

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

FRANCESCA DE SÁ FREIRE

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA RITA**

Governador Valadares - Minas Gerais

2014

FRANCESCA DE SÁ FREIRE

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA RITA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção de Certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Virginia Resende Silva Weffort

Governador Valadares - Minas Gerais

2014

FRANCESCA DE SÁ FREIRE

**ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA NA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE SANTA RITA**

Trabalho apresentado ao Curso de Especialização em
Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de
Minas Gerais, para obtenção de Certificado de Especialista.
Orientadora: Profa. Dra. Virginia Resende Silva Weffort

Banca Examinadora

- Prof.^a Dr.^a Virginia Resende Silva Weffort – Universidade Federal do Triângulo
Mineiro – UFTM - Orientadora

- Prof.^a Dr.^a Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro –
UFTM – Examinadora

Aprovado em _____, em ____/____/_____

Governador Valadares - Minas Gerais

2014

RESUMO

A unidade básica de Saúde (UBS) Santa Rita, localizada no município de Governador Valadares, Minas Gerais, é um estabelecimento de saúde que presta assistência para 26.000 usuários, sem a Estratégia de Saúde da Família, visto que não há adstrição de clientela ou territorialização. Não é comum o seguimento longitudinal das crianças na unidade, sendo a puericultura uma prática rara. A população nativa desconhece a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de zero a dez anos e a equipe subutiliza a caderneta de vacinação e pouco valoriza as orientações nutricionais. É indiscutível que abordagem familiar com palestras é fundamental, ao enfatizar a adesão às consultas, e, dessa forma, permitir o acompanhamento neuropsicomotor das crianças e a prevenção de doenças. A elaboração de um check-list é uma estratégia de melhorar o acolhimento, tornando-o completo e mais vigilante. Dessa forma, é crucial a capacitação da equipe, provendo educação científica. O objetivo do projeto foi organizar a assistência à saúde da criança na UBS Santa Rita. Trata-se de um projeto de intervenção direta na UBS Santa Rita, desenvolvido a partir do Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) buscando identificar os problemas na unidade, os nós críticos para o enfrentamento dos mesmos e, por fim, elaborar um plano de ação. Espera-se com este projeto alcançar melhoria na qualidade de assistência à saúde da criança com enfoque na organização efetiva da assistência à saúde. Dessa forma, a puericultura se tornará uma prática comum, com alta adesão da população e dos profissionais da unidade.

Palavras-chave: Saúde da Criança, Cuidado da Criança, Educação em Saúde.

ABSTRACT

The basic unit of Health (UBS) Santa Rita, at Governador Valadares, in state of Minas Gerais, is a health institution that provides assistance to 26.000 users. There is no clientele ascription or territorialization, which hinders the development of improved health strategies, as the “Family Health Strategy”. It is not common longitudinal children’s follow-up; child care assistance is a rare practice. Native population is unaware of the importance of growth and development monitoring of children from zero to ten years and the health team under-utilizes the immunization cards. Family approach with lectures is crucial, emphasizing adherence to queries, which allow the psychomotor monitoring of children and disease’s prevention. Training and team qualification is essential. Reception following a checklist is a strategy to improve the children’s assessment, making it complete and more vigilant. The project goal was to organize the health care of children in UBS Santa Rita. This is an intervention project in UBS Santa Rita, developed from the Strategic Planning Method Situational (PES) in order to identify the critical problems to face them and, finally, develop a plan of action. It is hoped that this project achieve improved quality of child care with a focus on effective organization of health assistance. Thus, it is expected that the childcare become a common practice.

Keywords: Children's Health, Child Care, Health Education

LISTA DE ABREVIATURAS

BVS - Biblioteca Virtual da Saúde

GV - Governador Valadares

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PUBMED - National Library of Medicine

SCIELO - Scientific Electronic Library Online (Scielo)

UBS – Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

QUADRO 1	18
QUADRO 2.....	19
QUADRO 3.....	20
QUADRO 4.....	20
QUADRO 5	23
QUADRO 6	24

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	9
2 JUSTIFICATIVA.....	12
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 OBJETIVO GERAL.....	13
3.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	13
4 METODOLOGIA.....	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	15
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	18
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	27
8 REFERÊNCIAS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Apresentação do Município:

Governador Valadares é município no interior de Minas Gerais, localizado na região leste do Estado. A população total é de 275. 568 habitantes, sendo 94% domiciliada na área urbana. Trata-se de um município de médio porte, e seu PIB é o 153º maior do Brasil. Na economia, destaca-se a prestação de serviços e o comércio. (IBGE, 2014)

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0.772, sendo a Renda Média Familiar: R\$778,99. Conta com 96,4% de Abastecimento de Água Tratada e 95,5% de recolhimento de esgoto por rede pública. O município tem uma densidade demográfica de 117 hab|km², sendo que 3,43% é a proporção de moradores abaixo da linha de pobreza. A taxa de escolarização é 70%. (SIAB, 2014; IBGE, 2014)

A cidade foi desbravada em torno de 1573, quando Sebastião Fernandes Tourinho subiu o Rio Doce a procura de ouro e pedras preciosas. Já em 1808 instalou-se no município uma das seis Divisões Militares do Rio Doce, para prevenir os ataques dos silvícolas. Em 1811, surgiram os primeiros povoados, o de São Miguel e o de Almas de Guanhões. Aos poucos outros povoados de foram surgindo como o de Ferros, Conceição do Mato Dentro, Paulistas e Peçanha. A região hoje do município de Governador Valadares (GV) pertencia a Peçanha e era denominado Figueira. Em 1882 foi-se nomeado distrito de paz com a denominação de Baguari e, dois anos seguintes, distrito do município de Peçanha. Em 1938 ocorreu a emancipação política, tendo o nome da cidade modificado para Governador Valadares, através do Decreto-lei Estadual nº 148. Atualmente a cidade é formada pelos distritos de Governador Valadares (Sede), Brejaubinha, Choni, Naque, Alto de Santa Helena, Baguari, Brejaubinha, Nova Brasília, Santo Antônio do Porto, Pontal, Chonim, Derribadinha, Penha do Cassiano São José das Tronqueiras e São Vitor.

No contexto da assistência à saúde, o município de Governador Valadares conta hospitais privados e um público, além de unidades básica de saúde, algumas inseridas como Estratégia de saúde da Família, sendo 41 em seu total. A rede conta com um número satisfatório de agentes comunitários de saúde, quatro núcleos de apoio à saúde da família, programa de melhoria de acesso e da qualidade da saúde, saúde bucal, saúde da família, programa farmácia popular do Brasil, programa de requalificação de UBS fundo de ações estratégicas e compensações, serviços de atendimento móvel às urgências, rede cegonha, rede

saúde mental. O município possui, ainda, muitas especialidades médicas disponíveis. 63,36% da população é usuária da assistência à saúde no SUS. (SIAB,2014)

Dentre as unidades de atenção básica, há a unidade de saúde Santa Rita, a qual é localizada no Bairro Santa Rita e presta assistência à saúde para 24.000 habitantes. Trata-se de uma unidade de saúde baseada nos moldes antigos de assistência a saúde, e de certa forma, considerada uma estratégia insatisfatória, uma vez que ainda não é projetada nos moldes da estratégia de Saúde da família. A ausência de adstrição de clientela e déficit na regionalização dificulta o conhecimento biossocial dos seus usuários, impossibilitando a mensuração de quantas famílias aquela área abrange. Dessa forma, não existe levantamento do perfil daqueles usuários.

Análise Situacional

É indiscutível que a adstrição de clientela e territorialização aumentam a qualidade da assistência à saúde. A busca ativa aos usuários fica prejudicada e, dessa forma, a atenção a saúde dos usuários torna-se deficitária.

Após uma breve enumeração e definição sobre os problemas do cuidado em saúde dos usuários da UBS, foram listados a ausência de estratégias de assistência à saúde da criança; a puericultura como uma prática rara; a ausência de estratégias de avaliação da primeira semana do recém-nascido; distúrbios nutricionais, sendo a obesidade a maior causa; número alto de parasitoses; anemia infantil; além da deficiência do acolhimento e a desorganização da agenda.

Após essa enumeração foi selecionado como déficit prioritário a ausência de estratégias direcionadas à atenção a saúde da criança.

Dentre os nós críticos desse problema, está a ausência de adstrição de clientela, bem como a territorialização das famílias; o processo inadequado da equipe frente ao cuidado à saúde da criança, e, finalmente, a falta de conhecimento da comunidade quanto à necessidade de consultas frequentes para o bom desenvolvimento e crescimento da criança.

A atenção à saúde da criança em serviços básicos de saúde tem sido estimulada com medidas públicas, a fim de reduzir a morbimortalidade infantil (BRASIL, 2004). Cada contato da criança com o sistema de saúde é uma oportunidade para análise integrada e preditiva de sua saúde, com caráter educativo. (BRASIL, 2002). Dessa forma, a puericultura é parte fundamental para promoção da saúde e prevenção de agravos, devendo ser parte integrante

das consultas, envolvendo a avaliação do peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, o estado nutricional, vacinação e intercorrências, além das orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) (BRASIL, 2004).

A adscrição de clientela e territorialização da população, pilares da estratégia da saúde da família, são inexistentes na UBS Santa Rita. Entretanto a implantação dessas medidas depende da estruturação e financiamento do município, o que demanda tempo para concretização. Mesmo sem atingir e concluir esse passo, é extremamente válido resolver os outros nós críticos através de estratégias simples de organização da equipe e fornecimento de informação à população. Obtendo-se sucesso nessa etapa, o atendimento a saúde da criança na UBS Santa Rita será indiscutivelmente mais eficaz.

2 JUSTIFICATIVA

No contexto de uma unidade básica de saúde sem planos estratégicos de saúde para a criança, o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento e a vacinação da população infantil usuária são ineficazes. Foi perceptível em consultas individuais pouca procura por consultas de puericultura, um número crescente de crianças com distúrbios nutricionais, em sua maioria, a obesidade; usuários com anemia ferropriva associada a parasitoses; e, com baixa estatura infantil, além da baixa adesão à amamentação exclusiva. Foi notado ainda, que a população desconhece a necessidade da consulta médica regular de crianças de zero a dez anos de idade. Além disso, há um déficit no acolhimento dos usuários mirins pela equipe de saúde, a qual subutiliza a caderneta de saúde da criança, desconhece o que deve ser avaliado na primeira semana do recém-nascido, bem como não incentiva a amamentação exclusiva e não realiza a orientação nutricional ou a prevenção de acidentes. O acesso da criança às consultas é dificultado, uma vez que, na unidade de saúde não há, na agenda, um horário reservado para o atendimento infantil.

A intervenção se faz necessária, e, se justifica visto que a atenção a saúde da criança de zero a dez anos diminui a morbidade e a mortalidade infantil (BRASIL, 2002). Uma equipe bem capacitada melhorará o acolhimento e o acompanhamento da saúde das crianças e realizará orientações bem embasadas. A puericultura possibilita a promoção da saúde, prevenção de agravos e a vigilância dos sinais de doença, permitindo o diagnóstico precoce dos agravos. (ALVES, MOULIN, SANTOS, 2013). A orientação alimentar efetiva implica em maior adesão ao aleitamento materno e propicia em redução dos distúrbios nutricionais da infância. (CAMPOS et al, 2014; BRASIL, 2013)

Enquanto não é possível o matriciamento da área e criação de novas equipes de saúde, é imprescindível a elaboração de um plano a fim de organizar a atenção à saúde dos usuários infantis.

3 OBJETIVO

Objetivo geral

Organizar a atenção à saúde da criança na Unidade de Saúde Santa Rita

Objetivos específicos

- Definir estratégias para melhoria do processo de acolhimento aos usuários pela equipe.
- Promover o conhecimento para a população no que se diz respeito ao acompanhamento médico das crianças de zero a dez anos.

4 METODOLOGIA

O projeto trata-se de plano de intervenção de organização da atenção à saúde das crianças da UBS Santa Rita. Para o desenvolvimento do Plano de Intervenção foi utilizado o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) conforme os textos da seção 1 do módulo de iniciação científica e seção 2 do módulo de Planejamento (CAMPOS, FARIA, SANTOS, 2013), e, também realizada uma revisão da literatura sobre o tema. O desenvolvimento do plano seguiu o diagnóstico estratégico situacional, pela estimativa rápida, com a observação ativa do cotidiano da UBS e a consulta às revistas indexadas com as palavras-chave: saúde da criança, puericultura, saúde pública, alimentação infantil.

Para a pesquisa bibliográfica, foram utilizadas as bases de dados da Scientific Electronic Library Online (Scielo), da Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Literatura Latino-americana e do Caribe (Lilacs) e National Library of Medicine (PUBMED). Foram consultados também dados do Sistema de Informação em Atenção Básica (SIAB) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O projeto de intervenção é direcionado aos nós críticos da atenção a saúde da criança, observados durante as consultas e cotidiano na UBS Santa Rita e discutidos em equipe. Será necessária a melhoria do acolhimento dos usuários pela equipe, bem como a necessidade de promoção de conhecimento a cerca da saúde da criança para a população, melhorando a adesão às consultas. A intervenção será, portanto, organizativa e educativa.

5 REVISÃO DE LITERATURA

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança é considerado o eixo central de todas as ações de atenção à saúde da criança. Apresenta-se por baixa complexidade tecnológica e eficácia extraordinária na prevenção de distúrbios nutricionais, na prevenção de agravos à saúde e bem como na promoção de hábitos saudáveis. (ALVES, MOULIN, SANTOS, 2013)

A atenção às crianças recém-nascidas em serviços básicos de saúde tem sido estimulada com medidas públicas, a fim de reduzir a morbimortalidade infantil. Dentre as medidas, está a conhecida "Primeira Semana Saúde Integral", estabelecida na Agenda de Compromissos para Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (BRASIL, 2004), a qual dá prioridade de atendimento a todos os recém-nascidos nas unidades de saúde básica, estimulando assim, a promoção dos cuidados de saúde e a observação de situações de risco que possam sinalizar doença. A "Primeira Semana Saúde Integral" estimula o aleitamento materno exclusivo, a vacinação do bebê e da mãe, bem como, a ênfase da importância da realização dos testes de triagem, como o teste do pezinho, para detecção precoce de doenças. (BRASIL, 2004)

O Ministério da Saúde (MS) propõe um calendário mínimo de consultas para a assistência à criança, que estipula sete consultas no primeiro ano de vida (até os 15 dias, 1 mês, 2, 3, 6, 9, 12 meses), duas no segundo ano de vida (aos 18 meses e 24 meses) e anualmente de 3 a 6 anos. A puericultura, é parte integrante das consultas, e, envolve a avaliação do peso, altura, desenvolvimento neuropsicomotor, o estado nutricional, vacinação e intercorrências, além das orientações à mãe/família/cuidador sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) devendo tudo ser registrado no cartão da criança. (BRASIL, 2004). Cada contato da criança com o sistema de saúde é uma oportunidade para análise integrada e preditiva de sua saúde, com caráter educativo. (BRASIL, 2002)

O Ministério da Saúde, em 2004, ressaltou que toda a equipe de saúde deve estar bem preparada para esse acompanhamento das crianças, sabendo identificar as crianças de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (naquelas unidades com sua população adstrita) e saber detectar e abordar as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuropsicomotor da criança. (BRASIL, 2004).

As recomendações mais recentes sobre alimentação infantil enfatizam e priorizam a importância do aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida e a continuação da amamentação, mesmo após a alimentação complementar, até no mínimo os dois anos de idade. (CAMPOS *et al*, 2014; BRASIL, 2002). A orientação nutricional da criança é fundamentalna garantia do crescimento e desenvolvimento satisfatório, pois o aconselhamento se mostra como importante estratégia educativa no manejo do comportamento alimentar da família seja na (re) construção dos hábitos alimentares bem como na promoção de estilos de vida saudáveis, que melhoram a qualidade de vida da população (CAMPOS *et al*, 2014). Nesse contexto CAMPOS *et al*, 2014, em uma revisão minuciosa da literatura atual destacaram que a orientação alimentar permitiu a melhora no desempenho dos profissionais de saúde, a adoção de práticas alimentares saudáveis pelos cuidadores e melhora no estado nutricional das crianças. Mas ressaltaram como obstáculos a falta de capacitação dos cuidadores e profissionais quanto à alimentação complementar saudável das crianças e dificuldade por profissionais de saúde em relação à prática do aconselhamento. As ações de aconselhamento em alimentação infantil, como práticas permanentes, são fundamentais às políticas de atenção à saúde da criança. (CAMPOS *et al*, 2014)

A vigilância do crescimento infantil foi recomendada desde a década de 70, na Conferência de Alma-Ata em 1978. Em 1984, foi criado no Brasil, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) que estabeleceu um conjunto de ações básicas de saúde baseado na integralidade da assistência à saúde, priorizando as ações de prevenção. O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil por meio da Caderneta de Saúde da Criança é uma dessas ações e abrange crianças com até dez anos de idade. (BRASIL, 2004). Esse acompanhamento é uma oportunidade do profissional de saúde avaliar de forma integral e preditiva a saúde da criança, estimulando a promoção da saúde. (BRASIL, 2002)

O profissional de saúde deve apresentar habilidades e competências para avaliação do crescimento e do desenvolvimento infantil, com conhecimento, habilidades e atitudes efetivas para a prática em saúde pública. (MONTEIRO, *et al*, 2014)

De acordo com MONTEIRO *et al*, 2014 , as ações de promoção da saúde desempenhadas pelo enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil presentes em publicações são pontuais, a maioria se refere à avaliação antropométrica, registros alimentares (aleitamento materno) e avaliação do histórico de imunização. Portanto

abrangem mais os aspectos nutricionais nesse processo, em detrimento das avaliações do desenvolvimento infantil. E concluiu ainda, que o papel dos profissionais depende de capacitação, treinamento, organização, experiência pessoal, além do interesse sobre os propósitos da saúde pública em melhorar o estilo de vida das crianças e de seus familiares.

No trabalho de ASSIS *et al*, 2011, que avaliou o processo de trabalho na puericultura de enfermeiras, foi detectado que nenhuma unidade de saúde do estudo promovia o vínculo e o acolhimento como estratégias para promoção da saúde da criança, sendo as consultas à população infantil estava apenas centradas na doença e na queixa-conduta. Além disso, processo de trabalho da puericultura pela enfermagem não contemplava o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil de crianças menores de seis anos.

A utilização de instrumentos tais como o desenvolvimento de recursos semiotécnicos e a utilização de técnicas de comunicação podem ser benéficos ao minimizar as dificuldades da anamnese pediátrica. (SANTOS, 2011). Dessa forma, a utilização de fluxogramas ou check-list podem ser úteis no manejo da equipe para com o acolhimento e consultas pediátricas.

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A Proposta de Intervenção é um modelo estratégico que permite gerenciar certo problema. A problemática abordada e identificada por meio do diagnóstico situacional foi a ausência de estratégias na assistência a saúde da criança. Desta forma, a finalidade é organizar a atenção à saúde da criança na UBS Santa Rita do município de Governador Valadares-MG. Este projeto será dividido em passos os quais serão elucidados a seguir.

1- PRIMEIRO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS

Os “nós críticos” são as possíveis etiologias do problema em questão. O seu conhecimento é essencial para identificar as fontes do problema, facilitando a resolubilidade do mesmo.

QUADRO 1 – Identificação dos nós críticos relacionados ao problema

Problema	Nós críticos
Desorganização da atenção à saúde da criança	<p>Desconhecimento da população sobre a necessidade do acompanhamento longitudinal.</p> <p>Ausência de um horário reservado na agenda para puericultura</p> <p>Acolhimento incompleto</p> <p>Pouco conhecimento da população e sua baixa adesão às consultas de puericultura</p>

2- SEGUNDO PASSO: DESENHO DE OPERAÇÕES DE ACORDO COM OS NÓS CRÍTICOS DO PROBLEMA

Após abordar os “nós críticos”, é necessário que as operações sejam desenhadas para que sejam estipuladas as causas, resultados, identificação de produtos e recursos necessários para efetivação das operações.

A equipe necessita estar conscientizada dos benefícios da puericultura para o bem estar biossocial das crianças na promoção da saúde. Para tanto, reuniões com troca de conhecimentos são fundamentais para a permuta de experiências, bem como, serão momentos de agregação educativa sobre os principais temas da saúde da criança, fundamentais para um bom embasamento para orientação aos pais nos momentos oportunos. A capacitação da equipe de saúde, imprescindível para a melhoria do acolhimento, será realizada por meio de troca de conhecimento em reuniões, com informações relevantes sobre o calendário básico de vacinação da criança, sobre o que deve ser observado na primeira semana do recém-nascido: higiene do coto umbilical, icterícia, ser vigilante para a realização dos testes de triagem, bem como incentivar a amamentação. Para tanto, haverá a elaboração de um check-list para seguimento pela equipe durante o acolhimento das crianças de zero a dez anos de idade (quadro 2 e 3).

Ainda no quesito de melhoria de acolhimento, horário reservado para atendimento longitudinal às crianças é parte fundamental no bom funcionamento da puericultura. Dessa forma, haverá a organização da agenda da equipe a fim de reservar dia e horário para atendimento de puericultura, sendo as demandas agudas e emergências atendidas em qualquer horário.

Outra parte importante é a comoção da comunidade sobre a necessidade do acompanhamento longitudinal do cuidado às crianças de zero a dez anos. A família que desconhece a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento na infância, não adere a puericultura e procura atendimento médico apenas em casos agudos. Diante disso, palestras em creches e na unidade de saúde estimularão o conhecimento às mães das crianças.

QUADRO 2– Check-list para avaliação no acolhimento de crianças de zero a 30 dias.

Check-List – crianças de zero a 30 dias	
Nome da Criança:	
Atualizar a caderneta de saúde da criança	
Verificar sinais gerais de perigo; alteração de temperatura, dados vitais ou sonolência ou agitação;	

Verificar icterícia;	
Encaminhar para teste triagem neonatal, teste do olhinho e teste da orelhinha;	
Avaliar a amamentação e orientar;	
Vacinas;	
Avaliar coto umbilical;	
Captar para acompanhamento e agendar puericultura;	

Fonte: Autoria própria. Baseado em: ALVES, MOULIN, SANTOS, 2013, p. 26.

QUADRO 3 – Checklist para avaliação no acolhimento de crianças de 31 dias a 10 anos.

CheckList – crianças de 31 dias a 10 anos	
Nome da Criança:	
Atualizar a caderneta de saúde da criança;	
Verificar sinais gerais de perigo; alteração de temperatura, dados vitais ou sonolência ou agitação;	
Avaliar a amamentação (até dois anos) e orientar;	
Vacinas;	
Alimentação;	
Orientar prevenção de acidentes;	
Captar para acompanhamento e agendar puericultura;	

Fonte: Autoria própria. Baseado em: ALVES, MOULIN, SANTOS, 2013, p. 26.

As operações estão descritas juntamente com os seus recursos necessários, e seus resultados e produtos esperados no quadro 4.

QUADRO 4 – Desenho das operações de acordo com os recursos necessários e resultados e produtos esperados

Nó crítico	Operação/projeto	Resultados esperados	Produtos esperados	Recursos necessários
Desconhecimento da equipe de saúde.	<p>Conscientizar toda a equipe sobre a importância do acompanhamento longitudinal das crianças na atenção básica. Provimento de conhecimento científico sobre os principais agravos e alimentação na infância.</p> <p>Informações sobre a vigilância na primeira semana do recém-nascido.</p>	Equipe conscientizada e capacitada.	<p>Reuniões com a equipe de saúde para explicar sobre o projeto e importância do apoio de toda a equipe.</p> <p>Reuniões para troca de conhecimentos e educação científica a cerca de icterícia, alimentação na infância e vacinação.</p>	<p>Cognitivos: aquisição de conhecimento literário sobre os temas abordados.</p> <p>Organizativos: preparação do espaço na unidade para reuniões; adequação da equipe para utilização do check-list e maior utilização da caderneta de vacinação da criança.</p> <p>Financeiro: aquisição de recursos audiovisuais e computador para apresentação do projeto e temas.</p>
		Atendimento e	Agenda com	Organizacional:

Ausência de um horário reservado na agenda para puericultura.	Alteração da agenda de atendimento médico e enfermagem para um horário reservado para puericultura.	agenda organizados; Acesso mais fácil das crianças a consulta de acompanhamento longitudinal população mais satisfeita e com melhoria da saúde.	horários agendados de puericultura	discutir melhores dias para atendimento de puericultura; Financeiro: nova agenda
Acolhimento incompleto	Manter um acolhimento à criança de forma completa de acordo com a sua idade	Criança bem acolhida, todos dados verificados. Equipe mais vigilante.	Elaboração e seguimento de check-list	Organizacional: elaboração do check-list; adequação da equipe para utilização do check-list e maior utilização da caderneta de vacinação da criança. Cognitivo: conhecimento sobre o tema Financeiro: impressão e folhas A4 para check-list;

				aquisição de curvas da OMS plastificadas e régua de medição horizontal.
Pouco conhecimento da população	Informação a população sobre a importância do acompanhamento longitudinal das crianças de zero a dez anos.	População mais informada. Maior adesão das mães com suas crianças às consultas.	Palestras e Grupo operativos	Organizacional: organização de palestras e grupos operativos Cognitivo: conhecimento sobre o tema e estratégias didáticas de comunicação. Financeiro: aquisição de folhetos educativos e recursos audiovisuais, Datashow e computador.

3 - TERCEIRO PASSO: IDENTIFICAÇÃO DE RECURSOS CRÍTICOS

Os recursos críticos são importantes para a viabilidade do plano. Eles estão demonstrados no quadro 5.

QUADRO 5 - Identificação de recursos críticos

Operação/Projeto	Recursos críticos
Conscientização da equipe	<p>Organizacional: palestras sobre importância da puericultura;</p> <p>Financeiro: recursos audiovisuais, computador e Datashow.</p>
Espaço na Agenda	<p>Organizacional: avaliação dos melhores horários para puericultura, organizar a agenda do médico e da enfermeira.</p> <p>Financeiro: nova agenda.</p>
Acolhimento integral e mais vigilante	<p>Organizacional: elaboração e seguimento do check-list; reuniões com troca de conhecimento; utilização da caderneta de vacinação.</p> <p>Financeiro: impressão e folhas A4. Aquisição de régua de medição horizontal e curvas de crescimento e IMC da OMS.</p>
Conscientização da população	<p>Organizacional: organização de palestras e grupos operativos para pais.</p> <p>Financeiro: folhetos educativos e recursos audiovisuais.</p>

4-QUARTO PASSO: ANÁLISE DE VIABILIDADE DO PLANO

É necessária a identificação dos responsáveis pelos recursos críticos e seu posicionamento com relação ao problema-chave, de acordo com sua motivação favorável, indiferente ou contrária.

Tanto a Equipe de Saúde da Unidade Básica Santa Rita, bem como a Secretaria de Saúde do Município de Governador Valadares apresentam motivações favoráveis a realização do projeto.

5- QUINTO PASSO: ELABORAÇÃO DO PLANO OPERATIVO

A designação dos responsáveis por cada operação deve ser realizada, e, prazos devem ser definidos para o cumprimento das ações.

QUADRO 6 - Plano operativo

Operações	Resultados	Produtos	Ações estratégicas	Responsável	Prazo
Desconhecimento da equipe de saúde.	Conscientizar toda a equipe sobre a importância do acompanhamento longitudinal das crianças na atenção básica. Provimento de conhecimento científico sobre os principais agravos e alimentação na infância.	Equipe conscientizada e capacitada.	Apresentar o projeto; Agendar reuniões; Programar aulas de capacitação;	Médicos Enfermeiros Técnicos de enfermagem Secretárias	30 dias

Ausência de um horário reservado na agenda para puericultura.	Alteração da agenda de atendimento médico e enfermagem para um horário reservado para puericultura.	Atendimento e agenda organizados; Acesso mais fácil das crianças a consulta de acompanhamento longitudinal. População mais satisfeita e com melhoria da saúde.	Avaliar o melhor horário para a puericultura, de acordo com a procura das mães e maior disponibilidade da equipe.	Médicos Enfermeiros	20 dias
Pouco conhecimento da população	Informação a população sobre a importância do acompanhamento longitudinal das crianças de zero a dez anos.	População mais informada. Maior adesão das mães com suas crianças às consultas.	Produzir material informativo. Palestras e Grupos operativos	Enfermeiro Médico	90 dias

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acompanhamento longitudinal de crianças, com a puericultura, tem diminuído a taxa de morbimortalidade dessa população, se tornando uma proposta real de promoção a saúde. A capacitação da equipe, assim como o fornecimento de informação à população são estratégias promissoras de se melhorar a qualidade do cuidado das crianças usuárias da UBS Santa Rita. Isso porque essas estratégias aumentam a adesão das crianças e suas mães às consultas de puericultura, com o ganho da orientação nutricional, prevenção de agravos e diagnóstico precoce de doenças, aumentando a resolubilidade do serviço prestado.

Desta forma, espera-se que a puericultura seja uma prática comum, com uma equipe bem capacitada valorizando a utilização da caderneta de saúde da criança, ampliando o acesso à saúde, e dessa forma, aumentando a qualidade da saúde local.

8 REFERÊNCIAS

1. ALVES, C.R.L, MOULIN Z. S., SANTOS, L.C. **Atenção à Saúde da Criança. Aspectos Básicos**. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG; Coopmed, 2013. P. 1-145.
2. ASSIS, W. D. de *et al.* **Processo de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família**. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 64, n. 1, Feb. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em Dez. 2014.
3. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS - ABNT. NBR 14724. **Informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação**. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://www.ced.pucsp.br/conteudo/downloads/ABNT_2011.pdf>. Acesso em: 07 ago 2014.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília(DF); 2004.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf>. Acesso em: 14jan. 2013.
6. CAMPOS, A. A. O *et al.* **Aconselhamento nutricional de crianças menores de dois anos de idade: potencialidades e obstáculos como desafios estratégicos**. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 19, n. 2, Fev. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000200529&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20Dez. 2014.
7. CAMPOS, F. C. C; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações de saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2013. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0273.pdf>. Acesso em junho de 2014.
8. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2014. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/>. Acesso em 20 mar 2014.

9. MONTEIRO, F.P.M. *et al* . **Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil.** Cienc. enferm., Concepción, v. 20, n. 1, abr. 2014 . Disponível em:<http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000100009&lng=es&nrm=iso>. Acesso em 10 nov 2014.
10. SANTOS, N. P. **Recurso semiotécnico para otimizar o desempenho de estudantes em consultas de puericultura: uma experiência piloto.** Rev. bras. educ. med.,Rio de Janeiro , v. 35, n. 1, Mar. 2011 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09Jan. 2015.
11. SIAB (Sistema de Informação à Atenção Básica). Disponível em:<http://www.datasus.gov.br/SIAB/index.php>. Acesso em: Maio 2014.