



RITA CANDIDA SCAGLIUSI DE MORAIS

**ESTUDO DE CASO CLINICO: DESNUTRIÇÃO INFANTIL EM CRIANÇAS
ATENDIDAS PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CIDADE ALTA I E II, NO
MUNICÍPIO DE MOJUÍ DOS CAMPOS, PA**

MOJUÍ DOS CAMPOS, PA

2017



RITA CANDIDA SCAGLIUSI DE MORAIS

**ESTUDO DE CASO CLINICO: DESNUTRIÇÃO INFANTIL EM CRIANÇAS
ATENDIDAS PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CIDADE ALTA I E II, NO
MUNICÍPIO DE MOJÚÍ DOS CAMPOS, PA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família apresentado à Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA como requisito indispensável para a conclusão do curso.

Orientador: KAMILA SILVA

MOJÚÍ DOS CAMPOS, PA

2017

RESUMO

Retornei ao Brasil no ano de 2014, fiz a prova do Revalida, para validar meu diploma em solo brasileiro e assim pude atuar na área da saúde, onde meu primeiro trabalho foi na Unidade Básica de Saúde Cidade Alta I e II, localizada no endereço Rua Antonio Walfredo, s/n, Bairro Cidade Alta, Mojuí dos Campos, Pará. Nesta UBS são atendidas 291 crianças entre 0 a 11 anos, onde 90% dessas estão apresentando percentil 2, ou seja, abaixo de 3, que é o valor normal. Sendo assim, necessitam de cuidados e estratégias para que saiam dessa classificação de baixo peso para peso normal. Para enriquecer mais a minha implementação sobre esse tema, fiz o levantamento de diversos casos clínicos na UBS de crianças com desnutrição, onde escolhi um que me chamou a atenção para realizar esse estudo de caso clínico, o qual será detalhado a partir de agora. O trabalho de prevenção de doenças realizado pela UBS Cidade Alta é realizado pela equipe multidisciplinar, com foco no puerpério, mediante levantamento das necessidades da comunidade e realizado através da educação em saúde. Tendo em vista toda essa evolução no atendimento a população na UBS, um importante procedimento a ser realizado é a visita domiciliar, pois através desta, acontece uma abordagem integral a família e ao usuário de forma individual. Todas as atividades realizadas nesse curso foram importantes para meu crescimento profissional, pois colaboraram para uma boa relação médico-pessoa, favorecendo abordagem integral, subsidiando a elaboração compartilhada de um plano de cuidados ao paciente.

Descritores: Atenção Primária, Desnutrição Proteica, Estudos de caso, Saúde da criança.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	5
2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO	8
3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO	15
4. VISITA DOMICILIAR/ ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO	19
REFLEXÃO CONCLUSIVA	24
REFERENCIAS	26
ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO	27

1. INTRODUÇÃO

Em meados de 2007, eu e minha família resolvemos o que seria a melhor profissão pra mim. Eu estava querendo cursar medicina e vi na Escuela Latinoamericana de Medicina um novo começo para um futuro melhor. Minha família me ajudou a custear as despesas e em 2008 eu ingressei na ELAM.

A ELAM é uma escola de medicina muito famosa no mundo todo e está localizada em Havana, Cuba. Ela foi criada pelo presidente cubano, Fidel Castro Ruz, para formar livres como jovens médicos nesses países. Principalmente estudantes vêm de famílias pobres, de baixa renda e locais remotos, representando mais de 100 grupos étnicos.

Retornei ao Brasil no ano de 2014, fiz a prova do Revalida, para validar meu diploma em solo brasileiro e assim pude atuar na área da saúde, onde meu primeiro trabalho foi na Unidade Básica de Saúde Cidade Alta I e II, localizada no endereço Rua Antonio Walfredo, s/n, Bairro Cidade Alta, Mojuí dos Campos, Pará.

Cidade Alta é um bairro bem próximo do município de Mojui dos Campos e neste bairro temos somente essa unidade de saúde, que temos pouco mais de 2 mil habitantes por ser um bairro não muito extenso. É um bairro bem localizado perto do centro do município, porém em sua maioria a população vive em situação de pobreza, porém não pobreza extrema.

Na região temos duas unidades de saúde, duas escolas no centro do município, vários comércios, igrejas, conselho tutelar e o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), a casa da mulher que nos apoia, localizada em Santarém, duas praças para a população poder passar um momento de descontração, porém local para recreação pública não existe, somente os igarapés que a população diariamente frequenta.

As vias são em sua maioria todas pavimentadas pelo primeiro e atual prefeito, pois não havia nenhuma rua asfaltada quando era antigo bairro do município de Santarém. Infelizmente o município não possui um bom saneamento pelos esgotos, tendo esses esgotos muitas vezes a céu aberto, existe muita água em vias paradas a tempos, sendo de frente as residências ou não, isso podendo ser possíveis vertedouros para mosquitos. Em algumas áreas mais afastada não possui asfalto, porém as

vias estão em ótimas condições, podendo ter passagem de veículos e pedestres sem problemas. Possuir água potável para o consumo é outro problema, pois a população faz o consumo de uma água não tratada, que pode causar diversas doenças parasitárias etc. A coleta de lixo na cidade é feita diariamente, até duas vezes ao dia na parte central da cidade, e nos lugares mais afastados somente 1 vez ao dia, dependendo da localidade, duas vezes por semana.

Aqui nessa região se trabalha muito na roça, na colheita e plantação de frutas e hortaliças, e o diagnóstico da demanda acaba sendo em geral o problema de saúde como dores osteomioarticulares por trabalhos braçais em fazendas etc, e problemas relacionados ao saneamento da cidade e desnutrição infantil.

Visando combater os principais problemas de saúde dessa região, atender e tratar essas doenças prevalentes que se originou a ideia de fazer um projeto de intervenção voltado para a execução de orientações sobre a nutrição adequada infantil e a prevenção da anemia ferropriva em crianças atendidas pela UBS. Este projeto será anexado a este trabalho.

Nesta UBS são atendidas 291 crianças entre 0 a 11 anos, onde 90% dessas estão apresentando percentil 2, ou seja, abaixo de 3, que é o valor normal. Sendo assim, necessitam de cuidados e estratégias para que saiam dessa classificação de baixo peso para peso normal.

A desnutrição infantil é um problema de saúde pública que afeta cerca de 165 milhões de crianças em todo o mundo, levando à morte todos os anos mais de 5 milhões de crianças, a maioria nos países em desenvolvimento, onde uma em cada seis crianças com menos de dois anos recebe alimentos em quantidade e diversidade necessária (TVSUL, 2016; UNICEF, 2016).

O estado nutricional de uma criança é um importante indicador de saúde que aponta progresso em seu desenvolvimento e lhe fornece melhor qualidade de vida. Dessa forma, através da atuação médica na Unidade de Saúde da Família Cidade Alta I e II, é perceptível que 90% das crianças estão abaixo da linha de percentil, classificadas como baixo peso (percentil 2) e que há grande incidência de anemia ferropriva em crianças menores de dois anos atendidas pela UBS, no município de Mojuí dos Campos, especialmente em regiões em que a situação socioeconômica é menos favorável. A deficiência de

informações dos pais ou responsáveis sobre a nutrição adequada das crianças e as baixas condições socioeconômicas são fatores que influenciam na desnutrição infantil e na ocorrência da anemia ferropriva no município de Mojuí dos Campos.

Assim, a solução para superar a desnutrição é dar especial atenção ao período da gravidez e nos primeiros dois anos de vida de uma criança, através da promoção em saúde com a estratégia de educação em saúde, abordada por toda a equipe multidisciplinar.

O objetivo desse projeto de intervenção é reduzir os índices de desnutrição infantil e anemia ferropriva na população atendida pela UBS através da educação em saúde, realizada através da capacitação da equipe; visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde; planejamento das ações educativas; realização das atividades grupais e avaliação dos objetivos alcançados.

Portanto, a partir desta vivência profissional e, considerando-se os efeitos danosos da anemia ferropriva e da desnutrição infantil sobre o crescimento e desenvolvimento e os benefícios advindos de sua prevenção e tratamento oportunos, surgiu a inquietação sobre a temática afim de trabalhar com a prevenção e orientação sobre a nutrição infantil junto aos responsáveis pelos cuidados com as crianças assistidas nas puericulturas.

2. ESTUDO DE CASO CLÍNICO

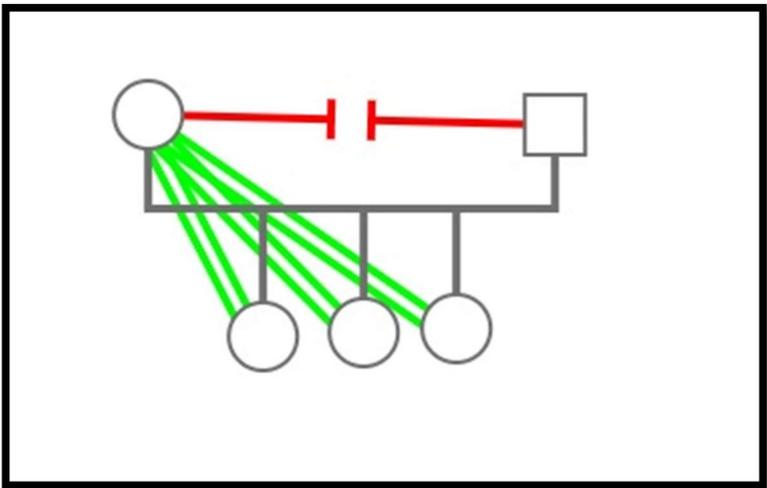
Durante o curso de Saúde da Família, do Mais Médicos, aprendemos e realizamos diversos módulos que contribuíram para enriquecer nosso conhecimento enquanto médicos. O meu trabalho na Unidade de Saúde da Cidade Alta, no município de Mojui dos Campos, PA, é muito enriquecedor de conhecimentos, me deparo com muitas situações em que me vejo empregando os conhecimentos adquiridos ao longo desse curso.

Assim, por intermédio do trabalho na UBS, tive o conhecimento em muitas doenças prevalentes dessa região, na qual a prevalência de anemia e desnutrição infantil me chamou muito a atenção, pois são crianças que necessitam receber a alimentação adequada para poder ter um desenvolvimento físico e cognitivo completos. Nesta UBS são atendidas 291 crianças entre 0 a 11 anos, onde 90% dessas estão apresentando percentil 2, ou seja, abaixo de 3, que é o valor normal. Sendo assim, necessitam de cuidados e estratégias para que saiam dessa classificação de baixo peso para peso normal.

Para enriquecer mais a minha implementação sobre esse tema, fiz o levantamento de diversos casos clínicos na UBS de crianças com desnutrição, onde escolhi um que me chamou a atenção para realizar esse estudo de caso clínico, o qual será detalhado a partir de agora. A paciente A.M.S, de 1 ano e 6 meses, possui mãe e pai, mora junto com os mesmos e mais 02 irmãos. Sua mãe apresenta situação de conflito com o pai, pois ela não consegue trabalhar já que cuida de 03 filhos, enquanto o pai sustenta a casa sozinho. Além disso, há relatos de abuso de álcool pelo pai. A mãe relatou também que as condições de vida são precárias, muitas vezes falta alimento dentro de casa.

Segue o genograma:

Figura 1 - Genograma



Elaborado pelo autor

Assim, mediante os problemas detectados, em atendimento na unidade, foi possível realizar o SOAP da família para propor um plano de atendimento adequado com as condições de saúde:

Assim, foi levantado o caso clínico da paciente, referido através do SOAP abaixo:

SOAP	A.M.S
(S) Subjetivo	<p>Refere boa sucção ao seio materno e aleitamento em livre demanda, complementado com mingau a base de leite ninho e maisena. Nega outros alimentos.</p> <p>Relata que criança apresenta diarreia com frequência;</p> <p>Nega febre, dispnéia, cianose central, sudorese em pólo cefálico durante amamentação.</p> <p>Diurese clara e abundante</p> <p>Sem outras queixas</p>

O) Objetivo	<p>SINTOMAS: Peso abaixo da idade; Diarreia;</p> <p>HISTÓRICO:</p> <p>Nascida de parto normal, 35 semanas, peso: 3130g (anotado no cartão) comprimento: 50 cm DNPM: quando chamada, responde a sons, preferência pela face humana, sustenta temporariamente a cabeça quando em decúbito ventral. História obstétrica da mãe: G4PN4A0 (G1:7 anos, G2:5 anos G3: 3anos)</p>
	<p>Realizou 3 consultas de pré-natal. Nega intercorrências no pré-natal, uso de medicações, tabagismo, etilismo ou uso de drogas durante a gestação.</p> <p>Antecedentes patológicos</p> <p>-Nega doenças ou internações prévias -Ao nascer, ficou internada por 2 dias. Não há relato de permanência em UTI neonatal no cartão. -Vacinações: não tomou a tetravalente nem a vacina antipneumocócica 10 -Hábitos de Vida: -Reside em casa de alvenaria, 3 comodos, esgoto e água encanada. Sem asfalto.</p> <p>EXAMES: -Exame físico:</p> <p>Peso: 2960g comprimento:55cm PC: 38cm BEG, fáceis senil, extremamente emagrecida, hipoativa, hipocorada (+/4+), acianótica, anictérica, eupneica. FR:43 irpm FA ~2x 2cm FP 1x0,5cm normotensas Olhos encovados, TCSC reduzido AP respiratório: MV sem RA ACV: RCR 2t BNF sem sopros Abdome: plano, RHA+ sem VMG Extremidades bem perfundidas e sem edemas</p> <p>Exames complementares: Hemograma Completo normal; Urina sem alterações.</p>

(A) Avaliação	<p>CONSTATADO:</p> <p>- Desnutrição infantil.</p>
(P) Plano	<p>AÇÕES DE INTERVENÇÃO</p> <p>-Realizar Anamnese; Realizar exame físico; Solicitar exames complementares; 1ª fase: estabilização Tratar os problemas que ocasionem risco de morte Corrigir as deficiências nutricionais específicas Reverter anormalidades metabólicas Iniciar a alimentação</p>
	<p>2ª fase: reabilitação Dar alimentação intensiva visando recuperar grande parte do peso perdido Estimulação emocional e física Orientar a mãe ou pessoa que cuida da criança 3ª fase: acompanhamento Acompanhamento ambulatorial e domiciliar para prevenir recaída</p>

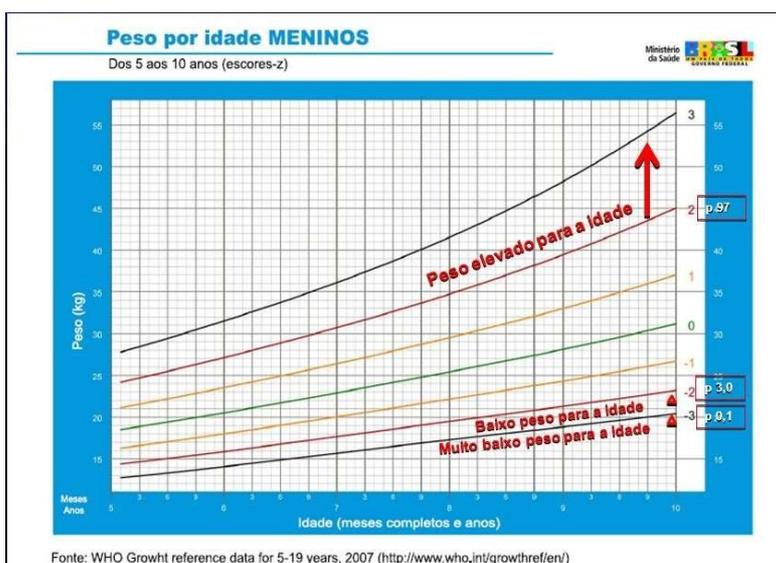
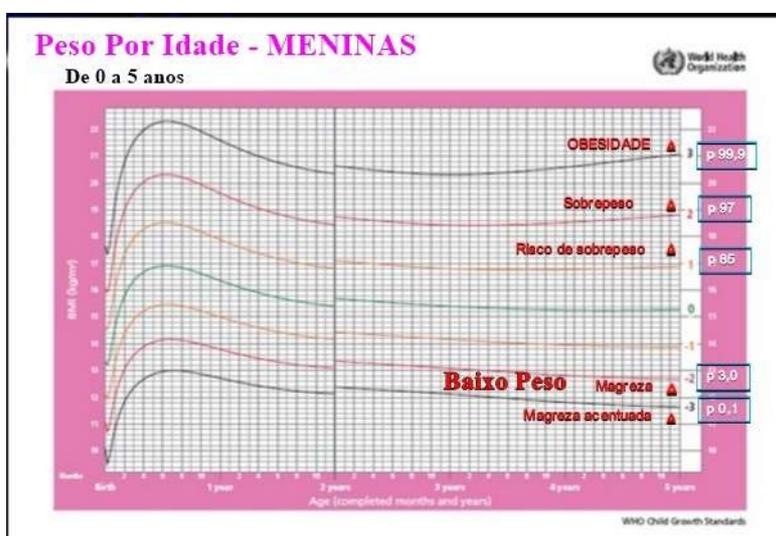
Depois da realização do SOAP e do diagnóstico, é preciso traçar um projeto terapêutico singular, para envolver toda a equipe no atendimento e para elaborar a melhor forma de atender esse caso de desnutrição infantil.

Lista de Problemas	Metas	Divisão de tarefas	Avaliação
Desnutrição	<p>Orientar a mãe a respeito de uma alimentação adequada através da amamentação exclusiva;</p> <p>Encaminhar para nutricionista para avaliação geral da criança e da</p>	<p>Agentes comunitários de saúde: acolhimento com visitas domiciliares;</p> <p>Enfermeiro: acolhimento e educação em saúde;</p> <p>Médico: consultar</p>	<p>Reuniões: ocorrerão reuniões periódicas para avaliação das metas planejadas.</p>

	mãe.	e fornece orientações sobre a conduta, com encaminhamentos para especialidades se necessário e realizará	
		intervenção medicamentosa.	
Diarréia	Orientar quanto a hábitos alimentares saudáveis; Solicitar exame de fezes; Realizar intervenção medicamentosa.	Agentes comunitários de saúde: acolhimento com visitas domiciliares; Enfermeiro: acolhimento e educação em saúde; Médico: consultar e fornece orientações sobre a conduta, com encaminhamentos para especialidades se necessário e realizará intervenção	Reuniões: ocorrerão reuniões periódicas para avaliação das metas planejadas.

medicamentosa.

A saúde da criança é avaliada através do estado nutricional, o qual é avaliado através do percentil da criança, onde coleta-se a altura e o peso, acha-se o IMC (índice de massa corporal) através da fórmula “Peso / Altura²” (peso dividido pela altura ao quadrado). Quando se tem o IMC, utiliza-se o gráfico de percentil padronizado pela Organização Mundial da Saúde, OMS (2007), conforme as figuras abaixo:



Fonte: OMS (2007)

Nota-se conforme as figuras acima, o percentil é classificado de acordo com o Ministério da Saúde (2013) em:

- Menor que 3: baixo peso para a idade;
- Igual ou superior a 3 e menor que 85: imc adequado;
- Igual ou superior a 85 e menor que 97: sobrepeso;
- Igual ou superior a 97: obesidade

O estado nutricional de uma criança é um importante indicador de saúde que aponta progresso em seu desenvolvimento e lhe fornece melhor qualidade de vida, onde monitorar o crescimento e ganho ponderal permite avaliar se a criança está desenvolvendo plenamente seu potencial (FROTA et al, 2007).

Observa-se que a nutrição adequada de uma criança influencia diretamente no seu desenvolvimento, cujo o objetivo é fornecer os nutrientes necessários para atuar em seu crescimento.

3. PROMOÇÃO DA SAÚDE, EDUCAÇÃO EM SAÚDE E NÍVEIS DE PREVENÇÃO

O trabalho de prevenção de doenças realizado pela UBS Cidade Alta é realizado pela equipe multidisciplinar, com foco no puerpério, mediante levantamento das necessidades da comunidade e realizado através da educação em saúde.

O curso através dos casos clínicos, contribuiu grandemente para o desenvolvimento das minhas práticas enquanto médica de saúde da família, na elaboração de projetos que visem a promoção da saúde. Assim, pude elaborar o projeto de intervenção com essa temática.

Houve uma melhoria no atendimento mediante essas práticas e através do projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município de Mojuí dos Campos, PA, muitas crianças puderam ser atendidas. A educação em saúde consiste na execução das orientações sobre a nutrição adequada infantil e a prevenção da desnutrição em crianças atendidas pela UBS.

A UBS Cidade Alta I e II, localizada no endereço Rua Antonio Walfredo, s/n, Bairro Cidade Alta, Mojuí dos Campos, Pará. Nesta UBS são atendidas 291 crianças entre 0 a 11 anos, onde 90% dessas estão apresentando percentil 2, ou seja, abaixo de 3, que é o valor normal. Sendo assim, necessitam de cuidados e estratégias para que saiam dessa classificação de baixo peso para peso normal.

A população alvo dessa educação em saúde são os pais e/ou responsáveis de crianças em situação de baixo peso, desnutrição e anemia cadastradas na Unidade, com o intuito de que compareçam à Unidade 50% dos responsáveis convidados, os quais foram convidadas formalmente e previamente a estarem participando de um grupo de conversa. As ações são realizadas para a prevenção e promoção são elaboradas por toda a equipe, pois visa atingir os objetivos propostos, realizando os seguintes procedimentos:

Nó crítico da intervenção: Desnutrição Infantil.

1. Primeiro momento: Capacitação sobre prevenção da desnutrição infantil para toda a equipe de saúde da família da Unidade que acontecerá no período de duas semanas;
2. Segundo momento: Visita domiciliar com agentes comunitários de saúde para convidar os pais e/ou responsáveis a participarem da reunião sobre prevenção da desnutrição infantil, no período de duas semanas;
3. Terceiro momento: Planejamento da ação educativa sobre prevenção da desnutrição infantil através de um grupo de conversa com pais e/ou responsáveis, para mostrar os benefícios de uma nutrição adequada para a criança. Esta intervenção acontecerá no período de um mês;
4. Quarto momento: Iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas por meio de Círculos de Cultura;
5. Quinto momento: Avaliar as atividades realizadas através dos objetivos alcançados.

De acordo com o Ministério da Saúde, as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. O objetivo das linhas de cuidado da criança é reduzir a mortalidade materna e neonatal e dar continuidade ao desenvolvimento e crescimento infantil (BRASIL, 2010).

Figura 1 – Ações de atenção a saúde da criança.



Fonte: Ministério da Saúde (2010).

De acordo com Pinto et al, (2009), a assistência à criança depende muito da motivação do enfermeiro e da equipe multiprofissional, pois estes irão conviver com a família para sensibilizá-la ao cuidado com a criança, passando confiança e respeito durante este processo.

O enfermeiro deve estar atendo a criança em todos os seus aspectos, monitorando seu crescimento e desenvolvimento através da vigilância de seu crescimento, da situação de desidratação, implementando ações sanitárias preventivas e educativas. A função do enfermeiro consiste em prevenção, assistência e controle de patologias específicas e educação para a saúde em parceria com a equipe multiprofissional e a própria criança, pois esta tem um papel ativo no seu cuidado (REIS et al, 2009).

Quando uma criança é atendida na UBS, o profissional de saúde deve ser capaz de identificar sua deficiência nutricional e os fatores que a determinaram, como má alimentação, falta de recursos para a compra de alimentos por parte dos pais, falta de informação sobre qual alimento é importante, enfim, uma série de fatores que quando descobertos proporcionam um tratamento rápido e adequado (FROTA, et al, 2007).

Assim, para combater a desnutrição infantil, a UBS Cidade Alta realiza essa forma de prevenção e promoção da saúde, através da educação em saúde e de práticas alternativas, sendo um desafio dos profissionais que atendem essas crianças na UBS, oferecendo orientações através da promoção em saúde, realizando ações de educação em saúde para a família.

4. VISITA DOMICILIAR/ ATENDIMENTO EM DOMICÍLIO

Na elaboração deste portfólio, foi possível perceber que o médico da família deve conhecer a área adscrita no território para estabelecer junto a equipe as demandas e planejamento dos atendimentos, como visto na introdução.

Portanto, o médico atende a vários casos complexos, planejando o atendimento, como também deve saber trabalhar com a prevenção em seus níveis primário, secundário e terciário, e com a promoção da saúde através da educação em saúde, como foi realizado no Projeto de Intervenção no eixo I do curso de especialização de Saúde da Família.

Tendo em vista toda essa evolução no atendimento a população na UBS Cidade Alta, em Mojuí dos Campos, PA, um importante procedimento a ser realizado é a visita domiciliar, pois através desta, acontece uma abordagem integral a família e ao usuário de forma individual.

A visita domiciliar tem um objetivo próprio na Unidade de Saúde, o qual consiste em “proporcionar vigilância, assistência e promoção à saúde no domicílio, dentro dos princípios do SUS, em uma área geográfica adscrita (área da ESF, ou PACS)” (SECRETARIA DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS, 2009, p. 05). Segundo Cunha e Gama (2010), para o processo de planejamento, da visita domiciliar, questões relativas à operacionalização devem ser consideradas, tais como:

- Definição do itinerário, por meio do mapeamento da área e do transporte a ser utilizado;
- Definição do tempo para execução da visita em cada domicílio;
- Priorização do horário preferencial das famílias para a realização das visitas;
- Agendamento e confirmação do horário da visita ao domicílio;
- Início da rota de visitas pelos domicílios que demandam menos tempo.

Na UBS Cidade Alta, as visitas são estabelecidas conforme o grau de

prioridade para casa atendimento.

Figura 01: Prioridade da Visita domiciliar na UBS.

Dados da Ficha A	Escore
Acamado	3
Deficiência Física	3
Deficiência mental	3
Baixas condições de saneamento	3
Desnutrição grave	3
Drogadição	2
Desemprego	2
Analfabetismo	1
Menor de 6 meses	1

Dados da Ficha A	Escore
Maior de 70 anos	1
HAS	1
DM	1
Relação morador/cômodo > 1	3
Relação morador/cômodo = 1	2
Relação morador/cômodo < 1	0
Total	

Fonte: Google imagens, 2017.

Conforme a figura acima, as visitas são organizadas pela prioridade, onde cada caso é somado de acordo com o número do escore, onde:

- Escore 5 ou 6: Risco Mínimo – visita mensal;
- Escore 7 ou 8: Risco Médio- visita quinzenal;
- Escore acima de 9: Risco Máximo – visita semanal.

A equipe de saúde deve estar sempre capacitada a realizar as visitas domiciliares, pois cada profissional tem sua importância como agente modificador de ambientes.

De acordo com Cunha e Gama (2010), o agente comunitário de saúde (ACS) é peças importantes na visita domiciliar pois realizam a busca ativa dos usuários que não são cadastrados ou que estão ausentes, priorizando a execução das seguintes atividades em sua área:

- Busca ativa de gestantes;
- Busca ativa de crianças com menos de 1 ano de vida, em aleitamento materno;
- Busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade para

acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento e da imunização;

- Busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade para orientação quanto à terapia de reidratação oral (TRO);
- Busca ativa de crianças com menos de 5 anos de idade com insuficiência respiratória (IRA);
- Busca ativa de sintomáticos respiratórios ou pacientes em tratamento de tuberculose;
- Busca ativa de sintomáticos dermatológicos ou pacientes em tratamento de hanseníase;
- Busca ativa de mulheres para prevenção de câncer de colo de útero e de mama;
- Busca ativa de hipertensos;
- Orientações em relação a dengue;
- Outros (saneamento básico, Bolsa-Família, etc.).

São atribuições do Enfermeiro na visita domiciliar:

- Avaliar de modo integral a situação da pessoa enferma;
- Avaliar as condições e infra-estrutura física do domicílio para o planejamento da assistência domiciliar;
- Elaborar, com base no diagnóstico de enfermagem, a prescrição dos cuidados; • Identificar e treinar o cuidador domiciliar;
- Supervisionar o trabalho dos auxiliares de enfermagem e dos ACS;
- Realizar procedimentos de enfermagem que requeiram maior complexidade técnica;
- Orientar cuidados com o lixo originado no cuidado do usuário e do lixo domiciliar (separação, armazenamento e coleta);
- Estabelecer via de comunicação participativa com a família;
- Comunicar à equipe de saúde as alterações observadas e avaliar periodicamente o desempenho da equipe de enfermagem na prestação do cuidado;
- Dar alta dos cuidados de enfermagem;

- Registrar os atendimentos.

Atribuições Médico

- Realizar consulta médica principalmente para aqueles que apresentem incapacidade de se deslocarem;
- Avaliar de modo integral a situação da pessoa enferma;
- Esclarecer a família sobre os problemas de saúde e construir plano de cuidados para a pessoa enferma;
- Estabelecer forma de comunicação participativa com a família;
- Levar o caso para discussão na Equipe;
- Emitir prescrição do tratamento medicamentoso;
- Realizar pequenos procedimentos auxiliado pela equipe;
- Registrar os atendimentos realizados;
- Promover e participar de avaliações semanais do plano de acompanhamento de VD;
- Indicar internação hospitalar;
- Verificar e atestar o óbito.

Como observado acima, as atribuições da equipe são inter-relacionadas para que um procedimento dê continuidade ao outro, complementando a assistência profissional na Unidade e favorecendo o acompanhamento do usuário.

Outro fator importante para realizar a visita é durante sua realização, observar todo o contexto em que o usuário e sua família está inserida, seus costumes, crenças, rotinas, tudo que possa influenciar de forma positiva e negativa no seu tratamento. Alguns procedimentos são realizados no local como curativos, aferição de Pressão arterial, exame físico, solicitação de exames e consultas. A abordagem familiar deve ser feita com muita atenção, humanização e acolhimento: Para realizar a abordagem da família é importante estabelecer referências sobre a singularidade e particularidades da instituição família, pois, apesar das visitas domiciliares

constituírem uma ação do serviço de saúde, essa ação ocorre no ambiente familiar. Neste sentido, é essencial a permissão e aceitação do paciente e sua família para que assim, os objetivos da visita domiciliar sejam alcançado (PEREIRA et al, 2014, p. 03).

Portanto, acho extremamente viável a equipe se organizar e manter uma visita domiciliar de forma ativa, buscando pessoas, acompanhando tratamentos e colaborando para a evolução dos pacientes e da qualidade de vida, onde todos os profissionais deve conversar entre si e planejar a melhor forma de visitar e avaliar essa visita posteriormente.

REFLEXÃO CONCLUSIVA

Participar do curso de Especialização de Saúde da Família foi gratificante tanto em caráter de crescimento profissional como pessoal, pois pude desenvolver habilidades pessoais como a comunicação, o entrosamento com a equipe de saúde na UBS Cidade Alta, além de estabelecer uma interação dos conteúdos aprendidos com a prática do trabalho médico.

Quando trabalhamos em uma Unidade da Família, temos que saber como abordar as famílias atendidas e os usuários, cada um em seu grupo etário, dentro de suas peculiaridades e condições de vida e saúde.

Ao trabalhar na UBS Cidade Alta, compreendi que a equipe tem que conhecer a população para levantar os indicadores de saúde e assim elaborar a agenda programada de atendimento da semana, de acordo com os grupos atendidos, como idosos, homens e mulheres, adolescentes, crianças, enfim. Assim, melhora a qualidade dos serviços prestados, pois oferece um planejamento de acordo com a demanda e com os problemas de saúde da população atendida.

Este curso contribuiu grandemente para minha formação em medicina, de forma complementar, pois lidar com os usuários do Sistema Único de Saúde, na prática é muito diferente da teoria, então serviu como um embasamento para melhorar meu atendimento médico. O Eixo I do curso apresentou diversos temas e doenças pertinentes a comunidade e como interagir e resolver problemas, permitindo conhecer os costumes da população assim como os principais problemas de saúde e estabelecer um projeto de intervenção para solucioná-los.

O Eixo II apresentou os casos clínicos complexos, ou seja, situações de saúde e doença que estamos lidando no dia-a-dia na UBS, que me ajudou a melhorar meu atendimento e escolher a melhor forma de tratamento para cada paciente. O portfólio foi uma novidade que nunca tinha visto antes, porém com o passar do tempo pude aprender, ao realizar cada atividade, pois estão ligadas a minha prática, principalmente a visita domiciliar, que acredito ser um procedimento importante, o qual deve ser planejado e avaliado constantemente. Todas as atividades realizadas nesse curso foram

importantes para meu crescimento profissional, pois colaboraram para uma boa relação médico-pessoa, favorecendo abordagem integral, subsidiando a elaboração compartilhada de um plano de cuidados ao paciente, oportunizando a incorporação de medidas de promoção à saúde e de prevenção de doenças e propondo medidas que sejam factíveis de serem aplicadas àquele indivíduo, inserido em um contexto, e que vivencia circunstâncias de vida específicas.

Acredito que os desafios na prática sempre existirão, tais como a falta de infraestrutura da UBS e falta de recursos financeiros, pois a equipe é reduzida, mas com uma boa interação e relacionamento profissional, podemos fazer a diferença na comunidade atendida.

REFERENCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=29865> . Acessado em 14 de abril de 2017.

CUNHA, C. L. F; GAMA, M. E. A visita domiciliar no âmbito da atenção primária em saúde. 2010. Disponível em: <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_gerais/A_VISITA_DOMICILIAR_NO_MBITO_DA_ATENO_PRIMRIA_EM_SADE.pdf>. Acesso em 18 de Junho de 2017.

FROTA, M. A. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. Texto Contexto Enferm. V. 16, n. 2, p. 246-53, 2007.

OMS. Unicef. Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes / Ministério da Saúde, Unicef; Bethsáida de Abreu Soares Schmitz. - Brasília: Ministério da Saúde, 2007

PEREIRA, Sandra Souza et al. Visita domiciliar aos pacientes portadores de transtorno mental: ampliando as opções terapêuticas possíveis em um serviço ambulatorial. Saúde Transform. Soc., Florianopolis , v. 5, n. 1, p. 91-95, 2014.

PINTO, Márcia Carla Morete, et al. Significado do cuidar da criança e a percepção da família para a equipe de enfermagem. Revista Eletrônica Einstein, v.7:18-23, 2009.

REIS, Ana Cláudia, et al. A atuação do enfermeiro na assistência a crianças em centros municipais de educação infantil (CMEI) de Goiânia. Revista Eletrônica de Enfermagem, Ago – Dez. 1(3) 1 – 17, 2009.

TVSUL. Reportagem: Pesquisa do Unicef aponta que 140 milhões de crianças têm anemia no mundo. 2016. Disponível em:< <http://www.tvsul.tv.br/?p=36727>>. Acesso em 25 de outubro de 2016.

UNICEF. Reportagem: 165 milhões de crianças estão desnutridas em todo o mundo, 80% em apenas 14 países. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/165-milhoes-de-criancas-estao-desnutridas-em-todo-o-mundo-80-em-apenas-14-paises/>>. Acesso em 25 de outubro de 2016.

ANEXO - PROJETO DE INTERVENÇÃO



PROJETO DE INTERVENÇÃO

RITA CANDIDA SCAGLIUSI DE MORAIS

**INCIDÊNCIA DE ANEMIA E DESNUTRIÇÃO INFANTIL EM CRIANÇAS
ATENDIDAS PELA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA CIDADE ALTA I E II, NO
MUNICÍPIO DE MOJÚÍ DOS CAMPOS, PA**

**MOJUI DOS CAMPOS
NOVEMBRO - 2016**

RESUMO

O estado nutricional de uma criança é um importante indicador de saúde que aponta progresso em seu desenvolvimento e lhe fornece melhor qualidade de vida. Dessa forma, através da atuação médica na Unidade de Saúde da Família Cidade Alta I e II, é perceptível que 90% das crianças estão abaixo da linha de percentil, classificadas como baixo peso (percentil 2) e que há grande incidência de anemia ferropriva em crianças menores de dois anos atendidas pela UBS, no município de Mojuí dos Campos, especialmente em regiões em que a situação socioeconômica é menos favorável. O objetivo desse projeto de intervenção é reduzir os índices de desnutrição infantil e anemia ferropriva na população atendida pela UBS através da educação em saúde. Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município de Mojuí dos Campos, PA. A metodologia constitui-se na execução das orientações sobre a nutrição adequada infantil e a prevenção da anemia ferropriva em crianças atendidas pela UBS, realizada através da capacitação da equipe; visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde; planejamento das ações educativas; realização das atividades grupais e avaliação dos objetivos alcançados. Espera-se com a realização desse trabalho orientar e conscientizar os pais e responsáveis através da educação em saúde para reduzir os índices de desnutrição infantil e anemia ferropriva em crianças atendidas pela Unidade de Saúde.

Descritores: Saúde da Criança. Desnutrição infantil. Anemia Ferropriva. Educação em Saúde.

1. INTRODUÇÃO

A desnutrição infantil é um problema de saúde pública que afeta cerca de 165 milhões de crianças em todo o mundo, levando à morte todos os anos mais de 5 milhões de crianças, a maioria nos países em desenvolvimento, onde uma em cada seis crianças com menos de dois anos recebe alimentos em quantidade e diversidade necessária (TVSUL, 2016; UNICEF, 2016).

O relatório do Fundo das Nações Unidas para a Infância, segundo a UNICEF (2016), afirma que dentre os países que sofrem de subnutrição, o Brasil está em 27º lugar da lista, com 9% da população sofrendo de subnutrição. O pior resultado (1º da lista) é a Eritreia (país africano), que apresenta 35% da população infantil subnutrida. Alguns fatores podem influenciar na ocorrência da desnutrição infantil, onde no Brasil, são elencados fatores como a falta de condições básicas, como água limpa, saúde, condições sanitárias, moradia, educação e informação que afetam direta e indiretamente no desenvolvimento da criança (UNICEF, 2016).

Evidencia-se que a desnutrição causada por uma má alimentação devido à falta de alimentos energéticos e proteínas, pode aumentar a taxa de mortalidade infantil e também causar danos ao seu desenvolvimento, como a perda da capacidade de combater as infecções, atraso no crescimento e dificuldade no aprendizado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com Modesto et al (2007), a criança deve receber a alimentação necessária para seu desenvolvimento durante os dois primeiros anos de vida e quando há uma má alimentação, pode ocorrer desnutrição e outros problemas associados como a anemia ferropriva, devido a prevalência de carências nutricionais.

Diante do exposto, através da atuação médica na Unidade de Saúde da Família Cidade Alta I e II, é perceptível que 90% das crianças estão abaixo da linha de percentil, sendo classificados como baixo peso (percentil 2) e que há grande incidência de anemia ferropriva em crianças menores de dois anos atendidas pela UBS, no município de Mojuí dos Campos, especialmente em regiões em que a situação socioeconômica é menos favorável. Constitui-se, assim, como problema deste Projeto de Intervenção a seguinte questão: como

reduzir os índices de desnutrição infantil e anemia ferropriva na população atendida pela UBS Cidade Alta I e II.

A deficiência de informações dos pais ou responsáveis sobre a nutrição adequada das crianças e as baixas condições socioeconômicas são fatores que influenciam na desnutrição infantil e na ocorrência da anemia ferropriva no município de Mojuí dos Campos.

Assim, a solução para superar a desnutrição é dar especial atenção ao período da gravidez e nos primeiros dois anos de vida de uma criança, através da promoção em saúde com a estratégia de educação em saúde, abordada por toda a equipe multidisciplinar.

Portanto, a partir desta vivência profissional e, considerando-se os efeitos danosos da anemia ferropriva e da desnutrição infantil sobre o crescimento e desenvolvimento e os benefícios advindos de sua prevenção e tratamento oportunos, surgiu a inquietação sobre a temática afim de trabalhar com a prevenção e orientação sobre a nutrição infantil junto aos responsáveis pelos cuidados com as crianças assistidas nas puericulturas.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

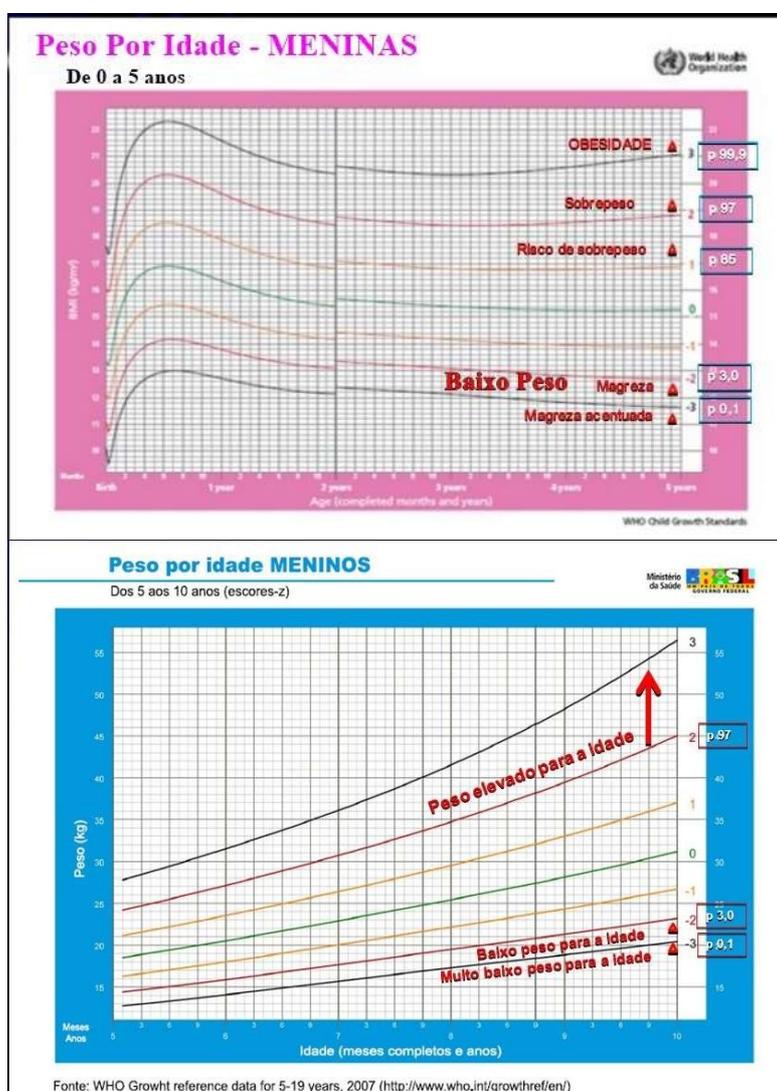
Reduzir os índices de desnutrição infantil e anemia ferropriva na população atendida pela UBS através da educação em saúde.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apontar o conceito de desnutrição infantil e anemia ferropriva;
- Identificar os benefícios de uma boa nutrição infantil;
- Realizar orientações com os responsáveis sobre nutrição e prevenção da anemia ferropriva através da educação em saúde;
- Acompanhar o percentil das crianças com baixo peso nas consultas médicas.

3. REVISÃO DE LITERATURA

A saúde da criança é avaliada através do estado nutricional, o qual é avaliado através do percentil da criança, onde coleta-se a altura e o peso, acha-se o IMC (índice de massa corporal) através da fórmula “Peso / Altura²” (peso dividido pela altura ao quadrado). Quando se tem o IMC, utiliza-se o gráfico de percentil padronizado pela Organização Mundial da Saúde, OMS (2007), conforme as figuras abaixo:



Fonte: OMS (2007)

Nota-se conforme as figuras acima, o percentil é classificado de acordo com o Ministério da Saúde (2013) em:

- Menor que 3: baixo peso para a idade;
- Igual ou superior a 3 e menor que 85: imc adequado;
- Igual ou superior a 85 e menor que 97: sobrepeso;
- Igual ou superior a 97: obesidade

O estado nutricional de uma criança é um importante indicador de saúde que aponta progresso em seu desenvolvimento e lhe fornece melhor qualidade de vida, onde monitorar o crescimento e ganho ponderal permite avaliar se a criança está desenvolvendo plenamente seu potencial (FROTA et al, 2007).

Observa-se que a nutrição adequada de uma criança influencia diretamente no seu desenvolvimento, cujo o objetivo é fornecer os nutrientes necessários para atuar em seu crescimento.

A UNICEF (2006) aponta que a carência alimentar e desnutrição infantil é um problema relevante em todo o mundo e também no Brasil, que muitas vezes se associa com a desigualdade social e a pobreza, podendo levar à morte, contribuindo para aumentar as taxas de mortalidade.

De fato, a desnutrição infantil afeta o mundo todo e conseqüentemente o Brasil, pois os índices de desigualdade social no país é notável em todos os estados e cidades, resultando na dificuldade da complementação da alimentação nas crianças e famílias atendidas pelas Unidades Básicas de Saúde. A definição de desnutrição é apontada pela Organização Mundial da Saúde como sendo um conjunto de doenças que derivam da deficiência de suporte, transporte ou utilização de nutrientes, onde atinge com mais impacto crianças entre 6 meses a 5 anos (MURADAS; CARVALHO, 2008).

Ainda segundo Muradas e Carvalho (2008), existem alguns fatores de risco que levam a desnutrição: Para o surgimento da desnutrição existem alguns fatores de risco, esses podem ser macroambientais, ou seja, fatores que não são controlados pelos indivíduos, como os sistemas políticos, econômicos e sociais; ou microambientais, que se referem aos aspectos ligados à família. Dentre os macroambientais podemos citar: pobreza, superpopulação, problemas ambientais, instabilidade social e insegurança; dentre os microambientais: baixa renda; baixo nível de instrução formal dos

familiares; desemprego, família desestruturada; despreparo para a maternidade ou paternidade; mãe muito jovem ou adolescente; mãe solteira e habitação inadequada (MURADAS; CARVALHO, 2008, p. 05).

Percebe-se que existem os fatores macroambientais, cujos os indivíduos não controlam, como a desigualdade social que depende do sistema político do Brasil, e os fatores microambientais são relacionados a família, como o baixo nível de instrução, o desemprego, o despreparo para a maternidade, entre outros.

A situação de desnutrição infantil pode acarretar várias sequelas pertinentes, que segundo Pinheiro (2008), consistem em: Sequelas relacionadas a estatura e ao desenvolvimento mental. A estatura pode se desenvolver caso a criança não apresente infecções recorrentes e receba dietas adequadas, mas as alterações do desenvolvimento mental podem ser graves e permanentes; dependendo do grau de desnutrição, essas lesões são as responsáveis pelo atraso do desenvolvimento neuropsicomotor das crianças, esse atraso pode ser recuperado caso a criança receba uma dieta adequada e esteja em um ambiente sociocultural que a estimule (PINHEIRO, 2008, p.07).

Constata-se que as principais sequelas decorrentes de uma má alimentação são relacionadas a estatura, ou seja, seu crescimento é afetado, porém pode ser revertido caso a criança receba posteriormente dietas adequadas. Já as sequelas no desenvolvimento mental são as mais importantes, pois consiste em atrasar o sistema neurológico e causar lesões graves e permanentes.

A desnutrição quando associada a pouca ingestão ou má absorção de micronutrientes pode resultar em outras complicações como por exemplo a anemia ferropriva, que consiste na deficiência de ferro no organismo.

O conceito de anemia refere-se a condição na qual o nível de hemoglobina (Hb) circulante está abaixo dos valores considerados normais para a idade, o sexo, o estado fisiológico e a altitude. A anemia ferropriva, também denominada ferropênica, pode estar associada com a desnutrição, causada pela dieta pobre em ferro, vitamina A, porém sua etiologia resulta de múltiplos fatores, como a perda de ferro, a velocidade de crescimento da criança e as infecções parasitárias (PINHEIRO, 2008). Jordão, Bernardi e

Barros (2009) complementam que a anemia nutricional é um estado em que a concentração de hemoglobina do sangue é anormalmente baixa em consequência da carência de um ou mais nutrientes essenciais, que resulta de longo período de balanço negativo entre a quantidade de ferro biologicamente disponível e a necessidade orgânica desse elemento.

Nota-se que a anemia ferropriva é uma consequência da má alimentação e desnutrição infantil, onde aponta a baixa concentração de hemoglobina no sangue, sendo diagnosticada através de exames laboratoriais, objetivado um tratamento adequado e sendo revertida para que a saúde da criança venha a ser reestabelecida novamente.

O Ministério da Saúde (2007), afirma que a primeira infância é uma fase que apresenta riscos relacionados a necessidade de ferro, pois as reservas de ferro do lactente são baixas, as perdas são altas e a ingestão, na maioria dos casos não é equilibrada. As reservas que a criança adquiriu durante a gestação serão usadas durante o 4º ao 6º mês de vida e apesar de ocorrer a amamentação com leite materno, este possui pequenas quantidades de ferro, o qual será esgotado após o 6º mês, necessitando de mais quantidades por meio da alimentação complementar.

O tratamento principal da anemia ferropriva envolve administração oral de ferro na forma ferrosa e associado ao tratamento medicamentoso, deve-se orientar o consumo de alimentos com quantidade e biodisponibilidade elevadas de ferro (TRINDADE et al., 2009).

Para combater e prevenir a anemia por carência de ferro, o Ministério da Saúde (2007) orienta várias estratégias importantes como: Educação alimentar; suplementação medicamentosa profilática; fortificação alimentar e melhoria da qualidade da dieta oferecida; incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, que é de fundamental importância; não utilização do leite de vaca no primeiro ano de vida; fortificação dos alimentos; controle de infecções; acesso a água e esgoto adequados; e o estímulo ao consumo de alimentos que contenham ferro de alta biodisponibilidade na fase de introdução da alimentação complementar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007, p. 68). Dessa forma, a anemia ferropriva tem tratamento clínico, o qual consiste em medicamentoso e suplementação alimentar baseada na educação alimentar para o uso do ferro contido nos

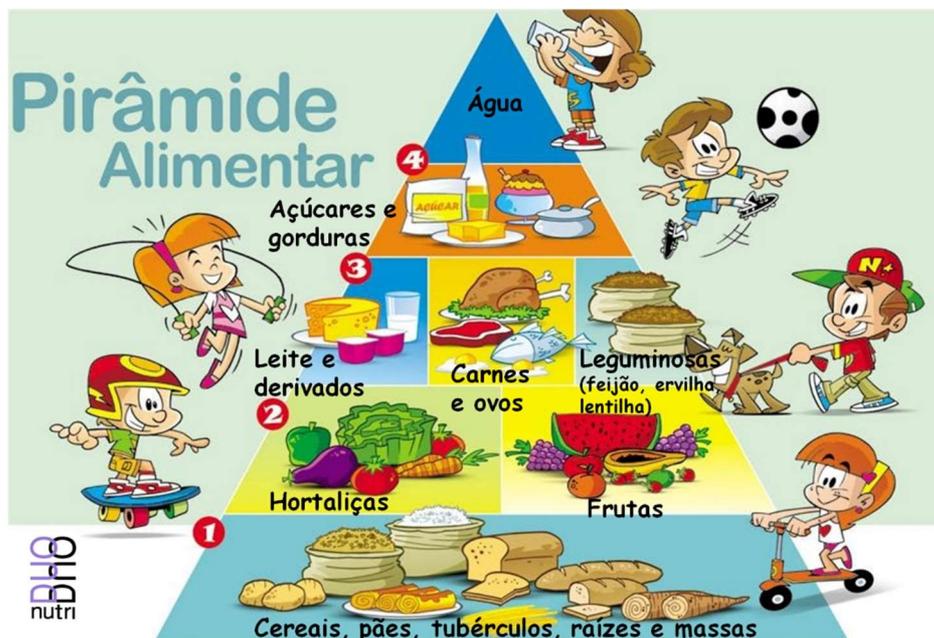
alimentos, principalmente no leite materno e outros alimentos introduzidos como alimentação complementar.

O Ministério da Saúde (2015) acrescenta que a introdução de alimentos na dieta da criança após os seis meses de idade deve complementar as numerosas qualidades e funções do leite materno, aproximando progressivamente a criança aos hábitos alimentares de quem cuida dela e exige todo um esforço adaptativo a uma nova fase do ciclo de vida, na qual lhe são apresentados novos sabores, cores, aromas, texturas e saberes.

É possível perceber que os alimentos essenciais para uma nutrição adequada da criança são introduzidos após os 6 meses de idade, para complementar sua alimentação. Esses alimentos pertencem a grupos divididos onde cada um tem suas características alimentares, conforme a Sociedade Brasileira de Pediatria (2016):

- Pães, arroz, cereais, massas: carboidratos complexos (vitaminas do complexo B e fibras);
- Hortaliças e vegetais (vitamina A, vitamina C, folato, ferro, fibras);
- Frutas (vitamina A, vitamina C, potássio, folato, ferro, fibras);
- Leite, iogurtes e queijos (cálcio, proteína, vitamina A, vitamina D);
- Carnes, aves, peixes, ovos, feijão, nozes (ferro, zinco, vitaminas do complexo B, proteínas);
- Gorduras, óleos e açúcares (vitamina E, ácidos graxos essenciais, carboidratos, porém são ricos em calorias e devem ser utilizados esporadicamente).

A figura abaixo apresenta a divisão dos alimentos mediante a pirâmide alimentar infantil, referente a sua importância:



Fonte: SBP (2016).

Identifica-se, mediante a figura acima, que os alimentos estão distribuídos na Pirâmide Alimentar em oito grupos de alimentos (pão e cereais; hortaliças; frutas; leite e derivados; carne e ovos; leguminosas; açúcares e gorduras; e água) e em quatro níveis, de acordo com o nutriente que mais se destaca na sua composição.

O Ministério da Saúde (2015, p.70), complementa que os pais são os responsáveis pela nutrição da criança, onde “o comportamento dos pais em relação à alimentação infantil pode gerar repercussões duradouras no comportamento alimentar de seus filhos até a vida adulta”.

Assim, conhecendo os alimentos importantes para uma boa nutrição da criança, cabe aos pais ou responsáveis tomar a atitude necessária para que isso venha a ser colocado em prática.

Quando uma criança é atendida na UBS, o profissional de saúde deve ser capaz de identificar sua deficiência nutricional e os fatores que a determinaram, como má alimentação, falta de recursos para a compra de alimentos por parte dos pais, falta de informação sobre qual alimento é importante, enfim, uma série de fatores que quando descobertos proporcionam um tratamento rápido e adequado (FROTA, et al, 2007). Portanto, um dos desafios dos profissionais que atendem essas crianças na

UBS é conduzir o tratamento adequado, e ir além, oferecendo orientações através da promoção em saúde, realizando ações de educação em saúde para a família, procurando evitar essa situação de desnutrição e anemia, pois quando a equipe trabalha em prol de um objetivo, metas são alcançadas e resultados positivos são obtidos.

4. MÉTODOS

Trata-se de um projeto de intervenção, a partir da prática na Atenção Básica no município de Mojuí dos Campos, PA. A metodologia constitui-se na execução das orientações sobre a nutrição adequada infantil e a prevenção da anemia ferropriva em crianças atendidas pela UBS.

O cenário da intervenção desse projeto é a UBS Cidade Alta I e II, localizada no endereço Rua Antonio Walfredo, s/n, Bairro Cidade Alta, Mojuí dos Campos, Pará. Nesta UBS são atendidas 291 crianças entre 0 a 11 anos, onde 90% dessas estão apresentando percentil 2, ou seja, abaixo de 3, que é o valor normal. Sendo assim, necessitam de cuidados e estratégias para que saiam dessa classificação de baixo peso para peso normal.

Serão convidados a participar deste projeto de intervenção pais e/ou responsáveis de crianças em situação de baixo peso, desnutrição e anemia cadastradas na Unidade. Espera-se que compareçam à Unidade 50% dos responsáveis convidados. Todas foram convidadas formalmente e previamente a estarem participando de um grupo de conversa.

Para atingirem os objetivos propostos, serão realizados os seguintes procedimentos:

- Primeiro momento: Capacitação sobre prevenção da desnutrição infantil e anemia ferropriva para toda a equipe de saúde da família da Unidade que acontecerá no período de duas semanas;
- Segundo momento: Visita domiciliar com agentes comunitários de saúde para convidar os pais e/ou responsáveis a participarem da reunião sobre prevenção da desnutrição infantil e anemia ferropriva, no período de duas semanas;

- Terceiro momento: Planejamento da ação educativa sobre prevenção da desnutrição infantil e anemia ferropriva através de um grupo de conversa com pais e/ou responsáveis, para mostrar os benefícios de uma nutrição adequada para a criança. Esta intervenção acontecerá no período de um mês;
- Quarto momento: Iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas por meio de Círculos de Cultura;
- Quinto momento: Avaliar as atividades realizadas através dos objetivos alcançados.

5. CRONOGRAMA

Ação		Período de realização				
		2016				
		S et	O ut	N ov	D ez	D
Elaboração do Projeto de Intervenção		X		X	X	
Procedimentos de Intervenção	1) Capacitação da Equipe sobre prevenção da desnutrição e anemia ferropriva infantil;			X		
	2) Visita domiciliar com agentes comunitários para convidar os responsáveis;			X		
	3) Planejamento da ação educativa sobre prevenção da desnutrição e anemia ferropriva infantil através do círculo de cultura;				X	
	4) Iniciar as atividades grupais que serão desenvolvidas por meio de Círculos de Cultura;					X
	5) Avaliar as atividades realizadas através dos objetivos alcançados.					X

6. RECURSOS HUMANOS

6.1 RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde da família composta por 3 agentes comunitários de Saúde, 2 auxiliares de Enfermagem; 1 técnico de Enfermagem, 1 enfermeiros, 1 médicos, 1 dentista, 1 secretária, 1 auxiliar de limpeza.

6.2 RECURSOS MATERIAIS

- Computadores;
- Prontuários com dados do percentil infantil;
- Folha A4;
- Impressora;
- Impressos: panfletos;
- Vídeos animados;
- Cadernos de Atenção Básica (Micronutrientes, Saúde da criança).

7. RESULTADOS ESPERADOS

- Com a realização da educação em saúde sobre a prevenção da desnutrição e anemia infantil espera-se reduzir os índices de baixo peso e reverter o quadro de anemia ferropriva em crianças atendidas pela Unidade de Saúde;
- Espera-se que dos responsáveis convidados a participar das ações de educação em saúde, 50% compareça no dia da intervenção;
- Espera-se que dos responsáveis convidados a participar das ações de educação em saúde, 50% possa compreender as orientações fornecidas e atuar na mudança de comportamento alimentar da criança;
- Espera-se reduzir os índices de desnutrição infantil e anemia em 50% das crianças atendidas pela UBS no período de 6 meses a 1 ano.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. Unicef. Cadernos de Atenção Básica: Carências de Micronutrientes / Ministério da Saúde, Unicef; Bethsáida de Abreu Soares Schmitz.
- Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo para implementação da Agenda para Intensificação da Atenção Nutricional à Desnutrição Infantil: portaria nº 2.387, de 18 de outubro de 2012, Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Passaporte da cidadania. Caderneta de Saúde da Criança. Menina. Brasília – DF. 2013.
- FROTA, M. A. Educação popular em saúde no cuidado à criança desnutrida. Texto Contexto Enferm. V. 16, n. 2, p. 246-53, 2007.
- JORDÃO, Regina Esteves; BERNARDI, Julia Laura D.; BARROS, Antonio de Azevedo Filho. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. Revista Paulista de Pediatria, v. 27, n. 1, p. 90-8, 2009.
- MODESTO, S. P. et al. Práticas alimentares e estado nutricional de crianças no segundo semestre de vida atendidas na rede pública de saúde. Rev. Nutr. Campinas, v. 20, n. 4, jul- ago, 2007.
- MURADAS, M. R; CARVALHO, S. D. Fatores que influenciam a desnutrição infantil em um centro de saúde do município de Campinas (SP). Cienc Cuid Saude, Jan/Mar; v. 7, n.1, p.053-058, 2008.
- PINHEIRO, Fabíola G. M. B. Anemia ferropriva em crianças. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, v.30 n.6 São Paulo nov/dez. 2008.
- SBP. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Pirâmide Alimentar Infantil. 2016. Disponível em: < http://www.sbp.com.br/pdfs/14297e1-cartaz_Piramide.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2016.
- TRINDADE, Michaela Marques; COLPO, Elisângela; MORAES, Cristina Machado Bragança de; PROLLA, Ivo Roberto Dorneles. Revista da AMRIGS, Porto Alegre, 53(1): 40-45, jan. Marc. 2009.

- TVSUL. Reportagem: Pesquisa do Unicef aponta que 140 milhões de crianças têm anemia no mundo. 2016. Disponível em: <<http://www.tvsul.tv.br/?p=36727>>. Acesso em 25 de outubro de 2016.
- UNICEF. Reportagem: 165 milhões de crianças estão desnutridas em todo o mundo, 80% em apenas 14 países. 2016. Disponível em:
- <<https://nacoesunidas.org/165-milhoes-de-criancas-estao-desnutridas-em-todo-o-mundo-80-em-apenas-14-paises/>>. Acesso em 25 de outubro de 2016.
- UNICEF. Desnutrição ameaça à saúde. Situação da infância Brasileira. 2016. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/Pags_040_051_Desnutricao.pdf>. Acesso em 25 de outubro de 2016.