

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA
FAMÍLIA**

LÍVIA VILLELA COSTA

**ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO
PARA ORGANIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DE RECÉM-
NASCIDOS E LACTENTES – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA,
AGUANIL, MINAS GERAIS**

FORMIGA - MINAS GERAIS

2014

LÍVIA VILLELA COSTA

**ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO
PARA ORGANIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DE RECÉM-
NASCIDOS E LACTENTES – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA,
AGUANIL, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal
de Minas Gerais para obtenção do certificado de especialista.

Orientador: Professor Edison José Corrêa

FORMIGA – MINAS GERAIS

2014

LÍVIA VILLELA COSTA

**ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO
PARA ORGANIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO DE RECÉM-
NASCIDOS E LACTENTES – ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA,
AGUANIL, MINAS GERAIS**

Banca Examinadora:

Prof. Edison José Corrêa - UFMG

Profª Drª Matilde Meire Miranda Cadete.

Aprovado em Belo Horizonte, 21 de março de 2014

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que direta ou indiretamente colaboraram para a construção deste trabalho, aos colegas da Unidade Básica de Saúde Maria Olívia de Castro Oliveira, principalmente ao Wladimir, enfermeiro e gerente da unidade, e aos agentes comunitários de saúde, Anniely, Flaviany, Karine, Zélia, Jean e Neli, sempre de prontidão, dispostos a me ajudar.

Destaco especial agradecimento à minha mãe, Cristina, enfermeira com real vocação e amor à profissão, que sempre trabalhou na Saúde Pública com dedicação encantadora e despertou em mim paixão semelhante pela Medicina de Família.

RESUMO

A mortalidade infantil é o mais importante marcador da qualidade de vida de uma determinada população. Em Aguanil, o índice encontrado (22,7 óbitos no primeiro ano de vida para 1000 nascidos vivos) (BRASIL, 2012) supera os valores do estado de Minas Gerais, que em 2010 foi de 13,1, e do Brasil, com 16,0 óbitos para 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2012). É o reflexo da falta de um protocolo para o acompanhamento das crianças atendidas pela Estratégia de Saúde da Família no município. Não há atendimento sistematizado de puericultura e em sua maioria, os prontuários das crianças são abertos na vigência de alguma patologia, meses ou mesmo anos após o nascimento e sem qualquer registro prévio de seu desenvolvimento. A falta de um acompanhamento multidisciplinar sistematizado para recém-nascidos e lactentes foi um dos problemas identificados a partir do diagnóstico situacional e priorizado pela equipe de saúde da família. Tendo em vista a relevância do tema, e considerando que pequenas atitudes podem influenciar positivamente a estatística da mortalidade infantil, a discussão da mesma torna-se de extrema importância para garantir uma melhor qualidade de vida para a população assistida. Dessa forma, este estudo objetivou apresentar uma proposta de intervenção para sistematizar o processo de atenção à saúde da criança nos dois primeiros anos, considerando o território da Equipe de Saúde da Família (ESF) Aguanil B e a unidade de Saúde da Família Maria Olívia Castro Oliveira, em Aguanil, Minas Gerais. A fundamentação teórica foi realizada nas bases de dados do MEDLINE, LILACS e BDENF além do DATASUS e Coleção SUS, com os descritores: mortalidade infantil, cuidado do lactente e cuidado da criança. Acredita-se que o planejamento de uma adequada atenção à saúde de crianças e lactentes, com início precoce das ações, envolvimento de toda a equipe de Saúde da Família e consultas de puericultura estruturadas com calendário definido, permite aumentar o índice de aleitamento materno exclusivo, detectar patologias e tratá-las precocemente, acompanhar plenamente as crianças sob responsabilidade da unidade e reduzir a mortalidade infantil, contribuindo para o aumento da qualidade de vida da população em geral.

Palavras-chave: Cuidado do lactente. Cuidado da criança. Mortalidade infantil.

ABSTRACT

The rate of infant mortality is the most important marker of quality of life in a certain population. In Aguanil, the rate (22,7 deaths in the first year of life per 1000 births) overcomes the values of the state of Minas Gerais, which in 2010 was 13.1, and Brazil's 16.0 deaths per 1000 births (BRAZIL, 2012). It reflects the lack of a protocol for monitoring children served by the Family Health Strategy in the city. There's no systematic childcare and the medical records are mostly opened in case of some illness months or even years after birth and without any prior record of their development. The lack of a systematic multidisciplinary approach for monitoring newborns and infants was one of the problems identified from situation analysis and prioritized by the family health team. Given the relevance of the theme, and considering that small actions can influence the statistics of infant mortality in a positive way, the discussion of it becomes extremely important to ensure a better quality of life for the population assisted. Therefore, this study aimed to present an intervention proposal to codify the child care process in the first two years, considering the territory of the Family Health Team called Aguanil B and the unity of Family Health Maria Olívia Castro Oliveira in Aguanil, Minas Gerais. The theoretical foundation was held in databases of MEDLINE, LILACS e BDENF, besides DATASUS e Coleciona SUS, with the keyword: infant mortality, infant care and child care. It is believed that planning for adequate health care for children and infants with early onset action, involvement of the entire staff of the Family Health and structured consultations with defined schedule, can increase the rate of exclusive breastfeeding, detect and treat diseases early, fully accompany children under the responsibility of the unit and reduce child mortality, contributing to improving the quality of life in general.

Key words: Infant care. Child care. Infant mortality

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO:	8
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
4 MÉTODOS	14
5 BASES CONCEITUAIS	15
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	24
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	30
REFERÊNCIAS	31
APÊNDICES	34

1 INTRODUÇÃO

O município de Aguanil, localizado na região Oeste de Minas Gerais, pertence à microrregião de Campo Belo e dista 238 quilômetros da capital do estado. Antes conhecido como povoado de Água Limpa, pertencente a Campo Belo, comemorou em março de 2013, com grande festa, 50 anos de sua emancipação. Possui uma população estimada para 2012 de 4129 habitantes, com uma densidade demográfica de 17,47 hab./km². Apresenta um vasto território rural, onde reside grande parte (42,2%) da população (BRASIL, 2014).

Logo, é notável a importância da agropecuária para a economia local, com as principais lavouras concentradas no cultivo do café, milho, cana, arroz, feijão e mandioca; bem como da criação de gado de corte. A agricultura de subsistência também exerce papel importante para o setor econômico, inclusive marcando presença na área urbana, uma vez que a maioria das residências possui um vasto quintal com hortas e pomares. Tal fato é refletido no pequeno comércio, que oferece pouca variedade de frutas e vegetais, não havendo também a tradicional feira semanal (BRASIL, 2014).

As atividades econômicas foram alavancadas na década de 90 a partir da instalação de indústrias de confecção, causando um grande êxodo dos trabalhadores do campo para o setor secundário. Alguns habitantes inclusive passaram a trabalhar em fábricas pertencentes a municípios vizinhos, principalmente em Cristais. A mão de obra especializada também sofreu este processo, porém se deslocando para Campo Belo, cidade polo da região, com maiores ofertas de emprego que acaba atraindo a maioria dos trabalhadores com formação no ensino superior (BRASIL, 2014).

A cidade mantém um clima pacato, com poucas opções de lazer, baseadas principalmente nas festas religiosas, cavalgadas e carnaval temporão, famoso na região. Com relação à qualidade de vida, ainda tem muito a melhorar. O índice de desenvolvimento humano é médio (0,741) e a taxa de mortalidade infantil é alta, 22,7 óbitos para 1000 nascidos vivos (BRASIL 2012). Apenas 72,7% das casas têm captação adequada do esgoto, 79% recebem abastecimento de água da rede pública e 18,6% não dão destino adequado ao lixo. Porém, as ruas são muito limpas, as praças estão em ótimo estado de conservação, e apesar do pouco número de lixeiras, não se observa lixo nas vias públicas (BRASIL, 2014).

O acesso à saúde, outro determinante da qualidade de vida, foi facilitado a partir de 1999, com a implantação do Programa de Saúde da Família, e aprimorado em 2006 com a instalação de uma segunda equipe de Saúde de Família, a equipe Aguanil B, da qual faz parte a autora, sediada na Unidade de Saúde da Família Maria Olívia Castro de Oliveira, e

responsável por uma população de 656 famílias e 1996 pessoas (BRASIL, 2013). Dessas, 143 residem na zona rural, dividida em três povoados maiores (Maiais, Tamanduá e Pimenta), que são visitados periodicamente.

A partir de diagnóstico situacional em saúde, realizado em 2013, como parte do desenvolvimento da disciplina Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010), identificaram-se os principais problemas enfrentados pela equipe, sendo eles: a vasta zona rural que demanda tempo e logística, o grande número de hipertensos e diabéticos sem controle adequado, a baixa cobertura de atenção à criança e a alta demanda espontânea, visto que na cidade não há pronto atendimento.

O atendimento à saúde da criança ocorre em demanda espontânea, apenas com a medida de dados antropométricos, realizado na sala de acolhimento, na maioria das vezes, por técnicos em enfermagem. O registro é realizado apenas no Cartão da Criança, sem um prontuário adequado.

Não há atendimento sistematizado de puericultura, e em sua maioria, os prontuários das crianças são abertos em caso de alguma patologia, meses ou mesmo anos após o nascimento e sem qualquer registro prévio de seu desenvolvimento. Este foi um dos aspectos do problema priorizado pela equipe, embora a preocupação, mais especificamente com outro problema - a alta taxa de mortalidade infantil do município - reflexo da falta de um protocolo para o acompanhamento das crianças atendidas pela Estratégia Saúde da Família, em Aguanil, Minas Gerais.

Eleito como problema prioritário, tornou-se o objetivo deste trabalho, visto que os cuidados nos dois primeiros anos de vida têm grande influência na redução das mortes por causas preveníveis – especialmente a mortalidade infantil – e na qualidade de vida da criança, do jovem e do adulto. Em discussão com a equipe, foram listadas variáveis relacionadas a este problema:

- Não esclarecimento às mães da importância do acompanhamento da puericultura.
- Não engajamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em promover a busca ativa de recém-nascidos e crianças maiores que não estão sendo acompanhadas na unidade.
- Desorganização das redes de assistência e falha de comunicação entre maternidade e unidade de saúde.

- Ausência de um registro de prontuário adequado.
- Ausência de agenda de consultas.
- Ausência de um protocolo de Atenção à Saúde da Criança, com pontos-chaves a serem avaliados a calendários de consulta.

A partir destas causas, foram identificados os nós críticos, ou seja, aqueles problemas que se resolvidos, causariam grande impacto no problema principal (CAMPOS; FARIA E SANTOS, 2010). São eles:

1. Estabelecer mecanismos de atualização de conhecimentos e procedimentos de atenção à saúde da criança pequena para impactar na melhoria da qualidade de vida desta e da população.
2. Estabelecer melhor comunicação entre maternidade e unidade de saúde.
3. Criar mecanismos para maior participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) na busca ativa por grávidas e lactentes não cobertos pela unidade de saúde, para orientação e programação de consultas de retorno para puérpera e recém-nascido.
4. Estabelecer fluxo para consultas de puericultura agendadas e estruturadas para os dois primeiros anos de vida.

Para isto, propõe-se um plano de intervenção sobre o problema prioritário “falta de um acompanhamento sistematizado de recém-nascidos e lactentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família”, tendo como produto ações sistematizadas para melhor qualidade no atendimento da criança, a partir de seu nascimento, adequado às necessidades da comunidade e à capacidade da unidade.

2 JUSTIFICATIVA

A mortalidade infantil é um importante marcador da qualidade de vida de uma determinada população. Em Aguanil, a taxa encontrada (22,7 óbitos no primeiro ano de vida, para 1000 nascidos vivos) (BRASIL, 2012) supera os valores do estado de Minas Gerais, que em 2010 foi de 13,1, e do Brasil, com 16,0 óbitos para 1000 nascidos vivos (BRASIL, 2012).

É sabido que a puericultura, ao acompanhar a criança saudável, pode reduzir a incidência de doenças – morbidade –, garantindo um crescimento e desenvolvimento saudável, em todo seu potencial (CAMPOS, 2011), e a mortalidade. Logo, este cuidado nos dois primeiros anos é de fundamental importância.

Tendo em vista a relevância do tema, e considerando que pequenas atitudes podem influenciar positivamente a estatística da mortalidade infantil, a discussão da mesma torna-se de extrema importância para garantir uma melhor qualidade de vida para a população assistida.

O limite desse trabalho com os dois primeiros anos da infância justifica-se por ser um período de alta vulnerabilidade, maior velocidade de crescimento e de desenvolvimento, maior demanda dos serviços de saúde (consultas programadas, consultas por demanda espontânea, maior necessidade de procedimentos de imunização, maior dificuldade com as mães para os cuidados domiciliares, entre outras).

3 OBJETIVOS

São os seguintes os objetivos deste trabalho:

3.1. Objetivo geral

Apresentar uma proposta de intervenção para sistematizar o processo de atenção à saúde da criança nos dois primeiros anos, considerando o território da Equipe de Saúde da Família (ESF) Aguanil B e a unidade de Saúde da Família Maria Olívia Castro Oliveira, em Aguanil, Minas Gerais.

3.2. Objetivos específicos

Estabelecer mecanismos para despertar na Equipe de Saúde da Família Aguanil B a consciência do impacto que um adequado conhecimento e atenção à saúde da criança pequena tem na melhoria da qualidade de vida desta e da população.

Criar uma agenda de consultas de puericultura e um calendário de acompanhamento de crianças até dois anos de idade.

Investir em estratégias que venham a garantir e aumentar o vínculo das crianças com a unidade de saúde.

4 MÉTODOS

A partir do diagnóstico situacional da área de abrangência da Equipe de Saúde da Família Aguanil B, identificaram-se os principais problemas da população, como parte do diagnóstico situacional. Foi priorizado pela equipe, como problema prioritário, a “falta de um acompanhamento sistematizado de recém-nascidos e lactentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família”.

A próxima etapa foi a identificação, dentre as causas deste problema, dos nós críticos que seriam abordados no plano de intervenção, sendo selecionados pela equipe de saúde aqueles que teriam um impacto mais imediato, alterando significativamente o desfecho.

Para o embasamento teórico, foi realizada revisão bibliográfica sobre o tema, utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): mortalidade infantil, cuidado do lactente e cuidado da criança, nas bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Coleção SUS, bem como a busca em bancos de dados, como o DATASUS. Foi utilizado, também, o módulo da disciplina Saúde da Criança e Adolescente: Ações Básicas à Saúde (ALVES, MOULIN e SANTOS, 2013).

Para o apoio metodológico foi utilizado o módulo “Iniciação à metodologia: textos científicos” (CORRÊA, VASCONCELOS e SOUSA, 2013).

5 BASES CONCEITUAIS

5.1. Períodos de idade na infância

A infância compreende o período de maior crescimento e desenvolvimento do ser humano. Porém, este não ocorre de forma proporcional, sendo dividido em etapas com características e ritmos próprios, sem deixar de considerar que cada criança é singular no seu padrão de desenvolvimento (MARCONDES, 1994).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) dispõe a seguinte classificação das etapas do crescimento e desenvolvimento.

- Neonatal: do nascimento ao 28º dia de vida (inclusive); corresponde ao período de recém-nascido, dividido em neonatal precoce (até 7 dias, exclusive) e neonatal tardio, até 28 dias (inclusive).
- Lactente: de 29 dias a 2 anos de idade, também conhecido como primeira infância.
- Pré-escolar: de 2 a 6 anos de idade.
- Escolar: acima de 6 anos de idade.

O término da infância e início da adolescência é o conceito que encontra maior divergência na literatura. A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a adolescência como o período compreendido de 10 a 19 anos, porém ressalta que a Organização das Nações Unidas (ONU) entende como “juventude” o intervalo de 15 a 24 anos e propõe uma abordagem pragmática do assunto para que os dois conceitos sejam fundidos em um que se estenda de 10 a 24 anos, subdividido em intervalos 10 a 14, 15 a 19 e 20 a 24 anos, que seriam considerados separados quando necessário (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente considera criança as pessoas até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990). Entretanto, a Caderneta de Saúde da Criança considera esse período como do nascimento aos 10 anos.

Para esse trabalho serão agrupados os períodos neonatal e de lactente, ou seja, os dois primeiros anos de vida.

5.2. Mortalidade infantil

A taxa de mortalidade infantil, definida pelo número de óbitos em menores de um ano de idade para mil nascidos vivos em determinado local e tempo, estima o risco de uma criança morrer no seu primeiro ano de vida (BRASIL, 2000).

É um importante indicador de qualidade de vida de uma população, pois reflete sua situação de saúde e desenvolvimento socioeconômico (BATISTA, 2010). O Brasil apresentou uma redução deste índice de 61,7% entre os anos de 1990 e 2010 (BRASIL, 2012), principalmente devido à redução da taxa de fecundidade e melhorias no saneamento básico e condições de vida da população (BRASIL, 2012).

O período neonatal começa no nascimento e termina após 28 dias completos depois do nascimento. As mortes neonatais (mortes entre nascidos vivos durante os primeiros 28 dias completos de vida) podem ser subdivididas em mortes neonatais precoces, que ocorrem durante os primeiros sete dias de vida, e mortes neonatais tardias, que ocorrem após o sétimo dia mas antes de 28 dias completos de vida. (BRASIL, 2014, online).

Os fatores causais do componente pós-neonatal por sua vez, apresentam grande parcela relacionada às causas evitáveis ou reduzíveis, definidas como aquelas preveníveis, total ou parcialmente, por ações efetivas dos serviços de saúde (BATISTA, 2010).

A Lista Brasileira de Mortes Evitáveis considera morte infantil evitável aquela que poderia ser reduzida por ações de imunoprevenção, adequada atenção à mulher na gestação e parto e ao recém-nascido, ações adequadas de diagnóstico e tratamento e ações adequadas de promoção à saúde, vinculadas a ações adequadas de atenção à saúde (BATISTA, 2010).

5.3. Puericultura, cuidado do recém-nascido e do lactente.

O conceito de puericultura pode ser definido como o conjunto de meios médico-sociais adequados à procriação, nascimento e desenvolvimento de crianças sãs e vigorosas (WEISZFLOG et al., 2012). Esta é uma ideia rígida que não reflete a real amplitude biopsicossocial da prática do cuidado da criança.

Para Rocha (1990) a puericultura também é entendida como pediatria preventiva, tendo como objeto a criança sadia e como alvo um adulto equilibrado física, social e psicologicamente (ROCHA 1990 *apud* LEITE e BERCINI, 2005).

Blank (2003) afirma que até meados do século dezenove esta prática era considerada como o conjunto de conjunto de noções e técnicas sobre cuidados de higiene, nutrição e disciplina de crianças pequenas, que era passado de mãe para filha ao longo dos tempos e, posteriormente, apropriada pela Pediatria que a transformou em uma ciência propriamente dita, com aplicações amplas e abrangendo maior intervalo etário. Ressalte-se que, em alguns períodos, esteve ligado ao conceito de eugenia.

A partir da década de 90, o Programa de Saúde da Família (PSF) passou a ter importância fundamental na atenção à saúde de criança, ressaltando as atribuições da Atenção Primária à Saúde, como o cuidado longitudinal e o enfoque familiar, que permitem a realização de uma assistência integral. Neste momento, a puericultura deixa de ser estritamente médica e passa a assumir um caráter multiprofissional, realizada em parceria com as famílias e comunidade (BLANK, 2003).

Leite e Bercini (2005) destacam o Programa de Puericultura como uma das atividades inerentes às equipes de Saúde da Família, com a finalidade de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento neuro-psicomotor da criança, observar a cobertura vacinal, estimular o aleitamento materno exclusivo, orientar a alimentação complementar da criança e prevenir as doenças diarreicas e respiratórias no primeiro ano de vida da criança.

Vieira *et al.* (2005) demonstram, em estudo qualitativo, que a maioria dos enfermeiros que trabalham na APS tem um conceito de que a puericultura, mais que o acompanhamento da criança, está relacionada à prática de orientar, sendo um momento oportuno para a educação em saúde, com foco na família que deve ser devidamente ouvida e acolhida. A autora destaca, no entanto, que alguns aspectos importantes da saúde da criança não são frequentemente lembrados pelos profissionais, tais como prevenção de acidentes na infância, violência domiciliar, cuidados com o coto umbilical, icterícia neonatal, teste do pezinho, doenças prevalentes da infância, entre outros.

Del Ciampo *et al.* (2006) afirmam que o profissional que pratica a puericultura não deve se ater às ações clínicas, mas sim desempenhar seu trabalho com uma concepção epidemiológica e social, relacionando-o com o complexo saúde-indivíduo-família-comunidade. Desta forma a atenção à saúde da criança inclui apoio constante à família, a orientação e educação em saúde.

Tendo em vista as diferentes etapas do desenvolvimento da criança, a atenção deve ser individualizada e distinta entre as diferentes idades, porém mantém objetivos gerais em comum, como exposto por Del Ciampo *et al.* (2006). São eles:

- Avaliar crescimento e desenvolvimento.

- Ampliar cobertura vacinal.
- Promover a educação nutricional.
- Promover a prevenção de acidentes e lesões intencionais.
- Estimular a promoção da saúde e a prevenção de doenças mais comuns na comunidade.
- Promover a higiene física e mental e a prática de atividades de lazer adequadas às faixas etárias.
- Propiciar a socialização, estímulo cultural e adaptação da criança e do adolescente em seu meio social.

A divisão do cuidado por faixas etárias pressupõe objetivos particulares.

O período neonatal exige especial delicadeza tanto no cuidado com o recém-nascido, quanto na atenção à família. Del Ciampo *et al.* (2006) lembram que a criança nesta idade é completamente dependente do adulto para sua sobrevivência, apresentando maiores riscos e necessitando de cuidados mais intensos.

Considerando esta dependência, o Ministério da Saúde (BRASIL,2012) ressalta a importância de avaliar e orientar a formação do vínculo e do desenvolvimento da função parenteral, proporcionando um ambiente psicológico favorável ao desenvolvimento da criança. A primeira consulta do recém-nascido deve ocorrer preferencialmente antes do 15º dia de vida (SBP, 2006) e (BRASIL, 2004), momento oportuno para auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo e cólicas, orientar e, se necessário, realizar imunizações, verificar a realização do teste do pezinho e reforçar a rede de apoio à família (BRASIL, 2012).

A principal característica do lactente é o seu rápido crescimento e desenvolvimento, passando de uma condição de dependência para um relacionamento com os pais e com o ambiente familiar (DEL CIAMPO *et al.*, 2006). Nas ações de cuidado, além dos objetivos gerais, devem ser priorizadas orientações quanto à posição para dormir, prevenção de doenças respiratórias e aconselhamento quanto à alimentação e realização de atividades físicas. O exame físico deve contar com completa revisão de sistemas, incluindo avaliação da audição e visão e investigação de criptorquidia (BRASIL, 2012).

O cuidado da criança maior de dois anos deve considerar a sua evolução socioadaptativa e cognitiva e priorizar ações que busquem um indivíduo fisicamente forte, mentalmente capaz e socialmente ajustado para iniciar seu processo de aprendizado (DEL CIAMPO *et al.*, 2006). No que tange ao crescimento e desenvolvimento, a criança passa por

um período de desaceleração, atingindo certa estabilidade na fase escolar, fato que deve ser lembrado ao realizar a orientação nutricional.

5.4. Ações básicas para a saúde da criança

5.4.1. A primeira Visita Domiciliar

A visita domiciliar aproxima a equipe de Saúde da Família do contexto de vida das famílias, tornando um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades de cada indivíduo (LENZ e FLORES, 2009). A primeira visita deve ser realizada, preferencialmente, nas primeiras 24 horas após a alta hospitalar a fim de identificar precocemente sinais de perigo à saúde da criança (SES, 2005). O Ministério da Saúde (2012) lista como principais objetivos desta visita, além da identificação dos fatores de risco, os seguintes:

- Observar as relações familiares.
- Facilitar o acesso ao serviço de saúde.
- Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com as equipes de saúde.
- Escutar e oferecer suporte emocional.
- Estimular o desenvolvimento da parentalidade.
- Orientar cuidados com o bebê.
- Identificar sinais de depressão pós-parto.
- Promover aleitamento materno exclusivo.
- Prevenir lesões não intencionais.

5.4.2. Ações do 5º dia

A Secretaria de Estado da Saúde (MINAS GERAIS, 2005) lista em sua linha guia de atenção à saúde da criança as ações inerentes ao 5º dia:

- Preencher o Cartão da Criança e orientar a família sobre seu objetivo e importância.
- Verificar o estado geral da criança e presença de sinais de perigo.
- Coletar material para triagem neonatal (Teste do Pezinho) e orientar sobre as doenças triadas.
- Aplicar as vacinas BCG e hepatite B e preencher o cartão da criança.

- Orientar sobre aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical e de higiene.
- Verificar a presença de icterícia.
- Agendar a primeira consulta.
- Verificar o estado geral da mãe.
- Aplicar a vacina anti-rubéola na mãe, quando indicado.
- Agendar consulta de pós-parto para a mãe.

Estas ações encontram correspondência, em âmbito nacional, com as recomendações do programa Primeira Semana: Saúde Integral (BRASIL, 2004).

5.4.3. Consultas periódicas

Blank (2003) afirma que não existem estudos bem delineados que avaliem o número ideal para crianças assintomáticas, em virtude das dificuldades técnicas e éticas em realizar estudos que envolveriam grandes grupos de criança, ao longo de muito tempo. O Ministério da Saúde (2012) recomenda o mínimo de sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (1ª semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), consultas semestrais no segundo ano de vida (18º e 24º meses) e consultas anuais a partir de dois anos de idade.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2006) traz modificações ao calendário do Ministério da Saúde, recomendando que a primeira consulta seja realizada ao 15º dia de vida, consultas trimestrais no segundo ano de vida (15º, 18º, 21º e 24º meses), semestrais de dois a cinco anos de idade e anuais, de seis a dezoito anos.

À frente destas divergências, Blank (2003) lembra que o calendário de consultas não é fixo, e o planejamento deve ser personalizado, seguindo as necessidades da criança e/ou da família e dependendo da estrutura e recurso dos serviços de saúde. Nesse aspecto, considerando a necessidade, pela orientação do Ministério de Saúde de sete consultas no primeiro ano de vida e mais duas no segundo, apenas para recém-nascidos e lactentes seriam necessárias nove consultas programadas em 24 meses. Considerando que a população até um ano de vida, em Minas Gerais, é de 1,27%, segundo dados do Censo IBGE 2010 (CORRÊA, LEÃO e SENA, In: LEÃO *et al.*, 2013), uma equipe de Saúde da Família com população adscrita de 3.000 habitantes, tem sob sua responsabilidade 38 recém-nascida e lactente até um ano, necessitando 266 consultas/ano, ou 22 consultas/mês, ou uma a duas consultas/dia, incluindo as crianças até dois anos, em consultas programadas.

5.4.4. Imunização

A imunização contra doenças transmissíveis é o único componente da promoção à saúde que está amplamente comprovada, não havendo justificativas para não se recomendar a aplicação de todas as vacinas disponíveis, ressalvadas as contraindicações (BLANK, 2003).

Ainda assim, o Ministério da Saúde afirma que há muito que fazer para se atingir a meta de vacinar com o esquema básico no mínimo 95% das crianças que nascem a cada ano, além de abranger um alto percentual de municípios com cobertura vacinal adequada por estado, garantindo assim a interrupção da circulação dos agentes etiológicos das doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2004).

5.5. Instrumentos de atenção à saúde da criança

O principal instrumento de atenção à saúde da criança é o acompanhamento sistemático de seu crescimento e desenvolvimento (CD), permitindo a identificação oportuna de crianças com maior risco de morbimortalidade.

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo, expresso pelo aumento do tamanho corporal e constitui um dos indicadores de saúde da criança. O desenvolvimento tem um conceito mais amplo e refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui maturação, aprendizagem e aspectos psíquicos e sociais (BRASIL, 2012).

Para Silva *et al.* (2009), o acompanhamento do CD compreende várias ações, as principais são conhecer população infantil da área de abrangência, garantir a execução do calendário de consultas, manter continuamente a prática do acolhimento e escuta da criança e sua família, detectar os sinais de risco de doenças, avaliar integralmente a criança, checar e atualizar o cartão da criança em todas as oportunidades, visando garantir a imunização e a vigilância nutricional.

O Cartão da Criança foi desenvolvido em 1984 pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), e se tornou instrumento indispensável ao atendimento à criança de zero a cinco anos de idade (ABREU, VIANA e CUNHA, 2012). Esse cartão traz um gráfico de peso para a idade com duas curvas de referência que correspondiam ao padrão do National Center of Health Statistics (NCHS) de 1977/78, até então adotado como padrão internacional pela OMS. Estas curvas apresentavam pontos de corte representados em percentis (inferior 10

e superior 90). O cartão também trazia, além do calendário vacinal e espaço para identificação da criança e consultas de retorno (ANDRADE, 2011).

Andrade (2011) relata um breve histórico da evolução deste instrumento e suas atualizações sofridas conforme a modificação da atenção à saúde da criança e de seu perfil epidemiológico. Em 1997 um novo cartão foi elaborado em função da redução da desnutrição, que não justificava a utilização do percentil 10 como ponto de corte inferior, sendo impresso com três curvas de referência correspondentes aos percentis 97, 10 e 3. Em 2005 o Catão foi novamente revisto pelo Ministério da Saúde, dando origem à Caderneta de Saúde da Criança (CSC), ampliando o foco da vigilância, não apenas na condição nutricional e vacinal, mas à saúde integral da criança.

Abreu, Viana e Cunha (2012) destacam que esse novo instrumento possuía informações contidas no antigo cartão, e ainda contava com dados sobre a gravidez, o parto e o puerpério; informações ampliadas sobre o recém-nascido; espaço para acompanhamento da saúde bucal, ocular e auditiva; acompanhamento das intercorrências clínicas e tratamentos efetuados; orientações de saúde relacionadas à prevenção de agravos como acidentes e violência; indicadores de crescimento e desenvolvimento; gráficos de perímetro cefálico; os dez passos para uma alimentação saudável para crianças com até dois anos de idade; informações e espaço para acompanhamento da suplementação profilática de ferro e vitamina A e calendário básico de vacinação.

A última versão, de 2009, mantém os conteúdos já adotados nas versões anteriores, e traz como novidade o fato de ser apresentada em versões para o sexo masculino e feminino e estar dividida em duas partes, uma para uso do cuidador e outra destinada ao profissional de saúde, com instrumento de vigilância do desenvolvimento e informações sobre fatores de risco associados a problemas de desenvolvimento. Além disso, os gráficos de avaliação do crescimento possuem novas curvas de referência elaboradas pela OMS, com pontos de cortes representados em escores z e não mais em percentis (ANDRADE, 2011; BRASIL, 2014).

Alves, Moulin e Santos (2013) afirmam que a CSC é um documento garantido a toda criança nascida em território brasileiro, e a posse dessa Caderneta é considerada uma expressão de cidadania e conquista de direitos. A monitoração do crescimento e desenvolvimento por meio da caderneta é considerada a ação eixo na atenção primária à saúde.

Alves *et al.*(2009) consideram a CSC como instrumento essencial de vigilância, por ser o documento onde são registrados os dados e eventos mais significativos para a saúde infantil, por possibilitar o diálogo entre a família e os diversos profissionais que atendem a

criança e especialmente por pertencer à criança e à família e com elas transitar pelos diferentes serviços e níveis de atenção.

5.6. Planejamento da atenção à saúde da criança

A Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais (MINAS GERAIS, 2005) identifica a Unidade de Saúde como a porta de entrada da criança para o sistema de saúde, devendo garantir a acessibilidade, responsabilizando-se pelos problemas de saúde das crianças do seu território e pelo monitoramento dos mesmos. Também é competência da equipe de saúde a coordenação da rede de serviços necessários ao acompanhamento adequado da criança. Sendo assim, para que seja garantido à criança um cuidado integral, é fundamental que a equipe de saúde da família mantenha um planejamento constante de suas ações de saúde.

Campos, Faria e Santos (2010) definem planejamento como o pensar antes, durante e depois de agir. É um cálculo sistemático que articula a situação imediata e o futuro, apoiado por teoria e métodos.

Sendo assim, é de fundamental importância que se conheça a situação da população da área de abrangência e seus principais problemas.

Alves, Moulin e Santos (2013) sugerem que seja elaborado um mapa contextual que forneça informações para o planejamento das ações. Para isto, devem ser avaliadas condições de território e infraestrutura, dados da população infantil e sua organização social e condições do sistema de saúde.

Com base nessas informações será possível calcular a necessidade de atendimento da população, considerando as recomendações do calendário de consultas discutidas anteriormente e as diferentes modalidades de atendimento, expostas por Alves, Moulin e Santos (2013).

- Visitas domiciliares
- Primeira Semana Saúde Integral (Ações do 5º dia)
- Consulta individual
- Grupo operativo

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A proposta desse trabalho é apresentar algumas operações/projetos para resolver ou minimizar o problema prioritário, a “falta de um acompanhamento sistematizado de recém-nascidos e lactentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Aguanil, Minas Gerais.”. Para esse problema foram definidos quatro nós críticos, ou seja, situações que, executadas a contento, ajudam a resolver ou minimizar o problema prioritário.

Para cada nó crítico é definida uma operação/projeto, da qual se registram os resultados esperados, e os produtos, as ações estratégicas necessárias para isso, com definição de responsável (eis), prazo, acompanhamento e avaliação, e viabilidade. A referência é a proposta da Seção 3 Elaboração do Plano de Ação, do módulo Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

Assim, para o problema prioritário “falta de um acompanhamento sistematizado de recém-nascidos e lactentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Aguanil, Minas Gerais.”, os nós críticos selecionados são:

1. Estabelecer mecanismos de atualização de conhecimentos e procedimentos de atenção à saúde da criança pequena para impactar na melhoria da qualidade de vida desta e da população.
2. Estabelecer melhor comunicação entre maternidade e unidade de saúde.
3. Criar mecanismos para maior participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) na busca ativa por grávidas e lactentes não cobertos pela unidade de saúde, para orientação e programação de consultas de retorno para puerpera e recém-nascido.
4. Estabelecer fluxo para consultas de puericultura agendadas e estruturadas para os dois primeiros anos de vida.

Os níveis de intervenção estão explicitados nos Quadros 1 a 4.

Quadro 1 – Projeto Educação Permanente em Saúde: operação sobre nó crítico 1 para intervenção sobre problema priorizado “falta de um acompanhamento sistematizado de recém-nascidos e lactentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Aguanil, Minas Gerais”.

Problema prioritário	Falta de um acompanhamento sistematizado de recém-nascidos e lactentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Aguanil, Minas Gerais.
Nó crítico 1	Estabelecer mecanismos de atualização da equipe de saúde, em conhecimentos e procedimentos de atenção à saúde da criança pequena para impactar na melhoria da qualidade de vida desta e da população.
Projeto	Educação Permanente em Saúde
Operações	<p>Programar e realizar reuniões com os agentes de saúde para: Informá-los da importância que a taxa de mortalidade infantil tem na determinação da qualidade de vida de uma população, e principalmente sobre o papel da atenção básica na redução de causas de morte preveníveis.</p> <p>Sensibilizá-los sobre o impacto que um óbito infantil pode ter na sociedade.</p> <p>Capacitá-los para a identificação de possíveis fatores de risco ambiental que possam comprometer a saúde das crianças, e para que possam abordar a família de maneira efetiva para esclarecer sobre a importância da puericultura.</p> <p>Programar reuniões de atualização da equipe para:</p> <p>Discussão de casos clínicos que necessitem maior atenção.</p> <p>Pesquisa e discussão de temas relacionados ao cuidado da criança.</p> <p>Esclarecimento de dúvidas que possam vir a surgir no decorrer do programa.</p>
Resultados esperados	<p>Melhor relacionamento da equipe de Saúde da Família.</p> <p>Maior domínio do tema por parte de todos os membros da equipe.</p> <p>Atendimento multidisciplinar e integralizado.</p>
Produto	Equipe com conhecimento atualizado e atendimento otimizado.
Ações estratégicas	<p>Reuniões mensais com temática pré-determinada, de acordo com a necessidade dos profissionais.</p> <p>Observação e discussão de situações que necessitem de maior cuidado.</p>
Responsável	Enfermeiro e médico.
Prazo	Primeira reunião programada para 30 dias após início das ações.
Acompanhamento e avaliação	Acompanhamento mensal, durante as próprias reuniões, com debates sobre conhecimentos adquiridos.
Viabilidade	Alta. Depende da dedicação e bom relacionamento entre os membros da equipe.

Quadro 2 – Projeto Alô Bebê: operação sobre nó crítico 2 para intervenção sobre problema priorizado “falta de um acompanhamento sistematizado de recém-nascidos e lactentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Aguanil, Minas Gerais”.

Problema prioritário	Falta de um acompanhamento sistematizado de recém-nascidos e lactentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família, em Aguanil, Minas Gerais.
Nó crítico 2	Estabelecer melhor comunicação entre maternidade e unidade de saúde.
Projeto	Alô Bebê
Operações	<p>Informar às mães, durante pré-natal, da importância do aviso à unidade de saúde do nascimento da criança, da primeira visita domiciliar e da primeira visita à Unidade de Saúde.</p> <p>Estabelecer uma rede de informação entre o município de Aguanil e as maternidades de referência (Campo Belo – baixo risco e Belo Horizonte – alto risco).</p>
Resultados esperados	<p>Conhecimento e captação precoce de todos os recém-nascidos da área de abrangência da unidade.</p> <p>Realização da primeira visita domiciliar nas primeiras 24 horas do bebê em casa.</p> <p>Agendamento da primeira visita à unidade (5º dia).</p>
Produto	<p>Gestantes informadas.</p> <p>Mecanismo de comunicação equipe/ unidade com hospitais implantados.</p> <p>Todas as puérperas visitadas.</p> <p>Todas as demandas pelas ações do 5º. Dia atendidas.</p> <p>Redução da morbidade e mortalidade neonatal.</p>
Ações estratégicas	<p>Visita <i>in loco</i> nas maternidades para identificação de eventuais problemas e dificuldades. Verificar a distribuição da Caderneta de Saúde da Criança.</p> <p>Sensibilização das maternidades sobre a importância de estabelecer um fluxo de contrarreferência para que a unidade básica de saúde possa incluir o recém-nascido precocemente em suas ações de cuidado.</p> <p>Estabelecer um <i>Call Center</i> a fim de otimizar a comunicação, com</p>

	<p>ligações semanais para atualização de dados.</p> <p>Utilizar as reuniões da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) como ferramenta para fortalecer o vínculo com municípios de referência.</p>
Responsável	<p>Elaboração do plano operativo: Coordenadora da APS e Gestor de saúde.</p> <p>Execução: Secretária da unidade (responsável pelo <i>Call Center</i>)</p> <p>Supervisão: Enfermeiro.</p>
Prazo	<p>30 dias a partir da reunião da CIB.</p>
Acompanhamento e avaliação	<p>Comparação entre os dados de recém-nascidos registrados na unidade com as declarações de nascidos vivos enviadas ao município.</p> <p>Avaliação quantitativa por meio de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).</p> <p>Avaliação qualitativa da condição de saúde das crianças nas consultas de puericultura subsequentes.</p>
Viabilidade	<p>Esta operação tem viabilidade média, visto que os recursos são controlados por atores que não têm vínculo com a unidade de saúde, ou mesmo com a área de abrangência. Soma-se a isto o fato de não haver maternidade na cidade, ficando o programa dependente da política do município referência.</p>

Quadro 3 – Projeto Busca ativa: operação sobre nó crítico 3 para intervenção sobre problema priorizado “falta de um acompanhamento sistematizado de recém-nascidos e lactentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Aguanil, Minas Gerais”.

Problema prioritário	Falta de um acompanhamento sistematizado de recém-nascidos e lactentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família, em Aguanil, Minas Gerais.
Nó crítico 3	Criar mecanismos para maior participação dos agentes comunitários de saúde (ACS) na busca ativa por grávidas e lactentes não cobertos pela unidade de saúde, para primeira orientação e programação de consultas de retorno para puerpera e recém-nascido.
Projeto	Projeto Busca ativa
Operação 3	Sensibilizar o ACS para a importância do acompanhamento periódico das crianças na unidade e do seu papel chave na captação de faltosos e no desenvolvimento de ações de saúde.
Resultados esperados	Acompanhamento dos recém-nascidos em tempo oportuno. Incentivo ao aleitamento materno exclusivo. Maior cobertura vacinal. Maior participação da população nas ações de saúde realizadas pela unidade. Promoção de melhoria na qualidade de vida das crianças.
Produto	Maior cobertura de puericultura do município.
Ações estratégicas	Rever e reafirmar as atribuições do ACS.
Responsável	Elaboração do plano operativo: Enfermeiro e médico. Execução: Enfermeiro e ACS
Prazo	15 dias para planejamento e realização da capacitação.
Acompanhamento e avaliação	Reuniões periódicas. Avaliação de dados do SIAB, como número de gestantes, crianças pesadas e em aleitamento materno exclusivo. Verificar frequência de visitas domiciliares.
Viabilidade	Alta. Depende da dedicação dos ACS, por isso a importância de estimular o engajamento destes profissionais.

Quadro 4 – Projeto Crescer com Saúde: operação sobre nó crítico 4 para intervenção sobre problema priorizado “falta de um acompanhamento sistematizado de recém-nascidos e lactentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família em Aguanil, Minas Gerais”.

Problema prioritário	Falta de um acompanhamento sistematizado de recém-nascidos e lactentes atendidos pela Estratégia Saúde da Família, em Aguanil, Minas Gerais.
Nó crítico 4	Consultas de retorno para puérpera e recém-nascido.
Projeto	Crescer com Saúde
Operações	<p>Programar, durante as consultas de pré-natal do último mês, uma data para o retorno da puérpera e seu recém-nascido.</p> <p>Implantar na agenda de atendimentos da ESF consultas regulares de puericultura, seguindo o calendário preconizado pela Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, mas adaptado à realidade local, elaborar a ficha da criança com registros importantes de seu desenvolvimento e manter o prontuário atualizado (APÊNDICES A e B).</p>
Resultados esperados	<p>Início oportuno das consultas de puericultura.</p> <p>Aumento do índice de aleitamento materno exclusivo.</p> <p>Maior cobertura vacinal.</p> <p>Deteção precoce de complicações/patologias.</p> <p>Diagnóstico precoce de distúrbios do crescimento e desenvolvimento.</p> <p>Acompanhamento pleno das crianças sob responsabilidade da unidade.</p>
Produto	Reduzir mortalidade infantil por causas evitáveis.
Ações estratégicas	<p>Grupos operativos e salas de espera para gestantes com a temática de cuidados iniciais com o recém-nascido.</p> <p>Utilizar as consultas de pré-natal para enfatizar às gestantes sobre a necessidade e importância de manter o vínculo após o nascimento da criança, retornando à unidade de saúde para a consulta puerperal e iniciar o acompanhamento do bebê.</p> <p>Distribuir folders que reforçam a importância da puericultura.</p> <p>Garantir a realização das ações do 5º Dia, conforme a Linha Guia de Atenção à Saúde da Criança.</p> <p>Promover a busca ativa de todas as crianças abaixo de 02 anos</p>

residentes no território, explicar aos responsáveis a importância do acompanhamento contínuo e agendar as consultas.

Agendar dez consultas semanais, realizadas por médico ou enfermeiro, de forma intercalada. Este número foi calculado conforme o número de crianças menores de dois anos pertencentes à unidade, dentro da seguinte programação: consultas mensais para crianças de risco habitual com até seis meses de idade, a cada dois meses para aquelas entre sete e doze meses de idade e trimestral no segundo ano de vida (Apêndice A e B), garantindo espaço na agenda para consultas mensais de crianças de alto risco.

Elaborar e utilizar a Ficha da Criança (Anexo B) para anotar dados pertinentes de marcos de sua história e desenvolvimento (uso interno).

Registrar as consultas adequadamente em prontuário.

Realizar grupos operativos trimestrais com temática variada.

Estender as ações para crianças até cinco anos de idade, após a consolidação desta primeira operação, realizando consultas anuais, a partir de três anos.

Responsável	Elaboração do plano operativo: enfermeiro. Execução: Médico, enfermeiro e técnicos de enfermagem. Sensibilizadores: Agentes comunitários de saúde.
Prazo	30 dias. Aguardar capacitação e início das ações dos ACS
Acompanhamento e avaliação	Identificar faltosos através de agenda de consultas e promover a busca ativa dos mesmos. Supervisionar a execução e resultado dos testes do pezinho, orelhinha e olhinho. Utilizar dados do SIAB (Fichas D, B e C, Relatórios SSA2 e PMA2) para avaliação quantitativa e qualitativa. Avaliação mensal, através de reuniões de equipe para avaliar resultados obtidos, adesão da população e dos profissionais de saúde.
Viabilidade	Viável, depende da adequação da agenda e planejamento das atividades da unidade.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nas etapas da vida do ser humano, o período de lactente é aquele que apresenta maior variedade e velocidade de mudanças, tanto no crescimento quanto no desenvolvimento neuropsicomotor e tem consequências diretas na formação do adulto. É uma fase vulnerável que exige atenção e acompanhamento constante.

É competência da Estratégia de Saúde da Família garantir a acessibilidade a todas as crianças do seu território, conhecendo toda a população infantil e as suas necessidades, responsabilizando-se pelo monitoramento das crianças saudáveis e cuidado dos problemas de saúde apresentados. Toda a equipe de Saúde da Família deve estar envolvida nestas ações visando atenção integral ao lactente, destacando a importância dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na manutenção do vínculo entre família e unidade e na manutenção da adesão às atividades programadas.

Neste contexto, é importante lembrar que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do lactente é considerado ação eixo na atenção à saúde da criança, tendo a Caderneta de Saúde da Criança instrumento único que conduz à identificação de crianças de risco, deixando de ser utilizada apenas como carteira de vacinação, passando a ter papel central na consulta de puericultura e nas ações de educação à saúde para mães e familiares.

Por fim, ressalta-se que o planejamento é uma atividade dinâmica, não estando restrita a apenas a determinação de agenda de atividades, necessitando acompanhamento e avaliação dos resultados, e um replanejamento constante ao longo de todo o processo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, T. G. T; VIANA, L. S; CUNHA, C. L. F. Desafios na utilização da Caderneta de Saúde da Criança: entre o real e o ideal. **Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 2, ago. 2012. Disponível em: ftp://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/caderneta/Desafios_na_utilizacao_da_caderneta_de_saude_da_crianca_entre_o_real_e_o_ideal.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2014.
- ALVES, C.R.L.; MOULIN, Z.S.; SANTOS, L.C. **Atenção à Saúde da Criança**: aspectos básicos. Nescon/UFMG, Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/Aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20Sa%C3%BAde%20da%20Crian%C3%A7a:%20aspectos%20b%C3%AAsicos/1030>. Acesso em: 7 fev. 2014.
- ALVES, C.R.L. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, mar. 2009. Disponível em: http://www.medicina.ufmg.br/observaped/images/docs/csc_2_2009.pdf>. Acesso em: 23 jan. 2014.
- ANDRADE, G.N. **Vivências dos profissionais da Atenção Primária à Saúde com a Caderneta de Saúde da Criança**. Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2011. Disponível em: ftp://ftp.medicina.ufmg.br/observaped/caderneta/dissertacao_da_Gisele_10_04_13.PDF>. Acesso em: 22 jan. 2014.
- BATISTA, R.V. Evolução da mortalidade infantil por causas evitáveis: série histórica 1997 - 2006. Distrito Federal. **Com. Ciências Saúde**, Brasília, v. 21, n. 3, nov. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/evolucao_mortalidade_infantil.pdf>. Acesso em: 22 dez. 2013.
- BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 79, s. 1, 2003. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)094.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)094.pdf)>. Acesso em: 22 jan. 2014.
- BRASIL. **Lei 8.069**, de 13 de Julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. Brasília: Ministério da Justiça, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 7 fev. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS – Indicadores de Dados Básicos, 2000 - Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc01.htmr>>. Acesso em: 22 dez. 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança – acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. **Série Cadernos de Atenção Básica**, n. 11, Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 22 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas**. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 20 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento. **Série Cadernos de Atenção Básica**, n. 33, Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS – Sistema de Informação de Atenção Básica, 2013. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABCMG.def>> . Acesso em: 2 fev. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades@Minas Gerais. Aguanil**. [online], 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=310080&search=minas-gerais%7Caguanil%7Cinfograficos:-dados-gerais-do-municipio>>. Acesso em: 2 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. Definições. [online], 2014. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/WebHelp/definicoes.htm>>. Acesso em 2 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança** [online], 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menino.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança** [online], 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_crianca_menina.pdf>. Acesso em: 2 fev. 2014

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde** – 2 ed. - Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2010. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3901.pdf>> Acesso em: 7 fev. 2014.

CAMPOS, R.M.C *et al.*. Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, jun 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342011000300003&script=sci_arttext>. Acesso em: 7 fev. 2014.

CORRÊA, E.J.; LEÃO, E.; SENA, R. R. Atenção à saúde da criança e ao adolescente no século XXI. In: LEÃO, E. et al. **Pediatria ambulatorial**, Belo Horizonte: Coopmed, 2013.

DEL CIAMPO, L.A *et al.*. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 3, set. 2006 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232006000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 jan. 2014.

LEITE, G. B; BERCINI, L. O. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do

Programa Saúde da Família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v. 4, n. 3, set./dez. 2005. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/5200>>. Acesso em: 22 jan. 2014.

LENZ, M. L. M; FLORES, R. **Atenção à Saúde da Criança**. Ed. Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A. Porto alegre, 2009. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/livroatencaoacrianca.pdf>>. Acesso em: 23 jan. 2014.

MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1994

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. **Atenção à Saúde da Criança**, Belo Horizonte, 2005 Disponível em: <<http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2012/10/site-guia-enfermagem-docente-uni-5.pdf>>. Acesso em: 7 fev. 2014.

SILVA, A. C. M. A. Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 jan. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Manual Prático de Atendimento em Consultório em Ambulatório de Pediatria, 2006. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/ManPraticaAtend.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2014

VIEIRA, V. C. L et al. Puericultura na Atenção Primária à Saúde: Atuação do Enfermeiro. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 17, n. 1, mar 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/26384>> Acesso em: 23 jan 2014.

WEISZFLOG, W et al. Michaelis Moderno Dicionário de Língua Portuguesa. Melhoramentos, São Paulo, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Young People's health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. **Technical Report Series 731**, Geneva, 1986. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_731.pdf>. Acesso em: 22, jan. 2014.

APÊNDICE A.

Proposta de programação das ações de atenção à saúde da criança nos dois primeiros anos.

Ação	Idade da criança															
	Dias		Meses													
	24 horas após alta	5 a 8 dias	1	2	3	4	5	6	7	8	10	12	15	18	21	24
VD pelos ACS	X	Visitas domiciliares mensais														
Atenção na unidade de saúde																
Ações 5º dia		€														
Consulta médica				X		X		X			X		X		X	
Consulta enfermagem			X		X		X			X		X		X		X
Grupo operativo			X			X			X			X			X	

Fonte: organizado pela autora

VD – Visita domiciliar

ACS – Agente Comunitário de Saúde

€- Enfermagem, com apoio de médico

APÊNDICE B –

Puericultura: protocolo de ações a serem realizadas com recém-nascidos e lactentes

Data	Local	Resp.	Ação
24 horas após chegada a casa	Domicílio	ACS	<p>Observar as relações familiares.</p> <p>Facilitar o acesso ao serviço de saúde.</p> <p>Possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com as equipes de saúde.</p> <p>Escutar e oferecer suporte emocional.</p> <p>Identificar fatores de risco ambiental.</p> <p>Promover aleitamento materno exclusivo.</p> <p>Agendar a primeira visita à Unidade de Saúde (5º Dia).</p> <p>Orientar a mãe sobre a consulta de puerpério.</p>
5 a 8 d	UBS	Enf./ Méd.	Ações do 5º Dia
Consultas agendadas	UBS	Enf./Méd.	<p>Incentivo ao aleitamento materno.</p> <p>Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.</p> <p>Alimentação saudável.</p> <p>Imunização.</p> <p>Atenção às doenças prevalentes.</p> <p>Atenção à saúde bucal.</p> <p>Avaliar os principais marcos do desenvolvimento infantil (desenvolvimento motor, comunicação expressiva e receptiva, percepção visual e auditiva).</p> <p>Avaliar os sinais de perigo e situações de risco.</p> <p>Registrar os dados no prontuário e no Cartão da Criança.</p>
Grupos operativos trimestrais			<p>TEMAS:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidados de higiene 2. Alimentação saudável 3. Imunização 4. Prevenção de acidentes domésticos

ANEXO C: Ficha da Criança

Ficha da Criança					
Nome:				Data de Nascimento:	
Nome da Mãe:					
História do Parto					
Tipo: () N () C	IG:	Nº consultas pré-natal:		APGAR (1 e 5 min.): ___/___	
Data Parto:		Data Alta:		Data Acolhimento:	
Peso:		Estatura:		PC:	PT:
Intercorrências/Complicações:					
Nutrição, rastreamento e vacinação					
Aleitamento exclusivo:			Alimentação mista:		
Teste do Pezinho:					
Teste do olhinho:			Teste da orelhinha:		
Vacinas:	BCG	Hepatite B	Pentavalente (Tríplice bacteriana, vac. para hepatite B, vac. Haemophilus influenzae B).	VIP/VOP (Vac, poliomielite injetável / oral)	VORH (Vacina oral para Rotavirus humano)
	Meningocócica	Pneumocócica	Febre Amarela	Triviral (caxumba, rubéola, sarampo)	
	DTP	Tetraviral (caxumba, rubéola, sarampo, varicela)	Outras:		
Desenvolvimento neuropsicomotor:					
Doenças da Infância:					
Alergias:					

Fonte: Organizado pela autora