

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO OESTE DO PARANÁ - CAMPUS DE FOZ
DO IGUAÇU
CENTRO DE EDUCAÇÃO, LETRAS E SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA EM REGIÃO DE
FRONTEIRA – MESTRADO**

TAIGRA MORGANA PICCO

**CONTINUIDADE DO CUIDADO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

FOZ DO IGUAÇU - PR

2019

TAIGRA MORGANA PICCO

**CONTINUIDADE DO CUIDADO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira – Mestrado, do Centro de Educação Letras e Saúde, da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Saúde Pública em Região de Fronteira

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Maria Aparecida Baggio

FOZ DO IGUAÇU - PR

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha de identificação da obra elaborada através do Formulário de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da Unioeste.

Picco, Taigra Morgana

Continuidade do Cuidado da Criança na Atenção Primária a Saúde em Região de Fronteira : Continuidade do Cuidado da Criança na Atenção Primária a Saúde em Região de Fronteira / Taigra Morgana Picco; orientador(a), Maria Aparecida Baggio, 2019.

111 f.

Dissertação (mestrado), Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Campus de Foz do Iguaçu, Centro de Educação, Letras e Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, 2019.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Cuidados de Enfermagem. 3. Saúde da Criança. 4. Saúde na Fronteira. I. Baggio, Maria Aparecida. II. Título.

PICCO, T. M. **Continuidade do Cuidado da Criança na Atenção Primária à Saúde em Região de Fronteira.** 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Dr^a Maria Aparecida Baggio. Foz do Iguaçu, 2019. TAIGRA MORGANA PICCO

TAIGRA MORGANA PICCO

Aprovado em: 17 / 12 / 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Maria Aparecida Baggio (Orientadora)
Universidade Estadual do Oeste do Paraná- UNIOESTE

Prof. Dr. Sebastião Caldeira
Universidade Estadual do Oeste do Paraná- UNIOESTE

Prof. Dra. Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari
Universidade Estadual de Londrina - UEL

AGRADECIMENTO

A **Deus**, o grande condutor e norteador da minha vida, meu consolador e socorro presente, aquele que ouviu os meus choros e lamentos durante as provações que passei na vida, aquele que é digno de toda honra e toda glória.

Ao meu esposo **Raphael**, meu defensor, aquele que me consolou, orou, pelo amor sincero, pela compreensão, dedicação, companheirismo, por acreditar em mim nos momentos em que eu desacreditei e principalmente por torcer pela minha vitória. Obrigada por me amar tanto assim.

Aos **meus pais e irmão**, que nunca se cansaram de me apoiar, sempre estenderam a mão nas dificuldades e sempre tiveram palavras de amor e carinho para me incentivar em todas as minhas escolhas. Amo vocês.

À minha orientadora, professora **Maria Aparecida Baggio**, pela contribuição profissional e acadêmica, pela compreensão nos momentos difíceis e por todo o cuidado durante essa jornada. Receba minha gratidão.

A todos as **mães e às enfermeiras** da Atenção Primária à Saúde de Foz do Iguaçu, que me acolheram e dispuseram de seu tempo para compartilhar saberes e contribuir com minha pesquisa. Que Deus as recompense.

À **Coordenação do Programa de Pós-Graduação** do Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira e a todos os docentes do curso. Que Deus vos abençoe.

Aos meus queridos **amigos e colegas** do Mestrado, pelas horas incansáveis de estudo e companheirismo nesta trajetória. Recebam meu abraço, minha eterna gratidão.

À **Universidade Estadual do Oeste do Paraná**, pela oportunidade de participar mais uma vez da minha construção acadêmica.

Ao **CNPq** (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico), pela bolsa de estudo e auxílio financeiro que possibilitou a dedicação do estudo ao Programa de Pós-Graduação.

A todos vocês, meu muito obrigada!

“Nada é suficientemente bom. Então vamos fazer o que é certo, dedicar o melhor de nossos esforços para atingir o inatingível, desenvolver ao máximo os dons que Deus nos concedeu, e nunca parar de aprender.”

Ludwig van Beethoven

PICCO, T. M. **Continuidade do Cuidado da Criança na Atenção Primária à Saúde em Região de Fronteira**. 111 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Orientadora: Dr^a Maria Aparecida Baggio. Foz do Iguaçu PR – 2019. TAIGRA MORGANA PICCO.

RESUMO

Introdução: O cuidado continuado da criança nos primeiros anos de vida é essencial para acompanhar seu crescimento e desenvolvimento e identificar possíveis alterações que requerem investigação ou intervenções. A relevância de acompanhamento da criança por meio da puericultura, na atenção primária à saúde, para desfechos positivos nos indicadores de morbimortalidade materna-infantil condicionou a implantação da Rede Mãe Paranaense, no Estado do Paraná, em 2012. A adequada continuidade do cuidado da criança, após o nascimento, configura-se como fator essencial para intervenções oportunas sobre potenciais fatores de risco para a saúde da criança. **Objetivo:** compreender a continuidade do cuidado da criança na atenção primária à saúde em uma região de fronteira. **Método:** Trata-se de estudo qualitativo, realizado na atenção primária à saúde, do município de Foz do Iguaçu-PR, Brasil. Participaram 14 mães de crianças de zero a 24 meses, que realizavam puericultura em unidades básicas de saúde ou de estratégia da saúde da família, e cinco enfermeiras destas unidades. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, no período de março de 2018 a junho de 2019. A análise temática de conteúdo orientou a análise dos dados. **Resultados:** Apresenta-se os resultados no formato de dois manuscritos. O primeiro, intitulado **Continuidade do cuidado da criança na atenção primária à saúde em região de fronteira**, mostra a importância da consulta de puericultura e da imunização para a continuidade do cuidado da criança, após a alta hospitalar; revela os desafios e obstáculos para o aleitamento materno na experiência das mães e aponta o teste do pezinho como um componente frágil da triagem neonatal. O segundo manuscrito, nomeado **Doenças comuns da infância e a continuidade do cuidado do infante em região de fronteira**, apresenta as doenças comuns da infância, que condicionam procura à atenção primária à saúde e ou conduzem à utilização de práticas populares pelas mães, para contorná-las; evidencia fragilidades nas ações e serviços da atenção primária à saúde, particularmente referente às visitas domiciliares, busca ativa de mães faltosas à puericultura, oferta de medicamentos, as quais relacionam-se à falta de profissionais e materiais. **Conclusão:** Conclui-se que as consultas de puericultura e a imunização são os principais componentes da atenção primária à saúde para a continuidade do cuidado da criança. Aponta-se para a necessidade de ações de gestores e profissionais de saúde para promoção do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança, de evitabilidade de erros no procedimento de coleta do teste do pezinho, de oferta de recursos humanos e materiais para atender às demandas da atenção primária à saúde, viabilizando adequado planejamento e implementação de ações para a continuidade do cuidado da criança neste âmbito. No que diz respeito à região de fronteira, crianças nascidas em território brasileiro, filhas de mães paraguaias ou brasiguaias, embora tenham direito ao atendimento pelo sistema de saúde brasileiro, não realizam puericultura de forma rotineira. Logo, são requeridos acordos entre gestores em saúde dos países que fazem fronteira para garantir a continuidade do cuidado às crianças brasiguaias.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde; Cuidados de enfermagem; Saúde da criança; Saúde na fronteira.

PICCO, T. M. **Continuity of Child Care in Primary Health Care in Border Region.** 111 f. Dissertation (Master in Public Health in Border Region) - State University of Western Paraná. Advisor: Dr. Maria Aparecida Baggio. Foz do Iguaçu – PR, 2019. TAIGRA MORGANA PICCO.

ABSTRACT

Introduction: The continued care of the child in the first years of life is essential to monitor their growth and development and to identify possible changes that require investigation or interventions. The relevance of monitoring children through childcare in primary health care for positive outcomes in maternal and child morbidity and mortality indicators conditioned the implementation of Rede Mãe Paranaense, in the State of Paraná, in 2012. The adequate continuity of child care, after birth, is an essential factor for timely interventions on potential risk factors for the child's health. **Objective:** to understand the continuity of child care in primary health care in a border region. **Method:** This is a qualitative study, carried out in primary health care, in the city of Foz do Iguaçu-PR, Brazil. 14 mothers of children aged zero to 24 months, who performed childcare in basic health units or family health strategy participated, and five nurses from these units. Data collection was carried out through semi-structured interviews, from March 2018 to June 2019. Thematic content analysis guided the data analysis. **Results:** The results are presented in the form of two manuscripts. The first, entitled **Continuity of child care in primary health care in a border region**, shows the importance of childcare consultation and immunization for the continuity of child care after hospital discharge; reveals the challenges and obstacles to breastfeeding in the experience of mothers and points to the heel test as a fragile component of neonatal screening. The second manuscript, entitled **Common childhood diseases and the continuity of care for infants in a border region**, presents common childhood diseases, which condition demand for primary health care and or lead to the use of popular practices by mothers, for circumvent them; shows weaknesses in the actions and services of primary health care, particularly regarding home visits, active search for mothers who are absent from childcare, provision of medicines, which are related to the lack of professionals and materials. **Conclusion:** It is concluded that childcare consultations and immunization are the main components of primary health care for the continuity of child care. It points to the need for actions by managers and health professionals to promote exclusive breastfeeding until the child's six months of life, to prevent errors in the procedure for collecting the baby's foot test, to offer human and material resources for meet the demands of primary health care, enabling adequate planning and implementation of actions for the continuity of child care in this area. With regard to the border region, children born in Brazilian territory, daughters of Paraguayan or Brasiguayan mothers, although they are entitled to care by the Brazilian health system, do not perform childcare routinely. Therefore, agreements are required between health managers in countries bordering on countries to ensure continuity of care for Brazilian children.

Keywords: Primary health care; Nursing care; Child health; Border health.

PICCO, T. M. **Continuidad del cuidado infantil en la atención primaria a salud en la región fronteriza.** 111 f. Dissertación (Maestría en Salud Publica) – Universidad del Estado del Oeste del Paraná. Líder: Dra. Maria Aparecida Baggio. Foz de Iguacu - PR 2019. TAIGRA MORGANA PICCO.

RESUMEN

Introducción: El cuidado continuo del niño en los primeros años de vida es esencial para monitorear su crecimiento y desarrollo e identificar posibles cambios que requieren investigación o intervenciones. La relevancia de monitorear a los niños a través del cuidado infantil en la atención primaria de salud para obtener resultados positivos en los indicadores de morbilidad y mortalidad materna e infantil condicionó la implementación de Rede Mãe Paranaense, en el Estado de Paraná, en 2012. La continuidad adecuada del cuidado infantil, después del nacimiento, es un factor esencial para las intervenciones oportunas sobre los posibles factores de riesgo para la salud del niño. **Objetivo:** comprender la continuidad del cuidado infantil en la atención primaria de salud en una región fronteriza. **Método:** Estudio cualitativo, realizado en atención primaria de salud, en la ciudad de Foz do Iguacu-PR, Brasil. Participaron 14 madres de niños de cero a 24 meses, que realizaron cuidado infantil en unidades básicas de salud o estrategia de salud familiar, y cinco enfermeras de estas unidades. La recopilación de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, de marzo de 2018 a junio de 2019. El análisis de contenido temático guió el análisis de datos. **Resultados:** Los resultados se presentan en forma de dos manuscritos. El primero, titulado **Continuidad del cuidado infantil en la atención primaria de salud en una región fronteriza**, muestra la importancia de la consulta y la inmunización del cuidado infantil para la continuidad del cuidado infantil después del alta hospitalaria; revela los desafíos y obstáculos para la lactancia materna en la experiencia de las madres y señala que la prueba del talón es un componente frágil del cribado neonatal. El segundo manuscrito, titulado **Enfermedades comunes de la infancia y la continuidad de la atención a los bebés en una región fronteriza**, presenta enfermedades comunes de la infancia, que condicionan la demanda de atención primaria de salud y conducen al uso de prácticas populares por parte de las madres, para eludirlos; muestra debilidades en las acciones y servicios de atención primaria de salud, particularmente en relación con las visitas domiciliarias, la búsqueda activa de madres ausentes del cuidado infantil, la provisión de medicamentos, que están relacionados con la falta de profesionales y materiales. **Conclusión:** Se concluye que las consultas de cuidado infantil y la inmunización son los componentes principales de la atención primaria de salud para la continuidad del cuidado infantil. Señala la necesidad de acciones por parte de gerentes y profesionales de la salud para promover la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de vida del niño, para evitar errores en el procedimiento de recolección de la prueba del pie del bebé, para ofrecer recursos humanos y materiales para Satisfacer las demandas de la atención primaria de salud, permitiendo una adecuada planificación e implementación de acciones para la continuidad del cuidado infantil en esta área. Con respecto a la región fronteriza, los niños nacidos en territorio brasileño, hijas de madres paraguayas o brasileñas, aunque tienen derecho a la atención del sistema de salud brasileño, no realizan el cuidado infantil de manera rutinaria. Por lo tanto, se requieren acuerdos entre los administradores de salud en los países limítrofes para garantizar la continuidad de la atención a los niños brasileños.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Cuidado de enfermería; Salud infantil; Salud fronteriza.

LISTA DE SIGLAS

AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
APS	Atenção Primária à Saúde
BLH	Banco de Leite Humano
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CPMI	Coordenação de Proteção Materno-Infantil
DINAMI	Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
DNCr	Departamento Nacional da Criança
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
MI	Mortalidade Infantil
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Estratégia Saúde da Família
NV	Nascidos Vivos
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISMC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PHPN	Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNS/INAN	Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
PR	Paraná
RMP	Programa Rede Mãe Paranaense

PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RMP	Rede Mãe Paranaense
RN	Recém-nascido
RS	Regionais de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SIS-Fronteiras	Sistemas Integrados de Saúde das Fronteiras
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa Estratégico da Rede Mãe Paranaense, Paraná, Brasil, 2013.....28

Figura 2: Divisão temática: proposta para apresentação dos resultados e confecção dos manuscritos.....45

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização das mães, segundo idade, estado civil, escolaridade, profissão e renda..... 47

Tabela 2: Caracterização dos recém-nascidos atermos segundo idade, sexo, idade gestacional, tipo de parto, peso ao nascimento e país de procedência..... 48

Tabela 3: Caracterização dos enfermeiros considerando sexo, tempo de profissão e qualificação profissional..... 48

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1 PROGRAMAS, ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL.....	18
2.1.1 Programa Rede Cegonha.....	22
2.1.2 Programa Rede Mãe Paranaense.....	25
2.2 MORTALIDADE INFANTIL.....	29
2.3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	31
2.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DA CRIANÇA.....	33
2.5 A SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA.....	34
3 MATERIAIS E MÉTODOS.....	39
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	39
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	39
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	41
3.4 COLETA DE DADOS.....	41
3.5 ANÁLISE DOS DADOS.....	42
3.6 ASPECTOS ÉTICOS EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS.....	43
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45
4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO ESTUDO.....	46
5 MANUSCRITO 1.....	49
6 MANUSCRITO 2.....	69
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS.....	92
APÊNDICES.....	101
ANEXOS.....	108

1. INTRODUÇÃO

O cuidado da criança por meio do seu acompanhamento nos primeiros anos de vida é essencial para avaliar os avanços no seu crescimento e desenvolvimento cognitivo e motor (VICTORA *et al.*, 2011). O crescimento é considerado um dos principais e melhores indicadores de saúde de uma criança, uma vez que, ao longo de todo desenvolvimento, este sofre influência direta de fatores ambientais, tais como alimentação, patologias, condições de moradia e saneamento básico, bem como acesso aos serviços de saúde, cuidados de higiene e a relação do binômio mãe-bebê. Para a atenção integral à saúde da criança são primordiais as medidas de promoção, proteção e reabilitação da saúde que incluam o acompanhamento continuado do crescimento, bem como o conhecimento dos fatores que podem comprometer o crescimento e o desenvolvimento de forma plena da criança, conforme seu potencial genético (BRASIL, 2002; 2004).

No acompanhamento da criança, realizado durante as consultas de puericultura, compete ao profissional de saúde compreender o contexto em que criança está inserida, seu ambiente familiar, social, seus fatores socioeconômicos, históricos, políticos e culturais. Nesse sentido, a Atenção Primária à Saúde (APS) é compreendida como uma importante estratégia na organização dos serviços de cada município. Destacando-se como um papel fundamental no âmbito da saúde da criança, para a efetividade dos serviços, contribuindo na redução de internações hospitalares por patologias agudas ou crônicas e promovendo um crescimento e desenvolvimento saudável da criança (ASSIS *et al.*, 2011; DAMASCENO *et al.*, 2016).

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil durante as consultas de puericultura proporciona à criança proteção e prevenção de agravos. Esse acompanhamento deve ser realizado pela APS, conforme preconiza o Ministério da Saúde (MS), seguindo um calendário mínimo de consultas à criança. A partir daí, preconiza-se que a criança seja avaliada na primeira de semana de vida e seja acompanhada na APS, sendo nas Unidade Básica de Saúde (UBS) tradicionais ou Estratégia e Saúde da Família (ESF) pela equipe com retornos, nos demais meses de vida, até no mínimo 24 meses (BRASIL, 2012).

Assim, a puericultura acolhe as crianças por meio da assistência de forma integrada e da realização da vigilância do crescimento e desenvolvimento, além de

monitorar os fatores de risco ao nascer, estimulando o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida e posterior, complementado com alimentação baseada de acordo com a idade da criança até os dois anos de vida. Por meio dessas ações, são garantidas as vacinas do esquema básico de imunização e um atendimento de qualidade (BRASIL, 2012).

Os profissionais precisam estabelecer confiança e vínculo com as mães e as famílias das crianças durante as consultas de puericultura, a fim de orientar sobre os cuidados necessários em cada período de vida, tais como, as vacinações, a prevenção de acidentes, a segurança em ambientes, a importância do aleitamento materno e exclusivo até os 6 meses de vida da criança, a higiene e outros (GAUTERIO; IRALA; CEZARVAZ, 2012).

Ainda, a puericultura é considerada uma ferramenta importante para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento da criança, não só de maneira preventiva, no impacto imediato à saúde infantil, mas também na prevenção de doenças que possam se desenvolver na vida adulta, visando à continuidade e integralidade do cuidado (JAIME *et al.*, 2016).

Como estratégia nas ações de educação na saúde materno-infantil, em 2011, o MS criou a Rede Cegonha, um programa com a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materna-infantil, assegurando às mulheres o direito à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável, garantindo acesso, acolhimento e resolutividade de modo a reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011a).

No ano de 2012, a Secretaria da Saúde do Estado do Paraná (SESA/PR) implantou a Rede Mãe Paranaense (RMP), cujo programa, fundamentado no programa Rede Cegonha, estabelece ações de atenção à saúde materno-infantil. A RMP garante o acesso e a promoção do cuidado por meio de ações na gestação, no parto, no puerpério e no acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento das crianças. Seu público-alvo é composto por mulheres em idade reprodutiva e crianças com até um ano de idade (PARANÁ, 2018).

Após a implantação do RMP, médicos e enfermeiros atuantes na APS demonstram conhecimentos e compreendem os principais objetivos, indicadores e compromissos propostos pelo RMP. Porém, reconhecem que ainda há lacunas na rede de atenção à

saúde, como a falta de capacitações e maiores investimentos para o fortalecimento do programa (BUGS *et al.*, 2016; CALDEIRA *et al.*, 2017).

Salienta-se que um dos desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) é a qualidade dos serviços da APS voltados às crianças, com medidas resolutivas na promoção, prevenção e recuperação da saúde da criança de zero a dois anos. Destaca-se o importante papel do cuidador/profissional de saúde para garantir às crianças o que é seu por direito – o acesso à saúde integral (FILHO *et al.*, 2014).

A avaliação de programas precisa estar contemplada no planejamento das políticas públicas estaduais e municipais, vinculados a estratégias de avanços e melhorias destinadas à população atendida. A atenção à criança ainda é destinada exclusivamente para o nascimento, ou seja, a partir desse momento, as crianças veem a receber somente o atendimento curativo, sem a ênfase no cuidado como um todo (CASSIANO *et al.*, 2014; FRANK *et al.*, 2016). Neste sentido, a continuidade do cuidado da criança, após o nascimento, com enfoque no papel preventivo e de promoção da saúde, é necessária para a garantia de sua saúde, com crescimento e desenvolvimento plenos.

O município de Foz do Iguaçu, região de fronteira, possui características incomuns. O atendimento em grande escala a uma população flutuante de estrangeiros, déficits nas contas públicas relacionadas a pacientes fronteiriços e a falta de profissionais para atendimento devido ao aumento da demanda são problemas comuns para todos os municípios que pertencem à faixa de fronteira do Brasil (SILVA; UGOSKI; DRAVANZ, 2017; GIOVANELLA *et al.*, 2007).

Portanto, a APS continua sendo considerada como resolutiva e porta de entrada aos serviços, o que demonstra confiança nos profissionais, considerando que a APS interage com outros serviços. Contudo, a falta de continuidade de atenção à saúde da criança é uma fragilidade que requer maior atenção dos profissionais e gestores em saúde (SILVA; ASSIS; SANTOS, 2017).

Considerando que a população infantil continua sendo uma das prioridades governamentais em saúde e, de acordo com as singularidades de uma região de fronteira, questiona-se: Como se configura a continuidade do cuidado da criança na APS em região fronteira após a implantação da RMP? Neste sentido, o estudo tem como objetivo: compreender a continuidade do cuidado da criança na APS em uma região de fronteira.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão de literatura a ser apresentada a seguir dialoga sobre: Programas, estratégias e políticas públicas na saúde da criança no Brasil; Programa Rede Cegonha; Programa Rede Mãe Paranaense; Mortalidade infantil; Redes de atenção à saúde; Papel dos enfermeiros (as) no cuidado da criança e a saúde na região de fronteira. Tais temáticas norteiam a continuidade do cuidado da criança na APS em região de fronteira.

2.1 PROGRAMAS, ESTRATÉGIAS E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE DA CRIANÇA NO BRASIL

O primeiro programa de proteção à maternidade, infância e adolescência foi criado entre os anos de 1937 e 1945, denominado de Estado Novo, durante o governo de Getúlio Vargas. As atividades eram desenvolvidas pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr), que tinha como objetivo a normatização no atendimento binômio mãe-filho em combater a mortalidade infantil. No ano de 1970, foi criada a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), vinculada à assistência médica, que tinha como objetivo planejar, coordenar, controlar e auxiliar nas atividades à maternidade, infância e adolescência (BRASIL, 2011b).

Já no ano de 1975, durante o regime do governo militar, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, com o propósito de contribuir na redução da mortalidade da mulher e da criança. Entre as diretrizes básicas desse programa, destacou-se o aumento da cobertura no atendimento à mulher, à criança e a melhoria na saúde desse público. Esse programa apresentava seis subprogramas, tais como: Assistência à Criança e ao Adolescente; Assistência Materna; Capacitação de Recursos Humanos; Educação à Saúde; Expansão da Assistência Materno-Infantil e a Suplementação Alimentar por meio do Programa de Nutrição em Saúde do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição (PNS/INAN) (BRASIL, 2011b).

Em 1976, a Coordenação de Proteção Materno Infantil, vinculada à Secretaria Nacional de Programas Especiais à Saúde, passou a ser chamada de Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI), tornando-se responsável pela assistência à mulher e à criança. Em 1983 o MS, em conjunto com o DINSAMI, criou o Programa de Assistência

Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), sendo o primeiro programa criado pelo Governo Federal voltado ao planejamento familiar no país. Este novo programa apresentava como objetivo melhorar as condições da saúde da mulher e da criança, acrescentando a cobertura da rede pública nos serviços de saúde (BRASIL, 2011b).

No PAISMC os serviços de saúde deveriam estar preparados de forma resolutiva e precisa em atender e resolver os problemas que poderiam afetar a saúde materno-infantil. Neste programa, foram estabelecidas cinco ações básicas voltadas às crianças, a saber: o aleitamento materno; imunização; estratégias no controle de doenças respiratórias; controle de doenças diarreicas; e o acompanhamento no crescimento e desenvolvimento infantil posteriormente com ênfase na puericultura (BRASIL, 2011a).

No ano seguinte, em 1984, o PAISMC deu lugar a dois novos programas, especificamente, voltados à saúde da mulher e da criança, que funcionavam de forma integrada: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), ambos com objetivos de diminuir a morbimortalidade materna e infantil e alcançar melhores condições de saúde nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2011b).

O PAISM foi marcado, sobretudo, como um dos principais avanços na atenção à saúde da mulher e da criança, pois o programa incluía a prevenção e o tratamento de agravos à saúde desde a adolescência até a terceira idade e não apenas no período gestacional. Neste sentido, o governo deixa de pensar não só no tratamento individual e na cura de doenças, mas também envolve as questões referentes à família (CASSIANO *et al.*, 2014).

Assim, cada um desses programas apresentava ações e objetivos específicos, um voltado à assistência à saúde da mulher e outro à criança. O PAISM apresentava ações como: assistência ao pré-natal, parto e puerpério; planejamento familiar; prevenção da mortalidade materna; doenças sexualmente transmissíveis e o controle do câncer de colo uterino e mamário. Já no PAISC, as ações estavam voltadas à assistência à saúde da criança, tais como: assistência, crescimento e desenvolvimento do recém-nascido; prevenção e cuidado do recém-nascido, controle das infecções respiratórias; controle das diarreias e desidratação e a prevenção de acidentes e intoxicações (BRASIL, 2011b).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) tem o objetivo de promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante cuidados integrados da gestação até na continuidade da atenção à saúde nos primeiros

anos da infância. Esse programa envolve ação desde a humanização ao perinatal, nascimento, desenvolvimento integral à primeira infância, prevenção de violência e acidentes e atenção a crianças em vulnerabilidade. Assim, propõe atenção integral e se organiza a partir da Rede de Atenção à Saúde (RAS), mediante às ações e serviços de saúde desenvolvidos na rede de saúde materna neonatal e infantil, tendo como porta de entrada a atenção primária à saúde (APS) (BRASIL, 2015).

Entre os anos de 1988 e 1990, o país apresentou muitas conquistas na saúde, tendo como destaque a Constituição Federal de 1988 e as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142, de 1990, que contribuíram para delinear as transformações no modelo de saúde brasileiro. A assistência à saúde passou a ser concebida de forma integral, preventiva e curativa (FIGUEIREDO; TONINI, 2011).

Em 1990, também foi aprovada pelo Governo Federal a Lei nº 8.069, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em substituição ao Código de Normas, e tem como finalidade a defesa, a proteção e o desenvolvimento da criança e do adolescente, em que a família é considerada como a primeira e principal cuidadora. Cabe ao poder público garantir os direitos de proteção à integridade física, psicológica, lazer, saúde, educação. A partir dessas novas leis governamentais, houve um crescente movimento da sociedade civil em defesa dos direitos da criança (ARAUJO *et al.*, 2014).

No ano de 1991, foi instituído no país o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP), com objetivo de promover a melhor qualidade e assistência no parto à mulher e ao recém-nascido e incentivar o aleitamento materno. Ainda na década de 1990, mais precisamente em 1994, foi lançado o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o intuito de oferecer a promoção da saúde da família, a integralidade e a continuidade das ações em saúde. Esse programa buscou reestruturar os serviços de cada município brasileiro, a fim de melhorar a qualidade e as ações de saúde prestadas às famílias e à comunidade (FIGUEIREDO; TONINI, 2011).

A ESF é composta por uma equipe interdisciplinar de médicos, equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) e agentes comunitários de saúde. Essa estratégia possibilitou a diminuição dos indicadores de mortalidade infantil (MI) e de agravos como diarreia e as infecções respiratórias (VICTORA *et al.*, 2011). Apesar disso, aponta-se que o número de profissionais ainda é pequeno em relação à

demanda dos atendimentos na questão do cuidado, qualidade dos serviços e assistência às famílias (FIGUEIREDO; TONINI, 2011).

O MS lançou, em 1995, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), com objetivo de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno no ambiente hospitalar. Complementa-se que, em 2002, a IHAC inseriu-se junto à estratégia global para alimentação de lactentes e crianças de primeira infância, criada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (*UNICEF*) para apoiar a amamentação exclusiva em peito materno até os seis meses de vida da criança e a continuidade do aleitamento materno até dois anos ou mais, com oferta de alimentação complementar segura e adequada na infância (BRASIL, 2011a).

Em 1996, foi lançada a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), com o intuito de diminuir os índices de mortalidade por diarreia, desnutrição e doenças perinatais. Mais de 70% das mortes poderiam ter sido evitadas com medidas simples e eficazes, como práticas de higienização, utilização de soro caseiro e a vacinação (BRASIL, 2011b).

No ano de 2000, por meio da Portaria nº 569/2000, foi implantado o Programa de Humanização do Pré-Natal e do Nascimento (PHPN), criado para garantir acesso de gestantes e recém-nascidos a um atendimento de qualidade, assegurando a integralidade do nível ambulatorial básico ao atendimento especializado. Esse programa estabeleceu a importância do alojamento conjunto, no qual todos os recém-nascidos que apresentassem condições de saúde após o nascimento deveriam permanecer em contato com a mãe e não apenas durante a amamentação, para favorecer o vínculo mãe-criança (CASSIANO *et al.*, 2014).

Com o objetivo de melhorar as condições de saúde das crianças, em 2002, o MS lançou como instrumento técnico para os profissionais de saúde que acompanham o crescimento e desenvolvimento infantil, nos diversos níveis de atenção, os Cadernos de Atenção Básica – Saúde da Criança. Em 2004, desenvolveu a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da MI, destacando a importância da organização de um fluxo para atendimento nos serviços de saúde, por meio de uma rede única, focada no cuidado integral da criança, com o atendimento nos serviços de atenção primária em saúde, seguindo com os casos graves para a atenção especializada (BRASIL, 2004).

Para melhorar o cuidado e estabelecer um apoio ao aleitamento materno, em 2008, o MS lançou a Rede Amamenta Brasil, com objetivo de fortalecer a importância do aleitamento materno em crianças menores de seis meses. O processo de amamentar é biologicamente definido e complexo e vários fatores têm sido considerados responsáveis pelo desmame precoce, tais como, o baixo nível educacional, a maternidade precoce e a atenção do profissional de saúde nas consultas de pré-natal (BRASIL, 2011a).

Mediante a essas ações adotadas pelo MS, em 2009, foi criada a Estratégia Brasileirinho e Brasileirinhas Saudáveis, que apresenta como objetivo a formulação de atenção integral à primeira infância na garantia da vida da mulher e do bebê (sendo o principal indicador na diminuição das taxas de mortalidade) no pré-natal, parto e puerpério; e na garantia do desenvolvimento saudável e qualidade de vida com capacidade de brincar (BRASIL, 2010).

Finalmente, nesse contexto, a partir das diferentes perspectivas de promover a melhoria na assistência à saúde materno-infantil, em 2011, o MS lançou o Programa Rede Cegonha, com intuito de promover e garantir melhor qualidade e assistência na atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses, para reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011c).

2.1.1 Programa Rede Cegonha

Normatizado pela portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, o Programa Rede Cegonha se trata de um conjunto de ações dentro do SUS para garantir a todas as mulheres o atendimento com qualidade, seguro e humanizado. Oferta serviços na assistência desde o planejamento familiar, da gravidez, do pré-natal, pelo parto, pelos 28 dias pós-parto (puerpério), cobrindo até os dois primeiros anos de vida da criança (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha apresenta os seguintes objetivos propostos:

I – Aplicar e promover o novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança;

II – Organizar as Redes de Atenção à Saúde Materna e Infantil, garantindo o acesso, acolhimento e resolutividade;

III – Reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2011b).

Apresenta como princípios a proteção, a promoção e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos. Ela pretende ampliar e melhorar o acesso ao acolhimento do pré-natal, transporte adequado no momento do parto, estratificar e vincular a gestante à unidade de referência na assistência ao parto seguro e humanizado e apresentar acompanhamento com qualidade e resolutividade à saúde da criança de 0 a 24 meses (BRASIL, 2011b).

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes, que são (BRASIL, 2011b):

1. Pré-natal: Inicialmente, no pré-natal, prevê a assistência qualificada e prestada na UBS, a captação precoce das gestantes, o acolhimento com classificação de risco e vulnerabilidade, a consulta integrada, os exames pré-natais, os programas educativos, a vinculação da gestante ao local de parto e a implantação da consulta odontológica. Além disso, são realizadas ações socioeducativas relacionadas à educação sexual/reprodutiva, prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids, sífilis e hepatites.

2. Parto e nascimento: As ações relacionadas ao parto e ao nascimento correspondem à presença de acompanhante, visita hospitalar da equipe de saúde, centro de parto normal e agendamento da consulta puerperal. A Rede Cegonha priorizou ações relacionadas às boas práticas de atenção ao parto e nascimento, associadas a investimentos para o aumento e qualificação da capacidade instalada e para melhoria da eficiência gestora do sistema de saúde.

3. Puerpério e atenção integral à saúde da criança: Em relação ao puerpério, encontram-se as visitas domiciliares na primeira semana após o parto, promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e consulta puerperal entre o 30º e o 42º dia pós-parto. Sobre a atenção integral à saúde da criança de 0 a 24 meses, prevê visitas domiciliares na primeira semana pós-parto, busca ativa de crianças vulneráveis, apoio ao aleitamento materno e alimentação complementar saudável, promoção do crescimento e desenvolvimento, acompanhamento do calendário vacinal e informação para prevenção de hábitos bucais deletérios.

4. Sistema logístico: Para garantir o acesso aos serviços em tempo hábil e com qualidade, o Sistema de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é responsável pelos transportes, sendo que as ambulâncias do sistema avançado devem possuir incubadoras e ventiladores neonatais. A Rede Cegonha prevê a implantação do modelo “Vaga Sempre”

e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e serviços ambulatoriais.

Na Rede Cegonha, as informações que as equipes de saúde passam às gestantes perpassam desde a sua vinculação nas UBS, no ato do pré-natal, até o local que será realizado o parto. Os municípios e estados que aderem a proposta oferecem recursos para a ampliação dos exames de pré-natal, de teste rápido de gravidez e de detecção da sífilis e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ampliação de leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) adulto, UCI e UTI neonatal, leitos de gestação de alto risco, assim como das maternidades (BRASIL, 2011b).

Aos recém-nascidos a rede propõe boas práticas da equipe de saúde de atenção ao RN, garantindo a sua presença durante todo o tempo de internação ao lado da mãe, desde a sua primeira hora de vida, no primeiro contato pele a pele e a amamentação. A rede também propõe incentivar e estimular a participação do pai no momento do parto, ofertar os exames nas primeiras horas de vida de triagem neonatal, tais como teste do pezinho, olhinho, orelhinha, coraçãozinho etc. (CECCIM; CAVALCANTI, 2011; BRASIL, 2011c).

Os RN que nasceram com algum risco devem ser encaminhados para o hospital e maternidade de referência, caso não tenham nascido em maternidades para esse tipo de atendimento de alto-risco, podendo ser acionada a Central de Regulação/SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), que proverá a garantia de transporte seguro para a criança e a mãe. Dando assim, seguimento dos cuidados de acordo com a necessidade de cada criança, seja, em atendimentos de alta complexidade (nas UTIs Neonatais), e no seguimento após sua alta aos ambulatórios com serviços especializados até as UBS (BRASIL, 2011c).

As UBS preveem o acompanhamento durante toda a infância, mas com maior preocupação e foco no cuidado, desde as primeiras semanas de vida até os 24 meses de idade. Promove-se a visita domiciliar nas primeiras semanas ao binômio mãe e RN, e seguimento na UBS de referência, para orientações do cuidado, ofertando ações e programas, consultas para ambos, imunizações, apoio ao aleitamento materno etc. Apresenta como um dos objetivos o fortalecimento até os 24 meses, o seguimento da criança na puericultura pela equipe de saúde, acompanhando cuidadosamente o crescimento e desenvolvimento da criança, a partir de suas condições de vida, saúde e o

ambiente familiar na qual está inserida (BRASIL, 2011c; CECCIM; CAVALCANTI, 2011).

Essa rede é uma proposta do governo federal, cabendo aos órgãos governamentais dos estados e municípios a sua aplicação. Inicialmente, se dispunha a cobrir a população das regiões Norte e Nordeste do país, mas a proposta foi revista e universalizada, oferecendo cobertura para todo o território nacional (BRASIL, 2011b, c).

A Rede Cegonha como é um instrumento de defesa da cidadania, direitos fundamentais consignados na Constituição Federal de 1988, exercício e segurança do parto cidadão. Porém, deve-se estar alerta para os riscos de uma política que se pretende nacional e cujas consequências poderiam ser o privilégio da igualdade com o preço de pouca atenção às diferenças e ao desejo de singularidade (CARNEIRO, 2013).

2.1.2 Programa Rede Mãe Paranaense

No ano de 2012, a Secretaria do Estado do Paraná (SESA) implantou em todo o estado o Programa Rede Mãe Paranaense (RMP). Essa rede visa a atender a população Materno-Infantil e nasceu da experiência do Programa Mãe Curitibana, que reduziu os elevados indicadores de mortalidade materna e infantil na capital do estado, por meio de ações de atenção das gestantes no pré-natal, com uma atenção especializada no parto e um olhar aos recém-nascidos (PARANÁ, 2017).

O Programa Mãe Curitibana, criado em 1999, pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Curitiba, no estado do Paraná, apresentou indicadores positivos na redução de mortalidade materna-infantil entre os serviços dos SUS oferecidos às gestantes. A estratégia implantada no município priorizava a identificação e classificação de risco à gestante, informatizando as redes de saúde e os serviços especializados ao acompanhamento das gestantes desde o pré-natal, que iniciam na UBS, até o acompanhamento na maternidade vinculado ao parto e nascimento seguro (PCHEBILSKI *et al.*, 2011).

Essa rede representa um conjunto de ações que se inicia com a captação precoce da gestante e permeia o seu acompanhamento pré-natal, com no mínimo 7 consultas, a realização de exames, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco e a garantia do parto

por meio de um sistema de vinculação ao hospital, conforme o risco gestacional. O público-alvo são as mulheres em idade fértil e crianças menores de um ano de idade (PARANÁ, 2013).

Para que os indicadores de mortalidade materna e infantil continuem a reduzir, os municípios que aderiram à RMP, com estratégia no comprometimento e acompanhamento dos indicadores, assinaram um Termo de Compromisso. Para isso, requer uma ação contínua dos órgãos públicos envolvidos, dos profissionais da saúde que atuam desde as UBS até os serviços hospitalares de alta complexidade (PARANÁ, 2018).

A RMP tem adesão dos 399 municípios do Estado, desenvolve as atividades de busca ativa precoce à gestante e crianças menores de 1 ano, oferta de pré-natal em qualidade, vincula as gestantes a serviços em que o parto ocorra de modo seguro, o mais natural possível, e encaminha a gestante de risco intermediário e de alto risco a outros níveis de referência (PARANÁ, 2013).

Segundo a RMP, as definições da estratificação de risco para as gestantes se apresentam da seguinte forma: Risco Habitual, Risco Intermediário e Alto Risco (PARANÁ, 2018).

Risco Habitual: gestantes que apresentam fatores de risco individual, as condições sociodemográficas, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo.

Risco Intermediário: gestantes que de alguma forma apresentam fatores de risco relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, entre elas, as gestantes negras ou indígenas; com mais de 40 anos de idade; gestantes analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; e as com histórico de óbito em gestação anterior (aborto, natimorto ou óbito).

Alto Risco: as gestantes que apresentam fatores de riscos, tais como, presença de: Hipertensão arterial; Dependência de drogas lícitas e ilícitas; Cardiopatias; Pneumopatias; Nefropatias; Endocrinopatias (principalmente diabetes e tireoidopatias); Epilepsia; Doenças infecciosas (considerar a situação epidemiológica local); Doenças autoimunes; Ginecopatias; Neoplasias; Obesidade mórbida; Cirurgia bariátrica; Psicose e depressão grave.

A estratificação de risco da gestante define a sua vinculação ao pré-natal e ao Hospital para o atendimento das suas intercorrências na gestação e no momento do parto. A estratificação de alto risco na criança está relacionada por ocasião do nascimento e do seu desenvolvimento da identificação de prematuridade, asfixia grave (Apgar < 7 no 5.º

minuto de vida), baixo peso ao nascer, desnutrição grave, crescimento e/ou desenvolvimento inadequados, presença de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose, sífilis, Aids) e triagem neonatal positiva (PARANÁ, 2018).

Assim, o acompanhamento no crescimento e no desenvolvimento das crianças ocorre através da continuidade do cuidado após a alta da maternidade, na orientação da Carteira da criança à mãe do RN, sendo ela tanto na APS quanto nos ambulatórios de especialidades. As equipes devem garantir a visita domiciliar à mãe e ao filho na primeira semana de vida, até o 5º dia após o parto. Verificar o estado geral da criança, principalmente a sinais de alerta, observar o estado geral da mãe; Orientar sobre o aleitamento materno, cuidados com higiene e o coto umbilical; Orientar sobre a consulta de puerpério e de acompanhamento do bebê, que deverá acontecer até o 10º dia após o parto; Avaliar a Carteira da Criança, em relação à realização dos testes do Pezinho, da Orelhinha, do Olhinho e do Coraçõzinho; orientar sobre o esquema vacinal do RN; Atentar se a mãe for soro positivo contraindicando o Aleitamento Materno; Prestar atenção nas condições ambientais, sociais e familiares, sejam desfavoráveis, como história de internação anterior, história de morte de crianças com menos de 5 anos na família, RN de mãe adolescente (PARANÁ, 2017).

A APS organiza as ações de pré-natal e acompanhamento de forma que a gestante tenha como referência a UBS mais próxima da sua residência, organizada ou não por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Os profissionais realizam um processo de detecção e estratificação da gestação como de risco habitual, intermediário e de alto risco, estabelecendo a vinculação da gestante aos serviços de maior complexidade, e mantém o seu acompanhamento e monitoramento pela equipe de saúde (PARANÁ, 2013).

Na sequência, a atenção secundária ambulatorial é uma condição de saúde específica e complementa a necessidade de atenção primária. Na RMP, os Centros Mãe Paranaense apresentam competência de atender às gestantes e crianças com estratificação de risco intermediário e alto risco. Nestes Centros, a gestante e a criança terão todos os recursos de atendimento multiprofissional e multidisciplinar, de diagnóstico e terapêutico garantidos, é importante que estejam disponíveis profissionais como: endocrinologistas, pediatras, cirurgiões pediatras, nefrologistas, cardiologistas, nutricionistas, enfermeiros (preferencialmente enfermeiras obstétricas), farmacêuticos entre outros (PARANÁ, 2013).

A RPM fundamenta suas ações em um mapa estratégico que, em uma arquitetura genérica, permite a descrição das estratégias para o alcance dos objetivos (Figura 1).

Figura 1 – Mapa Estratégico da Rede Mãe Paranaense, Paraná, Brasil, 2013.

MISSÃO	- Garantir o acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e de qualidade na gestação, parto e puerpério às crianças menores de um ano de idade.
VISÃO	- Ser, até 2020, o Estado com uma rede de atenção materno-infantil que apresenta padrões de qualidade, organizada em todas as regiões com equidade e com a mínima ocorrência de óbitos maternos e infantis.
VALORES	- Compromisso. Ética. Vínculo. Humanização.
RESULTADOS PARA A SOCIEDADE	- Reduzir a mortalidade materna e infantil.
PROCESSOS	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a qualidade e a responsabilidade da assistência ao pré-natal, parto e puerpério; - Implantar e implementar a Linha Guia da Atenção Materno-infantil; - Implantar a estratificação de risco em todos os níveis de atenção para a gestante e para a criança; - Vincular as gestantes aos hospitais de referência, conforme estratificação de risco, promovendo a garantia do parto, estabelecendo padrões de qualidade e segurança; - Melhorar a assistência ao pré-natal de alto risco e acompanhamento das crianças de risco menores de um ano; - Implementar transporte sanitário eletivo e de urgência para gestantes e crianças em situação de risco; - Disponibilizar os exames de apoio e diagnóstico e medicamentos de pré-natal padronizados pela Linha Guia.
GESTÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Contratualizar os hospitais para vinculação do parto; - Implantar Central de Monitoramento do Risco Gestacional e Infantil; - Capacitar profissionais de saúde de todos os níveis de atenção da rede de atenção materno-infantil; - Viabilizar os insumos necessários para o funcionamento da rede de atenção materno-infantil; - Consolidar sistema de governança da rede de atenção materno-infantil – Mãe Paranaense.
FINANCEIRA	<ul style="list-style-type: none"> - Implantar incentivo financeiro para os municípios que aderirem à Rede Mãe Paranaense e realizar o acompanhamento das gestantes e crianças, conforme critérios estabelecidos; - Implantar Incentivo de Qualidade ao Parto para os hospitais de referência com garantia da vinculação do parto.

Fonte: Mapa Estratégico da Rede Mãe Paranaense, Paraná, 2013

A atenção terciária está vinculada à atenção hospitalar nas regionais de saúde. Estes hospitais contam com UTI adulto, neonatal e pediátrica, ambulatórios para o pré-natal de risco e garantem o atendimento da gestante de alto risco a eles vinculados. Isso exprime a importância que o profissional apresenta na estratificação de risco para cada gestante vinculada às UBS (PARANÁ, 2013).

Nos três primeiros anos de implantação das ações da RMP, verifica-se uma melhora expressiva em vários indicadores. Em 2012, houve uma redução de 40% dos óbitos em relação a 2010, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) caiu de 65,11/1000, em 2010, para 39/1000 Nascidos Vivos (NV), em 2012. Ou seja, em 2 anos, com a implantação das ações da RMP, a redução da mortalidade materna foi maior que nos últimos 20 anos. A melhoria dos indicadores da atenção materno-infantil de forma rápida e que tem se mostrado consistente é resultado das diversas mudanças que foram introduzidas com a implantação da RMP (PARANÁ, 2014).

2.2 MORTALIDADE INFANTIL

A diminuição da mortalidade infantil ganhou força ao longo dos últimos anos em todos os países do mundo, incluindo o Brasil. Esses indicadores na redução das taxas de mortalidade representam um importante componente no que se diz respeito à saúde da mulher e da criança. Assim, ações governamentais implementadas no país por meio de programas de políticas públicas e sociais contribuem significativamente nas falhas do atendimento às gestantes, garantindo um parto seguro e, conseqüentemente, reduzindo os óbitos nos primeiros anos de vida da criança. Essa redução representa um considerável indicador das condições de saúde, expressa um avanço na qualidade de vida e o crescente desenvolvimento econômico da população (DIAS *et al.*, 2015).

O Brasil, ao longo dos anos, buscou a melhoria da qualidade na atenção à saúde das crianças. No ano de 2013, segundo o Relatório Nacional dos Objetivos do Milênio (OMD), elaborado pela Organização das Nações Unidas (ONU), o país alcançou a meta estabelecida na redução da mortalidade infantil em crianças menores que 5 anos, passando de 53,7 no ano de 1990, para 17,7/ 1000 nascidos vivos, em 2011. Cabe destacar que a taxa mundial referente à mortalidade infantil também apresentou um decréscimo entre os anos de 1990 e 2012, e passou de 90 para 48 óbitos por 1000 nascidos vivos, um

percentual de 47% em 22 anos. Assim, deve-se continuar os esforços para diminuir as taxas, pois, mesmo que, diariamente, 17 mil crianças deixam de morrer, mas ainda 6.6 milhões de crianças menores que 5 anos morrem por doenças evitáveis ao redor do mundo (BRASIL, 2017).

Destaca-se que a redução da Taxa de Mortalidade Infantil (TMI) passou a ser prioridade das três esferas governamentais (federal, estadual e municipal). No Brasil, a TMI vai de encontro das metas mundiais, ficou em 13,4/1000 NV, no ano de 2018, abaixo dos 12,8/1000 NV de 2017. A mortalidade infantil subiu 5,3% entre 2015 e 2016, segundo relatório anual de 2018. Quando comparados com o ano de 2018, a mortalidade infantil ainda é de 13,4/1000 NV. Assim, o país precisa avançar em novas políticas públicas para o alcance de melhores resultados no quesito saúde da criança (BRASIL, 2020).

No estado do Paraná, no ano de 2015, a TMI foi de 10,93/1000 NV; no ano seguinte, em 2016, foi de 10,50/1000 NV; no ano de 2017, foi de 10,36/1000 NV. No município de Foz do Iguaçu, a TMI foi de 12,04/1000 NV, em 2017. Quando comparadas com o ano de 2016, apresentou um aumento significativo, já que representava 11,79/1000 NV (PARANÁ, 2020). Em geral, mortes que, em sua maioria, seriam evitáveis. Logo, após a implantação da RMP, o estado revela avanços na diminuição da mortalidade, mas Foz do Iguaçu, local do estudo, mostra aumento da mortalidade infantil.

Entretanto, um estudo realizado na 9ª Regional de Saúde, no estado do Paraná, entre os anos de 2009 e 2014, após a implantação da RMP, visando à melhoria da atenção à saúde da mulher na gestação, parto e ao recém-nascido, mostrou que os óbitos infantis evitáveis se mantiveram elevados, com 63% no período de pré-implantação e 51% pós-implantação do programa. Neste caso, são necessários investimentos em capacitações dos profissionais (NETTO *et al.*, 2017).

Sendo assim, destaca-se que esses parâmetros apresentam diferenças significativas e que acabam alterando de uma região a outra, destacando as dificuldades das regiões Norte e Nordeste quando comparadas com as regiões Sul e Sudeste. Tais diferenças são representadas pelas desigualdades sociais, culturais, nos serviços de acesso básicos, como educação, saneamento básico, serviços de saúde e outros. Assim, pesquisas realizadas no país reforçam tal temática, dentre elas uma realizada na cidade de Recife, no estado de Pernambuco, que analisou a tendência da mortalidade infantil, e demonstrou que quase 80% dos óbitos foram classificados como evitáveis na cidade, que 51,3% seriam reduzíveis por melhorias na atendimento e atenção à mulher durante a gestação,

ressaltando a importância no planejamento das ações de saúde materno-infantis para o decréscimo dos óbitos nesse público (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Para Frias *et al.* (2017), os dados de estatísticas vitais de nascimentos e óbitos sobre MI, disponíveis pelo MS no país, representam uma importante ferramenta para ampliação de políticas públicas. Essas informações disponíveis contribuem ao profissional de saúde um olhar mais crítico e preciso no preenchimento e análise dos dados, ampliam o conhecimento sobre a temática e por vez favorece na melhoria de rotinas dos atendimentos nos serviços de saúde.

2.3 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações por serviços de saúde independentes, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população. Os pontos de atenção estruturam-se numa rede composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente de forma precisa e coordenada pela APS. Essa estratégia representa o primeiro nível em atendimento ao contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o serviço de saúde, pelo qual as ações de saúde abrangem a promoção, a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011).

As RAS são organizações em conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2011).

De forma a enfrentar a fragmentação da atenção à saúde, o MS, o Conselho Nacional de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) instituíram as RAS, regulamentadas em 30 de dezembro de 2010, a fim de garantir a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Segundo o MS, há evidências de que existem nove atributos que são essenciais para o funcionamento das RAS, tais como:

a) Economia de escala: busca que os custos médios de longo prazo diminuam à medida que aumenta o volume das atividades e os custos fixos atribuídos por um maior número de atividades;

b) Suficiência e qualidade: prestar serviços em quantidade e qualidades mínimas e que referem tanto aos processos como aos resultados;

c) Acesso: ausência de barreiras quando o usuário ingressa no sistema e se faz necessária a continuidade da atenção;

d) Disponibilidade de recursos: englobando recursos físicos, financeiros, humanos e tecnológicos. Quanto mais escasso o recurso, mas ele deve ser concentrado, quanto mais disponível, mais deve ser disperso na rede;

e) Integração vertical: articulação e coordenação de diferentes organizações de saúde responsáveis por ações de natureza diferenciada (primária, secundária e terciária);

f) Integração horizontal: agrupamento das unidades de serviços de saúde da mesma natureza, com o intuito de agregar serviços em uma cadeia mais produtiva para obter ganhos por meio de alianças estratégicas;

g) Processo de substituição: reagrupamento contínuo dos recursos para que estes possam resultar em melhorias sanitárias e econômicas, respeitando aspectos relativos às equipes quanto aos processos de atenção à saúde;

h) Região de Saúde ou Abrangência: é a área de abrangência para a cobertura de determinada RAS;

i) Níveis de atenção: arranjos produtivos conformados segundo suas densidades tecnológicas, variando o nível de menor densidade APS, densidade intermediária (atenção secundária), até o de maior densidade tecnológica (atenção terciária).

Atualmente, o MS, estabeleceu quatro Redes prioritárias: Rede de Atenção à Urgência e Emergência; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; e Rede Cegonha. Conforme o conceito, a APS tem por função ser a base dessas Redes, sendo resolutiva na coordenação do cuidado e na ordenação das Redes (BRASIL, 2010).

No contexto, a região de fronteira representa uma elevada transição de população residente proveniente dos países vizinhos em busca por atendimento, assim, o planejamento do orçamento é representado e repassado baseado na população residente do município. Esse orçamento limitado à saúde resulta em limitações de recursos humanos e insuficientes equipamentos para realização de procedimentos de alta e média

complexidade, poucos profissionais das mais distintas áreas, incluindo a Atenção Primária a Saúde, o que gera um desequilíbrio entre a oferta e demanda de serviço de qualidade a todos que buscam no município (CAZOLA *et al.*, 2011).

2.4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DA CRIANÇA

As ações do cuidado à criança devem ser iniciadas desde o componente do pré-natal, com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento intrauterino. Após o nascimento, no segmento da alta hospitalar, a mãe recebe a caderneta da criança com orientações necessárias do seu cuidado. Assim, a busca da criança quando falta na puericultura deve ser uma ação indispensável aos profissionais que atuam na assistência. Os profissionais estratificam o risco apresentado de cada criança e referenciam os locais especializados, como os ambulatórios ou hospital de referência (PARANÁ, 2013).

Um estudo com enfermeiros da RMP descreve que estes conhecem os compromissos que o programa apresenta e compreendem que surgiu com a finalidade de proporcionar melhor qualidade à saúde pública no atendimento humanizado às crianças e às gestantes, por meio de ações em conjunto que contribuam na redução da mortalidade. No entanto, reconhecem que investimentos são necessários para que sejam alcançados resultados de excelência no cuidado em saúde à população materno-infantil (SOARES *et al.*, 2017).

Outro estudo, agora com médicos da RMP, apresentou, em seus resultados, que estes demonstram conhecimento sobre a importância da temática, mas ressaltam a falta de treinamento, bem como a existência de lacunas entre os profissionais que atuam na rede de atenção à saúde. Por outro lado, o atual modelo do sistema de saúde ainda é visto como a porta de entrada para o atendimento individual, centrado na queixa, nos aspectos biológicos, na fragmentação do cuidado, com problemas de acesso (ROCHA *et al.*, 2017; MARIN, 2013).

Na APS, a consulta de enfermagem de puericultura busca identificar problemas prevalentes na infância, contribuindo nas avaliações periódicas ao longo do crescimento e desenvolvimento da criança. As consultas periódicas de puericultura não competem apenas ao enfermeiro, requerem atuação conjunta da equipe de saúde, possibilitando atendimento e consulta compartilhada com os outros profissionais da equipe. Neste caso,

quanto mais nova a criança, mais vulnerável a complicações da infância, por esse motivo, há a necessidade de consultas mais frequentes (CAMPOS *et al.*, 2011).

Na atenção primária, os profissionais que realizam o pré-natal das mães, geralmente, serão os mesmos que realizarão o acompanhamento às famílias durante a puericultura da criança. Dessa forma, para que ocorra um vínculo entre os profissionais e a mãe, é preciso que haja a troca de informações e explicação do que será realizado com a criança, respeitando os medos e receios da mãe (BRASIL, 2012).

Um estudo realizado com crianças de idade entre 12 e 16 meses de vida, atendidas pelo serviço público de saúde da maternidade de São Leopoldo (RS), mostrou um total de 53,2% de adesão às consultas periódicas nesta faixa etária. Contudo, as crianças não são levadas ao acompanhamento periódico de puericultura, visto que as mães relatam que grande parte dos atendimentos são pouco satisfatórios por parte dos profissionais que prestam a assistência. Com isso, na percepção delas, esse acompanhamento é desnecessário na ausência de doenças (VITOLLO; GAMA; CAMPAGNOLO, 2010).

A qualificação dos profissionais de saúde ainda é um desafio, sobretudo no que diz respeito ao processo do cuidado, ao acesso a exames e aos seus resultados em tempo oportuno, bem como à integração da APS com a rede, voltada para o cuidado materno-infantil. Logo, investimentos em qualificação profissional se fazem necessários para qualificar a assistência em saúde (ARAÚJO *et al.*, 2014; BRASIL, 2012).

2.5 A SAÚDE NA REGIÃO DE FRONTEIRA

O Brasil e os países vizinhos foram inseridos no capitalismo global como competidores na exportação de matérias-primas e na atração de capital para investimentos diretos. A percepção geográfica na região não pode ser afastada da confecção das políticas externas. A preocupação territorial era expressa na maioria dos acordos com as nações vizinhas, mas estes não tinham como intenção o fomento de iniciativas de coordenação política ou econômica (CARVALHO, 2013).

Seja ao Sul do Brasil, ou em todo o contexto, a formulação das políticas externas da região sempre se baseou no debate entre as elites em torno da forma de se aproximar dos polos de poder europeu e norte-americano, que se revezaram na tutela da região e que

marcaram de forma efetiva a construção das teorias e das políticas nacionais e internacionais (CARVALHO, 2013).

O Brasil está localizado na porção centro-oriental da América do Sul. Banhado a leste pelo oceano Atlântico, possui 24.253 km de fronteira, sendo 7.367 km marítimos e 16.885 km do Oiapoque ao Chuí, que fazem fronteira do Amapá com a Guiana Francesa e Rio Grande do Sul com o Uruguai, respectivamente. Este termo é comumente utilizado para mostrar que o país faz fronteira de uma ponta a outra, Norte-Sul (BRASIL, 2016).

A faixa ou zona de fronteira caracteriza-se geograficamente por ser uma faixa de até 150 km de largura, que abrange 588 municípios, dos quais, 30 são cidades gêmeas e 120 estão situadas dentro da linha de fronteira, e o restante pertence a 11 estados, sendo eles: Acre, Amapá, Amazonas, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Pará, Paraná, Rio Grande do Sul, Rondônia, Roraima e Santa Catarina, área que corresponde a 27% do território nacional e a 19% de toda a população brasileira. O Brasil busca uma atualização desta faixa de forma compatível com sua localização estratégica (BRASIL, 2016; BRASIL, 2005).

Outro aspecto de grande influência é a distribuição, ao longo da Faixa de Fronteira, de áreas isoladas e pouco povoadas e de áreas densamente povoadas. Na fronteira densamente povoada, as pessoas são mais vulneráveis à transmissão de doenças, dada a intensidade e multiplicidade de interações que aí se efetuam, tornando o controle de doenças ainda mais difícil. Por outro lado, as populações das áreas de fronteira mais isoladas sofrem com a falta de pessoal para o atendimento, a falta de medicamentos e a falta de controle dos programas de saúde (PEITER, 2005).

Alguns aspectos devem ser levados em conta quando se trata de saúde em fronteira, tais como: a continuidade territorial, conformando um território único, ainda que em países distintos; a realidade fronteiriça, histórica e fortemente condicionada por interesses particularistas, além do impacto da globalização. Soma-se ao processo histórico e de desenvolvimento problemas próprios dos sistemas sanitários dos países e, ainda, no interior de cada província ou municípios, em decorrência das desigualdades na distribuição de serviços sanitários, bem como a diversidade de concepção de saúde (NOGUEIRA; SILVA, 2009).

Devido ao extenso território fronteiriço do Brasil com os países da América Latina, os fenômenos de intensificação do livre comércio apresentam reflexos sobre o setor social, além de problemas já existentes nas linhas de fronteiras, ou seja, a diferença

nos programas sociais entre os países vizinhos. Desse modo, os municípios fronteiriços brasileiros têm tido dificuldade em proporcionar atenção integral à saúde aos seus usuários, conforme descrito no SUS, devido à escassez de recursos humanos, equipamentos para realização de procedimentos de alta e média complexidade, distância entre estes municípios e os grandes centros de saúde, entre outros apresentados anteriormente (GALLO; COSTA; MORAES, 2004).

Até o ano de 1991, quando foi criado o MERCOSUL, não havia no território brasileiro nenhuma política pública voltada para o território fronteiriço, pois, então, com o processo de integração econômica, foi a hora de encarar o problema da superlotação dos serviços de saúde, não só por usuários estrangeiros, mas também por brasileiros que têm moradia em outros países, exigindo direitos específicos para os cidadãos fronteiriços (PEITER, 2005).

Sendo assim, o governo brasileiro estudou a situação e criou o SIS-Fronteira, com a portaria GM/ MS n. 1.120, de julho de 2005. O objetivo original do programa era ampliar a capacidade operacional de 121 municípios de até 10 km da linha de fronteira, por meio de compensação orçamentária, uma vez que a população flutuante não era contabilizada nos gastos públicos brasileiros (FERREIRA; MARIANI; NETO, 2015).

Contudo, o SIS-Fronteira foi composto, basicamente, por três fases: a primeira fase se daria por um diagnóstico situacional da saúde e da infraestrutura disponível, caracterização, quantificação e a identificação da população, deveria ser apresentado um plano operacional formulado pela gestão municipal juntamente à Universidade Federal do estado solicitante; a segunda fase realizaria a qualificação da gestão, serviços e ações e implementação da rede de serviços à saúde nos municípios fronteiriços; e, finalmente, a terceira fase seria de consolidação de serviços e ações dos municípios de fronteira (BRASIL, 2005).

Estas alterações foram justificadas, pois houve mudança nas coordenações do projeto no âmbito federal (FERREIRA; MARIANI; NETO, 2015). Segundo informações de manuais da saúde, o programa SIS-Fronteira foi encerrado em 2014 e não foi substituído por nenhum outro. É importante lembrar que este programa não implementava o atendimento ao paciente fronteiriço, mas sim melhorava as redes de atenção em cidades fronteiriças e, conseqüentemente, o atendimento para a população local (FERREIRA; MARIANI; NETO, 2015).

Este programa não está implantado em todo o país, contudo, percebe-se a preocupação do Estado com a população flutuante. A princípio, parece um programa voltado para os turistas e não para a população transfronteiriça, mas este tipo de ação gera brechas para implementação de novas políticas públicas nacionais que atendam à área de fronteira do Brasil, pois se sabe que há mais uma grande parte da população brasileira residente nestes locais e, atualmente, não existe nenhum programa nacional que atenda a população de forma diferenciada (BRASIL, 2016).

O setor de saúde pública no Brasil é financiado pelos governos federal, estadual e municipal. O repasse é feito a partir do número de habitantes de cada município e de acordo com os dados oficiais do censo do IBGE. No caso do município de Foz do Iguaçu, por apresentar uma numerosa população flutuante e não aparecer nos dados do censo, os gastos e repasses de recursos para a prefeitura não são suficientes para atender a demanda das populações, limitando os recursos orçamentários e prevalecendo o confronto do direito em saúde (ALBUQUERQUE, 2012).

Como lugar, a fronteira é o envoltório de um conjunto de instituições, práticas, sujeitos e modos de vida que se dão de forma particular naquele lugar e não em outro. As fronteiras, em geral, nascem como áreas periféricas, que criam e consolidam desigualdades sociais e econômicas (NOGUEIRA; SILVA, 2009).

Um estudo realizado em região de fronteira mostrou que a continuidade do cuidado do recém-nascido pré-termo tem fluxos de referência e contrarreferência mal definidos, bem como atendimento descontinuado das redes de atenção à saúde. Além disso, a atenção primária à saúde não tem participação no acompanhamento da criança que nasceu prematura e da família junto ao Centro de Nutrição Infantil de Foz do Iguaçu, serviço de referência ao cuidado do pré-termo. Constata-se, assim, a (des)continuidade do cuidado do recém-nascido pré-termo em região de fronteira (BERRES, 2017).

A assistência ao recém-nascido nas três Regionais de Saúde, no Estado do Paraná, que integram a RMP, mostra a prática de cuidados em saúde materno-infantil por meio da assistência do profissional enfermeiro, quando este auxilia a mãe após o nascimento da criança, dando continuidade às ações voltadas à promoção em saúde, após alta do ambiente hospitalar (GREBINSKI, 2019).

Como lugar, a fronteira é o envoltório de um conjunto de instituições, práticas, sujeitos e modos de vida que se dão de forma particular naquele lugar e não em outro. As fronteiras, em geral, nascem como áreas periféricas, que criam e consolidam desigualdades sociais e econômicas (PEITER, 2005; NOGUEIRA; SILVA, 2009).

Para Mello, Victora e Gonçalves (2015), na fronteira, muitos dos problemas ligados ao atendimento materno-infantil merecem um olhar especial e abrangente, os quais estão ligados a aspectos históricos, inclusive no que tange a seus direitos, à identidade e à visibilidade dos indivíduos.

O direito à saúde na fronteira representa um desafio para o campo da saúde coletiva. O financiamento e o repasse de verbas permanecem sem solução. Na fronteira, é livre o trânsito de pessoas dos países vizinhos, não sendo computadas nos indicadores financeiros e sanitários nos repasses de recursos do governo estadual e federal aos municípios brasileiros que fazem fronteira com o Paraguai (SANTOS; RIZZOTTO; CARVALHO, 2019).

Aikes e Rizzotto (2018) pressupõem que a integração da região de fronteira depende de iniciativas que legitimem os processos relacionados aos direitos sociais da população transfronteiriça, uma vez que o repasse de financiamento de verbas representa um limitador no acesso às ações de integração voltadas à gestão, ao financiamento e à saúde pública.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, descritiva e exploratória. Entende-se por pesquisa qualitativa aquela que não se preocupa com representatividade numérica, mas sim com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização etc. Ela é normalmente planejada e adaptável ao que acontece no campo. De modo geral, os dados da pesquisa qualitativa produzem mais informações contextuais sobre um participante, ou seja, quando estudado e limitado um número de participantes, utiliza-se fragmentos extraídos de histórias de vida, identificando fatores reais daquelas pessoas ou do público estudado. A pesquisa qualitativa descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade. A pesquisa qualitativa de caráter exploratório tem o objetivo de proporcionar maior familiaridade com o problema, com vista a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (MINAYO, 2010).

Considerando que as investigações no âmbito da saúde envolvem inúmeros fatores, sobretudo questões relacionadas ao comportamento e interações sociais, destaca-se a importante contribuição da metodologia qualitativa para o entendimento do fenômeno estudado, uma vez que a pesquisa qualitativa busca analisar os fenômenos na dimensão sociocultural, que se expressa por meio de crenças, valores, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas (MINAYO, 2010).

Na pesquisa qualitativa, não há como prever a quantidade de entrevistas, por isso, não se define quantidade de participantes à priori. As entrevistas são encerradas quando os relatos das participantes se mostram convergentes e respondem ao objetivo do estudo (MINAYO, 2017).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido na APS e ESF do município de Foz do Iguaçu-PR, Brasil. Foz do Iguaçu está localizada ao Sul do Brasil, em uma região de tríplice fronteira, divisa com Cidade de Leste (Paraguai) e Porto Iguaçu (Argentina). Sua população foi

estimada em 263.915 habitantes, no ano de 2016, formada por uma diversidade de etnias, com 82 nacionalidades distintas. Atende, além de seus moradores, uma população flutuante dos países vizinhos, provenientes do Paraguai e Argentina (IBGE, 2017).

Segundo dados disponíveis pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o município de Foz do Iguaçu pertence e é sede da 9ª Regional de Saúde (RS) do estado do Paraná, que contempla nove municípios, a saber: Foz do Iguaçu, Medianeira, Matelândia, São Miguel do Iguaçu, Itaipulândia, Ramilândia, Missal, Santa Terezinha de Itaipu e Serranópolis do Iguaçu (IBGE, 2017).

Apresenta 27 Equipes Saúde da Família (ESF), distribuídas em 17 Unidades de Saúde da Família (USF); 10 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 03 Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família (NASF), implantados nos Distritos Norte, Nordeste e Leste, para assistência à saúde da mulher e da criança na atenção básica de saúde (FOZ DO IGUAÇU; PARANÁ, 2017).

Assim, no Distrito Sanitário Norte, encontram-se 07 UBS: (Centro de Referência da Família AKLP, Vila C, Vila C Nova, Porto Belo, Cidade Nova, Jd. Lancaster e Jd. Jupira); Distrito Sanitário Nordeste, 04: (São João, Sol de Maio, Três Lagoas, Três Bandeiras); Distrito Sanitário Leste, 06: (Portal da Foz, Morumbi I, Morumbi III, Jd. São Paulo I, Jd. São Paulo II, Campos do Iguaçu); Distrito Sanitário Oeste ou Central, 04: (Parque Presidente, Jd. América, Vila Yolanda, Vila Adriana); Distrito Sanitário Sul, 06: (Profilurb I, Profilurb II, Ouro Verde, CAIC Porto Meira, Vila Carimã e Padri Monti) (FOZ DO IGUAÇU, 2017).

Para dar início à coleta de dados, foi realizado sorteio de cinco UBS ou ESF, sendo uma de cada distrito municipal de saúde de Foz do Iguaçu. Salienta-se que são cinco distritos (Distrito Sanitário Norte, Distrito Sanitário Nordeste, Distrito Sanitário Leste, Distrito Sanitário Oeste ou Central e Distrito Sanitário Sul).

Para dar início à coleta de dados, foi realizado sorteio de cinco UBS ou ESF, uma de cada distrito municipal de saúde de Foz do Iguaçu. Salienta-se que foram entrevistadas mães e enfermeiras da unidade de saúde de cada um destes cinco distritos sanitários: Distrito Sanitário Norte (Vila C), Distrito Sanitário Nordeste (Três Lagoas), Distrito Sanitário Leste (Morumbi I), Distrito Sanitário Oeste ou Central (Jardim América) e Distrito Sanitário Sul (Porto Meira). Não houve necessidade de ampliar a coleta de dados em outras unidades, de outros distritos sanitários do município, apenas as descritas.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Foram critérios de inclusão para o estudo: ser mãe de criança de 0 a 24 meses de idade, responsável pelo cuidado integral no domicílio da criança usuária, do sistema público de saúde do município de Foz do Iguaçu, com disposição para contribuir com a pesquisa, capacidade e facilidade de comunicar-se e consentir a participação no estudo por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Ser enfermeira atuante diretamente na prestação de continuidade cuidado da criança na APS ou ESF, no município de Foz do Iguaçu-PR, Brasil (APENDICE I).

Foram critérios de exclusão: ser mãe de crianças com idade superior a 24 meses de idade, mãe com idade inferior a 18 anos, não ser responsável pelo cuidado integral da criança, a criança não ser usuária do sistema público de saúde do município de Foz do Iguaçu, mostrar-se incapaz de comunicar-se e não consentir com a participação no estudo por meio de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Ser enfermeira que não atue diretamente na prestação na continuidade do cuidado da criança na APS ou ESF, no município de Foz do Iguaçu-PR, Brasil (APÊNDICE I).

Respeitando os critérios de inclusão e de exclusão, participaram do estudo 14 mães de crianças de 0 a 24 meses, cujas crianças eram usuárias do sistema público de saúde, com realização de puericultura na atenção básica, e cinco enfermeiras da AB, que atuavam em UBS ou ESF, no município de Foz do Iguaçu.

3.4 COLETA DE DADOS

Para dar início à coleta de dados, foi realizado sorteio de cinco UBS ou ESF, sendo uma de cada distrito municipal de saúde de Foz do Iguaçu. Salienta-se que são cinco distritos (Distrito Sanitário Norte, Distrito Sanitário Nordeste, Distrito Sanitário Leste, Distrito Sanitário Oeste ou Central e Distrito Sanitário Sul).

A seguir, buscou-se junto às enfermeiras de cada UBS ou ESF, de cada distrito sanitário informado anteriormente, as mães de crianças de 0 a 24 meses de idade, usuárias do serviço público de saúde e da respectiva unidade de saúde, ou seja, que realizavam puericultura ou estavam cadastradas no serviço de saúde.

O contato prévio com as mães para participação da pesquisa se deu no dia da realização da puericultura da criança. As mães foram consultadas sobre o interesse e disponibilidade para participar do estudo, respeitando os critérios de inclusão e de exclusão.

As entrevistas foram realizadas aleatoriamente, conforme aceite das mães. Foi-lhes dada a possibilidade de escolher a data e hora de disponibilidade e lugar de preferência para a entrevista, como elas julgassem melhor. Porém, nenhuma das mães apresentou interesse em realizar a entrevista em outro local, fora da UBS.

A seguir, buscou-se junto às enfermeiras de cada UBS ou ESF o interesse e a disponibilidade em participar do estudo, respeitando os critérios de inclusão e exclusão definidos. Participaram do estudo cinco enfermeiras: uma (enfermeira) de cada distrito sanitário de saúde.

A coleta de dados ocorreu no período de março de 2018 a junho de 2019, guiada por instrumento de coleta semiestruturado para mães (APÊNDICE II, III, IV) e para enfermeiros (APÊNDICE V).

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

O método utilizado para a análise dos dados foi análise de conteúdo, segundo a perspectiva de Minayo (2010). Conforme a autora, as abordagens qualitativas permitem investigar grupos e segmentos delimitados e focalizados, de histórias sociais sob a ótica dos atores, de relações e para análises de discursos e documentos. Para a pesquisadora, essa abordagem permite desvelar processos sociais pouco conhecidos, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. A análise temática de conteúdo se organiza em torno de três etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração dos dados; e 3) Tratamento, inferência e a interpretação dos dados, conforme se descreve a seguir (MINAYO, 2010).

Na primeira etapa, denominada pré-análise, foram reunidas todas as entrevistas transcritas para leitura flutuante do material. Na segunda etapa, foi realizada a exploração dos dados das entrevistas. Nesta etapa, foram realizadas as operações de codificação dos dados por meio de recortes do texto, que sinalizavam as unidades de registros, os temas. Na sequência, realizou-se classificação e agregação das informações que conformaram as

categorias simbólicas ou temáticas. Na terceira etapa, foi realizado o tratamento dos resultados, inferência e interpretação dos dados (MINAYO, 2010). Salienta-se que, na terceira etapa, a organização dos dados favoreceu a visualização da regularidade dos dados obtidos das falas das mães e dos enfermeiros, bem como definir os enunciados que correspondiam àquele tema.

A escolha do método do estudo foi considerada adequada por conduzir a compreensão do processo de cuidar no contexto da criança, considerando as experiências de mães e profissionais de saúde, envolvidos diretamente no cuidado e na garantia da sua continuidade e de atenção à saúde da criança nos serviços da APS. Assim, o método permitiu compreender a realidade e as experiências de vida do cotidiano de cada um.

As entrevistas foram encerradas por saturação teórica, a qual permite a suspensão de inclusão de novos participantes, quando os dados obtidos, na avaliação do pesquisador, apresentam uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante insistir na coleta de dados (MINAYO, 2017).

3.6 ASPECTOS ÉTICOS EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS

Este estudo está inserido em um projeto maior, Chamada Universal MCTI/CNPq nº 01/2016, intitulado: Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança, o qual teve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina - CEP/UDEL, sob número: 2.053.304, em 09 de maio de 2017. Três centros acadêmicos colaboram com a pesquisa, incluindo a Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), *campus* de Cascavel e Foz do Iguaçu e Universidade Estadual de Londrina (UEL) (ANEXO I).

Para a realização da coleta de dados na APS, do município de Foz do Iguaçu-PR, Brasil, a pesquisadora solicitou autorização junto à Secretaria Municipal de Saúde do município, doravante em seu nome, sob número: 048804/2017, no protocolo geral anexo à Prefeitura Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu (ANEXO II).

As entrevistas foram realizadas respeitando todas as recomendações da Resolução nº 466/2012 e da Resolução nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), sobre pesquisa com seres humanos e em ciências humanas e sociais, respectivamente. Os

participantes foram esclarecidos sobre a pesquisa, sendo realizada leitura e explicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE I), com coleta de assinatura voluntária da participante para anuir sua participação na pesquisa.

Aos participantes da pesquisa foi informado o objetivo do estudo, como se dá a sua participação, a possibilidade de haver algum constrangimento, ansiedade, desconfortos e o método de registro da entrevista. Foi explicado que a entrevista poderia ser interrompida a qualquer momento e seguiria somente com o consentimento do participante, que sua identidade não seria divulgada e que dados das entrevistas seriam tratados de maneira sigilosa, sendo utilizados apenas para fins científicos.

Foi salientado que os participantes não pagariam nem receberiam qualquer benefício ou dinheiro para participar do estudo. Ressaltou-se que os participantes poderiam desistir a qualquer momento da pesquisa. Essas informações estão explícitas nos TCLEs, que foram assinados em duas vias. Uma via ficou na posse do participante e a outra da pesquisadora.

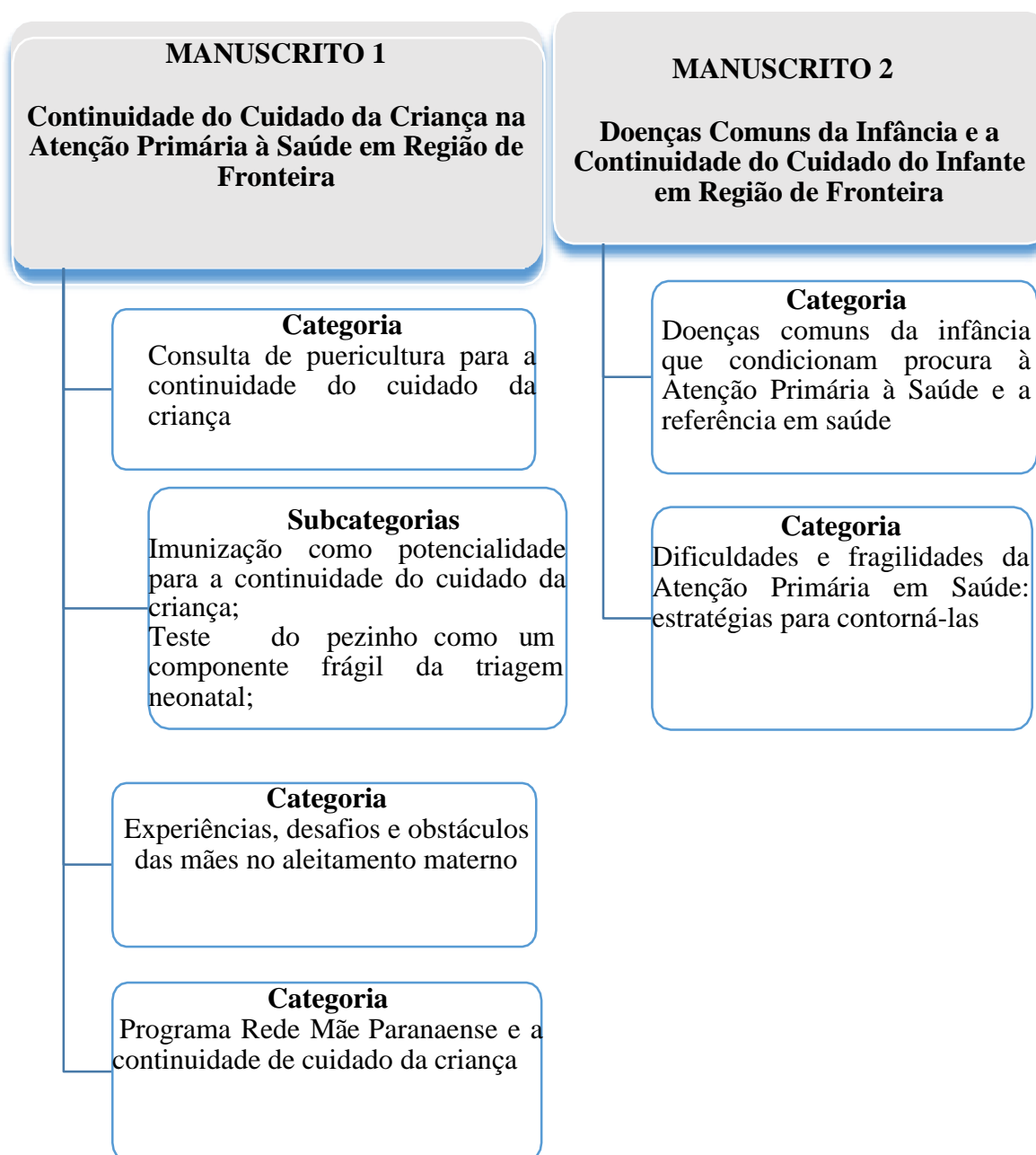
Não houve exposição a riscos, seguindo o rigor ético, conforme prevê a Resolução nº 466/12 e Nº 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do MS. Contudo, houve algum constrangimento ou ansiedade de alguns participantes frente à ideia de realizar a entrevista mediante gravação. Neste caso, coube a pesquisadora contorná-los, respeitando a individualidade de cada ser, tranquilizando-o e reforçando as orientações quanto a participação na pesquisa, o sigilo e anonimato. No ato da entrevista, não houve intercorrências ou mal súbito dos participantes da pesquisa. Toda pesquisa, como forma de responsabilidade social, tem por resultado trazer benefícios principalmente à comunidade, permitindo a implantação de novas práticas em saúde e políticas de saúde. Dessa forma, os resultados serão comunicados à instituição e à sociedade por meio de artigos, trabalhos apresentados em congressos e outros meios disponíveis.

Para garantir o anonimato e privacidade das participantes, foram utilizados codinomes. As entrevistadas foram identificadas pela letra inicial de mãe (M), seguida por número arábico, conforme a ordem das entrevistas, sendo M1, M2, M3, e assim por diante. Essa estratégia também foi utilizada com as enfermeiras, identificadas com a letra inicial de enfermeira (E), seguida por número arábico, conforme a ordem das entrevistas, sendo E1, E2, e assim por diante.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados serão apresentados em dois manuscritos. Para melhor entendimento do leitor, apresenta-se um diagrama para visualização do processo de organização dos dados, em categorias e subcategorias, conforme os temas identificados, para cada manuscrito (Figura 2).

Figura 2: Divisão temática: proposta para apresentação dos resultados e confecção dos manuscritos.



Fonte: Elaborado pela autora

O primeiro manuscrito apresenta o tema principal da pesquisa, com o título: Continuidade do cuidado da criança na atenção primária à saúde em região de fronteira. Este manuscrito é composto por três categorias e duas subcategorias, quais sejam: categoria Consulta de puericultura para a continuidade do cuidado da criança, e respectivas subcategorias, Imunização como potencialidade para a continuidade do cuidado da criança e Teste do pezinho como um componente frágil da triagem neonatal; categoria Experiências, desafios e obstáculos das mães no aleitamento materno; e categoria Programa Rede Mãe Paranaense e a continuidade de cuidado da criança.

Já o segundo manuscrito, Doenças comuns da infância e a continuidade do cuidado do infante em região de fronteira, é composto por duas categorias: Doenças comuns da infância que condicionam procura à APS e a referência em saúde; e Dificuldades e fragilidades da APS: estratégias para contorná-las.

4.1 CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO ESTUDO

As mães apresentaram idade entre 18 e 44 anos. Em sua maioria, são brasileiras, casadas ou vivendo em união estável, possuem ensino médio completo, têm profissão ou ocupação e contam com renda familiar entre 1 e 3 salários mínimos (SM). Além disso, a maioria das famílias possuía mais de 3 pessoas vivendo no mesmo domicílio (Tabela 1).

Em relação às crianças, filhos das mães que participaram do estudo, a idade variou de dois meses a um ano e quatro meses, sendo 9 do sexo feminino e cinco do sexo masculino, com idade gestacional ao nascer entre 38 e 40 semanas.

Quanto a via de nascimento, oito foram cesáreas e seis partos. Com relação ao peso das crianças ao nascer, variou de 3,010 kg e 3985 kg. Destas, somente uma criança residia no Paraguai e as demais no Brasil (Tabela 2).

Tabela 1: Caracterização das mães segundo idade, estado civil, escolaridade, nacionalidade, profissão e renda. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2019.

CÓDIGO	IDADE	ESTADO CIVIL	ESCOLARIDADE	NACIONAL	OCUPAÇÃO PROFISSÃO	RENDA FAMILIAR
M1	34	Casada	EMC	Brasileira	Op. Caixa	1-3 SM
M2	27	Amasiada	EMI	Brasileira	Autonoma	1-3 SM
M3	26	Casada	EMC	Brasileira	Manicure	1-3 SM
M4	25	Casada	EFI	Brasileira	Diarista	1-3 SM
M5	22	Solteira	ESI	Brasileira	Merendeira	3-5 SM
M6	18	Amasiada	EMI	Brasileira	Desemp.	1-3 SM
M7	27	Casada	EMC	Brasileira	Desemp.	1 SM
M8	23	Casada	ESI	Haitiana	Op. Caixa	1-3 SM
M9	44	Casada	ESC	Brasileira	Cabeleireira	3-5 SM
M10	28	Casada	EFC	Paraguaia	Desemp.	1 SM
M11	29	Amasiada	EMC	Brasileira	Vendedora	1-3 SM
M12	19	Casada	EMC	Brasileira	Desemp.	1-3 SM
M13	24	Amasiada	EFC	Brasileira	Desemp.	1-3 SM
M14	21	Solteira	EMC	Brasileira	Manicure	1 SM

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

Legenda: Escol. (escolaridade), Prof./Ocup. (profissão/ocupação), nº (número), a (anos), EFC (Ensino Fundamental Completo), EMC (Ensino Médio Completo), EMI (Ensino Médio Incompleto), ESI (Ensino Superior incompleto), ESC (Ensino Superior Completo), SM (salário mínimo), PY (Paraguaio).

Em relação aos profissionais de saúde, a idade variou entre 32 a 38 anos, sendo todas do sexo feminino, com tempo de profissão entre 10 a 15 anos na atenção à saúde. A totalidade das enfermeiras possuía pós-graduação, sendo quatro com especializações na área da saúde e uma com mestrado na área de ensino.

Tabela 2: Caracterização das crianças segundo idade, sexo, idade gestacional, tipo de parto, peso ao nascimento e país de procedência. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2019.

CÓDIGO	IDADE	SEXO	IDADE GESTACIONAL	TIPO DE PARTO	PESO	LOCAL DE RESIDÊNCIA
C1	2 meses	M	39 semanas	Cesária	3055 g	Brasil
C2	4 meses	M	39 semanas	Cesária	3100 g	Brasil
C3	3 meses	F	40 semanas	Normal	3125 g	Brasil
C4	4 meses	F	40 semanas	Normal	3250 g	Brasil
C5	5 meses	F	38 semanas	Cesária	3710 g	Brasil
C6	2 meses	F	40 semanas	Normal	3305 g	Brasil
C7	8 meses	M	40 semanas	Normal	3010 g	Brasil
C8	1 ano 4 meses	F	39 semanas	Cesária	3075 g	Brasil
C9	9 meses	F	39 semanas	Cesária	3678 g	Brasil
C10	8 meses	F	39 semanas	Normal	3090 g	Paraguai
C11	11 meses	M	39 semanas	Cesária	3425 g	Brasil
C12	1 ano 3 meses	M	38 semanas	Cesária	3985 g	Brasil
C13	1 ano 1 mês	F	40 semanas	Normal	3180 g	Brasil
C14	1 ano 2 meses	F	39 semanas	Cesária	3275 g	Brasil

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

Legenda: F, feminino; M, masculino.

Tabela 3: Caracterização das enfermeiras considerando idade, sexo, tempo de profissão e qualificação profissional. Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, 2019.

CÓDIGO	IDADE	SEXO	TEMPO DE PROFISSÃO	QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL
E1	32 anos	F	10 anos	Mestrado
E2	39 anos	F	15 anos	Especialização
E3	35 anos	F	10 anos	Especialização
E4	38 anos	F	13 anos	Especialização
E5	37 anos	F	12 anos	Especialização

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

5 MANUSCRITO 1

CONTINUIDADE DO CUIDADO DA CRIANÇA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM REGIÃO DE FRONTEIRA

RESUMO

Objetivo: Compreender a continuidade do cuidado da criança na atenção primária à saúde em uma região de fronteira. **Método:** Estudo qualitativo, realizado na atenção primária à saúde, do município de Foz do Iguaçu-PR. Participaram 14 mães de crianças de zero a 24 meses e cinco enfermeiras. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada e registros das cadernetas das crianças, no período de março de 2018 a junho de 2019. A análise temática de conteúdo orientou a análise dos dados.

Resultados: Identificou-se três categorias: Consulta de puericultura para a continuidade do cuidado da criança; Experiências, desafios e obstáculos das mães no aleitamento materno e Programa Rede Mãe Paranaense; e a continuidade de cuidado da criança.

Conclusão: Consulta de puericultura e imunização são os principais componentes da atenção primária à saúde para a continuidade do cuidado da criança. Contudo, são requeridas ações para promoção do aleitamento materno e acordos entre gestores em saúde dos países que fazem fronteira para garantir a continuidade do cuidado às crianças brasiguaias.

Descritores: Saúde da criança. Família. Cuidado de enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Profissionais de saúde.

INTRODUÇÃO

A atenção na puericultura evidencia-se como um fator essencial na proteção e na prevenção a eventos adversos sobre a saúde da criança. No contexto da atenção à criança, um dos grandes desafios do sistema de saúde vigente é a qualidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS), para que sejam resolutivos na promoção, prevenção e recuperação da saúde da criança de zero a dois anos, garantindo às crianças o acesso à

saúde integral. Estudos realizados no Brasil apontam que a integralidade da atenção à criança representa um caminho em construção (DAMASCENO *et al.*, 2016).

Os cuidados de saúde materno-infantil representam prioridade na execução dos Programas Nacionais Materno-Infantil por todo o mundo, prioritariamente, na redução da mortalidade infantil. Em países da América Central, os principais desafios são elevar as taxas de aleitamento materno exclusivo, reduzir a mortalidade materna e garantir a cobertura universal do cuidado materno-infantil na integração de setores e na participação social em saúde (ESPINOSA *et al.*, 2018).

Há décadas, discute-se o modelo de atenção à saúde materna-infantil no Brasil, visto que a assistência constitui um espaço fundamental para alcançar mudanças na qualidade do cuidado, assim como, atingir padrões aceitáveis de mortalidade materna. A Razão de Mortalidade Materna (RMM) reflete a qualidade de atenção à saúde da mulher e da criança, e taxas elevadas estão associadas à insatisfatória prestação de serviços de saúde, desde a assistência pré-natal, parto e puerpério e o seguimento da criança (CARVALHO, 2014).

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná implantou no ano de 2012 a Rede Mãe Paranaense (RMP), um programa específico criado a partir de experiências exitosas no município de Curitiba e baseado nas diretrizes da Rede Cegonha (RC), proposta nacional ao atendimento materno-infantil no Brasil. A RMP foi instituída com o objetivo de garantir adequado acesso e atenção, promovendo o cuidado seguro e de qualidade às mulheres em idade reprodutiva e crianças menores de um ano de idade no estado do Paraná, e está fundamentada no modelo de atenção à saúde em rede (PARANÁ, 2018).

O direito à saúde nas regiões de fronteira é um tema recente, sendo os assuntos mais relevantes os que associam saúde às doenças transmissíveis e reemergentes aos refugiados, ao tráfico e suas consequências. Os territórios dinâmicos das zonas de fronteira constituem unidades epidemiológicas, e os problemas de saúde compartilhados impõem cada vez mais a realização conjunta de atividades para alcançar o efetivo controle de agravos e a garantia de acesso à atenção à saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2007; MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

No Brasil, particularmente, na região de tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, a demanda de atendimento da população é além do programado, o que pode dificultar a prestação de atendimento de qualidade, com intervenções integradas de saúde para a garantia da continuidade do cuidado (ALBUQUERQUE, 2012).

Considerando o exposto, questiona-se: como se dá a continuidade do cuidado da criança na atenção primária à saúde em uma região de fronteira? O objetivo foi compreender a continuidade do cuidado da criança na atenção primária à saúde em uma região de fronteira.

MÉTODO

O estudo qualitativo é parte de um projeto maior, Chamada Universal MCTI/CNPq 01/2016, processo 407508/2016-3, intitulado Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança, o qual tem parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, sob número: 2.053.304 e CAAE 67574517.1.1001.5231, em 09 de maio de 2017. Todas as recomendações das Resoluções Nº 466/2012 e Nº 510/2016 foram atendidas, respeitando-se os critérios para Pesquisa com Seres Humanos.

A coleta dos dados foi realizada em unidades básicas de saúde (UBS) e de estratégia de saúde da família (ESF), do município de Foz do Iguaçu-PR. Participaram 14 mães de crianças de 0 a 24 meses e cinco enfermeiras que realizam puericultura. A entrevista semiestruturada e registros do cartão da criança guiaram a coleta.

As entrevistas foram realizadas nas UBS e ESF e nas residências das mães. As mães foram abordadas, inicialmente, na unidade de saúde, cujas primeiras entrevistas aconteceram antes ou após as consultas de puericultura. Devido a interferência do ambiente na qualidade das entrevistas, optou-se pelo ambiente da residência das mães para as demais entrevistas, mediante contato prévio. Entrevistas com enfermeiras foram realizadas nas unidades de saúde. A coleta de dados ocorreu no período de março de 2018 a junho de 2019. A análise temática de conteúdo, segundo Minayo, (2010; 2017), orientou a análise dos dados.

Segundo Minayo (2017), uma amostra qualitativa ideal é a que reflete, em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões de determinado fenômeno e busca a qualidade das ações e das interações em todo o decorrer do processo. Não há medida estabelecida para o atendimento das homogeneidades, da diversidade e da intensidade das informações necessárias a um adequado trabalho de pesquisa.

A análise temática de conteúdo se organiza em torno de três etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração dos dados e 3) Tratamento, inferência e a interpretação dos dados, descritos conforme a seguir (MINAYO, 2010).

Na primeira etapa, denominada de pré-análise, há a organização das informações quando é estabelecido um esquema de trabalho que precisa compreender a leitura do material com a elaboração de hipóteses e indicadores, em que se formulam hipóteses e objetivos. Na segunda etapa, a exploração dos dados, consiste no cumprimento das decisões tomadas anteriormente, na construção das operações de codificação, considerando-se os recortes dos textos em unidades de registros, a definição de regras de contagem e a classificação e agregação das informações em categorias simbólicas ou temáticas. A terceira etapa trata-se de compreender o tratamento dos resultados, inferência e interpretação e em captar os conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado (MINAYO, 2010).

A coleta de dados foi encerrada mediante a saturação dos dados, que foi definida na ocorrência de repetição das informações e ausência de novos elementos para a consolidação das categorias encontradas (MINAYO 2017). Portanto, não existe um valor definido que possa prever a quantidade de entrevistas na pesquisa, por isso, não foi definido à priori o número de participantes. Sendo assim, as entrevistas foram encerradas quando os relatos das participantes mostraram convergência e saturação das informações.

RESULTADOS

A categoria **Consulta de puericultura para a continuidade do cuidado da criança** aponta que a continuidade do cuidado da criança após o nascimento, inicia-se pela puericultura, a partir da primeira semana de vida, na atenção primária. Conforme as enfermeiras, a puericultura baseia-se principalmente em realizar medidas antropométricas, exame físico, teste do pezinho, pesagem, verificação de imunização, avaliação da amamentação (pega, sucção do RN, mamas e mamilos da mãe) e orientações para o cuidado da criança.

[...] no primeiro atendimento, informo o resultado do teste do pezinho que foi feito no hospital, realizo a avaliação do peso da criança, acalmo as mães devido à perda de peso, falo das vacinas. [...] olhar a carteirinha e terminar de preencher o que está incompleto no caso os dados das

crianças e da mãe [...] ver a mãe amamentando [...] vejo se está na forma correta, avalio as mamas dessa mulher [...] vejo tudo a higiene, o umbigo, limpeza [do bebê] [...] (E1).

A ausência de registros pelos profissionais do hospital no cartão da criança, referentes aos dados de identificação e de avaliação ao nascer, como medidas antropométricas, é constatada no depoimento de mães e enfermeiras.

[...] algumas coisas que não foram preenchidas [...] as identificações, nome do pai, da mãe, endereço [...] da cabeça dela [circunferência] e do último peso também está faltando [...], mas aqui está o teste do pezinho, olhinho, teste do olhinho tudo realizado no hospital [...] tem marcado vacina também para fazer nela hoje [...] (M6).

Nas consultas de puericultura, as orientações em saúde às mães, para a continuidade do cuidado da criança, reportam a importância da consulta de puericultura mensal; do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida, com referência ao banco de leite, se necessário; das imunizações, ressaltando as próximas doses e os reforços; do banho de sol, sua importância e horários apropriados; sobre problemas comuns do recém-nascido, como o possível surgimento de cólicas e de icterícia; como realizar a higiene corporal (no banho e na troca de fraldas); do uso de fórmulas, quando necessário; das vestimentas adequadas, conforme a temperatura; dos riscos de acidentes domésticos, entre outros.

[...] fazemos um conjunto de orientações, oriento quanto ao aleitamento materno, que quando começam a sugar o seio é normal nesse início diminuição do peso da criança, não complementarem com nada, nem chá nem água, deixar exclusivo até o sexto mês, explicou que podem surgir cólicas, oriento sobre as vacinas, orienta sobre o banco de leite caso ela apresenta dificuldade durante amamentação, oriento a mãe que ela e seu filho têm direito até 28 dias do pós-parto em recorrer ao hospital de referência para eventuais doenças, que podem ocorrer com ambos, já marco a próxima consulta de puericultura (E1).

[...] falo sobre o uso de lenço umedecido, que pode dar candidíase, oriento quanto ao banho, a importância do banho de sol os horários apropriados e pode evitar a icterícia no bebê, famoso amarelão [...] (E5).

Para complementar as orientações em saúde na consulta de puericultura, após a criança completar seis meses de vida, os profissionais orientam sobre introdução alimentar e alimentação complementar. Quanto a isso, as mães informam que as orientações foram insuficientes. Afirmam terem recebido um papel com orientações

escritas, sem explicação complementares, sendo necessário recorrer a vídeos e realizar pesquisa na *internet*. Em relação à introdução alimentar, as mães relatam que seguem conselhos das avós e de outros familiares com mais vivências no cuidado de crianças.

[...] oriento as mães sobre sua alimentação, quando a criança começa a comer frutas, oriento as mães das frutas, de indiciar o suco natural, as papinhas de frutas, depois vem a alimentação pastosa de alimentos [...] (E2).

[...] a enfermeira só me deu um papel da alimentação e não me falou mais nada. Disse que com seis meses ele já poderia comer. Eu achei que foi muito pouca, então eu sempre procurava muito na internet, pegava vídeo no Youtube, sempre pesquisava e fui dando as comidinhas para ele. Minha mãe falava, minha avó sempre falava as coisas, minha sogra também me explicava bastante, já que elas têm mais experiência com criança [...] (M11).

Para as mães, a continuidade do cuidado consiste em levar a criança para a realização da consulta de puericultura, além da realização de cuidados rotineiros com o recém-nascido, tais como: amamentar, dar banho, trocar fralda, alimentar, entre outros. Para elas, por meio da puericultura, é possível saber sobre o crescimento e o desenvolvimento adequados dos seus filhos; de serem examinados e avaliados fisicamente para detecção precoce de condições que fogem da normalidade; e um momento oportuno para tirar dúvidas junto aos profissionais.

[...] a Puericultura é um acompanhamento realizada até os dois anos [...] feita para ver o crescimento do bebê, se está se desenvolvendo bem, perguntam se ele tá mamando, falam das vacinas, de não deixar atrasar, explicam a sua importância para criança, perguntam se está engatinhando, se ele tá caminhando, se eu tenho alguma dúvida. Eu sempre pergunto e a enfermeira sempre tira as minhas dúvidas [...] (M3).

Constata-se que a continuidade do cuidado à criança, por meio das consultas de puericultura, é comprometida, quando as mães retornam ao mercado de trabalho, pela distância da residência em relação à UBS, nos dias de chuva e de frio. Quando as mães retornam ao trabalho, as crianças comumente ficam com as avós, que acessam à UBS para a realização de imunizações e em caso de adoecimento da criança.

[...] tem mulheres que trabalham e deixam as crianças com as avós [...] após o retorno ao trabalho. Acabam deixando de vir na puericultura

porque precisam trabalhar [...]. As avós apenas trazem a criança no posto para as vacinas ou se ficam doentes [...] (E2).

[...] quando chove é ruim, porque eu moro um pouquinho longe, um dia que estava chovendo muito, eu não consegui vir (M4).

Identifica-se confiança na puericultura realizada por enfermeiras, relacionada à experiência dessas profissionais. Ainda destaca que a mãe demonstra mais confiança em relação à enfermeira durante a realização das consultas de puericultura, uma vez que a médica é mais nova e a enfermeira é mais experiente.

[...] a doutora Fulana, ela é mais nova, e enfermeira, ela é mais experiente [...] ela é uma boa médica [...], mas eu sinto mais confiança com a enfermeira (M14).

Sobre a organização da puericultura na APS, identifica-se que cada enfermeiro, de cada UBS, organiza sua agenda de atividades de forma particular. Alguns reservam dias específicos da semana para puericultura, outros optam por atender livre demanda.

[...] minha agenda eu deixo aberto, deixo todos os dias, menos na quarta, que é o dia do preventivo [...] (E1).

[...] prefiro deixar um dia certo, deixo uma vez por semana a consulta de puericultura, toda quinta de manhã tenho puericultura, assim me organizo melhor no meu tempo e consigo dividir o meu serviço, prefiro assim, essa divisão de agenda de dia (E3).

A subcategoria **Imunização como potencialidade para a continuidade do cuidado da criança** revela o compromisso das enfermeiras e das mães com a imunização. As mães são orientadas acerca da sua importância, desde o pré-natal, e, embora atrasos ocorram, são mínimos. Quando acontecem, os profissionais da APS fazem busca ativa por meio de contato telefônico e visitas domiciliares para promover a atualização do estado vacinal da criança.

[...] desde o pré-natal, a mãe já vai tomando responsabilidade [pela imunização] [...] eu tenho pouco atraso com relação ao calendário vacinal das crianças [...] (E1).

[...] na vacina da meningite, a gente foi no posto e não tinha lá a vacina, daí eu tive que ir em outro posto fazer nele, foi só dessa vez, que foi atrasado mesmo, mas é porque não tinha a vacina no posto daí acabou atrasando [...] (M12).

Identifica-se que mães paraguaias ou brasiguaias, cujas crianças nasceram no Brasil, recorrem à APS no Brasil para realização do teste do pezinho e para as imunizações, mesmo que não realizem continuidade aos cuidados do neonato e da criança através das consultas de puericultura.

[...] essas mulheres moram lá no Paraguai, elas vêm para o teste do pezinho, e vêm só para fazer a vacina. [...] acabam realizando pouco atendimento de Puericultura, fazendo apenas uma ou duas consultas, e depois elas acabam fazendo esse atendimento no Paraguai particular [...] (E1).

[...] eu não faço [consulta de puericultura], porque é igual eu disse [...], dependendo do meu marido e tem vezes que ele não pode me trazer. Daí ela [enfermeira] marcava e eu não vinha na consulta, agora não marco mais [...]. A enfermeira, falou que ela tinha vacina para fazer. [...] Só vim fazer a vacina quando deu. Como a gente mora no Paraguai [...] tenho mais dois filhos, eu não consigo vim nas consultas que ela marca [...] (M10).

A subcategoria **Teste do pezinho como um componente frágil da triagem neonatal** mostra a realização frequente da segunda coleta do teste do pezinho, por falhas na coleta do primeiro, realizado no hospital, ou quando a alta acontece antes das 48 horas, sendo a primeira coleta realizada antes das 48 horas de vida do neonato.

Ao serem questionados sobre o estabelecimento responsável de coleta e o motivo da realização precoce da coleta de amostra de sangue, identificou-se insegurança nas respostas. As mães desconhecem o motivo da realização do segundo teste do pezinho, uma vez que saem do hospital com a primeira coleta já realizada. Sobre o período considerado ideal para a realização da coleta, houve divergência em relação às respostas, o que demonstra fragilidades sobre a orientação apropriada.

O primeiro teste do pezinho é coletado no hospital, caso haja necessidade, coletamos o segundo na unidade [...] crianças prematuras ou que deu erro o teste, faltou preencher direito. [...]. Temos que coletar duas vezes. [...] a nossa região é bem complicada [...] é algo que é repassado via memorando e temos que seguir [...] (E1).

[...] estavam coletando alguns testes errados no hospital, daí a gente estava tendo que repetir o teste novamente na unidade [...] porque dava erro ou porque coletavam antes das 48 de vida da criança [...] estávamos com alguns erros, daí infelizmente estava sendo feito duas vezes [...] só fazemos o que nos foi repassado (E2).

[...] foi a enfermeira do hospital [...] ela falou que tinha que fazer com sete dias o exame do pezinho, que foi feito no hospital, e que depois ia

fazer no posto de novo, mas eu não sei o porquê disso, daí eu vim no posto e fizeram novamente o teste nela [...] (M7).

Fiz dois exames, então um foi feito no hospital, o primeiro teste e o segundo no posto, porque quando veio o resultado do primeiro deu uma alteração, mas daí a menina me explicou que foi porque o teste foi feito com menos de 48 horas [...] (M6).

A categoria **Experiências, desafios e obstáculos das mães no aleitamento materno** mostra que a amamentação materna exclusiva não ocorre sempre, já que evidencia-se a introdução de fórmulas lácteas, de leite pasteurizado e outras misturas. As mães justificam que seu leite não sustenta, acreditam que seu leite é fraco.

[...] ele toma uma mamadeira de Nestogem, acho que meu leite não sustenta muito, porque ele chora, daí eu do para ele a mamadeira [...] (M4).

[...] com quatro meses, meu leite parece que começou a ficar ralo e fraco, porque ela chorava de fome, daí comprei o NAN* para ela, quando ela começou a crescer eu misturei leite com Mucilon [...] (M5).

Segundo as enfermeiras, são justificativas para o aleitamento materno não exclusivo, entre elas, as mães saírem orientadas do hospital sobre a utilização de fórmulas como forma de complemento ao aleitamento materno, cujos pediatras deixam prescrição, caso precisem; as mães seguirem orientações das amigas, vizinhas ou mesmo da família sobre a necessidade de complementar a criança.

[...] na maioria das vezes, elas já saem orientadas do próprio hospital, que é considerado como referência, o uso de fórmulas [...] o leite artificial [...]. Não tem a manutenção do aleitamento materno exclusivo. A grande maioria deixa no peito no máximo até os cinco meses e logo já complementa com outro leite, daí já tira do seio ou algumas já saem do hospital dizendo que a criança não queria ganhar peso [...] ou a minha amiga também deu, vem também muito da parte de convivência familiar (E1).

Para as mães, as principais dificuldades enfrentadas durante a amamentação foram relacionadas à pega e sucção do neonato, que conseqüentemente produziram fissuras e dor nos mamilos e aréola, além de inadequada produção láctea. Esta última também relacionada ao estado emocional materno. Diante das dificuldades mencionadas, as mães foram orientadas a procurar o banco de leite humano para sanar dúvidas sobre a amamentação, orientação na forma correta da pega e sucção da criança junto ao peito.

[...] meu peito doía muito, rachou [...] eles me mandaram lá no Costa Cavalcanti, no banco de leite [...] eles me ensinaram fazer a massagem e tirar o leite, e colocaram ela para pegar direito [...] daí depois começou a vir normal o leite [...] (M8).

[...] em relação a amamentar, eu fiz de tudo para amamentar ele [...] eu não queria dar fórmula, não quis de jeito nenhum, eu tomei vários remédios vários chás para amamentar [...] eu fiz de tudo, nos primeiros dias meu peito até sangrou e rachou [...] meu peito machucou várias vezes [...] eu estava tendo pouco leite, mas mesmo assim eu estava amamentando ele, daí o meu leite secou por causa de stress, daí por causa de um problema de família, eu acabei ficando bem estressada, não tendo mais leite (M12).

Além das dificuldades inerentes ao processo de amamentar, a necessidade de retorno ao trabalho aos quatro meses de vida da criança também motivou mães à introdução de outros leites na alimentação da criança, com uso de mamadeira. Quanto a isso, salientam os profissionais que explicam como ordenhar e armazenar o leite materno. Porém, entendem ser mais fácil e cômodo às mães acrescentar fórmulas do que realizar a ordenha do leite materno.

[...] muitas associam que já tem que voltar a trabalhar e tem que dar um mês antes a mamadeira. A gente explica que é mais trabalhoso, só que o leite materno é melhor para o seu filho, a gente explica como fazer a ordenha, como que faz para armazenar, como que guarda este leite, como que aquece [...], mas elas preferem o que é mais cômodo, o mais fácil (E1).

Na verdade, eu comecei dar só uma mamadeira para ela, porque assim, daqui uns dias eu volto trabalhar de novo, ela vai ficar na creche [...] (M4).

Os resultados da categoria **Programa Rede Mãe Paranaense e a continuidade de cuidado da criança** revelam que o programa é entendido pelas enfermeiras como um guia prático para a realização do desenvolvimento de ações no contexto materno-infantil, particularmente, à criança, na realização da puericultura.

[...] é um programa desenvolvido com a finalidade de padronizar atenção no seguimento da gestante e da criança após o seu nascimento, no caso a quantidade de consultas no pré-natal, na realização da puericultura [...] ele vem lá da rede cegonha e foi readaptado no estado do Paraná, por isso que temos a linha guia que orienta como que devemos desenvolver os programas, tanto no pré-natal, quanto na puericultura (E1).

As mães desconhecem a existência do programa. O desconhecimento é inerente às próprias enfermeiras, que não informam e orientam a população sobre o programa, ou seja, que as ações em saúde materno-infantil são orientadas por um programa de saúde nacional, adequado ao estado do Paraná, denominado RMP. De outro modo, as enfermeiras alegam que as mães não leem a carteira dos seus filhos e acreditam não darem importância ou relacionarem suas ações à existência de um programa.

[...] não sei nada desse programa [...] nunca ouvi falar [...]. Eu só li a carteirinha dele [da criança] para saber o peso, as coisas que estavam escritas (M1).

[...] nunca ouvi falar sobre esse programa [...] (M2).

[...] eu nem sabia que isso existia esse programa. Para que serve isso? [...] (M9).

Eu não falo sobre o programa. No início eu falava, agora eu não comento mais, tentamos colocar em prática [...] fazer o máximo para seguir o programa, uma que a maioria dessas mulheres nem vão lembrar depois [...] elas mal leem a carteirinha da criança, quem dirá lembrar de programa [...] acho que só falamos se perguntarem [...](E4).

Segundo as profissionais, conseguem seguir a maioria do que vem escrito na linha guia do programa: as realizações de consultas, vacinação, orientações sobre a alimentação, os cuidados com a criança e a classificação de risco da criança. Informam sobre a realização da vacinação em tempo oportuno. Contudo, a contrarreferência configura uma fragilidade.

[...] feito por meio das ações desenvolvidas durante as consultas que fazemos na unidade [...] sigo o que está na forma de prevenção e tento fazer o acompanhamento, nem tudo conseguimos, devido as dificuldades encontradas. Crianças que precisam de um encaminhamento, daí não tem o médico [...] entra na fila que, dependendo da situação, demora [...] são alguns problemas que a rede enfrenta [...] (E5).

DISCUSSÃO

A continuidade do cuidado da criança, após a alta hospitalar, é iniciada nos primeiros dez dias de vida, por meio da consulta de puericultura, conforme orienta a Linha Guia da Rede Mãe Paranaense, do Estado do Paraná (PARANÁ, 2018).

As enfermeiras participantes deste estudo atendem ao que a Linha Guia recomenda para a atenção integral da criança, para seu crescimento e desenvolvimento seguro, particularmente ao que se refere à verificação do estado geral da criança (sinais de alerta e estratificação de risco dessa criança), exame físico completo (verificação de curvas de crescimento, peso e comprimento, perímetro cefálico, etc.), orientação no cuidado (alimentação, higiene e com o coto umbilical), imunizações (realização em tempo oportuno), quanto ao aleitamento materno (PARANÁ, 2018).

Importa destacar que a consulta de puericultura, neste estudo, não se restringe à verificação de medidas antropométricas, mas contempla orientações sobre a saúde da criança. O momento de orientações representa oportunidade de troca de saberes entre o profissional e a mãe, unidos em único propósito e bem comum, o cuidar da criança (VIEIRA *et al.*, 2012). Nesse sentido, a puericultura possibilita ao enfermeiro estreitar o vínculo com as famílias, com base em orientações para o cuidado da criança.

Nota-se, também, que as orientações sobre introdução alimentar e alimentação complementar da criança iniciam-se entre o terceiro e o quinto mês de vida, confirmando o importante papel do enfermeiro em aconselhar a alimentação saudável da criança durante o primeiro ano de vida, uma vez que as práticas alimentares insuficientes e inadequadas podem comprometer a longo e curto prazo a saúde da criança (LOPES *et al.*, 2018). Contudo, embora essas orientações aconteçam, nesse período, identificou-se que o modo como são ofertadas não contempla as necessidades de conhecimento das mães, que recorrem a pesquisas na *internet* e seguem conselhos da família para sobre a alimentação da criança.

Confirma-se que a prática de orientação pode gerar obstáculos à equipe de saúde em razão da falta de capacitação dos cuidadores e profissionais quanto a alimentação complementar saudável. Entretanto, enfatiza-se a importância de o enfermeiro orientar adequadamente as mães sobre as práticas relacionadas a nutrição e alimentação infantil (CAMPOS *et al.*, 2014). Logo, orientações adequadas podem garantir a alimentação segura e adequada à criança.

Em relação ao cuidado da criança no domicílio, a família representa um elemento chave e imprescindível para fortalecer a mãe. Todavia, cabe ao profissional individualizar

o cuidado, independente das peculiaridades de cada família, não desvinculando das necessidades de cada um, de suas crenças, sobre suas necessidades biológicas, afetivas e econômicas (ESTEVÃO *et al.*, 2016).

A interação entre a família e o profissional para garantia da continuidade de cuidados à criança requer maior valorização, particularmente na adesão e procura pelas consultas de puericultura quando a mulher (mãe) precisa retornar ao mercado de trabalho. Requer ao enfermeiro a compreensão da necessidade da mulher, que precisa conciliar os dois papéis, o de mãe e o da mulher profissional, presente diante da realidade econômica e social dessa família (GARCIA; VIECILI, 2018).

Verificam-se esforços da equipe de saúde na APS para atender as necessidades da população e promover o cuidado às crianças (FURTADO *et al.*, 2013). Isso se confirma quando o enfermeiro organiza sua agenda de puericultura de forma particular, criando modelos de organização diante de demandas e agendas, conciliando com outros programas para atender todo o contexto.

As imunizações representam um ponto chave para a diminuição da incidência de doenças prevalentes na infância e para a garantia de um crescimento e desenvolvimento mais saudável e seguro, e com a redução de possíveis agravos (AMORIM *et al.*, 2018). Com esse intuito, os profissionais orientam as mães sobre a importância da imunização, desde o pré-natal e, conseqüentemente, a imunização ganha destaque na continuidade do cuidado da criança.

Diferentemente de estudo que aponta situações que comprometem a adesão às imunizações, como mulheres com maior número de filhos, elevada carga de trabalho doméstico, falta de transporte, distância percorrida, desvantagens socioeconômicas, neste estudo não foi evidenciado comprometimento (CAVALCANTI; NASCIMENTO, 2015).

Na região do estudo, cujo município de Foz do Iguaçu, Brasil, faz fronteira com Paraguai e Argentina, identificou-se que mães paraguaias ou brasiguaias, cujas crianças nasceram no Brasil, apresentam adesão à realização do teste do pezinho e das imunizações da criança. Contudo, a continuidade do cuidado por meio da puericultura mostra-se comprometida. Frente a isso, aponta-se a necessidade de formular estratégias para assegurar a continuidade do cuidado dessa criança, com a garantia de serviços de saúde acolhedores, organizados e interligados, visto que as famílias migram entre regiões fronteiriças para garantir acesso à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2017a).

Neste cenário, no Brasil, após uma conclusão de consulta pública nº 18, de 20 de setembro de 2013, ocorreu a reformulação Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) criado em 2001, na qual ocorre a inclusão das triagens clínicas: Triagem da Cardiopatia Congênita, Triagem Neonatal Ocular, Triagem Neonatal Auditiva, conhecidos respectivamente como teste do coraçãozinho, teste do olhinho e teste da orelhinha (BRASIL, 2016).

A triagem neonatal, mais conhecida como teste do pezinho, baseia-se em um exame de rastreamento feito nos recém-nascidos (RN) na detecção de doenças de características genéticas e infecciosas, sendo competência dos profissionais de saúde a orientação à família sobre a necessidade e a importância. A realização dos testes de triagem neonatal representa uma demonstração de qualidade da equipe de saúde, no atendimento hospitalar realizado na saúde pública (ARDUINI *et al.*, 2017; MENDES *et al.*, 2017).

Se a alta e a coleta acontecem antes das 48 horas de vida do bebê, o profissional de saúde deve orientar a mãe e encaminhá-la à APS mais próxima de sua residência para a nova coleta de sangue dentro da primeira semana de vida da criança (MENDES *et al.*, 2017). Coletas feitas no RN com menos de 48 horas de vida podem levar a ocorrência de alterações no resultado do exame, que levam a um diagnóstico falso-positivo para algumas patologias. Dessa forma, deve-se rever o planejamento das ações em saúde desses serviços, de modo a definir prioridades e possibilidades para a efetivação do PNTN (OLIVEIRA; SOUZA, 2017b).

Deste modo, tal estudo atribui que o conhecimento dos participantes não possui forma completa e concisa PNTN, o que remete a falta de programas de educação permanentes, prioritariamente em auxiliar na compreensão dos desafios no cotidiano assistencial, para abordagem das políticas públicas e assim direcionar novas estratégias para ampliar a qualidade da assistência da triagem neonatal (BATISTTI *et al.*, 2018).

Sobre a recomendação de manter o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses, sendo iniciada a alimentação complementar a partir dos seis meses de vida e mantida até os dois anos da criança ou mais (LOPES *et al.*, 2018), não é evidenciada neste estudo, visto que há introdução de fórmulas lácteas, de leite pasteurizado e outras misturas antes dos 6 meses de vida da criança.

Essas mães encontram-se diante de múltiplas barreiras durante o componente materno e tendem a limitar a amamentação. Os enfermeiros podem apoiar e incentivar as

mães a superar os desafios e dificuldades da amamentação durante a assistência de enfermagem, nas consultas no pré e pós-natal, a fim de garantir a continuidade da amamentação e do cuidado da criança (MINHARRO *et al.*, 2019).

As dificuldades inerentes à amamentação e ao retorno ao mercado de trabalho, aos quatro meses de vida da criança, condicionaram as mães ao uso de mamadeiras para introdução de outros leites (MARTINS *et al.*, 2014). Além disso, fatores socioeconômicos, baixa renda, mães jovens e o uso de chupetas podem influenciar o desmame precoce (SCHINCAGLIA *et al.*, 2015).

Os profissionais da maternidade e da APS são importantes atores na adesão ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês da criança, por estarem diretamente ligados à promoção, à proteção e ao cuidado em saúde ao binômio, mãe-bebê. Assim, há necessidade de educação permanente e contínua sobre a amamentação às equipes voltadas ao cuidado da criança, intimamente interligas pelas RAS (MELLO; VICTORA; GOLÇALVES, 2015). Sobretudo, o desafio para assegurar a continuidade do cuidado da criança na APS, após a alta hospitalar, fundamenta-se no suporte adequado às mães para garantia do aleitamento materno às crianças.

A prática do aleitamento materno tem vantagens para a criança na prevenção de doenças gastrointestinais, respiratórias e alergias. Neste sentido, o aleitamento materno exclusivo até os seis meses deve ser estímulo pela equipe de saúde, orientando as mães sobre os benefícios da manutenção do aleitamento materno, bem como na ordenha e manejo do leite materno para que ele possa ser utilizado na alimentação da criança, contribuindo para que ela não seja privada dos benefícios do leite materno (OLIVEIRA *et al.*, 2017c).

A RMP compõe um conjunto de ações direcionadas à saúde materno-infantil que visa garantir o acesso e atenção à saúde, além de promover o cuidado seguro e de qualidade às mulheres em idade fértil e às crianças menores de um ano de idade, ainda que o público-alvo do programa sejam apenas mulheres e crianças, as ações propostas promovem a melhoria da qualidade de vida de toda a família paranaense (PARANÁ, 2018).

Segundo Frank *et al.* (2016), mesmo com algumas falhas identificadas, a implantação da RMP tem apresentado impacto positivo nos indicadores de saúde materno-infantil. Embora ainda haja muito a melhorar em relação à forma em que se

encontra estruturada e como tem sido implementada, principalmente no que diz respeito à qualificação dos profissionais que atuam nesse processo.

A falta de conhecimento das participantes sobre o programa pode estar vinculada à ausência da enfermagem, principal orientadora na realização dos programas prestados à saúde da criança na APS. Os direitos ao cuidado à saúde só se tornam possíveis quando os usuários têm conhecimento a respeito. No caso deste estudo, as mães não conhecem a RMP. Assim, o fato de não ter clareza sobre os direitos maternos e infantis garantidos por políticas, programas e estratégias de atenção à saúde pode comprometer a qualidade do cuidado requerido.

Nesse mesmo pensar, estudos realizados com médicos e enfermeiros, principais responsáveis pela assistência obstétrica e neonatal constataram que esses profissionais demonstram conhecimentos e compreendem os principais objetivos, indicadores e compromissos propostos pelo programa. Porém, reconhecem que ainda há uma lacuna entre os profissionais atuantes da rede, assim como falta capacitações e maiores investimentos para o fortalecimento da RMP (BUGS *et al.*, 2016; CALDEIRA *et al.*, 2017).

A implantação das recomendações da RMP por parte das equipes ainda se mostra deficiente na vivência das mães residentes em região de fronteira, portanto, deve-se reconsiderado algumas formas de atuação das equipes, de modo que trabalhem a perspectiva multidisciplinar da educação em saúde. Destaca-se a importância da puericultura como estratégia para a continuidade do cuidado da criança, durante os 24 meses de vida, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, na prevenção de doenças preveníveis e na promoção da saúde, em conjunto com a família, no seguimento em que vivem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As consultas de puericultura e a imunização são os principais componentes da atenção primária à saúde para a continuidade do cuidado da criança. Todavia, identifica-se frequente ocorrência de coleta do teste do pezinho pela APS, o que conduz a refletir sobre essa condição. Aponta-se para a necessidade de combater o desmame precoce com

orientações e práticas adequadas, desde o pré-natal. O retorno das mães ao trabalho precisa estar em consonância com o tempo de aleitamento materno exclusivo.

No que diz respeito à região de fronteira, crianças nascidas em território brasileiro, filhas de mães paraguaias ou brasiguaias, embora tenham direito ao atendimento pelo sistema de saúde brasileiro, não realizam puericultura rotineira. Isso aponta para a necessidade de os gestores em saúde dos países que fazem fronteira estabelecerem acordos para garantir a continuidade do cuidado a essas crianças.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. L. C. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço: o atendimento dos brasiguaios no sistema público de saúde de Foz do Iguaçu (Brasil). **Geopolítica(s)**, Natal, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012.

AMORIM, L. P., *et al.* Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.2, p. 585-597, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0585.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

ARDUINI, G. A. O., BALARIN, M. A. S., SILVA-GRECCO, R. L., MARQUI, A. B. T. **Conhecimento das puérperas sobre o teste do pezinho**. Revista Paulista de Pediatria. [online] vol.35, n.2, pp.151-157, 2017. Epub May 15, 2017. ISSN 0103-0582. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;35;2;00010>. Acesso em: 03 set. 2019.

BATISTTI, A. C., *et al.* Conhecimento do enfermeiro sobre a importância e operacionalização do Programa Nacional de Triagem Neonatal. **Rev Enferm UFSM**, v.8, n.2, p. 288-303, abr./jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769228030>. Acesso em: 18 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf. Acesso em: 08 nov. 2019.

BUGS, T. V., *et al.* Percepção, Conhecimento e Atuação dos Médicos no Programa Rede Mãe Paranaense. **Saúde (Santa Maria)**, [S.l.], v. 42, n.2, p. 185-194, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/19576/pdf>. Acesso em: 04 dez. 2019.

CALDEIRA, S; LUZ, M. S.; TACLA, M. T. G. M.; *et al.* Ações de cuidado do enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.

21, e. 992, abr./mar.2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1128>. Acesso em: 14 dez. 2019.

CAMPOS, A. A. O., *et al.* Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.19, n. 2, p. 529-538, 2014. ISSN 1413-8123. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232014192.09642012>. Acesso em: 10 out. 2019.

CARVALHO, P. G. M. Os objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM: uma avaliação crítica. **Sustentabilidade em Debate**: Brasília, v.5, n.3, p.222-244, set/dez. 2014. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/sust/article/viewFile/11176/8976>. Acesso em: 04 dez. 2019.

CAVALCANTI, M. A. F; NASCIMENTO, E. G. C. Aspectos Intervenientes da criança, da família e dos serviços de saúde na imunização infantil. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.15, n.1, p.31-7, 2015. Disponível em: https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n1/vol_15_n_2-artigo-de-revisao-1.pdf. Acesso em: 14 nov. 2019.

DAMASCENO, S. S., *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 9, p. 2961-2973, 2016 Disponível em: 10.1590/1413-81232015219.25002015. Acesso em: 06 dez. 2019.

ESPINOSA, M. C. S., *et al.* Atención a la salud maternoinfantil en Cuba: logros y desafíos. **Rev Panam Salud Publica.** 2018;42: e 27. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27>. Acesso em: 20 nov. 2019.

ESTEVIÃO, A. R., *et al.* A família no cuidado de enfermagem à criança: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 4, nov. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46551>. Acesso em: 13 nov. 2019.

FRANK, B. R. B., *et al.* Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 163-174, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00163.pdf>. Acesso em: 04 dez. 2019.

FURTADO, M. C. C., *et al.* A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Rev Lat Am Enfermagem** v. 21, n. 2, p. 554-561, 2013. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200012>. Acesso em: 13 out. 2019.

GARCIA, C.F; VIECILI, J. Implicações do retorno ao trabalho após licença-maternidade na rotina e no trabalho da mulher. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 271-280, maio/ago, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5541>. Acesso em: 13 de nov. 2019.

GIOVANELLA, L., *et al.* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL

na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, sup 2. p. S251-S266, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001400014>. Acesso em: 07 jan. 2020.

LOPES, W. C., *et al.* Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. **Rev Paul Pediatr**. v. 36, n. 2, p. 164-170, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/>. Acesso em: 13 nov. 2019.

MARTINS, C. B. G., *et al.* Introdução de alimentos para lactantes considerados de risco ao nascimento. **Epidemiol. Serv. Saúde** v. 23 n.1, mar, 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a08.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, H. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do Centro materno infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2135-2145, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015207.09462014>. Acesso em: 07 jan. 2020.

MENDES, C.A., *et al.* Knowledge of parents regarding newborn screening test, after accessing the website “Babies’ Portal” – Heel prick test. **Rev. CEFAC**. v. 19, n. 4, p. 475-483, Jul-Ago, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-021620171949616>. Acesso em: 23 nov. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed.; São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias**. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo, v. 5, n. 7, p.01-12, abr, 2017.

MINHARRO, C. O. M., *et al.* Autoeficácia na amamentação e a relação com a duração do aleitamento materno. **Cogitare enferm**. 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.57490>. Acesso em: 10 nov. 2019.

OLIVEIRA, A. P. C; GABRIEL, M; POZ, M. R DAL; DUSSAULT, G., *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1165-80, 2017a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>. Acesso em: 03 set. 2019.

OLIVEIRA, E. F; SOUZA, A. P. A importância da realização precoce do teste do pezinho: o papel do enfermeiro na orientação da triagem neonatal. *Id on Line* **Rev. Psic**. v.11, n. 35, maio, 2017b. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v11i35.742>. Acesso em: 15 out. 2019.

OLIVEIRA, C. M., *et al.* Promoção do Aleitamento Materno: intervenção educativa no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enfermagem Revista**, v. 20, n.2 mai/ago 2017c. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/16326>. Acesso em: 08 nov. 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**. Curitiba, 2018. 7.ed. Disponível em:

http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

SCHINCAGLIA, R. M., *et al.* Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v.24, n. 3, p. 465-474, jul-set, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00465.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

VIEIRA, V. C. L., *et al.* Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 17, n. 1, mar. 2012. ISSN 2176-9133. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26384>. Acesso em: 13 nov. 2019.

6 MANUSCRITO 2

DOENÇAS COMUNS DA INFÂNCIA E A CONTINUIDADE DO CUIDADO DO INFANTE EM REGIÃO DE FRONTEIRA

RESUMO

Introdução: Os primeiros meses e anos de vida da criança requerem importantes cuidados para a promoção da saúde da criança e prevenção de doenças, com especial atenção para os possíveis agravos da infância. **Objetivo:** Identificar as doenças comuns da infância e como mães e profissionais asseguram o cuidado do infante em uma região de fronteira. **Método:** Estudo qualitativo, desenvolvido na atenção primária à saúde, do município de Foz do Iguaçu-PR, Brasil. Contou-se com 19 participantes, sendo 14 mães de crianças de 0 a 24 meses, que realizavam puericultura nas unidades de atenção primária à saúde e de saúde da família, e cinco enfermeiras das referidas unidades. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, audiogravada, no período de março de 2018 a junho de 2019. A análise de conteúdo subsidiou a análise dos dados.

Resultados: Foram identificadas as seguintes categorias: Doenças comuns da infância que condicionam procura à atenção primária à saúde e a referência em saúde; e Dificuldades e fragilidades da atenção primária à saúde: estratégias para contorná-las.

Conclusão: As doenças comuns da infância que, principalmente, condicionam procura para atendimento ou são identificadas na puericultura são: alergias, assaduras, doenças respiratórias, candidíase oral e vaginal, cólicas, desidratação, diarreia e vômitos, doenças gripais, febres, icterícia neonatal, infecções gastrointestinais, infecção urinária, conjuntivites, micose de pele, piolho, verminoses etc. Identificou-se o uso de práticas populares, particularmente de chás, para tratamento de cólicas, somadas ou não à tratamentos alopáticos, alguns mediante prescrição médica. As fragilidades nas ações e serviços da atenção primária à saúde relacionam-se à falta de profissionais de saúde e de materiais. A oferta de profissionais especialistas na atenção secundária é requerida para atender a demanda referenciada pela atenção primária.

Palavra-chave: Atenção Primária à Saúde; Enfermagem; Saúde da criança; Saúde na Fronteira.

INTRODUÇÃO

No ano de 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), em conjunto, elaboram estratégia denominada de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), com objetivo de reduzir a mortalidade associada às doenças prevalentes na infância de crianças menores de 5 anos (BRASIL, 2014).

Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância, doenças associadas à desnutrição e diarreicas representam as principais causas de mortalidade em crianças menores de 5 anos, que podem ser evitadas com condições apropriadas de saneamento básico e serviço de saúde pública adequado no cuidado infantil. Deste modo, a disseminação de informações sobre a prevenção e minimização de complicações das doenças é importante para a diminuição de agravos (CABRAL; SOUZA; CARDOSO, 2018).

Diante disso, ressalta-se que a AIDPI consiste em um conjunto de critérios que integra ações curativas, preventivas e de promoção à saúde, visto que os primeiros anos de vida da criança representam um grande desafio aos profissionais e aos serviços de saúde nas doenças prevalentes da infância (BRASIL, 2018). É considerada importante para melhorar as condições de saúde na infância, sendo útil para a detecção precoce e tratamento efetivo das principais doenças que afetam a saúde das crianças e para a prevenção de doenças e a promoção da saúde.

Fujimori *et al.* (2013) destaca que a estratégia AIDPI pode ser um instrumento útil para os enfermeiros, diante de orientações do trabalho de cuidadores que possuem sua atuação em diversos locais de atendimento infantil, como abrigos, creches e assim como de outras pessoas que possuem sua atuação e comunidades, como os agentes da pastoral da criança.

As ações em saúde materno-infantil têm destaque nas políticas públicas, com vistas a garantir a integralidade do cuidado na atenção à saúde, em diferentes níveis de assistência (PINHEIRO; SARTI, 2012). E a mortalidade infantil é um dos principais indicadores de saúde e desenvolvimento o que demonstra as condições socioeconômicas da população.

Neste sentido, a assistência materno-infantil é destaque das agendas de saúde desde o reconhecimento do impacto na queda da mortalidade infantil, a qual representa

indicadores de saúde relevantes na avaliação da qualidade do cuidado e das condições de vida de uma sociedade.

No Brasil, a taxa de mortalidade infantil, no ano de 2018, ficou em 13,4/1000 NV, quando comparada ao ano anterior, de 12,8/1000 NV em 2017, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Neste caso, o país precisa inovar e implementar novas ações em políticas públicas na saúde da criança (BRASIL, 2020).

Assim, houve a redução da mortalidade infantil no Estado do Paraná, de 10,36/1000 NV, em 2017, quando comparadas ao ano anterior, em 2016, de 10,50/1000 NV. Por exemplo, no município de Foz do Iguaçu, no ano de 2017, a taxa representa 12,04/1000 NV, no ano anterior, em 2016, apresentou um valor de 11,79/1000 NV (PARANÁ, 2020).

A redução da mortalidade infantil passou a ser um compromisso assumido pelas três esferas governamentais – federal, estadual e municipal (VICTORA *et al.*, 2011). Visando à redução da mortalidade infantil, no Estado do Paraná, após 2011, a Rede Mãe Paranaense (RMP) orienta as ações em saúde materno-infantil. Nota-se que as desenvolvidas no Brasil vão ao encontro dos diversos esforços mundiais realizados com o intuito de diminuir a mortalidade infantil. Para o atendimento do público infantil na atenção primária à saúde e o seu acompanhamento, a RMP orienta a visita domiciliar do recém-nascido até o 5º dia após o parto, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, a estratificação de risco e a busca de faltosos (PARANÁ, 2018).

Foz do Iguaçu está localizada na região Oeste do Estado do Paraná, na fronteira com o Paraguai e a Argentina, e, segundo o IBGE, possui uma população estimada, em 2017, em 263.915 habitantes, formada por uma diversidade de etnias, com 82 nacionalidades distintas. No Brasil, a região de fronteira possui peculiaridades quando comparada às demais regiões em relação à assistência de saúde (ZASLAVSKY; GOULART, 2017).

Por sua vez, esses moradores buscam assistência em território brasileiro, particularmente para a atenção materno-infantil. Por exemplo, mulheres paraguaias ou brasileiras que vivem no Paraguai acessam ao serviço de saúde brasileiro para o nascimento de seus filhos. Estas crianças, de nacionalidade brasileira, têm direito ao atendimento pelo sistema de saúde brasileiro. Isso se confirma com o estudo que mostra que dos 34.456 nascidos no Brasil, no período de 2006 a 2012, 95,7% são de mulheres

residentes no Brasil e 4,3% de mulheres residentes no Paraguai (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015).

De acordo com o exposto, indaga-se: Quais as doenças comuns da infância identificadas na puericultura? Quais fatores condicionam o atendimento em saúde e como mães e profissionais asseguram o cuidado do infante em uma região de fronteira?

O objetivo do estudo foi identificar as doenças comuns da infância e como mães e profissionais asseguram o cuidado do infante em uma região de fronteira.

MÉTODO

Trata-se de um recorte de uma pesquisa multicêntrica, intitulada: “Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto, puerpério e da criança”, com financiamento do CNPq, conforme o Edital Universal 01/2016, processo 407508/2016-3, a qual foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina, com CAAE número 67574517.1.1001.523. Tal estudo envolve a dissertação de mestrado ofertada pelo Mestrado de Saúde Pública em região de Fronteira. Neste contexto, o estudo partiu da seguinte inquietação: Quais as doenças comuns da infância e como mães e profissionais asseguram o cuidado do infante em uma região de fronteira?

A presente pesquisa se caracteriza como qualitativa, com suporte na análise temática de conteúdo, segundo Minayo, (2010; 2017), que orientou a análise dos dados. A análise temática de conteúdo foi desenvolvida conforme recomenda o método, ou seja, em torno de três etapas: 1) Pré-análise; 2) Exploração dos dados e 3) Tratamento, inferência e a interpretação dos dados, conforme descrito a seguir. Na primeira etapa, de pré-análise, realizou-se a leitura do material, com a elaboração de hipóteses e indicadores, de acordo com o objetivo do estudo. Na segunda etapa, de exploração dos dados, foi realizada a operação de codificação por meio de recortes do texto em unidades de registros ou de significados. Nesta etapa, também foi realizada a classificação e agregação das informações das unidades de registro, que conduziram a formação das categorias temáticas. Na terceira etapa, foi realizado o tratamento dos resultados por meio de inferência e interpretação dos dados das categorias temáticas (MINAYO, 2010).

Este estudo foi desenvolvido no município de Foz do Iguaçu-PR, em uma região de fronteira, seguindo-se os pressupostos da pesquisa com suporte na análise temática de conteúdo, conforme a perspectiva de Minayo (2010; 2017), que *a priori* não define a quantidade de sujeitos.

Os critérios adotados para a inclusão dos sujeitos na pesquisa foram: ser mãe de criança de 0 a 24 meses de idade, responsável pelo cuidado integral, no domicílio da criança usuária, do sistema público de saúde; Ser enfermeira atuante diretamente na prestação de continuidade cuidado da criança na APS ou ESF, no município de Foz do Iguaçu-PR, Brasil. Desta forma, fizeram parte da pesquisa 14 mães de crianças de 0 a 24 meses e cinco enfermeiras que realizam puericultura. A entrevista semiestruturada guiou a coleta.

A coleta dos dados foi realizada em unidades básicas de saúde (UBS) e de estratégia de saúde da família (ESF), do município de Foz do Iguaçu-PR. Para dar início à coleta de dados, foi realizado sorteio de cinco UBS ou ESF, uma de cada distrito municipal de saúde de Foz do Iguaçu. Salienta-se que foram entrevistadas mães e enfermeiras da unidade de saúde de cada um destes cinco distritos sanitários: Distrito Sanitário Norte, Distrito Sanitário Nordeste, Distrito Sanitário Leste, Distrito Sanitário Oeste ou Central e Distrito Sanitário Sul. Os nomes das mães e enfermeiras que participaram do estudo foram substituídos pelas iniciais E e M, respectivamente, seguidas de números ordinários conforme ordem de participação na entrevista.

As entrevistas foram realizadas nas UBS e ESF do município da coleta de dados. As mães foram abordadas, inicialmente, na unidade de saúde, cujas primeiras entrevistas aconteceram antes ou após as consultas de puericultura. Já as entrevistas com enfermeiras foram realizadas nas unidades de saúde onde atuavam. A coleta de dados ocorreu no período de março de 2018 a junho de 2019 e as entrevistas foram realizadas aleatoriamente, conforme aceite das mães. Porém, nenhuma das mães apresentou interesse em realizar a entrevista em outro local, fora da UBS.

A seguir, buscou-se junto às enfermeiras de cada UBS ou ESF o interesse e a disponibilidade em participar do estudo, respeitando os critérios de inclusão e exclusão do estudo. Participaram do estudo cinco enfermeiras: uma (enfermeira) de cada distrito sanitário de saúde.

A coleta de dados foi encerrada mediante a ocorrência de repetição das informações e ausência de novos elementos para a consolidação das categorias temáticas

encontradas (MINAYO 2017). Assim, as entrevistas foram encerradas quando os relatos das participantes mostraram convergência de informações, que permitiram responder ao objetivo do estudo.

Entretanto, destaca-se a pertinência e a relevância da pesquisa para a região de fronteira, uma vez que é oportuno compreender as doenças comuns da infância e a importância da continuidade do cuidado à criança em região de fronteira. Assim, o estudo poderá subsidiar a comunidade científica e profissionais da saúde com resultados acerca do tema, cujos dados poderão proporcionar embasamento teórico que contribua com melhores práticas em saúde, contemplando os municípios do estudo, garantindo a continuidade do cuidado a este segmento populacional e suas famílias.

Espera-se que essa pesquisa possa oferecer subsídios para impulsionar e readequar as estratégias de saúde propostas pelo referido programa e, com isso, contribuir para melhorar a qualidade do serviço prestado à população materna e infantil no estado do Paraná.

RESULTADOS

A categoria **Doenças comuns da infância e a referência em saúde** aponta as doenças da infância identificadas em consultas de puericultura pelas enfermeiras ou que foram motivo de procura de atendimento em saúde na APS para saná-las, a saber: alergias, assaduras, doenças respiratórias, candidíase oral e vaginal, cólicas, desidratação, diarreia e vômitos, doenças gripais, febres, icterícia neonatal, infecções gastrointestinais, infecção urinária, conjuntivites, micose de pele, piolho, verminoses etc.

Para estas condições, as crianças receberam consulta médica e ou pediátrica com indicação de tratamento ou orientações aos pais, conforme cada caso. Sobre as orientações profissionais recebidas, nota-se que determinados cuidados básicos, como limpeza nasal, podem não ser executados por insegurança da mãe.

[...] nessa unidade tem muita micose de pele, geralmente a mãe passa para o bebê [...], assadura, [...] porque utilizam muito lenço umedecido, por ser prático. É bem comum a candidíase oral, monilíase oral e vaginal também [...] na parte da vulva da criança [...]. Eu mais vejo [...] desidratação, as alergias de pele, conhecida como grosseirões [...] casos de febre, gripes, doenças pulmonares, recém-nascidos com icterícia [...], infecção urinária [...], vômitos e diarreias, principalmente quando

as crianças começam com leite diferente, as fórmulas ou de caixinha (E1).

[...] ficava remelando toda hora o olho dele [...], vim no posto, daí a médica me receitou um colírio, por sete dias, três vezes. Eu lavava com soro [...] (M2).

[...] tosse seca [...] só me passaram um xarope [...] que o médico me receitou [...] faço em casa a inalação [...]. O médico, ele disse para fazer em casa aquela lavagem no nariz dela [...]. Eu nunca fiz a lavagem nela, porque eu tenho medo de fazer isso [...] (M5).

Teve gripe, cólica, teve dor de barriga também [...] ela parou de tomar o meu leite [...] eu não tinha dinheiro em casa e misturei o leite de caixinha com água para dar para ela [...] ela teve dor de barriga [...] (M8).

Após o nascimento, o aparecimento de cólicas no recém-nascido é a queixa mais comum, que comumente condiciona o acesso das mães à unidade de saúde. Além de uso de medicações prescritas pelos médicos para minimizar as cólicas, nota-se o uso de práticas populares, como oferta de chás, realização de massagens com óleos e plantas, aplicação de calor e outros, comumente recomendados por familiares e pessoas próximas.

[...] ela chorava muito de dor, a enfermeira me ensinou a fazer exercícios com as perninhas dela, massagem, e isso dava uma aliviada. Como ela tinha muita cólica, a médica me passou um remedinho (M3).

Ela chorava bastante, vim no posto, daí eles passaram o Luftal, eu fazia bastante exercício com a perninha assim, para ver se aliviava (M5).

Começou a cólica, daí minha mãe faz o negócio com a arruda e o óleo, pode ser com arruda e óleo quentinho, ou com alho e óleo, passa a mão nas costelinhas e vai puxando assim na barriguinha, fazendo massagem bem de leve, no começo eu colocava a faixinha, mas depois eu parei de colocar e colocava só um pano, uma fralda. Eu passo o ferro na fralda, deixo bem quentinha, daí eu só enrolo, não aperto igual a faixinha, só enrolo ela assim, daí ela dorme bem (M6).

[...] minha vó, ela sempre deu chá de camomila pra gente e daí ela indicou e eu dei pra ele, mas para cólica mesmo eu dava o Simeticona ou Colikids [...] (M12).

Os profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) não orientam o uso de chás. Entretanto, conforme os relatos das enfermeiras, essa e outras práticas culturais fazem parte do cuidado pelas mães, para alívio das cólicas e promoção de conforto às crianças.

[...] não recomenda e nem orienta o consumo de chá. Mas elas acabam dando escondido, por causa da cólica que a criança apresentou ou por causa que a vizinha, a irmã ou a mãe falou [...] (E2).

[...] tem muita mãe que dá o chá, o medicamento e também faz algo para fazer massagem, como usar óleo quente com um pouco de arruda para passar na barriga da criança. Procuo saber, porque em algum momento, pode ser o único recurso que a mãe teve naquele momento para ajudar o filho. Assim, eu não gosto, mas compreendo as diferentes situações. Tem mãe que dá só porque a amiga deu e a criança não tem nada [...] (E5).

Acessar uma farmácia e solicitar ao farmacêutico, ou mesmo ao atendente de farmácia, a indicação de medicações para condições comuns da infância (doenças ou seus sinais e sintomas) é uma prática comum das mães, confirmada por enfermeiras. Logo, medicações são administradas às crianças sem prévia avaliação médica. Contudo, quando o quadro da criança tem piora e requer tratamento com uso de antibióticos, as mães recorrem à atenção primária para consulta médica.

[...] vou direto e compro na farmácia. É mais fácil, tipo Dipirona, Paracetamol [...] (M1).

[...] fui na farmácia e comprei a Simeicona, Colicks, porque meu filho estava com cólica. Pergunto para o farmacêutico da farmácia, se pode dar medicação ou não [...] (M9).

Medicamentos eu sempre compro na farmácia, nunca usei o do posto. Na verdade, a gente automedica ele. Vou sempre na mesma farmácia. Eu já conheço as pessoas [...] tenho confiança neles [...] compro só com o mesmo farmacêutico [...] (M12).

[...] se a criança ficou doente é bem comum elas [mães] irem na farmácia por conta própria buscar os medicamentos. Elas só procuram o médico para poder comprar medicamento para crianças quando elas precisam de antibiótico, porque a farmácia não vende. Elas buscam o posto para poder conseguir a receita médica (E4).

No que diz respeito à referência em saúde, segundo as enfermeiras, as crianças são referenciadas para serviços de outros níveis de complexidade quando não conseguem ter resolutividade na atenção primária. As crianças são referenciadas ao serviço de atenção secundária quando requerem investigação por especialista à atenção terciária (Hospital), no caso do neonato, ou à unidade de pronto atendimento (UPA), nas condições de urgência ou emergência infantil.

Nessas condições, o transporte é realizado por meio do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A referência entre os serviços da rede de saúde é realizada

por meio de telefonema e de encaminhamento escrito pela enfermeira e ou médico, acompanhado de um detalhamento do diagnóstico da criança, exame físico e motivo do encaminhamento.

[...] quando a criança está muito desidratada, por um quadro de diarreia mais grave, que não consegue mais hidratação via oral, a gente encaminha para UPA ou no caso de amarelão como as mãe falam, a gente encaminha direto para o Costa, que é o hospital referência até os 28 dias após o nascimento da criança, eu faço uma referência por escrito, faço um exame físico, avaliando que essa criança estava icterica, como ela estava esclerótica, se está urinando pouco, a cor da urina, nesse caso eu já chamo a médica para vir avaliar na minha sala, e a gente encaminha ela para o hospital (E1).

Sobre a referência de crianças para a atenção secundária, as enfermeiras referem como principais fragilidades a insuficiência de especialistas na rede de atenção à saúde e a demora para liberação e realização de exames de alto custo. Afirmam que cirurgias de grande porte, como as cardíacas, são referendadas para centros médicos maiores, como Curitiba-PR. Elas apontam necessidade de maior disponibilidade de médicos especialistas, fonoaudiólogos, psicólogos e outros profissionais no Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF).

[...] quando essa criança precisa de uma especialidade o nosso município já encontra algumas dificuldades [...] não é uma dificuldade da unidade básica é uma dificuldade da rede [...]. Já as especialidades são poucos profissionais para atender, liberação de exames de alto custo [...] a gente vai continuar tentando solucionar o problema aqui, porém o recurso a gente não tem [...] (E2).

[...] falta outros profissionais na área como fonoaudiólogo, que poderiam ajudar as crianças com dificuldades na fala, se tivesse uma psicóloga em cada unidade uma nutricionista, em cada unidade um fisioterapeuta em cada unidade, isso não é luxo isso é o básico. Precisamos de mais profissionais no NASF, para atender a demanda da população e desafogar um pouco as equipes das unidades para trabalhar em conjunto (E1).

[...] neuropediatra, cardiopediatra, a gente faz o encaminhamento e coloca na fila de espera, daí a mãe recebe uma ligação da central de consultas, fica aguardando na fila do atendimento para o médico especialista. [...] uma cirurgia cardíaca, geralmente é feita em Curitiba [...] (E4).

Importa salientar que, quando as crianças são referendadas ao serviço especializado, na atenção secundária, as mães mantêm as consultas de puericultura na

atenção primária. Assim, a continuidade do cuidado da criança permanece nos dois níveis de atenção.

[...] eu vou no cardiopediatra por causa do problema do coração dele e continuo vindo aqui no posto de saúde pra realizar as consultas com a Paula (médica) e também pra acompanhar o Joaquim na puericultura dele[...] (M1).

[...] essa criança sempre é acompanhada aqui, ela é mais acompanhada aqui por ela estar mais próximo da casa dela [...] a gente tem o suporte do agente de saúde, sempre é dada a orientação assim ó ó você tem a consulta agendada com o pediatra, mas mesmo assim [...] a gente acaba sabendo mais da rotina dela e da família do que os especialistas [...] a gente conhece a mãe os irmãos a casa a situação que a criança está a condição que ela está vivendo [...] (E1).

A categoria **Dificuldades e fragilidades da atenção primária à saúde: estratégias para contorná-las** aponta que as visitas domiciliares pelos profissionais de saúde, até o 5º dia de vida das crianças, após a alta hospitalar, não acontecem para a totalidade das crianças da área de cobertura das unidades de saúde. Segundo os enfermeiros, a falta de carro para uso pelos profissionais da atenção primária dificulta a realização de visitas domiciliares. Salientam preferir que as mães acessem à unidade.

[...] eu não recebi visita não, ninguém foi lá, olha que eu nem sai de casa, fiquei o tempo todo por causa do resguardo. É igual eu falei eu não recebi visita não (M3).

[...] eu não recebi visita não depois que ela nasceu [...] (M13).

[...] a gente não tem como fazer as visitas domiciliar para todas as mães, prefiro que essa mãe vem no posto, então eu faço antes do décimo 10 dias, na verdade eu acho que é inviável, para mim marcar e realizar essa consulta na casa da paciente [...] dependendo de um carro que não fica aqui na unidade, o carro ele é dividido entre 6 equipes, então querendo ou não aqui eu tenho mais instrumento para poder ajuda [...] (E1).

[...] prefiro que elas venham aqui [...] fui algumas vezes nas casas, mas chegava lá e as mães não queriam que entrássemos na casa delas [...] (E2).

A visita domiciliar é realizada na forma de busca ativa às mães que não compareceram à UBS na primeira semana de vida da criança, para iniciar a puericultura. Frequentemente, são os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que realizam a busca ativa, orientados pelas enfermeiras.

[...] eu faço visita domiciliar [...] não compareceu na unidade, tipo deu sétimo e o oitavo dia, aí a gente faz a busca ativa na casa, mas a maioria das pacientes eu vejo no posto [...] (E1).

Geralmente o ACS que fazem a busca ativa dessas mães em suas residências [...] (E5).

Foram identificadas barreiras para a continuidade do cuidado de crianças de mães brasiguaias ou paraguaias, nascidas em território brasileiro, visto que o estudo foi realizado em região de tríplice fronteira. Essas crianças, por terem naturalidade brasileira, têm direito de acesso à saúde no país. Contudo, após o nascimento, as mães não comparecem às unidades de saúde APS, no Brasil, para acompanhamento da criança por meio da puericultura.

Convém reportar que as mães/mulheres brasiguaias buscam atendimento de pré-natal no Brasil, em serviço específico para acompanhamento de gestantes brasiguaias, com vinculação do nascimento de suas crianças em território brasileiro para garantia de acesso à saúde a elas. Já as paraguaias recorrem ao serviço de saúde brasileiro para o nascimento de seus filhos com a mesma garantia. Essas mães/mulheres, por não residirem no Brasil, informam endereços de amigos ou parentes residentes no país para obterem o cartão do Sistema Único de Saúde (SUS). Logo, a busca ativa das crianças faltosas na puericultura é impossibilitada, visto que a criança reside com a mãe no Paraguai.

[...] ACS não consegue acompanhar porque elas vêm específico para consulta, elas dão endereço de algum parente, algum amigo. Essa mulher, mora no Paraguai [...]. Só que não tem como a gente negar o atendimento porque ela tem o direito. [...] então elas já têm o cartão SUS. [...] a maioria delas não são paraguaias, elas têm documento brasileiro, só que elas moram lá no Paraguai [...]. São brasileiras e acabaram casando com paraguaios. [...] elas têm totalmente o direito [de acesso à saúde], no Brasil, e nesse caso elas são as brasiguaias. [...] paraguaias, quando a criança nasce no Brasil, automaticamente essa criança tem total direito, é o que a maioria está fazendo, vindo ganhar seus filhos aqui e depois tem acesso a saúde [...]. Você não vai ficar vendo se ela mora mesmo no Paraguai ou não, porque querendo ou não essa não é a nossa função (E1).

As mães revelaram diferentes situações experienciadas para acesso em saúde à criança. Nota-se que atenção primária não é a primeira porta de acesso para todas as mães que precisam de atendimento às suas crianças. Quando buscam acesso neste nível de atenção, nem sempre encontram pediatra para atender a demanda requerida. A UPA, por sua vez, absorve as demandas da atenção primária por falta de pediatra neste nível de

atenção e mostra-se ser escolha frequente pelas famílias, para acesso em saúde, em busca de resolutividade. Logo, a falta de profissionais da atenção primária gera sobrecarga à UPAS.

[...] eu prefiro ir direto para UPA, porque aí chega no posto e não tem médico ou o médico vai demorar para atender, uma que eles atendem criança mais rápido (M8).

[...] tinha uma bola na cabeça dele assim bem grande, ele só chorava, fui direto para o UPA, daí logo que eu cheguei lá eles avaliaram ele, o médico que atendeu ele pediu um raio-x para ele [...] (M12).

[...] as UPAS sempre cheias, querendo ou não, quando não conseguimos resolver na unidade, sobrecarrega os demais sistemas de saúde, tipo a UPA [...] (E4).

Neste sentido, a falta de profissionais na APS configura fragilidade para garantia da continuidade do cuidado das crianças, sendo necessário prover profissionais em quantitativo adequado para atender a demanda da população atendida.

[...] pouco gente para trabalhar, pouco médico, enfermeira, as meninas na vacina ali sempre corrido e cheio [...] (M6).

[...] eu acho que é pouco gente trabalhando, a população só cresce, sempre vai ter mais gente por eles atenderem, então eles têm que colocar mais profissionais, mais pessoas para trabalhar, senão eles não vão conseguir (M9).

Sobre a falta de profissionais no município, para compensar a falta de enfermeiros na APS, é permitido que enfermeiros realizem plantões, ou seja, horas extras no contraturno da sua jornada de trabalho. A isso é denominado de enfermeiro plantonista e é utilizado como uma estratégia para a garantia do cuidado da criança para cobrir a demanda da puericultura e demais competências do enfermeiro. Porém, gera fragilidade na assistência às crianças em razão de o profissional não ter conhecimento e contato com essas crianças periodicamente.

Nós temos aqui na unidade uma equipe sem enfermeira, mas temos uma enfermeira de plantão, uma plantonista, que vem aqui a tarde que cobre a agenda de puericultura e demais agendas. Ocorre quando a equipe não tem funcionário, daí ela faz o atendimento do pré-natal, da puericultura, das visitas, das agendas de programas à tarde (E2).

Entende-se que a insuficiência de profissionais de saúde, de materiais e de medicamentos na APS, bem como a manutenção e qualidade dos materiais existentes, configura um problema de saúde pública, indicando a necessidade de os gestores em saúde proverem essas deficiências para o atendimento adequado e qualificado às crianças. Assim, para que haja o aperfeiçoamento da continuidade do cuidado da criança no município de Foz do Iguaçu, torna-se necessário o fortalecimento da APS, em estrutura e ações, com empenho pelos gestores e por conseguinte, pelos profissionais de saúde. Conseqüentemente, a APS será mais bem valorizada pela população.

[...] essa falta de funcionários nas equipes é um problema da rede, no contexto geral, muitas unidades estão sem profissional para acompanhar essas crianças, tanto no acolhimento quanto na puericultura, é um problema geral, um problema de política, teria que entrar alguém que olhasse realmente com olhar para atenção básica, a solução tá aqui embaixo, já passou da hora de achar que é só um médico e enfermeira que são essenciais dentro da unidade, a população enxerga o postinho como algo simples, e o hospital como algo grande, algo complexo [...] enquanto a gente não valorizar a importância de uma régua antropométrica para realizar as medidas, não vai resolver [...] (E1).

[...] eu fui na farmácia para comprar os remédios [...], no posto falta muito remédio. Tipo antibiótico não tem, daí o médico prescreve e vamos na farmácia comprar (M9).

[...] a farmácia poderia ter uma em cada unidade, a gente não tem. [...] (E5).

[...] existe sala de vacina fechada por falta de profissional ou problema na geladeira problema de manutenção, carro para as visitas domiciliares, materiais educativos, a gente precisava de uma régua antropométrica e veio uma régua de isopor, muito fraquinha, a gente acabou preferindo ficar com uma velha de Ferro. Outra coisa o pedido de material feito de baixa qualidade, a farmácia também que poderia ter aqui [...] (E1).

[...] já tive uma vez que estava faltando vacina, tive que encaminhar a mãe para outra unidade [...] a geladeira acabou estragando e infelizmente algumas mães ficaram com o calendário vacinal atrasado [...] (E3).

O agendamento mensal e o encaixe de consultas de puericultura quando a mãe faltou ao horário agendado, são ações inerentes à prática profissional do enfermeiro, consideradas estratégias pelos enfermeiros, valorizadas pelas mães, que podem assegurar o cuidado continuado da criança.

[...] a enfermeira já deixa tudo agendado, para a próxima vez, como já fica tudo agendado, acho que é até mais fácil assim, a consulta de puericultura para outra vez (M2).

[...] um dia que estava chovendo muito, eu não consegui vim [...] ficou uns dois dias chovendo direto, daí quando parou eu vim no posto eu disse que estava chovendo muito e não vim naquele dia [...] a enfermeira, pediu para espera um pouquinho que ela estava atendendo uma mulher, daí depois ela ia me atende. Ela foi me chamo e ela foi faze a consulta da nenê. (M4)

[...] na verdade a gente da abertura na agenda, realiza um encaixe de casos específicos, eu sei que aquela mãe vem a cada dois meses, daí ela veio na realização de uma consulta médica, já realizamos tudo junto, consulta médica e puericultura [...] demora mais, demora, mas agiliza o processo (E3).

Os dados em questão revelaram as dificuldades e fragilidades no contexto da APS, com evidente comprometimento da continuidade do cuidado da criança residente em região de fronteira, particularmente de crianças nascidas no Brasil, residentes em países vizinhos. Além disso, a APS não se mostra consolidada como porta de entrada para atendimento de crianças por precariedade da oferta dos serviços de profissionais como pediatra e enfermeiro, em tempo integral.

DISCUSSÃO

Após a análise das categorias, compreendemos que a maioria das doenças comuns da infância são identificadas na puericultura e sanadas, principalmente, no uso de práticas populares associadas a outros tratamentos. Contudo, algumas especificidades do estudo apontam limitações como a falta de profissionais de saúde em conformidade com a adesão nas visitas domiciliares.

No Brasil, as doenças mais comuns da infância, na faixa etária entre 0 a 5 anos de idade são: desnutrição, anemia e as infecções respiratórias, cujos agravos podem ser controlados no nível primário da atenção (CABRAL et al., 2018). Essas e outras doenças foram confirmadas neste estudo, contudo, na faixa etária de até dois anos – das crianças nas quais as mães participaram da pesquisa.

A introdução precoce de leite artificial longa vida na forma de complementar a amamentação, antes dos seis meses de vida da criança, pode desencadear processo alérgico, gerando as infecções diarreicas devido à imaturidade gastrintestinal do lactante,

além de gerar maior risco a infecções mais comuns decorrentes da nutrição inadequada (SCHINCAGLIA *et al.*, 2015).

Quando ocorrem cólicas o recém-nascido, os pais realizam ações para aliviar os sinais de dor, entre elas, a realização de massagens feitas com ervas e óleos quentes, uso de medicamentos e métodos farmacológicos também são utilizados (RAMOS *et al.*, 2014). Convém salientar que a oferta de chás é contraindicada pelos profissionais da saúde antes dos seis meses de idade da criança, pois podem levar à saciedade e diminuir a ingestão de leite materno (SCHINCAGLIA *et al.*, 2015). Conseqüentemente, pode culminar no desmame precoce.

A literatura confirma que os pais medicam seus filhos para minimizar dores e febre. Neste caso, é necessário que os profissionais discutam e orientem as famílias para evitar o uso de medicações em crianças, sem orientação e acompanhamento, para minimizar riscos de possíveis complicações (SILVA *et al.*, 2018).

Em relação à prática das mães de medicalizar as crianças sem prescrição médica ou de acompanhamento de um profissional de saúde, tanto para sanar as cólicas quanto para doenças prevalentes da infância, é importante salientar que o uso de medicamentos é contraindicado sem a adequada avaliação do pediatra. É o pediatra que tem a competência para indicar qual a intervenção mais adequada para a criança naquele momento (HALPERN; COELHO, 2016).

Este estudo confirma que a falta de profissionais para atendimento às crianças também foi descrita pelas famílias como um agravante ao acesso, essa consequência gera sobrecarga à atenção especializada. Deste modo, no cenário delineado, que, em tese, deveria ser atendido na APS, as famílias encontram respostas mais imediatas na UPA, definindo uma rede com fluxo e pactuações frágeis e sobrecarregados, na qual as UPAs ocupam demandas que seriam melhor acolhidas na APS (KONDER; O'DWYER, 2016).

Diante dos achados aqui apresentados, são encontradas barreiras dos serviços de atenção primária na realização ao encaminhamento das especialidades. Contudo, as famílias exibem dificuldades para alcançar resolutividades à saúde de seus filhos, essa falta de continuidade faz com que o serviço fique descoordenado, tornando pouco resolutivo e incapaz de propor a continuidade do cuidado desejado à criança nos serviços de saúde (SILVA; VIERA, 2014).

A realização das visitas domiciliares é prevista pela RMP até o 5º dia de vida após a alta hospitalar, devendo ocorrer o comparecimento da criança na APS até o 10º dia de

vida da criança, para o início da puericultura, visto que esse é um período de grande vulnerabilidade ao recém-nascido (PARANÁ, 2018). Contudo, os dados apontam que os enfermeiros não costumam realizar as visitas domiciliares para todas as mães, no período recomendado, conforme a RMP.

Ainda neste contexto, verificam-se as dificuldades das enfermeiras na realização da visita domiciliar e as ações realizadas com as mães faltosas durante a busca ativa pelos ACS. Embora os resultados apresentem um efeito pouco satisfatório em relação à atenção no puerpério imediato, na Estratégia Saúde da Família (ESF), a VD é a atribuição principal do ACS e reforça que é uma responsabilidade de todos os membros da equipe, principalmente, do enfermeiro e do médico da ESF na primeira semana do pós-parto (SILVA *et al.*, 2016c). Portanto, neste caso, ela é realizada na forma de busca ativa às mães que não compareceram na primeira semana de vida da criança, para iniciar a puericultura, assim, são os ACS que realizam a busca ativa.

Há dificuldades para que as enfermeiras realizem visitas domiciliares, entre a falta de materiais apropriados, falta de meio de transporte para a locomoção, e poucos profissionais na unidade de saúde para atender as demais agentes. Novamente, é por meio da visita domiciliar que as enfermeiras podem conhecer o contexto em que as famílias vivem, orientar ao cuidado da criança e abordar assuntos de interesse destas, tendo como foco a promoção e a prevenção da saúde da criança (MELLO; SILVA; PANCIERI, 2017).

É importante salientar que o ACS apresenta dificuldade na busca ativa de uma parcela das mães, pois elas apresentam endereço e documentos de conhecidos para conseguirem o atendimento, mas, na realidade, não apresentam residência fixa no Brasil e sim no país vizinho.

A visita domiciliar é utilizada como estratégia de cuidado pelas equipes da APS. Ela cria um vínculo afetivo entre as famílias e os profissionais que a praticam (ROCHA *et al.*, 2017). No entanto, as visitas domiciliares não têm sido praticadas pelos profissionais do estudo em questão.

No Brasil, a região de fronteira possui peculiaridades quando comparada às demais regiões em relação à assistência de saúde, uma vez que os moradores de outros países consideram a assistência de saúde brasileira como de maior qualidade se comparada aos demais países fronteiriços (ZASLAVSKY; GOULART, 2017). Convém informar que se identificam barreiras para a realização da continuidade do cuidado das

crianças de mães brasiguaias ou paraguaias, visto que buscam atendimento em território brasileiro, no qual contempla a pesquisa em região de tríplice fronteira.

Como o município de Foz do Iguaçu encontra-se situado em linha de fronteira, apresenta algumas particularidades na prestação da continuidade do cuidado materno-infantil, frisando prioritariamente a complexidade por ser um território de tríplice fronteira onde as unidades centrais atendem à demanda da população flutuante. Assim, muitas mães buscam atendimento durante o aparecimento de doenças e não realizam a puericultura após o nascimento da criança.

Neste caso, a desigualdade regional, geográfica e social existente no Brasil, em particular, neste estudo, desenvolvido em uma região de fronteira, representa uma fragilidade que configura um problema de saúde pública. Estrangeiros buscam assistência em território brasileiro, particularmente, para a atenção materno-infantil, que afeta a oferta e o financiamento de serviços. Por exemplo, mulheres paraguaias ou brasileiras que vivem no Paraguai acessam ao serviço de saúde brasileiro para o nascimento de seus filhos. Estas crianças, de nacionalidade brasileira, têm direito a atendimento pelo sistema de saúde brasileiro. Isso se confirma o estudo que mostra que dos 34.456 nascidos no Brasil, no período de 2006 a 2012, 95,7% são de mulheres residentes no Brasil e 4,3% de mulheres residentes no Paraguai (MELLO; VICTORA; GONÇALVES, 2015). Contudo, após o nascimento, as mães brasiguaias ou paraguaias não comparecem às unidades de saúde APS, no Brasil, para acompanhamento da criança por meio da puericultura.

Quando a criança adoece, as famílias buscam por serviços para resolver a necessidade de atendimento, dentre eles, a Farmácia e a Unidade de Pronto Atendimento (UPA). No caso da busca pela UPA e não da APS, o estudo confirma que os motivos que prevalecem para buscar o primeiro serviço e não o segundo é a falta de médicos (Pediatras) na UBS e os horários restritos de atendimento nas UBS (CAMPOS *et al.*, 2015).

A falta de enfermeiros na APS, que condiciona a estratégia de atuação de um enfermeiro plantonista para garantir o cuidado da criança na demanda da puericultura, além de outras demandas desse profissional, confirma a escassez na distribuição da força de trabalho em saúde como um problema social e político. Esses problemas, juntamente com a desigualdade socioeconômica, reduzem o acesso da população aos serviços de saúde pública. Se fazem necessárias futuras intervenções políticas para suprir a escassez

de médicos e má distribuição de profissionais de enfermagem nos diversos níveis de cuidado em saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

Os resultados deste estudo apontam estratégias adotadas pelas enfermeiras para a promoção da continuidade do cuidado da criança na ABS, entre eles: educação em saúde, o estímulo materno e o agendamento das consultas de puericultura mensalmente. Quanto ao agendamento e atendimento de consultas de puericultura na APS, a sua demora pode configurar baixa satisfação das mães, usuárias do serviço, por não se sentirem acolhidas e atendidas em suas necessidades (GOMIDE *et al.*, 2018), condição essa que não foi identificada no presente estudo.

Os enfermeiros apontam para a realização de encaixe e remanejamento das consultas de puericultura da criança, quando necessário. Essa estratégia pode gerar o fortalecimento do vínculo entre os profissionais de saúde e as famílias, possibilitando relações de confiança e respeito, com maior aceitação dos aprendizados proporcionados durante as consultas.

A presença de desafios e de fragilidades no trabalho do enfermeiro precisa ser contornada, sendo o enfermeiro uma peça fundamental para contornar situações e reinventar estratégias positivas para a assistência dessas famílias (SOARES *et al.*, 2016). Neste sentido, os enfermeiros desse estudo buscam estratégias para solucionar e contornar fragilidades da APS em uma região de fronteira.

Ressalta-se, portanto, a necessidade de elaboração e implementação de ações e estratégias para fortalecer competências e, por um lado, as políticas públicas constroem caminhos em busca de atender ao público em questão, por outro, as mães apresentam mudanças nas necessidades pela saúde dos filhos. Assim, fica fragilizada a possibilidade de atender integralmente as necessidades de saúde pública em questão a essas crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As doenças comuns na infância, que, principalmente, condicionam a procura para o atendimento ou são identificadas na puericultura são: alergias, assaduras, doenças respiratórias, candidíase oral e vaginal, cólicas, desidratação, diarreia e vômitos, doenças gripais, febres, icterícia neonatal, infecções gastrointestinais, infecção urinária, conjuntivites, micose de pele, piolho, verminoses etc.

Identificou-se o uso de práticas populares, particularmente de chás, para tratamento de cólicas, somadas ou não a tratamentos alopáticos, alguns mediante prescrição médica. As fragilidades nas ações e serviços da atenção primária à saúde relacionam-se à falta de profissionais de saúde e de materiais. A oferta de profissionais especialistas na atenção secundária é requerida para atender à demanda referenciada pela atenção primária.

Como limitação do estudo, aponta-se não ter a participação de outros profissionais de saúde da APS para maior abrangência de informações sobre o tema do estudo. Logo, em outros estudos, recomenda-se ampliação da investigação acerca do tema, incluindo a participação de outros profissionais de saúde.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 Disponível em:

<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/03/Manual-Aidpi-corrigido-.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **UNI – relatório anual do UNICEF Brasil**. Ano 16 – nº 45 – Março de 2020 –Relatório Anual 2019.

Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/uni-noticias-do-unicef>. Acesso em: 09 abr. 2020.

CABRAL, A. A., SOUZA, A. L. C., CARDOSO, M. D. T. Doenças prevalentes na infância: diarreia e desnutrição evidenciadas em uma Unidade de Saúde bem estruturada. **Revista da Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda**, v. 1, n. 1, 2018. Disponível em:<http://moodlead.unifoa.edu.br/revistas/index.php/cienciasmedicas/article/view/1306>. Acesso em: 08 mar. 2020.

CAMPOS, T. H., *et al.* Razões que levam mães a procurar a unidade pré-hospitalar como primeira opção de assistência, Sorocaba/SP. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 80-85, jun. 2015. ISSN 1984-4840. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/21822> Acesso em: 26 nov. 2019.

FUJIMORI, E., *et al.* Ensino da estratégia Atenção Integrada às Doenças

Prevalentes na Infância na graduação em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 655-662, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0655.pdf. Acesso em: 26 Nov. 2019.

GOMIDE, M. F. S., *et al.* User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. 65, p. 387-98, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n65/387-398/>. Acesso em: 26 nov. 2019.

HALPERN R, COELHO R. Excessive crying in infants. **J Pediatr (Rio J)**. v. 92, (3 Suppl 1):S40--5, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.01.004> Acesso em: 26 nov. 2019.

KONDER MT, O'Dwyer G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface (Botucatu)**. v. 20, n. 59, p.879-92, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0519>. Acesso em: 27 nov. 2019.

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, F. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do centro materno infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2135-45, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.09462014>. Acesso em: 27 nov. 2019.

MELLO, D. F. de; SILVA, R. M. M da; PANCIERI, L. Êxito técnico e sucesso em visita domiciliar para o cuidado da saúde da criança. **Rev. Pesquisa Qualitativa**. v. 5, n.7, p. 13-22, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/46/60>. Acesso em: 27 nov. 2019.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias**. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo, v. 5, n. 7, p.01-12, abr, 2017.

OLIVEIRA, A. P. C., *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p1165-1180, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2017.v22n4/1165-1180/>. Acesso em: 27 nov. 2019.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**. Curitiba, 2018. 7.ed. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

_____. Secretaria da Saúde. **Caderno de Monitoramento do Óbito Materno 2011 a 2017**. Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3461>. Acesso em: 09 abr. 2020.

RAMOS, E. M., *et al.* O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 2, p.245-50, mar/abr, 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a16.pdf> Acesso em: 25 nov. 2019.

ROCHA, K. B., *et al.* A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 18, n. 1, p. 170-185, abr. 2017 . Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180115>. Acesso em: 27 nov. 2019.

SILVA, J.G., *et al.* A prática da automedicação em crianças por seus pais: atuação da enfermagem. **Rev enferm UFPE Recife**, v. 12, n. 6, p. 1570-7, jun., 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230779p1570-1577-2018>. Acesso em 25 nov. 2019.

SILVA, R. M. M; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Rev. Bras. Enferm.** v. 67, n. 5, 2014b. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0794.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

SILVA, L. L. B., *et al.* Cuidados prestados à mulher na visita domiciliar da “Primeira Semana de Saúde Integral”. **Rev Gaúcha Enferm.** 2016c set; v.37, n. 3, p.59248. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.03.59248>. Acesso em: 25 nov. 2019.

SOARES, D. G., *et al.* Implantação da puericultura e desafios do cuidado na estratégia saúde da família em um município do estado do Ceará. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 132-138, jan./mar., 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3713/pdf>. Acesso em: 27 nov. 2019.

SCHINCAGLIA, R. M., *et al.* Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v.24, n.3, p.465- 474, jul-set 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00465.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

VICTORA C.G. *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, London, p. 32-46, 2011.

ZASLAVSKY, R; GOULART, B. N. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciênc Saúde Colet.** v. 22, n.12, p.3981-6, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>. Acesso em: 27 nov. 2019.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo aponta que as consultas de puericultura e a imunização são os principais componentes da atenção primária à saúde para a continuidade do cuidado da criança. De modo contrário, a coleta do primeiro teste do pezinho no hospital; a contrarreferência das crianças à APS, pelos demais serviços de atenção à saúde; a estrutura física, de recursos humanos e de materiais; a insuficiente prática de visitas domiciliares pelos profissionais de saúde, até o quinto dia de vida da criança, após o nascimento e como rotina; o aleitamento materno não consolidado ou não exclusivo até os seis meses de vida, bem como o desmame precoce são as principais fragilidades identificadas.

Na puericultura e no atendimento à demanda das crianças do estudo são identificadas, principalmente, condições de alergias, assaduras, doenças respiratórias, candidíase oral e vaginal, cólicas, desidratação, diarreia e vômitos, doenças gripais, febres, icterícia neonatal, infecções gastrointestinais, infecção urinária, conjuntivites, micose de pele, piolho, verminoses etc. Práticas populares como chás, para tratamento de cólicas e outras condições, somadas ou não à tratamentos alopáticos (alguns mediante prescrição médica) são comumente utilizadas pelas mães.

Apointa-se a necessidade de orientações adequadas e incentivo às mães para garantia do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida da criança, desde o pré-natal. Em especial, nota-se a necessidade do retorno das mães ao trabalho estar em consonância com o tempo de aleitamento materno exclusivo. Sobretudo, há necessidade de os gestores municipais de saúde sanarem as fragilidades inerentes à gestão local, particularmente, em relação à oferta de recursos humanos. Sobre os gestores em saúde da tríplice fronteira (Brasil, Paraguai e Argentina), *a priori* do Brasil e Paraguai estabelecerem acordos para garantir a continuidade do cuidado de crianças nascidas no Brasil e residentes em outro país.

Dessa forma, faz-se necessário instigar aos profissionais e gestores em saúde para que possam refletir sobre a continuidade do cuidado da criança, considerando as múltiplas vulnerabilidades sociais, econômicas e de agravos à saúde, particulares de uma região de fronteira, para assegurar um cuidado continuado e interligado aos diferentes serviços de atenção à saúde e atender às múltiplas necessidades da criança e sua família.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam subsidiar as propostas de ações aos princípios e diretrizes da Rede Mãe Paranaense e outros programas, além de

estratégias semelhantes a essa, para um melhor planejamento da assistência que contempla no seguimento da criança integralizado, com perspectivas de aprimoramento das propostas do programa e, conseqüentemente, contribuir com os profissionais de saúde e gestores para a melhoria do cuidado à saúde materno-infantil, visando à redução da morbimortalidade e seu seguimento no cuidado nas Unidades Básicas de Saúde na região de fronteira.

No âmbito da pesquisa, espera-se que essa pesquisa possa instigar novos estudos sobre o tema em outras Regionais de Saúde do estado do Paraná e em outros estados e municípios brasileiros.

REFERÊNCIAS

AIKES, S.; RIZZOTTO, M. L. F. **Integração regional em cidades gêmeas do Paraná, Brasil, no âmbito da saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00182117>. Acesso em: 27 mar. 2020.

ALBUQUERQUE, J. L. Limites e paradoxos da cidadania no território fronteiriço. **Geopolítica (s)**, v. 3, n. 2, p. 185-205, 2012.

AMORIM, L. P., *et al.* Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.2, p. 585-597, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0585.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2019.

ARDUINI, G. A. O., BALARIN, M. A. S., SILVA-GRECCO, R. L., MARQUI, A. B. T. **Conhecimento das puérperas sobre o teste do pezinho.** Revista Paulista de Pediatria. [online] vol.35, n.2, pp.151-157, 2017. Epub May 15, 2017. ISSN 0103-0582. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/;2017;35;2;00010>. Acesso em: 03 set. 2019.

ARAÚJO, J. P., *et al.* História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-7, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n6/0034-7167-reben-67-06-1000.pdf>. Acesso em: 29 out. 2017.

ASSIS, W. D., *et al.* Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n. 1, p. 38-46, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000100006>. Acesso em: 30 maio 2017.

BATISTTI, A. C., *et al.* Conhecimento do enfermeiro sobre a importância e operacionalização do Programa Nacional de Triagem Neonatal. **Rev Enferm UFSM**, v.8, n.2, p. 288-303, abr./jun. 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5902/2179769228030>. Acesso em: 18 out. 2019.

BERRES, R. A **(des)continuidade do cuidado ao recém-nascido pré-termo em região de fronteira.** 2017. 135 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2017. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/3551>. Acesso em:13 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.** Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Integração Nacional. Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira. **Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira.** Brasília: Ministério da Integração Nacional, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Ministerial nº 4.279/2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF), Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2011b.

_____. **Manual prático para a implementação da Rede Cegonha**. Brasília, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 Disponível em:
<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/fevereiro/03/Manual-Aidpi-corrigido-.pdf>. Acesso 27 mar 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1130, de 05 de agosto de 2015** – Institui a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2015.

_____. **Mapeamento das políticas públicas federais na faixa de fronteira: Interfaces com o plano estratégico de fronteiras e a estratégia nacional de segurança pública nas fronteiras**. Brasília- DF. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Triagem neonatal biológica: manual técnico**. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/triagem_neonatal_biologica_manual_tecnico.pdf. Acesso em: 08 nov. 2019.

_____. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento no Brasil (PNUD). **Os 8 objetivos de Desenvolvimento do Milênio**. PNUD, 2017. Disponível em:
<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/post-2015/sdg-overview1/mdg4/>. Acesso em: 14 out. 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **UNI – relatório anual do UNICEF Brasil**. Ano 16 – n° 45 – Março de 2020 –Relatório Anual 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/uni-noticias-do-unicef>. Acesso em: 09 abr. 2020

_____. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). **UNI – relatório anual do UNICEF Brasil**. Ano 16 – n° 45 – Março de 2020 –Relatório Anual 2019. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/uni-noticias-do-unicef>. Acesso em: 09 abr. 2020.

BUGS, T. V., *et al.* Percepção, Conhecimento e Atuação dos Médicos no Programa Rede Mãe Paranaense. **Saúde (Santa Maria)**, [S.l.], v. 42, n.2, p. 185-194, jul./dez. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/19576/pdf>. Acesso em: 04 dez. 2019.

CABRAL, A. A., SOUZA, A. L. C., CARDOSO, M. D. T. Doenças prevalentes na infância: diarreia e desnutrição evidenciadas em uma Unidade de Saúde bem estruturada. **Revista da Escola de Ciências Médicas de Volta Redonda**, v. 1, n. 1, 2018. Disponível em: <http://moodlead.unifoa.edu.br/revistas/index.php/cienciasmedicas/article/view/1306>. Acesso em: 08 mar. 2020.

CALDEIRA, S; LUZ, M. S; TACLA, M. T. G. M., *et al.* Ações de cuidado do enfermeiro no Programa Rede Mãe Paranaense. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 21, e. 992, abr./mar.2017. Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1128>. Acesso em: 14 dez. 2019.

CAMPOS, R. M. C., *et al.* Consulta de Enfermagem em Puericultura: a vivência do enfermeiro do Programa de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, v.45, n.3, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300003>. Acesso em: 26 out. 2017.

CAMPOS, T. H., *et al.* Razões que levam mães a procurar a unidade pré-hospitalar como primeira opção de assistência, Sorocaba/SP. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [S.l.], v. 17, n. 2, p. 80-85, jun. 2015. ISSN 1984-4840. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/RFCMS/article/view/21822> Acesso em: 26 nov. 2019

CARNEIRO, R. G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, UNESP, v. 17, n. 44, p. 49 – 59, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 nov. 2019.

CARVALHO, G C. **A América do Sul em processo de transformação: desenvolvimento, autonomia e integração na Unasul**. Dissertação. **Mestrado em Economia Política Internacional**. Rio de Janeiro, Instituto de Economia - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2013.

CARVALHO, P. G. M. Os objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODM: uma avaliação crítica. **Sustentabilidade em Debate**: Brasília, v.5, n.3, p.222-244, set/dez.

2014. Disponível em:
<http://periodicos.unb.br/index.php/sust/article/viewFile/11176/8976>. Acesso em: 04 dez. 2019.

CASSIANO, A. C. M., *et al.* Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público**, v. 65, n. 2, p. 227 – 244, 2014. Disponível em: <http://seer.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/581/499>. Acesso em: 02 set. 2017.

CAVALCANTI, M. A. F.; NASCIMENTO, E. G. C. Aspectos Intervenientes da criança, da família e dos serviços de saúde na imunização infantil. **Rev. Soc. Bras. Enferm. Ped.** v.15, n.1, p.31-7, 2015. Disponível em:
https://sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol15-n1/vol_15_n_2-artigo-de-revisao-1.pdf. Acesso em: 14 nov. 2019.

CAZOLA, L. H. O., *et al.* Atendimentos a brasileiros residentes na fronteira Brasil-Paraguai pelo Sistema Único de Saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 29, n. 3, p. 185–90, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n3/06.pdf>. Acesso em: 29 out. 2019.

CECCIM, R. B; CAVALCANTI, F. **Rede Cegonha**: práticas discursivas e redes de diálogo. Blog Saúde com Dilma, 2011. Disponível em: blogsaudedobrasil.com.br. Acesso em: 12 de jul. 2017.

DAMASCENO, S. S., *et al.* Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária a Saúde. 2016. **Ciênc. Saúde colet.** v. 21, n. 09, Set 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.25002015>. Acesso em: 02 mar. 2020.

DIAS, J. M. G., *et al.* Mortalidade materna. **Rev Med Minas Gerais** v. 25, n. 2, p.173-179, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/2238-3182.20150034>. Acesso em: 12 dez. 2019.

ESPINOSA, M. C. S., *et al.* Atención a la salud maternoinfantil en Cuba: logros y desafíos. **Rev Panam Salud Publica**. 2018;42: e 27. Disponível em:
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.27>. Acesso em: 20 nov. 2019.

ESTEVÃO, A. R., *et al.* A família no cuidado de enfermagem à criança: revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 4, nov. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46551>. Acesso em: 13 nov. 2019.

FERREIRA, C. M. P. G., MARIANI, M. A. P., NETO, A. F. O. O projeto sistema integrado de saúde das fronteiras em Corumbá- MS. **Revista GeoPantanal**. n. 18, p. 71- 92, 2015.

FIGUEIREDO, N. M. A., TONINI, T. **Sus e Saúde da Família Para Enfermagem: Práticas Para o Cuidado em Saúde Coletiva**. Ano: 2011 Editora: Yendis.

FILHO, M. M., *et al.* A Atenção Primária à Saúde e seus atributos: a situação das crianças menores de dois anos segundo suas cuidadoras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.

19, n. 7, p 2033-2046, 2014. Disponível em:
<http://file.redalyc.org/articulo.oa?id=63031150007>. Acesso em: 02 set. 2017.

FOZ DO IGUAÇU. **Prefeitura municipal de Foz do Iguaçu**. Disponível em:
<http://www.pmfi.pr.gov.br/conteudo/?idMenu=1004>. Acesso em: 30 abr. 2017.

FUJIMORI, E., *et al.* Ensino da estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância na graduação em enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, n. 3, p. 655-662, 2013. Disponível em:
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/pt_0104-1169-rlae-21-03-0655.pdf. Acesso em: 26 nov. 2019.

FURTADO, M. C. C., *et al.* A avaliação da atenção à saúde de crianças com menos de um ano de idade na Atenção Primária. **Rev Lat Am Enfermagem** v. 21, n. 2, p. 554-561, 2013; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000200012>. Acesso em: 13 out. 2019.

FRANK, B. R. B., *et al.* Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. **Saúde debate, Rio de Janeiro**, v. 40, n. 109, p. 163-174, jun. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n109/0103-1104-sdeb-40-109-00163.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2019.

FRIAS, P. G., *et al.* Utilização das informações vitais para a estimativa de indicadores de mortalidade no Brasil: da busca ativa de eventos ao desenvolvimento de métodos. **Cad. Saúde Pública** [online] v. 33, n. 3, 2017. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/0102-311x00206015>. Acesso em: 22 jan. 2020.

GAUTERIO, D. P; IRALA, D. A; CEZAR-VAZ, M. R. Puericultura em Enfermagem: perfil e principais problemas encontrados em crianças menores de um ano. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 508-13, 2012.

GARCIA, C.F; VIECILI, J. Implicações do retorno ao trabalho após licença-maternidade na rotina e no trabalho da mulher. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 30, n. 2, p. 271-280, maio/ago, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.22409/1984-0292/v30i2/5541>. Acesso em: 13 de nov. 2019.

GALLO, E; COSTA, L; MORAES, A. A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do MERCOSUL – SIS-MERCOSUL. **Organização Pan-Americana de Saúde**. p. 41-53, 2004.

GIOVANELLA, L. *et al.* Saúde nas fronteiras: acesso e demandas de estrangeiros e brasileiros não residentes ao SUS nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL na perspectiva dos secretários municipais de saúde. **Caderno Saúde Pública**, v. 23, sup 2. p.S251-S266, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23s2/13.pdf>. Acesso em 06 abr. 2019.

GOMIDE, M. F. S., *et al.* User satisfaction with primary health care: an analysis of access and care. **Interface (Botucatu)**. v. 22, n. 65, p. 387-98, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/icse/2018.v22n65/387-398/>. Acesso em: 26 nov. 2019.

GREBINSKI, A. T. K. G. **Os cuidados promovidos ao recém-nascido no ambiente hospitalar de três regionais de saúde que integram a Rede Mãe Paranaense**. 2019. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública em Região de Fronteira) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2019. Disponível em: <http://tede.unioeste.br/handle/tede/4755>. Acesso em: 13 mar. 2020.

HALPERN, R.; COELHO, R. Excessive crying in infants. **J Pediatr (Rio J)**. v. 92, (3 Suppl 1):S40--5, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.01.004>. Acesso em: 26 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Foz do Iguaçu-estimativa da população 2016**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=410830&search=parana|foz-do-iguacu>. Acesso em: 25 maio 2017.

JAIME, P.C. *et al.* Healthcare and unhealthy eating among children aged under two years: data from the National Health Survey, Brazil, 2013. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 16, n. 2, p. 149-157, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v16n2/1519-3829-rbsmi-16-02-0149.pdf>. Acesso em: 10 set. 2018.

KONDER M. T, O. G. A integração das Unidades de Pronto Atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro, Brasil. **Interface (Botucatu)**. v. 20, n. 59, p.879-92, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0519>. Acesso em: 27 nov. 2019.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf. Acesso em: 13 jul. 2019.

LOPES, W. C., *et al.* Alimentação de crianças nos primeiros dois anos de vida. **Rev Paul Pediatr**. v. 36, n. 2, p. 164-170, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1984-0462/2018;36;2;00004>. Acesso em: 13 nov. 2019.

MARIN, M. J. S., *et al.* Fortalezas e Fragilidades do Atendimento nas Unidades Básicas de Saúde Tradicionais e da Estratégia de Saúde da Família pela Ótica dos Usuários. **Texto Contexto Enferm**, v. 22, n. 3, p. 780-8, 2013.

MARTINS, C. B. G., *et al.* Introdução de alimentos para lactantes considerados de risco ao nascimento. **Epidemiol. Serv. Saúde** v. 23 n.1, mar, 2014. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v23n1/v23n1a08.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2011. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005. Acesso em: 10 jul. 2019.

MELLO, F.; VICTORA, C. G.; GONÇALVES, F. Saúde nas fronteiras: análise quantitativa e qualitativa da clientela do centro materno infantil de Foz do Iguaçu, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 7, p. 2135-45, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015207.09462014>. Acesso em: 27 nov. 2019.

MELLO, D. F. de; SILVA, R. M. M da; PANCIERI, L. Êxito técnico e sucesso em visita domiciliar para o cuidado da saúde da criança. **Rev. Pesquisa Qualitativa**. v. 5, n.7, p. 13-22, abr. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/46/60>. Acesso em: 27 nov. 2019.

MINAYO, M. C. S. **Conceitos básicos sobre metodologia e sobre abordagens qualitativas**. In: Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12a ed. São Paulo, Hucitec, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias**. Revista Pesquisa Qualitativa. São Paulo, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017. Disponível em: <http://rpq.revista.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>. Acesso em: 26 out. 2019.

MINHARRO, C. O. M., *et al.* Autoeficácia na amamentação e a relação com a duração do aleitamento materno. **Cogitare enferm**. 2019. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.57490>. Acesso em: 10 nov. 2019.

NETTO, A., *et al.* Mortalidade infantil: avaliação do Programa Rede Mãe Paranaense em Regional de Saúde do Paraná. **Cogitare Enferm**. v. 22, n. 1, p.1-8, 2017. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/47634>. Acesso em: 29 out. 2019.

NOGUEIRA, V. M. R.; SILVA, M. G. da. **Direito, fronteiras e desigualdade em saúde**. Revista em Pauta, Rio de Janeiro, v. 6, n. 24, p. 83-98, dez. 2009.

OLIVEIRA, C. M., *et al.* Mortalidade infantil: tendência temporal e contribuição da vigilância do óbito. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 3, p. 282-90, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201600040>. Acesso em: 03 mar. 2020.

OLIVEIRA, A. P. C; GABRIEL, M; POZ, M. R DAL; DUSSAULT, G., *et al.* Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1165-80, 2017a. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.31382016>. Acesso em: 03 set. 2019.

OLIVEIRA, E. F; SOUZA, A. P. A importância da realização precoce do teste do pezinho: o papel do enfermeiro na orientação da triagem neonatal. Id on Line **Rev. Psic**. v.11, n. 35, maio, 2017b. Disponível em: <https://doi.org/10.14295/idonline.v11i35.742>. Acesso em: 15 out. 2019.

OLIVEIRA, C. M., *et al.* Promoção do Aleitamento Materno: intervenção educativa no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Enfermagem Revista**, v. 20, n.2 mai/ago 2017c. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/16326>. Acesso em: 08 nov. 2019.

PARANÁ. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**. Paraná, 2013. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2013.pdf. Acesso em: 10 set. 2018.

_____. Secretaria Estadual de Saúde (SESA). **Caderno Atenção à Saúde da Criança no Primeiro Ano de Vida**. Disponível em:
<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf4.pdf>. Acesso em: 26 out. 2017.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**. Curitiba, 2018. 7.ed. Disponível em:
http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019.

_____. Secretaria da Saúde. **Caderno de Monitoramento do Óbito Materno 2011 a 2017**. Disponível em:
<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=3461>. Acesso em: 09 abr. 2020.

PEITER, P. C. **Geografia da Saúde na Faixa de Fronteira Continental do Brasil na Passagem do Milênio**. Rio de Janeiro. UFRJ/IGEO/ PPGG, 2005.

PCHEBILSKI, L. T., *et al.* O impacto do Programa Mãe Curitibana sobre a transmissão vertical do HIV no município de Curitiba entre 2000 e 2009. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v. 23, n. 2, p. 76 – 83, 2011. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista232-2011/6-O%20Impacto%20do%20Programa%20Mae%20Curitibana.pdf>. Acesso em: 27 set. 2017.

RAMOS, E. M., *et al.* O uso da massagem para alívio de cólicas e gases em recém-nascidos. **Rev enferm UERJ**, v. 22, n. 2, p.245-50, mar/abr, 2014. Disponível em:
<http://www.facenf.uerj.br/v22n2/v22n2a16.pdf> Acesso em: 25 de nov. 2019.

ROCHA, K. B., *et al.* A visita domiciliar no contexto da saúde: uma revisão de literatura. **Psic., Saúde & Doenças, Lisboa**, v. 18, n. 1, p. 170-185, abr. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/17psd180115>. Acesso em: 27 nov. 2019.

ROCHA, R. R. M., *et al.* Percepção de Médicos sobre a Implantação e Desenvolvimento do Programa Rede Mãe Paranaense. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 143-167, 2017. ISSN 2525-8222. Disponível em:
<https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/48>. Acesso em: 16 abr. 2020.

SANTOS, C., RIZZOTTO, M., & CARVALHO, M. Financiamento público para a saúde de municípios Paranaenses em Região de Fronteiras (2000 – 2016). **Cogitare Enfermagem**, 24. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.61110>. Acesso em: 02 mar. 2020.

SILVA, S. S., ASSIS, M. M. A., SANTOS, A. M. Enfermeira como protagonista do gerenciamento do cuidado na estratégia saúde da família: diferentes olhares analisadores. **Texto Contexto Enferm**, v. 26, n. 3, jul-set, 2017. Disponível em:
<http://www.index-f.com/textocontexto/2017/26308p.php>. Acesso em: 09 abr. 2020.

SILVA, V. R; UGOSKI, D. R; DRAVANZ, G. M. G. Negação dos direitos socioassistenciais para transfronteiriços indocumentados: desafios para as cidades gêmeas. **Texto & Contexto** (Porto Alegre). v. 16, n. 1, p. 231-243, 2017.

SILVA, J. G., *et al.* A prática da automedicação em crianças por seus pais: atuação da enfermagem. **Rev enferm UFPE Recife**, v. 12, n. 6, p. 1570-7, jun., 2018a. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i6a230779p1570-1577-2018>. Acesso em 25 nov. 2019.

SILVA, R. M. M; VIERA, C. S. Acesso ao cuidado à saúde da criança em serviços de atenção primária. **Rev. Bras. Enferm.** v. 67, n. 5, 2014b. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n5/0034-7167-reben-67-05-0794.pdf>. Acesso em: 25 nov. 2019.

SOARES, D. G., *et al.* Implantação da puericultura e desafios do cuidado na estratégia saúde da família em um município do estado do Ceará. **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 29, n. 1, p. 132-138, jan./mar., 2016. Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/3713/pdf>. Acesso em: 27 de nov. 2019.

SOARES, J. H. R., *et al.* Programa Rede Mãe Paranaense na perspectiva de enfermeiros da atenção primária à saúde. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, 2017. Vol. Sup. 9, S709-S714. Disponível em: DOI: 10.25248/REAS65_2017. Acesso em: 02 jul.2020.

SCHINCAGLIA, R. M., *et al.* Práticas alimentares e fatores associados à introdução precoce da alimentação complementar entre crianças menores de seis meses na região noroeste de Goiânia. **Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília**, v.24, n. 3, p. 465-474, jul-set, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n3/2237-9622-ress-24-03-00465.pdf>. Acesso em: 23 nov. 2019.

VIEIRA, V. C. L., *et al.* Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 17, n. 1, mar. 2012. ISSN 2176-9133. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26384>. Acesso em: 13 nov. 2019.

VICTORA, C. G., *et al.* Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The lancet, London**, p. 32-36, 2011.

VITOLO, M. R; GAMA, M; CAMPAGNOLO, C. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria** - v. 86, n 1, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3997/399738174014/>. Acesso em: 26 out. 2017.

ZASLAVSKY, R; GOULART, B. N. Migração pendular e atenção à saúde na região de fronteira. **Ciênc Saúde Colet.** v. 22, n.12, p.3981-6, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320172212.03522016>. Acesso em: 27 nov. 2019.

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Convido você para participar desta pesquisa intitulada “Rede Mãe Paranaense na perspectiva da usuária: o cuidado da mulher no pré-natal, parto e puerpério e da criança”. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS), após a Implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária. Este estudo foi autorizado pela 10ª RS de Cascavel, 9ª RS de Foz do Iguaçu e 17ª RS de Londrina e com parecer favorável sob o número (2.053.304/2016), do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual de Londrina-PR. Durante a entrevista, se você se sentir desconfortável, poderemos encerrá-la, bem como, você poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento. Esclarecemos que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete a qualquer prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos, também, que suas informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, a preservar sua identidade. Esclarecemos ainda, que você não pagará e nem será remunerada por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação. Os possíveis riscos do estudo se referem a disponibilizar seu tempo e alguns desconfortos que pode ter durante a entrevista, porém, poderá interromper sua participação a qualquer momento e esta decisão não irá interferir nos cuidados ofertados a você. Faremos o possível para auxiliá-la caso algum desconforto ocorra, esclarecendo-a ou tranquilizando-a e providenciando encaminhamentos, caso seja necessário. Os benefícios deste estudo serão para os serviços de saúde que poderão melhorar o atendimento para você, outras mulheres e crianças. Caso você tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, poderá entrar em contato com os pesquisadores do projeto Taigra Morgana Picco, telefone (45) 999827745, e-mail: taigra.picco1@gmail.com ou Maria Aparecida Baggio, telefone (45) 999530974, e-mail: mariabaggio@yahoo.com.br. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas devidamente preenchida, assinada e entregue a você. Solicito sua autorização para que as informações possam ser utilizadas na pesquisa, nos artigos a serem publicados e nas apresentações de trabalhos em eventos. Os resultados poderão subsidiar propostas de ações para melhorar à assistência das mulheres e crianças nos serviços de saúde na Rede Mãe Paranaense. O presente termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e a outra arquivada com o pesquisador. Tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar voluntariamente da pesquisa descrita acima.

Assinatura do sujeito de pesquisa

Como pesquisador, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Pesquisador- RG

Cidade:.....-PR,.....de.....de 20.....

APÊNDICE II

CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO PARTICIPANTE DO ESTUDO

Dados da criança
Data de nascimento: ___/___/___
1. Idade: () 0 -6 meses c. () 7-12meses d. () 13-24 meses
2. Sexo: () Masculino () Feminino
3. Idade Gestacional ao nascer: _____
Tipo de parto: () Parto vaginal () Cesária
4. Peso nascimento: _____
Dados da Mãe
1.Data de nascimento: ___/___/___ ou Idade:
2. Estado civil: a. () Solteiro b. () Casado c. () Viúvo d. () Divorciado e. () Outro _____
3. Escolaridade: a. () Ensino fundamental completo b. () Ensino fundamental incompleto c. () Ensino médio completo d. () Ensino médio incompleto e. () Ensino superior f. () Ensino superior incompleto g. () Pós-graduação h. () Analfabeto
4. Nacionalidade a. () Argentina b. () Brasil c. () Paraguai
5. Profissão: a. () Autônomo b. () Aposentado c. () Empregado com carteira assinada d. () Desempregado d. () Concursado e. () Outro _____
6. Renda familiar a. () Entre 3 e 5 Salários mínimos b. () Acima de 5 salários mínimos c. () Entre 1 e 3 Salários mínimos d. () Abaixo de 1 salário mínimo
7. Número de pessoas na casa: a.() 1 b.() 2 c.() 3 d.() 4 e.() 5 f.() 6 g.() 7 ou mais
8. Número de Cômodos no imóvel a.() 1 b.() 2 c.() 3 d.() 4 e.() 5 f.() 6 g.() 7 h.() 8 ou mais

APÊNDICE III

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA MÃES DE CRIANÇAS

Data da entrevista:

Nome do entrevistado:

Código de identificação:

1- O que você entende por continuidade do cuidado da criança após o nascimento do seu (a) filho (a)?

2- Na alta hospitalar, após o nascimento do(a) seu(sua) filho(a), você recebeu alguma orientação sobre qual serviço de saúde procurar para a continuidade do cuidado da criança? Comente.

3- Fale-me o que você sabe do Programa Rede Mãe Paranaense?

4- Você recebeu visita da equipe de saúde na primeira semana de vida do(a) seu(sua) filho (a). Conte-me sobre essa visita.

5- Comente sobre o que você entende por puericultura.

6- Comente sobre o acesso à unidade básica de saúde para realizar puericultura/ avaliação do seu filho (a) do seu filho? Com que frequência? Por qual profissional?

7- Descreva como é realizada a puericultura/ avaliação do(a) seu(sua) filho(a) na unidade básica de saúde por este profissional

8- Comente sobre a amamentação do(a) seu(sua) filho(a).

9- Seu(Sua) filho(a) já apresentou alguma condição de enfermidade desde o nascimento? Comente.

10- Houve necessidade de recorrer ao serviço particular em algum momento para consultas, realização de exames ou compra de medicações? Se sim, comente

11- Em algum momento o seu filho precisou receber avaliação ou acompanhamento por algum especialista, além do pediatra? Comente porquê e como se deu esse processo.

12- Se criança acompanhada por serviço especializado, questione: Durante o acompanhamento do seu(sua) filho(a) no serviço especializado ele continuou sendo atendido(a) na unidade básica de saúde? Comente.

13- Foi-lhe entregue a caderneta da criança no momento da alta com as informações do nascimento da criança preenchidas? Se não, comente.

14- Posso observar a caderneta do seu filho (a)?

15- Conte-me sobre sua experiência de atendimento pelos profissionais de saúde após o nascimento do seu filho na unidade básica de saúde (e em outros serviços, se for o caso).

16- Comente como você percebe o atendimento pelos profissionais dos serviços de saúde para o seu filho (a)?

17- Em sua opinião, o que pode ser aperfeiçoado nos serviços de saúde para melhorar a continuidade do cuidado à criança?

APÊNDICE IV

VALIDAÇÃO DE QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA MÃES DE CRIANÇAS

- 1- Fale-me o que você sabe do Programa Rede Mãe Paranaense.
- 2- O que você entende por cuidado da criança após o nascimento do seu (a) filho (a). Fale-me o que você espera de cuidado pela equipe de saúde?
- 3- Na alta hospitalar você recebeu orientação sobre qual serviço de saúde (onde) procurar para continuar o atendimento da criança? Fale-me sobre essa orientação.
- 4- Comente sobre outras orientações que você recebeu na alta hospitalar.
- 5- Comente sobre a saúde do bebê desde o nascimento. O que foi feito para isso?
- 6- Comente sobre as visitas domiciliares da equipe de saúde. Como que foi? Recebeu alguma orientação? O que foi realizado?
- 7- Você recebeu visita do (ACS, enfermeiro ou médico) na primeira semana de vida do(a) seu(sua) filho (a). Conte-me sobre essa visita.
- 8- Quando foi o primeiro retorno à UBS (posto) para puericultura? Foi orientada para isso? Por quem?
- 9- Comente sobre a frequência que você vai à unidade, desde o nascimento até o momento atual. Qual profissional você procura? Por qual motivo?
- 10- Comente o que você entende por puericultura. Comente sobre orientações que recebeu na puericultura e que considerou valiosas
- 11- Comente como é para agendar puericultura na unidade básica de saúde (no postinho). Quem agenda as consultas? Como são agendadas (a cada quanto tempo)?
- 12- Desde o nascimento, você traz seu filho a cada quanto tempo para fazer puericultura? É sempre você quem traz a seu(sua) filho(a) para puericultura? Comente quem traz quando você não pode vir?
- 13- Qual profissional realiza a puericultura? É sempre o mesmo? Você já faltou a alguma puericultura agendada? Alguma puericultura já foi cancelada ou transferida de data? Comente.
- 14- Se já faltou: Comente sobre o motivo. Comente o que foi feito. Quem fez o novo agendamento.
- 15- Descreva como é realizada a puericultura/ avaliação do(a) seu(sua) filho(a) na unidade básica de saúde pelo profissional (o que o profissional faz).
- 16- Comente sobre a amamentação do(a) seu(sua) filho(a).

17- Que orientações são repassadas frente a alimentação da criança. Introdução alimentar?

18- Seu(Sua) filho(a) já apresentou alguma condição de doença desde o nascimento? Comente. Consultou com o pediatra da UBS ou outro médico? Comente.

19- Comente sobre os motivos das consultas e que condutas (exames, medicações e encaminhamentos foram realizados)? Que medidas foram tomadas?

20- Que medicamentos seu(sua) filho(a) já precisou tomar? Como estes medicamentos foram obtidos? (Na ABS, comprou). Outros recursos: uso de chás, para que, indicado por quem, por quanto tempo, de que forma?

21- Precisou ser encaminhado a UPA ou ao hospital? Se sim, comente como foi? Precisou de internamento? Se sim, comente como foi?

22- Houve necessidade de recorrer ao serviço particular em algum momento para consultas, realização de exames ou compra de medicações? Se sim, comente.

23- O seu filho já precisou receber avaliação ou acompanhamento por especialista (como cardiologista, pneumologista, infectologista)? Comente porque precisou da avaliação ou acompanhamento. Comente que caminho percorreu para isso.

-Se criança acompanhada por serviço especializado, questione: Durante o acompanhamento do seu(sua) filho(a) no serviço especializado ele continuou sendo atendido(a) na unidade básica de saúde?

24- Posso observar a caderneta do seu filho (a)? Explorar sobre os testes de triagem neonatal, olhinho, coraçãozinho, pezinho, orelhinha?

Ao olhar a caderneta, há registros de todas as avaliações, curvas de crescimento e desenvolvimento? Que registros constam na caderneta e por qual profissional?

25- Todas as vacinas foram realizadas na ABS, na mesma unidade? Houve algum atraso para fazer alguma vacina?

26- Em sua opinião, o que pode ser melhorado no atendimento à criança pelos profissionais de saúde?

APÊNDICE V

QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO PARA ENFERMEIROS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

NOME PROFISSIONAL:

LOCAL DA ENTREVISTA:

HORARIO DE FUNCIONAMENTO DA UBS:

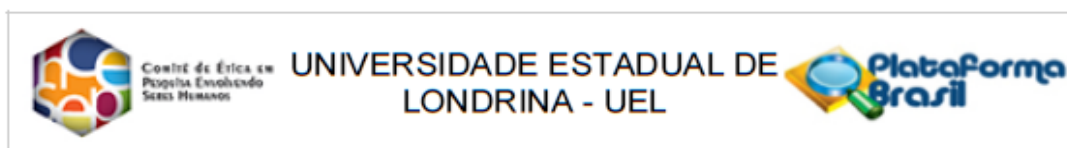
TEMPO QUE SE FORMOU NA GRADUAÇÃO:

QUAL O TEMPO QUE TRABALHA NA UBS:

- 1- Qual a demanda da realização ou refazer o 2ª teste do pezinho na UBS? Justifique.
- 2- Comente sobre o PRM (idem das mães).
- 3- Durante as consultas de pré-natal e na puericultura, o que é repassado a elas sobre o RMP?
- 4- São realizadas as visitas domiciliares até o 10º dia de vida da criança após a alta hospitalar? Justifique.
- 5- Explique como é realizada a puericultura na sua unidade de saúde?
- 6- Na realização da puericultura, comente sobre os principais problemas identificados nas crianças quanto ao seu crescimento e desenvolvimento.
- 7- Comente sobre sua percepção acerca do estabelecimento e manutenção de aleitamento em seio materno exclusivo.
- 8- Destes problemas, que precisam ser referenciados para a atendimento-serviço especializado e quais podem ser resolvidos na unidade básica de saúde?
- 9- Quanto às crianças que foram referenciadas ao serviço especializado, comente como é realizado o acompanhamento destas crianças entre e UBS e o serviço especializado.
- 10- Na sua experiência, nas consultas de puericultura, como que você percebe a utilização de chás?
- 11- Ainda, na sua experiência você identifica a administração de medicamentos pelas mães às crianças, sem o acontecimento de consultas e-ou ter prescrição médica.
- 12- Em suma, quais as fragilidades que você identifica na continuidade do cuidado da criança na Rede de Atenção a Saúde?
- 13- Em sua opinião o que pode ser aperfeiçoado nos serviços de saúde para melhorar a continuidade do cuidado à criança?

ANEXO I

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: REDE MÃE PARANANENSE NA PERSPECTIVA DA USUÁRIA: O CUIDADO DA MULHER NO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E DA CRIANÇA

Pesquisador: Rosângela Aparecida Pimenta Ferrari

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67574517.1.1001.5231

Instituição Proponente: Universidade Estadual de Londrina - UEL

Patrocinador Principal: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.053.304

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa avaliativa que apresenta como intuito completar a tríade das pesquisas avaliativas (gestores, profissionais que atendem a população e usuários) tendo como foco a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária em municípios de três Regionais de Saúde. Para isto, utilizar-se-á tanto a abordagem quantitativa, a partir dos sistemas de informação, como a abordagem qualitativa para compreender como está sendo realizada a assistência materno-infantil após a implantação desta rede.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a assistência materna no pré-natal, parto e puerpério e seguimento da criança, prestada nos serviços de saúde nos municípios das Regionais de Saúde de Foz do Iguaçu (9ª RS), Cascavel (10ª RS) e Londrina (17ª RS) após a implantação da Rede Mãe Paranaense na perspectiva da mulher/usuária.

Objetivo Secundário:

Caracterizar as mulheres e crianças segundo variáveis socioeconômicas e demográficas; Caracterizar a assistência pré-natal, ao parto, puerpério e seguimento da criança nas Regionais de Saúde; Identificar os determinantes para agravos materno-infantis nas Regionais de Saúde;

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Telefone: (43)3371-5455

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.053.304

Descrever a assistência no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança prestada nas Regionais de Saúde conforme os objetivos do Programa Rede Mãe Paranaense; Verificar a relação entre a organização da rede assistencial nas Regionais de Saúde e a adequação do cuidado no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança; Apreender a percepção da mulher sobre a assistência prestada nas Regionais de Saúde.

no pré-natal, parto, puerpério e seguimento da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Tendo em visto o fato de que uma das estratégias de coleta de dados será entrevista com gravação, pode haver constrangimento da participante do estudo. Da mesma forma, caso tenham ocorridos eventos negativos na vivência do ciclo gravídico puerperal em análise, falar sobre o mesmo pode gerar desconforto emocional. Os pesquisadores se comprometem a acolher e tomar as providências cabíveis para cada caso específico, de acordo com o item V da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012.

Benefícios:

A partir dos resultados obtidos do presente estudo espera-se que estes possam subsidiar propostas de ações que visam cumprir os objetivos e princípios da Rede Mãe Paranaense e, por conseguinte, que gestores favoreçam a oferta de recursos adequados e suficientes (materiais, estrutura e humanos) aos profissionais que prestam assistência à mulher gestante, parturiente, puérpera e criança nos diferentes níveis de cuidado que atenda as expectativas dos usuários, um direito de todos. Também que, no âmbito do ensino e pesquisa, instigue novas investigações na temática em outras Regionais de Saúde do Paraná, bem como em outros estados brasileiros. Haverá benefício direto às participantes por meio de orientações em saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de pesquisa relevante para a avaliação da implementação de políticas na área de saúde da mulher.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios estão devidamente apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador (a),

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR **Município:** LONDRINA

Telefone: (43)3371-5455

CEP: 86.057-970

E-mail: cep268@uel.br



Comitê de Ética em
Pesquisa Envolvendo
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.053.304

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_727323.pdf	26/04/2017 07:09:44		Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoASSINADA.pdf	26/04/2017 07:08:37	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEvf.pdf	08/04/2017 10:18:51	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	vfProjeto_Detalhado.pdf	08/04/2017 10:17:39	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HUOPCascavel.pdf	08/04/2017 10:12:40	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_HU.pdf	08/04/2017 10:10:27	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Parecer_SESA.pdf	08/04/2017 10:10:04	Rosangela Aparecida Pimenta Ferrari	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

LONDRINA, 09 de Maio de 2017

Assinado por:

Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli
(Coordenador)

Endereço: LABESC - Sala 14

Bairro: Campus Universitário

UF: PR

Município: LONDRINA

CEP: 86.057-970

Telefone: (43)3371-5455

E-mail: cep268@uel.br

ANEXO II

AUTORIZAÇÃO DA SECRETÁRIA DE SAÚDE DE FOZ DO IGUAÇU –PR



Prefeitura do Município de Foz do Iguaçu

ESTADO DO PARANÁ

Secretaria Municipal da Saúde

AUTORIZAÇÃO


A gestora do Sistema Único de Saúde do município de Foz do Iguaçu, Inês Weizemann dos Santos, **AUTORIZA** a mestrandia da Universidade estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE), **TAIGRA MORGANA PICCO**, a realizar coleta de dados junto à Diretoria de Atenção Básica no âmbito desta Secretaria da Saúde de Foz do Iguaçu, para realização do projeto "Rede Mãe Paranaense na Perspectiva da Usuária: o Cuidado da Mulher no Pré-Natal, Parto, Puerpério e da Criança".

Fica esta autorização condicionada à ciência e observância de cumprimento, pela mestrandia e pela Instituição de Ensino, dos critérios estabelecidos por esta Secretaria, especialmente quanto à coleta não ter sido iniciada e que isso somente ocorrerá após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição que frequenta.

Ressalte-se necessidade de o projeto estar em conformidade com normas éticas e legislação vigente, respeitando-se o sigilo de informações, com o compromisso de não serem veiculadas tais informações ou divulgadas para outros fins que não os de projeto de pesquisa acadêmica.

Por ser esta a expressão da verdade, firmo o presente instrumento para que surta seus efeitos legais.

Foz do Iguaçu, 17 de novembro de 2017.


Inês Weizemann dos Santos
Secretária Municipal da Saúde

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Av. Brasil, 1637, sala 301 - 3º andar - Centro - 85851-000 - Foz do Iguaçu - Paraná

TELEFONE: (45)2105-1129; e-mail: saúde@pmfi.pr.gov.br