

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

**ÉRIKA MOREIRA CARVALHO**

**ORGANIZAÇÃO DE PROCESSO DE TRABALHO COM FOCO NA**  
**ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: PUERICULTURA**

Lagoa Santa - Minas Gerais

2014

ÉRIKA MOREIRA CARVALHO

**ORGANIZAÇÃO DE PROCESSO DE TRABALHO COM FOCO NA  
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: PUERICULTURA**

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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Virgínia Resende Silva Weffort

Lagoa Santa - Minas Gerais

2014

ÉRIKA MOREIRA CARVALHO

**ORGANIZAÇÃO DE PROCESSO DE TRABALHO COM FOCO NA  
ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA: PUERICULTURA**

Banca Examinadora

Prof.<sup>a</sup> Dra. Virgínia Resende Silva Weffort - Orientadora - Universidade Federal do  
Triângulo Mineiro – UFTM

Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Regina Maura Rezende – Examinadora - Universidade Federal do Triângulo  
Mineiro – UFTM

Aprovado em Belo Horizonte: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## RESUMO

A Puericultura é uma estratégia que visa a prevenção e promoção à saúde da criança garantindo crescimento e desenvolvimento pleno infantil. Suas responsabilidades abrangem o acompanhamento vacinal, estímulo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, orientação quanto à alimentação complementar até os dois anos de vida, prevenção de doenças gastrointestinais e respiratórias, orientação da mãe ou cuidador em relação à higiene e estímulo, dentre outros. Para alcançar este objetivo de promoção e recuperação da saúde da criança, foi elaborado na década de 80 no Brasil, o programa de “Assistência Integral à Saúde da Criança” que foi sendo incorporado às Equipes de Saúde da Família. A fim de englobar todo o aspecto biopsicossocial, deve-se realizar uma consulta educativa e humanizada, levando em conta o ambiente cultural e econômico no qual a criança está inserida. Este trabalho objetivou a organização do processo de trabalho no que tange à saúde da criança através da elaboração de um projeto de intervenção com foco em lactentes. Através da observação ativa, constatou-se que tal assistência estava sendo realizada de maneira precária na Unidade de Saúde Vila Maria. Para sanar tal fato foi proposto um projeto de intervenção que visa promover cadastro atualizado das crianças adscritas, reduzir os índices de abstenções e regularizar o número de consultas.

Palavras-chave: Saúde da criança, Puericultura e Planejamento em Saúde.

## **ABSTRACT**

The well-child care is a strategy aimed at prevention and child health promotion ensuring children's growth and full development. Its responsibilities covers monitoring the vaccine, encouraging exclusive breastfeeding until 6 months of life, guidance on complementary feeding up to two years of life, prevention of gastrointestinal and respiratory diseases, mother or caregiver guidance regarding hygiene and stimulus, among others. To achieve this goal of promotion and child health recovery was developed in the 80s in Brazil, the program "Comprehensive Health Care of the Child" that was being incorporated into the Family Health Teams. In order to cover all the biopsychosocial aspect, should be done an educational and humane appointment, taking into account the cultural and economic environment in which the child is inserted. This study aimed to the organization of the work process with regard to children's health through the development of an intervention project focusing on infants. Through participant observation, it was found that such assistance was being held precariously in the Villa Maria Health Unit. To solve this fact was proposed an intervention project to promote updated records the enrolled children, reduce abstentions rates and regulate the number of appointments.

Key words: Child health, Child care, Health planning.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

BVS - Biblioteca Virtual em Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

IDEB - Índice de Desenvolvimento da Educação Básica

LILACS - Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde

MS - Ministério da Saúde

PES - Planejamento Estratégico Situacional

PHPN - Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

SciELO - Scientific Electronic Library Online

USF - Unidade de Saúde da Família

## **LISTA DE TABELAS**

Tabela 1 - População Residente em Lagoa Santa, por faixa etária e sexo, 2010 .....11

Tabela 2 - Comparativo percentual da população segundo a situação do saneamento básico no município de Lagoa Santa, 2000-2010.....12

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Operações sobre o nó crítico “ausência de cadastramento e atualização das crianças adscritas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vila Maria, em Lagoa Santa, Minas Gerais .....	21
Quadro 2 - Operações sobre o nó crítico “não realização do número de consultas de puericultura preconizado pelo Ministério da Saúde” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vila Maria, em Lagoa Santa, Minas Gerais .....	22
Quadro 3 - Operações sobre o nó crítico “grande ausência às consultas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vila Maria, em Lagoa Santa, Minas Gerais.....	23

|



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO .....	10
1.2 HISTÓRICO E DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO.....	10
1.3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL.....	11
1.3.1 Aspectos Demográficos .....	11
1.3.2 Aspectos socioeconômicos.....	11
1.3.3 Saneamento Básico.....	12
1.3.4 Educação .....	12
1.4 IMPORTÂNCIA DA PUERICULTURA .....	13
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	14
<b>3 OBJETIVO</b> .....	15
3.1 GERAL.....	15
3.2 ESPECÍFICOS .....	15
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	16
<b>5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA</b> .....	17
<b>6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	20
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	24
<b>REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA</b> .....	25

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 IDENTIFICAÇÃO DO MUNICÍPIO

O município de Lagoa Santa situa-se a 35 Km de Belo Horizonte, fazendo parte da região metropolitana desta capital. Está a 19 Km do Aeroporto Internacional Tancredo Neves e a 12 Km de Vespasiano, sede da microrregião de saúde. Dentro do seu território encontram-se a reserva ecológica do Parque do Sumidouro, a Gruta da Lapinha e o Parque do Material Aeronáutico. O atual prefeito chama-se Fernando Pereira Gomes Neto e o Secretário Municipal da Saúde, Fabiano Moreira.

## 1.2 HISTÓRICO E DESCRIÇÃO DO MUNICÍPIO

A cidade está situada na bacia média do Rio das Velhas, sendo formada por planaltos com discretos relevos. A região é predominantemente calcária, se caracterizando pela presença de rochas sedimentares associadas a cursos d'água subterrâneos. Apresenta clima tropical com temperatura média anual de 22°C e possui 231 quilômetros quadrados de área, estando a 800 metros de altitude.

De acordo com informações apresentadas no site da Prefeitura Municipal de Lagoa Santa, em 1733, o primeiro morador da região, um tropeiro viajante chamado Felipe Rodrigues, acampou às margens da Lagoa Grande. Sabidamente, portador de lesões nos membros inferiores, após banhos diários na lagoa, percebeu alívio nas dores e cicatrização de suas feridas. A partir da notícia da cura, outras pessoas vieram para Lagoa Grande, dando início ao povoamento da região. Já em 1891, o até então lugarejo passou a distrito vinculado à cidade de Santa Luzia do Rio das Velhas. Seu nome mudou-se para Lagoa Santa por suas águas serem consideradas curativas. Em 1938, foi levado à categoria de município sede dos distritos de Lapinha e Confins sendo este elevado à categoria de município em 1995.

### 1.3 DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

#### 1.3.1 Aspectos Demográficos

Segundo censo realizado em 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a cidade possui 52.526 habitantes sendo a concentração habitacional de 217,7 habitantes / km<sup>2</sup>. Há cerca de 14.000 famílias e a média de habitantes por domicílio é de 3,4. A distribuição da população segundo faixa etária e sexo, segundo IBGE 2010, está demonstrada na tabela abaixo (Tabela 1)

Tabela 1: População Residente em Lagoa Santa, por faixa etária e sexo, 2010

Faixa Etária	Masculino	Feminino	Total
0 a 4	1660	1702	3362
5 a 9	1972	1949	3921
10 a 14	2412	2310	4722
15 a 19	2193	2119	4312
20 a 29	4549	4505	9054
30 a 39	4082	4486	8568
40 a 49	3781	3908	7689
Maior que 50	5086	4231	9317

**Fonte:** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

#### 1.3.2 Aspectos socioeconômicos

A atividade econômica do município baseia-se na agropecuária e na extração de carvão vegetal e lenha. No que tange à produção agrícola, percebe-se o predomínio de lavouras de cana-de-açúcar, mandioca e uva, enquanto na pecuária, bovinos e codornas tem maior importância.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, o PIB (Produto Interno Bruto) da cidade em 2010, foi de 847 milhões de reais, sendo que a renda per capita mensal está em torno de R\$ 600,00 para área urbana e R\$ 408,00 na área rural.

### 1.3.3 Saneamento Básico

A partir da análise dos dados relativos aos anos censitários de 2000 e 2010 apresentados na Tabela 2, observa-se melhora na qualidade do saneamento básico oferecido à população.

**Tabela 2 – Comparativo percentual da população segundo a situação do saneamento básico no município de Lagoa Santa, 2000-2010.**

<b>Proporção de Moradores por Tipo de Abastecimento de Água</b>		
<b>Abastecimento Água</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Rede geral	89,4	94,6
Poço ou nascente (na propriedade)	13,1	4,8
Outra forma	4,3	0,6
<b>Proporção de moradores por tipo de esgotamento sanitário</b>		
<b>Instalação Sanitária</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Rede geral de esgoto ou pluvial	16,0	29,2
Fossa séptica	9,0	20,8
Fossa rudimentar	72,3	45,1
Vala, rio, lago ou mar	0,8	4,0
Não tem instalação sanitária	1,9	0,9
<b>Proporção de moradores por tipo de destino de lixo</b>		
<b>Coleta de lixo</b>	<b>2000</b>	<b>2010</b>
Coletado	84,3	90,4
Queimado (na propriedade)	13,7	5,5
Enterrado (na propriedade)	0,3	1,1
Jogado	1,5	2,1
Outro destino	0,2	0,9

Fonte: IBGE/Censos Demográficos, 2010.

### 1.3.4 Educação

Baseado nos dados fornecidos pelo Censo de 2010 do IBGE, 88,53% da população de 52.526 pessoas é alfabetizada. Há 10.082 estudantes matriculados em 27 escolas de ensino fundamental e 7 de ensino médio.

Em relação ao IDEB (Índice de Desenvolvimento da Educação Básica), que foi criado em 2007 para avaliar a educação básica no Brasil, e sabendo que as notas variam de 0 a 10, Lagoa Santa atingiu 5,8 e 3,7 como valores correspondentes à 4ª e 8ª série respectivamente.

#### 1.4 IMPORTÂNCIA DA PUERICULTURA

Etimologicamente o termo Puericultura significa: Puer = criança, cultur = cuidado dispensado a alguém. Portanto, é uma prática voltada ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança em sua fase mais precoce, sendo esta uma oportunidade para promoção à saúde. Para Ciampo (1994), a Atenção à Saúde da Criança também tem como metas a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. A fim de alcançar tais objetivos deve-se compreender a criança em seu contexto cultural, social e familiar.

O número de consultas recomendado pelo Ministério da Saúde é de sete no primeiro ano de vida (primeira semana, 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês) além de duas no segundo ano (18º e 24º mês). Porém, este número não deve ser rígido, devendo-se realizar mais consultas de acordo com a vulnerabilidade, contexto familiar e necessidades individuais (BRASIL/MS, 2012).

Uma vez que a Puericultura visa o cuidado integral à saúde da criança, faz-se importante a criação de um vínculo no atendimento, ouvindo e valorizando as preocupações dos pais e responsáveis, tentando minorando as dúvidas que surgirem neste processo. Também se faz primordial o incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e complementado até os dois anos e a orientação acerca das imunizações e dos riscos inerentes a cada faixa etária.

## 2 JUSTIFICATIVA

Através da observação ativa, da coleta de registros existentes e de dados de fontes secundárias, percebemos que a Unidade de Vila Maria possui alguns problemas como: infraestrutura inadequada; perda de prontuários e não realização de atenção à saúde da criança de forma organizada.

Após discussão sobre tais problemas com a equipe, estabeleceu-se que o problema mais urgente se refere à saúde infantil. Tal fato pode ser justificado, pois de 2802 pessoas cadastradas, existem 307 crianças com até 10 anos e destas, menos de 37% realizaram puericultura ou consultas para acompanhamento infantil.

A explicação pode ser encontrada em fatores como: marcações irregulares das consultas tal qual preconizado pelo Ministério da Saúde (até 15 dias de vida, 1 mês, 2, 4, 6, 9, 12, 18 e 24 meses); não cadastramento das crianças até então, além do não esclarecimento para os responsáveis pela criança da importância de tal acompanhamento.

Grande parte das consultas agendadas e da demanda espontânea gerada pela população desta faixa etária poderia ser minorada se houvesse um programa de atenção à saúde da criança que abrangesse a prevenção e proteção específica, orientações antecipatórias aos riscos inerentes a cada idade, estímulo ao aleitamento materno e à vacinação, além de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Sabe-se, por exemplo, que há redução de 13% da incidência de otite média aguda após 3 meses de aleitamento exclusivo, prevenção de anemia ferropriva, além da melhora dos índices hematimétricos após 6 meses de idade.

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 GERAL**

Propor um projeto de intervenção visando melhoria na assistência à saúde da criança através da organização do processo de trabalho.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Obter cadastro atualizado das crianças de responsabilidade da USF Vila Maria através das Agentes Comunitárias da Saúde.
- Organizar a agenda dos profissionais da USF no que tange à puericultura.
- Adequar o número de consultas dos lactentes com periodicidade ao preconizado pelo Ministério da Saúde.

## 4 METODOLOGIA

Para este projeto foi usado o diagnóstico situacional, com foco em crianças com até dois anos de idade, incluindo reunião com a equipe da Unidade de Saúde da Família de Vila Maria, localizada na cidade de Lagoa Santa, Minas Gerais.

Neste trabalho será utilizado o Método Simplificado do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

Realizou-se levantamento bibliográfico com os seguintes descritores: saúde da criança, puericultura e organização do processo de trabalho. Para tal, tais termos foram consultados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e nas bases de dados da Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS) e da Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Os artigos científicos e textos foram lidos e analisados com vistas à fundamentação do plano de intervenção.

A fim de **se** obter êxito no Projeto, realizou-se um cronograma estipulando o prazo para cada etapa. O início **dever-se-á** com o cadastramento das crianças **adscritas** menores de dois anos de idade. Os agentes comunitários de saúde **deverão** realizar esta etapa, sob supervisão da enfermeira. Os médicos, enfermeira, bem como os ACS, serão responsáveis por divulgar a importância **do comparecimento** à consulta de puericultura. Visando garantir o número adequado de consultas por criança, os **próprios** profissionais **que realizarem a consulta agendarão** o retorno, com o intervalo correto.



## 5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A puericultura é a área da pediatria que visa prevenção e promoção da saúde da criança, garantindo crescimento e desenvolvimento pleno, de modo a minorar possíveis influências desfavoráveis adquiridas na infância, ao atingir a idade adulta (CIAMPO, 2006).

Segundo Bonilla *et al.* (2005), um dos marcos no que tange à saúde da criança ocorreu no século XVIII com a publicação de “Emilio ou da educação”, no qual Jean-Jacques Rousseau afirma que a criança nasce pura e a sociedade a deforma. Neste período, no Brasil, eram registrados guias de higiene infantil e estudos sobre mortalidade direcionada à criança. Já no século XIX, a reforma desencadeada por Louis Pasteur possibilitou a consolidação das vacinas e a descoberta dos agentes causadores da diarreia, culminando na diminuição da mortalidade por tal agravo.

Entre 1910 e 1930 a puericultura é incorporada às propostas de saúde pública, sendo observado na década de 1950 o predomínio da prática curativa baseada em subespecialidades. Tendo como influencia os Estados Unidos que traziam movimentos relacionados à medicina preventiva, a partir de 1960 foram agregadas novas estratégias à puericultura (BONILLA, 2005).

Embora nos últimos anos tenham surgidos inúmeros estudos controlados e revisões sistemáticas em torno da saúde da criança, fundamentando cientificamente as intervenções preventivas, percebe-se um momento de transição onde esta área deixa de ser vista sob ponto de vista estritamente médico-científico para valorizar a importância da relação com familiares, comunidade e abordagem multiprofissional (BLANK, 2003).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), houve queda da taxa de mortalidade infantil, sendo este um indicador de qualidade de vida de uma determinada população. Tal fato foi possível com advento de ações como o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), Rede Cegonha e Brasil Carinhoso, sendo este último focado ao desenvolvimento integral da criança com até 2 anos de idade.

O Ministério da Saúde dita que uma das atribuições da Unidade de Saúde da Família, porta de entrada do sistema de saúde, é a Atenção à Saúde da Criança. Nela, através de uma abordagem multidisciplinar, devem ser realizadas ações de prevenção e promoção à saúde, assim como assistência aos agravos, promovendo um atendimento integral (BRASIL, 2002).

Pode-se observar como características do processo de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família: implementação de atividades de atenção à saúde de acordo com necessidades da população; organização e planejamento da agenda de trabalho de todos os profissionais, sendo que uma das responsabilidades do enfermeiro e do médico é a realização da atenção à saúde em todas as fases do desenvolvimento (BRASIL, 2011).

Em relação as medidas preconizadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) tem-se: primeira consulta na primeira semana de vida, abordando aleitamento materno, imunizações, orientações gerais sobre cuidado com recém-nascido, verificação da realização da triagem neonatal além de avaliar situações de vulnerabilidade à saúde do recém-nascido e consultas subsequentes no 1º, 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º meses de vida. Esta frequência é importante também para criação de um vínculo estre o profissional, a criança e o responsável. Também é fundamental a análise da situação sociocultural na qual a criança está inserida.

Durante as consultas, se faz necessário observar alguns aspectos referentes ao crescimento e desenvolvimento infantil. O crescimento, expresso pelo aumento do tamanho corporal, é um processo dinâmico e contínuo, constituindo um dos indicadores de saúde da criança. É resultado entre a carga genética e fatores do meio ambiente como alimentação, higiene e cuidados gerais com a criança. Segundo ROMANI *et al.* (2004), o retardo estatural representa a característica antropométrica mais representativa no que refere à desnutrição no Brasil. Para detectar o desvio nutricional, utilizam-se curvas da Organização Mundial de Saúde.

Em relação ao desenvolvimento infantil, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) define como uma transformação complexa que envolve além do crescimento, a aprendizagem, maturação e aspectos psíquicos e sociais. Segundo pesquisa realizada por Figueira *et al.*(2013), médicos e enfermeiros da atenção primária de saúde apresentam deficiências em relação ao desenvolvimento infantil, sendo a vigilância deste realizada de forma não satisfatória.

No que tange ao processo de trabalho em uma Unidade de Atenção Básica à Saúde é necessário romper o modelo hegemônico centrado no médico, sendo imprescindível enfrentar os desafios em todas suas dimensões (ABRAHAO, 2007).

É de suma importância reconhecer que o processo de trabalho possui como componentes: os objetivos do trabalho, que são projeções de resultados que objetivam

satisfazer necessidades e expectativas, sendo este o regente de todo o processo de trabalho; os meios disponíveis, abrangendo estrutura física, social e conhecimento envolvido; o objeto da ação sobre o qual se exerce a ação transformadora; e os sujeitos que atuam, que executam a ação e estabelecem o objetivo (FARIA, 2009).

|

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Através do diagnóstico situacional da Unidade de Saúde, definiu-se o nó crítico bem como as estratégias para resolvê-lo por meio de um plano de intervenção que seguiu o método do Planejamento Estratégico Situacional (PES).

A Unidade de Saúde da Família trabalha com uma população adscrita, sendo a territorialização uma das principais ações a serem realizadas quando se define uma nova unidade. Outro fator primordial é o estabelecimento do diagnóstico situacional que, segundo Ribeiro *et al* (2008), representa um meio de analisar as relações entre os setores e as atividades de prestação de serviços, constituindo a fase inicial do planejamento.

Conforme Ciampo *et al* (2006), um programa de puericultura eficiente projeta um adulto pleno de potencialidades, devendo o profissional que o realiza atentar também para fatores epidemiológicos e sociais. As metas principais da Atenção Básica à Saúde da Criança são a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, devendo haver integração entre as classes profissionais que compõem a equipe.

Segundo o IBGE, de acordo com projeções para cidade de Lagoa Santa no ano de 2012, dos 57589 habitantes, 3503 são menores de 5 anos. De acordo com o DATASUS (2014), neste mesmo município, entre 2006 a 2009, observou-se redução na porcentagem de crianças com esquema vacinal básico.

O diagnóstico situacional da Unidade de Saúde em questão foi realizado a partir da observação ativa e da coleta de dados secundários, observando como nós críticos: ausência de cadastramento e atualização das crianças adscritas; não realização do número de consultas conforme preconizado pelo Ministério da Saúde que são 7 no primeiro ano de vida e 2 no segundo ano; além do grande número de falta às consultas. As ações relativas a cada nó crítico serão detalhadas nos Quadros 1 a 3.

**Quadro 1 – Operações sobre o nó crítico “ausência de cadastramento e atualização das crianças adscritas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vila Maria, em Lagoa Santa, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 1</b>	Ausência de cadastramento e atualização das crianças adscritas
<b>Operação</b>	Cadastrar e atualizar a população adscrita menor de 2 anos de idade
<b>Projeto</b>	<b>Cadastramento infantil</b>
<b>Resultados esperados</b>	Obter cadastro de todas as crianças menores de 2 anos no território adscrito com constante atualização
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	<b>Agentes comunitários</b>
<b>Recursos necessários</b>	Social: Interesse de Captação
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Enfermeira Motivação: favorável
<b>Responsáveis:</b>	Todas as agentes comunitárias, de acordo com áreas subdivididas
<b>Cronograma / Prazo</b>	Cadastramento dos atuais moradores deverá ser finalizado em 30 dias, havendo posteriormente atualização semanal.
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Avaliação periódica junto à população Verificação do caderno de visita do Agente Comunitário

**Fonte: Autoria própria, 2015.**

**Quadro 2 – Operações sobre o nó crítico “não realização do número de consultas de puericultura preconizado pelo Ministério da Saúde” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vila Maria, em Lagoa Santa, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 1</b>	Marcação inadequada do número de consultas de puericultura
<b>Operação</b>	Adequar o número de consultas de puericultura de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde
<b>Projeto</b>	<b>Consultas de puericultura</b>
<b>Resultados esperados</b>	Realização de 9 consultas de puericultura até os 2 anos de idade de acordo com intervalos preconizados
<b>Atores sociais/ responsabilidades</b>	<b>Enfermeiro e médico responsáveis pela puericultura</b>
<b>Recursos necessários</b>	Estrutural: 1 sala para realização da consulta pelo médico, 1 sala para realização de consulta pelo enfermeiro Financeiro: Material para medida antropométrica (balança, balança pediátrica de mesa, fita métrica) Organizacional: Disponibilizar na agenda programada um dia para realização da puericultura
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Enfermeira e médica Motivação: favorável
<b>Responsáveis:</b>	Enfermeiro e médico que realizam as consultas
<b>Cronograma / Prazo</b>	Início imediato
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Verificar assiduidade da criança na ficha de acompanhamento das ações da puericultura.

**Fonte: Autoria própria, 2015.**

**Quadro 3 – Operações sobre o nó crítico “grande ausência às consultas” na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Vila Maria, em Lagoa Santa, Minas Gerais**

<b>Nó crítico 1</b>	Ausência às consultas de puericultura
<b>Operação</b>	Informar a importância das consultas de puericultura
<b>Projeto</b>	<b>Compareça</b>
<b>Resultados esperados</b>	Reduzir a taxa de absenteísmo às consultas
<b>Recursos necessários</b>	Cognitivo: Capacitar equipe a fim de promover mobilização social acerca da importância da puericultura Financeiro: Cartaz enfatizando a importância da puericultura
<b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b>	Ator que controla: Médico responsável pela puericultura Motivação: Favorável
<b>Responsáveis:</b>	Agente comunitário, enfermagem e médico
<b>Cronograma / Prazo</b>	Dois semanas de capacitação e um mês para conclusão do cartaz
<b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>	Verificar com os pais que procuram a Unidade se foram orientados pelo Agente comunitário a procurar o serviço

**Fonte: Autoria própria, 2015.**

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Diante do exposto, percebe-se a importância da puericultura, uma vez que esta engloba ações de promoção da saúde, exemplificada pela avaliação da higiene e alimentação, incentivo à vacinação; prevenção de agravos e doenças, além do tratamento precoce. Através de uma ação integral visa obter crescimento e desenvolvimento adequados na infância a fim de garantir uma vida adulta sem prejuízo de potencialidades.

Segundo Assis (2011), não se deve restringir a puericultura à uma visão higienista e estreita ao encará-la apenas como um controle da criança saudável. Deve ser vista como um momento de reflexão e discussão dos fatores e determinantes do adoecer, da importância do cuidado familiar e da participação efetiva da comunidade no controle social da saúde pública.

Com este projeto de intervenção, é esperado que através da organização do processo de trabalho em relação à puericultura, seja garantida uma consulta integral e resolutiva, baseada em consultas sistematizadas porém não inflexíveis.



## REFERÊNCIA BIBLIOGRAFICA

- 1- ABRAHAO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. Informe-se em promoção da saúde, v.03, n.01, p.01-03, jan-jun, 2007.
- 2- ASSIS, W. D. Processos de trabalho da enfermeira que atua em puericultura nas unidades de saúde da família. Rev Bras. Enferm. v.64, n.01. Brasília, 2011.
- 3- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 33).
- 4- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1– Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- 5- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Disposições gerais sobre a atenção básica. Diário Oficial da União; Poder Executivo. Brasília, DF. Seção 1, p.48-55, 24 out 2011
- 6- BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. Jornal de Pediatria, v. 79, São Paulo, p. 13-22, maio/jun., 2003.
- 7- BONILLA, L. R. C. M.; RIVOREDO, C. R, S, F. Puericultura: duas concepções distintas. Jornal de Pediatria, v. 81, Rio de Janeiro, jan/fev. 2005. Disponível: < [www.scielo.br/pdf/jped/v81n1/v81n1a04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/jped/v81n1/v81n1a04.pdf)> Acesso em 01/01/2015
- 8- CIAMPO, L. A. D. et al. O Programa Saúde da Família e a Puericultura. Ciência & Saúde Coletiva, v. 11, n. 3, p. 739-743, 2006.
- 9- CIAMPO, L. A. D., ROSA, F., RICCO, R. G. Puericultura: uma prioridade a ser resgatada. Pediatria (São Paulo). v. 16, n. 4, p. 158-160. 1994.

- 10-FARIA, H. P. *et al.* O Processo de Trabalho em atenção básica à saúde. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2009.
- 11-FIGUEIRA, A. C. M. et al. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 19, n.6, p.1691-99, 2013
- 12-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. Informações sobre os municípios brasileiros. 2010. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313760&search=||infor%EFicos:-informa%EF5es-completas>>. Acesso em 25 jul 2014.
- 13-ROMANI, S.M.; LIRA, P.C. Fatores determinantes do crescimento infantil. Rev. Bras Saúde Matern. Infant., v.4, n1, p5-23, 2004.

## APÊNDICE – Roteiro para 1ª consulta de Puericultura

### 1. IDENTIFICAÇÃO:

Nome da mãe/responsável: \_\_\_\_\_

Telefone de contato: \_\_\_\_\_

### 2. ANTECEDENTES PRÉ E NEONATAIS:

Nº de filhos ( ) Vivos ( ) Óbitos ( ) Abortos  
 Realizou Pré-natal? ( ) Sim ( ) Não Nº de consultas: \_\_\_\_\_  
 Tabagista? ( ) Sim ( ) Não Carga tabágica: \_\_\_\_\_  
 Bebida alcoólica? ( ) Sim ( ) Não  
 Faz uso drogas ilícitas? ( ) Sim ( ) Não  
 Doenças na gestação? ( ) HAS ( ) DM ( ) ITU ( ) Cardiopatia ( ) Outras  
 Sorologias ( ) VDRL ( ) HIV Outras sorologias: \_\_\_\_\_

### 3. CONDIÇÕES DO RECÉM-NASCIDO - do nascimento à alta:

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ Estatura: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ Apgar: \_\_\_/\_\_\_ IG: \_\_\_\_\_

Tipo de parto: \_\_\_\_\_ Tipo sang mãe: \_\_\_\_\_ RN: \_\_\_\_\_

BCG ( ) Sim ( ) Não

Hepatite B ( ) Sim ( ) Não

Aleitamento Materno Exclusivo ( ) Sim ( ) Não

### 4. HISTÓRIA ATUAL

Padrões de sono e choro: \_\_\_\_\_

Padrão da Amamentação normal: de 8 a 12 mamadas/dia (livre demanda);

Nº de mamadas/dia \_\_\_\_\_

Tipo de Aleitamento: AME (aleitamento materno exclusivo- so/e leite materno), AMP(aleitamento maternopredominante- leite te materno, água e/ou chá), Aleitamento misto (leite materno junt o com outros leites) ,AA – (aleitamento o artificial- leites modificados, fórmulas) \_\_\_\_\_

Pega/Posição adequada ao Aleitamento: ( ) Sim ( ) Não. Fator inadequado: \_\_\_\_\_

Intercorrências Mamárias: ( ) Sim ( ) Não. Qual? \_\_\_\_\_

Padrão Eliminações: \_\_\_\_\_

### 5. EXAME FÍSICO:

Peso: \_\_\_\_\_ Est: \_\_\_\_\_ PC: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_

Crânio: \_\_\_\_\_ Fontanelas: \_\_\_\_\_

Mucosa ocular: Corada: ( ) Sim ( ) Não

Icterícia: ( ) Sim ( ) Não

Secreção conjuntiva: ( ) Sim ( ) Não

Oroscopia: \_\_\_\_\_

Otoscopia: \_\_\_\_\_

Pele: coloração \_\_\_\_\_ presença de lesões ( ) sim não ( ) \_\_\_\_\_

Linfonodos \_\_\_\_\_

Aparelho Cardiovascular: \_\_\_\_\_

Abdômen: \_\_\_\_\_

Coto umbilical: secreção ( ) sim ( ) não ,

Genitália externa: \_\_\_\_\_

Reflexos: Procura ( ) Presente ( ) Ausente

Marcha ( ) Presente ( ) Ausente

Cutâneo plantar ( ) Presente ( ) Ausente

Preensão ( ) Presente ( ) Ausente

Sucção ( ) Presente ( ) Ausente

Moro ( ) Presente ( ) Ausente

Curva de crescimento: ( ) Ascendente ( ) Horizontal ( ) Descendente

Desenvolvimento: ( ) Adequado para idade ( ) Inadequado

Higiene \_\_\_\_\_