

## Continuidade do cuidado da criança na Atenção Primária à Saúde em região de fronteira

Continuity of care for children in Primary Health Services in a border region  
(abstract: p. 17)

Continuidad del cuidado del niño en la Atención Primaria de la Salud en  
región de frontera (resumen: p. 17)

**Aline Renata Hirano**<sup>(a)</sup>

<alinerenatahirano@gmail.com> 

**Taigra Morgana Picco**<sup>(b)</sup>

<taigra.picco1@gmail.com> 

**Rosângela Aparecida Pimenta**<sup>(c)</sup>

<ropimentaferri@uel.br> 

**Maria Aparecida Baggio**<sup>(d)</sup>

<mariabaggio@yahoo.com.br> 

<sup>(a, b)</sup> Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste). Avenida Tarquínio Joslin dos Santos, 1.300. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. 85870-650.

<sup>(c)</sup> Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil.

<sup>(d)</sup> Departamento de Enfermagem, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública em Região de Fronteira, Unioeste. Cascavel, PR, Brasil.

### Resumo

Objetivou-se compreender a continuidade do cuidado da criança na Atenção Primária à Saúde em região de fronteira por meio de um estudo qualitativo, realizado em Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil, com mães de crianças de 0 a 24 meses e enfermeiras. A coleta de dados foi feita com entrevista semiestruturada e registros das cadernetas infantis, entre março de 2018 e junho de 2019. A análise temática de conteúdo orientou a análise dos dados. A continuidade do cuidado infantil se faz principalmente por meio da puericultura, atrelada à Educação em Saúde, da imunização e do teste do pezinho. São requeridas políticas públicas nacionais e regionais que contemplem especificidades de saúde da criança nas fronteiras, bem como acordos entre gestores em saúde dos países fronteiriços, para garantia da continuidade do cuidado, particularmente a crianças brasileiras residentes no Paraguai.

**Palavras-chave:** Saúde da criança. Família. Cuidado de enfermagem. Atenção primária à saúde. Áreas de fronteira.

## Introdução

O conceito de continuidade do cuidado tem recebido atenção como medida para melhorar a saúde materna, neonatal e infantil<sup>1</sup>. No Brasil, é garantido pelo Decreto 7.508 de 2011, que regulamenta a Lei 8.080/90 e dispõe sobre a organização do SUS, viabilizando aos usuários a continuidade do cuidado em saúde em todas as modalidades, nos serviços, hospitais e unidades de saúde integrantes da rede de atenção<sup>2</sup>. Contudo, é requerida maior amplitude dos cuidados para melhores resultados e equidade na utilização dos serviços<sup>1</sup>.

A qualidade dos serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) é um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro no que concerne à promoção, à prevenção e à recuperação da saúde de crianças menores de 2 anos, garantindo o acesso à Atenção à Saúde de forma integral<sup>3</sup>. Para acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil, visitas regulares a esses serviços para consultas e exames são necessárias para detecção precoce de agravos e a preservação da saúde dessa população<sup>4</sup>.

Os cuidados de saúde materno-infantil representam prioridade na execução dos programas voltados a esse público por todo o mundo. Em países da América Central, os principais desafios são elevar as taxas de aleitamento materno exclusivo (AME), reduzir a mortalidade materna e garantir a cobertura universal do cuidado materno-infantil na integração de setores e na participação social em saúde<sup>5</sup>. Desafio semelhante, quanto à cobertura da APS a crianças de 0 a 6 anos, é identificado em país europeu, onde se constata redução de consultas e exames após o primeiro ano de vida. Além disso, a cada cinco consultas preventivas a bebês ou crianças, uma resulta na descoberta de doença que requer tratamento<sup>4</sup>.

Em regiões de fronteira, o direito à saúde é um tema recorrente e os territórios dinâmicos, cuja construção excede o espaço físico, surgem por meio das relações sociais de seus atores<sup>6</sup> e impõem, cada vez mais, a realização conjunta de atividades para alcançar um efetivo controle de agravos e garantir o acesso à Atenção à Saúde das populações desses territórios<sup>7</sup>. Dentre essas populações se encontra a infantil.

No Brasil, na região de tríplice fronteira entre Brasil, Paraguai e Argentina, a demanda de atendimento da população supera o planejamento, o que pode dificultar a prestação de atendimento de qualidade. Quanto à assistência à saúde infantil, ações compartilhadas entre os países fronteiriços mostram-se essenciais para a continuidade do cuidado desse público<sup>8</sup>.

Foz do Iguaçu, município da fronteira brasileira, oferta atendimento na APS para mulheres (no ciclo gravídico-puerperal) e crianças brasileiras residentes no Paraguai e na Argentina no Centro Materno Infantil (CMI) e em outras unidades de saúde próximas dos limites de fronteira. Convém salientar a baixa procura pelas mulheres de acompanhamento de saúde delas e das crianças, bem como a impossibilidade de os profissionais de saúde realizarem busca ativa e visita domiciliar no país vizinho<sup>8-10</sup>.

Particularmente no Paraguai, apesar de existir, como no Brasil, um modelo de Atenção à Saúde de acesso gratuito e universal, há importantes fragilidades de acesso, oferta e qualidade dos serviços de saúde<sup>11</sup>. Em razão disso, para garantia de cidadania brasileira à criança e, conseqüentemente, garantia de acesso ao sistema público de

saúde brasileiro, mulheres brasileiras residentes no Paraguai, bem como as estrangeiras, procuraram serviços de assistência ao parto no Brasil, na iminência do nascimento. E, ainda, é frequente o uso de comprovantes de residência no Brasil por paraguaias, de forma irregular, por empréstimo de amigos e familiares residentes no Brasil, que não condizem com a moradia fixa delas, para obter o cartão de acesso ao sistema público de saúde do país. Essa realidade impacta o processo de cuidado desse público<sup>8-10</sup>.

Em uma região de fronteira internacional, com características multiculturais, embora a língua possa ser considerada um empecilho para o cuidado às estrangeiras, profissionais de saúde balizam suas ações pelo diálogo, pelo entendimento e pelo respeito às diferentes culturas<sup>9</sup>, com uso de linguagem não verbal e de tecnologias para facilitar e viabilizar a comunicação do cuidado.

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

## Método

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com 14 mães de crianças e cinco enfermeiras. Foram incluídas mães de crianças de 0 a 24 meses, que realizaram puericultura na APS, e enfermeiras atuantes na realização de puericultura da criança nesse contexto. Foram excluídas mães com idade inferior a 18 anos.

A coleta de dados foi realizada por uma enfermeira, mestranda, em cinco unidades básicas de saúde (UBS) ou Estratégia Saúde da Família (ESF) escolhidas por sorteio, sendo uma de cada distrito municipal de saúde de Foz do Iguaçu. Recomendações do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (Coreq) foram seguidas.

A seleção dos participantes foi por conveniência e o convite, realizado pessoalmente na UBS/ESF. As entrevistas aconteceram nos serviços de saúde, de forma individual, em local privativo. Com as mães, foi antes ou após as consultas de puericultura; e com as enfermeiras, em data e hora agendada previamente. Não houve recusa à participação. Foram realizadas observação e anotações das impressões do pesquisador e acerca dos registros das cadernetas infantis.

As entrevistas foram guiadas por roteiro semiestruturado, iniciado pela questão norteadora: “O que você entende por continuidade do cuidado da criança após o nascimento?”. Tiveram duração média de 30 minutos, foram gravadas em dispositivo digital de áudio, transcritas e submetidas à conferência pelas participantes. Duas entrevistas piloto, com mães, foram incluídas no estudo. A transcrição foi enviada para as participantes, por *e-mail* ou *WhatsApp*, para conferência. Nenhuma retornou. O período de coleta de dados foi entre março de 2018 e junho de 2019.

A análise temática de conteúdo orientou a análise. Na pré-análise, houve leitura fluante e releitura dos dados para organizá-los de acordo com o objetivo. Na exploração dos dados, as falas foram agrupadas conforme unidades de registros e de acordo com expressões ou palavras significativas, a fim de definir as categorias ou subcategorias temáticas. Na etapa de tratamento dos dados, foram realizadas a

inferência e a interpretação dos conteúdos manifestos e latentes contidos em todo o material coletado, que contemplou o objetivo proposto<sup>12</sup>.

O estudo tem parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste), sob nº 2.053.304, e CAAE 67574517.1.1001.5231. Foram respeitados os princípios éticos das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016 em todas as etapas da pesquisa.

Para garantia do anonimato, as mães foram identificadas pela letra M e as enfermeiras, pela letra E, acompanhadas com o número sequencial da entrevista, por exemplo: M1, M2 ... E1, E2.

## Resultados

As mães apresentavam idade entre 18 e 44 anos. A maioria era brasileira, casada ou vivendo em união estável, com ensino médio completo, com profissão ou ocupação e renda familiar entre um e três salários-mínimos (Tabela 1).

**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	Nacionalidade	Ocupação	Renda
M1	34	Casada	EMC	Brasileira	Desempregada	1-3 SM
M2	27	União estável	EMI	Brasileira	Autônoma	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	União estável	EMI	Brasileira	Desempregada	1-3 SM
M7	27	Casada	EMC	Brasileira	Desempregada	1 SM
M8	23	Casada	ESI	Haitiana	Operadora caixa	1-3 SM
M9	44	Casada	ESC	Brasileira	Cabeleireira	3-5 SM
M10	28	Casada	EFC	Paraguaia	Desempregada	1 SM
M11	29	União estável	EMC	Brasileira	Vendedora	1-3 SM
M12	19	Casada	EMC	Brasileira	Desempregada	1-3 SM
M13	24	União estável	EFC	Brasileira	Desempregada	1-3 SM
M14	21	Solteira	EMC	Brasileira	Manicure	1 SM

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

Legenda: EFC (Ensino Fundamental Completo), EMC (Ensino Médio Completo), EMI (Ensino Médio Incompleto), ESI (Ensino Superior incompleto), ESC (Ensino Superior Completo), SM (salário mínimo),

Em relação às crianças, a idade variou de 2 a 15 meses de vida, nove eram do sexo feminino e cinco, do sexo masculino, com idade gestacional ao nascer entre 38 e quarenta semanas. O peso ao nascer variou de 3.010 kg a 3.985 kg (Tabela 2).



**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	Parto	Peso
C1	2 meses	M	Cesárea	3055 g
C2	4 meses	M	Cesárea	3100 g
C3	3 meses	F	Normal	3125 g
C4	4 meses	F	Normal	3250 g
C5	5 meses	F	Cesárea	3710 g
C6	2 meses	F	Normal	3305 g
C7	8 meses	M	Normal	3010 g
C8	18 meses	F	Cesárea	3075 g
C9	9 meses	F	Cesárea	3678 g
C10	8 meses	F	Normal	3090 g
C11	11 meses	M	Cesárea	3425 g
C12	15 meses	M	Cesárea	3985 g
C13	13 meses	F	Normal	3180 g
C14	14 meses	F	Cesárea	3275 g

Fonte: Dados coletados pela pesquisadora.

Legenda: F, feminino; M, masculino.

A idade das enfermeiras variou entre 32 e 38 anos, com tempo de profissão entre 10 e 15 anos. Todas possuíam Pós-graduação, sendo quatro com especializações na área da Saúde e uma com Mestrado na área de ensino (Tabela 3).

**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.

Legenda: F, feminino; M, masculino.

## Puericultura

O cuidado da criança, após o nascimento, inicia-se na APS pela puericultura a partir da primeira semana de vida. Conforme as enfermeiras, ele se baseia em medidas antropométricas, exame físico, teste do pezinho, verificação de imunização, avaliação da amamentação (pega, sucção das mamas e mamilos da mãe), além de 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 [...] vejo tudo, a higiene, o umbigo, limpeza [do bebê] [...]. (E1)

As mães manifestaram ausência, na caderneta da criança, de alguns registros pelos profissionais, principalmente referente à avaliação, como medidas antropométricas.

[...] algumas coisas que não foram preenchidas [...] nome do pai, da mãe, endereço [...] da cabeça dela [circunferência] e do último peso também está faltando [...]. (M6)

Nas consultas de puericultura, a educação em saúde para as mães de continuidade do cuidado da criança reporta à importância da consulta mensal; momento em que são repassadas as informações sobre AME e sobre como proceder diante de dificuldades com a amamentação e os problemas comuns do recém-nascido (RN), bem como cuidados adequados para garantir a saúde dele.

[...] oriento quanto ao aleitamento materno [...], deixar exclusivo até o sexto mês. Explico que podem surgir cólicas, oriento sobre as vacinas, sobre o banco de leite, caso ela apresente dificuldade durante amamentação [...], já marco a próxima consulta de puericultura. (E1)

[...] falo sobre o uso de lenço umedecido [...], oriento quanto ao banho, a importância do banho de sol, os horários apropriados [...]. (E5)

Próximo aos seis meses de vida, as enfermeiras orientam sobre introdução alimentar e alimentação complementar. Quanto a isso, as mães informam que as orientações foram insuficientes. Afirmam ter recebido um papel com orientações escritas, sem explicações complementares, sendo necessário recorrer a vídeos e realizar pesquisa na internet, além de seguir conselhos de outros familiares com mais vivência no cuidado de crianças.

[...] oriento as mães sobre sua alimentação. Quando a criança começa a comer frutas, oriento as mães das frutas, de iniciar 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 [...]. 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 dos cuidados rotineiros com o RN. Para elas, por meio da puericultura, é possível saber sobre o crescimento e o desenvolvimento dos seus filhos; possibilitando a detecção precoce de problemas de saúde; além de ser um momento oportuno para sanar dúvidas com os profissionais.

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

As consultas de puericultura são comprometidas por questões climáticas, pelo retorno das mães ao trabalho e, ainda, por residirem ou trabalharem no Paraguai.

Quando as mães retornam ao trabalho, as crianças comumente ficam com as avós, que tendem a acessar a APS para a realização de imunizações e consulta em caso de adoecimento da criança. Quando as mães são paraguaias ou brasileiras residentes no Paraguai, cujas crianças nasceram no Brasil, elas recorrem à APS no Brasil principalmente para realização do teste do pezinho e de imunizações.

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

[...] 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)

[...] 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] [...], 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 vir nas consultas que ela marca [...]. (M10)



A puericultura é organizada pelos enfermeiros. Alguns reservam dias específicos da semana, outros optam por atender livre demanda e todas as crianças podem ser atendidas (filhas de mães brasileiras ou estrangeiras, residentes ou não no Brasil) em qualquer UBS ou ESF do município, embora mães brasileiras residentes no Paraguai comumente acessem as unidades mais próximas da fronteira.

[...] minha agenda eu deixo aberto, deixo todos os dias, menos na quarta, que é o dia do preventivo [...] não vai ficar vendo se ela mora mesmo no Paraguai ou não, porque querendo ou não essa não é a nossa função. (E1)

[...] prefiro deixar um dia certo, deixo uma vez por semana a consulta de puericultura, [...] assim me organizo melhor no meu tempo [...]. (E3)

Não se identificou procura por atendimento no Brasil de mães argentinas ou de brasileiras residentes na Argentina.

## Imunização e teste do pezinho

Observa-se o compromisso com a imunização das crianças. Desde o pré-natal as enfermeiras orientam acerca da importância da vacinação. Embora atrasos ocorram, eles são mínimos mesmo para aquelas mães que residem no Paraguai. Nesse país, vacinas são ofertadas em serviços privados.

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

Moro no Paraguai [...] lá tudo tem que pagar para conseguir [acesso à saúde e vacinas]. [...] melhor eu vir no Brasil [...] venho para vacina, uma vez a cada dois meses. (M10)

Quanto à imunização, quando acontecem atrasos e a família reside no Brasil (inclui família de estrangeiros), os profissionais da APS fazem busca ativa por meio de contato telefônico e visitas domiciliares (VD) para promover a atualização do estado vacinal da criança.

Porém, quando a família é brasileira e reside no Paraguai ou quando a família é paraguaia e a criança é brasileira e reside no Paraguai, não ocorre busca ativa por inexistência de acordos e processos definidos entre os dois países. Além disso, a família dessas crianças, quando paraguaia, informa endereço de terceiros (amigos ou parentes que residem no Brasil), não sendo possível localizar a criança ou a família, que só acessa o serviço quando precisa e pode, não de forma contínua e regular.

[...] minha cunhada morava aqui [Foz do Iguaçu]. Daí eu vinha e ficava na casa dela [...] eu fiz algumas vezes as consultas [pré-natal] para poder ganhar ela aqui em Foz [...]. Na verdade, eu disse que morava com minha cunhada, porque senão eles não atendem a gente [...] precisa mostra o endereço daqui, os



documentos pode se paraguaio, mas o endereço tem que se daqui [...] como o meu apelido [sobrenome] é o mesmo do meu irmão, consegui para consulta. [...] como moro no Paraguai elas nem vão lá [para visita domiciliar ou busca ativa]. [...] agora eu venho só quando preciso e quando posso vir. (M10)

[...] ACS [Agentes Comunitários de Saúde] não consegue acompanhar porque elas (paraguaias residentes no Paraguai) [...] dão endereço de algum parente, algum amigo (residente no Brasil). [...] 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 [...]. [...] 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 à saúde [...]. (E1)

[...] busca ativa das paraguaias [...], elas moram em outro país e não conseguimos fazer busca ativa [...] depois que as crianças nascem elas vêm poucas ou nenhuma vez na puericultura [...] apenas vêm para realização das vacinas e do teste do pezinho. (E2)

[...] não tem como o ACS acompanhar, uma que nem tem como atravessar a ponte para fazer a busca ativa, porque ela está em outro país. (E3)

Contudo, o teste do pezinho mostra-se como um componente frágil da triagem neonatal. Falhas na primeira coleta ou coleta anterior às 48 horas de vida da criança desencadeiam a necessidade de realização de um segundo teste na APS.

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

## Aleitamento materno

As mães, motivadas por acreditarem que seu leite é insuficiente, realizam a introdução precoce de outros alimentos, em especial de fórmulas lácteas.

[...] ele toma uma mamadeira de Nestogeno, acho que meu leite não sustenta muito, porque ele chora, daí eu dou 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, orientações recebidas por alguns profissionais do hospital, além da indicação de pessoas próximas, corroboram para a ocorrência da introdução de fórmulas lácteas e consequente desmame precoce.

[...] na maioria das vezes, elas já saem orientadas do próprio hospital, que é considerado como referência, o uso de fórmulas [...]. Não tem a manutenção do AME. A grande maioria deixa o 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 [...] vem também muito da parte de convivência familiar. (E1)

Para as mães, as principais dificuldades enfrentadas durante a amamentação foram relacionadas à pega e à sucção do RN que, conseqüentemente, produziram fissuras e dor nas mamas, além de inadequada produção láctea. Essa última também relacionada ao estado emocional materno. O banco de leite humano apresentou papel fundamental diante dessas ocorrências.

[...] meu peito doía muito, rachou [...] eles me mandaram lá [...] 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)

[...] eu fiz de tudo para amamentar [...] eu não queria dar fórmula, não quis de jeito nenhum, eu tomei vários remédios, vários chás [...] eu fiz de tudo. Nos primeiros dias meu peito até sangrou e rachou [...] meu peito machucou várias vezes [...] eu estava tendo pouco leite, mesmo assim eu estava amamentando ele. Daí o meu leite secou por causa de estresse [...] por causa de um problema de família [...]. (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.



[...] 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, [...] como fazer a ordenha, como que faz para armazenar, [...] 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)

Embora as enfermeiras expliquem como ordenhar e armazenar o leite materno, as mães entendem ser mais fácil e cômodo o uso de fórmulas.

## 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 (RMP)<sup>13</sup>. As enfermeiras atendem ao que esse documento recomenda para a atenção integral da criança, particularmente ao que se refere à verificação do estado geral dela (sinais de alerta e estratificação de risco), do exame físico completo (verificação de curvas de crescimento, peso e comprimento, perímetro cefálico etc.), da orientação no cuidado (alimentação, higiene e com o coto umbilical), das imunizações (realização em tempo oportuno) e quanto ao aleitamento materno.

Contudo, a ausência de registro dessas ações na caderneta da criança representa um fator prejudicial na avaliação, no diagnóstico e no cuidado infantil, uma vez que dificulta o compartilhamento de informações referentes à saúde da criança entre a equipe de profissionais e deles com a família<sup>14</sup>.

Importa destacar que a consulta de puericultura não se restringe à verificação de medidas antropométricas, mas contempla orientações sobre a saúde da criança, representando uma oportunidade de troca de saberes entre o profissional e a mãe, favorecendo o cuidado da criança<sup>15</sup>. Nesse sentido, a puericultura possibilita ao enfermeiro estreitar o vínculo com as famílias.

As orientações fortalecem os benefícios do AME até os seis meses de vida da criança e a introdução alimentar após esse período. Isso confirma o importante papel do enfermeiro em aconselhar e garantir a amamentação, alimentação complementar e segurança alimentar e nutricional da criança<sup>9,16</sup>. No entanto, embora essas orientações aconteçam, identificou-se que o modo como são repassadas não contemplam as necessidades de conhecimento das mães, que recorrem a pesquisas na internet e conselhos da família sobre a alimentação da criança.

A falta de capacitação dos cuidadores e profissionais de saúde quanto à orientação e à prática da alimentação complementar saudável pode gerar obstáculos e direcionar à consulta na internet. Assim, enfatiza-se a necessidade de o enfermeiro orientar adequadamente as mães sobre as práticas relacionadas à nutrição e à alimentação infantil<sup>16</sup>. Orientações apropriadas podem garantir a alimentação segura e adequada à criança<sup>9,10</sup>.

A interação entre a família e o profissional de saúde requer atenção para assegurar a continuidade dos cuidados da criança na APS, particularmente adesão e procura pelas consultas de puericultura<sup>1,15</sup>. O envolvimento do pai é preditor da continuidade do cuidado dela na APS<sup>1</sup>.

Na consulta de puericultura, é importante uma escuta acolhedora para que situações como as reportadas neste estudo – questões climáticas, retorno ao trabalho pela mãe e residência/trabalho em país vizinho – sejam consideradas na organização das agendas de puericultura. Requer ao enfermeiro, bem como a toda a equipe de saúde, a compreensão das necessidades da mulher que precisa conciliar os dois papéis, o de mãe e o de mulher profissional, bem como da realidade econômica, social e demográfica de cada família<sup>15</sup>.

Esforços da equipe de saúde da APS, para atender às necessidades da população fronteiriça e promover o cuidado à criança, são realizados de acordo com as demandas da população atendida e especificidades de cada UBS/ESF para conciliar as ações de cuidado materno-infantil com outros programas vigentes, atendendo todo o contexto. Contudo, importa salientar que a garantia de saúde à população de região de fronteira é um desafio para a equipe de saúde, visto que essa população excede o espaço que comporta a fronteira física estabelecida por movimentos políticos e históricos<sup>6,7</sup>. Para planejar ações com cobertura adequada a essa população são requeridos esforços conjuntos entre os governantes dos países de fronteira envolvidos.

A imunização representa um ponto-chave para a diminuição da incidência de doenças prevalentes na infância e a prevenção de surtos nas fronteiras<sup>17,18</sup>. Nesse intuito, os profissionais orientam as mães sobre a importância da vacinação desde o pré-natal. Esse componente se destaca na continuidade do cuidado da criança em região de fronteira.

As mães paraguaias ou brasileiras residentes no Paraguai, cujas crianças nasceram no Brasil, apresentam adesão à realização do teste do pezinho e das imunizações da criança. Contudo, nota-se ausência de mães residentes no Paraguai nas puericulturas, e os profissionais de saúde são impossibilitados de realizar visitas domiciliares e busca ativa no país vizinho para garantia da continuidade do cuidado a essas crianças<sup>8,10</sup>.

Diante disso, a colaboração e a sinergia transfronteiriças entre os países vizinhos são necessárias<sup>7</sup>, sem disputa em como fornecer cuidados<sup>18</sup>, mas com formulação de estratégias para assegurar cuidados continuados à criança, com a garantia de serviços de saúde acolhedores, organizados e interligados, considerando que as famílias migram entre regiões fronteiriças para garantir acesso à saúde<sup>7,18</sup>.

Com o objetivo de proporcionar o tratamento a tempo de patologias, bem como prevenir complicações ao desenvolvimento infantil e até mesmo a morte, o teste do pezinho é ofertado pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal, assegurado entre o 3º e 5º dia de vida. O objetivo é o diagnóstico e o tratamento precoces de doenças assintomáticas no neonatal, de características metabólicas, genéticas e infecciosas<sup>19,20</sup>.

O diagnóstico preciso e o planejamento do tratamento, que geralmente é longo ou por toda a vida, são realizados em centros especializados e prolongam a vida de muitos indivíduos com doenças congênitas<sup>21</sup>. Profissionais de saúde do hospital e da APS precisam rever ações para garantir a coleta em tempo oportuno, nem antes nem depois do período recomendado, visto que pode influenciar no diagnóstico<sup>20</sup>.

O cumprimento da recomendação do AME até os seis meses e sua manutenção até os 2 anos ou mais da criança, bem como da introdução da alimentação a partir do sexto mês<sup>9,10,16</sup>, não é evidenciado neste estudo, pois há introdução de fórmulas lácteas, de leite pasteurizado e outras misturas. Pode-se atrelar isso a múltiplas barreiras enfrentadas pelas mães, que tendem a limitar a amamentação.

Dificuldades inerentes à amamentação, o retorno ao mercado de trabalho aos quatro meses de vida da criança e fatores assistenciais foram as principais barreiras que condicionaram as mães ao uso de mamadeiras para introdução de outros leites. Entende-se essa condição como um indicador para adoção de ações de promoção de boas práticas educativas e de apoio no período neonatal para garantir e prolongar a amamentação por dois anos ou mais<sup>22-24</sup>.

A Educação Permanente aos profissionais sobre amamentação e benefícios da sua manutenção, bem como ordenha e manejo do leite materno, pode beneficiar as mães com orientações adequadas e consequente entendimento por elas da importância do aleitamento materno, a fim de que a criança não seja privada dos benefícios desse alimento<sup>10</sup>.

Os profissionais da APS são importantes atores na adesão do AME até o sexto mês da criança, por estarem diretamente ligados à promoção, à proteção e ao cuidado em saúde ao binômio mãe-bebê. Eles podem apoiar e incentivar as mães a superar os desafios e dificuldades da amamentação a fim de garantir sua continuidade até os 2 anos da criança ou mais<sup>10,22,23</sup>.

Portanto, o desafio da APS fundamenta-se no suporte adequado às mães e na atenção aos potenciais riscos de desmame. As crianças deste estudo nasceram a termo, com peso adequado para a idade e cesárea como via de parto, a qual pode influenciar o desmame precoce<sup>25</sup>.

Por fim, os dados em questão acrescentam o desafio de ampliar políticas públicas nacionais e regionais, incluindo ações de atenção materno-infantil específicas para municípios que fazem fronteira com outros países, para a garantia da continuidade do cuidado da criança na APS<sup>8</sup>, também atrelada ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável<sup>9,10</sup>, propiciando aos profissionais de saúde ferramentas no enfrentamento das dificuldades destacadas<sup>26</sup>.

Este estudo se limitou a entrevistar mães de crianças e enfermeiros atuantes na puericultura de um município de fronteira. Sugere-se incluir a participação de outros profissionais da saúde que realizam atendimento a crianças na APS e replicar o estudo em outros municípios fronteiriços.

## Considerações finais

A continuidade do cuidado da criança é realizada principalmente por meio de consultas de puericultura atreladas à prática de educação em saúde, da imunização e do teste do pezinho. No entanto, são requeridas ações dos profissionais para garantia da amamentação e da alimentação complementar saudável, para registros apropriados na caderneta da criança e para coleta adequada do teste do pezinho.



Crianças nascidas em território brasileiro, filhas de mães paraguaias ou de brasileiras residentes no Paraguai, embora tenham direito ao atendimento pelo sistema de saúde público brasileiro, não realizam puericultura rotineira. Elas se limitam à realização do teste do pezinho e a imunizações, não sendo acompanhadas por equipes de saúde por meio de visita domiciliar ou busca ativa.

Sugerem-se políticas públicas que contemplem especificidades da atenção materno-infantil, com base nos desafios de saúde da criança nas fronteiras, bem como acordos entre gestores em saúde dos países fronteiriços, para garantia da continuidade do cuidado, particularmente de crianças brasileiras residentes no Paraguai.

### **Conflito de interesse**

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

### **Financiamento**

Chamada Universal/CNPq 01/2016 - Faixa A. Processo n. 407508/2016-3.

### **Direitos autorais**

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY ([https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)).



### **Editora**

Denise Martin

### **Editor associado**

Deivisson Vianna Dantas dos Santos

### **Submetido em**

10/01/23

### **Aprovado em**

26/05/23

## Referências

1. Sakuma S, Yasuoka J, Phongluxa K, Jimba M. Determinants of continuum of care for maternal, newborn, and child health services in rural Khammouane, Lao PDR. *PLoS One*. 2019; 14(4):1-12. doi: 10.1371/journal.pone.0215635.
2. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de Setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 29 Jun 2011.
3. Branquinho ID, Lanza FM. Saúde da criança na atenção primária: evolução das políticas brasileiras e a atuação do enfermeiro. *Rev Enferm Cent-Oeste Min*. 2018; 8:1-11. doi: 10.19175/recom.v8i0.2753.
4. Draušnik Ž, Rodin U, Cerovečki I, Mujkić A. Preventive health care of infants and preschool children in primary health care practices in Croatia in 2018. *Arch Dis Child*. 2021; 106 Suppl 2:A8-9. doi: 10.1136/archdischild-2021-europaediatrics.20.
5. Espinosa MCS, Lauzurique ME, Alcázar VRH, Pacheco BLC, Lubián MCM, Cala DC, et al. Atención a la salud materno infantil en Cuba: logros y desafíos. *Rev Panam Salud Publica*. 2018; 42:1-9. doi: 10.26633/RPSP.2018.27.
6. Stümer AB, Costa BP. Território: aproximações a um conceito-chave da geografia. *Geogr Ens Pesqui*. 2017; 21(3):50-60. doi: 10.5902/2236499426693.
7. Giovanella L, Guimarães L, Nogueira VMR, Lobato LVC, Damacena GN. 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. *Cad Saude Publica*. 2007; 23(2):251-66. doi: 10.1590/S0102-311X2007001400014.
8. Picco TM, Baggio MA, Hirano AR, Caldeira S, Ferrari RAP. Cuidado à criança em região de fronteira. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2022; 26:1-9. doi: 10.1590/2177-9465-ean-2021-0104.
9. Hirano AR, Baggio MA, Ferrari RAP. Amamentação, alimentação complementar e segurança alimentar e nutricional em uma região de fronteira. *Cogitare Enferm*. 2021; 26:1-10. doi: 10.5380/ce.v26i0.72739.
10. Hirano AR, Baggio MA, Ferrari RAP. Amamentação e alimentação complementar: experiências de mães e profissionais de saúde em região de fronteira. *Enferm Foco*. 2021; 12(6):1132-8.
11. Tullo E, Lerea MJ, González R, Galeano J, Insfrán MD, Muñoz M, et al. Desigualdades sanitarias y sociales en la salud materna y del niño en Paraguay. *Rev Panam Salud Publica*. 2020; 44:1-7. doi: 10.26633/RPSP.2020.107.
12. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 14a ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
13. Paraná. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde da Mulher. *Linha Guia da Rede Mãe Paranaense*. 7a ed. Curitiba: Secretaria de Estado da Saúde; 2018.
14. Amorim LP, Senna MIB, Soares ARS, Carneiro GTN, Ferreira EF, Vasconcelos M, 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. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(2):585-97. doi: 10.2223/jped.1787.



15. Monteiro MGA, Azevedo EB, Lima MKS, Barbosa HCV, Barbosa JCG, Cerqueira AC. Consulta de enfermagem em puericultura na perspectiva de mães atendidas pela estratégia saúde da família. *Rev Baiana Enferm.* 2020; 34:1-11.
16. Modes PSSA, Gaíva MAM, Monteschio CAC. Incentivo e promoção da alimentação complementar saudável na consulta de enfermagem à criança. *Rev Contexto Saude.* 2020; 20(40):189-98. doi: 10.21527/2176-7114.2020.40.189-198.
17. Zhou R, Li L, Yuan S, Yin J, Li Q, Guo L, et al. Health and economic costs of na import-initiated measles outbreak in an international border area of Yunnan Province. *Hum Vaccin Immunother.* 2021; 17(5):1347-52. doi: 10.1080/21645515.2020.1815488.
18. Herold BC, Bryant KA. We need to address the health of children at the border. *Clin Infect Dis.* 2020; 70(12):2724-6. doi: 10.1080/21645515.2020.1815488.
19. Silva N, Gallo CM. Triagem neonatal: uma análise sobre as doenças detectadas no teste do pezinho na região de Santana do Ipanema. *Diversitas J.* 2021; 6(2):2395-40. doi: 10.17648/DIVERSITAS-JOURNAL-V6I2-1307.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Triagem neonatal biológica: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
21. Spiekerkoetter U, Krude H. Target diseases for neonatal screening in Germany. *Dtsch Arztebl Int.* 2022; 119(17):306-16. doi: 10.3238/arztebl.m2022.0075.
22. Siqueira LS, Santos FS, Ferreira AGN, Oliveira ALF, Dutra RC, Santos Neto M. A prática do aleitamento materno entre mulheres em atividade laboral: revisão integrativa. *Res Soc Dev.* 2020; 9(9):1-24. doi: 10.33448/rsd-v9i9.7778.
23. Pinheiro JMF, Flor TBM, Araújo MGG, Xavier AMSF, Mata AMB, Pires VCC, et al. Feeding practices and early weaning in the neonatal period: a cohort study. *Rev Saude Publica.* 2021; 55(63):1-12. doi: 10.11606/s1518-8787.2021055003248.
24. Mendes SC, Lobo IKV, Sousa SQ, Vianna RPT. Fatores relacionados com uma menor duração total do aleitamento materno. *Cienc Saude Colet.* 2019; 24(5):1821-9. doi: 10.1590/1413-81232018245.13772017.
25. Medeiros ACLL, Silva GSV, Gomes ENF, Silva JSLG, Souza AS, Silva EA. A influência do tipo de parto no desmame precoce. *Rev Pró-UniverSUS.* 2021; 12(2):72-8. doi: 10.21727/rpu.v12i2.2655.
26. Fittipaldi ALM, O'Dwyer G, Henriques P. Educação em saúde na atenção primária: as abordagens e estratégias contempladas nas políticas públicas de saúde. *Interface (Botucatu).* 2021; 25:e200806. doi: 10.1590/interface.200806.



## Abstract

The aim of this study was to understand the continuity of care for children in primary health services in a border region. We conducted a qualitative study with the mothers of children aged 0-24 months and nurses in Foz do Iguaçu, Paraná, Brazil. Data were collected using semi-structured interviews and from care notes between March 2018 and June 2019. The data were analyzed using thematic analysis. Continuity of care consists mainly of postnatal care in conjunction with health education, immunization and the heel prick test. National and regional policies focusing on the specific context of children living in border regions and agreements between health authorities in the respective border countries are needed to ensure the continuity of care, particularly for Brazilian children living in Paraguay.

**Keywords:** Child health. Family. Nursing care. Primary health care. Border areas.

---

## Resumen

El objetivo fue comprender la continuidad del cuidado del niño en la atención primaria de la salud en región de frontera por medio de un estudio cualitativo realizado en Foz de Iguazú, Paraná, Brasil, con madres de niños de cero a 24 meses y enfermeras. La colecta de datos se realizó por medio de entrevista semiestructurada y registro de las cartillas infantiles, entre marzo de 2018 a junio de 2019. El análisis temático del contenido orientó el análisis de los datos. La continuidad del cuidado infantil se realiza principalmente por medio de la puericultura vinculada a la educación en salud, de la inmunización y de la prueba del talón. Se requieren políticas públicas nacionales y regionales que incluyen especificidades de salud del niño en las fronteras, así como acuerdos entre gestores en salud de los países fronterizos para garantía de la continuidad del cuidado, particularmente a niños brasileños residentes en Paraguay.

**Palabras clave:** Salud del niño. Familia. Cuidado de enfermería. Atención primaria de la salud. Áreas de frontera.