

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS (UNA-SUS) - NÚCLEO DO CEARÁ
NÚCLEO DE TECNOLOGIAS EM EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA EM SAÚDE
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ÉERICA MOREIRA LIMA

**PROMOÇÃO DAS CONSULTAS DE PUERICULTURA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DR. MANOEL CARNEIRO DE FRANÇA, COREAÚ – CEARÁ**

SOBRAL

2017

ÉRICA MOREIRA LIMA

**PROMOÇÃO DAS CONSULTAS DE PUERICULTURA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DR. MANOEL CARNEIRO DE FRANÇA, COREAÚ – CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso submetido à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Orientador: Prof^ª, M^ª, Livia Moreira Barros.

SOBRAL

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L711p Lima, Érica.
Promoção das consultas de Puericultura na Unidade Básica de Saúde Dr. Manoel Carneiro de França,
Coreaú - Ceará / Érica Lima. – 2017.
26 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de
Medicina, Especialização NUTEDS - Saúde da família, Fortaleza, 2017.
Orientação: Profa. Ma. Lúvia Moreira Barros.

1. Puericultura. I. Título.

CDD 362.1

ÉRICA MOREIRA LIMA

**PROMOÇÃO DAS CONSULTAS DE PUERICULTURA NA UNIDADE BÁSICA DE
SAÚDE DR. MANOEL CARNEIRO DE FRANÇA, COREAÚ – CEARÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade semipresencial, Universidade Aberta do SUS (Una-SUS) - Núcleo Do Ceará, Núcleo de Tecnologias em Educação a Distância Em Saúde, Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Especialista.

Aprovado em: 18 / 07 / 2017

BANCA EXAMINADORA

Prof^a., M^a, Lívia Moreira Barros.
Universidade Federal do Ceará

Prof^o., Marcos Aguiar Ribeiro.
Universidade Estadual Vale do Acaraú

Prof^o., Diógenes Farias Gomes.
Universidade Estadual Vale do Acaraú

RESUMO

A consulta de puericultura é um dos pilares para a promoção da saúde infantil, pois através dela é possível orientar sobre alimentação, comportamento, entender a estrutura familiar e compreender o meio em que a criança está inserida. O acompanhamento periódico e eletivo da criança engloba um conjunto de medidas importantes de cuidados preventivos para a promoção da saúde e do bem-estar, possibilitando intervir nos agravos que possam acometer a criança. O objetivo é o desenvolvimento de seres com saúde equilibrada e com o menor número de doenças possíveis, proporcionando uma diminuição nos gastos com saúde na vida adulta/velhice. Esse trabalho foi desenvolvido com a intenção de capacitar a equipe de saúde para aumentar a adesão às consultas de puericultura por parte da população do UBS Dr. Manoel Carneiro de França, no município de Coreaú/Ceará, devido à baixa adesão dos usuários em relações às consultas e à baixa capacitação dos funcionários. O enfoque central é fortalecer o agendamento e o comparecimento às consultas para uma vigilância contínua da saúde infantil. O objetivo será alcançado com a melhoria do atendimento ao usuário e com educação em saúde para crianças e seus pais e/ou responsáveis. Espera-se obter uma equipe profissional mais capacitada no atendimento da população infantil, além do aumento no número de consultas de puericultura, mantendo a frequência e o comprometimento com a mesma.

Palavras-chave: Puericultura. Vigilância em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The childcare is one of the pillars for the promotion of child health. The periodic and elective follow-up of the child includes a set of important measures of preventive care, guiding the promotion of health and well-being, enabling intervention in the problems that may come to the child. The goal is to develop healthy beings with the lowest possible number of diseases, leading to a decrease in health spending in adult. This work, with the intention of enabling the health team to increase adherence to childcare by the population Dr. Manoel Carneiro de França, in Coreaú city/ Ceará, due to the low adherence of users to consultations and low staff training. The central focus is to strengthen scheduling and attendance for ongoing surveillance of child health. The goal will be achieved by improving user care and health education for children and their parents. It is hoped to have a more professional staff in the care of the child population and increase in the number of childcare, maintaining a frequency and commitment to it.

Keywords: Child Care. Public Health Surveillance. Primary Health Care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	5
2	PROBLEMA.....	8
3	JUSTIFICATIVA.....	9
4	OBJETIVOS.....	10
4.1	OBJETIVO GERAL.....	10
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
5	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
5.1	A PUERICULTURA NA ATENÇÃO BÁSICA.....	11
5.2	AÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NA PUERICULTURA.....	15
6	METODOLOGIA.....	18
6.1	TIPO DE ESTUDO.....	18
6.2	CENÁRIO DA AÇÃO.....	18
6.3	PÚBLICO-ALVO.....	18
6.4	ASPECTOS ÉTICOS.....	18
6.5	PLANO DE INTERVENÇÃO.....	18
7	CRONOGRAMA.....	20
8	RECURSOS NECESSÁRIOS.....	21
9	RESULTADOS ESPERADOS.....	22
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
	ANEXO (S).....	26

1 INTRODUÇÃO

A saúde pública no Brasil está em constante modificação, para o Sistema Único de Saúde (SUS) ser essa grande rede assistencialista em saúde, foram preciso anos. Ainda assim, há muito o que se aperfeiçoar.

Entre as décadas de 1920 e 1980, o Brasil conviveu com dois tipos de atenção à saúde: a saúde pública (ações do Ministério da Saúde) e a medicina previdenciária. A Medicina previdenciária era pública, mas em caráter parcial, não pleno - restrita àqueles que pertenciam a categorias de trabalho reconhecidas por lei (BRASIL, 2017).

No país, só tinha direito à saúde quem podia pagar por ela. A Conferência de Alma-Ata em 1978 que estabelecia “*Saúde para todos no ano de 2000*” foi um grande marco, já que a Atenção Primária à Saúde (APS) era a principal estratégia a ser atingida e seria o primeiro contato da população com o sistema nacional de saúde. Após anos de ditadura militar, em 1986, houve a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e essa lançava as bases da reforma sanitária brasileira. Com a Constituição de 1988 e a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde em 1990, houve as primeiras diretrizes do SUS, iniciando-se a descentralização da saúde e a municipalização da gestão.

Foi instalado a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) após o desenvolvimento e a consolidação do SUS junto aos movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores. A atenção básica (AB) é orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da integralidade da atenção, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

No SUS, a Saúde da Família tinha como estratégia prioritária centradas na Atenção Básica que englobava ações, individuais ou coletivas, no primeiro nível de atenção à saúde, na promoção da saúde, prevenção de doenças, no diagnóstico, tratamento e na reabilitação e manutenção da saúde.

Com divisão estratégicas da saúde em todo o território nacional, centralizaram-se os objetivos e as metas do Pacto pela Saúde, na dimensão do Pacto pela Vida: saúde do idoso, do portador de doenças mentais, do trabalhador, da pessoa portadora de deficiência física; controle do câncer de colo de útero e mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento da capacidade de resposta às emergências de saúde pública de relevância nacional e a ocorrência de doenças, com ênfase em dengue, hanseníase, tuberculose, malária e

influenza, além da Promoção da Saúde e do fortalecimento da Atenção Básica (BRASIL, 2010).

Já com o SUS em vigência em 1990, foi elaborada a Lei Federal nº 8069, 13/07/1990, criando o Estatuto da Criança e do Adolescente, sendo um marco para a elaboração do “Plano Básico de Ações para a Proteção da Criança e do Adolescente nos Anos 90”. A partir disso, várias políticas e programas foram elaborados para a promoção da saúde infantil nos âmbitos nacional, estadual e municipal.

Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), que objetivava, principalmente, reorganizar a assistência e vincular formalmente o pré-natal ao parto e ao puerpério, ampliar o acesso das mulheres aos serviços de saúde e garantir a qualidade da assistência (SERRUYA, 2003).

No contexto atual, diante dos desafios apresentados e reconhecendo as iniciativas e o acúmulo de experiências, o Ministério da Saúde organizou uma grande estratégia, a fim de qualificar as Redes de Atenção Materno-infantil em todo o País com o objetivo de reduzir as taxas, ainda elevadas, de morbimortalidade materna e infantil no Brasil. Trata-se da Rede Cegonha, que será implementada em parceria com estados e municípios, gradativamente, em todo o território nacional (BRASIL, 2012).

A Puericultura é a área que abrange a faixa etária infantil com a prevenção e a educação em saúde. A consulta de saúde à criança sem queixas oferece contribuições únicas à promoção do bem-estar físico e emocional de crianças e jovens. Os profissionais da saúde em pediatria, incluindo pediatras, médicos da família, enfermagem e assistentes, aproveitam a oportunidade oferecida com essas consultas para resolver dúvidas e preocupações dos pais, colher informações relevantes sobre a saúde individual e da família, examinar a criança e fazer exames de triagem (NELSON, 2009).

Nos serviços de atenção básica, as consultas de Puericultura são organizadas para ter uma periodicidade e apresentam conteúdo mais relevante para cada fase da vida que a criança ou o adolescente se encontra, iniciando no pré-natal, através da atenção à gestante, e finalizando ao completar 10 anos. Ao se pactuar com os pais o calendário de consultas, deve-se sempre levar em consideração o contexto familiar, as necessidades individuais, as vulnerabilidades e a resiliência (BRASIL, 2012).

É primordial que o vínculo com a comunidade e a equipe de saúde seja o melhor possível, para que as consultas programadas sejam respeitadas e deem uma continuidade a uma saúde preventiva na Pediatria.

2 PROBLEMA

A consulta de Puericultura, quando a criança assintomática é levada à consulta médica ou de enfermagem para o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento períodos pré-estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para a busca de doenças não diagnosticadas, prevenção de doenças, promoção de saúde e orientação antecipatória (violência, acidentes). No âmbito da saúde infantil é notório que os pais, na sua maioria as mães, só procuram atendimento nas unidades por causa de agravos agudos ou crônicos agudizados, muitas vezes não dando importância à saúde preventiva da criança.

Na prática assistencial, percebe-se grande ausência das crianças às consultas de Puericultura. Além disso, consultas são perdidas por faltas, remarcadas com grande frequências, há baixa adesão às orientações/tratamentos prescritos e falta de seguimento.

Na Unidade Básica de Saúde Dr. Manoel Carneiro de França, no município de Coreaú, a princípio, por falta de uma equipe completa, não havia consultas de puericultura, apenas para agravos agudos. Então foi organizado, semanalmente, horário determinado para as crianças até dois anos e juntamente com as Agente de Comunitárias de Saúde eram agendadas consultas com médico ou enfermeiro. Foi observado um número total de 57 crianças de zero a dois anos de idade e uma média mensal de atendimentos médicos de puericultura de 18 consultas. Mas com todo empenho da equipe, foi observado grande número de faltas, baixa compreensão dos responsáveis, divergências e desatualização dos profissionais da saúde.

Pela grande importância da consulta da criança assintomática, foi formulado um questionamento: como mostrar aos responsáveis por essas crianças a importância desse atendimento?

3 JUSTIFICATIVA

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2013), entre 2000 a 2015, a taxa de mortalidade infantil caiu de 29,02 para 13,82 óbitos de menores de 1 ano por mil nascidos vivos. Apesar dessa melhoria expressiva o Brasil ainda está longe das regiões mais desenvolvidas que possuem uma taxa de mortalidade menor que 5 óbitos por 1000 nascidos vivos (IBGE, 2013).

Em 2015, Brasil atingiu a meta na redução na mortalidade infantil estipulada pela Organização das Nações Unidas (ONU), de 1990 a 2015, reduziu 73% dessas mortes. Apesar de o Bolsa Família ser citado como uma das justificativas dessa queda, foi citada também a criação do SUS. A melhoria na atenção ao pré-natal e ao recém-nascido e na assistência da saúde comunitária (vacinação, saneamento básico) são fatores que favoreceram essa redução.

Sabe-se que a prevenção e a detecção de doenças precocemente é um dos grandes objetivos da saúde mundial. Como as UBS participam do Programa de Saúde da Família, é importante que as crianças tenham prontuário, que seu histórico seja registrado e que os pais sejam devidamente informados, para não só procurarem atendimento por causas agudas, mas priorizem consultas preventivas para esclarecimentos. Nesse acompanhamento, são feitas orientações sobre nutrição adequada, atividade física e prevenção de acidentes.

Apesar de o acesso à saúde ter melhorado com o SUS e com as políticas públicas, e de o Aleitamento Materno ter aumentado em todas as cidades do Brasil (BRASIL, 2009), ainda é pouca a procura pelas consultas de puericultura, sendo primordial a busca dessas crianças faltosas para um acompanhamento mais próximo e continuado, a fim de que se tornem adultos saudáveis.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar a adesão da população e a orientação nas consultas de Puericultura da UBS Dr. Manoel Carneiro de França, Coreaú/CE.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Capacitar a Equipe sobre puericultura e a alimentação infantil desde os primeiros dias de vida;
- Reforçar a importância da Visita Domiciliar na primeira semana de vida da criança pelos agentes comunitários e, quando necessário, pelo médico e/ou enfermeiro;
- Fazer busca ativa de crianças até dois anos que apresentam baixa adesão às consultas de Puericultura;
- Criar grupos de pais/responsáveis e crianças até dois anos para conscientizar sobre a importância das consultas de Puericultura.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Devido às ações de diminuição de pobreza e à amplificação da cobertura da estratégia Saúde da Família, a taxa de mortalidade infantil no Brasil está diminuindo com o passar dos anos. Nesse contexto, a Puericultura, consulta eletiva de acompanhamento, tem grande impacto.

A puericultura tem como interesse a saúde do recém-nascido, da criança e do adolescente, seu crescimento e desenvolvimento e suas oportunidades para alcançar o pleno potencial como adultos. O profissional deve estar atento aos sistemas orgânicos e processos fisiológicos peculiares bem como a influências sociais e ambientais que exercem grande impacto sobre a saúde e o bem-estar das crianças e suas famílias (NELSON, et.al., 2009).

5.1 A Puericultura na Atenção Básica

O vínculo da equipe com a família da criança se inicia já durante as consultas de pré-natal, o que é totalmente benéfico, pois, dessa forma, a mãe ou o pai sente-se à vontade para tirar dúvidas, compartilhar inseguranças e ter confiança na equipe que o acompanha, resultando em um acompanhamento mais efetivo.

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês de aniversário. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoções de saúde e promoção de doenças. As crianças que necessitem de maior atenção devem ser visitadas com maior frequência (BRASIL, 2012).

Não existem estudos bem delineados que avaliem o impacto e o número ideal de consultas para crianças assintomáticas (e talvez nunca existam), devido a uma limitação ética, pois não se pode privar as crianças de ações preventivas já estabelecidas em busca de evidências (BRASIL, 2012).

5.1.1 A Primeira consulta

A primeira consulta do recém-nascido (RN) deve ser realizada de preferência, em visita domiciliar da equipe, na primeira semana de vida, para que não seja perdida a oportunidade de se auxiliar no aleitamento materno exclusivo, orientar e realizar as imunizações, realizar o teste do pezinho, identificar riscos do período do nascimento, realizar

a consulta da puérpera e esclarecer sobre qualquer dúvida que familiares possam ter em relação ao cuidado do recém-chegado. Primeira consulta pode ser realizada por médico e/ou enfermeiro.

Durante a anamnese, serão obtidos os dados referentes ao RN, seu nascimento e ambiente onde vive. Nesse momento serão colhidos: antecedentes pré e neonatais, os valores do APGAR, classificação do RN quanto à idade gestacional; avaliação do risco ambiental (violência familiar, situação socioeconômica) e histórico dos pais, irmãos e demais habitantes da residência.

Além disso, será realizado um exame físico completo, que deverá ser compartilhado com os pais para uma melhor percepção das necessidades da criança. O processo inicia-se com as medidas antropométricas de peso, comprimento e perímetro cefálico, e com a orientação ao cuidador de que é considerado normal uma perda até de 10% do peso ao nascer, havendo recuperação total até o 15º dia de vida. Em vista de um momento de tantos casos de Zika, a medição do perímetro cefálico é para avaliar riscos de micro ou macrocefalia, que podem resultar em alterações neurológicas.

Também será realizado o exame do desenvolvimento neuropsicomotor com seus marcos do desenvolvimento, de acordo com os reflexos ainda realizados pela criança avaliada, que determina como a criança interage com o meio em que habita.

Será avaliada a temperatura, principalmente se há queixa dos pais, o estado de vigília do RN, buscando quadros de hipoglicemia ou desidratação, e se eles ficam sonolentos e pouco responsivos. Será orientado, ainda, sobre a postura normal para uma criança tão pequena que seria na “posição fetal”. Se estiver com membros estirados investigar causas.

Na face, é realizada uma pesquisa para constatar se há alguma deformidade que prejudique respiração, audição ou a alimentação. Também é realizado o exame do reflexo vermelho do olho (exame do olhinho) que é um exame de triagem para catarata congênita e retinoblastoma quando positivo, assim como o teste do fotomotor para análise da contração pupilar, observando a existência de conjuntivite devido ao canal de parto. Os pais são orientados a realização do teste da orelhinha (BRASIL, 2012).

Durante a visita, tem que haver a palpação das fontanelas pois há o período correto para o fechamento de suas suturas e se abauladas ou retraídas, pode haver algo mudando a pressão intracraniana.

É importante realizar o exame de pele nos primeiros dias de vida, já que pode haver o surgimento da icterícia e, sem a orientação ou até mesmo o tratamento correto, a criança pode ter consequências irreversíveis, assim como observar pústulas, assaduras, palidez ou lesões de maus tratos.

No exame do tórax, observar os movimentos respiratórios, assimetrias ósseas (risco de fratura de clavícula em parto vaginal), presença de ginecomastia. Contar frequência cardíaca e respiratórias e fazer a ausculta minuciosa cardíaca e pulmonar.

Já no abdome, a primeira parte a ser examinada será o coto umbilical, que deve não apresentar odor e sinais de infecção. Também é importante observar em que grau de cicatrização ele se encontra. Deve ser reforçada a higiene local com álcool 70%. Na palpação, registrar dilatações ou retrações, hérnias abdominais ou inguinais, sempre orientando os familiares sobre todos os achados.

Examinar genitálias de meninas e meninos e orientar os pais sobre queixas ou qualquer alteração observada no exame, pois, na maioria são alterações fisiológicas do nascimento e que só merecem acompanhamento até determinada idade. Observar também a região anal, mesmo já tendo questionado sobre evacuações na anamnese.

O sistema osteoarticular deve ser examinado na busca de deformidades congênitas ou de risco delas (BRASIL, 2012).

Ao final do exame físico, serão dadas as orientações gerais sobre: lavagem das mãos sempre antes de pegar na criança; abolir o tabagismo dentro da residência; banhos e trocas de fraldas; banhos de sol; aleitamento materno exclusivo; posição e onde dormir; o uso de chupetas; prevenção de acidentes; imunizações.

Nessa primeira consulta, deve ser realizado o teste do pezinho, que deve ser colhido a partir do 3º dia de vida e sendo ideal até o 7º dia, apesar de poder colher entre os 30 primeiros dias. É um exame de triagem estabelecido pelo Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) que permite a detecção da fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, anemia falciforme e fibrose cística.

Deve ser utilizada em todas as consultas a Caderneta da Criança para registro de dados e estimular que os pais leiam as orientações lá presentes. As consultas subsequentes já devem ser predeterminadas e pactuadas com os familiares.

5.1.2 Consultas subsequentes

É fundamental que seja estabelecida uma relação de confiança entre o profissional, a família e a criança, pois mesmo que a criança seja o foco do momento é difícil avaliar o bem-estar dela sem se preocupar com o bem-estar da mãe.

Um exame físico completo da criança deve ser realizado na primeira consulta com um (a) médico(a) ou um(a) enfermeiro(a). A repetição do exame completo em todas as consultas não está justificada (BRASIL, 2012).

Os dados antropométricos como peso, estatura e perímetro cefálico são rotineiros aceitos principalmente nas crianças até dois anos em toda consulta de puericultura. Após essa faixa etária o peso e a altura são utilizados para o cálculo do Índice de Massa Corpórea (IMC) que é um bom valor preditivo da vida adulta.

Já o rastreio de deformidades osteoarticulares, muito dependente de um profissional experiente, ainda não tem consenso sobre a sua efetividade quando é relativo à periodicidade, mas se houver opção por realizar é orientado nas primeiras consultas (1ª semana, 1º mês, 2º mês) (BRASIL, 2012).

Sobre a avaliação cardiopulmonar, se não há queixas e as orientações não dizem a sua obrigatoriedade, não há necessidade em toda consulta.

TABELA 1 – Frequência cardíaca normal

Idade	Varição
Recém-nascido	De 70 a 170
11 meses	De 80 a 160
2 anos	De 80 a 130
4 anos	De 80 a 120
6 anos	De 75 a 115
8 anos	De 70 a 110
10 anos	De 70 a 110

TABELA 2 – Frequência respiratória normal, segundo a OMS

De 0 a 2 meses	Até 60 mrm
De 2 a 11 meses	Até 50mrm
De 12 meses a 5 anos	Até 40 mrm
De 6 a 8 anos	Até 30 mrm
Acima de 8 anos	Até 20 mrm

2 meses			1ª dose	1ª dose	1ª dose	1ª dose				
3 meses							1ª dose			
4 meses			2ª dose	2ª dose	2ª dose	2ª dose				
5 meses							2ª dose			
6 meses			3ª dose	3ª dose						
9 meses										
12 meses					Reforço		Reforço		1ª dose	
15 meses			1º reforço (DTP)	1º reforço (DTP)				Dose única (até 23 meses)		Dose única
4 anos			2º reforço (DTP)	2º reforço (DTP)						

5.2.2 Alimentação saudável

Na abordagem da criança pela a equipe de saúde deve ser destacada a importância dos hábitos alimentares na promoção da saúde. Tal prática possibilita o controle dos desvios alimentares e nutricionais e a prevenção de várias doenças na infância e na vida adulta futura, entre as quais estão as deficiências nutricionais, as doenças crônicas, o sobrepeso e a obesidade (BRASIL, 2012).

O aleitamento materno é o início para essa alimentação saudável e é capaz de nutrir adequadamente e exclusivamente a criança até os 6 meses de vida. Após essa idade devem ser introduzidos alimentos complementares e mantido o aleitamento materno em conjunto até aproximadamente os 2 anos de idade. Os benefícios do aleitamento materno exclusivo materno são inúmeros e já consolidados na literatura.

5.2.3 Suplementação

Em geral, a criança amamentada exclusivamente até os 6 meses de vida não necessita de suplementação de vitaminas. Já nos casos de crianças não amamentadas, fazem-se

necessários a suplementação de micronutrientes e o reforço na orientação aos pais para a correção dos erros alimentares.

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde, e a política de fortificação obrigatória das farinhas de trigo e de milho com ferro e ácido fólico e a orientação nutricional constituem o conjunto de estratégias voltadas para o controle e a redução da anemia por deficiência de ferro no País. Tais estratégias recomendam a suplementação a todas as crianças de 6 a 18 meses (ou, se não estiverem em período aleitamento materno exclusivo, a partir dos 4 meses) e mais cedo para as crianças de baixo peso ao nascer e pré-termo (abaixo de 37 semanas) (BRASIL, 2012). Após a atualização, a idade máxima preconizada são 24 meses, e é recomendada dose diária de 1 a 2mg de ferro elementar/kg de peso.

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A (BRASIL, 2004), busca reduzir e controlar a deficiência nutricional de vitamina A em crianças de 6 a 59 meses de idade e em mulheres no período do pós-parto imediato (antes da alta hospitalar) residentes em regiões consideradas de risco. No Brasil, o programa atende à Região Nordeste, ao norte do Estado de Minas Gerais, ao Vale do Jequitinhonha e ao Vale do Mucuri, além de municípios que compõem a Amazônia Legal (BRASIL, 2012).

5.2.4 Saúde Bucal

A saúde da boca é muito importante para o desenvolvimento da criança. O cuidado adequado com os dentes evita o aparecimento de cáries (BRASIL, 2017). Os hábitos de higiene bucal, controle da ingestão de açúcares e alimentação saudável feita por toda a família resultarão em saúde bucal de qualidade para a criança. Sendo orientado levar a criança para avaliação odontológica no surgimento do primeiro dente e permanecer com visitas anuais.

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de Projeto de Intervenção com abordagem qualitativa.

6.2 CENÁRIO DE AÇÃO

Coreaú é município cearense, com população estimada em 2016 de 23.000 habitantes, com densidade demográfica de 28,3 hab/km² (IBGE, 2013).

A UBS Dr. Manoel Carneiro de França fica na rua Francisco Camilo, Centro de Coreaú. Devido à territorialização municipal no ano de 2016, a área coberta por essa Unidade é a de zona rural, pois é seria um local central para todas as localidades terem acesso, contando com o transporte público municipal. A Unidade possui uma ESF uma completa com médico, enfermeiro, dentista, recepcionistas, agentes de saúde e auxiliares. Um total de 1963 pessoas adscritas totalizando 573 famílias e abrange oito microáreas: Malhada Vermelha, São José dos Teodoro, Juazeiro, Cunhassu Velho, Alto do Amador, Corredores, Alto do Ximenes, Cunhassu dos Sales.

Os profissionais para a capacitação serão todos da equipe desde os de serviços gerais da unidade ao médico. Os usuários que participarão dos grupos poderão ser qualquer responsável por criança até de dois anos de idade que, no momento, encontra-se nessa faixa etária o total de 57 crianças. E atividade serão das dependências da UBS Dr. Manoel Carneiro de França.

6.3 PÚBLICO ALVO

Todos os funcionários da UBS Dr. Manoel Carneiro de França devido e crianças até dois anos de idade e seus responsáveis ou cuidadores.

6.4 ASPECTOS ÉTICOS

A ação não provoca danos aos participantes, portanto, será respeitado o princípio da Não-Maleficência. Não será feita qualquer distinção entre cor, raça ou condição socioeconômica, fazendo jus ao princípio da Justiça.

6.5 PLANO DE INTERVENÇÃO

O presente trabalho será delineado com base nas seguintes intervenções: capacitação profissional da equipe do UBS Dr. Manoel Carneiro de França, busca ativa de crianças até dois anos em falta com a puericultura e criação de grupos mensais para educação em saúde e promoção da saúde.

A capacitação da equipe abrangerá todos os profissionais que lidam diretamente com a assistência em saúde: médico, dentista, enfermeira, técnica de enfermagem, técnica em saúde bucal, recepcionistas, funcionários do laboratório, funcionário do serviços gerais e os oito agentes comunitárias de saúde (ACS). Esta atividade é programa para ocorrer na própria Unidade. Ministrada por Nutricionista do NASF e enfermeira, também Coordenadora da Atenção Básica, que são tutoras da Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil, com uma atividade baseada na dramatização, e na correção e no aprendizado, do que é preconizado para uma consulta domiciliar ou ambulatorial voltada para a orientação alimentar infantil de zero a dois anos de idade. Após será realizada uma oficina para orientação de técnicas adequadas de aferição dos dados antropométricos (peso, estatura, perímetro cefálico) das crianças até nove anos de idade e registro adequado dos dados obtidos nos gráficos da OMS para sexo e idade.

Como medidas de busca ativa dos faltosos na comunidade, serão realizadas as seguintes ações: estímulo às visitas domiciliares dos ACS às puérperas até 72 horas pós-parto; revisão de prontuários para checar quais crianças até dois anos estão em débito com as consultas; médico, enfermeiro e dentista, sempre reforçar aos pais e/ou responsáveis a importância do acompanhamento eletivo da criança saudável.

Na esfera da educação em saúde, as ações ocorrerão na própria na UBS, com gestantes, puérperas, pais, responsáveis e crianças até dois anos de idade . Será estimulada a realização de rodas de conversa sobre importância do acompanhamento de pré-natal, oficinas de cuidados com o recém-nascido e sobre a alimentação adequada para cada idade, orientação sobre direitos das crianças e prevenção de acidentes. Atividades essas com rotatividade de profissionais de saúde, sendo médico, enfermeiro, dentista ou profissional do NASF o facilitador dessas atividades.

8 RECURSOS NECESSÁRIOS

Serão necessário recursos humanos e materiais para a construção desse Plano de Intervenção, porém todos esses recursos deverão ser disponíveis em uma UBS comum e nas atividades pertencentes ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A Secretaria Municipal de Saúde de Coreaú ficará responsável pelo financiamento do projeto.

Os recursos materiais são internet, pastas, impressora, armários, local para oficinas e atividades, agenda, cartões de vacina, carro para visitas e alimentos. Os recursos humanos abrangem os enfermeiros, médicos, agentes de saúde, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionista, dentista, recepcionista e demais funcionários que na Unidade trabalham.

Imprevistos podem acontecer mas o propósito é realizar cada atividade em seu prazo e sem prejuízo de seu valor.

9 RESULTADOS ESPERADOS

O objetivo de promoção à saúde infantil é o acompanhamento nos aspectos que norteiam o seu desenvolvimento integral . Ao final da intervenção proposta é esperado que a equipe do PSF abordado esteja apta para acolher, direcionar, conscientizar e manejar adequadamente todas as crianças até dois anos e seus pais e/ou responsáveis; atuando com base na interdisciplinaridade e na troca de saberes.

É aguardado maior engajamento social no cuidado continuado da saúde infantil, fomentando a participação popular na elaboração de mais ações que envolvam esta temática. Espera-se também um incremento nos índices de aleitamento materno, seja exclusivo ou complementado até os dois anos de idade, melhoria das condições de higiene, diminuição da violência infantil e acidentes, 100% de adesão às campanhas de vacinação nessa população e demais ações voltadas para esse público.

De uma forma geral, o projeto visa tornar o público mais instruído e capaz de optar por condutas mais adequadas para a saúde de seus filhos e fortalecer a adesão à vigilância contínua da saúde infantil.

REFERÊNCIAS

BLANK, D. A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, 2003. Suplemento 1.

BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente. **Lei Federal nº 8069, de 13 de julho de 1990**. Brasília, 1990. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acesso em: 15 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: Aleitamento materno e Alimentação complementar – Cadernos de Atenção Básica, nº 23**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento – Cadernos de Atenção Básica, nº 33**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. <http://dab.saude.gov.br/portaldab/amamenta.php>. Acesso em: 23 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php> . Acesso em: 30 jul. 2017.

BRASIL. **O cuidado às crianças em desenvolvimento** : orientações para as famílias e cuidadores / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Portal da Saúde. Ministério da Saúde. O Ministério: Histórico. 2017. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico> . Acesso em: 11 fev. 2017.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil**. Brasília, 2009^a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **II pesquisa de prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e Distrito Federal**. Brasília, 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, 2012.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, 2004.

DEL CIAMPO, Luiz Antônio. et al. (Orgs). **O Programa de Saúde da Família e a Puericultura**. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n3/30988.pdf> . Acesso em: 02 fev. 2017.

FRANCO, T. R.; SPHOR, S. L. S.; MACHADO, M. M. et al. Avaliação do programa de puericultura na unidade básica de saúde centro social urbano, Pelotas, RS. In: CIC PESQUISA E RESPONSABILIDADE AMBIENTAL, 16., 2007, [S.l.]. **Anais...** [S.l.: s.n.], 2007.

Integralidade na atenção à saúde / organizadores, Adélia Delfina da Motta S. Correia...[et al.]-- 2. ed. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.

LEITE, G. B.; BERCINI, L. O. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do PSF do município de Campo Mourão, PR. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 4, n. 3, p. 224-230, set./dez. 2005.

NELSON, **Tratado de Pediatria** / Robert M. Kliegman... [et al.]. – 18.ed. – Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Declaração de Alma-Ata. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 6- 12 de setembro de 1978, Alta-Ata, URSS. **Anais...** Alta-Ata, URSS, 1978. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 10 fev. 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Manual prático de atendimento em consultório e ambulatório de pediatria**. 2006. Disponível em: <http://www.sbp.com.br> . Acesso em: 4 fev. 2017.

VITOLO, M. R.; GAMA, C. M.; CAMPAGNOLO, P. D. B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 86, n. 1, 2010.

ANEXO (S)

A – Caderneta da Criança (menina e menino)

