

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE**



**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**Professora-orientadora: Dra. Patrícia Maria Barros Thomas.**

**Discente: Dra. Yuliet Basalo Barreda.**

**Coari (Amazonas)**

**2018**

## **SUMÁRIO**

1 - Introdução -----	3
2 - Estudo de Caso Clínico -----	5
3 - Promoção da Saúde e Prevenção de doenças-----	10
4 - Visita domiciliar -----	13
5 - Reflexão Conclusiva -----	16
Referências Bibliográficas -----	18
Anexo 1 – Projeto de Intervenção -----	19
Outros Anexos -----	40

## 1 INTRODUÇÃO

Meu nome é Yuliet Yuslenit Basalo Barreda, tenho 36 anos e sou médica cubana. Iniciei os estudos universitários no ano 1998 na Faculdade de Medicina Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta” pertencente ao Instituto de Medicina de Camagüey e seis anos depois, me graduei com o título de médica. Iniciei minha carreira profissional trabalhando na Atenção Primária de Saúde numa zona rural no município Majibacoa onde trabalhei pelo período de 3 anos e realizei a residência médica em Medicina Geral e Integral (MGI) recebendo o título de Especialista em MGI no mês de agosto de 2007.

Nesse mesmo ano recebi uma proposta do Ministério de Saúde de Cuba para trabalhar na Venezuela e assinei um contrato de trabalho que se estendeu por 5 anos. Em 2012 retornei a Cuba e continuei trabalhando na atenção primária, desta vez na capital do estado, na cidade de Las tunas, onde atuei como médico geral integral por 4 anos.

No mês de julho de 2016 cheguei ao Brasil para trabalhar em ESF contratada pela Organização Panamericana da Saúde e em agosto desse ano aderi ao Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) e, desde então, trabalho no município Coari no estado de Amazonas. Atuo na UBS “Manoel Carlitos dos Santos” localizada na Rua Rocha de Carvalho, cuja área de abrangência atende o bairro Espírito Santo. A população total é de 3853 pessoas e o território adscrito à UBS corresponde a 8 micro áreas, todas na zona urbana e não temos população ribeirinha. Na nossa área encontramos 2 igrejas católicas e 5 igrejas evangélicas (predominando a Assembleia de Deus), 2 escolas públicas, 1 escola privada, 1 creche, 2 farmácias (Farmanorte e Drogalar), 1 Banco do Brasil e 1 ginásio público. Devo sinalar que nossa UBS fica no centro da área que atendemos o que facilita o acesso dos pacientes e o CAPS do município fica perto da UBS. Quanto a situação ambiental podemos dizer que o clima é muito quente com temperaturas ao redor de 40 grau e o por cento de humidade muito alto, as ruas estão pavimentadas e existe rede de esgoto e aqueduto na sua maioria, embora a água de consumo é de poço muitas vezes sem tratar. Existem 3 microáreas de risco devido à ausência de saneamento básico adequado, casas

em condições estruturais péssimas, presença de famílias de baixa renda e baixo nível socioeconômico, mesmo assim a violência não caracteriza essa zona.

Segundo estatísticas do ano 2016 as principais doenças tratadas o ano passado foram a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus tipo 2 (DM), Infecções do trato digestivo, Parasitose intestinal, Micoses cutâneas e Anemia.

Minha equipe decidiu fazer o projeto de intervenção com o título: “Estratégia de intervenção para diminuir a incidência de anemia através de uma alimentação complementar associada a doses profiláticas de sulfato ferroso em crianças de 6 a 12 meses de idade na UBS Manoel Carlitos Dos Santos”. (Anexo 1). Este projeto visa oferecer informação às famílias destas crianças sobre os principais grupos de alimentos, a importância da sua introdução na alimentação do lactente a partir dos 6 meses de idade para prevenir a anemia no primeiro ano de vida e fornecer uma dose profilática de sulfato ferroso com frequência semanal por período de 6 meses. Esta temática foi escolhida porque a Anemia é um dos principais motivos de atendimentos em crianças e porque identificamos o desconhecimento dos pais quanto à alimentação no primeiro ano de vida dos seus filhos, nas consultas de crescimento e desenvolvimento.

## 2 ESTUDO DE CASO CLÍNICO

### Anamnese

#### Identificação

Nome: P.A.N.S      Idade: 12 meses      Sexo: Feminino      Cor: B.

Naturalidade: Amazonas.

Residência atual: Coari

Idade da mãe: 31 anos.

#### **Queixa principal:**

Para acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança.

#### **História da doença atual: Consulta Médica (21/04/2017)**

Lactente de 12 meses é trazida pela mãe para comparecer em consulta de puericultura. A mãe relata que o bebe está bem, aceita o peito e os alimentos, realiza necessidades fisiológicas adequadamente e dorme bem.

**DNPM:** adequado para sua idade (fica em pé sem apoio)

**Vacinas:** calendário vacinal atualizado.

**Alimentação:** (ainda é amamentada a livre demanda).

**Café da manhã:** leite integral com café, biscoito e pão de forma.

**Almoço:** sopinha de verduras e frango (não come a carne, só o caldo) macarrão, arroz, peixe, salsicha.

**Jantar:** igual do que no almoço.

**Merenda:** mingao de aveia/banana.

#### **- Antecedentes Pessoais:**

\* **Fisiológicos:** nascida de parto normal às 39 semanas de gestação, é a última filha de 4 filhos. Peso ao nascer 2950 g, comprimento ao nascer 49 cm, perímetro cefálico 35 cm.

\* **Patológicos:** nenhum até o momento.

**- Antecedentes familiares:**

Mãe: Asma Bronquial.

Pai: Hipertensão Arterial Sistêmica.

**- História Psicossocial (Condições de vida)**

Membro de uma família nuclear completa, constituída pelo matrimônio e 4 filhos. Habitação: casa de madeira, pequena, 1 sala, 1 cozinha, 2 quartos, 1 banheiro, sem rede de esgoto. A água de consumo é de poço, tratada. A renda familiar é de um salário mínimo pois só o homem trabalha e o dinheiro não é suficiente para cobrir as necessidades básicas. Na alimentação da família predominam os carboidratos, embutidos (salsicha, calabresa, linguiça) e os sucos artificiais (em pó), as frutas e verduras são pouco consumidas.

**Exame Físico:**

Aparência geral: criança calma, ativa, hidratada, com higiene pessoal boa, vestuário adequado e limpo.

**Sinais vitais:**

FR: 28 rpm    FC: 112 bpm    Temp.: 36,5°C

**Avaliação antropométrica** (Segundo os gráficos de crescimento da Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, recomendados pela OMS para meninos/meninas.)

Peso atual (P): 9,5 kg (adequado para idade)

Comprimento (C): 74 cm (adequado para idade)

Perímetro cefálico (PC): 46 cm (adequado para idade)

IMC: 17 (adequado)

**Mucosas:** úmidas e descoradas.      **Pele:** pálida.

**Cabeça:** Crânio com proeminências frontais, parietais e occipitais simétricas, couro cabeludo limpo, sem infestações nem lesões.

Face: traços fisionômicos normais, proporções, características, simetria, movimentação e tônus muscular normais.

Pescoço: simétrico em todos os ângulos, curto, nódulos linfáticos não palpáveis, tireoide não palpável.

Tórax: simétrico, sem deformidades aparentes, mobilidade da parede torácica bilateralmente simétrica e coordenada.

Coluna vertebral: alinhada.

Mamas: presença de dois mamilos sem massas nem nódulos palpáveis.

Sistema Respiratório: movimentos respiratórios e frequência respiratória sem alterações, expansibilidade torácica normal, frêmito torácico-vocal sem alterações, murmúrio vesicular conservado sem ruídos agregados.

Sistema cardiovascular: batimentos cardíacos nítidos e claros nos quatro focos de ausculta, sem sopros cardíacos. Perfusão sanguínea periférico presente, boas condições dos vasos sanguíneos, ausência de circulação colateral.

Abdome: abdome flácido, simétrico, pele uniformemente esticada e sem pregas, umbigo plano, cicatriz umbilical centralizada, ruídos hidroaéreos normais, ausência de massas, órgãos dentro da normalidade.

Genitália: anatomicamente normal para sexo feminino, sem alterações.

Ânus: orifício anal presente, íntegro, isento de sinais de parasitoses, presença de reflexo esfíncteriano.

Membros: conformação óssea normal, simétricos em comprimento e largura, com movimentação ampla.

Sistema neuromuscular: criança alerta, reconhece pessoas e objetos familiares, músculos eutróficos, com tônus e movimentos voluntários normais.

### **Hipóteses diagnóstica:**

- Lactente com crescimento e desenvolvimento adequado para sua idade.
- Erro alimentar
- Anemia Clínica.

### **Conduta:**

- Sinalo o erro na alimentação da criança e eu explico a importância de uma alimentação complementar adequada nos dois primeiros anos de vida para evitar a anemia, oriento os diferentes grupos de alimentos e sua incorporação na dieta (fazendo ênfase nos alimentos ricos em ferro), as frequências das refeições, composição, consistência e higiene dos alimentos. Orienro oferecer já a comida da família. Todas estas orientações são feitas segundo o preconizado no Caderno de atenção básica de Saúde da criança: Nutrição infantil (CAB N°23, 2009).

- Dou orientações sobre evitar acidentes.
- Solicito PCR e Exame Parasitológico de Fezes (EPF) para descartar infecções ocultas.
- Solicito só exame de Hemograma completo por ser o único exame para diagnóstico de anemia que pode ser feito no município.

### **Consulta Médica (12/05/2017)**

A mãe retorna com a criança para trazer o resultado do exame de Hemograma completo solicitado e refere que fez mudanças na alimentação da filha segundo o orientado.

*Dados da triagem:* P:10 kg C: 75 cm PC: 46 cm. Temp.: 36,6°C

*Exame Físico positivo:* pele e mucosas descoradas.

*Sinais Vitais:* FR: 28 rpm. FC:110 bpm

#### Resultado dos exames:

**PCR:** não reativa.

**EPF:** Protozoários e Helmintos: ausentes.

#### **Hemograma Completo:**

Eritrócitos (/mm): 4.000.000	Leucócitos: 8,000/ul.
Hematócrito (%): 30	Neutrófilos:58 %
Hemoglobina (g/dl): 10	Linfócitos: 35%
VCM (fL): 75	Eosinófilos:4 %
HCM (pg): 25	Monócitos:3 %
CHCM (%): 31	Basófilos:0 %
RDW (%): 11	

Avaliando o resultado anterior afirmamos que a criança é portadora de Anemia Ferropriva segundo os valores de hemograma e especificamente das constantes corpusculares segundo a Associação brasileira de Hematologia e hemoterapia. Esta anemia é a mais frequente nos dois primeiros anos de vida, ainda mais por ser uma criança que não recebeu uma alimentação complementar adequada (consumindo alimentos com pouco aporte de ferro) e neste momento em ausência de infecções agudas. Decido, então, prescrever tratamento específico para anemia ferropriva com sais de ferro, neste caso Sulfato ferroso a razão de 3mg/kg/dia de ferro elementar por um período de três meses como preconiza o Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de condutas Gerais (anexo B), 2013. Insisto na importância de consumir alimentos ricos em ferro e vitamina C. Oriente especificidade do tratamento (evitar alimentos que inibem a



absorção do ferro). Marco o retorno para três meses e solicito um novo exame de hemograma completo para avaliar o resultado do tratamento.

**Prescrevo:** Sulfato ferroso (gotas 125mg/ml) 1ml= 38 gotas=25 mg de Fe elementar.

Peso: 10 kg. Dose total de Fe elementar: 30 mg/dia = 1,2 ml (0,4 ml três vezes por dia = 15 gotas três vezes por dia nas refeições principais).

### **Visita Domiciliar (29/06/2017)**

Realizo visita domiciliar para verificar estado de saúde da criança, dinâmica familiar e adesão ao tratamento. Aproveito para fazer o genograma familiar completo.

### **Consulta de retorno (23/08/2017)**

Comparece em consulta criança de 16 meses em companhia da mãe para avaliar a evolução da Anemia após três meses de tratamento. A mãe traz o resultado do novo exame de Hemograma Completo e relata que a filha está bem, tem bom apetite, aceita todos os alimentos oferecidos e até acha que a criança ganhou peso.

Dados da triagem:

Peso: 11,6kg comprimento: 77cm PC: 47 cm

Sinais vitais: FR: 27 rpm FC: 108 bpm Temp: 36.6 °C.

Exame físico: sem alterações. (Pele e mucosas coradas).

### **Resultado de Hemograma:**

Eritrócitos (/mm): 4.500.000	VCM (fL): 85
Hematócrito (%): 37	HCM (pg): 29
Hemoglobina (g/dl): 12,1	CHCM (%): 36
Leucócitos: 6,500 /ul.	RDW (%): 15

No resultado do hemograma completo aprecia-se a recuperação da Hb, neste momento os valores são normais e adequados para a idade da criança portanto a Anemia foi tratada com evolução favorável. Dou orientações nutricionais novamente e programo a próxima consulta de Crescimento e desenvolvimento para os 18 meses de idade.

### 3 PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE DOENÇA.

Eu comecei a trabalhar na minha UBS há um ano e desde o começo percebi que a instabilidade na permanência dos funcionários sobretudo do pessoal médico tinha sido grande o que tinha influído de maneira negativa no acompanhamento das crianças em consultas de **Puericultura**. Embora existia um espaço na agenda compartilhada para “Saúde da criança” e especificamente para consultas de Crescimento e desenvolvimento, as mães só compareciam quando os filhos ficavam doentes porque desvalorizavam ou desconheciam a consulta de puericultura. Depois de analisar esta situação com minha equipe e debater a importância desta consulta que visa manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância, só faltava o planejamento das ações para atingir a meta de acompanhar todas as crianças cadastradas na UBS em consultas de crescimento e desenvolvimento cujas ações priorizam a saúde em vez da doença.

Para desenvolver este trabalho em sua plenitude, precisava conhecer e compreender a criança em seu ambiente familiar e social, além de suas relações e interação com o contexto socioeconômico, histórico e cultural da comunidade considerando que isto se torna fundamental já que nossas ações, além de serem dirigidas à criança, refletem-se sobre o seu meio social, a começar pela família pois sem o envolvimento desta, as ações não serão bem sucedidas.

Então, inicialmente comecei por realizar visitas domiciliares às puérperas para identificar recém nascidos de alto risco (Peso ao nascer < 2500 g; prematuro < 37 semanas de gestação; histórico de asfixia ao nascer com apgar < 7 no 5º minuto de vida, filhos de mãe adolescente < 18 anos e presença de malformações), com a ajuda dos ACS realizei um levantamento por microáreas de todas as crianças menores de 2 anos cadastradas na UBS por ser esta faixa etária a mais vulnerável de adoecer, se contataram as mães e se agendaram as consultas além de realizar palestras sobre a importância da Puericultura aproveitando todos os cenários possíveis como as consultas de pré-natal, de planejamento familiar e a oportunidade que oferece a sala de vacinas por ser o

espaço mais visitado pelos pais. Avaliamos integralmente as crianças doentes que compareciam com suas mães, sem restringir o atendimento apenas à queixa apresentada e sem perder oportunidades para uma abordagem global da criança agendando o retorno para a consulta de Puericultura. Realizamos grupos educativos, tendo como participantes as mães ou responsáveis pelas crianças ganhando a confiança na equipe e uma maior adesão às consultas.

Depois de todas nossas ações começaram a comparecer as crianças nas consultas de puericulturas, eu acompanho-as nas terças feiras de manhã e a enfermeira nas quintas feiras de tarde.

Além de vigiar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor e intelectual de cada paciente, isso nos permitiu identificar situações como as seguintes:

- Recém-nascido com patologias graves, intercorrências ou internações.
- Crianças que não realizaram o “teste de pezinho”.
- Menor de 1 ano sem acompanhamento.
- Menor de 6 meses que não mama no peito.
- Desconhecimento dos pais quanto à alimentação complementar.
- Criança com ganho de peso insuficiente ou com perda de peso recente.
- Criança com sobrepeso/obesidade.
- Criança com vacinas em atraso.
- Criança com anemia ou sinais de hipovitaminose A.
- Criança com atendimento frequente em serviços de urgências.
- Mãe/pai/cuidador em dependência de álcool/drogas.

Baseado no anterior minha equipe realiza atividades cujo objetivo básico contempla a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, por meio de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, oferecendo informações que constituem medidas preventivas eficazes.

Assim como se descreve no Caderno de Atenção Básica de Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento (CAB N°33) e coincidindo com a nossa experiência profissional, a consulta de Puericultura tem-nos permitido:

- Promover o aleitamento materno exclusivo.
- Promover a educação alimentar e nutricional.
- Estimular o desenvolvimento Psicomotor e da linguagem.

- Promover a segurança e a prevenção de acidentes.
- Promover a prevenção de lesões não intencionais, principalmente no ambiente doméstico.
- Estimular a prevenção das doenças mais comuns na comunidade.
- Promover a higiene física e mental e a prática de atividades de lazer adequadas segundo a faixa etária da criança.

#### **4 VISITA DOMICILIAR.**

A Visita Domiciliar é um instrumento de intervenção fundamental na saúde da família e na continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações como ferramenta estratégica de cuidado, destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, garantindo assim os princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade do cuidado, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social.

Quando se fala em saúde da mulher, pode-se destacar grupos que são prioritários para atendimento domiciliar, no qual enquadra-se a atenção domiciliar às puérperas, já que o cuidado durante o puerpério deve ser imediato, pois visa a uma assistência individual e holística, estabelecendo vínculo de confiança com a puérpera e toda sua família, contribuindo diretamente na promoção da saúde, bem como na prevenção de doenças comuns nesta fase.

O primeiro dia de trabalho na minha UBS fui acolhida pela Enfermeira quem forneceu para mim toda a informação que eu precisava para iniciar minha atuação como médico da equipe. Depois de 2 meses percebi que nosso trabalho com o programa de atenção à Saúde da mulher não estava sendo sistemático e de forma geral se limitava ao acompanhamento das grávidas até o momento do parto perdendo a continuidade do cuidado no período de puerpério, pois este não era considerado uma prioridade e só era realizado o registro da puérpera e do recém-nascido.

Primeiramente comparti minha preocupação com a enfermeira e solicitei um espaço na reunião da equipe para expor a importância da atenção à mulher e ao recém-nascido neste período visando fornecer informação aos ACS's e ao resto dos membros para refletir e tomar consciência das nossas ações, e a partir daí, organizar nosso trabalho. Solicitei a cada ACS realizar um levantamento das grávidas da sua microárea com todos os dados prestando especial atenção à

Data Provável de Parto (DPP) para realizar a busca ativa de puérperas e recém nascidos. Como estratégia para mantermos atualizados, foi escolhido um ACS para visitar toda segunda feira a Sala de parto do Hospital Regional de Coari e recolher os dados dos partos ocorridos na semana para informá-los na reunião da equipe que é realizada toda segunda feira no horário da tarde. Isto permitiu realizar a captação de puérperas e recém nascidos de forma precoce nos primeiros 7 dias após o parto, sendo visitados pela equipe de forma conjunta (Médico, Enfermeira, ACS's).

A visita domiciliar tem uma duração de ao redor de 45 minutos e o primeiro objetivo é avaliar o estado de saúde da mulher e do RN e a interação entre eles. Depois de uma anamnese para avaliar o estado geral da puérpera e do bebê, verifico as informações preenchidas na caderneta da criança, dentro das quais estão o tipo de parto (normal ou cesárea), se foi uma gravidez a termo, presença ou não de mecônio, valores de apgar, medidas antropométricas do recém-nascido, complicações e outras que considero importantes para identificar situações de riscos ou possíveis intercorrências para a adoção de condutas adequadas.

Logo realizo um exame físico da puérpera prestando especial atenção às mucosas, às mamas, à ferida cirúrgica no caso de cesariana, à involução do útero, às características dos loquios e ao períneo.

No recém-nascido observo a criança e realizo um exame físico cefalo-caudal com ênfase nas fontanelas, as características da pele se tem presença de palidez, icterícia ou cianose, o padrão respiratório, a hemodinâmica, as condições do coto umbilical, os reflexos neurológicos, a atividade espontânea, o estado de hidratação assim como o aleitamento materno observando e avaliando a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola.

Além de verificar o estado físico do binômio mãe-filho, a visita domiciliar constitui um espaço para explorar as preocupações da paciente, informar sobre o puerpério para minimizar seus anseios e medos e proporcionar à puérpera a realização de cuidados práticos com o bebê, através de demonstrações e orientações quanto às técnicas para uma pega correta durante a amamentação, ao cuidado das mamas, os cuidados do recém-nascido e a realização do Teste do pezinho.

Nas visitas aproveito para reforçar as orientações dadas durante o pré-natal, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, não havendo a necessidade de oferecer água, chá ou qualquer outro alimento ao recém-nascido; posso avaliar a dinâmica familiar e o empoderamento da família para os cuidados com o bebê e a mãe, assim como orientar à família a importância de apoiar a mulher no processo de amamentação oferecendo um ambiente familiar harmônico e sossegado que possa garantir o sucesso do aleitamento materno e o bem-estar fisiológico e emocional da família; dou informações quanto à alimentação, higiene, atividade física e sexual e orientamos o planejamento familiar; prescrevo suplementação de ferro diário (40 mg/dia de ferro elementar) por período de três meses após o parto e oriento levar o filho, com 15 dias de vida, à UBS para iniciar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

A realização de procedimentos mais utilizada é a aferição da pressão arterial mas também realizamos curativo da ferida cirúrgica e retirada de pontos nos casos de operação cesariana, assim como a cura do coto umbilical.

Devo sinalar que não todas as pacientes são receptivas as nossas orientações, muitas famílias têm crenças e costumes que consideram mais valioso o critério das pessoas idosas que os critérios médicos e essa é uma das dificuldades que enfrentamos, mas é gratificante ver como a visita domiciliar ajuda a proporcionar um bem-estar materno infantil com diminuição de intercorrências durante o período puerperal quando as nossas orientações são tomadas em conta, permitindo além disso uma melhor adesão às consultas de puericultura.

## 5 REFLEXÃO CONCLUSIVA.

O Curso de Especialização em Saúde da família tem sido muito útil para mim no ponto de vista profissional, está me ajudando a atualizar meus conhecimentos e aperfeiçoar minhas habilidades. Sou médica intercambista e ao início tive que me adaptar a um processo de trabalho totalmente diferente e embora tinha toda a informação que precisava foi realmente o curso quem me ensinou a organizar meu trabalho através da confecção da agenda profissional e o mais importante é que me permitiu enxergar a importância do trabalho em equipe.

Acho que os conteúdos estudados tanto no Eixo I quanto no Eixo II foram essenciais para me guiar no dia a dia, para fazer meus atendimentos mais completos e minhas condutas mais resolutivas abordando os problemas de saúde da minha população com um enfoque mais integral. Cada um dos casos complexos apresentados foi um reflexo da realidade cotidiana que enfrento na minha consulta e agradeço tenha sido assim porque constituíram um norte que me orientou na abordagem de situações de saúde similares.

Baseado nas aulas, artigos e atividades dos diferentes módulos desenho estratégias para trabalhar com cada programa e obter uma melhor adesão às consultas e os resultados são positivos, mas sem dúvidas, minha maior satisfação tem sido as mudanças alcançadas com respeito às consultas de puericultura no acompanhamento do Crescimento e desenvolvimento das crianças e grande parte do sucesso tem a ver com as atividades de promoção de saúde realizadas junto ao Projeto de intervenção do Curso de Especialização.

De forma geral posso dizer que as mudanças têm sido significativas e começaram na equipe, a organização do processo de trabalho é uma realidade, o acolhimento do paciente tem mudado, a população conhece a agenda de trabalho de cada profissional e sabe quando se dirigir à UBS segundo as suas necessidades de saúde, ainda sabe que as urgências são priorizadas e confia nos atendimentos. As reuniões da equipe começaram a ser fixas, com um horário estabelecido e com objetivos marcados, cada membro percebe que seu critério é importante no planejamento das ações e seu trabalho é imprescindível na



solução dos problemas, isso faz que a minha participação nas reuniões seja mais ativa.

Nunca tive experiência com a modalidade de ensino a distância e ao início devo confessar foi difícil, mas, a plataforma foi desenhada de forma prática e didática que permite o fácil manuseio de todas as informações disponibilizadas, porém, a maior dificuldade para mim foi o acesso à plataforma já que moro no estado Amazonas e meu município tem sérios problemas com o acesso à internet, razão pela qual tive que postar algumas das tarefas fora do prazo de entrega e realizar várias tentativas para completar as atividades avaliativas porque perdia a conexão. Acho positivo que ante essa última situação a Universidade considerara as tentativas ilimitadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Nutrição Infantil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 111 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 2v.: il. (Caderno de Atenção Básica)

DRULLA, A. G.; ALEXANDRE, A. M. C.; RUBEL, F. I.; MAZZA, V. A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. *Cogitare Enfermagem*, v.14, n.4, p.667-672, 2009.

## ANEXO I- PROJETO DE INTERVENÇÃO



**Estratégia de intervenção para diminuir a incidência de anemia através de uma alimentação complementar associada a doses profiláticas de sulfato ferroso em crianças de 6 a 12 meses de idade na UBS Manoel Carlitos Dos Santos.**

**Dra. Yuliet Basalo Barreda**

**Coari\_AM, fevereiro 2017**

## SUMÁRIO

1-Introdução -----	3
2-Objetivos -----	6
3-Revisão da literatura-----	7
4-Metodologia-----	11
5-Cronograma-----	13
6-Recursos necessários-----	15
7-Resultados esperados-----	16
Referência bibliográfica-----	17
Anexos-----	18

## INTRODUÇÃO

A alimentação da criança desde o nascimento e nos primeiros anos de vida tem repercussões ao longo de toda a vida do indivíduo, sendo essencial para o crescimento e desenvolvimento adequados. Sabe-se que o leite materno é um importante componente da alimentação infantil ótima. O aleitamento materno, isoladamente, é capaz de nutrir adequadamente as crianças nos primeiros 6 meses de vida; porém, a partir desse período, deve ser complementado. A adequação nutricional dos alimentos complementares é fundamental na prevenção de morbimortalidade na infância, incluindo desnutrição, sobrepeso e anemia, esta última com aumento da prevalência no Brasil. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que o aleitamento materno seja exclusivo até os seis meses de vida e que os alimentos complementares sejam introduzidos a partir desta idade. Entende-se por alimentação complementar, quaisquer alimentos nutritivos sólidos ou líquidos, oferecidos à criança, em adição ao leite materno, após os seis meses de vida.

A partir dessa idade ocorre o esgotamento das reservas de ferro, e a alimentação passa a ter papel predominante no atendimento às necessidades deste nutriente. Crianças de 6 a 12 meses, onde o crescimento e o desenvolvimento acelerados determinam uma necessidade de ferro em maior quantidade, tendem a desenvolver anemia. Além do crescimento acelerado, a introdução de alimentos deficiente em ferro pode contribuir para o aparecimento da doença. A anemia também prejudica o desenvolvimento físico motor, psicológico, cognitivo e de linguagem, é a partir dessa idade que a maioria das crianças atinge um estágio de desenvolvimento geral e neurológico (mastigação, deglutição, digestão e excreção) adequado.

Minha ESF atua na UBS Manoel Carlitos Dos Santos, localizada no bairro Espírito Santo no município Coari, estado Amazonas. Na nossa área de abrangência temos 48 crianças menores de um ano, delas 31 têm entre 6 a 12 meses.

No nosso atuar diário vemos crianças que não conseguem ter um crescimento e desenvolvimento adequado segundo estabelecido para sua idade por causa de uma nutrição inadequada, bem seja porque a mãe após dos 6 meses continua

oferecendo de forma exclusiva o aleitamento materno sem brindar outro alimento, seja porque só se complementa o aleitamento materno com alimentos baseados em cereais como “mingau”, água e chás pobres em ferro, muitas vezes por desconhecimento da família relacionado a introdução dos alimentos e outras por falta de informação dada pelos profissionais de saúde que acompanham às crianças ou pela utilização de palavras ou termos não compreendidos pelos pais. Temos que sinalar que existem outros fatores que incidem neste problema como a escolaridade materna, também considerada um fator socioeconômico importante na determinação da anemia, pois uma maior escolaridade repercute numa maior chance de emprego e renda, contribuindo para uma melhor qualidade da alimentação da família. A constituição familiar, com um grande número de crianças pequenas na família, aumenta a demanda por alimentos, como também diminui os cuidados de saúde e alimentação fornecidos à criança. Baixo consumo de ferro devido às precárias condições de pobreza e rede de distribuição pobre em alimentos de origem animal, assim como a cultura alimentar da região baseada no consumo da mandioca e farinhas, peixes e pouco consumo de outras carnes e grãos.

Nesse contexto, atingir a alimentação ótima para a maioria das crianças pequenas é um componente essencial da estratégia da nossa equipe. Nos últimos anos, tem ocorrido avanços importantes na promoção da amamentação, mas, infelizmente, a promoção da alimentação complementar tem tido menos progressos elevando o número de crianças com anemia. Consideramos que logrando educar às mães para introduzir adequada e paulatinamente os alimentos complementares podemos promover hábitos alimentares saudáveis e diminuir a incidência de anemia no primeiro ano de vida.

A anemia interfere nos processos de crescimento e desenvolvimento da criança, a redução da concentração de hemoglobina sanguínea compromete o transporte de oxigênio para os tecidos e tem como consequências diversos sinais e sintomas, entre eles, alterações da pele e das mucosas (palidez, glossite), comprometimento do sistema digestivo com alterações gastrointestinais (estomatite, disfagia), outras alterações como palpitação, redução da função cognitiva, prejuízo no desenvolvimento da linguagem, transtornos de aprendizagem, alterações comportamentais e psicológicas como

falta de atenção, fadiga, cansaço fácil, insegurança, irritabilidade e transtornos da afetividade, diminuição da atividade física, prostração e anorexia (falta de apetite). São frequentes as alterações no crânio, em crianças com anemia ferropriva de longa duração; anormalidades nos ossos longos e alterações na função tireoidiana (glândula Tiroides).

A partir de 2005, o Ministério da Saúde adotou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF) como estratégia de suplementação profilática de ferro para o controle da anemia no Brasil, preconizando a suplementação semanal com xarope de sulfato ferroso (25mg de ferro) para lactentes entre seis e 18 meses de idade mas na realidade há muito tempo que essa profilaxia não é feita. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Tomando em conta o mecanismo de produção da anemia, os prejuízos que esta provoca no desenvolvimento e saúde da criança, a necessidade da ingestão de ferro no controle da doença e a importância e benefícios de uma alimentação complementar correta na formação de adequados valores de hemoglobina no primeiro ano de vida, decidimos fazer este projeto de intervenção na nossa área de abrangência.

## OBJETIVOS

### Geral:

Diminuir a incidência de anemia em crianças de 6 a 12 meses de idade através de uma adequada alimentação complementar associada a doses profiláticas semanal de sulfato ferroso.

### Específicos:

- 1 - Identificar as crianças de 6 a 12 meses de idade cadastradas na UBS.
- 2 - Determinar os níveis de hemoglobina de cada criança ao início do projeto por meio de exame de Hemograma completo.
- 3- Iniciar suplementação de ferro em doses de 25 mg semanal por 6 meses desde o começo do projeto às crianças não anêmicas.
- 4 - Incrementar o conhecimento das mães/pais/responsáveis das crianças sobre a alimentação complementar e seus benefícios.
- 5 – Estimar os valores da hemoglobina após 6 meses do início do projeto, tendo como referencial normal valores de 11 g/dl segundo critérios da OMS.
- 6- Avaliar a taxa de incidência de anemia, tomando como valor de sucesso um 10 %.



## Revisão da literatura

### *Anemia*

Anemia é definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como a condição na qual o conteúdo de hemoglobina no sangue está abaixo do normal como resultado da carência de um ou mais nutrientes essenciais, seja qual for a causa dessa deficiência (OMS, 2011). As anemias podem ser causadas por deficiência de vários nutrientes como Ferro, Zinco, Vitamina B12 e proteínas. Porém, a Anemia causada por deficiência de Ferro, denominada Anemia Ferropriva, é muito mais comum que as demais (estima-se que 90% das anemias sejam causadas por carência de Ferro). O Ferro é um nutriente essencial para a vida e atua principalmente na síntese (fabricação) das células vermelhas do sangue e no transporte do Oxigênio para todas as células do corpo.

A anemia por deficiência de ferro, em termos de magnitude, é na atualidade o principal problema em escala de saúde pública do mundo. Estima-se que a prevalência global de anemia em crianças menores de cinco anos é de 47,4% e, na América Latina e no Caribe, é de 39,5%. A África é o continente que apresenta a mais elevada prevalência de anemia (64,6%), e as menores prevalências são observadas na Europa (16,7%) e na América do Norte (3,4%) (KRAEMER; ZIMMERMANN, 2007). No Brasil se conhece bem a prevalência de anemia em crianças menores de 5 anos. Diversos estudos isolados mostram que as prevalências variam de 30% a 70% dependendo da região e estrato socioeconômico (CARVALHO, 2012)

A anemia ferropriva constitui um problema de saúde pública global, atingindo concomitantemente os países em desenvolvimento e os desenvolvidos, com graves consequências à saúde do homem e ao desenvolvimento social e econômico dos países. Embora a anemia exista em todas as faixas etárias, as crianças de seis a 24 meses estão entre os grupos mais vulneráveis a essa deficiência, pelas altas necessidades de ferro para seu crescimento e por sua possível associação com o atraso do desenvolvimento infantil (AZEREDO, 2010).

A redução da concentração de hemoglobina sanguínea compromete o transporte de oxigênio para os tecidos e tem como principais sinais e sintomas

as alterações gastrintestinais (estomatite, disfagia), fadiga, fraqueza e palpitação. As consequências são dentre outras: redução da função cognitiva, do crescimento e do desenvolvimento psicomotor, prejuízo no crescimento e no desempenho muscular, acarretando prejuízos também no desenvolvimento neurológico e no desempenho escolar além de afetar a termorregulação e a imunidade da criança (LEITÃO, 2016)

Como o ferro está envolvido na respiração celular, os baixos níveis de hemoglobina interferem no metabolismo energético podendo afetar o nível de atividade física; portanto no sistema nervoso central ele pode estar associado a retardo na capacidade cognitiva da criança e na pele e mucosas a queda de hemoglobina reflete-se por palidez cutânea e de mucosas, utilizada para avaliar a presença de anemia em crianças. Fato este comprovado por estudos realizados em crianças com idade inferior a cinco anos que demonstram que a anemia ferropriva relaciona-se, entre outras alterações, a baixos escores em testes de desenvolvimento mental e de atividade motora, podendo levar a seqüela irreversível, mesmo na presença de tratamento adequado.

Dos 6-12 meses, as necessidades de ferro por peso corporal se encontram bastante elevadas, tendo o peso da criança, ao final do primeiro ano de vida, triplicado em relação ao do seu nascimento. Aproximadamente 30% do ferro necessário para a Eritropoese (produção de células vermelhas do sangue) deve ser proveniente do consumo alimentar, uma vez que, devido ao seu crescimento acelerado e sua dependência da alimentação como fonte deste mineral, a criança se torna bastante suscetível a entrar em balanço negativo de ferro.

A partir dos seis meses, ocorre o esgotamento das reservas de ferro, e a alimentação passa a ter papel predominante no atendimento às necessidades deste nutriente, daí torna-se necessária a introdução da alimentação complementar, visando o fornecimento de energia, proteínas, vitaminas e minerais sendo necessário que o consumo de ferro seja adequado à demanda requerida para este grupo etário.

### *Alimentação Complementar e Suplementação de ferro.*

A partir dos seis meses de idade, a alimentação complementar, conforme o nome sugere, tem a função de complementar o aleitamento materno e aportar energia e micronutrientes necessários para o crescimento saudável e pleno desenvolvimento das crianças. No sexto mês de vida a criança já tem desenvolvidos os reflexos necessários para a deglutição, como o reflexo lingual, já manifesta excitação à visão do alimento, já sustenta a cabeça, facilitando a alimentação oferecida por colher, e tem-se o início da erupção dos primeiros dentes, o que facilita na mastigação, desenvolve ainda mais o paladar e, conseqüentemente, começa a estabelecer preferências alimentares, processo que a acompanha até a vida adulta.

Os fatores culturais e psicossociais influenciam as experiências alimentares da criança desde o momento do nascimento, por meio do processo de aprendizagem. O contexto social exerce papel preponderante, sobretudo nas estratégias que os pais utilizam para alimentar a criança ou na estimulação a comer alimentos específicos. O ambiente doméstico, o estilo de vida dos pais, as relações interfamiliares podem ter grande influência na alimentação, nas preferências alimentares, e afetar o equilíbrio nutricional da alimentação pela disponibilidade e composição dos alimentos. Assim, a família tem papel decisivo no aprendizado de hábitos socialmente aceitos, na formação de novos hábitos, no autocontrole da ingestão alimentar e na formação de um padrão de comportamento alimentar adequado ou não.

No Brasil, o Ministério da Saúde, com apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), elaborou as recomendações alimentares para crianças menores de dois anos, denominada "Os dez passos para uma alimentação saudável das crianças menores de dois anos", esse guia objetiva promover práticas alimentares saudáveis para a criança pequena e ser uma medida importante na prevenção de anemia (MONTE. 2005). Por isso os esforços devem ser centrados na recomendação de alimentos que são fonte de ferro, com consumo diário de carne, miúdos (no mínimo uma vez por semana) e suco de fruta natural, fonte de vitamina C, após o almoço e jantar, para aumentar a absorção do ferro.

O Ministério da Saúde criou em 2005 o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, que se destina à suplementação preventiva de todas as crianças de 6 a 18 meses com 25 mg de sulfato ferroso com frequência semanal (MINISTERIO DE SAÚDE. 2005), além da fortificação das farinhas de trigo e de milho e das ações educativas, propondo a suplementação junto a uma adequada alimentação complementar como ferramentas fundamentais no controle da anemia no Brasil (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2001).

As intervenções educacionais têm um potencial efeito em termos de custo-benefício. A orientação nutricional deve ser realizada juntamente a qualquer medida implementada, no sentido de modificar hábitos de consumo, no que se refere à escolha, combinação e preparação dos alimentos. É necessário incentivar o consumo de alimentos variados, principalmente os ricos em ferro, utilizando alternativas mais acessíveis sob o ponto de vista econômico, como as vísceras. Também se deve incentivar consumo de alimentos ricos em vitamina C juntamente com os alimentos ricos em ferro numa mesma refeição, objetivando favorecer a absorção de ferro, em detrimento de alimentos que possam inibir essa absorção.

Assim, a promoção da alimentação saudável, de modo geral, deve prever escopo amplo de ações que contemplem a formação de hábitos alimentares saudáveis desde a infância, com a introdução da alimentação complementar em tempo oportuno e de qualidade, respeitando as identidades cultural e alimentar das diversas regiões, cumprindo o proposto no PNSF, e diminuindo consideravelmente a incidência de anemias em lactentes e as consequências que esta traz para a vida. (BRASIL, 2006).

## **Metodologia**

Pretendemos realizar um projeto de intervenção no qual o público alvo serão as crianças em idades de 6 a 12 meses com seus pais, cadastradas na UBS Manoel Carlitos dos Santos, no bairro Espirito Santo, município Coari, cujo objetivo é diminuir a incidência de anemia nestas crianças fomentando uma adequada alimentação complementar através de atividades de educação em saúde e fornecendo uma dose semanal profilática de ferro (25 mg) por 6 meses.

## **Desenho da operação**

No primeiro momento apresentaremos a proposta do projeto a nossa equipe, seus objetivos, metodologia, expectativas e resultados esperados, a fim de integrar todos seus membros e motivar a participação neste processo de intervenção. Faremos a explanação do cronograma de atividades, responsáveis e recursos necessários.

Nosso projeto terá três etapas: **etapa diagnóstica, etapa de intervenção e etapa de avaliação.**

**Etapa diagnóstica (1):** nesta etapa identificaremos todas as crianças cadastradas na UBS com idades compreendidas entre 6 e 12 meses. Logo de identificadas procederemos a coletar amostra do sangue para realizar dosagem de hemoglobina através de exame de Hemograma completo que será feito no Laboratório Clínico do Hospital Regional de Coari, previa coordenação. Com o resultado deste exame classificaremos os valores segundo critérios da OMS, utilizando como referencial normal para essa faixa etária valor acima de 11g/dl.

As crianças com valores de hemoglobina abaixo de 11g/dl são portadoras de Anemia e estarão excluídas do projeto pois dependendo da classificação da anemia (leve, moderada ou grave) serão tratadas com doses diárias de sulfato ferroso segundo protocolo da Anemia recebendo todas as informações sobre alimentação complementar em consultas de crescimento e desenvolvimento.

Estabelecemos, então:

**1- Critério de inclusão:** crianças de 6 a 12 meses de idade com valores de hemoglobina superior a 11 g/dl.

**2- Critério de exclusão:** crianças portadoras de anemia, ou seja, com valores de hemoglobina inferior a 11 g/dl.

**Etapa de intervenção (2):** esta etapa será a mais importante porque dará cumprimento ao objetivo 3 com o início da suplementação profilática em dose semanal de 25 mg de ferro que receberam estas crianças por um período de 6 meses e ao objetivo 4 visando incrementar os conhecimentos das mães sobre a alimentação complementar.

Para atingir o objetivo 3 serão agrupados os pacientes por microárea para que marcado um dia fixo na semana (sexta feira) os ACS darão na UBS, a dose profilática semanal de ferro aos pacientes da sua área, sendo os responsáveis desta atividade.

Para lograr o objetivo 4 serão realizadas atividades educativas sobre nutrição enfocando os temas na alimentação complementar a partir dos 6 meses com o objetivo de brindar informação sobre idade de introdução e frequência, grupos de alimentos, composição e consistência, alimentos fontes de ferro, higiene dos alimentos e outros. Se realizará 1 atividade ao mês com duração de 2 horas, na primeira hora se efetuará uma atividade de educação em saúde (palestra, demonstração, entrega e apresentação de trípticos) que serão realizadas por o médico e a enfermeira, com um tema específico e na segunda hora será para debater, esclarecer dúvidas, trocar experiências entre os pais e apresentar receitas de comidas para crianças.

**Etapa de avaliação (3):** nesta última etapa avaliaremos os resultados de nossa intervenção por meio da realização de um novo exame de Hemograma completo para saber se atingimos nossos propósitos ao comprovar se o valor da hemoglobina é igual ou superior ao valor do exame feito no início do projeto, esperando não ter incidência de anemia (caso novo), logrando hábitos alimentares adequados da família toda que repercutirá na saúde futura da criança.

## Cronograma de execução

A proposta do nosso projeto será apresentada à equipe no mês de junho e o projeto de intervenção será executado durante um período de 6 meses, cada etapa será desenvolvida como segue:

- Etapa #1: junho/ 2017
- Etapa #2: julho-dezembro/ 2017
- Etapa #3: dezembro/2017.

Atividades	Junho 2017	Julho 2017	Agosto 2017	Setembro 2017	Outubro 2017	Novembro 2017	Dezembro 2017
Apresentação da proposta do projeto à equipe.	X						
Apresentação da proposta do projeto à coordenação da APS no município.	X						
Identificar as crianças de 6 a 12 meses de idade cadastradas (universo)	X						
Realizar exame de hemograma completo em todas as crianças para avaliar valores de hemoglobina.	X						

Definir a amostra seguindo critérios de inclusão/exclusão	X						
Fornecer dose profilática semanal de ferro aos pacientes.		X	X	X	X	X	X
Realização de atividades educativas para os pais ou responsáveis do cuidado das crianças.		X	X	X	X	X	X
Avaliar valores de hemoglobina aos 6 meses de iniciado o projeto.							X
Avaliar o resultado do projeto estimando a taxa de incidência de anemia.							X



## **Recursos necessários**

### Recursos materiais:

- Papelaria
- Computador
- Sala para realização de atividades educativas de grupo.
- Requisição para exames laboratoriais
- Suplementos de ferro.
- Pasta para arquivo do planejamento das atividades
- Canetas
- Materiais educativos impressos.

### Recursos humanos:

- Profissionais Médico, Enfermeiro, Nutricionista, Téc./Aux. Enfermagem, Bioquímico, ACS;
- Pacientes e familiares (mães/pais/responsáveis)

## **Resultados esperados**

Esperamos com a realização deste projeto diminuir a um 10 % a incidência de anemia nas crianças de 6 a 12 meses incluídas nesta estratégia de intervenção, demonstrando a fortaleza das ações de promoção de saúde na aquisição de hábitos alimentares saudáveis nas crianças com a introdução adequada da alimentação complementar associado a ações de prevenção fornecendo dose profilática semanal de suplemento de ferro a cada um destes pacientes. Para os pais ou responsáveis, a informação e o conhecimento sobre questões de educação e saúde são instrumentos vitais, para que, quando capacitados, logrem oferecer a seus filhos uma alimentação qualitativamente melhor, que não significa consumir alimentos de alto custo, diminuindo as possibilidades de sofrer anemia posteriormente.

### **Os resultados esperados são os que seguem:**

- Avaliar o valor de hemoglobina em todas as crianças de 6 a 12 meses cadastradas na UBS e acompanhar aquelas que não assistiam à consulta.
- Elevar o conhecimento dos pais sobre os diferentes grupos de alimentos e micronutrientes para promover uma alimentação complementar adequada.
- Fomentar hábitos alimentares saudáveis em crianças desde cedo.
- Valorizar alimentos típicos da região promovendo o consumo dos mesmos.
- Diminuir a incidência de anemia (número de casos novos) nestas crianças.
- Demonstrar aos profissionais que acompanham as crianças em consulta de crescimento e desenvolvimento a importância do suplemento de ferro profilático a partir dos 6 meses de idade.

## Referência bibliográfica

AZEREDO, C. et al. Efetividade superior do esquema diário de suplementação de ferro em lactentes. Revista de Saúde Pública, Viçosa, v. 44, n. 2, p. 230-239, 2010.

CARVALHO J, Prevalência de fatores de risco para anemia ferropriva em pré-escolares. 2012. Disponível em:  
<http://leg.ufpi.br/subsiteFiles/picos/arquivos/files/Monografia%20Julyanne.pdf>  
Acesso em: 24 mar.17.

KRAEMER K; ZIMMERMANN M, Nutritional Anemia, Swiss Federal Institute of Technology, Zurique, 2007, 414 p.

LEITÃO W et al. Anemia Ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática da literatura. 2016. Disponível em:  
<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/salud/anemia-hierro-deficiencia-infantil>. Acesso em: 22 mar.17.

MINISTERIO DE SAUDE, Programa nacional de suplementação de ferro. 2005. Disponível em:  
[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_pcan.php?conteudo=conheca\\_o\\_programa](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pcan.php?conteudo=conheca_o_programa). Acesso em: 22 mar.17

MONTE C. et al. Guia alimentar para crianças menores de 2 anos. Ministério de Saúde, 2ed. 2005. 152 p. Disponível em:  
[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_alimentar\\_crianças\\_menores\\_2anos.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianças_menores_2anos.pdf). Acesso em: 24 mar.17.

OMS, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad, 2011. Disponível em:  
<http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin/es/> Acesso em: 24 mar.17.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Temas de nutrição em Pediatria. Rio de Janeiro; 2001.

**Anexos**

Anexo I. Modelo de solicitação de exame.

Prefeitura Municipal de Coari Secretaria municipal de Saúde UBS Manoel Carlitos dos Santos.	
Solicitação de exames	
Nome:	Idade:
Endereço:	Sexo:
<p>( ) Hemograma completo:</p> <p>Hemoglobina -----g/dl                      Hematócrito ----- %</p> <p>Leucócitos:    Plaquetas:</p> <p>Segmentados:</p> <p>Linfócitos:</p> <p>Eosinófilos:</p> <p>Basófilos:</p> <p>Monócitos:</p> <p style="text-align: right;">_____.</p> <p style="text-align: right;">Realizado por:</p>	
Data:	_____. <p style="text-align: right;">Prof./ Solicitante.</p>

## Anexo II. Ficha individual de controle de suplemento de ferro.

Ficha individual de controle de administração profilática de suplemento de ferro. Município Coari UBS Manoel Carlitos dos Santos.	
Dados pessoais:	
Nome da criança: _____	Data de nascimento: ___/___/___
Nome da mãe: _____	Idade da mãe: _____ anos.
Nome do pai: _____	Idade do pai: _____ anos.
Endereço: _____	
Telefone: _____	
Dados do nascimento:	
Parto normal ( )	Parto cesariano ( )
Peso ao nascer: _____ g	Comprimento ao nascer: _____ cm
Perímetro cefálico: _____ cm	Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
Apgar: 1ª min: _____	5ª min: _____
Idade gestacional (IG): _____ semanas _____ dias	
Tipagem sanguínea do RN: _____ Mãe: _____	
Aleitamento materno na primeira hora de vida: ( ) Sim ( ) Não	
Aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses: 1M ( ) 2M ( ) 3M ( ) 4M ( ) 5m ( ) 6M ( )	

Dados atuais:

Peso: \_\_\_\_\_ g          comprimento: \_\_\_\_\_ cm          perímetro cefálico: \_\_\_\_\_ cm

Vacinas atualizadas sim ( ) não ( )          Pendente:

Caso seja maior de 6 meses:

Iniciou alimentação complementar: sim ( ) não ( )

(Dorso)

Suplemento de ferro: sulfato ferroso em gotas (125mg/ml)

Dose profilática: 25 mg = 4 gotas.          Frequência: semanal.

Microárea: \_\_\_\_\_ ACS: \_\_\_\_\_.

Meses	Data de administração	assinatura
Julho	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Agosto	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Setembro	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Novembro	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
Dezembro	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

**Resultado de exame evolutivo de hemoglobina/ hematócrito. (6 meses)**

Data da coleta: \_\_\_\_\_

Hemoglobina: \_\_\_\_\_ g/dl.

Hematócrito: \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do médico da ESF.

**OUTROS ANEXOS.**

**1- Genograma do caso clinico.**

