

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA
FAMÍLIA

MOISES ROJAS GONZALEZ

INTERVENÇÃO EM PEDIATRIA PREVENTIVA NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE VILA CELESTE DA EM IPATINGA - MINAS
GERAIS

IPATINGA / MINAS GERAIS

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA
FAMÍLIA

MOISES ROJAS GONZALEZ

INTERVENÇÃO EM PEDIATRIA PREVENTIVA NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE VILA CELESTE DA EM IPATINGA - MINAS
GERAIS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização Gestão do Cuidado na Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientador: Dra. Maria Marta Amancio Amorim

IPATINGA / MINAS GERAIS

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO NA SAÚDE DA
FAMÍLIA

MOISES ROJAS GONZALEZ

INTERVENÇÃO EM PEDIATRIA PREVENTIVA NA UNIDADE
BÁSICA DE SAÚDE VILA CELESTE EM IPATINGA - MINAS
GERAIS

Banca examinadora

Examinador 1 – Professora: Dra. Maria Marta Amancio Amorim

Examinador 2 – Professora: Maria Dolores Soares Madureira- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 15 de janeiro de 2018.

DEDICATÓRIA

À Deus, que se mostrou criador, que foi criativo.
Aos meus pais, minha esposa, e minha filha.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, em primeiro lugar, a Deus, pela força e coragem durante toda esta longa caminhada. Aos meus pais, minha esposa, minha filha e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

Agradeço à minha professora orientadora que teve paciência e que me ajudou bastante a concluir este trabalho.

RESUMO

O acompanhamento do nascimento, crescimento e desenvolvimento até os 5 anos de idade é fundamental para que a criança receba cuidados específicos, capazes de promover seu bem estar físico e prevenir problemas que possam interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor. Este estudo tem como objetivo desenvolver um programa de puericultura resolutivo através de atividades educativas e consultas direcionadas à saúde da criança, na faixa etária de 0 a 5 anos, na comunidade atendida pela equipe Branca da Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Celeste, localizada na zona urbana do município de Ipatinga, no estado de Minas Gerais. Os temas abordados serão: acompanhamento integral e continuado de cada criança, aleitamento materno e a alimentação adequada, cuidados para evitar acidentes domésticos, vacinação oportuna e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Sendo assim a proposta é promover uma intervenção educativa e realizar consultas e exames de acompanhamento periódicos para a implementação de consultas direcionadas à saúde da criança na UBS Vila Celeste. Com isso espera-se diminuir de forma significativa as doenças infectocontagiosas, anemia ferropriva, obesidade, desnutrição e aumentar a aderência ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, bem como realizar precocemente o diagnóstico de doenças para prevenir morbidades e evitar suas seqüelas. As fontes de dados são o Diagnostico Situacional de Saúde realizado pelos Agentes Comunitários da Saúde, os prontuários dos pacientes e o sistema estatístico da UBS. Em seguida aplicou-se a Estimativa Rápida, que apóia o planejamento participativo no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos. Foi feita a classificação de prioridade para os problemas identificados, sendo escolhido o principal problema. Realizou-se a revisão bibliográfica utilizando web sites Sientific Electrony Library Online e base de dados do Ministério de Saúde. Depois foi feito o projeto de intervenção pelo Método do Planejamento Estratégico Situacional.

Palavras chave: Puericultura. Educação. Prevenção.

ABSTRACT

Follow-up of birth, growth and development up to 5 years of age is fundamental for the child to receive specific care, capable of promoting his physical well-being and prevent problems that may interfere in his neuropsychomotor development. This study aims to develop a childcare program through educational activities and consultations aimed at the health of the child, in the age group 0 to 5 years, in the community attended by the White Team of the Basic Health Unit Vila Celeste, located in the urban zone of the municipality of Ipatinga in the state of Minas Gerais. The topics covered will be: full and continuous follow-up of each child, breastfeeding and adequate nutrition, care to avoid domestic accidents, timely vaccination and monitoring of growth and development. Therefore, the proposal is to promote an educational intervention and to carry out regular consultations and follow-up examinations for the implementation of consultations directed at children's health at the Primary Health Unit (UBS) Vila Celeste. This is expected to significantly reduce infectious diseases, iron deficiency anemia, obesity, malnutrition and increase adherence to exclusive breastfeeding up to six months, as well as early diagnosis of diseases to prevent morbidities and prevent their sequelae. The data sources are the Situational Diagnosis of Health performed by the Community Health Agents, the patient records and the UBS statistical system. Then, the Rapid Estimate was applied, which supports participatory planning in order to contribute to the identification of group health needs. Next, priority classification was made for the problems identified. When the main problem was chosen, a bibliographic review was done using web sites such as Scientific Electrony Library Online and a database of the Ministry of Health. Then the intervention project was done by the Strategic Situational Planning Method.

Keywords: Childcare. Education. Prevention.

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário da Saúde.
APS	Atenção Primária de Saúde
CODEMIG	Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais
COPASA	Companhia de Saneamento de Minas Gerais
DM	Diabetes Mellitus.
ERP	Estimativa Rápida Participativa
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
ONU	Organização das Nações Unidas
PES	Programa Estratégico Situacional
PIB	Produto Interno Bruto.
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
RMVA	Região Metropolitana do Vale do Aço
RN	Recém nascido
UBS	Unidade Básica de Saúde.
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UPA	Unidade de Pronto Socorro.
UPA	Unidade de Pronto Socorro.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
1.1 Breves informações sobre o município Ipatinga	9
1.2 O sistema municipal de saúde	12
1.3 A Equipe de Saúde da Família (Branca), seu território e sua população	13
1.4 Estimativas rápidas: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	14
1.5 Priorizações dos problemas (segundo passo)	15
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Objetivo geral	18
3.2 Objetivos específicos	18
4 METODOLOGIA	19
5 REVISÃO BIBLIOGRAFICA	21
5.1 Estratégia saúde da família	21
5.2 Puericultura	22
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	28
6.1 Descrições do problema selecionado (terceiro passo)	28
6.2 Explicações do problema (quarto passo)	29
6.3 Seleções dos nós críticos (quinto passo)	30
6.4 Desenhos das operações (sexto passo)	30
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município Ipatinga

Ipatinga é um município brasileiro localizado no interior do estado de Minas Gerais, região Sudeste do país. Pertence à mesorregião do Vale do Rio Doce, à microrregião de Ipatinga e à Região Metropolitana do Vale do Aço e localiza-se a leste da capital do estado (IBGE 2014).

A origem do topônimo "Ipatinga" varia conforme a fonte. Enquanto uma versão defende que seja um termo da língua tupi que significa "pouso de água limpa" ou "lagoa clara", outra afirma que se trata de um arranjo elaborado pelo engenheiro Pedro Nolasco, responsável pelo projeto da Estrada de Ferro Vitória a Minas, aproveitando os elementos "Ipa" – da cidade de Ipanema e "tinga" – de Caratinga (IPATINGA, 2017).

A área do município é de 164,884 km², representando 0,0282% do território mineiro, 0,0179% da área da região Sudeste do Brasil e 0,0019% de todo o território brasileiro. Desse total 36,82 km² estão em área urbana. Ipatinga está inserida na depressão interplanáltica do Vale do Rio Doce, cujo relevo é resultado de uma dissecação fluvial atuante nas rochas granito-gnáissicas do período Pré-Cambriano. O conjunto apresenta rochas do complexo gnáissico-magmático-metamórfico, que incluem biotita-gnaïsse, rochas graníticas e granito-gnaïsse. O relevo é heterogêneo, sendo 55% do território ipatinguense plano, enquanto que 30% são de terras onduladas e nos 15% restantes os terrenos são montanhosos. Ipatinga faz limites com os municípios de Mesquita e Santana do Paraíso a norte, Caratinga a leste, Timóteo a sul e Coronel Fabriciano a oeste. O intenso crescimento da região tem tornado inefetivas as fronteiras políticas entre seus municípios, formando-se a Região Metropolitana do Vale do Aço (RMVA), envolvendo Ipatinga juntamente com as cidades de Coronel Fabriciano, Santana do Paraíso e Timóteo, além dos outros 24 municípios que fazem parte do chamado colar metropolitano. O município, como sede da Usiminas e outras empresas metal-mecânicas, tem um papel fundamental como empregador para as cidades a seu redor em 2011, gerava

68,9% do Produto Interno Bruto (PIB) metropolitano. A população do município em 2010 era 239.468 habitantes (estimativa do IBGE para o ano de 2014). Segundo o censo daquele ano, 116.209 habitantes eram homens e 123.259 mulheres. Ainda segundo o mesmo censo, 236.968 habitantes viviam na zona urbana e 2.500 na zona rural. Já no ano 2016, segundo estatísticas divulgadas, a população municipal era de 259.324 habitantes, sendo o décimo mais populoso do estado. Da população total em 2010, 5.226 habitantes (21,85%) tinham menos de 15 anos de idade, e 14.991 pessoas (6,26%) possuíam mais de 65 anos, sendo que a esperança de vida ao nascer era de 76,9 anos e a taxa de fecundidade total por mulher era de 1,6 (IBGE 2014).

Ipatinga possui estabelecimentos de saúde privados e municipais entre hospitais, pronto-socorro, unidades básicas de saúde, serviços odontológicos entre outros, além de profissionais com ótima preparação para promover saúde no município. Conta com o hospital Marcio Cunha, um dos melhores da região. O município possui 26 instituições dos ensinos Fundamental e Médio em escolas estaduais, 37 em Ensino Especial, Educação Infantil. Com o objetivo de aumentar a qualidade da educação, a prefeitura organizou alguns projetos de alfabetização e inclusão social (IPATINGA, 2017).

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de Ipatinga é considerado alto pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), sendo que seu valor é de 0,771 (o 220º maior do Brasil e o 16º maior de Minas Gerais). A cidade possui a maioria dos indicadores próximos à média nacional segundo o PNUD. Considerando-se apenas o índice de educação o valor é de 0,705, o valor do índice de longevidade é de 0,864 e o de renda é de 0,752 (IPATINGA, 2017).

A administração municipal se dá pelos Poderes Executivos e Legislativos. O Executivo é exercido pelo prefeito, auxiliado pelo seu gabinete de secretários. O primeiro representante do Poder Executivo do município foi José Orozimbo da Silva, nomeado como intendente pelo governador José de Magalhães Pinto após a emancipação política, no entanto Fernando Santos Coura foi o primeiro prefeito eleito, tendo assumido o cargo em 4 de dezembro de 1965. O atual é

Sebastião Quintão, do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), eleito nas eleições municipais de 2016, com 54% dos votos válidos e empossado em 1º de janeiro de 2017, ao lado de Jésus Nascimento como vice-prefeito. O Poder Legislativo, por sua vez, é constituído pela câmara municipal, composta por dezenove vereadores. Cabe à casa elaborar e votar leis fundamentais à administração e ao Executivo, especialmente o orçamento participativo (Lei de Diretrizes Orçamentárias) (IPATINGA, 2017).

Em complementação ao processo Legislativo e ao trabalho das secretarias, existem também conselhos municipais em atividade, entre os quais direitos da criança e do adolescente (criado em 1995), tutelar (2008), direitos do idoso (2000), direitos da pessoa com deficiência (2007) e políticas para mulheres (2005). Ipatinga se rege por sua lei orgânica, promulgada em 1º de maio de 1990, e abriga uma comarca do Poder Judiciário estadual, de entrância especial, tendo como termos os municípios de Ipaba e Santana do Paraíso. O município possuía, em novembro de 2016, 183.297 eleitores, de acordo com o Tribunal Superior Eleitoral (TSE), o que representa 1,170% do eleitorado mineiro (IPATINGA, 2017).

A indústria, em 2014, era o setor mais relevante para a economia do município, com 3.665.147 mil reais do PIB municipal. Boa parte desse valor se deve à presença da Usiminas, com um considerável volume de produtos exportados, destacando-se em relação à produção de aço, aço inoxidável e produtos metal mecânicos. O estabelecimento do complexo industrial é o responsável por atrair empresas fornecedoras, complementares e de prestação de serviços às atividades produtivas tanto em Ipatinga quanto nos municípios ao redor. Ipatinga também possui um distrito industrial, que é administrado pela Companhia de Desenvolvimento Econômico de Minas Gerais (CODEMIG), estruturado em 1998 e conta com área de cerca de 35.113.336 m² (IPATINGA, 2017).

O serviço de abastecimento de água e a coleta de esgoto é feita pela Companhia de Saneamento de Minas Gerais (COPASA) e atinge 100% da

população. O recolhimento de resíduos sólidos é feito pela prefeitura municipal. (IPATINGA, 2017).

1.2 O sistema municipal de saúde

O município conta com 22 Unidades de Saúde e 53 equipes de saúde da família, que garantem a porta de entrada ao sistema de saúde nacional. Ipatinga dispõe de Centro de Atenção Psicossocial, Policlínica Municipal, Centro Especializado de Odontologia, Hospital Municipal Elaine Martins, Hospital Central Márcio Cunha (Fundação São Francisco Xavier), Hospital Márcio Cunha (Centro Oncológico e Radioisótopos), Unidade de Pronto Atendimento, Serviços de Atendimento Móvel de Urgência, Laboratório municipal, Farmácias Populares, Centro de Vacina na Unidade Básica de Saúde (UBS) Bethania, e o Centro de Referência Sanitário em Saúde do Trabalhador (IPATINGA, 2017).

Neste momento o município está dentro do Sistema fragmentado de atenção à saúde, mas algumas mudanças garantem a evolução para um Sistema de Redes de Atenção à saúde integrada.

Ipatinga e outras 32 cidades integram a Região Metropolitana do Vale do Aço. Com sua criação, os municípios associados passam a contar com instrumento legal para encaminhar, com transparência administrativa, ações de interesses comuns. A implantação do Samu Regional foi primeira atuação efetiva do Consórcio (IPATINGA, 2017).

Os municípios cooperam para que o atendimento possa ser universalizado e igualitário a todos os pacientes. Essa cooperação é feita quando não dispomos de serviços de saúde que os pacientes precisam. A cooperação entre os municípios garante uma atenção de forma integrada, fornecendo o atendimento de saúde gratuito a qualquer cidadão (IPATINGA, 2017).

Dentro dos principais problemas do sistema municipal de saúde temos insuficiente coordenação no cuidado dos pacientes pela fragmentação da rede

de atenção à saúde, pelas equipes na Atenção Primária de Saúde (APS), insuficiência do número de médicos em relação ao total de população, insuficiente manejo da atualização dos prontuários médicos pelos profissionais, falta de contra-referências dos pacientes que são encaminhados ao Ponto de Pronto Atendimento (UPA), carência de especialistas nas redes do Sistema Único de Saúde (SUS) (IPATINGA, 2017).

1.3 A Equipe de Saúde da Família Branca, seu território e sua população.

A equipe de Saúde da Família Branca cobre, em sua área adstrita, 4.781 pessoas do bairro Vila Celeste, com 3983 maiores de 15 anos. A área de abrangência da equipe está situada na zona urbana (IPATINGA, 2017).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) trabalham na atualização diária dos cadastros dos pacientes para garantir informações certas sobre o estado de saúde da nossa população. A incorporação da população nas reuniões da equipe é outra conquista do trabalho da equipe, já que temos pouca participação dela. Uma das atividades mais desenvolvidas pela equipe é o atendimento à demanda espontânea. Também fornecemos para o paciente o acompanhamento do período pré-natal, puericultura nos menores de dois anos, e os programas de atenção aos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) e de atenção às crianças com Asma Bronquial (RESPIRAR) quer seja na unidade de saúde, ou nas residências. Atendemos um total de 20 a 25 pacientes por dia (IPATINGA, 2017).

As doenças mais atendidas pela equipe são: doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabete Mellitus (DM), hipercolesterolemia e doenças crônicas transmissíveis como dengue e em menor quantidade hanseníase. Além disso, também são freqüentes as doenças respiratórias, diarreias, infecções urinárias. Um grande problema de saúde é na atenção à saúde da criança, baixa adesão à consulta de Puericultura. Devido à alta taxa de morbidade em criança como desnutrição, obesidade, anemia ferropriva, doenças infectocontagiosas respiratórias e

parasitárias, baixa aderência ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses e outros fatos relacionados com a saúde da criança. (IPATINGA, 2017).

1.4 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)

A organização e a administração de um sistema de saúde baseiam-se em um conjunto de informações marcantes que orientam o planejador quanto às necessidades de saúde da população, além de estabelecer um ordem de prioridade dessas necessidades, e a oferta de serviços existentes com suas capacidades de atendimento. A Estimativa Rápida Participativa (ERP) é um método que favorece o planejamento participativo, já que contribui na identificação das necessidades de saúde de grupos distintos, inclusive daqueles menos privilegiados, em parceria com os administradores de saúde. Possibilita portanto, adequar o conhecimento teórico com o saber prático, de jeito a simplificar ao tomador de decisão, desenvolver o planejamento local em união com a própria comunidade que aceita e ajuíza o trabalho. O método tem como vantagens que é célere, precisa de curto período de tempo e é de baixo custo (SAÚDE E CIDADANIA, 2008)

Os principais problemas de saúde da Equipe Branca da UBS Vila Celeste são:

1. Alta taxa de morbidade em crianças de 0 a 5 anos
2. Alta prevalência de pacientes com HAS
3. Alta prevalência de pacientes com DM
4. Aumento de gravidez na população adolescente
5. Violência
6. Cachorros doentes morando nas ruas

1.5 Priorização dos problemas (segundo passo)

No quadro 1 mostramos os problemas identificados pela equipe em ordem de prioridade, analisando a importância, urgência, e capacidade de enfrentamento por parte da equipe da saúde.

Quadro 1. Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adstrita à equipe de Saúde Branca, UBS Vila Celeste, município de Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de Enfrentamento	Seleção
Alta taxa de morbidade em crianças de 0 a 5 anos	Alta	8	Parcial	1
Alta prevalência de pacientes com HAS	Alta	6	Parcial	2
Alta prevalência de pacientes com DM	Alta	6	Parcial	3
Aumento de gravidez na população adolescente	Alta	6	Parcial	4
Violência	Média	3	Fora	5
Cachorros doentes morando nas ruas	Baixa	1	Fora	6

Fonte: Autoria Própria (2017)

Os principais problemas de saúde da Equipe Branca, da UBS Vila Celeste, identificados pelo método da ERP foram: alta taxa de morbidade em crianças de 0 a 5 anos, alta prevalência de pacientes com HAS, alta prevalência de pacientes com DM, aumento de gravidez na população adolescente, violência, cachorros doentes morando nas ruas.

No processo de priorização, a equipe avaliou de importância de todos os problemas identificados, já que eles influenciam o estado de saúde da nossa população. A capacidade de enfrentamento da equipe foi avaliada em parcial, nos casos de alta taxa de morbidade em crianças de 0 a 5 anos, aumento de gravidez na população adolescente, alta prevalência de pacientes com DM, alta prevalência de pacientes com HAS, já que acreditamos ter ferramentas para trabalhar e fazer mudanças neles. Mas também precisamos do apoio ou colaboração de estruturas do governo, e de fora de nossa capacidade, como os

problemas de violência, cachorros doentes morando nas ruas, já que a equipe não tem governabilidade para eliminar esses problemas.

Na coluna urgência a equipe avaliou alta taxa de morbidade em crianças de 0 a 5 anos como o problema mais urgente com 8 pontos, já que é um problema presente no dia a dia, na consulta de demanda espontânea. Seguidos dele temos alta prevalência de pacientes com HAS, alta prevalência de pacientes com DM, aumento de gravidez na população adolescente. Três problemas com pontuação 6, depois temos violência com 3 pontos, e no final cachorros doentes morando nas ruas com 1 ponto.

2 JUSTIFICATIVA

Aproximadamente uma em cada oito crianças manifesta variações no seu processo de desenvolvimento e tais problemas podem prejudicar a sua qualidade de vida e a sua incorporação na sociedade. O prognóstico das crianças com distúrbios do desenvolvimento depende, de forma direta, da identificação e intervenção precoce dessas alterações, o que faz a avaliação do desenvolvimento parte fundamental de toda a consulta médica (ISENSTEIN; SOUZA, 1993).

Estudos apontam que crianças com baixo peso e que não recebem aleitamento materno nos primeiros meses de vida são mais propensas a desenvolver doenças cardiovasculares quando adultas (ISENSTEIN; SOUZA, 1993).

Em nossa área, o total de crianças entre 0 a 5 anos é 263, dessas, 118 são do sexo masculino e 145 do sexo feminino. No mês de maio foram atendidas em consulta de morbidade 153 crianças com idade de 0-5 anos, representando 58% do total desse grupo de idade, sendo cientes que precisamos procurar uma solução dessa realidade.

Para isso, a equipe multiprofissional de saúde da família atua com ferramentas para monitorizar o correto desenvolvimento e saúde da criança e de sua família, como a consulta médica, a consulta de enfermagem, as visitas domiciliares, a consulta odontológica, e os grupos educativos (UNIFESP, 2010).

O objetivo da consulta de puericultura é a promoção de saúde na criança prevenindo precocemente alterações no desenvolvimento e a aparição de doenças num futuro adulto, de modo que ela alcance toda sua capacidade biopsicossocial (FUGIMORI; OHARA, 2009)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Desenvolver um programa de puericultura resolutivo através de atividades educativas e consultas direcionadas à saúde da criança na faixa etária de 0 a 5 anos na UBS Vila Celeste.

3.2 Objetivos Específicos

Desenvolver medidas para a promoção da saúde da criança e prevenção de doenças prevalentes na faixa etária de 0-5 anos através da criação de um grupo de saúde da criança.

Promover palestras educativas sobre: aleitamento materno, alimentação saudável nos primeiros cinco anos de vida, prevenção de acidentes, higiene bucal com distribuição de folhetos e folders educativos.

Identificar alterações relacionadas ao crescimento e desenvolvimento no grupo de crianças que assistem à puericultura.

Implementar consultas direcionadas à saúde da criança para prevenir doenças e promover o seu bem estar.

4 METODOLOGIA

O projeto de intervenção consiste em uma intervenção educativa, orientando a importância e o impacto da puericultura nas crianças através da realização de consultas direcionadas e palestras educativas lecionadas com a finalidade de orientar pais e outras pessoas envolvidas na saúde das crianças. Inclui temas importantes como: benefícios do aleitamento materno, alimentação saudável, cuidados para evitar acidentes prevalentes nessa faixa etária, assim como a orientação da importância da puericultura para avaliação do crescimento e desenvolvimento e o diagnóstico precoce de possíveis alterações.

A fonte deste projeto é o Diagnóstico Situacional de Saúde feito pela equipe. Depois da realização do Diagnóstico Situacional de Saúde pelos dados fornecidos pelos ACS, os prontuários dos pacientes, e o sistema estatístico aplicou-se a Estimativa Rápida que apóia o planejamento participativo no sentido de contribuir para a identificação das necessidades de saúde de grupos (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010)

Em seguida foi feita a classificação de prioridade para os problemas identificados, sendo escolhido o principal problema. Realizou-se uma revisão bibliográfica, pesquisando web sites como Scientific Electrony Library Online (SciELO) e base de dados do Ministério de Saúde. Os descritores utilizados foram: Puericultura, Pediatria, Educação em Saúde, Atenção Primária, Intervenção e Morbidade Infantil.

O projeto de intervenção foi realizado pelo Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES) (CAMPOS; FARIAS; SANTOS, 2010). O PES possui os seguintes passos: definição dos problemas, priorização dos problemas, descrição do problema selecionado, explicação do problema, seleção dos nós críticos, desenho das operações, identificação dos recursos críticos, análise de viabilidade de plano, elaboração do plano operativo e gestão.

O público alvo do projeto foram crianças de 0-5 anos de idade, da UBS Vila Celeste do município Ipatinga.

No projeto serão convocadas a equipe branca para a realização de palestras educativas e consultas de puericultura, as crianças de 0-5 anos acompanhadas de seus responsáveis. Nesses pacientes serão realizados: exame físico geral, avaliação dos parâmetros vitais, medição peso, comprimento, circunferência cefálica, assim como a avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo. Concomitantemente será realizada suplementação de ferro e vitamina A, com vistas à intervenção apropriada e oportuna dessas crianças.

Com isso serão analisados e os resultados obtidos serão colocados em gráficos para idade versus comprimento e peso para avaliação do percentil. Também será realizado o registro em prontuário individual e no livro de puericultura, para que se possa dar continuidade ao acompanhamento de cada criança.

5. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1. Estratégia Saúde da Família

Segundo o Departamento de Atenção Básica de Saúde do Ministério da Saúde uma boa qualidade de vida da criança mediante educação sanitária é a primazia para o atendimento á saúde dos povos. O Brasil vem avançando no objetivo de suprimir os problemas de saúde na criança e tem desenvolvido mecanismos que garantem os direitos infantis e maternos, no que diz respeito à luta contra o analfabetismo, a desnutrição, e a erradicação de doenças que causam anualmente a morte de milhões de crianças (BRASIL, 2004).

Na opinião de Ciampo *et al.* (2006), para o desenvolvimento saudável são necessários cuidados básicos com a finalidade de promover, prevenir, e reabilitar a saúde da criança. Esses cuidados devem ser fornecidos na atenção básica à saúde por ser a porta de entrada do sistema por meio de ações práticas, habilidades e conhecimentos (CIAMPO *et al*, 2006).

Para garantir o acompanhamento do crescimento e o desenvolvimento das crianças, o Ministério da Saúde instituiu as linhas de cuidado para fornecer uma assistência integral, oferecendo atendimento nos três níveis de atenção, por meio de ações preventivas que estimulem a autonomia e a corresponsabilidade dos usuários, bem como a detecção precoce de agravos. A conquista das ações é a saúde, em vez da doença, avaliando a criança inserida no contexto familiar sob todos os aspectos que determinam sua saúde, reduzindo as taxas de morbidade e mortalidade por causas evitáveis. Usando como instrumento o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF), a atenção básica promove o acompanhamento sistemático das crianças menores de cinco anos e desenvolve o vínculo com as famílias (BRASIL, 2004).

A nova estratégia do setor saúde, representada pelo Programa de Saúde da Família não deve ser entendida como uma proposta marginal, mas, sim, como forma de substituição do modelo vigente, plenamente sintonizada com os

princípios da universalidade e equidade da atenção e da integralidade das ações e, voltada à permanente defesa da vida do cidadão. Deve ser estruturada na lógica básica de atenção à saúde, fornecendo novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde (BRASIL, 2000).

5.2. Puericultura

A palavra Puericultura tem origem no latim onde “puer” e significa criança. “Cultura” significa atenção de cuidados a um ser. A Puericultura é basicamente a ciência médica que promove e protege a saúde das crianças evitando alterações no desenvolvimento e doenças desde o nascimento até a adolescência (GARCIA *et al*, 2005).

O vocábulo “puericultura” etimologicamente significa atenções ofertadas a alguém, e foi usado primeiramente por Ballexserd, ao publicar na Suíça, em 1762, seu livro Tratado de Puericultura, abordando questões gerais de higiene da criança (BONILHA, 2004). Tal vocábulo teve destaque ao ser recobrado pelo médico francês Caron, que, em 1865, publicou um manual intitulado A puericultura ou a ciência de elevar higienicamente e fisiologicamente as crianças (SANTOS *et al*, 2010). Sua atenção partiu da verificação prática de que as maiorias das crianças que estavam internadas em hospitais na cidade de Paris, na sua época, com adequadas orientações sanitárias aos pais, como amamentação e cuidado adequados aos filhos, poderiam ter doenças e internações evitadas. Caron já destacava as principais bases da puericultura: a prevenção e a educação em saúde, estando estas duas linhas sempre conectadas, por isso a afirmativa de que a puricultura é fundamentalmente Pediatria preventiva (RESEGUE *et al*, 2007).

Outra abordagem de grande importância na puericultura são doenças comuns do adulto que apresentam raízes na infância e, portanto, prevê níveis precocemente desde a infância. Estudos apontam que quando a crianças apresentam baixo peso e não recebem aleitamento materno nos primeiros

meses de vida, têm mais riscos de desenvolver doenças cardiovasculares quando adultos (ISENSTEIN; SOUZA, 1993).

Houve transformações consideráveis nos últimos tempos que levaram a puericultura a evoluir e nem todos os especialistas tem conseguido avaliar e integrar à sua prática em consultório. Até alguns anos do século retrasado, a puericultura era basicamente um conjunto de técnicas e noções relativas ao cuidado de higiene, nutrição e disciplina de crianças pequenas, o qual era transmitido de mãe para filha no decorrer dos anos; portanto, cheio de mitos e tabus. A partir daí, a pediatria apropriou-se da puericultura e a transformou, aos poucos, em uma genuína ciência com aplicações e abrangência etária maiores (BLANK, 2003).

O lugar em que a criança ocupa hoje na teia social é fruto de um longo percurso onde a criança ganha um novo lugar social. As diversas visões sobre a infância, historicamente determinam com a égide do capitalismo, que a criança deve aprender, socializar-se e ser cuidada. E não mais a visão meramente trabalhista, de mão de obra. Ela, portanto, passa a ser a chave para a compreensão do adulto (CARVALHO *et al*, 2002).

A finalidade da puericultura é identificar as interferências negativas e distanciá-las da criança e do adolescente, garantido um desenvolvimento adequado para que alcance a idade adulta com boa saúde e melhor qualidade de vida. Assim, podemos permitir que a criança se torne um adulto saudável (GARCIA *et al*, 2005).

Para analisar a importância da puericultura dentro do contexto da Medicina de Crianças, consideremos que as bases gerais para o exercício da Medicina, incluindo-se a Pediatria, são o conhecimento técnico evidentemente imprescindível e a relação médico-paciente, aqui entendida não somente nos seus aspectos éticos, mas também na interligação ciência-arte, considerados fortemente vinculados ao contexto biopsicossocial, onde elas são exercidas. Complementarmente a estas bases gerais, podemos considerar as bases

específicas para o exercício da Pediatria e sua definição como especialidade (GARCIA *et al*, 2005).

Sabemos que o crescimento é um dos sinais mais importantes na avaliação da saúde da criança, sendo considerado fundamental para qualquer estratégia de promoção da saúde infantil, recomendado e reconhecido como uma importante ação de saúde (DUCAN *et al*, 2013).

A puericultura tem como objetivo se estabelecer como espaço do cuidado integral à saúde da criança, o que é materializado no contexto das políticas públicas com a consolidação da ESF. As práticas do cuidado à criança estão baseadas em origens das mais diversas naturezas. Documentos formalmente veiculados pelo Ministério da Saúde e órgãos internacionais de proteção à criança, como a Organização das Nações Unidas (ONU) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) balizam a boa prática do cuidado a estes pequenos. Estes documentos criam estratégias para lutar contra condições adversas no trato com a criança, bem como instrumentalizar a quem lida direta ou indiretamente com estas questões. No âmbito da Política Nacional de Saúde, a proposta da assistência integral à criança está fortalecida pelo viés da vigilância a saúde, como modelo alternativo de reorientação das práticas de atenção representada hoje, prioritariamente, no campo da atenção básica, pelas ações e práticas propostas pela ESF (MELLO, 2008).

Na tentativa de estreitar ainda mais a atenção integral a criança, em 1942 o UNICEF, enquanto órgão de domínio público adotou a declaração de Genebra sobre os Direitos da Criança, documento que cobrou da comunidade internacional uma série de compromissos em relação a estas para garantir o exercício de seus direitos, como à sobrevivência, à saúde, à educação, à proteção e a participação, entre outros (UNICEF, 2006).

A evolução no enfrentamento ao descaso com a humanidade chama a atenção de líderes mundiais que vêm assumindo, dentro do possível, os acordos estabelecidos junto a UNICEF e a ONU reafirmam e ampliam seus compromissos junto aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio e dispõem

em termos específicos às obrigações legais dos governos em relação à criança sua sobrevivência, seu desenvolvimento e proteção não mais como questões de caridade, e sim de obrigação moral e legal (UNICEF, 2006).

Com o objetivo de garantir a extensão da cobertura do atendimento infantil na rede básica de saúde e assegurar simultaneamente o aumento da capacidade resolutive da rede, desde 1984 o Ministério de Saúde prioriza cinco ações básicas de saúde, com eficácia comprovada para a redução da morbimortalidade infantil: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; prevenção e controle das doenças diarreicas; prevenção e controle das infecções respiratórias agudas; promoção do aleitamento materno e orientação alimentar para o desmame; e imunização. O conjunto dessas cinco ações básicas procura assegurar a integralidade e a sistematização do atendimento prestado pelos profissionais de saúde, mudando o enfoque de uma assistência baseada em doenças para uma modalidade de atenção que contemple a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento, que constitui o eixo central do atendimento prestado, evidenciando, de maneira precoce, os transtornos que afetam a saúde, o desenvolvimento da criança e a nutrição. Porém, a avaliação do crescimento físico normal é uma forma importante de conhecer e vigiar o estado geral da saúde de uma criança e o desenvolvimento socioeconômico e de saúde da comunidade onde ela vive (UNIFESP, 2010).

Desta forma, de uma maneira pratica a Rede Cegonha, do Ministério da Saúde, visa proporcionar aos recém nascidos melhores maneiras de atenção, pautadas em investigações científicas e princípios humanistas como: permanência do recém nascido (RN) ao lado da mãe durante todo o tempo de internação, desde os primeiros momentos de vida, com contato pele a pele e apoio à amamentação, clampeamento tardio do cordão, estímulo à participação do pai, tentativa de se evitar procedimentos iatrogênicos “de rotina”, sem embasamento científico, como também oferta de toas às triagens neonatais (BRASIL, 2012).

Servirá pouco o esforço para a sobrevivência de todos os recém nascidos nas maternidades sem um processo adequado de seu encaminhamento para a

continuidade dos cuidados, que são próprios de cada criança, para garantir solução as suas necessidades, seja em ambulatórios especializados (no caso de RN saídos das Unidades de Terapia Intensiva (UTI) com necessidade deste tipo de atenção, sejam na APS. Tal seguimento começa a partir do nascimento da criança, através da concessão de forma orientada da Caderneta de Saúde da Criança para a mãe do bebê, haja vista que tal material será útil para orientar e garantir um bom acompanhamento da criança em toda a sua linha de cuidado (BRASIL, 2012).

Segundo a APS é muito importante na primeira semana de vida garantir o acompanhamento da puérpera e do RN pela equipe de saúde, onde serão planejadas as ações futuras, visando desenvolver todas elas na mesma data: as consultas para a mãe e o RN, os exames laboratoriais, as imunizações, promovendo sempre que possível a participação do pai no processo. Ao alcançar os dois anos de vida, além da supervisão do processo de desenvolvimento na criança incluem aspectos biopsicossocial como a avaliação da saúde familiar (BRASIL, 2012).

No Brasil decorrente aos processos demográficos e epidemiológicos nos últimos tempos – o envelhecimento populacional, melhor índice de mortalidade infantil, maior prevalência das doenças crônicas não transmissíveis – permitiu planejar uma agenda de trabalho em áreas da saúde como o atendimento na saúde da criança de forma mais integral. Todos estes esforços visam garantir futuros adultos e idosos mais saudáveis (BRASIL, 2012).

A tarefa além de curar e assegurar a supervivência dos pacientes é evitar as doenças e seus fatores de risco desde idades iniciais, garantindo um bom desenvolvimento e melhor qualidade de vida na pessoa adulta (GARCIA *et al*, 2005).

Devido aos avanços e desenvolvimento das ciências médicas, hoje contamos com maior conhecimento para prevenir e evitar doenças que prejudicam o feto e a criança. Mas precisamos valorizar a importância das ações de prevenção criando estratégias educativas que ajudem a transmitir o conhecimento à

população, e assim fazer valer o progresso que a ciência médica teve nas últimas décadas (CELSO, 2015).

O trabalho de educador do puericultor cada dia é mais imprescindível, já que decorrente da falta de educação sanitária na família, a criança se desenvolve em um ambiente com muitos fatores de riscos, como ser mães adolescente, uso recorrente de drogas, alcoolismo, tabagismo, dentre outros. Geralmente na consulta de puericultura além de avaliar a história alimentar, o estado nutricional e a curva de crescimento, o desenvolvimento neuropsicomotor e o desempenho escolar, o estado vacinal, o padrão de atividades físicas, a acuidade visual, a audição, a saúde bucal e o desenvolvimento da sexualidade, o sono, é necessário realizar uma programação adequada ao paciente conforme a sua idade, que deve integrar: higiene corporal e dental, orientações alimentares, de imunização (vacinas, testes), exercícios físicos, vestuário, sono, repouso, prevenção de agravos físicos, estímulos do desenvolvimento. Além disso, contém orientações sobre prevenção dos distúrbios de conduta, psicoprofilaxia, respeito à individualidade da criança, papéis da adaptação na família e em grupos. Por fim são fornecidas informações a respeito da patologia que tem o paciente que incluem ações de prevenção ou curativas como: informar o diagnóstico, sem assustar, explicar a evolução da doença e o modo correto do uso das medicações (BATISTA, 2014).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Esta proposta de intervenção refere-se ao problema priorizado “Alta taxa de morbidade em crianças de 0 a 5 anos” para o qual se registra uma descrição, explicação e seleção de seus nós crítico, de acordo com a metodologia de PES (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrições do problema selecionado.

Na descrição da problemática priorizada a equipe utilizaram-se dados produzidos pela própria equipe, já que temos deficiências em nosso sistema de informação. A equipe selecionou indicadores relacionados com a frequência de alguns problemas como são: as doenças infectocontagiosas, a anemia, a obesidade, a desnutrição, falta de aderência ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a ocorrência de acidentes domésticos. No quadro 2 temos os descritores do problema Alta Taxa de morbidade em crianças menores de 5 anos.

Quadro 2 – Descritores do problema alta taxa de morbidade em crianças de 0-5 anos. UBS Vila Celeste. Equipe Branca. Maio-2017.

Descritores	Valores	Fontes
Doenças respiratórias	53	Registro da equipe
Parasitose gastrointestinal	27	Registro da equipe
Obesidade	11	Registro da equipe
Desnutrição	9	Registro da equipe
Anemia ferropriva	16	Registro da equipe
Acidentes domésticos	8	Registro da equipe
Internação	29	Registro da equipe

As primeiras causas de morbidade na população menor de 5 anos são as doenças respiratórias com 53 casos, seguida da parasitose gastrointestinal com 27 casos. Acreditamos que estas causas são devidas á insuficiente educação sanitária que tem a população de nossa área de abrangência.

6.2 Explicações do problema selecionado.

Cerca de “uma em cada oito crianças apresentam alterações do desenvolvimento, que podem interferir de forma significativa em sua qualidade de vida e inclusão na sociedade” (BRASIL, 2012 *apud* PIZOLATO *et al.*, 2016, p.1110). Na equipe Branca, o total de crianças entre 0 a 5 anos é 263, dessas, 118 são do sexo masculino e 145 do sexo feminino. No mês de maio de 2017 foram atendidas em consulta de morbidade 153 crianças com idade de 0-5 anos, representando 58% do total desse grupo de idade, sendo as doenças respiratórias a principal causa de consulta.

No entanto, o reconhecimento de muitos desses distúrbios é difícil, seja por se apresentar de forma sutil, seja por raramente estarem associados a alterações morfológicas, ou por se manifestarem incompletamente durante as consultas realizadas. O prognóstico das crianças com distúrbios do desenvolvimento depende, de forma direta, da identificação e intervenção precoces dessas alterações, o que faz a avaliação do desenvolvimento parte fundamental de toda a consulta médica (ISENSTEIN; SOUZA, 1993).

A atenção à saúde da criança voltada ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, ou seja, a puericultura, conhecida atualmente como a pediatria preventiva nos permite proporcionar atendimento integral, com ênfase na promoção de saúde da criança e na prevenção de doenças, que são iniciadas desde o pré-natal.

O acompanhamento também possibilita o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno das doenças diagnosticadas e a reabilitação quando necessário, a realização dessas medidas demonstrou ao longo dos anos a diminuição de forma significativa da morbimortalidade infantil (ISENSTEIN; SOUZA, 1993).

6.3 Seleções dos "nós críticos".

A equipe Branca da UBS Vila Celeste depois de avaliar a situação do problema priorizado realizou a seleção dos nós críticos para desenvolver uma proposta de intervenção educativa, com o objetivo de garantir e aumentar o nível de conhecimento dos pais em sentido geral, estimulando fazer mudanças no estilo de vida e prevenir doenças nas crianças.

"Nós críticos" do problema:

1. Educação insuficiente sobre aleitamento materno.
2. Baixo conhecimento sobre cuidados para evitar acidentes em crianças menores de 5 anos.
3. Conhecimento insuficiente sobre alimentação saudável em crianças menores de 5 anos.
4. Pouca orientação sobre a higiene bucal em crianças menores de 5 anos.
5. Processo de trabalho da equipe inadequado para enfrentar o problema.

6.4 Desenhos nas operações.

No quadro 3 analisamos o "nó crítico" 1, que tem relação com problemática da educação insuficiente sobre aleitamento materno de criança menor de 1 ano.

Quadro 3- Operações sobre o "nó crítico" 1; relacionado ao problema educação insuficiente sobre aleitamento materno à criança menor de um ano na população, sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Branca, UBS Vila Celeste, do município Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 1	Educação insuficiente sobre aleitamento materno
Operação	Aleitamento materno para garantir Saúde. Modificar hábitos sobre o aleitamento materno.
Projeto	Aleitamento materno saudável.
Resultados Esperados	Pais ou responsáveis das crianças menores de um ano mais informados sobre as vantagens do aleitamento materno

Produtos esperados	Programa de aleitamento materno; Campanha educativa na rádio local; Programa “Aleitamento Materno saudável”.	
Recursos necessários	Organizacional: para convocar os grupos de pais ou responsáveis das crianças menores de um ano; Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	
Recursos críticos	Político: mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	
Controle dos recursos críticos.	Ator que controla	Motivação
	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe Básica de Saúde. • Secretaria de Educação. • Setor de Comunicação Social. • Secretaria de Saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorável - Favorável - Favorável - Favorável
Ações estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> • Não são necessárias 	
Prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Início em três meses. 	
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de saúde. • Equipe de saúde. 	
Processo de monitoramento e avaliação das operações	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliações mensais. 	

O problema identificado foi a educação insuficiente sobre aleitamento materno. Como operação apontamos a modificação de hábitos sobre o aleitamento materno. Os resultados esperados são que os pais ou responsáveis mais informados sobre as vantagens do aleitamento materno. O produto esperado é a criação do Programa Aleitamento Materno saudável. Dentro dos recursos necessários temos o organizacional na convocatória dos grupos de pais ou responsáveis das crianças menores de um ano, o cognitivo na informação sobre o tema e estratégias de comunicação, o político na solicitude do espaço na radio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino, e financeiro para as aquisições de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. O interesse e colaboração dos controladores dos recursos é

favorável já que entendem a importância do problema garantindo o apoio deles. O prazo de começo das ações é em 3 meses. O monitoramento e avaliação das operações serão mensais.

No quadro 4 analisamos "nó crítico" 2 que tem relação com o problema baixo conhecimento sobre cuidados para evitar acidentes em crianças menores de 5 anos.

Quadro 4 - Operações sobre o "nó crítico" 2; relacionado ao problema baixo conhecimento sobre cuidados para evitar acidentes em crianças menores de 5 anos na população sob responsabilidade da UBS Vila Celeste, Equipe de Saúde da Família Branca, do município Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 2	Baixo conhecimento sobre cuidados para evitar acidentes em crianças menores de 5 anos.				
Operações	Conhecer os riscos de acidentes nas crianças menores de cinco anos. Educação sobre os riscos de acidentes nas crianças menores de cinco anos				
Projeto	+ Conhecimento				
Resultados Esperados	Diminuição dos casos de mobilidade por acidentes nas crianças menores de cinco anos tratamento.				
Produtos esperados	Programa de educação sobre cuidados para evitar acidentes nas crianças menores de cinco anos; Campanha educativa na rádio local				
Recursos necessários	Organizacional: para convocar os grupos de pais ou responsáveis das crianças menores de cinco anos; Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.				
Recursos críticos	Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.				
Controle dos recursos críticos	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;">Ator que controla</td> <td style="text-align: center;">Motivação</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> <ul style="list-style-type: none"> • Equipe Básica de Saúde. </td> <td style="text-align: center;">- Favorável.</td> </tr> </table>	Ator que controla	Motivação	<ul style="list-style-type: none"> • Equipe Básica de Saúde. 	- Favorável.
Ator que controla	Motivação				
<ul style="list-style-type: none"> • Equipe Básica de Saúde. 	- Favorável.				

	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de educação - Favorável. • Setor de Comunicação Social - Favorável • Secretaria de Saúde - Favorável
Ações estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> • Não são necessárias
Prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Início em três meses.
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de saúde. • Equipe de saúde.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliações mensais.

O problema identificado foi baixo conhecimento sobre cuidados para evitar acidentes em crianças menores de cinco anos. Os resultados esperados são a diminuição dos casos de mobilidade por acidentes nas crianças menores de cinco anos. O produto esperado é a criação do Programa de educação sobre cuidados para evitar acidentes nas crianças menores de cinco anos. Dentro dos recursos necessários temos o organizacional na convocatória dos grupos de pais ou responsáveis das crianças menores de cinco anos, o cognitivo na informação sobre o tema e estratégias de comunicação, o político na solicitude do espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino, e financeiro para as aquisições de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. O interesse e a colaboração dos controladores dos recursos são favoráveis já que entendem a importância do problema garantindo o apoio deles. O prazo de começo das ações é em 3 meses. O monitoramento e avaliação das operações serão mensais.

No quadro 5 analisamos o "nó crítico" 3 relacionado ao problema conhecimento insuficiente sobre alimentação saudável em crianças menores de 5 anos.

Quadro 5- Operações sobre o "nó crítico" 3; relacionado ao problema conhecimento insuficiente sobre alimentação saudável em crianças menores de 5 anos na população sob responsabilidade da UBS Vila Celeste, Equipe de Saúde da Família Branca, do município Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 3	Conhecimento insuficiente sobre alimentação saudável em crianças menores de 5 anos										
Operações	Aumentar o nível de informação dos pais ou responsáveis das crianças menores de cinco anos sobre alimentação saudável.										
Projeto	Saber +										
Resultados Esperados	Diminuir em 80% o número de crianças menor de cinco anos com doenças por má absorção intestinal no prazo de um ano.										
Produtos esperados	Programa de alimentação saudável nas crianças menores de cinco anos; Campanha educativa na rádio local.										
Recursos necessários	Organizacional: para convocar os grupos de Pais ou responsáveis e crianças menores de cinco anos; Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersectorial com a rede de ensino; Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.										
Recursos críticos	Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersectorial com a rede de ensino Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.										
Controle dos recursos críticos	<table border="0"> <thead> <tr> <th>Ator que controla</th> <th>Motivação</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• Equipe Básica de Saúde.</td> <td>- Favorável.</td> </tr> <tr> <td>• Secretaria de educação</td> <td>- Favorável.</td> </tr> <tr> <td>• Setor de Comunicação Social</td> <td>- Favorável</td> </tr> <tr> <td>• Secretaria de Saúde</td> <td>- Favorável</td> </tr> </tbody> </table>	Ator que controla	Motivação	• Equipe Básica de Saúde.	- Favorável.	• Secretaria de educação	- Favorável.	• Setor de Comunicação Social	- Favorável	• Secretaria de Saúde	- Favorável
Ator que controla	Motivação										
• Equipe Básica de Saúde.	- Favorável.										
• Secretaria de educação	- Favorável.										
• Setor de Comunicação Social	- Favorável										
• Secretaria de Saúde	- Favorável										
Ações estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> • Não são necessárias 										
Prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Início em quatro meses. 										
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de saúde. • Equipe de saúde. 										
Processo de monitoramento e avaliação das operações	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliações mensais. 										

O problema identificado foi o conhecimento insuficiente sobre alimentação saudável em crianças menores de 5 anos. Como operações apontamos aumentar o nível de informação dos pais ou responsáveis das crianças menores de cinco anos sobre alimentação saudável. Os resultados esperados são diminuir em 80% o número de crianças menores de cinco anos com doenças por má absorção intestinal, no prazo de um ano. O produto esperado é a criação do Programa de alimentação saudável para crianças menores de cinco anos. Dentro dos recursos necessários temos o organizacional na convocatória dos grupos de pais ou responsáveis das crianças menores cinco anos, o cognitivo na informação sobre o tema e estratégias de comunicação, o político na solicitude do espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersectorial com a rede de ensino, e financeiro para as aquisições de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. O interesse e colaboração dos controladores dos recursos é favorável já que entendem a importância do problema garantindo o apoio deles. O prazo de começo das ações é em 4 meses. O monitoramento e avaliação das operações serão mensais.

No quadro 6 analisamos o "nó crítico" 4 relacionado ao problema educação insuficiente sobre a higiene bucal na criança menor de 5 anos.

Quadro 6- Operações sobre o "nó crítico" 4; relacionado ao problema educação insuficiente sobre a higiene bucal na criança menor de 5 anos na população sob responsabilidade da UBS Vila Celeste, Equipe de Saúde da Família Branca, do município Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 4	Educação insuficiente sobre a higiene bucal na criança menor de cinco anos.
Operações	Aumentar os níveis de informação dos pais ou responsáveis das crianças menores de cinco anos sobre a higiene bucal
Projeto	Cuidar Melhor
Resultados Esperados	Pais ou responsáveis das crianças menores de cinco anos mais informados sobre as vantagens da higiene bucal.
Produtos esperados	Programa de higiene bucal; Campanha educativa na rádio local; Programa "Sorriso".

Recursos necessários	Organizacional: para convocar os grupos de pais ou responsáveis e crianças menores de cinco anos Cognitivo: informação sobre o tema e estratégias de comunicação; Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	
Recursos críticos	Político: conseguir o espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino; Financeiros: para aquisição de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc.	
Controle dos recursos críticos	Ator que controla <ul style="list-style-type: none"> • Equipe Básica de Saúde. • Secretaria de educação • Setor de Comunicação Social • Secretaria de Saúde 	Motivação <ul style="list-style-type: none"> - Favorável. - Favorável. - Favorável - Favorável
Ações estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> • Não são necessárias 	
Prazo	<ul style="list-style-type: none"> • Início em quatro meses. 	
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	<ul style="list-style-type: none"> • Secretaria de saúde. • Equipe de saúde. 	
Processo de monitoramento e avaliação das operações	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliações mensais. 	

O problema identificado foi a educação insuficiente sobre a higiene bucal na criança menor de cinco anos. Os resultados esperados são pais ou responsáveis das crianças menores de cinco anos, mas informados sobre as vantagens da higiene bucal. O produto esperado é a criação do Programa de higiene bucal “Sorriso”. Dentro dos recursos necessários temos o organizacional na convocatória dos grupos de pais ou responsáveis das crianças menores de cinco anos, o cognitivo na informação sobre o tema e estratégias de comunicação, o político na solicitude do espaço na rádio local, mobilização social e articulação intersetorial com a rede de ensino, e financeiro para as aquisições de recursos audiovisuais, folhetos educativos, etc. O interesse e colaboração dos controladores dos recursos é favorável, já que entendem a importância do problema garantindo o apoio deles. O prazo de começo das ações é em 4 meses. O monitoramento e avaliação das operações serão mensais.

No quadro 7 analisamos o "nó crítico" 5 relacionado ao problema processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado.

Quadro 7- Operações sobre o "nó crítico" 5; relacionado ao problema processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema na população sob responsabilidade da UBS Vila Celeste, Equipe de Saúde da Família Branca, do município Ipatinga, estado de Minas Gerais.

Nó crítico 5	Processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado para enfrentar o problema	
Operações	Implantar a linha de puericultura para as crianças menores de cinco anos.	
Projeto	Linha de Cuidado	
Resultados Esperados	Diminuição dos casos de mobilidade nas crianças menores de cinco anos.	
Produtos esperados	Linha de cuidado para as crianças menores de cinco anos implantadas; Protocolos implantados; Recursos humanos capacitados; Regulação implantada; Gestão da linha de cuidado implantada.	
Recursos necessários	Cognitiva: elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos; Organizacional: adequação dos protocolos da puericultura.	
Recursos críticos	Político: recursos para estruturar o serviço.	
Controle dos recursos críticos	Ator que controla	Motivação
	<ul style="list-style-type: none"> Secretaria de Saúde. 	Favorável.
Ação estratégica	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar projeto de intervenção. 	
Prazo	<ul style="list-style-type: none"> Apresentar o projeto em três meses. Três meses para início das atividades. 	
Responsáveis pelo acompanhamento das ações	<ul style="list-style-type: none"> Secretaria de saúde. Equipe de saúde. 	
Processo de monitoramento e avaliação das operações	<ul style="list-style-type: none"> Avaliações mensais. 	

O problema identificado foi o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família inadequado. Os resultados esperados são a diminuição dos casos de mobilidade nas crianças menores de cinco anos. Os produtos esperados são a implantação da linha de cuidado para as crianças menores de cinco anos pelos protocolos almejando capacitar aos recursos humanos. Dentro dos recursos necessários temos o organizacional na adequação dos protocolos da puericultura, o cognitivo na elaboração de projeto da linha de cuidado e de protocolos, o político os recursos para estruturar o serviço. O interesse e colaboração dos controladores dos recursos é favorável, já que entendem a importância do problema. O prazo de começo das ações é em 3 meses. O monitoramento e avaliação das operações serão mensais.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O propósito deste trabalho é a elaboração do projeto de intervenção que conscientize aos pais ou responsáveis pelas crianças, sobre a importância do acompanhamento efetivo e sistemático da puericultura, proporcionando diagnósticos precoces de alterações para que possamos realizar intervenções oportunas.

Almejamos aumentar a aderência ao aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida, suplementações adequadas da vitamina A e do ferro, e de forma geral proporcionar conhecimentos aos pais ou responsáveis sobre cuidados da saúde nas crianças. Com tudo isso, pretende-se estimular hábitos saudáveis, melhorar a qualidade de vida dessas crianças e reduzir a morbidade.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica de Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: MS; 2004.

BRASIL. Cadernos de Atenção Básica. **Programa Saúde da Família**. Caderno 1, 2000 Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>. Acesso em 10 de jun de 2017

BRASIL. Cadernos da Atenção Básica. **Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento**, nº 33, Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf> . Acesso em 10 de jun de 2017.

BRASIL. Cadernos da Atenção Básica. **Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento**, nº 33, Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf> . Acesso em 10 de jun de 2017 apud PIZOLATO, R. A. *et al.* Vigilância do desenvolvimento da linguagem da criança: conhecimentos e práticas de profissionais da atenção básica à saúde. **Rev. CEFAC**, v.18, n.5, p.1109-1120, 2016.

BATISTA, A. **A importância da puericultura para saúde da criança**. 2014. Disponível em: <<http://www.portalmedicinaesaude.com.br/a-importancia-da-puericultura-para-a-saude-da-crianca.html>> . Acesso em 10 de jun de 2017.

BLANK, D. "A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidência." **Jornal de Pediatria**. Sociedade Brasileira de Pediatria, v..79, n 1, p. 13-22, 2003.

BONILHA, L. R. **Puericultura: olhares e discursos no tempo**. Campinas. UNICAMP, 2004. (Tese de Mestrado)

CAMPOS, F.C; FARIA, H.P; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. 2 ed. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2010.

CARVALHO, A.; SALLES, F.; GUIMARÃES, M. **Desenvolvimento e Aprendizagem**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2002.

CELSO, E.O. **Puericultura preparando o futuro para o seu filho**. São Paulo: Editora SOCEP, 2015

CIAMPO L. A; RICCO, R; DANELUZZI, J. C; DEL CIAMPO, I. R. L; FERRAZ, I. S.; ALMEIDA, C. A. N. O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v.11, n. 3, p. 739-43, 2006.

DUCAN, B.B; SCHIMITD, M.I; GIUGLIANI, E.R.J; DUCAN, M.S; GIUGLIANI, C. Medicina Ambulatorial: **Condutas de Atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 4.ed , 2013.

FUGIMORI, E.; OHARA, C. V. S. (Org.). **Enfermagem e a saúde da criança na atenção básica**. São Paulo: Manole; 2009.

GARCIA, R; NOGUEIRA, C. A; DEL CIAMPO, L.A. **Puericultura: temas de pediatria 80**. São Paulo: Nestlé; 2005.

IBGE - **Cidade**. Ipatinga, Minas Gerais, 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=313130&search=minas-gerais|ipatinga>> Acesso em 10 de jun de 2017.

IPATINGA. **Secretaria de Saúde**. Dados fornecidos sobre o município. Vereador Wanderson Gandra. Presidente da Comissão Municipal de Saúde. 15 de jun de 2017.

ISENSTEIN, E; SOUZA, R. P. **Situações de risco à Saúde das crianças e Adolescentes**. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

MELLO, A. S. **A puericultura como estratégia do cuidado**: Um estudo de caso. Universidade Federal Fluminense, Faculdade de Medicina (UFF), Niterói, 2008. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp150233.pdf>. Acesso em 11 de jun de 2017.

RESEGUE, R; PUCCINI, R.F; SILVA, E.M.K. Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. **Pediatria**, Escola Paulista de Medicina (UNIFESP-EPM), v.. 29, n 1, p.. 117-128, 2007.

SANTOS, M.E. A; QUINTÃO, N.T; DE ALMEIDA, R.X. Avaliação dos marcos do desenvolvimento infantil segundo a estratégia da atenção integrada às doenças prevalentes na infância. **Esc Anna Nery**, v. 14, n.3, p. 591-598, 2010.

SAÚDE E CIDADANIA. **Planejamento em Saúde**, 2008. Disponível em: <http://portales.saude.sc.gov.br/arquivos/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_02/04.html>. Acesso em 10 de jun de 2017.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. Situação da Infância Brasileira 2006. **Crianças de até 6 anos, o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento**. UNICEF, 2006.

UNIFESP. Universidade Federal de São Paulo. Especialização em Saúde da Família. **Caso complexo Danrley**, 2010. Disponível em: <https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Danrley/Complexo_01_Danrley_Puericultura.pdf> . Acesso em 10 de jun de 2017.