

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

**BAIXA ADESÃO AO PROGRAMA DE PUERICULTURA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA ESF 4 DO MUNICÍPIO DE CANÁPOLIS - MG**

MELINA FAYAD VIEIRA

UBERABA MG / 2014

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

MELINA FAYAD VIEIRA

**BAIXA ADESÃO AO PROGRAMA DE PUERICULTURA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA ESF 4 DO MUNICÍPIO DE CANÁPOLIS - MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Virgínia Resende Silva Weffort

UBERABA MG / 2014

MELINA FAYAD VIEIRA

**BAIXA ADESÃO AO PROGRAMA DE PUERICULTURA NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA ESF 4 DO MUNICÍPIO DE CANÁPOLIS - MG**

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

Orientadora: Profa. Dra. Virgínia Resende Silva Weffort

Banca Examinadora

- Virgínia Resende Silva Weffort

- Regina Maura Rezende

Aprovado em Uberaba em 22 de janeiro de 2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me concedido a vida e a fé; agradeço minha família e amigos pela compreensão e por acreditar que seria possível o desenvolvimento deste trabalho; minha equipe do PSF 4 pela contribuição durante este ano de muito aprendizado; minha tutora Márcia Destro Nomelini por ter me orientado durante todo o ano de aprendizado pelo PROVAB e minha orientadora Profa. Dra. Virginia Resende Silva Weffort pela paciência e pelos ensinamentos.

“Que a criança corra, se divirta, caia cem vezes por dia, tanto melhor, aprenderá mais cedo a se levantar.”

Jean-Jacques Rousseau

LISTAS DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ESF – Estratégia Saúde da Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

PSF – Programa de Saúde da Família

RN – Recém – Nascido

SIAB – Sistema de Informação de Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

RESUMO

A assistência de puericultura é fundamental para a prevenção de várias doenças durante os primeiros anos de vida da criança. O início precoce e a realização de pelo menos sete consultas no primeiro ano são metas esperadas na assistência à criança. Inquéritos periódicos são essenciais para que essas metas possam ser alcançadas. Portanto, este estudo teve como objetivo descrever uma proposta de implantação de puericultura de crianças menores de dois anos, com avaliação do peso e da estatura para cada faixa etária, de acordo com o sexo; além de promover conhecimento para manutenção do aleitamento nessa faixa etária, na Estratégia Saúde da Família do bairro Jorge de Paula, Bolívar José Santana, Unidade Básica de Saúde (UBS) 4 do município de Canápolis – MG. A proposta foi idealizada pela autora e colaboradores, após observar um acentuado declínio na saúde da população infantil e a necessidade de ações que beneficiassem o crescimento, o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança. Após a intervenção de implantação do programa de puericultura, observou-se a aceitação e adesão das mães nas consultas, como também a participação da equipe multiprofissional neste atendimento.

Palavras-chave: Puericultura. Estratégia Saúde da Família. Crianças

ABSTRACT

The childcare assistance is essential for the prevention of various diseases during the early years of a child's life. The early start and the completion of at least seven visits in the first year are expected in pediatric care. Periodic surveys are essential if these goals can be achieved. Therefore, this study aimed to describe a childcare deployment proposal for children under two years with measurement of weight and height for each age group, according to sex; in addition to promoting knowledge for maintenance of breastfeeding in this age group, the Health Strategy of Paula Jorge Family neighborhood, Bolivar Jose Santana, Basic Health Unit (BHU) in the city of Canápolis - MG. The proposal was conceived by author and employees, after observing a sharp decline in the health of the child population and the need for actions that benefit the growth, development and the child's quality of life.

After the intervention of childcare program implementation, there was acceptance and adherence of mothers in the consultations, as well as the participation of the multidisciplinary team in this service.

Keywords: Childcare. Family Health Strategy. Children

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA.....	13
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	14
3.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	14
3.2 ALTERAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL.....	14
3.2.1 BAIXO PESO.....	14
3.2.2 DESNUTRIÇÃO INFANTIL.....	15
3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DE FAMÍLIA.....	15
3.4 PUERICULTURA.....	16
3.5 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO.....	17
3.6O PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA PUERICULTURA NA ESF.....	18
4 OBJETIVO.....	19
5 METODOLOGIA.....	20
6 INTERVENÇÃO: RESULTADO E DISCUSSÕES.....	21
6.1 DECISÃO SOBRE A INTERVENÇÃO: PUERICULTURA.....	21
6.2 DESENVOLVENDO A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	22
7 CONCLUSÃO.....	24
8 REFERÊNCIAS.....	25
9 ANEXOS.....	28

1 INTRODUÇÃO

Em 14 de julho de 1934, José de Paula Gouveia, proprietário da fazenda Córrego do Cerrado, localizada no Município de Monte Alegre de Minas, doou à Prefeitura local cinco hectares para que neles fosse fundado um novo povoado. Seus primeiros habitantes foram moradores da própria fazenda. Os desbravadores foram pessoas residentes na referida fazenda e redondezas, que viram consolidados seus interesses diante do gesto do fazendeiro (IBGE, 2010).

A ocupação deveu-se às terras férteis e ao loteamento e venda de áreas localizadas ao redor do novo povoado, promovido pelo próprio Sr. José de Paula Gouveia e atraindo, inúmeros forasteiros que ali se instalaram e deram curso a várias atividades econômicas. Recebeu o nome de Canápolis (cidade da cana) devido à grande quantidade de plantações de cana-de-açúcar no município e, também é conhecida popularmente como a “terra do abacaxi” (IBGE, 2010).

O município de Canápolis apresenta clima tropical temperado (média de temperatura anual de 23,5°C), com altitude mínima de 420 metros e máxima de 740 metros. A cidade é formada pela Bacia do Rio Paranaíba (Ribeirão Pirapitinga, Córrego Fundo, do Cundungo, do Cerrado e da Areia, Represa de Cachoeira Dourada) e apresenta um relevo predominantemente ondulado (95%) (IBGE, 2010).

Além disso, situa-se na região do Triângulo Mineiro, tendo divisa com os municípios de Ituiutaba, Capinópolis e Centralina. Fica distante de Belo Horizonte - MG 654 km e a população estimada pelo IBGE em 2000 é de 10633 (Anexo 1) e em 2013 é de 11882 habitantes. Apresenta uma área total de 839.737km² e densidade demográfica de 13,53 habitantes/km². (Anexo 2). O IDH é de 0,722 e o PIB é de R\$280.206. Em 2010, Canápolis apresentou uma taxa de alfabetização igual a 84,3% das pessoas de 5 anos ou mais de idade. (Anexo 3) (IBGE, 2010).

O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) corresponde a 0,772. Além disso, a taxa de urbanização é acima de 80%, como a porcentagem de água tratada na cidade (83,1%) e porcentagem de rede de esgoto (82%) (IBGE, 2010).

A Proporção de moradores abaixo da linha de pobreza corresponde a um número de 3491 famílias com renda per capita inferior a R\$60,00. (Anexo 4). A renda média da família, equivale a uma média de R\$ 679,36, tendo como principais atividades econômicas os produtos de extração vegetal, pecuária, lavoura, cereais leguminosas e oleaginosas; além da atividade comercial. Aproximadamente cerca de 66% das famílias

cadastradas no município não apresenta risco cardiovascular ou ele é baixo e 34% com risco moderado a alto. (IBGE, 2010).

Do ponto de vista político, o prefeito Diógenes Roberto Borges, representa uma população estimada de 11.882 habitantes (IBGE 2013); tendo como Secretário Municipal de Saúde Arnaldo Juarez Ribeiro e como Coordenadora da Atenção Básica e da Saúde Bucal a enfermeira Danusy M. Custodio. A população usuária da rede básica de saúde no SUS no município de Canápolis é estimada em 100% e real em 95,72%, segundo IBGE em 2011 apresentando um total de quatro Unidades Básicas de Saúde da Família.

A Unidade Básica de Saúde da Família Bolívar José Santana ou UBSF 4, de Canápolis – MG, situa-se no Bairro Jorge de Paula Gouveia, na periferia da cidade, e atende um número aproximado de 2599 pessoas, representadas por um total de 840 famílias cadastradas. Possui uma equipe formada por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS), desses, um é ACS rural; além disso, existem dentista, técnica em saúde bucal, psicóloga e nutricionista (SIAB, 2013).

A área física da UBSF é adequada, contendo várias salas como consultório médico, sala para enfermagem, sala de inalação, sala de curativos, sala para os ACS, consultório para nutricionista/psicólogo, consultório dentário com escovário, cozinha, banheiros e sala de espera. O funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 07h00 às 17h00.

O nível de alfabetização da população relacionada ao PSF – 4 corresponde a 89% na faixa etária de 7 a 14 anos e 90% com 15 anos ou mais. São 107 pessoas cobertas com plano de saúde privado (4%), 4 famílias cadastradas no Bolsa Família (0,48%), 641 famílias com água tratada em domicílio (76%), 192 famílias com água sem tratamento (22%), 750 famílias com abastecimento de água – rede pública (89%), 82 famílias com abastecimento de água – poço ou nascente (9%), 824 famílias com casa tipo tijolo / Adobe (98%), famílias com casa tipo taipa revestida ou não (1%), 761 famílias com destino de esgoto – coleta pública (90%), 77 famílias com destino do lixo – queimado ou enterrado (9%), 757 famílias com sistema de esgoto (90%) e 82 famílias com fossa (9%) (SIAB/IBGE, 2013/2010).

Tais indicadores acima mostram as condições de moradia e de saneamento básico da área de abrangência do PSF 4, mostrando o padrão sócio-cultural local. Os

usuários do PSF contam em média com 250 consultas por mês, distribuídas entre a demanda programada e livre, porém existe uma baixa procura para consultas de puericultura. Isto é muito preocupante visto que muitas ações podem não estar sendo realizadas, tais como: seguimento do crescimento e desenvolvimento, incentivo ao aleitamento materno, prevenção de desvios nutricionais, tratamento de verminoses e outros.

2 JUSTIFICATIVA

O baixo índice de aderência à puericultura é um fator preocupante, uma vez que, mesmo contando com duas especialistas excelentes na área de Pediatria, a população não procura o atendimento para “prevenção”, mas sim quando tem a “doença”. Na Unidade, inclusive, já foi tentado elaborar uma palestra sobre a importância da puericultura e não houve adesão. O que poderia melhorar a adesão das mães à puericultura, como uma forma de “nó crítico” seria fazer um planejamento das ações com busca ativa das crianças e esclarecimento junto à população. Tal planejamento deverá ser estruturado com toda equipe de saúde e com participação ativa dos agentes de saúde.

Tais fatos mostram a importância na Estratégia Saúde da Família na identificação do problema: planejamento para “tratamento do diagnóstico” estabelecido a partir das prioridades estabelecidas no plano de ação (condições de moradia, renda, mortalidade e abastecimento de água).

Para se obter informações necessárias ao tratamento do “diagnóstico”, baixa adesão à puericultura, pelo método de Estimativa Rápida, foi necessário a análise dos registros e entrevista à população por toda a equipe da Unidade. A vantagem de dispor de uma abordagem rápida, barata e eficiente na análise dos dados, torna o método facilitador do trabalho intersetorial.

Dentre as inúmeras causas prováveis, tem-se o padrão cultural da população, o papel parcialmente efetivo dos agentes comunitários de saúde e o papel da gestão contribuem para o acompanhamento familiar na Unidade de Saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DESENVOLVIMENTO INFANTIL

O processo de amadurecimento do homem, desde o nascimento até a idade adulta, recebe habitualmente a denominação de desenvolvimento. Este processo, pois, pode ser dissociado em dois componentes: o crescimento, que corresponde às mudanças das dimensões corpóreas (estatura, peso, etc.); e o desenvolvimento funcional, isto é, a aquisição e o aperfeiçoamento de capacidades e funções, que permitem à criança realizar coisas novas, progressivamente mais complexas, com uma habilidade cada vez maior (NELSON, 2006).

Apesar de representarem características muito próprias de cada ser humano, o desenvolvimento normalmente se processa numa mesma sequência e com ritmo semelhante, o que lhe garante certa previsibilidade. Nesta tarefa, os familiares têm um papel fundamental ao estimular a criança e, sobretudo, não exigindo da mesma, desempenhos incompatíveis com a fase de amadurecimento em que se encontra (MONTE et al., 2004).

Neste sentido, os dois primeiros anos de vida se revestem de particular importância. Trata-se da fase de maior velocidade de crescimento na qual a criança, sob o ponto de vista do desenvolvimento, passa da dependência total de cuidados para o início de sua independência, para satisfazer suas necessidades básicas (OLIVEIRA; OSÓRIO, 2005).

3.2 ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

3.2.1 BAIXO PESO

É considerado recém-nascido (RN) de baixo peso, aquele com menos de 2.500g de peso de nascimento. Neste critério estão incluídos tanto os prematuros quanto os RN de termo com retardo do crescimento intra-uterino. De acordo com a experiência clínica, Marcondes (2003) refere que muitas crianças de baixo peso apresentam evolução favorável durante o período neonatal, enquanto outras de maior tamanho podem apresentar problemas de grande importância na adaptação à vida extra-uterina. Refere também que cerca de 30% dos casos de recém-nascido de baixo peso é nascido de termo.

Duarte e Mendonça (2005) afirmam que recém-nascidos de muito baixo peso representam a maioria das mortes no período neonatal, constituindo o maior percentual da mortalidade infantil no Brasil, o que mostra a grande importância do papel e do seguimento do crescimento e desenvolvimento infantil.

3.2.2 DESNUTRIÇÃO INFANTIL

A desnutrição pode ser compreendida como a ingestão insuficiente de nutrientes indispensáveis à manutenção da saúde. Caracteriza-se apresentando ao indivíduo um estado físico deficiente, baixo peso, apatia e capacidade limitada para realizar esforços físicos. A desnutrição tem sua origem em causas primárias (dieta deficiente, devido ao baixo poder aquisitivo ou a pouca disponibilidade de alimentos, com influência de fatores sociais, culturais e psicológicos), ou secundárias, como alterações do processo digestivo, má absorção, disfunções endócrinas e outras (RODRIGUES; SLOMP, 2004).

Este processo de desnutrição reflete que também depende da disponibilidade de alimento no domicílio, da salubridade do ambiente e do cuidado destinado à criança, visto que essa situação requer dos familiares uma sobrecarga de responsabilidade, pois se relaciona principalmente com a renda familiar. (FROTA E BANOSOS, 2005)

Monteiro (2005) cita que a pessoa tem fome quando a quantidade da ingestão de alimentos não aporta à energia requerida para a manutenção do organismo e para o exercício das atividades ordinárias do ser humano.

3.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das leis orgânicas de saúde N. 8.080 e N. 8.142, ambas de 1990, foi possível estabelecer suas doutrinas (universalidade, integralidade, equidade) e princípios (regionalização, hierarquização, resolubilidade, descentralização e participação social). Com o passar do tempo foi incorporado à territorialidade com o objetivo de facilitar a população o acesso à saúde. Essa mudança permitiu implantar os princípios e diretrizes do SUS, através de novas formas de gestão fundamentadas na vigilância à saúde. Para organizar a prática assistencial, foi implantado o Programa Saúde da Família – PSF, em 1994, que é considerado uma das principais estratégias na reorganização dos serviços. (NASCIMENTO; NASCIMENTO, 2005).

Silvestre e Costa Neto (2003) observam que a Estratégia Saúde da Família permite a organização do serviço básico de saúde, a criação do vínculo com a comunidade e o compromisso de admitir a saúde como direito, humanizar as assistências prestadas, resultando na satisfação do cliente; conceder assistência resolutiva e de qualidade. Assim como Nunes et al. (2002) que reforçam a necessidade deste vínculo entre profissionais e a comunidade.

Nesse sentido, cabe destacar que as ações comuns dos profissionais de saúde são: promoção à saúde; capacitação de profissionais; encaminhamento a outros profissionais quando indicado; ações assistenciais individuais e em grupo e gerenciamento do programa (BRASIL, 2006).

3.4 PUERICULTURA

No Brasil, a puericultura está entre as ações programáticas mais oferecidas por serviços básicos de saúde, especialmente no Programa de Saúde da Família (PSF), porém, pouco se sabe a respeito da efetividade desta ação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o país (PICCINI et al., 2007).

A puericultura, área da pediatria direcionada especialmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atua no sentido de conservar a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que alcance a vida adulta sem influências adversas e problemas ocasionados pela infância. Suas ações priorizam a promoção da saúde infantil, prevenção de doenças da criança e de seus familiares, através de orientações antecipatórias aos riscos de agravos à saúde, podendo oferecer medidas preventivas mais eficientes (DEL CIAMPO et al., 2009).

Tradicionalmente, de acordo com Ferreira (2009, p. 1129), a puericultura é conceituada como: “o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de 4 ou 5 anos, e, por extensão, da gestação à puberdade”. Esse conceito está fundamentado na condição de que a atenção à criança se baseia nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais, por meio da prevenção e do acompanhamento precoce desde o nascimento.

No que se refere às crianças, estas têm sido alvo de atenção do sistema de saúde por se entender que a infância é uma das etapas da vida onde acontecem as maiores alterações físicas e psicológicas e, por este grupo ser mais propenso aos problemas relacionados à saúde, requerendo, por isso, um acompanhamento mais de perto. O

cuidado que se deve ter com a criança e a preocupação que ela alcance a idade adulta de maneira saudável é responsabilidade da família, contudo as que estão inseridas nas classes menos assistidas vêm executando os cuidados em uma estreita ligação com os projetos das áreas de saúde e educação, proporcionados à comunidade por meio das diretrizes políticas do Estado (FIGUEIREDO, 2001).

3.5 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

De acordo com o Projeto “Crescendo com Saúde”, da Sociedade Brasileira de Pediatria (1997), a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança é baseado em um gráfico estatístico, presente na sua caderneta de acordo com o sexo, que avalia o peso com a idade; a estatura com a idade em relação a média de crianças para aquela faixa etária. Assim, tem-se a seguinte tabela:

Escore Z	Peso	Estatura
$>+ 2$ escores z	Elevado	Elevado
≥ -2 e $\leq +2$ escores z	Adequado	Adequado
≥ -3 e < -2 escores z	Baixo	Baixo
< -3 escores z	Muito Baixo	Muito Baixo

Na avaliação do crescimento da criança, de acordo com sexo existem quatro formas de interpretação dos resultados (desconsiderando $>+ 2$ escores z, que indica crescimento e estatura elevados para idade e sexo):

- a) Peso adequado para a altura e altura normal para idade: significa que a criança é normal, tanto do ponto de vista físico, quanto nutricional. Ou seja, é uma criança saudável com menor risco de doenças
- b) Altura normal, mas baixo peso para altura: é necessário avaliar se a criança tem boa alimentação, com doses adequadas de vitaminas, energia, minerais e proteínas. Necessário avaliar dieta e hábitos alimentares, para que o crescimento não seja afetado. Caso o hábito alimentar esteja correto, é considerado normal; e se a criança sempre apresentou este quadro e não houve períodos em que a altura estava fora do normal, pode ser constitucional, ou seja, o estirão ocorrerá na puberdade.
- c) Altura abaixo do padrão, mas peso adequado para altura: é necessário avaliar inicialmente o padrão do crescimento desde o nascimento, observar se teve

períodos em que a altura era normal, mas a criança era magra, ou seja, baixo peso. Neste caso, deve avaliar se é baixa estatura familiar, atraso puberal, deficiência hormonal, doenças crônicas (diabetes, insuficiência renal crônica, doença celíaca, etc.), deficiência de zinco, de ácido fólico, de vitamina A e de proteínas.

- d) Altura abaixo do padrão e baixo peso para altura: avaliar o crescimento desde o nascimento e investigação de causas secundárias.

3.60 PAPEL DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA PUERICULTURA NA ESF

Os desafios atuais no atendimento pediátrico são o acesso aos serviços de saúde, as disparidades em saúde, a vida social cognitiva e emocional na infância, os distúrbios congênitos e genéticos e os fatores ambientais que afetam o desenvolvimento ideal da saúde das crianças. Assim sendo, os médicos na Estratégia da Saúde da Família devem atuar como parte de uma grande equipe de atendimento multidisciplinar juntamente com enfermeiros, psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e saúde na escola. (NELSON, 2006).

A orientação oferecida pela equipe multiprofissional às mães é de grande responsabilidade, a qual deve procurar humanizar e desenvolver estratégias de educação, abordando os cuidados maternos com o filho e proporcionando assim, uma maior autonomia à mãe (SILVA et al., 1999).

Sendo assim, a equipe multiprofissional tem um papel fundamental na promoção da saúde da criança, mas suas ações na área da puericultura não devem ser baseadas apenas na experiência. Existem diversos recursos, amparados em evidências científicas, em que a equipe orienta as mães quanto aos procedimentos mais essenciais que devem ser aplicados no seu cotidiano junto ao universo infantil (BLANK, 2003).

4 OBJETIVO

Geral:

1. Elaborar uma Proposta de Intervenção para promover maior adesão à puericultura, acompanhando o crescimento e o desenvolvimento das crianças da área de abrangência do UBSF 4 – Bolívar José Santana - no município de Canápolis – MG

Específico:

1. Avaliação do peso e da estatura para cada faixa etária, de acordo com o sexo, em crianças de 0 a 2 anos na área de abrangência do UBSF 4 no município de Canápolis– MG

5 METODOLOGIA

Primeiramente, foi utilizado um plano de estratégias que visou a identificação dos problemas situacionais mais relevantes que afetam a população e os “nós críticos” que foram trabalhados por meio de ações específicas, pela metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde (NESCON – UFMG).

Na Unidade Básica de Saúde Bolívar José Santana (UBSF 4) de Canápolis – MG, foram identificados alguns “diagnósticos” da área de abrangência, em ordem de prioridade, tais como o baixo índice de aderência à puericultura, baixo índice de aleitamento materno, baixo registro de pessoas sintomáticas respiratórias e menor índice de diabéticos ou 3,92% em comparação ao parâmetro nacional (8%). (SIAB, 2013)

Tais situações foram evidenciadas pela análise situacional, por meio da estimativa rápida, que consiste na análise de dados seguindo as etapas: registros, entrevistas e informações ativas da área, bem como planejamento segundo diretrizes e conhecimento do perfil cultural, político e econômico, conhecendo também os serviços ambientais (abastecimento de água) e sociais (creches e escolas). Para isso foi necessária, coleta de dados, reflexão sobre as condições e especificidades locais e envolvimento da população, seguindo as diretrizes estabelecidas.

Baseando na metodologia do Planejamento Estratégico em Saúde (NESCON – UFMG) foi possível verificar a ausência de consultas sistematizadas de acordo com a faixa etária preconizada. Assim, para melhor compreensão do tema apresentado, foi realizada uma revisão bibliográfica, buscando, na literatura nacional, publicações que mostraram evidências já existentes sobre o problema diagnosticado neste estudo.

6 INTERVENÇÃO: RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 DECISÃO SOBRE A INTERVENÇÃO: PUERICULTURA

Este trabalho teve como objetivo principal uma proposta para promover maior adesão ao programa de puericultura, realizado na Unidade de Saúde Bolívar José Santana do município de Canápolis – MG, em uma Estratégia Saúde da Família (ESF) com crianças menores de dois anos de idade e, conseqüentemente, promover conhecimento para manutenção ao aleitamento materno de crianças nessa faixa etária.

Devido a UBSF 4 possuir baixa adesão ao programa ou atendimento específico voltado ao cuidado de crianças menores de dois anos, foi realizada uma reunião com todos os membros da equipe de saúde, onde ficou decidido pela busca ativa das crianças até dois de idade para melhor implantação do programa de puericultura na referida unidade de saúde. Foi determinada pela equipe a realização de um convite pessoal às mães/responsáveis, por meio dos agentes comunitários, a fim de participarem do programa e levarem as crianças nos dias determinados.

Primeiramente, a criança era atendida pela equipe de enfermagem que realizava a pré consulta (peso e medidas antropométricas). Em seguida, era realizado agendamento para as crianças avaliadas para serem conduzidas ao atendimento médico e avaliada de forma integral, ou seja, histórico familiar, as medidas antropométricas, e desenvolvimento psicomotor, por meio de anamnese e exame físico.

Na consulta também era avaliado o cartão de vacina e condição nutricional. Conforme o resultado das consultas, o médico prescrevia, se necessário, exames laboratoriais e medicamentos (sulfato ferroso em dose profilática e terapêutica). Além disso, seguindo as Diretrizes da Secretaria do Estado de Minas, o recém-nascido deve ter a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas primeiras 24 horas e sua consulta agendada na UBS para classificação do risco individual e seguimento, com o mínimo de sete consultas no primeiro ano, realização de grupos educativos com mãe e gestantes e avaliação do cartão vacinal.

Nesse período a UBSF 4 estava instalada em uma estrutura física própria, onde era realizada a prestação dos serviços de saúde a população somente dessa equipe. Ao planejar essa implantação foram idealizados vários meios de chamar a atenção da população para a adesão desse programa, como a criação de uma brinquedoteca, distribuição de lanche, entre outros.

6.2 DESENVOLVENDO A PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Os resultados apresentados e discutidos são referentes ao acompanhamento de crianças menores de dois anos cadastradas na Unidade Básica Saúde da Família Bolívar José Santana, UBSF 4, as quais foram convidadas pelos agentes de saúde para levantamento de peso e estatura na unidade, no período de janeiro a novembro. Durante a avaliação antropométrica, não foi considerado os erros de aferição e de seleção entre os diferentes profissionais de saúde.

Foram realizadas medições de peso e estatura em 43 crianças, de idade de 0 a 2 anos no período de janeiro a novembro de 2014, no momento em que o menor estava em acompanhamento de um familiar ou ente próximo, constatou-se nesse momento a presença de 24 crianças do sexo feminino (55,8%) e 19 do sexo masculino (44,2%).

Foi possível, assim, constatar:

- a) presença de 28 (vinte e oito) crianças com peso e altura adequados para idade e sexo (≥ -2 e $\leq +2$ escores z), em que eram acompanhadas na própria UBS, avaliando necessidade de vermífugos e suplementação vitamínica e sulfato ferroso em dose profilática, de acordo com o contexto social de cada uma e orientado sobre a importância da continuidade do seguimento. Um das crianças, porém, apresentava precária higiene bucal e foi encaminhada para Equipe de Saúde Bucal da Unidade.
- b) presença de 3 (três) crianças com altura normal, mas baixo peso para idade (≥ -3 e < -2 escores z), em que foi realizada uma avaliação multiprofissional com psicóloga e nutricionista para acompanhamento nutricional e maior ganho ponderal, suplementação vitamínica e acompanhamento na UBS. A medida antropométrica encontrava-se dentro da média e com linearidade.
- c) presença de 5 (cinco) crianças com peso normal e altura baixa (≥ -3 e < -2 escores z), de forma que, duas destas crianças apresentaram muito baixa estatura (< -3 escores z). Durante as consultas, foi realizada orientação familiar, avaliação da estatura familiar, solicitados exames básicos iniciais de investigação e encaminhamento destas duas crianças para o setor terciário para acompanhamento com a pediatra do município.

- d) Presença de 6 (seis) crianças com baixo peso e estatura correspondendo a 13,9%, de forma que uma delas tinham muito baixo peso e baixa estatura (< -3 escores z), sendo feita toda avaliação previamente citada e encaminhamento da criança para o serviço terciário para avaliação.

Durante a avaliação antropométrica, foi possível encontrar 1 (uma) criança com peso e estatura elevados para idade ($>+ 2$ escores z) porém peso proporcional a estatura, sendo marcada avaliação periódica para acompanhamento da velocidade de crescimento.

8 CONCLUSÃO

Após a realização desta pesquisa na área de abrangência da UBS 4, observou-se que o objetivo almejado com a implantação do programa de puericultura foi alcançado, pois houve 100% de adesão das crianças menores de 2 anos, e as mães mostraram-se satisfeitas, mesmo aquelas que participaram de somente uma consulta. Também foi possível 100% de avaliação do peso e estatura das crianças adscritas.

Por meio dos resultados obtidos no presente trabalho destaca-se, ainda, que é necessário muito empenho por parte de toda a equipe multiprofissional da ESF Bolívar Jose Santana, para que todas as crianças possam iniciar as consultas de puericultura a partir do seu nascimento, isto é, que a captação seja precoce, para que possam ser realizadas medidas de prevenção e promoção em saúde. A participação de toda equipe multiprofissional (psicóloga, nutricionista e equipe de saúde bucal) é primordial na manutenção do programa.

Portanto, espera-se que este estudo possa servir para continuidade do programa de puericultura na área de abrangência do município de Canápolis – MG pela equipe multiprofissional de saúde.

9 REFERÊNCIAS

1. ARAÚJO, M.B.S.; ROCHA, P.M. **Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.12, n.2, p. 455-464, 2007.
2. BESSA, Kelly Cristine F. O.; SOARES, Beatriz Ribeiro. **Considerações sobre a dinâmica demográfica na região do triângulo mineiro/alto Paranaíba.** Junho 2002
3. BLANK, D. **A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências.** Jornal de Pediatria, v. 79, supl.1, p. 13-22, 2003.
4. BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: AIDPI.** 2002.
5. BRASIL. **Manual de assistência ao recém-nascido.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança: ações básicas,** Brasília – DF, 1984.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana Saúde. **Painel de indicadores do SUS / Brasil.** Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
8. BUCHABQUI, J.A.; CAPP, E.; PETUCO, D.R.S. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica,** Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, jan./abr., 2006.
9. CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos, **Planejamento e avaliação das ações de saúde,** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118P:II.
10. **Caderno de informações de saúde –** Informações gerais do município de Canápolis – MG.
11. CAMPOS, Francisco Carlos Cardoso de; FARIA, Horácio Pereira de; SANTOS, Max André dos, **Planejamento e avaliação das ações de saúde,** 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. 118P:II.
12. DEL CIAMPO, L.A.; RICCO, R.G.; DANELUZZI, J.C.; DEL CIAMPO, I.R.L.; FERRAZ, I.S.; ALMEIDA, C.A.N. Puericultura: uma prioridade a ser resgatada. **Jornal de Pediatria,** v. 16, n. 4, p. 158-61, 2009.
13. DUARTE, J.L.M.B; MENDONÇA, G.A.S. Fatores associados à morte neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública** v. 21, n. 1, 2005.

14. FERREIRA, A.B.H. **Novo Aurélio Século XXI**. O Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2009.
15. FIGUEIREDO, G.L.A. A enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil em Unidade Básica de Saúde: fragmentos e reconstruções. 2001. **Dissertação (Mestrado em Enfermagem)**. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo, 2001.
16. FROTA, M.A.; BANOSOS, M.G. Repercussão da desnutrição infantil da família. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 512-516, nov./dez., 2005.
17. MELO, Renata Faria de; **Análise do desenvolvimento rural na região do triângulo mineiro e alto Paranaíba, caracterização dos municípios com base em indicadores populacionais, econômicos, ambientais e bem social**; Uberlândia, Setembro de 2005.
18. MONTE, C.M.G, *et al.* Os dez passos para a alimentação saudável de crianças menores de 2 anos: Orientações práticas para as mães. Vitória, ES: **Secretaria Municipal de Saúde**; 2004.
19. MARCONDES, E. **Pediatria básica**. 9. ed. São Paulo: Sarvier, 2003.
20. MINISTÉRIO DA SAÚDE. GOVERNO FEDERAL. Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.
21. MONTEIRO, C.AA dimensão da pobreza, da fome e da desnutrição no Brasil. **Estudos Avançados**. São Paulo, v. 9, n. 24, p. 195-207, maio/ago., 2005.
22. NASCIMENTO, M.S.; NASCIMENTO, M.A.A. Prática da enfermeira no Programa de Saúde da Família: a interface da vigilância da saúde *versus* as ações programáticas em saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 333-345, 2005.
23. NELSON, 2006. **Princípios de pediatria**, 5ª edição.
24. NUNES, M.O.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B.A.; HOMEM, C.R.; MELO, M.C.I.C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov./dez., 2002.
25. OLIVEIRA, M.A.A.; OSÓRIO, M.M. Consumo de leite de vaca e anemia ferropriva na infância. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 81, n. 5, p. 361-367, 2005.
26. PICCINI, R.X.; FACCHINI, L.A.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D.S. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde

- do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.**, Recife, v. 7, n. 1, p. 75-82, jan. / mar., 2007.
27. CTENAS, MLB; VITOLO, MR. Projeto Crescendo com Saúde, **Sociedade Brasileira de Pediatria**, p. 17-18, 1997.
 28. RODRIGUES, D.; SLOMP, F.M. Determinantes da desnutrição infantil na faixa etária de zero a cinco anos em um bairro de Guarapuava. **Revista de Enfermagem**, v. 16, n. 21, p. 32-38, 2004.
 29. SILVA, A.A.M.; GOMES, U.A.; TONIAL, S.R.; SILVA, R.A. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luis (Maranhão), Brasil. **Revista Panamericana de Saúde Pública**, v. 6, n. 4, p. 1-2, 1999.
 30. SILVA, A.C.F.C. **Cuidar do recém-nascido**: o enfermeiro como promotor das competências parentais. Dissertação (Mestrado). Curso de Comunicação em Saúde. Universidade Aberta de Lisboa, 2006.
 31. SILVESTRE, J.A.; COSTA NETO, M.M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, mai./jun., 2003.
 32. Site: <http://www.qedu.org.br/cidade/1246-canapolis/censo-escolar>
 33. Site: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=311180>
 34. Site: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?siab/cnv/SIABCbr.def>

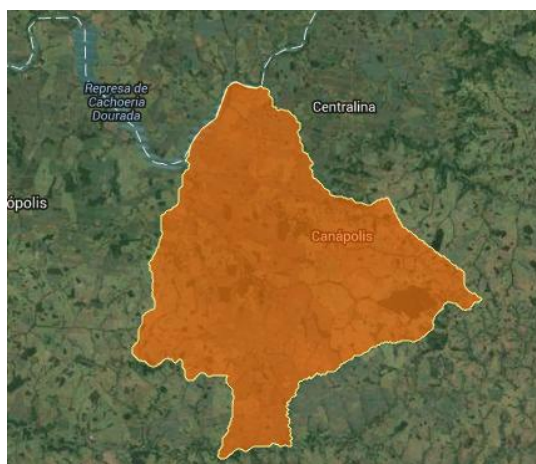
10 ANEXOS:

Anexo 1:

TABELA 2.4 – População residente — região Triângulo Mineiro e Alto Paranaíba, 2000

MUNICÍPIO	POPULAÇÃO TOTAL	% POPULAÇÃO URBANA	% POPULAÇÃO RURAL	% POPULAÇÃO NA REGIÃO
Abadia dos Dourados	6.446	60,92	39,08	0,34
Araguari	101.974	90,95	9,05	5,45
Araporã	5.309	90,81	9,19	0,28
Arapuá	2.744	62,54	37,46	0,15
Araxá	78.997	98,41	1,59	4,22
Água Comprida	2.092	64,67	35,33	0,11
Cachoeira Dourada	2.305	86,46	13,54	0,12
Campina Verde	19.100	70,21	29,79	1,02
Campo Florido	5.328	58,93	41,07	0,28
Campos Altos	12.819	90,64	9,36	0,69
Canápolis	10.633	84,74	15,26	0,57

Anexo 2:



Fonte: IBGE

Anexo 3:

**Proporção da População Residente
Alfabetizada por Faixa Etária**

Faixa Etária	1991	2000
5 a 9	47,0	63,9
10 a 14	90,5	97,0
15 a 19	93,0	98,2
20 a 49	85,2	90,9
50 e +	54,0	62,7
Total	78,1	84,3

Fonte: IBGE/Censos

Anexo 4:

Número de família	Número de Famílias com renda <i>per capita</i> inferior a R\$ 60,00	Porcentagem
3.491	54	1,54

Fonte: IBGE