunha (Membro Externo)

Profa. Dra. Erika Martins Pereira (Suplente)

AGRADECIMENTOS

A Universidade Federal do Maranhão que me habilitou ao exercício docente.

Ao Profsaúde por me proporcionar maturidade e desenvoltura profissional e pessoal.

Ao meu orientador Prof. Dr. Márcio Moysés de Oliveira pela paciência, direcionamento, por me acolher e conduzir na jornada, sendo inspiração profissional.

A minha coorientadora Prof Dra. Maria Raimunda dos Santos Garcia pela compreensão e colaboração com suas práticas e saberes.

A todos os docentes do Mestrado, pela sapiência e troca de experiências e conhecimentos.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS/ADSCRIPTIO

Agradeço inicialmente a Deus pela concretização de um sonho pessoal que é a realização de um mestrado.

À minha família na pessoa de minha mãe, esposo e filhos que me apoiaram, incentivaram e estão sempre ao meu lado inspirando e almejando meu sucesso.

Aos meus amigos do Mestrado, pela parceria, leveza, troca de vivências e contribuição no crescimento profissional.

RESUMO

Introdução: Considerando a importância do cuidado integral à criança, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a equipe de saúde pode e deve organizar o processo de trabalho de forma a ofertar atenção equânime e integral às crianças, utilizando os critérios de contexto familiar, as necessidades individuais e os fatores de risco numa perspectiva sistematizada, integradora e integral. **Objetivo:** Avaliar a inserção da estratificação de risco na puericultura quanto a organização dos processos de trabalho no manejo adequado de crianças menores de dois anos e na mortalidade infantil. **Métodos:** A pesquisa foi desenvolvida utilizando-se o método quantitativo descritivo, transversal e observacional, realizado mediante coleta de dados primários através de ficha de extração de dados e instrumento de estratificação de risco da criança. **Resultados:** Em 139 prontuários de crianças incluídos no trabalho foi possível analisar a inserção da estratificação de risco na puericultura tanto na organização dos processos de trabalho no manejo adequado de crianças menores de dois anos, quanto na mortalidade infantil de menores de um ano. Observou-se nos processos de trabalho que ocorreram um compartilhamento de cuidados (referência e contra referência) adequado, uma redução de erros, uma promoção de melhores práticas, que a equipe de saúde desenvolveu um olhar mais sensibilizado junto à população alvo na identificação de crianças de médio e alto risco, que fatores como problemas na gravidez e/ou parto, classificação do peso ao nascer, classificação do APGAR e alteração de triagens tiveram significância estatística para o alto risco, bem como identificamos uma redução da taxa de mortalidade em menores de um ano no município de Caxias. **Considerações Finais:** Foi alcançado o objetivo principal da estratificação de risco que é a vigilância contínua do crescimento e o desenvolvimento da criança, possibilitando a identificação precoce das situações que representam risco de adoecimento, agravamento ou morte e o devido direcionamento para as intervenções preventivas ou de cuidado necessárias. Visto que permitiu a estruturação de processos de trabalho, o manejo em tempo hábil de crianças com alto risco e o controle de mortalidade infantil, sensibilizou a prática profissional qualificada, estimulou maior adesão da população à puericultura e a vinculação à equipe e a unidade de saúde.

Palavras-chave: Puericultura; estratificação de risco; atenção primária em saúde.

ABSTRACT

Introduction: Considering the importance of comprehensive care for children, the Statute of Children and Adolescents and the National Policy for Comprehensive Child Health Care (PNAISC) within the scope of the Unified Health System (SUS), the health team can and should organize the work process in order to offer equal and comprehensive care to children, using the criteria of family context, individual needs and risk factors from a systematic, integrative and comprehensive perspective.

Objective: To evaluate the inclusion of risk stratification in childcare regarding the organization of work processes in the appropriate management of children under two years of age and in infant mortality.

Methods: The research was developed using the descriptive, cross-sectional and observational quantitative method, carried out through the collection of primary data through a data extraction form and a child risk stratification instrument.

Results: In 139 medical records of children included in the study, it was possible to analyze the insertion of risk stratification in childcare both in the organization of work processes in the adequate management of children under two years of age, and in infant mortality of children under one year of age. We observed adequate sharing of care (reference and counter-reference), a reduction in errors and the promotion of best practices, that the health team developed a more sensitive view with the target population in the identification of medium and high-risk children, that factors such as problems during pregnancy and/or childbirth, birth weight classification, APGAR classification and alteration of screenings had statistical significance for high risk and the reduction of the mortality rate in children under one year of age in the city of Caxias.

Final Considerations: The main objective of risk stratification was achieved, which is the continuous monitoring of the child's growth and development, enabling the early identification of situations that represent a risk of illness, worsening or death and the appropriate direction for the necessary preventive or care interventions. Since it allowed the structuring of work processes, the timely management of high-risk children and the control of infant mortality, it raised awareness of qualified professional practice, encouraged greater adherence of the population to childcare and the connection to the team and the health unit.

Keywords: Childcare; risk stratification; primary health care.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Modelo de Atenção às Condições Crônicas	17
Figura 2 -	Unidade Básica de Saúde Trezidela	23
Figura 3 -	Mapa Territorial da Área Adscrita	23

LISTA DE QUADRO E TABELAS

Quadro 1 -	Estratificação de risco da criança	18
Tabela 1 -	Características étnicas, gestacionais e do nascimento	26
Tabela 2 -	Principais alterações gestacionais das pacientes	27
Tabela 3 -	Variáveis numéricas	27
Tabela 4 -	Exame físico da criança	28
Tabela 5 -	Triagens neonatais e seguimento da criança na puericultura	28
Tabela 6 -	Acompanhamento das crianças na primeira consulta.....	29
Tabela 7 -	Estratificação de risco	30
Tabela 8 -	Anos e estratificação de risco	30
Tabela 9 -	Principais causas que levam às crianças ao médio risco	31
Tabela 10 -	Principais causas que levam às crianças ao alto risco	31
Tabela 11 -	Idade gestacional e estratificação de risco	32
Tabela 12 -	Associação de problemas na gravidez com a estratificação de risco	33
Tabela 13 -	Associação do peso ao nascer com a estratificação de risco	33
Tabela 14 -	Associação do APGAR do 1º minuto com a estratificação de risco.....	34
Tabela 15 -	Associação do tempo da primeira consulta com a estratificação de risco	34
Tabela 16 -	Associação de alterações nas triagens neonatais com a estratificação de risco ...	35
Tabela 17 -	Associação da presença de internações na criança com a estratificação de risco	35
Tabela 18 -	Seguimento das crianças de alto risco	36
Tabela 19 -	Óbitos em Crianças menores de um ano no Município de Caxias	37
Tabela 20 -	Óbitos em menores de um ano na área de abrangência da UBS Trezidela	38

DEFINIÇÃO DE LISTA DE ABREVIATURAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária a Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIUR	Crescimento Intrauterino Restrito
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ER	Estratificação de Risco
ESF	Estratégia Saúde da Família
e-SUS	Sistema Único de Saúde Eletrônico
GIG	Grande para a Idade Gestacional
IG	Idade Gestacional
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACM	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISMC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PIG	Pequeno para Idade Gestacional
PNAISC	Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Criança
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SIM	Sistema de informação sobre mortalidade
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UEMA	Universidade Estadual do Maranhão
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	12
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo geral.....	13
3.2 Objetivos específicos.....	13
4. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
4.1 Atenção primária à saúde.....	13
4.2 Atenção integral à saúde da criança.....	14
4.2.1 Políticas de atenção à saúde da criança.....	14
4.2.2 Estratificação de risco.....	16
4.2.3 Estratificação de Risco da Criança: ferramenta essencial na identificação de determinantes de saúde.....	17
4.2.4 Manejo adequado da criança.....	20
4.2.5 A Puericultura na prevenção de morbimortalidade infantil.....	21
5 METODOLOGIA.....	22
5.1 Tipo de estudo.....	22
5.2 Período e local do estudo.....	22
5.3 Amostragem/Amostra/População.....	24
5.4 Coleta de dados.....	24
5.5 Instrumentos de coleta de dados.....	24
5.5.1 Ficha de Coleta de Dados.....	24
5.5.2 Ficha de Estratificação de Risco da Criança.....	25
5.6 Análise estatística.....	25
5.7 Aspectos éticos.....	25
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	26
6.1 Organização dos processos de trabalho.....	26
6.2 Mortalidade infantil.....	37
6.3 Propostas para ações no campo de prática.....	38
7 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO.....	39
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	39
REFERÊNCIAS	40
ANEXO 1 FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA.....	44
ANEXO 2 PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA.....	46
APÊNDICE 1 FICHA DE COLETA DE DADOS.....	54
APÊNDICE 2 RELATÓRIO TÉCNICO.....	55

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento populacional e a gestão de cuidados ofertados é essencial para a ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), onde a territorialização e cadastro familiar presentes como alicerce no processo de diagnóstico situacional de uma área de cobertura, permitem a equipe conhecer e dividir a população em subgrupos que são condições de saúde que necessitam de uma atenção diferenciada por suas características e vulnerabilidades. (Mendes, 2011)

A criança menor de dois anos encaixa-se nessa categoria de atenção diferenciada por ser considerada uma condição crônica seguindo o Modelo de Atenção criado por Mendes (2012), que visa o reconhecimento das necessidades dessas condições baseadas em seu risco para o desenvolvimento de estratégias e organização do cuidado.

A equipe pode e deve organizar o processo de trabalho de forma a ofertar atenção equânime e integral às crianças, para tal, deve-se utilizar os critérios de contexto familiar, as necessidades individuais e os fatores de risco numa perspectiva sistematizada, integradora e integral. (Brasil, 2017)

Dentro deste contexto em 2017 no Estado do Maranhão foi criada uma nota técnica com o tema “Critérios para Estratificação de Risco na Atenção à Saúde da Criança no Estado do Maranhão” visando a redução da mortalidade infantil através de estruturação de processos de trabalhos para a atenção à criança de zero a dois anos de idade (SESMA, 2017).

Considerando o conceito de Puericultura como o conjunto de ações que orientam o profissional de saúde quanto ao cuidado integral com a criança, envolvendo, assim, avaliação do crescimento e desenvolvimento, verificação das imunizações, promoção do aleitamento materno, orientação para o desmame, alimentação saudável, higiene e prevenção de acidentes, além da identificação de fatores de risco à saúde e de anormalidades e seus devidos encaminhamentos (Goes *et al.*, 2018), a Estratificação de Risco foi, portanto, inserida no acompanhamento desse grupo populacional na Atenção Básica (AB) nas consultas de puericultura no município de Caxias no Estado do Maranhão.

Esta implantação da estratificação de risco (ER), bem como a capacitação dos profissionais para a utilização desta ferramenta durante o atendimento integral à Criança na puericultura aconteceram em Caxias no ano de 2018, ações estas oriundas do então iniciado Projeto de Planificação da Atenção Primária em Saúde, com o objetivo de organizar a rede de atenção à Saúde Materno-infantil. (SESMA, 2017).

2 JUSTIFICATIVA

Em vista a implantação da Estratificação de Risco no Município de Caxias Maranhão e sua utilização na identificação e monitoramento de agravos, é de grande relevância caracterizar o impacto da estratificação de risco no manejo de crianças menores de dois anos em relação a redução da mortalidade infantil e na capacidade de organização dos processos de trabalho, para consequentemente estimular os profissionais de saúde a realizar a estratégia durante a puericultura e ser base de pesquisa para incentivar os demais municípios a aderir a estratégia.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a inserção da estratificação de risco na puericultura quanto a organização dos processos de trabalho no manejo adequado de crianças menores de dois anos e na mortalidade infantil.

3.2 Objetivos específicos

- Descrever as características da população alvo ao nascimento;
- Identificar os indicadores clínicos avaliados na puericultura;
- Listar os principais fatores da estratificação de risco da população alvo;
- Classificar a estratificação de risco em crianças conforme o nível (alto, médio e baixo);
- Analisar as associações de variáveis gestacionais e do nascimento com a estratificação de alto risco;
- Relatar as ações de seguimento/monitoramento das crianças de alto risco;
- Comparar o índice de mortalidade infantil (menores de um ano) antes e depois da estratificação de risco;
- Produzir um relatório técnico-científico conclusivo para a gestão sobre a inserção da estratificação de risco na puericultura para o manejo adequado da criança menores de dois anos.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

4.1 Atenção primária à saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como o primeiro nível de contato dos indivíduos com o sistema de saúde, tendo um papel crucial na promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de condições de saúde (Organização Mundial da Saúde, 2008). Essa organização emergiu como resposta às limitações dos modelos de saúde

voltados a cuidados hospitalares e especializados adotada por diversos países na década de 60, sendo instituído nacionalmente como modelo preventivo, coletivo e territorializado (Fasto; Matta, 2007).

A promoção da saúde com acesso universal e integralidade do cuidado dentro da APS, remete em uma abordagem que considera não apenas a doença, mas também o contexto social e psicológico do paciente, ou seja, caracteriza-se por promover uma saúde mais humanizada e centrada na pessoa (Brasil, 2021).

No Brasil a APS tem como método preferencial de organização a estratégia saúde da Família (ESF), sendo a Unidade Básica de Saúde (UBS) o espaço de atuação principal através das equipes de saúde da família (Brasil, 2011). Nesse contexto Paim *et al.* (2011) enfatizam sua importância como ponto privilegiado para a construção de vínculos entre profissionais e usuários, por favorecer a continuidade do cuidado, o que é garantido através da integração de serviços de saúde, possibilitando a oferta de assistência adequada conforme a necessidade e desde o primeiro contato com o sistema de saúde.

A evolução da APS ao longo dos anos, apesar dos grandes desafios, têm mostrado resultados positivos no que diz respeito a qualidade da assistência como ressalta Macinko *et al.* (2010) que a estruturação de sistemas de atenção primária contribuiu para a redução das desigualdades em saúde e para a melhoria dos indicadores.

Em conformidade a Organização Mundial de Saúde (2020) evidenciou que a atenção primária é base de sustentabilidade do sistema, por suas atribuições contribuírem com a redução de internação e custos e consequentemente melhora de indicadores de saúde.

Entre esses indicadores de saúde, a frequente redução nas mortalidades pós-neonatal e infantil, assim como à diminuição do baixo peso ao nascer, o aumento da cobertura dos cuidados pré-natais e os excelentes índices de cobertura vacinal na maioria dos municípios e ainda a sensível redução das hospitalizações relacionadas a agudização de condições crônicas, estão associados a expansão da estratégia saúde da família, bem como o desenvolvimento de políticas públicas no âmbito do SUS (Sousa *et al.*, 2019).

4.2 Atenção integral à saúde da criança

4.2.1 Políticas de atenção à saúde da criança

A atenção a saúde da criança no Brasil sofreu transformações ao longo dos anos, onde diversos programas e políticas foram desenvolvidos e aperfeiçoados com o intuito de reduzir a Mortalidade Infantil (MI). O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil criado em 1970 foi pioneiro nesse contexto, porém apesar de ações preventivas por suas práticas serem centralizadas e não voltadas para a diversidade regional do país, não

apresentou bons resultados em relação a mortalidade materno-infantil como era seu objetivo (Brasil, 2011).

Em 1980 visando mudar a assistência à criança no país e buscando uma atenção integral a esse público, o Ministério da Saúde elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC) que tinha como foco cinco ações básicas: aleitamento materno e orientação familiar sobre a alimentação em caso de desmame, estratégias para o controle das afecções respiratórias agudas, imunização básica, controle de doenças diarreicas e o acompanhamento profissional do crescimento e do desenvolvimento infantil (Silva, 2006 *apud* Araújo *et al.*, 2014).

Por muitas décadas a assistência a criança foi atrelada à saúde materna com as políticas e programas voltados à atenção materno-infantil. Em 1984 o Brasil desmembrou essa atenção ao implantar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) como estratégia para combater as dificuldades nas condições de saúde da população infantil, especificamente no que se referia a mortalidade, objetivando a promoção a saúde, de forma integral, priorizando crianças de grupos de risco e qualificação da assistência (Frias; Mullachery; Giugliani, 2009).

Conforme Perez e Passone (2010) o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) surge em 1990 com o intuito de garantir amplos direitos de proteção da integridade física e psicológica, bem como lazer e bem-estar. Os mesmos autores destacam que os programas e ações dos anos 80 e 90 resultaram em uma redução da mortalidade infantil.

Araújo *et al.* (2014) evidenciam que o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACM) potencializaram o cuidado a criança, sendo algumas estratégias agregadas, porém com destaque o Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). O AIDPI conforme Brasil (2011) teve origem com a Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e tinha a finalidade de reduzir de forma rápida a MI no Brasil e alcançou em algumas regiões, porém os índices ainda permaneciam altos.

Nos anos 2000 surgiram mais iniciativas como o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, Rede Amamenta Brasil, Rede Cegonha para o fortalecimento da saúde materno infantil e melhoria de indicadores (Araújo *et al.*, 2014).

Embora essas ações tenham sido importantes, foram muitas vezes fragmentadas e apresentaram lacunas no atendimento. Buscando um modelo mais contemporâneo e abrangente de atenção à saúde da criança no Brasil e com foco na promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico e tratamento adequado foi estruturada em 2010 a

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Brasil, 2010).

Considerando a importância do cuidado integral à criança, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) somente foi instituída em 2015 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de promover e proteger a saúde dos infantes, especialmente à primeira infância, através de atenção e cuidados integrais, aspirando a redução da morbimortalidade desse grupo populacional, bem como seu pleno desenvolvimento (Goes *et al.*, 2018).

De acordo com Brasil (2016) a PNAISC visa reduzir danos que podem acometer a primeira infância, considerado período de grande vulnerabilidade biológica, psicológica e social, pois é nessa fase que o cérebro tende a se desenvolver de forma mais rápida e consequentemente, ser mais sensível a influências protetoras ou de risco.

A estratificação populacional permite a identificação de pessoas e grupos com necessidades similares, sendo essencial nos modelos de atenção à saúde à medida que visa a assistência por recursos específicos conforme uma estratificação de riscos (Mendes, 2012).

4.2.2 Estratificação de risco

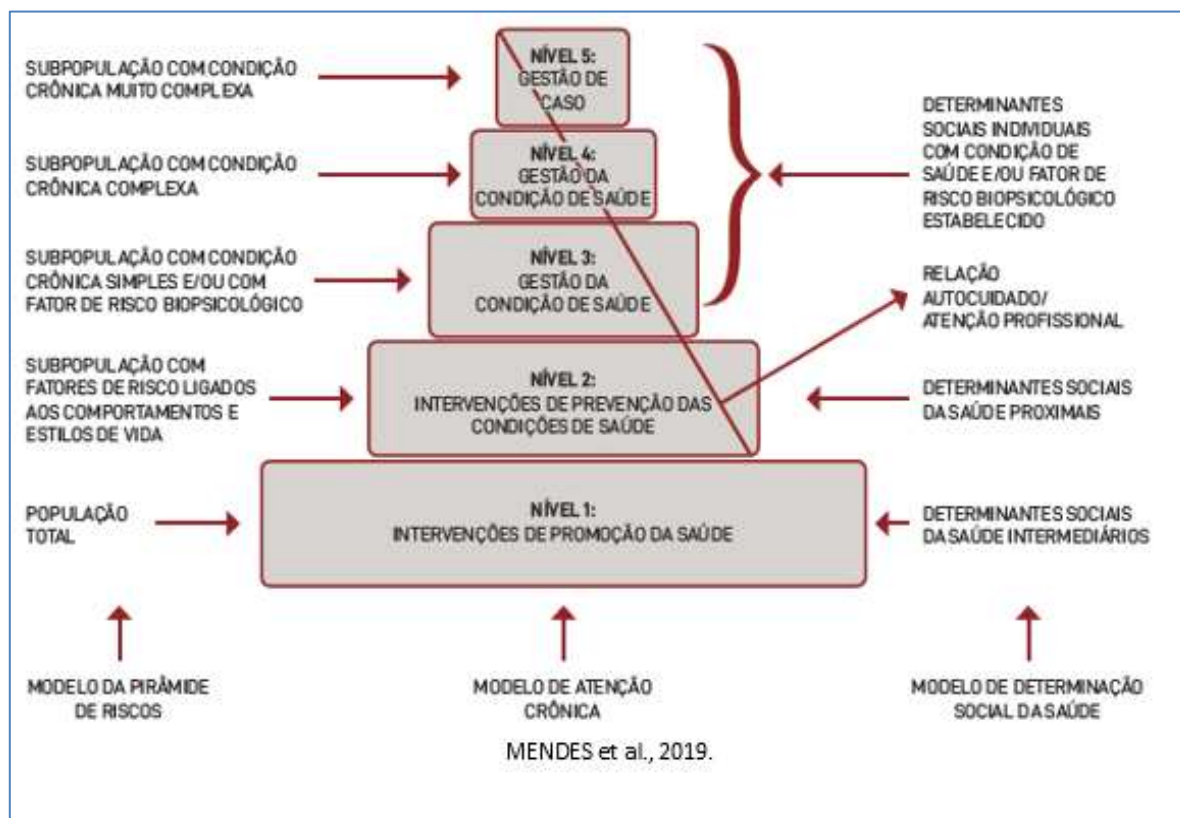
A estratificação tem como ideia central o manejo de casos realizado pela Estratégia Saúde da Família de forma diferenciada a grupos com riscos semelhantes. É um elemento utilizado pela gestão, tendo como centro a população, movendo o sistema de atenção de um indivíduo que necessita de cuidado para assim planejar e ofertar serviços a um grupo determinado (Mendes, 2012).

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) criado por Mendes (2012) propõe a incorporação do formato da Pirâmide de Risco, nesse contexto foi observado a utilização desta em vários países adquirindo bons resultados, onde no estudo de Leutz (1999, p.77, *apud* Mendes, 2012, p. 154) foi identificado que as necessidades das pessoas portadoras de condições crônicas são definidas em termos da duração da condição, da urgência da intervenção, do escopo dos serviços requeridos e da capacidade de autocuidado da pessoa portadora.

O autor também destaca que categorizar os usuários por estratos de risco define o tipo de atenção a ser ofertado a cada grupo conforme diretrizes clínicas (Figura 1), onde os portadores de condições crônicas de menor risco tem assistência voltada ao autocuidado com tecnologias centradas nisso e o profissional aparece como apoio focado na ESF, enquanto as pessoas de alto e muito alto risco recebem uma presença mais significativa da atenção profissional onde haverá concentração maior de cuidados pela equipe de saúde,

incluindo a Atenção Ambulatorial Especializada (Mendes, 2012).

Figura 1: Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)



Fonte: Mendes, 2019.

Conforme Matos, Rego e Lopes (2021) o MACC apresenta-se como uma estratégia para efetivar o cuidado com a criança, evidenciando que a assistência em seu ciclo de vida exige uma resposta proativa, permanente e integrada. Oferece também direcionamento para organização das Redes de Atenção à Saúde da Criança, focando na integração da APS e da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

4.2.3 Estratificação de Risco da Criança: ferramenta essencial na identificação de determinantes de saúde

O conhecimento populacional é um processo complexo e estruturado que engloba cadastramento da população geral, território, inscrição, classificação de risco familiar e vinculação destas à equipe (Matos; Rego; Lopes, 2021). Compreende também a identificação dos determinantes sociais, que são conceituados por Mendes (2019) como condições em que as pessoas vivem ou ainda características onde a vida avança e estão

relacionados a situações prejudiciais ou estimuladoras e protetoras da saúde.

Dentro de todo este processo inclui-se a identificação da subpopulação de crianças e sua estratificação de acordo com fatores de risco e doenças diagnosticadas (Matos; Rego; Lopes, 2021). Onde os determinantes sociais prejudiciais ou estimuladores repercutem diretamente na saúde da criança que sendo identificadas no primeiro caso permitem o desenvolvimento de ações de prevenção de agravos e no segundo caso utilizados como recursos de proporção de crescimento e desenvolvimento protegidos e manutenção de cuidados (Mendes, 2019).

Uma vez que conforme citado na nota técnica de saúde da criança (Matos, Rego e Lopes, 2021, p.19):

A estratificação de risco cumpre, antes de tudo, o objetivo de vigilância contínua do crescimento e o desenvolvimento da criança, identificando precocemente as situações que representam risco de adoecimento, agravamento ou morte e direcionando as intervenções preventivas ou de cuidado necessárias para sua proteção.

A estratificação de risco da criança apresentada na Quadro 1 relaciona os fatores de risco mais comumente identificados ao longo dos primeiros cinco anos de vida e propõe três estratos – risco habitual, risco intermediário e risco alto (Matos; Rego; Lopes, 2021).

Quadro 1: Estratificação de Risco da Criança

RISCO HABITUAL
Riscos inerentes à própria condição do ciclo de vida
RISCO INTERMEDIÁRIO
Fatores relacionados às condições de saúde na primeira semana e no primeiro mês de vida
Recém-nascido termo precoce com IG de 37 a 38 semanas
Risco de hiperbilirrubinemia indireta patológica*
Risco de desmame precoce
Risco de sepse neonatal†
Fatores relacionados à nutrição
Desmame do aleitamento materno exclusivo antes de 6 meses de vida
Desmame do aleitamento materno antes de 24 meses de vida
Distanciamento do canal de crescimento da criança, em fase inicial, com relação ao peso, comprimento/altura e perímetro craniano
Fatores relacionadas ao cuidado
Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado
Não comparecimento à agenda de acompanhamento
Higiene oral e corporal inadequadas
Mãe ou cuidador não habilitado
Fatores sociofamiliares
Gravidez não aceita
Mãe adolescente
Mãe com baixa escolaridade (<5 anos de estudo)
Pai com baixa escolaridade (<5 anos de estudo)
Mãe com pré-natal não realizado ou incompleto (<6 consultas, não realização de exames e tratamentos indicados não realizados ou incompletos)
Irmãos <5 anos com internação de repetição ou óbito por causas evitáveis

Mãe e/ou pai com condições que comprometam o cuidado da criança
Mãe e/ou pai com comportamentos que comprometam o cuidado da criança
Mãe ausente por doença, abandono ou óbito
Indícios de violência física, sexual ou psicológica
Negligência com relação às necessidades da criança
Fatores relacionados ao ambiente
Exposição à fumaça ambiental do tabaco
Condições de moradia desfavoráveis
Vulnerabilidade socioeconômica
Dificuldade de acesso aos serviços de saúde e sociais
continua...
Doenças próprias do ciclo de vida
Doenças transitórias, sem complicações
Doenças bucais de menor complexidade: lesão de mancha branca, cárie dentária, doença periodontal
RISCO ALTO
Condições perinatais
Baixo peso (<2.500g)
Prematuridade (IG <37 semanas ao nascer)
PIG (CIUR)
GIG
Afecções peri e neonatais
Apgar ≤6 no quinto minuto
Asfixia perinatal
Hiperbilirrubinemia indireta grave
Hiperbilirrubinemia direta†
Infecções crônicas do grupo ZTORCHS, confirmadas ou em investigação
Malformações congênitas graves
Cromossomopatias
Doenças metabólicas
Complicações da prematuridade
Doença pulmonar crônica
Retinopatia e cegueira
Surdez
Outras
Fatores maternos
Mãe e/ou pai com dependência de álcool e outras drogas
Depressão materna
Doenças maternas graves e/ou não controladas
Fatores evolutivos
Crescimento fora dos limites padronizados para a idade
Desenvolvimento insatisfatório para a idade
Espectro de doenças do autismo
Sinais de violência física, sexual ou psicológica
Obesidade
Infecções do trato respiratório inferior de repetição
Asma moderada ou grave
Doenças diarreicas crônica ou de repetição
Alergia ou intolerância alimentar com repercussão clínica
Infecção urinária
Complicações de infecções do sistema nervoso central
Desordens endócrinas, metabólicas, sanguíneas e imunes
Cardiomiopatia, miocardite e outras doenças cardiovasculares e circulatórias
HIV/AIDS confirmado ou em investigação

Leucemia e outras neoplasias
Doenças diagnosticadas na triagem neonatal
Outras doenças evolutivas graves
Intercorrências repetidas com repercussão clínica
1 ou mais internações no último ano
Condições especiais
Peso ao nascer <2.000g ou IG <34 semanas
Malformações congênitas graves, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica
2 ou mais internações no último ano

Fonte: Mendes, 2019.

* Fatores de risco para hiperbilirrubinemia indireta patológica: baixo peso ao nascer, prematuridade, hemólise, asfixia ao nascimento, infecções, história familiar de icterícia grave, perda de peso do recém-nascido >10% nos primeiros 5 dias de vida associada à dificuldade de sucção ao peito ou presença de outras alterações ao exame clínico; † fatores de risco para sepse neonatal: baixo peso ao nascer, prematuridade, rotura de bolsa antes do trabalho de parto, bolsa rota acima de 18 horas e sinais de corioamnionite, como febre materna, dor suprapúbica, líquido amniótico fétido e história de infecção de trato urinário não tratado no último mês de gestação; ‡ icterícia, fezes claras e urina escura. IG: idade gestacional; PIG: pequeno para a idade gestacional; CIUR: crescimento intrauterino restrito; GIG: grande para a idade gestacional; ZTORCHS: vírus zika, toxoplasmose, outras doenças, rubéola, citomegalovírus, herpes e sífilis.

Evidências de cunho internacional que destacam a importância da estratificação dos riscos tem contribuído para a qualidade da Atenção à Saúde, trazendo inclusive impactos positivos nos resultados clínicos, levando a reflexão sobre a importância da equipe multiprofissional se qualificar em conhecimento, habilidades e experiências no cuidado contínuo da criança (Matos; Rego; Lopes, 2021).

O aprimoramento da prática profissional, por meio da aquisição de conhecimentos no trabalho (Educação Permanente), da troca de experiências e qualidade de assistência, permite o reconhecimento precoce e habilidade profissional em identificar situações de vulnerabilidades infantis permitindo o manejo adequado dessas crianças e compartilhamento do cuidado com a Atenção Especializada, evitando um prognóstico de complicações para esse grupo, destacando assim a influência da educação em saúde no sucesso dos resultados, tornando possível a compreensão da comunidade sobre o processo e, conseqüentemente sua adesão ao cuidado. (Mendes, 2012).

4.2.4 Manejo adequado da criança

A consulta da criança engloba avaliação de crescimento e desenvolvimento com utilização de gráficos de medidas antropométricas e ferramentas para identificação de marcos, verificação de imunizações, promoção de aleitamento materno, orientações sobre desmame e alimentação saudável, higiene, prevenção de acidentes, bem como identificação de fatores de risco à saúde e seu manejo adequado (Campos *et al.*, 2011).

Segundo o caderno 33 da AB (Brasil, 2012) que expõe sobre o calendário de consultas de acompanhamento da criança que foi preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) como no mínimo sete consultas no primeiro ano de vida, sendo recomendada que a primeira consulta aconteça na primeira semana de vida da criança, sendo um momento apropriado para orientações relacionadas a imunizações, triagens neonatais e cuidados em geral.

Segundo Melo *et al.* (2017) o acompanhamento das condições de saúde na primeira infância é fundamental para o crescimento e desenvolvimento adequados, a fim de que sejam garantidos os melhores benefícios para saúde, incluindo aprendizado e autonomia. No SUS esse acompanhamento acontece especialmente na Atenção Primária à Saúde nas consultas de puericultura (Silva, D; Silva, J; Figueiredo, 2017).

4.2.5 A Puericultura na prevenção de morbimortalidade infantil

A puericultura surgiu na Europa no século XIX com o objetivo de ofertar a criança cuidados específicos que contribuíssem com crescimento saudável, além realizar ações de prevenção e promoção de saúde (Silva, D; Silva, J; Figueiredo, 2017).

Sousa *et al.* (2021) apresenta o termo como o estudo de cuidados com o ser humano em desenvolvimento, bem como seu acompanhamento integral, uma assistência capaz de prevenir agravos e melhorar a percepção familiar sobre a importância da prevenção que permite intervenções precoces na correção de desvios de crescimento e desenvolvimento.

Branquinho e Lanza (2018), referem-se também como sendo uma ciência que integra conhecimentos diversos desde fisiologia, nutrição, higiene, desenvolvimento neuropsicomotor, comportamentos das crianças, entre outros, desempenhando um papel essencial na redução da morbimortalidade infantil.

O MS com o intuito de atender as necessidades desse público, demanda a atuação de toda a equipe de saúde e multiprofissional da Atenção Primária envolvendo consultas de enfermagem, médica, odontológica, grupos operativos, visitas domiciliares, entre outros que visem a assistência à criança e sua família (Brito *et al.*, 2018).

É visível que o acompanhamento em destaque proporciona uma assistência sistemática eficaz na promoção da saúde da criança assistida, onde possíveis fatores de mortalidade infantil, sejam eles orgânicos, sociais e ou familiares, uma vez identificados precocemente permitem uma intervenção hábil (Sousa *et al.*, 2021).

Uma vez que a mortalidade infantil é considerada um problema de saúde pública antigo no Brasil que se evidenciou sensibilizando o olhar governamental para sua causa, instituindo em 2015 no SUS a PNAISC que dentre seus objetivos principais visa a

promoção e proteção da saúde dos infantes, com um olhar especial a primeira infância propondo atenção e cuidados integrais para redução da morbimortalidade de tal grupo populacional, pois é um período considerado de grande vulnerabilidade biológica, psicológica e social (Brasil, 2015).

A implantação de políticas, como estas mencionadas, voltadas a saúde infantil na APS apresentou-se como fator positivo na queda da taxa de mortalidade no Brasil, com uma redução de 18,6 óbitos por mil nascidos vivos em 2010 para 16,9 em 2012 (Brasil 2012, apud Sousa *et al.*, 2021).

Assim como Sousa *et al.* (2021) traz dados mundiais que expõem uma queda de 53% na taxa de mortalidade infantil com uma redução de 91 para 43 mortes por 1000 nascidos vivos, entretanto, ressalta que ainda existem fragilidades relacionadas as taxas de mortalidade infantil no mundo, pela não adesão ou inexistência de programas de atenção integral a criança.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

A pesquisa foi desenvolvida utilizando-se o método quantitativo descritivo, transversal e observacional, realizado mediante coleta de dados primários através de ficha de extração de dados e instrumento de estratificação de risco da criança.

5.2 Período e local do estudo

O estudo seguiu conforme cronograma estabelecido, compreendeu um período de 12 meses e foi desenvolvido no município de Caxias, no estado do Maranhão, onde foram analisados os prontuários de crianças menores de dois anos atendidas netre os anos 2019 a 2022.

O município de Caxias situa-se na mesorregião do leste maranhense, bem como na microrregião do Itapecuru, está localizada a 365 quilômetros da capital do Maranhão e possui uma população de aproximadamente 166 mil habitantes, sendo a quinta mais populosa do estado. É considerada um grande centro econômico, devido ao seu desempenho industrial, além de um importante destaque cultural e político da região. Possui uma extensa rede de prestação de serviços de saúde constituída por hospitais, clínicas, ambulatórios e diversos postos de saúde (Carvalho, 2022).

O projeto ocorreu na UBS Trezidela (Figura 2) localizada na Rua Odorico Mendes s/n, bairro Trezidela, município de Caxias-MA, é uma instituição de cuidados que representa a atenção primária em saúde como porta de entrada do SUS, desde 2017

recebeu o título de unidade laboratório da planificação da Atenção Primária em Saúde por ser pioneira na reorganização dos processos de trabalho conforme estabelecido no modelo bolo de noiva de Eugenio Vilaça (Mendes, 2012). Esta unidade de saúde foi escolhida para a realização da pesquisa, visto que, no período analisado era a única a fazer a estratificação de risco na puericultura no município de Caxias.

Figura 2: Unidade Básica de Saúde Trezidela



Fonte : autoria própria, 2023.

Atualmente possui uma área de abrangência (Figura 3) com população de 2508 pessoas, distribuídas em 881 famílias, 100% cobertas pela unidade que possui 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma Enfermeira, uma Médica, um Cirurgião Dentista, um Auxiliar de Saúde Bucal, três técnicas em enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços diversos e três vigias, além de receber residentes multiprofissionais da Universidade Estadual do Maranhão e acadêmicos de enfermagem da mesma instituição e também da Faculdade Uniplan, nesse contexto acontece a qualificação dos processos formativos através da junção de assistência e ensino-aprendizagem.

Figura 3: Mapa Territorial da Área Adscrita



Fonte: Google Maps, 2023.

Por apresentar-se como primeiro contato dentro dos atributos do SUS a UBS acolhe todos os usuários independente de sua área de cobertura, referenciando a sua equipe responsável quando necessário e sempre respeitando os princípios éticos profissionais. A unidade supracitada foi escolhida para a pesquisa tendo em vista seu avanço na organização dos processos de trabalho, equipe integrada, bem como a boa adesão de sua comunidade à puericultura por meio da criação de estratégias para a captação da comunidade, além da prática da estratificação de risco implantada desde 2017 que permitiu realizar mudanças significativas na qualidade de vida das crianças assistidas, onde sua população conhece a importância de seu desenvolvimento tornando possível a qualidade dos dados produzidos (CEBES, 2014).

5.3 Amostragem/Amostra/População

A pesquisa foi realizada com a busca dos dados em prontuários de crianças menores de dois anos atendidas na puericultura, entre os anos 2019 a 2022 na UBS Trezidela, no município de Caxias- Maranhão.

Todos os prontuários incluídos no estudo foram de crianças atendidas pela equipe 023 coordenada pela Enfermeira Graciara Leticia Bezerra Lima juntamente com os Residentes multiprofissionais da Universidade Estadual do Maranhão (UEMA). Não foram incluídos os prontuários daquelas que buscaram a unidade para atendimentos de demandas agudas, bem como as que não possuíam registros em prontuário eletrônico. Foram excluídos os prontuários que não continham dados suficientes ou incompletos para o preenchimento da ficha de coleta.

5.4 Coleta de dados

Os dados da estratificação de risco, entre 2019 e 2022 conforme idade, foram coletados por meio do sistema Saúde e-SUS Atenção Primária que disponibiliza o prontuário eletrônico do cidadão (PEC) ao acesso do profissional em redes, sendo possível abordar o registro dos pacientes atendidos e cadastrados na unidade com credenciais de todas as consultas realizadas.

A mortalidade infantil foi avaliada através de dados coletados pelo Sistema de

Informação sobre Mortalidade (SIM), com registros fornecidos pela Vigilância Epidemiológica Municipal com informações de óbitos em menores de um ano de Caxias nos anos de 2015 a 2022 e os descritos por endereço, sendo possível assim identificar os casos ocorridos com usuários da área de cobertura da UBS Trezidela.

5.5 Instrumentos da coleta de dados

5.5.1 Ficha de Coleta de Dados

Trata-se de uma ficha de extração de dados elaborada e dividida em 3 partes (Apêndice 1) tendo como base a caderneta de saúde da criança (Brasil, 2022) a seguir descrita:

- Identificação: codificada do paciente, idade, sexo, raça, tipo de parto, idade gestacional do nascimento, Apgar, peso ao nascer, problemas na gravidez;
- Exame Físico: peso, estatura, perímetro cefálico, avaliação de icterícia, alteração respiratória, ausculta cardiopulmonar, presença de diarreia e ou vômitos, presença de convulsão e avaliação de higiene;
- Dados Clínicos: Realização de triagens neonatais e possíveis alterações, Imunização, Avaliação de crescimento e desenvolvimento, Tipo de Alimentação, Suplementação com ferro, Internações, encaminhamento a Atenção Ambulatorial Especializada, retorno da AAE e Avaliação do tempo de intervenção.

5.5.2 Ficha de Estratificação de Risco da Criança

A ficha de Estratificação de Risco (Anexo 1) é caracterizada por relacionar os fatores de risco mais frequentemente encontrados nos primeiros cinco anos de vida, trazendo três estratos: risco habitual, médio e alto (Matos; Rego; Lopes, 2021).

Na metodologia da estratificação a identificação de um único critério é suficiente para definir o risco, prevalecendo o critério relacionado ao maior risco. Destaca-se que o método não pode ser reduzido a um simples *checklist* classificatório, mas apresenta um contexto multidimensional de fatores que podem determinar a saúde e a vida da criança, bem como remete a intervenções amplas para proteção e promoção de seu crescimento e desenvolvimento (Matos; Rego; Lopes, 2021).

5.6 Análise estatística

Os dados foram tabulados no *software Microsoft Office Excel®*, versão 2019 e organizado, processado e analisado pelo Jamovi versão 2.3.28 e teste qui-quadrado. As variáveis categóricas foram expressas na forma de frequências absoluta e relativa, já as variáveis contínuas em mediana, Q1, Q3 e intervalo interquartilico.

5.7 Aspectos éticos

A princípio foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde de Caxias-Ma a proposta da pesquisa para análise, sendo emitido, após aprovação, o termo de anuência em 05 de maio de 2023.

A coleta de dados iniciou após aprovação do Parecer Consubstanciado nº 6.204.575 (Anexo 2) pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, CAAE: 69790023.6.0000.5086, segundo a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466 de 12/12/2012 e suas complementares.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisados 149 prontuários, dentre os quais, somente 139 atenderam os critérios de inclusão, 10 não possuíam informações suficientes para o preenchimento da ficha de coleta de dados, com isso foi possível analisar a inserção da estratificação de risco na puericultura tanto na organização dos processos de trabalho no manejo adequado de crianças menores de dois anos quanto na mortalidade infantil de menores de um ano, a seguir apresentados e discutidos.

6.1 Organização dos processos de trabalho

Com a reorganização dos processos de trabalho, em decorrência da implantação da estratificação, novas ações na equipe de saúde foram introduzidas, portanto, dados rotineiramente coletados, como as características da população alvo ao nascimento (Tabelas 1 e 2) foram complementados de outros parâmetros, tais como os indicadores clínicos da puericultura, os fatores da estratificação de risco da população alvo e a classificação do nível de estratificação de risco, sendo todos registrados em prontuário e em ficha de compartilhamento.

Tabela 1. Características étnicas, gestacionais e do nascimento

	FA	%
Tipo de parto		
Cesárea	118	84.9 %
Normal	21	15.1 %
Idade gestacional do nascimento		
34 a 36 semanas e 6 dias	13	9.4 %
37 a 40 semanas e 6 dias	113	81.3 %
41 semanas ou mais	11	7.9 %
<34 semanas	2	1.4 %
APGAR do 1º minuto		
Igual a 7	17	12.2 %
Maior que 7	119	85.6 %
Menor que 7	3	2.2 %
APGAR do 5º minuto		
Igual a 7	3	2.2 %
Maior que 7	136	97.8 %

Cor do neonato

Branca	33	23.7 %
Parda	89	64.0 %
Preta	17	12.2 %

Problemas na gravidez

Não	121	87.1 %
Sim	18	12.9 %
Total	139	100.0%

FA- Frequencia absoluta

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 2. Principais alterações gestacionais das pacientes

Variável	FA	%
Abortamento habitual	1	5.6 %
Cardiopatía	1	5.6 %
Câncer	1	5.6 %
Depressão materna	2	11.1 %
Descolamento prematuro de placenta	2	11.1 %
Diabetes Mellitus	1	5.6 %
Eclâmpsia	1	5.6 %
Hipertensão gestacional	1	5.6 %
Mãe usuária de drogas	1	5.6 %
Pré-eclâmpsia	5	27.8 %
Sífilis gestacional	1	5.6 %
Uso de drogas ilícitas	1	5.6 %

FA- Frequencia absoluta

Fonte: Elaborado pela autora

O registro das características da população alvo ao nascimento foi de fundamental importância, pois nos permitiu criar uma base de dados capaz de identificar fatores determinantes ou favoráveis aos riscos. Coube, portanto, a equipe de saúde exercitar essas ações, incorporando-as em um novo processo de trabalho.

Dentre as novas ações, podemos também mencionar os indicadores clínicos da puericultura (Tabelas 3 a 6), que possibilitaram, de forma mais abrangente, reconhecer características fundamentais nesta população para prognóstico voltado a um melhor acompanhamento.

Percentis			
Mediana	AIQ	25th	75th

Idade da 1ª consulta (em dias)	7	11.50	5.00	16.5
Peso (em gramas)	3400	900.00	3000.00	3900.0
Estatura (em centímetros)	51.0	4.00	49.00	53.0
Perímetro cefálico (em cm)	35.5	1.50	34.50	36.0

Tabela 3. Variáveis numéricas

AIQ – Análise do intervalo interquartilico

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 4. Exame físico da criança

Variável	FA	%
Presença de icterícia na criança		
Não	119	85.6 %
Sim	20	14.4 %
Apresentou dificuldade para respirar?		
Não	139	100.0 %
Ausculata cardíaca alterada?		
Não	139	100.0 %
Apresentou ou relatou diarreia e/ou vômitos?		
Não	139	100.0 %
Apresentou ou relatou convulsões?		
Não	139	100.0 %
Como está a higiene da criança?		
Adequada	139	100.0 %

FA- Frequencia absoluta

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 5. Triagens neonatais e seguimento da criança na puericultura

Variável	FA	%
Teste do pezinho?		
Não	1	0.7 %
Sim	138	99.3 %
Teste do olhinho?		
Sim	139	100.0 %
Teste da linguinha?		
Sim	139	100.0 %
Teste da orelhinha?		
Sim	139	100.0 %
Teste do coraçãozinho?		
Não	96	69.1 %
Sim	43	30.9 %

Algum teste alterado?		
Não	134	96.4 %
Sim	5	3.6 %
Se algum foi alterado, qual?		
Linguinha: frênulo lingual curto	2	40.0 %
Olhinho: catarata congênita	1	20.0 %
Orelhinha: alterado	1	20.0 %
Pezinho: anemia falciforme	1	20.0 %
FA- Frequencia absoluta		
Fonte: Elaborado pela autora		

Tabela 6. Acompanhamento das crianças na primeira consulta

Variável	FA	%
Imunização		
Atualizada	139	100.0 %
Crescimento		
Adequado	133	95.7 %
Inadequado	6	4.3 %
Desenvolvimento		
Adequado	139	100.0 %
Alimentação		
Fruta e comida de sal	3	2.2 %
Fórmula	7	5.0 %
Fórmula, fruta e comida de sal	5	3.6 %
LM	120	86.3 %
LM e fórmula	2	1.4 %
LM, fruta e comida de sal	2	1.4 %
Suplementação de ferro		
Não	9	6.5 %
Não se aplica	119	85.6 %
Sim	11	7.9 %
Internação?		
Não	128	92.1 %
Sem informação	1	0.7 %
Sim	10	7.2 %
FA - Frequencia absoluta; LM - Leite materno		
Fonte: Elaborado pela autora		

Embora, algumas dessas informações já ocorressem antes da estratificação, as mesmas foram acrescidas de novos indicadores, favorecendo uma perspectiva mais precisa, o que consentiu um compartilhamento de cuidados (referência e contra referência)

adequado, por exemplo, podemos citar a correlação direta das triagens neonatais com o desenvolvimento da criança.

É importante mencionar que as características ao nascimento e os indicadores clínicos da puericultura foram a base para a identificação de como a população alvo, dentro deste período de tempo, se comportou quanto ao nível de risco conforme os seus principais fatores (Tabelas 7 a 10).

Tabela 7. Estratificação de risco

Estratificação de risco	FA	%
Alto	36	25.9 %
Baixo	93	66.9 %
Médio	10	7.2 %

FA- Frequencia absoluta

Fonte: Elaborado pela autora

Podemos observar que 33,1% de crianças de médio e alto risco foram identificadas, fato este, suscetível de passar despercebido antes da inserção da estratificação de risco na puericultura.

Nota-se que com a consolidação e aprimoramento do processo de trabalho, com o passar dos anos a equipe manteve a qualidade de detecção dos fatores de risco mesmo diante do período pandêmico da covid 19, conforme demonstrado na Tabela 8.

Tabela 8. Anos e estratificação de risco

Ano do atendimento	Estratificação de risco	FA	%
2019	Alto	8	5.8 %
	Baixo	22	15.8 %
	Médio	1	0.7 %
2020	Alto	7	5.0 %
	Baixo	29	20.9 %
	Médio	3	2.2 %
2021	Alto	10	7.2 %
	Baixo	23	16.5 %

2022	Médio	3	2.2 %
	Alto	11	7.9 %
	Baixo	19	13.7 %
	Médio	3	2.2 %

FA- Frequencia absoluta

Fonte: Elaborado pela autora

A estruturação de processos contribui para a redução de erros e a promoção de melhores práticas, sendo a formação contínua dos profissionais de saúde crucial nesse contexto, pois permite que a equipe esteja preparada as demandas da população de forma eficaz (Figueiredo; Silva 2018).

Além do nível de risco, também favoreceu ao correto compartilhamento de cuidados, a identificação das principais causas dos riscos, o que viabilizou as intervenções necessárias aos cuidados de saúde. Como descritos nas Tabelas 9 e 10 , temos como principal fator para o médio risco o desmame precoce e para o alto risco a prematuridade seguida de atraso na fala e no desenvolvimento.

Tabela 9. Principais causas que levam às crianças ao médio risco

Motivo da estratificação de médio risco	FA	%
Desmame precoce	7	70.0 %
Frênulo lingual curto	1	10.0 %
Icterícia neonatal	1	10.0 %
Prematuridade limítrofe	1	10.0 %

FA- Frequencia absoluta

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 10. Principais causas que levam às crianças ao alto risco

Motivo da estratificação	FA	%
Alteração na triagem neonatal	1	2.8 %
Anemia falciforme	1	2.8 %
Anomalia de implantação das orelhas	1	2.8 %
Anoxia perinatal	1	2.8 %
Atraso na fala	5	13.9 %

Atraso no desenvolvimento	5	13.9 %
Catarata congênita	1	2.8 %
Comunicação interventricular	1	2.8 %
Desnutrição	1	2.8 %
Dificuldade respiratória	1	2.8 %
Geno varo	1	2.8 %
Infecção	2	5.6 %
Internação neonatal	1	2.8 %
Prematuridade	12	33.3 %
Quadril congênito	1	2.8 %
Sífilis congênita	1	2.8 %

Fonte: Elaborado pela autora

Diante de toda a organização dos processos de trabalho e com a aquisição desses novos parâmetros aqui apresentados observamos que a equipe de saúde desenvolveu um olhar mais sensibilizado junto à população alvo, a partir do momento que também pode associar as diversas variáveis com a estratificação de alto risco (Tabelas 11 a 17).

Tabela 11. Idade gestacional e estratificação de risco

IG do nascimento		Estratificação de risco			
		Alto	Baixo	Médio	Total
34 a 36 semanas e 6 dias	Observado	11	1	1	13
	% em linha	84.6 %	7.7 %	7.7 %	100.0 %
37 a 40 semanas e 6 dias	Observado	23	81	9	113
	% em linha	20.4 %	71.7 %	8.0 %	100.0 %
41 semanas ou mais	Observado	0	11	0	11
	% em linha	0.0 %	100.0 %	0.0 %	100.0 %
<34 semanas	Observado	2	0	0	2
	% em linha	100.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
Total	Observado	36	93	10	139

IG do nascimento	Estratificação de risco			
	Alto	Baixo	Médio	Total
% em linha	25.9 %	66.9 %	7.2 %	100.0 %
X ² =37,1	Gl= 6		P=<0,001	

IG - Idade gestacional
Fonte: Elaborado pela autora

Esses resultados sugerem que a idade gestacional ao nascimento é um fator relevante na determinação da estratificação de risco, pois as crianças nascidas antes de 37 semanas tenderam a ter maior risco de complicações, enquanto aquelas nascidas a termo (37 a 40 semanas) e pós-termo (41 semanas ou mais) tiveram maior probabilidade de serem classificadas como baixo risco.

Tabela 12. Associação de problemas na gravidez com a estratificação de risco

Problemas na gravidez e/ou parto?		Alto	Baixo	Médio	Total
Não	Observado	24	88	9	121
	% em linha	19.8 %	72.7 %	7.4 %	100.0 %
Sim	Observado	12	5	1	18
	% em linha	66.7 %	27.8 %	5.6 %	100.0 %
Total	Observado	36	93	10	139
	% em linha	25.9 %	66.9 %	7.2 %	100.0 %
X ² =18,1		Gl= 2		P=<0,001	

Fonte: Elaborado pela autora

Os dados da Tabela 12 sugestionam que a presença de problemas na gravidez e/ou parto é fator decisório na estratificação de risco das crianças atendidas, uma vez que as crianças cujas mães tiveram problemas durante a gravidez ou o parto predispuseram a ter maior risco de complicações, sendo classificadas como alto risco com mais frequência.

Tabela 13. Associação do peso ao nascer com a estratificação de risco

Classificação do peso ao nascer		Alto	Baixo	Médio	Total
Alto Peso*	Observado	1	4	0	5
	% em linha	20.0 %	80.0 %	0.0 %	100.0 %
Baixo Peso**	Observado	8	4	0	12
	% em linha	66.7 %	33.3 %	0.0 %	100.0 %
Muito Baixo Peso***	Observado	1	0	0	1

Classificação do peso ao nascer		Alto	Baixo	Médio	Total
Peso Normal****	% em linha	100.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
	Observado	26	85	10	121
	% em linha	21.5 %	70.2 %	8.3 %	100.0 %
Total	Observado	36	93	10	139
	% em linha	25.9 %	66.9 %	7.2 %	100.0 %
X ² =15,3		Gl=6		P=0,018	

* Maior que 4000 gramas; ** Menor que 2500 gramas; *** Menor que 1500 gramas; Peso Normal de 2500 a 3999 gramas

Fonte: Elaborado pela autora

É possível notar com os parâmetros apresentados na Tabela 13, que a classificação do peso ao nascer também foi um fator relevante à classificação de risco. Crianças com baixo peso ou muito baixo peso penderam a serem classificadas como alto risco, provavelmente correlacionado ao maior risco de complicações, enquanto aquelas com peso normal tiveram maior probabilidade de serem classificadas como baixo risco.

Tabela 14. Associação do APGAR do 1º minuto com a estratificação de risco

APGAR do 1º minuto		Estratificação de risco			
		Alto	Baixo	Médio	Total
7	Observado	10	5	2	17
	% em linha	58.8 %	29.4 %	11.8 %	100.0 %
Maior que 7	Observado	24	87	8	119
	% em linha	20.2 %	73.1 %	6.7 %	100.0 %
Menor que 7	Observado	2	1	0	3
	% em linha	66.7 %	33.3 %	0.0 %	100.0 %
Total	Observado	36	93	10	139
	% em linha	25.9 %	66.9 %	7.2 %	100.0 %
X ² =16,1		Gl=4		P=0,003	

Fonte: Elaborado pela autora

O APGAR do 1º minuto foi pertinente para a estratificação de risco das crianças atendidas, em virtude que as crianças com APGAR igual a 7 ou menor inclinaram a ser classificadas como alto risco com mais frequência, enquanto aquelas com APGAR maior que 7 propenderam a ser

classificadas como baixo risco.

Tabela 15. Associação do tempo da primeira consulta com a estratificação de risco

Classificação da primeira avaliação na UBS		Estratificação de risco			Total
		Alto	Baixo	Médio	
Após o Primeiro Mês	Observado	5	13	6	24
	% em linha	20.8 %	54.2 %	25.0 %	100.0 %
Primeira Semana	Observado	14	58	1	73
	% em linha	19.2 %	79.5 %	1.4 %	100.0 %
Primeiro Mês	Observado	9	6	1	16
	% em linha	56.3 %	37.5 %	6.3 %	100.0 %
Segunda Semana	Observado	8	16	2	26
	% em linha	30.8 %	61.5 %	7.7 %	100.0 %
Total	Observado	36	93	10	139
	% em linha	25.9 %	66.9 %	7.2 %	100.0 %
X ² = 26,0		Gl= 6		P=<0,001	

UBS- Unidade Básica de Saúde

Fonte: Elaborado pela autora

Outro fator relevante na determinação da estratificação de risco das crianças atendidas foi o momento da primeira avaliação na UBS, àquelas avaliadas no primeiro mês tiveram uma maior probabilidade de serem classificadas como alto risco, enquanto àquelas atendidas na primeira semana tiveram maior probabilidade de serem classificadas como baixo risco.

Tabela 16. Associação de alterações nas triagens neonatais com a estratificação de risco

Algum teste alterado?		Estratificação de risco			Total
		Alto	Baixo	Médio	
Não	Observado	32	93	9	134
	% em linha	23.9 %	69.4 %	6.7 %	100.0 %
Sim	Observado	4	0	1	5
	% em linha	80.0 %	0.0 %	20.0 %	100.0 %
Total	Observado	36	93	10	139
	% em linha	25.9 %	66.9 %	7.2 %	100.0 %
X ² =10,5		Gl= 2		P=0,005	

Algum teste alterado?	Estratificação de risco			Total
	Alto	Baixo	Médio	

Fonte: Elaborado pela autora

O fato de apresentar testes alterados foi fundamento para a classificação como alto risco na estratificação, enquanto aquelas sem alterações foram classificadas como baixo risco.

Tabela 17. Associação da presença de internações na criança com a estratificação de risco

		Estratificação de risco			
		Alto	Baixo	Médio	Total
Não	Observado	25	93	10	128
	% em linha	19.5 %	72.7 %	7.8 %	100.0 %
Sem informação	Observado	1	0	0	1
	% em linha	100.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
Sim	Observado	10	0	0	10
	% em linha	100.0 %	0.0 %	0.0 %	100.0 %
Total	Observado	36	93	10	139
	% em linha	25.9 %	66.9 %	7.2 %	100.0 %
X ² =34,2		Gl= 4		P=<0,001	

Fonte: Elaborado pela autora

Por fim, a correlação entre a necessidade de internação e a estratificação de risco das crianças atendidas demonstra que as crianças que necessitaram de internação tenderam a ser classificadas como alto risco com mais frequência, enquanto aquelas que não necessitaram de internação tenderam a ser classificadas como baixo risco.

De forma a demonstrar a importância da correlação do nível de risco e seu fator causal, a Tabela 18 descreve a forma como nos foi permitido acompanhar o seguimento das crianças de alto risco. Onde, em nosso relato, ressaltamos as seguintes ações: o devido encaminhamento para a atenção especializada; a intervenção em tempo hábil; retorno com plano de cuidados; e a maior adesão ao acompanhamento regular na puericultura, na pediatria e na equipe multi. Vale ressaltar que o acompanhamento na UBS não apresentou o mesmo percentual expressivo, visto que, neste período ocorreu o deslocamento de parte da população para outras áreas de cobertura.

Tabela 18. Seguimento das crianças de alto risco

Variável	FA	%
Acompanhamento regular na puericultura?		
Não	4	11.1 %
Sim	32	88.9 %
Foi encaminhada para atenção especializada?		
Não	2	5.6 %
Sim	34	94.4 %
Retornou com plano de cuidados?		
Não	7	19.4 %
Sim	29	80.6 %
Houve intervenção em tempo hábil?		
Não	2	5.6 %
Sim	34	94.4 %
Manteve acompanhamento na UBS?		
Não	17	47.2 %
Sim	19	52.8 %
Se sim, acompanhou com pediatra e equipe multi?		
Não	4	11.4 %
Sim	31	88.6 %

FA- Frequencia absoluta

Fonte: Elaborado pela autora

A partir das análises do seguimento das crianças de alto risco, oriundas do ordenamento dos processos de trabalho, nota-se que foi alcançado o objetivo principal da estratificação de risco que é a vigilância contínua do crescimento e o desenvolvimento da criança, possibilitando a identificação precoce das situações que representam risco de adoecimento, agravamento ou morte e o devido direcionamento para as intervenções preventivas ou de cuidado necessárias (Matos; Rego; Lopes, 2021).

A composição do trabalho na APS deve ser capaz de articular ações conforme às necessidades do indivíduo e da coletividade, promovendo desta forma um cuidado integral e qualificado, isso significa que, ao estruturar adequadamente os processos, é possível otimizar o tempo de espera, melhorar a comunicação entre equipes e facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Mendes, 2019).

Um dos principais benefícios da organização dos processos de trabalho é a melhoria no fluxo de atendimento, visto que um sistema de saúde eficiente consegue garantir a continuidade do cuidado, e isso se dá pela articulação dos serviços e da organização dos fluxos de trabalho, estabelecendo protocolos claros e diretrizes bem definidas, as equipes de saúde conseguem proporcionar um atendimento mais seguro e eficaz (Paim *et al.*, 2011).

6.2 Mortalidade infantil

Considerando que a mortalidade infantil é um problema muito antigo de saúde no Brasil e diante às políticas públicas para a saúde da criança apresentando queda da taxa de mortalidade no país, observada no período de 2010 a 2012 (Brasil 2012, *apud* Sousa *et al.*, 2021) e consolidada em 2015 com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Brasil, 2015), fizemos um levantamento da mortalidade em menores de um ano no município de Caxias e na área de cobertura da UBS Trezidela no período de 2015 a 2022, abrangendo o momento anterior e posterior à implantação da estratificação de risco em 2017, para fins comparativos demonstrados nas Tabelas 19 e 20.

Tabela 19. Óbitos em Crianças menores de um ano no Município de Caxias

ANO	2015	2016	2017*	2018**	2019	2020	2021	2022
TOTAL DE ÓBITOS	48	39	25	28	31	36	40	37

*Implantação da Estratificação de Risco no município

** Implantação da Estratificação de Risco na puericultura

Fonte: Elaborado pela autora

Ao considerarmos os dados apresentados na tabela 19 é notório a redução da taxa de mortalidade em menores de um ano no município de Caxias após a implantação da estratificação de risco, entretanto, observa-se o aumento desta taxa nos anos que coincidem com a pandemia de covid 19, período em que ocorreu o aumento da mortalidade infantil no Brasil e no mundo (Brasil, 2024).

A Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental na promoção de saúde, prevenção de agravos e na gestão de cuidados, o seu funcionamento adequado impacta diretamente na saúde da população e na sustentabilidade do sistema como um todo (Brasil, 2017).

Tabela 20. Óbitos em menores de um ano na área de abrangência da UBS Trezidela

ANO	2015	2016	2017*	2018**	2019	2020	2021	2022
TOTAL DE ÓBITOS	02	01	01	01	0	01	0	0

*Implantação da Estratificação de Risco no município

** Implantação da Estratificação de Risco na puericultura

Fonte: Elaborado pela autora

Ressalta-se aqui na tabela 20 o impacto da implantação da estratificação de risco para a comunidade de cobertura da UBS Trezidela, que mesmo em período de pandemia manteve-se com taxa de mortalidade em menores de um ano estabilizada.

Em contra partida à essencialidade dessas ações, percebemos que mesmo com a rede

implantada no município há cerca de cinco anos, ainda existem profissionais e unidades que não tem o engajamento de sua população a Puericultura, colegas que ainda não conseguem realizar a Estratificação de Risco da Criança em tempo hábil e relato de familiares que procuram nossa área de cobertura em busca desse tipo de assistência por não ser realizada em seu território, facilitando o diagnóstico tardio de patologias ou condições que podem ser irreversíveis ou com prognóstico ruim devido à ausência de agilidade no cuidado.

A redução da mortalidade também foi um fator observado na área de abrangência da pesquisa, onde a estratificação acontece rotineiramente desde sua implantação, e mesmo em período pandêmico onde houve um aumento dos índices de óbito infantil no município, na população de cobertura da UBS Trezidela, mantiveram-se estáveis, comprovando a essencialidade da aplicação da estratificação de risco na puericultura.

Em síntese é notório que a inserção da ER na puericultura é benéfica não apenas para a população alvo que recebe os cuidados ofertados, como também para a equipe de saúde que o concede, pois sua prática fornece subsídio para ordenação e reformulação de assistência, comprometimento profissional e aperfeiçoamento de habilidade e conhecimento.

6.3 Propostas para ações no campo de prática

Diante dos cenários encontrados nesta pesquisa propomos ao campo de prática o desenvolvimento de produtos técnicos/tecnológicos como ações viáveis e compatíveis. Portanto, apresentamos à Secretaria Municipal de Saúde e à Coordenação da Atenção Básica do município, um Relatório Técnico (APÊNDICE 2), contendo as seguintes recomendações:

- Fomentar a inserção da Estratificação de Risco na puericultura como estratégia para direcionar o cuidado terapêutico;
- Incluir o curso/treinamento de capacitação das equipes de saúde da família em estratificação de risco na puericultura e quanto ao preenchimento correto dos prontuários como educação permanente de forma semestral e/ou anual;
- Produzir e disponibilizar uma cartilha/manual municipal com orientações para a estratificação de risco e manejo adequado de crianças menores de dois anos;
- Elaborar folder com orientações sobre a importância da puericultura à população; e
- Inserção da Semana do Bebê no calendário de saúde do município nas UBS com atividades de interação e conscientização da comunidade a respeito do tema.

7 PRODUTO TÉCNICO TECNOLÓGICO

A produção técnica oriunda deste projeto de pesquisa intitula-se “Relatório Técnico de Pesquisa - A inserção da estratificação de risco na puericultura para o manejo adequado de crianças menores de dois anos” trata-se de um produto do Eixo 4 - Serviços Técnicos (serviços realizados junto à sociedade/instituições, órgãos governamentais, agências de fomento, vinculados à assistência, extensão, produção do conhecimento), do Tipo - Relatório Técnico Conclusivo (pareceres e/ou notas técnicas sobre vigência, aplicação ou interpretação de normas elaboradas), que insere-se em acordo com as plataformas Sucupira/Lattes no Subtipo - Serviço Técnico/Trabalhos Técnicos (assessoria ou consultoria ou parecer ou elaboração de projeto ou relatório técnico ou serviços na área de saúde ou outro).

Teve como objetivo avaliar a inserção da estratificação de risco na puericultura, tendo como público-alvo os gestores em saúde (Secretaria Municipal de Saúde e Coordenação da Atenção Básica) do município de Caxias-MA. Sua relevância envolve a divulgação, junto à gestão, de dados que impactaram positiva ou negativamente na organização dos processos de trabalho e na mortalidade infantil na Atenção Primária em Saúde. Este relatório foi elaborado por profissionais envolvidos na pesquisa, compreendendo enfermeiros e residente multiprofissional.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa constata a relevância da realização da estratificação de risco na puericultura para estruturação de processos de trabalho, manejo em tempo hábil de crianças com alto risco e controle de mortalidade infantil. O trabalho comprova que a inserção da estratificação no acompanhamento da criança permite a detecção de fatores de riscos antes passados despercebidos, fortalecendo o compartilhamento do cuidado de forma eficiente e intervenção precoce, evitando assim prognósticos indesejados.

Foi identificado que a reorganização dos processos de trabalho, além de sensibilizar a prática profissional qualificada, estimulou maior adesão da população abrangente à puericultura por compreender a importância do acompanhamento de rotina, bem como a vinculação à equipe e a unidade de saúde.

Podemos inserir nestas considerações as seguintes implicações para a prática clínica relacionadas a implantação da estratificação de risco na puericultura:

- **Reconhecimento de indicadores para estratificação de alto risco:** A inserção da ER na puericultura permite ao profissional uma avaliação completa e contínua da criança facilitando a identificação de alterações que necessitem acompanhamento especializado, assim podendo compartilhar o cuidado em tempo adequado.

- **Avaliação da Criança de forma individualizada com o olhar centrado na pessoa:** A associação da estratificação de risco e puericultura implica em avaliar individualmente a criança em seu contexto pessoal e social, reconhecendo as inferências de cada fase de desenvolvimento, mas compreendendo as interferências do ambiente e contexto de cada uma.
- **Incentivo à vinculação da população a equipe de saúde:** a ER no acompanhamento da criança estimula a adesão da comunidade à puericultura uma vez que os pais percebem o comprometimento profissional com a assistência, reconhecendo a importância do seguimento para a identificação precoce de alterações e intervenções necessárias.
- **Aperfeiçoamento de experiência profissional:** A ER na puericultura incita na equipe de saúde a necessidade de aprimorar conhecimento para avaliação qualificada da criança e identificação de indicadores de risco, percebendo sua responsabilidade na intervenção adequada e comprometimento com a assistência.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. P. et. al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Revista Brasileira Enfermagem**, v. 67, n.6, p. 1000-1007, Dez 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/rBsdPF8xx9Sjm6vwX7JLYzx/?format=pdf&lang=pt.de> Acesso em: 14 ago. 2024.

BRANQUINHOS, I. D.; LANZA, F. M. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.8, 2753, 2018. Disponível em: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2753/1980>. Acesso em: 15 ago. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 Dezembro.2010. Seção 1. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 19 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/70ahsaudecrianca.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. **Caderno de atenção básica nº33**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 05 Agosto. 2015. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/>

prt1130_05_08_2015.html. Acesso em: 8 set. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Síntese de evidências para as políticas de saúde:** promovendo o desenvolvimento na primeira infância. Brasília, 2016. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/sintese-de-evidencias-para-politicas-de-saude-promovendo-o-desenvolvimento-na-primeira/>. Acesso em: 12 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Primária à Saúde:** Diretrizes para a organização do trabalho em saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/saiba-mais-sobre-a-aps>. Acesso em : 12 ago. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** 2021. Disponível em: [www.gov.br](<https://www.gov.br/saude>). Acesso em 5 set. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança.** 5 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. 109 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informações em Saúde.** 2024. Disponível em: <https://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?compl/princ.def>. Acesso em: 18 ago. 2024.

BRITO, G.V. et al. Consulta de Puericultura na Estratégia Saúde da Família: Percepção de Enfermeiros. **Revista de APS**, v. 21, n 1, p. 48-55, jan-mar 2018. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/16040>. Acesso em: 8 set. 2023.

CAMPOS, R.M.C; RIBEIRO, C.A; SILVA, C.V; SAPAROLLI, E.C.L. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem**, São Paulo, v.45, n 3, p. 566-574, jun 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/N8Ds5szdFzY4z96PNyNQMVh/>. Acesso em: 15 ago. 2023.

CARVALHO, W. **Caxias, 181 anos de emancipação política.** Prefeitura de Caxias. 2022. Disponível em: <https://caxias.ma.gov.br/caxias-181-anos-de-emancipacao-politica/#:~:text=A%20hist%C3%B3ria%20de%20Caxias%20come%C3%A7a,de%20almas%20para%20a%20f%C3%A9>. Acesso em: 26 abr. 2023.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES). **Ubs Trezidela.** 2014. Disponível em: <https://cebes.com.br/ubs-trezidela-2453886/>. Acesso em: 26 abr. 2023.

FAUSTO, M.C.; MATTA, G. C. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. In: MOROSINI, Márcia Valéria G. C.; CORBO, Anamaria D'Andrea (Org.). **Modelos de atenção e a saúde da família.** Rio de Janeiro: ESPJV/FIOCRUZ, 2007. p. 43-67. Disponível em: file:///C:/Users/UBS%20TREZIDELA/Downloads/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20-%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde.pdf. Acesso em: 05 de set. 2024.

FIGUEIREDO, M.D.S.; SILVA, A.G. A organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n 39, p. 1-8, 2018.

FRIAS P. G., MULLACHERY P. H., GIUGLIANI E. R. J. Políticas de saúde direcionadas

às crianças brasileiras: breve histórico com enfoque na oferta de serviços de saúde. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde no Brasil**. 1. ed. Brasília: Tiragem, 2009. p. 87-107. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2008.pdf. Acesso em: 18 ago. 2024.

GOES, F. G. B et al. **Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura**. Reben, Rj, v.71, n 6, p. 2974-83, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hxp7YNW6Fq43ZP3G6CPKp9d/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 fev. 2022.

MACINKO J. *et al.* **Major expansion of primary care in Brazil linked to decline in unnecessary hospitalization**. Health Aff, Millwood), v. 29, n. 12, p. 2149-2160, Dec. 2010. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/6994>. Acesso em: 04 set 2024.

MATOS, M. A. B.; REGO, M.A.S.; LOPES, P.R.R. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2021.

MELLO, D.F.; WERNET, M.; VERÍSSIMO, M.L.R.; TONETE, V.L.P. Nursing care in early childhood: contributions from intersubjective recognition. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.70, n 2, p.446-450, mar-abr 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tvF3KD3xmbNc5gTDGSFL73q/?format=pdf>. Acesso em: 15 ago. 2023.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf. Acesso em: 15 jun. 2023.

MENDES, E.V. **O cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil. 2012. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 12 fev. 2022.

MENDES, E.V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: CONASS. 2019. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/desafios-do-sus/>. Acesso em: 8 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção Primária à Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde**. Alma-Ata: OMS, 2008. Disponível em: [www.who.int](https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en). Acesso em: 06 set.2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Atenção Primária à Saúde: uma abordagem essencial**. OMS, 2020. Disponível em: www.who.int<https://www.who.int>. Acesso em: 3 set. 2024.

PAIM, J.S. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 11-31, 2011. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39643>. Acesso em: 5 set. 2024.

PEREZ, J. R.D.; PASSONE, E.F. Políticas sociais de atendimento às crianças e aos

adolescentes no Brasil. **Cadernos de Pesquisa**, v. 40, n. 140, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/v40n140/a1740140.pdf>. Acesso em: 11 ago. 2024.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO MARANHÃO-SESMA. **Crítérios para estratificação de risco na atenção à saúde da criança no estado do maranhão**. Nota Técnica. São Luís. 2017.

SILVA, D.M; SILVA, J.G.V.; FIGUEIREDO, C.A.R. Assistência de enfermagem em puericultura: um estudo bibliográfico. **Revista Saber Científico**, Porto Velho, v. 6, n 1, p. 46-60, 2017. Disponível em: <https://revista.saolucas.edu.br/index.php/resc/article/view/608>. Acesso em: 8 set. 2023.

SOUSA, F. M. *et al.* Potencialidades da Atenção Básica à Saúde na consolidação dos sistemas universais. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 5, p. 82-93, Dez 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/LGvyPrZ5Ns3Fw4YyPpCMBVJ/?format=pdf>. Acesso em: 5 set. 2024.

SOUSA, C.J.A. et al. A puericultura como estratégia para promoção da saúde da criança na atenção primária. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v.7, n.6, p.60604-60625, jun. 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/31546>. Acesso em: 2 ago. 2023.

ANEXO – 1

FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA



FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA (0 < 5 ANOS)

IDENTIFICAÇÃO

Nome da Criança:		
Nome da Mãe:		
CNS:	Procurador:	Data de nascimento:
UBS:	Enfermeira/o responsável:	
Microárea:	ACS responsável:	
Beneficiário/a do Bolsa Família:	() Sim () Não	
Inserido/a no Programa Criança Feliz:	() Sim () Não	
Beneficiário/a do Cheque Cesta Básica Gestante:	() Sim () Não	

CLASSIFICAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO QUANTO AO RISCO DE COMPLICAÇÕES NEONATAIS, DE ACORDO COM O PESO E IDADE GESTACIONAL, AO NASCER

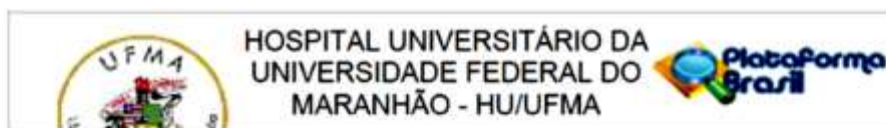
Peso ao nascer	☐ Extremo baixo peso ao nascer	<1.000g
	☐ Muito baixo peso ao nascer	<1.500g
	☐ Baixo peso ao nascer	<2.500g

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DA CRIANÇA ATÉ 5 ANOS

RISCO ALTO	
Condições perinatais	Fatores evolutivos
☐ Baixo peso (<2.500g)	☐ Crescimento fora dos limites padronizados para a idade
☐ Prematuridade (IG < 37 semanas ao nascer)	☐ Desenvolvimento insatisfatório para a idade
☐ PIQ (crescimento intrauterino restrito)	☐ Espectro de doença do autismo
☐ GIG	☐ Sinais de violência física, sexual ou psicológica
☐ Apgar <6 no quinto minuto	☐ Obesidade
☐ Hiperbilirrubinemia indireta grave	☐ Infecções do trato respiratório inferior de repetição
☐ Hiperbilirrubinemia direta ¹	☐ Asma moderada ou grave
☐ Infecções crônicas do grupo Zorcho ² , confirmadas ou em investigação	☐ Doenças diarreicas crônica ou de repetição
☐ Asfixia perinatal	☐ Alergia ou intolerância alimentar com repercussão clínica
☐ Malformações congênitas graves	☐ Infecção urinária
☐ Cromossomopatias	☐ Complicações de infecções do sistema nervoso central
☐ Doenças metabólicas	☐ Cardiomiopatias, miocardite e outras doenças cardiovasculares e circulatórias
Complicações da prematuridade	☐ Distúrbios endócrinos, metabólicos, sanguíneos e imunes
☐ Doença pulmonar crônica	☐ HIV/Aids confirmado ou em investigação
☐ Retinopatia e cegueira	☐ Leucemia e outras neoplasias
☐ Surdez	☐ Doenças diagnosticadas na imagem neonatal
☐ Outras. Quais?	☐ Outras doenças evolutivas graves
Fatores maternos	☐ Intercorrências repetidas com repercussão clínica
☐ Mãe e/ou pai com dependência de álcool e outras drogas	☐ 1 ou mais internações no último ano
☐ Depressão materna	Condições especiais
☐ Doenças maternas graves e/ou controladas	☐ Peso ao nascer <2.000g ou IG < 34 semanas
	☐ Malformações congênitas graves, cromossomopatias e doenças metabólicas com repercussão clínica
	☐ 2 ou mais internações no último ano

ANEXO – 2

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A importância da estratificação de risco no manejo adequado de crianças menores de 2 anos.

Pesquisador: Márcio Moysés de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 68790023.6.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

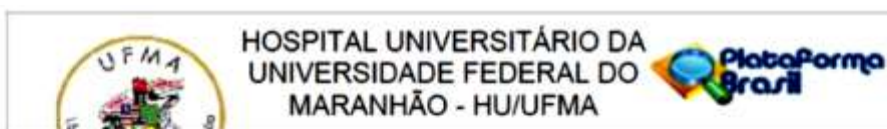
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.204.575.

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos

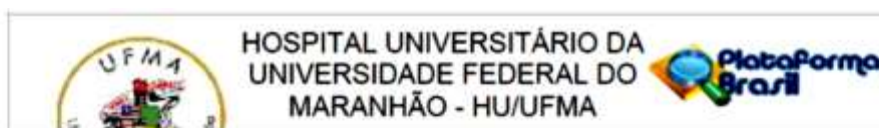


Continuação do Parecer: 6.204.575

quantitativo

descritivo, transversal e observacional, realizado mediante coleta de dados primários através de ficha de extração de dados e instrumento de estratificação de risco da Criança.

A Caracterização dos benefícios da estratificação de risco no manejo de crianças menores de 2 anos poderão estimular os profissionais. Considerando a importância do cuidado integral à criança, além do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 2015 foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) com o objetivo de promover e proteger a saúde dos infantes, especialmente à primeira infância, através de atenção e cuidados integrais, aspirando a redução da morbimortalidade desse grupo populacional, bem como seu pleno desenvolvimento (GOES et al., 2018). De acordo com Brasil (2016) a PNAISC visa reduzir danos que podem acometer a primeira infância, considerado período de grande vulnerabilidade biológica, psicológica e social, pois é nessa fase que o cérebro tende a se desenvolver de forma mais rápida e consequentemente, ser mais sensível a influências protetoras ou de risco. No âmbito do SUS o acompanhamento desse grupo populacional acontece principalmente na Atenção Básica, especialmente nas consultas de puericultura que tem como conceito o conjunto de ações que orientam o profissional de saúde quanto ao cuidado integral com a criança, envolvendo, assim, avaliação do crescimento e desenvolvimento, verificação das

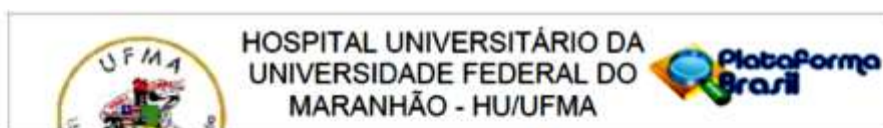


Continuação do Parecer: 6.204.575

ser considerada uma condição crônica seguindo o Modelo de Atenção criado por Mendes (2012), que visa o reconhecimento das necessidades dessas condições baseadas em seu risco para o desenvolvimento de estratégias e organização do cuidado. Dentro deste contexto em 2017 no Estado do Maranhão foi criada uma nota técnica com o tema "Critérios para Estratificação de Risco na Atenção à Saúde da Criança no Estado do

Maranhão" visando redução da mortalidade infantil através de estruturação de processos de trabalhos para a atenção à criança de zero a 2 anos de idade (SESMA, 2017). A equipe pode e deve organizar o processo de trabalho de forma a ofertar atenção equânime e integral às crianças, especialmente àquelas em situação de risco e vulnerabilidade, para tal, deve-se utilizar os critérios de contexto familiar, as necessidades individuais

e os fatores de risco numa perspectiva sistematizada, integradora e integral, baseado no citado foi elaborado um formulário para a estratificação de risco da criança no Maranhão (SESMA, 2017). Caxias foi um dos municípios pioneiros no processo de implantação da estratificação de risco na Atenção à Saúde da Criança no Estado do Maranhão, uma vez que havia sido iniciado o Projeto de Planificação da Atenção Primária em Saúde, e

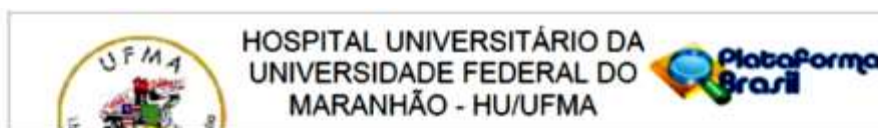


Continuação do Parecer: 6.204.575

Metodologia Proposta:

Trata-se de um estudo quantitativo descritivo, transversal e observacional, realizado mediante coleta de dados primários através de ficha de extração de dados e instrumento de estratificação de risco da criança. Compreenderá um período de 12 meses onde os dados serão acessados por meio do sistema Saúde E-SUS Atenção Primária que disponibiliza o prontuário eletrônico (PEC) e compreenderá prontuários tendo a população alvo

crianças menores de 2 anos atendidas na puericultura, entre os anos 2019 a 2022 na UBS Trezidela, no município de Caxias- Maranhão. Os dados serão coletados através de uma ficha de extração de dados, dividida em 3 partes: 1-Identificação do paciente com nome, idade, sexo, raça, tipo de parto, idade gestacional do nascimento, Apgar, peso ao nascer, problemas na gravidez; 2- Exame Físico, peso, estatura, perímetro cefálico, avaliação de icterícia, alteração respiratória, ausculta cardiopulmonar, presença de diarreia e ou vômitos, presença de convulsão e avaliação de higiene; 3- Dados Clínicos: Realização de triagens neonatais e possíveis alterações, Imunização, Avaliação de crescimento e desenvolvimento, Tipo de Alimentação, Suplementação com ferro, Internações, Estratificação de risco com a ficha instrumental, encaminhamento a Atenção Especializada



Continuação do Parecer: 6.204.575

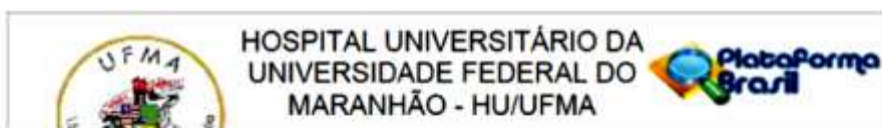
Benefícios:

Espera-se como benefício contribuir com o manejo adequado e em tempo hábil de crianças menores de 2 anos com patologias de risco, bem como estimular a realização da estratificação de risco pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, contribuindo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que busca garantir assistência integral aos seus usuários com Acessibilidade.

Metodologia de Análise de Dados:

Os dados serão tabulados no software Microsoft Office Excel®, versão 2010, (Microsoft Corporation, Redmond, United States of America) e organizado, processado e analisado pelo STATA versão 14.2 software do Centers for Disease Control and Prevention – CDC de Atlanta – Estados Unidos. As variáveis categóricas serão expressas na forma de frequências absoluta e relativa, já as variáveis contínuas serão expressas em média, desvio padrão, amplitude (as paramétricas) e mediana (as não paramétricas).

Desfecho Primário:



Continuação do Parecer: 6.204.575

Caracterizar os benefícios da estratificação de risco no manejo de crianças menores de 2 anos em Caxias Maranhão.

Desfecho Secundário:

Estimular os profissionais de saúde a realizar a estratégia durante a puericultura e ser base de pesquisa para incentivar os demais municípios a aderir a estratégia.

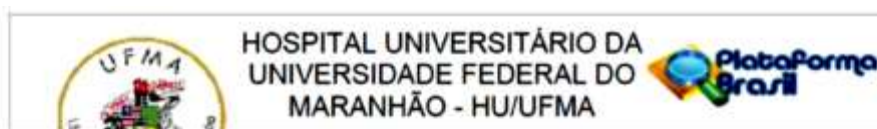
Tamanho da Amostra no Brasil: 200

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Caracterizar os benefícios da estratificação de risco no manejo de crianças menores de 2 anos em Caxias Maranhão.

Objetivo Secundário:



Continuação do Parecer: 6.204.575

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

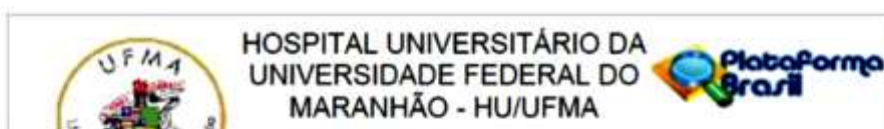
Protocolo apresenta relevância social e científica por propor a caracterização dos benefícios da estratificação de risco no manejo de crianças menores de 2 anos, visando o acompanhamento periódico visando a promoção e proteção da saúde das crianças nesse período, além de contribuir com a literatura acadêmica acerca dessa temática.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Dispensa do TCLE, Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3). O protocolo apresenta ainda a declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA solicita que se possível os resultados do estudo sejam



Continuação do Parecer: 6.204.575

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2135669.pdf	19/05/2023 09:00:39		Aceito
Declaração de concordância	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	19/05/2023 08:58:45	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_JUSTIFICATIVA_DE_AUSENCIA.pdf	19/05/2023 08:57:52	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Outros	ANEXO_1_ESTRATIFICACAO_RISCO_CRIANCA.pdf	19/05/2023 08:55:59	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Outros	APENDICE_1_FICHA_DE_COLETA_D_E_DADOS.pdf	19/05/2023 08:54:42	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	19/05/2023 08:52:32	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	19/05/2023 08:50:42	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	19/05/2023 08:49:21	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	19/05/2023 08:46:26	Márcio Moysés de Oliveira	Aceito

APÊNDICE-1
FICHA DE COLETA DE DADOS

1- IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Sexo: () feminino () masculino Idade: _____ Raça: _____

Tipo de parto: vaginal () cesário () fórceps ()

Idade Gestacional: _____ Apgar 1' _____ 5' _____

Peso ao nascer: _____

Problemas na gravidez ou parto: SIM () NÃO ()

2- EXAME FÍSICO

Peso: _____ Kg Estatura: _____ cm Perímetro Cefálico _____ cm

Icterícia: SIM () NÃO ()

Dificuldade para respirar: SIM () NÃO ()

APÊNDICE-2

RELATÓRIO TÉCNICO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

AGÊNCIA DE INOVAÇÃO, EMPREENDEDORISMO, PESQUISA E

PÓS-GRADUAÇÃO E INTERNACIONALIZAÇÃO - AGEUFMA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA I / CCBS

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA UFMA / FIOCRUZ



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

RELATÓRIO TÉCNICO-CIENTÍFICO DE PESQUISA

A inserção da estratificação de risco na puericultura para o manejo adequado de crianças menores de dois anos

Relatório apresentado como produção técnica oriunda do projeto de pesquisa desenvolvido no Programa de Pós-graduação em Saúde da Família – ProfSaúde/Fiocruz, vinculado a Universidade Federal do Maranhão.

Coordenador/Orientador:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

RESUMO

Considerando a importância do cuidado integral à criança, o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a equipe de saúde pode e deve organizar o processo de trabalho de forma a ofertar atenção equânime e integral às crianças, utilizando os critérios de contexto familiar, as necessidades individuais e os fatores de risco numa perspectiva sistematizada, integradora e integral. Diante disso este relatório apresenta dados e análises a respeito da inserção da estratificação de risco na puericultura quanto a organização dos processos de trabalho no manejo adequado de crianças menores de dois anos e na mortalidade infantil de menores de um ano. A pesquisa foi desenvolvida utilizando-se o método quantitativo descritivo, transversal e observacional, realizado mediante coleta de dados primários através de ficha de extração de dados e instrumento de estratificação de risco da criança, tornando possível, em uma população de 140 crianças incluídas no trabalho, identificar que com a inserção da estratificação de risco ocorreu um



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	06
2 DESENVOLVIMENTO	07
2.1 ESCOPO DA PESQUISA	07
2.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO	09
2.2.1 Organização dos processos de trabalho	09
2.2.2 Mortalidade infantil	21
3 PROPOSTAS	23
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

1 INTRODUÇÃO

O conhecimento populacional e a gestão de cuidados ofertados é essencial para a ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), onde a territorialização e cadastro familiar presentes como alicerce no processo de diagnóstico situacional de uma área de cobertura, permitem a equipe conhecer e dividir a população em subgrupos que são condições de saúde que necessitam de uma atenção diferenciada por suas características e vulnerabilidades. (Mendes, 2011)

A criança menor de dois anos encaixa-se nessa categoria de atenção diferenciada por ser considerada uma condição crônica seguindo o Modelo de Atenção criado por Mendes (2012), que visa o reconhecimento das necessidades dessas condições baseadas em seu risco para o desenvolvimento de estratégias e organização do cuidado.

A equipe pode e deve organizar o processo de trabalho de forma a ofertar atenção equânime e integral às crianças, para tal, deve-se utilizar os critérios de contexto familiar, as necessidades individuais



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

estratificação de risco no manejo de crianças menores de dois anos em relação a redução da mortalidade infantil e na capacidade de organização dos processos de trabalho, para consequentemente estimular os profissionais de saúde a realizar a estratégia durante a puericultura e ser base de pesquisa para incentivar os demais municípios a aderir a estratégia.

Portanto, este relatório apresenta dados e análises a respeito da inserção da estratificação de risco na puericultura quanto a organização dos processos de trabalho no manejo adequado de crianças menores de dois anos e na mortalidade infantil de menores de um ano, considerando:

- As características da população alvo ao nascimento;
- Os indicadores clínicos avaliados na puericultura;
- Os principais fatores da estratificação de risco da população alvo;
- A classificação da estratificação de risco em crianças conforme o nível (alto, médio e baixo);
- As associações de variáveis gestacionais e do nascimento com a estratificação de alto risco;
- As ações de seguimento/monitoramento das crianças de alto risco;



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Enfermeira, uma Médica, um Cirurgião Dentista, um Auxiliar de Saúde Bucal, três técnicas em enfermagem, uma recepcionista, uma auxiliar de serviços diversos e três vigias, além de receber residentes multiprofissionais da Universidade Estadual do Maranhão e acadêmicos de enfermagem da mesma instituição e também da Faculdade Uniplan, nesse contexto acontece a qualificação dos processos formativos através da junção de assistência e ensino-aprendizagem.

Por apresentar-se como primeiro contato dentro dos atributos do SUS a UBS acolhe todos os usuários independente de sua área de cobertura, referenciando a sua equipe responsável quando necessário e sempre respeitando os princípios éticos profissionais. A unidade supracitada foi escolhida para a pesquisa tendo em vista seu avanço na organização dos processos de trabalho, equipe integrada, bem como a boa adesão de sua comunidade à puericultura por meio da criação de estratégias para a captação da comunidade, além da prática da estratificação de risco implantada desde 2017 que permitiu realizar mudanças significativas na qualidade de vida das crianças assistidas, onde sua população conhece a



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

tipo de parto, idade gestacional do nascimento, Apgar, peso ao nascer, problemas na gravidez); o exame físico (peso, estatura, perímetro cefálico, avaliação de icterícia, alteração respiratória, ausculta cardiopulmonar, presença de diarreia e ou vômitos, presença de convulsão e avaliação de higiene); e os dados clínicos (triagens neonatais e possíveis alterações, imunização, avaliação de crescimento e desenvolvimento, tipo de alimentação, suplementação com ferro, internações, encaminhamento a Atenção Ambulatorial Especializada, retorno da AAE e Avaliação do tempo de intervenção).

- **Ficha de Estratificação de Risco** - caracterizada por relacionar os fatores de risco mais frequentemente encontrados nos primeiros 5 anos de vida, trazendo 3 estratatos: risco habitual, médio e alto. Na metodologia da estratificação a identificação de um único critério é suficiente para definir o risco, prevalecendo o critério relacionado ao maior risco. Destaca-se que o método não pode ser reduzido a um simples checklist classificatório, mas apresenta um contexto



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Com a reorganização dos processos de trabalho, em decorrência da implantação da estratificação, novas ações na equipe de saúde foram introduzidas, portanto, dados rotineiramente coletados, como as características da população alvo ao nascimento (Tabelas 1 e 2) foram complementados de outros parâmetros, tais como os indicadores clínicos da puericultura, os fatores da estratificação de risco da população alvo e a classificação do nível de estratificação de risco, sendo todos registrados em prontuário e em ficha de compartilhamento.

Tabela 1. Características étnicas, gestacionais e do nascimento

	FA	%
Tipo de parto		
Cesárea	118	84,9 %
Normal	21	15,1 %
Idade gestacional do nascimento		
34 a 36 semanas e 6 dias	13	9,4 %



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Tabela 2. Principais alterações gestacionais das pacientes

Variável	FA	%
Abortamento habitual	1	5.6 %
Cardiopatía	1	5.6 %
Câncer	1	5.6 %
Depressão materna	2	11.1 %
Descolamento prematuro de placenta	2	11.1 %
Diabetes Mellitus	1	5.6 %
Eclâmpsia	1	5.6 %
Hipertensão gestacional	1	5.6 %
Mãe usuária de drogas	1	5.6 %
Pré-eclâmpsia	5	27.8 %
Sífilis gestacional	1	5.6 %



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Tabela 4. Exame físico da criança

Variável	FA	%
Presença de icterícia na criança		
Não	119	85,6 %
Sim	20	14,4 %
Apresentou dificuldade para respirar?		
Não	139	100,0 %
Ausculata cardíaca alterada?		
Não	139	100,0 %
Apresentou ou relatou diarreia e/ou vômitos?		
Não	139	100,0 %
Apresentou ou relatou convulsões?		
Não	139	100,0 %
Como está a higiene da criança?		
Adequada	139	100,0 %

FA- Frequência absoluta



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Tabela 6. Acompanhamento das crianças na primeira consulta

Variável	FA	%
Imunização		
Atualizada	139	100.0 %
Crescimento		
Adequado	133	95.7 %
Inadequado	6	4.3 %
Desenvolvimento		
Adequado	139	100.0 %
Alimentação		
Fruta e comida de sal	3	2.2 %
Fórmula	7	5.0 %
Fórmula, fruta e comida de sal	5	3.6 %
LM	120	86.3 %



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Tabela 7. Estratificação de risco

Estratificação de risco	FA	%
Alto	36	25.9 %
Baixo	93	66.9 %
Médio	10	7.2 %

FA- Frequência absoluta

Fonte: Elaborado pela autora

Podemos observar que 33,1% de crianças de médio e alto risco foram identificadas, fato este, suscetível de passar despercebido antes da inserção da estratificação de risco na puericultura.

Nota-se que com a consolidação e aprimoramento do processo de trabalho, com o passar dos anos a equipe manteve a qualidade de detecção dos fatores de risco mesmo diante do período pandêmico da Covid-19, conforme demonstrado a seguir:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

esteja preparada as demandas da população de forma eficaz (Figueiredo e Silva 2018).

Além do nível de risco, também favoreceu ao correto compartilhamento de cuidados, a identificação das principais causas dos riscos, o que viabilizou as intervenções necessárias aos cuidados de saúde. Como descritos nas tabelas a seguir, temos como principal fator para o médio risco o desmame precoce e para o alto risco a prematuridade seguida de atraso na fala e no desenvolvimento.

Tabela 9. Principais causas que levam às crianças ao médio risco

Motivo da estratificação de médio risco	FA	%
Desmame precoce	7	70.0 %
Frênulo lingual curto	1	10.0 %
Icterícia neonatal	1	10.0 %
Prematuridade limítrofe	1	10.0 %

FA- Frequência absoluta
Fonte: Elaborado pela autora



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Diante de toda a organização dos processos de trabalho e com a aquisição desses novos parâmetros aqui apresentados observamos que a equipe de saúde desenvolveu um olhar mais sensibilizado junto à população alvo, a partir do momento que também pode associar as diversas variáveis com a estratificação de alto risco (Tabelas 11 a 17).

Tabela 11. Idade gestacional e estratificação de risco

IG do nascimento		Estratificação de risco			
		Alto	Baixo	Médio	Total
34 a 36 semanas e 6 dias	Observado	11	1	1	13
	% em linha	84.6 %	7.7 %	7.7 %	100.0 %
37 a 40 semanas e 6 dias	Observado	23	81	9	113
	% em linha	20.4 %	71.7 %	8.0 %	100.0 %



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Tabela 12. Associação de problemas na gravidez com a estratificação de risco

Problemas na gravidez e/ou parto?		Alto	Baixo	Médio	Total
Não	Observado	24	88	9	121
	% em linha	19.8 %	72.7 %	7.4 %	100.0 %
Sim	Observado	12	5	1	18
	% em linha	66.7 %	27.8 %	5.6 %	100.0 %
Total	Observado	36	93	10	139
	% em linha	25.9 %	66.9 %	7.2 %	100.0 %
X ² =18,1		Gf= 2		P<0,001	

Fonte: Elaborado pela autora

Os dados da Tabela 12 sugestionam que a presença de problemas na gravidez e/ou parto é fator decisório na estratificação de risco das crianças atendidas, uma vez que as crianças cujas mães tiveram



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

complicações, enquanto aquelas com peso normal tiveram maior probabilidade de serem classificadas como baixo risco.

Tabela 14. Associação do APGAR do 1º minuto com a estratificação de risco

APGAR do 1º minuto		Estratificação de risco			Total
		Alto	Baixo	Médio	
7	Observado	10	5	2	17
	% em linha	58.8 %	29.4 %	11.8 %	100.0 %
Maior que 7	Observado	24	87	8	119
	% em linha	20.2 %	73.1 %	6.7 %	100.0 %
Menor que 7	Observado	2	1	0	3
	% em linha	66.7 %	33.3 %	0.0 %	100.0 %
Total	Observado	36	93	10	139
	% em linha	25.9 %	66.9 %	7.2 %	100.0 %

$\chi^2=16.1$

Gle=4

P=0.003



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Outro fator relevante na determinação da estratificação de risco das crianças atendidas foi o momento da primeira avaliação na UBS, àquelas avaliadas no primeiro mês tiveram uma maior probabilidade de serem classificadas como alto risco, enquanto àquelas atendidas na primeira semana tiveram maior probabilidade de serem classificadas como baixo risco.

Tabela 16. Associação de alterações nas triagens neonatais com a estratificação de risco

Algum teste alterado?		Estratificação de risco			Total
		Alto	Baixo	Médio	
Não	Observado	32	93	9	134
	% em linha	23.9 %	69.4 %	6.7 %	100.0 %
Sim	Observado	4	0	1	5
	% em linha	80.0 %	0.0 %	20.0 %	100.0 %
Total	Observado	36	93	10	139
	% em linha	25.9 %	66.9 %	7.2 %	100.0 %



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

atendidas demonstra que as crianças que necessitaram de internação tenderam a ser classificadas como alto risco com mais frequência, enquanto aquelas que não necessitaram de internação tenderam a ser classificadas como baixo risco.

De forma a demonstrar a importância da correlação do nível de risco e seu fator causal, a Tabela 18 descreve a forma como nos foi permitido acompanhar o seguimento das crianças de alto risco. Onde, em nosso relato, ressaltamos as seguintes ações: o devido encaminhamento para a atenção especializada; a intervenção em tempo hábil; retorno com plano de cuidados; e a maior adesão ao acompanhamento regular na puericultura, na pediatria e na equipe multi. Vale ressaltar que o acompanhamento na UBS não apresentou o mesmo percentual expressivo, visto que, neste período ocorreu o deslocamento de parte da população para outras áreas de cobertura.

Tabela 18. Seguimento das crianças de alto risco

Variável	FA	%
----------	----	---



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

processos de trabalho, nota-se que foi alcançado o objetivo principal da estratificação de risco que é a vigilância contínua do crescimento e o desenvolvimento da criança, possibilitando a identificação precoce das situações que representam risco de adoecimento, agravamento ou morte e o devido direcionamento para as intervenções preventivas ou de cuidado necessárias (Matos, Rego e Lopes, 2021).

A composição do trabalho na APS deve ser capaz de articular ações conforme às necessidades do indivíduo e da coletividade, promovendo desta forma um cuidado integral e qualificado, isso significa que, ao estruturar adequadamente os processos, é possível otimizar o tempo de espera, melhorar a comunicação entre equipes e facilitar o acesso dos usuários aos serviços de saúde (Mendes, 2019).

Um dos principais benefícios da organização dos processos de trabalho é a melhoria no fluxo de atendimento, visto que um sistema de saúde eficiente consegue garantir a continuidade do cuidado, e isso se dá pela articulação dos serviços e da organização dos fluxos de trabalho, estabelecendo protocolos claros e diretrizes bem definidas, as equipes de saúde conseguem proporcionar um atendimento mais seguro e



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

ocorreu o aumento da mortalidade infantil no Brasil e no mundo (BRASIL, 2024).

A Atenção Primária à Saúde tem papel fundamental na promoção de saúde, prevenção de agravos e na gestão de cuidados, o seu funcionamento adequado impacta diretamente na saúde da população e na sustentabilidade do sistema como um todo (BRASIL, 2017).

Tabela 20. Óbitos em menores de um ano na área de abrangência da UBS Trezidela

ANO	2015	2016	2017*	2018**	2019	2020	2021	2022
TOTAL DE ÓBITOS	02	01	01	01	0	01	0	0

*Implantação da Estratificação de Risco no município
** Implantação da Estratificação de Risco na puericultura
Fonte: Elaborado pela autora

Ressalta-se aqui na tabela 20 o impacto da implantação da estratificação de risco para a comunidade de cobertura da UBS Trezidela, que mesmo em período de pandemia manteve-se com taxa de mortalidade



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

maior risco.

3 PROPOSTAS

Diante dos cenários encontrados nesta pesquisa propomos ao campo de prática o desenvolvimento de produtos técnico/tecnológicos como ações viáveis e compatíveis. Portanto, apresentamos à Secretaria Municipal de Saúde e à Coordenação da Atenção Básica do município, através deste Relatório Técnico, as seguintes recomendações:

- Fomentar a inserção da Estratificação de Risco na puericultura como estratégia para direcionar o cuidado terapêutico;
- Incluir o curso/treinamento de capacitação das equipes de saúde da família em estratificação de risco na puericultura e quanto ao preenchimento correto dos prontuários como educação permanente de forma semestral e/ou anual;
- Produzir e disponibilizar uma cartilha/manual municipal com orientações para a estratificação de



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

Em síntese é notório que a inserção da estratificação de risco (ER) na puericultura é benéfica não apenas para a população alvo que recebe os cuidados ofertados, como também para a equipe de saúde que o concede, pois sua prática fornece subsídio para ordenação e reformulação de assistência, comprometimento profissional e aperfeiçoamento de habilidade e conhecimento.

Podemos inserir nestas considerações as seguintes implicações para a prática clínica relacionadas a implantação da estratificação de risco na puericultura:

- **Reconhecimento de indicadores para estratificação de alto risco:** A inserção da ER na puericultura permite ao profissional uma avaliação completa e contínua da criança facilitando a identificação de alterações que necessitem acompanhamento especializado, assim podendo compartilhar o cuidado em tempo adequado.
- **Avaliação da Criança de forma individualizada com o olhar centrado na pessoa:** A associação da estratificação de risco e puericultura implica em avaliar individualmente a criança em seu



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Fundação instituída nos termos da Lei nº 5.152 de 21/10/1966 – São Luís – Maranhão

Mestrado Profissional em Saúde da Família

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Caderno de atenção básica nº33. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informações em Saúde. 2024. Disponível em: <https://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?compl/princ.def>. Acesso em: 18/08/24.

FIGUEIREDO, M.D.S.; SILVA, A.G. A organização do trabalho na Atenção Primária à Saúde: desafios e perspectivas. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 13, n 39, p. 1-8, 2018.

GOES, F. G. B *et al.* Contribuições do enfermeiro para boas práticas na puericultura: revisão integrativa da literatura. *Reben*, RJ, v.71, n 6, p. 2974-83, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hxp7YNW6Fq43ZP3G6CPKp9d/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12/02/22.

MATOS, M. A. B.; REGO, M.A.S.; LOPES, P.R.R. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2021.

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde –

