

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA - NESCON
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

**ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL
PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ-MG: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

SELMARA FREIRE PIMENTA

CORINTO-MG

2011

SELMARA FREIRE PIMENTA

**ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL
PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ-MG: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Faculdade de Medicina/NESCON, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

CORINTO - MG

2011

SELMARA FREIRE PIMENTA

**ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL
PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE
SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ-MG: RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Faculdade de Medicina/NESCON, da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Anézia M. F. Madeira

Banca Examinadora: Anézia M. F. Madeira e Edison José Corrêa

CORINTO - MG

2011

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Nossa Senhora, que sempre iluminou o meu caminho.

Ao meu esposo Cláudio e minha filha Clara, por tanta compreensão e amor.

A minha mãe Selminha e minha madrinha Edna, que são meu porto seguro.

A babá de minha filha Márcia Elizabeth e minha secretária Ildete pelo apoio incondicional.

Aos colegas de trabalho da Estratégia Saúde da Família, do município de Santo Antônio do Itambé, pelo belo trabalho em equipe. E a todas as comunidades que possibilitaram a prática de um novo aprendizado.

Em especial, agradeço à Tutora Silmeiry Angélica Teixeira, e à minha orientadora Anézia M. F. Madeira, pela dedicação.

*“Uma visão sem ação não passa de um sonho.
Ação sem visão é só um passatempo.
Mas, uma visão com ação pode mudar o mundo”.*

(Joel Barker)

RESUMO

Trata-se de um relato de experiência das equipes da Estratégia Saúde da Família, do município de Santo Antonio do Itambé, Minas Gerais, acerca da organização das ações direcionadas a crianças menores de cinco anos. Através de um diagnóstico situacional da saúde das crianças e das adversidades locais da área de abrangência das equipes, foram planejadas e implementadas ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, em especial, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura). Assim, espera-se que esta experiência estimule os profissionais para iniciativas semelhantes, considerando nossa responsabilidade na mudança do quadro da morbimortalidade infantil.

Palavras-chave: Crescimento e desenvolvimento; Cuidado da criança; Estratégia Saúde da Família; Atenção primária à saúde; Promoção da saúde.

ABSTRACT

It is a report of the experience of teams of the Family Health Strategy, of the municipality of Santo Antonio of Itambé, Minas Gerais, concerning the organization of actions directed to children under five years. Through a situational diagnosis of the health of children and of the local adversities they were drifted and implemented actions of health promotion and prevention of problem, especially, monitoring of growth and development (child care). Like this, it is waited that this experience stimulates the professionals for similar initiatives, considering our responsibility in the change of the framework of the infant morbimortality.

Word-key: Growth and development; Child care; Family Health Strategy; Primary health care; Health Promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 OBJETIVO	13
3 METODOLOGIA	14
4 REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1 Contextualizando a saúde da criança	15
4.2 O programa de crescimento e desenvolvimento infantil e a Caderneta de Saúde da Criança	17
4.3 O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) na Estratégia Saúde da Família (ESF)	21
4.4 O programa de redução da mortalidade infantil e materna – Programa Viva Vida – SES/MG	23
5 CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA	26
5.1 Descrição do contexto	26
5.2 Implementação da proposta de atenção às crianças menores de cinco anos	27
5.3 Resultados e avaliações da experiência	30
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
7 REFERÊNCIAS	35
APÊNDICES A, B, C, D	

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua aprovação pela Constituição Federal de 1988, fornece princípios para a reorganização da atenção à saúde no Brasil. Entretanto, na maior parte do país, tais princípios não constituíram, ainda, pontos norteadores para a organização dos serviços públicos de saúde. Para a concretização do modelo proposto pelo SUS, baseado em seus princípios e diretrizes, o Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu como estratégia (Estratégia Saúde da Família – ESF) de mudança estruturada na lógica da atenção primária, e fundamentada na promoção da saúde, com vistas à qualidade de vida da família, indivíduo e comunidade. A ESF tem como objetivo maior a reorientação do processo de trabalho e das ações que constituem o modelo de atenção proposto pelo SUS no âmbito da atenção básica, buscando ampliá-las e garantir-lhes maior efetividade (FARIA *et al.*, 2009).

Além disso, a ESF pretende reconhecer a saúde como um direito de cidadania e resultante das condições de vida; estimular a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social; intervir sobre os riscos aos quais as pessoas estão expostas; estabelecer ações intersetoriais voltadas para a promoção da saúde; e prestar, nas unidades de saúde e nos domicílios, assistência integral, contínua e humanizada às necessidades da população da área adscrita, de forma a propiciar o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuário (FARIA *et al.*, 2009). Dessa forma, a equipe de saúde da família deve desenvolver um processo de trabalho que viabilize e garanta aos usuários um atendimento baseado nos princípios e diretrizes do SUS.

Na prática da Saúde da Família, entretanto, constata-se múltiplas tensões na organização do trabalho. Apesar de as práticas com o coletivo, com as famílias – nas casas, locais de trabalho e convivência – serem uma atribuição do conjunto da equipe, elas são assumidas principalmente pelos trabalhadores de enfermagem, seguidos pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A carga de atenção por meio das consultas clínicas é extremamente pesada e ocupa grande parte do tempo e da agenda dos médicos. Além disso, as equipes enfrentam muitas dificuldades para lidar com a demanda espontânea, e a atenção a elas

quase sempre se confronta no esquema queixa-conduta, fortalecendo o modelo médico centrado (ASSIS *et al.*, 2007).

O processo de trabalho em saúde deve ser estruturado visando atingir a resolutividade das ações desenvolvidas e a satisfação dos usuários. De forma bem organizada e articulada, a equipe consegue otimizar o processo de trabalho, produzindo mais e com menor desgaste físico e psicológico. Além disso, as atividades diárias se tornam bem direcionadas, e os objetivos são mais facilmente alcançados. Os profissionais inseridos na ESF devem ser capazes de reconhecer seu papel na atenção primária à saúde, o significado da interdisciplinaridade, e sua responsabilidade de, perante toda a equipe, proporcionar o bom andamento do serviço, sua otimização e resolutividade (FARIA *et al.*, 2010), pois como relatam Vasconcelos, Grillo e Soares (2009, p. 20), “os profissionais de saúde devem valorizar e somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a atenção à coletividade, para viver e conviver com qualidade”.

A efetivação das ações da atenção primária à saúde depende fundamentalmente de uma sólida política de educação permanente, capaz de formar/manter profissionais com habilidades e competências que lhes permitam compreender e atuar no SUS com competência técnica, espírito crítico e compromisso político (FARIA *et al.*, 2010).

Logo, para que ocorram as mudanças requeridas pela saúde da família se faz fundamental a educação permanente que, de acordo com o Ministério da Saúde (2000, p.11) foi “concebida dentro das premissas básicas de ser um processo constante de promoção e desenvolvimento integral e contextualizado da equipe, centrando-se nas circunstâncias e problemas de seu processo de trabalho, de modo crítico e criativo”.

Nesse contexto, o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF), a distância, oferecido pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), é direcionado a médicos, enfermeiros e cirurgiões dentistas integrantes de equipes de Saúde da Família com perspectiva de consolidar a Estratégia de Saúde da Família no desenvolvimento de um SUS universal (GUIA CURRICULAR CEABSF, 2008).

No decorrer deste curso, diversas disciplinas foram ofertadas, dentre elas Saúde da Criança e do Adolescente: Ações Básicas à Saúde. Oportunamente esta disciplina, possibilitou aos profissionais de saúde, inseridos no curso, realizar diagnóstico situacional das crianças pertencentes à área de abrangência de atuação das equipes de saúde da família, em atividades relacionadas ao cotidiano dos serviços de saúde. Foi possível levantar dados sobre a comunidade que atuamos e identificar possíveis fontes de informação que foram essenciais para planejar e desenvolver as ações de saúde. Como enfermeira, inserida em uma unidade de saúde da família, do Município de Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, após a realização do diagnóstico situacional, pude constatar a situação de saúde das crianças de minha área adscrita, além das adversidades de saúde locais. Nesse sentido, frente ao encontrado, eu juntamente com os demais membros das duas equipes de saúde da família optamos por organizar o serviço e as ações de vigilância e promoção da saúde de crianças de zero a cinco anos, enfatizando a importância da prática do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pelas equipes de saúde da família.

O Módulo Saúde da Criança e do Adolescente – crescimento, desenvolvimento e alimentação infantil conteúdo da referida disciplina citada, constituiu-se eixo norteador de nossas reflexões, já que nele foram abordados temas importantes para a promoção da saúde da criança, momento de grande valia no curso pelo rico conteúdo, suprimindo aquilo que era carência para os profissionais na prática diária das equipes de Saúde da Família. Possibilitou, contudo, alinhar conceitos, rever práticas e ações, direcionar e avaliar condutas, além de possibilitar a implantação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança até os cinco anos.

Acompanhar o crescimento e desenvolvimento, do nascimento até os cinco anos, é de fundamental importância para a promoção à saúde da criança e prevenção de agravos, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce nas intercorrências. Ações aparentemente simples, como, pesar, medir, avaliar a aquisição de novas habilidades e utilizar a caderneta de saúde da criança, nem sempre são realizadas de forma correta e sistemática pelas equipes

de saúde da família. Para que essas ações contribuam para a melhoria da saúde infantil é necessário um trabalho integrado das equipes, articulando as ações básicas de saúde, reorganizando o trabalho em equipe e garantindo a qualidade atenção à criança (ALVES *et al.*, 2005).

O acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento é considerado o eixo integrador e central de todas as ações de saúde da criança. Sua baixa complexidade tecnológica e elevada eficácia na prevenção de problemas nutricionais, na vigilância à saúde e na promoção de hábitos de vida, vem apresentado impacto surpreendente na morbidade infantil (ALVES; MOULIN, 2008).

Crescer e desenvolver-se são as marcas da infância. Significam o atendimento oportuno das necessidades de nutrientes biológicos, afetivos e socioculturais que cada criança tem em determinada fase de vida. Assim, o crescimento e desenvolvimento são indicadores sensíveis da qualidade de vida de uma população e da organização dos serviços de saúde (ALVES; MOULIN, 2008).

Frente ao vivido no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de zero a cinco anos, decidi relatar minha experiência com esta ação básica no trabalho de conclusão de curso – TCC do CEABSF/FMUFG.

Assim, acreditamos que relatar nossa experiência é uma forma de instigar outros profissionais para iniciativas semelhantes considerando nossa responsabilidade na mudança do quadro da morbimortalidade infantil. Organizar melhor as ações das equipes para acompanhamento das crianças é considerado um dos eixos estruturantes da assistência à saúde da criança.

2 OBJETIVO

Relatar a experiência vivenciada pelas equipes de Saúde da Família do município de Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais, sobre a organização do serviço e implantação de ações básicas de vigilância e promoção à saúde, direcionadas a crianças de 0 a 5 anos, em especial, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência das duas equipes de saúde da família do município de Santo Antonio do Itambé, Minas Gerais, acerca da organização do serviço e da implantação de ações básicas de vigilância e promoção à saúde, direcionadas a crianças de zero a cinco anos, em especial, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

O acesso a publicações foi de fundamental importância para subsidiar a construção da proposta de trabalho, constituindo assim o referencial teórico de sustentação da mesma. Assim, foram feitas consultas a 12 artigos publicados em periódicos, acessados em base de dados; 1 livro; 1 documento da OPAS; 7 documentos do Ministério da Saúde; 2 documentos da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais; dados do Sistema de Informação da Atenção Básica do município de Santo Antônio do Itambé e ata de reunião do Comitê de Saúde Municipal do referido município.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 Contextualizando a saúde da criança

A sobrevivência infantil é uma das principais questões pendentes que nos legou o século XX, portanto garantir um crescimento e desenvolvimento saudáveis a todos na primeira infância é um objetivo que, já iniciado o século XXI, lhe deve estar indissolavelmente associado (OPAS, 2005).

Nos últimos vinte anos a expectativa de vida da população aumentou, e uma proporção importante deste aumento decorreu do impacto obtido pelos países com seus esforços para reduzir a mortalidade infantil. O número de mortes antes dos cinco anos foi drasticamente reduzido entre o início da década de 80 e o final dos anos 90, e alcançou em 2000 a meta fixada de reduzi-las em um terço com relação ao número de 1990. Esta importante realização nem sempre foi acompanhada por uma melhoria nas condições de vida das crianças e de suas famílias. Ao contrário, na década de 90 houve uma deterioração nas condições econômicas e sociais de diversos setores da população do continente, e as condições de vida da infância estiveram muito aquém do que seria adequado para garantir-lhe um bom estado de saúde. Neste contexto é tarefa essencial a implementação de intervenções adequadas, que contribuam para prevenção de doenças, bem como a promoção da saúde (OPAS, 2005).

A taxa de mortalidade infantil (TMI) é considerada um dos mais importantes indicadores de situação de saúde de uma população.

Existem claras associações entre riqueza e nível de desenvolvimento de um país ou região e suas TMI. Nas regiões mais pobres, onde as taxas são mais elevadas, as mortes infantis poderiam ser evitadas com medidas simples e eficazes. Nos menores de cinco anos as principais causas de mortalidade incluem afecções perinatais, infecções respiratórias, doenças diarreicas e desnutrição, ou associação delas (BRASIL, 2002a). A redução da mortalidade infantil é ainda um desafio para os serviços de saúde e sociedade como um todo.

Apesar do declínio observado no Brasil, a mortalidade infantil permanece como uma grande preocupação de saúde pública. Os índices atuais ainda são

considerados altos e incompatíveis com o desenvolvimento do País, além de que há sérios problemas a superar, como as desigualdades regionais e intra-urbanas, com concentração de óbitos na população mais pobre, além das iniquidades relacionadas a grupos específicos (BRASIL, 2009).

Essas mortes são consideradas evitáveis, desde que garantido o acesso em tempo oportuno a serviços qualificados de saúde. As intervenções dirigidas à sua redução dependem, portanto, de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, assim como ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde (BRASIL, 2009).

De 1990 a 2007 a taxa de mortalidade infantil (TMI) no Brasil apresentou queda, passando de 47,1/1000 nascidos vivos em 1990 para 19,3/1000 em 2007, com uma redução de 59%. Os fatores que tem contribuído para essa mudança no perfil da mortalidade infantil são: o aumento do acesso ao saneamento básico, a queda da taxa de fecundidade, a melhoria geral das condições de vida, da segurança alimentar e nutricional, e do grau de instrução das mulheres, maior acesso aos serviços de saúde e ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF), o avanço das tecnologias médicas, em especial a imunização e a terapia de reidratação oral, o aumento da prevalência do aleitamento materno, entre outros (BRASIL, 2009 *apud* LANSKY *et al.*, 2009; FRIAS; PEREIRA; GIUGLIANI, 2009). Todas essas medidas vêm dando condições às crianças para um crescimento e desenvolvimento saudáveis durante a infância e terá repercussões positivas para toda vida.

O crescimento é considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, em razão de sua estreita dependência das condições de vida intra-uterina, de fatores ambientais, tais como alimentação, cuidados gerais e de higiene, condições de habitação e saneamento básico, ocorrência de doenças e do acesso aos serviços de saúde, traduzindo assim as condições de vida da criança (ALVES *et al.*, 2005).

O crescimento e o desenvolvimento fazem parte do mesmo processo, mas não são sinônimos. O crescimento se expressa por aumento da massa corporal, e o desenvolvimento, pela aquisição de habilidades progressivamente mais

complexas, exigindo, portanto, abordagens diferentes e específicas (ALVES *et al.*, 2005).

O acompanhamento contínuo do crescimento e desenvolvimento da criança põe em evidência os transtornos que afetam a sua saúde, sua nutrição, sua capacidade mental e social, representando a ação organizadora de toda a atenção à criança menor de cinco anos (ALVES *et al.*, 2005).

4.2 O programa de crescimento e desenvolvimento infantil e a Caderneta de Saúde da Criança

Em 1978, após a Conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão, a atenção primária à saúde foi reconhecida como uma ação integral e permanente que deve compor os sistemas de saúde bem estruturados e comprometidos com a qualidade de vida dos cidadãos, tratando simultaneamente o indivíduo e sua comunidade (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

Os programas estruturados para oferecer atenção primária à saúde da criança têm como metas a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação. Promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança tem sido prioridade dentro da assistência à saúde da criança, a fim de garantir o crescimento e desenvolvimento adequados dos menores nos aspectos físico, emocional e social (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

As ações estratégicas do Ministério da Saúde na atenção a criança vêm se ampliando gradativamente a partir da organização da atenção básica (BRASIL, 2002b).

A monitorização do crescimento e desenvolvimento foi recomendada na Conferência de Alma-Ata. No Brasil, o tema ganhou relevância em 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) pelo Ministério da Saúde. As ações básicas de saúde formuladas pelo PAISC visam assegurar integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde, priorizando ações preventivas e garantido o crescimento e desenvolvimento adequado da criança (VIEIRA *et al.*, 2005).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento representa a ação central organizadora de todas as demais (incentivo ao aleitamento materno e orientação adequada ao desmame; assistência e controle das infecções respiratórias agudas; imunização para controle das doenças preveníveis e controle das doenças diarréicas), tendo como meio de visualização o Cartão da Criança (CC) (VIEIRA *et al*, 2005).

Com a promulgação da Constituição de 1988 houve implemento das ações preventivas e ficou determinado a decisão de implantação do CC em todo território nacional (VIEIRA *et al*, 2005).

O CC foi o primeiro instrumento de acompanhamento do crescimento proposto pelo PAISC, instituído na tentativa de melhor documentar o processo de crescimento e sistematizar o calendário de imunizações (ALVES; MOULIN, 2008).

Segundo Vieira *et al.* (2005), o CC é de caráter educativo e se constitui numa maneira econômica, não-invasiva, de fácil interpretação e compreensão por parte da comunidade. Ele utiliza o aumento mensal do peso como principal indicador do crescimento normal e sadio da criança, ou seja, uma curva de crescimento com pontos de corte e padrões de referências que permite aos profissionais de saúde e aos pais acompanharem o crescimento e desenvolvimento das crianças menores de cinco anos. Os cartões de meninos e meninas possuem apresentação diferente, uma vez que os padrões de crescimento são desiguais.

De acordo com Alves *et al.* (2009), o CC veio sendo aprimorado ao longo dos anos com a introdução de aspectos, como o desenvolvimento neuropsicomotor e cidadania, até chegarmos sob a forma de uma caderneta. Ainda, segundo Alves; Moulin (2008), a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) adquiriu um importante caráter de instrumentos de educação para a saúde e para o exercício da cidadania da criança e de sua família.

Um dos importantes avanços da CSC foi vincular a saúde da criança com a saúde da mãe, assim foram criados espaços para registrar os dados sobre a gravidez e o parto. Esses registros garantem que as informações não serão perdidas com o tempo (ALVES; MOULIN, 2008).

A CSC ampliou a faixa de acompanhamento para dez anos de idade. Além das informações sobre gravidez, parto e puerpério, também apresenta orientações relevantes sobre alimentação saudável, gráficos de perímetro cefálico, espaço para anotações de estatura, informações quanto à prevenção de acidentes, à saúde auditiva, visual e bucal, profilaxia de ferro e vitamina A e espaço para anotações de intercorrências clínicas (VIEIRA *et al.*, 2005).

A CSC, além de ser um importante instrumento de avaliação e acompanhamento da saúde da criança, requer maior participação dos pais e compromisso dos profissionais de saúde quanto ao preenchimento. A ausência de anotações chama atenção para a possibilidade de a criança não estar sendo assistida adequadamente desde os primeiros momentos de vida.

A CSC, na terceira versão desde 2007, contém orientações para a promoção da saúde e prevenção de agravos como acidentes e violência doméstica. A adequada utilização da CSC pelos profissionais possibilita maior valorização e apropriação do instrumento pela família, favorecendo sua maior adesão e co-responsabilidade pelas ações de vigilância. Mas nem sempre os serviços de saúde utilizam esse recurso da melhor maneira possível, preenchendo adequadamente e registrando todos os dados nos gráficos (ALVES; MOULIN, 2008). O ideal é que a CSC cumpra seu papel de instrumento de comunicação, educação, vigilância e promoção da saúde infantil.

Quanto ao registro das medidas, foram criadas curvas de referência, nas quais o crescimento de uma criança pode ser comparado ao de outras da mesma idade, sabidamente sadias e com suas necessidades atendidas. Até recentemente os organismos internacionais preconizavam o uso das curvas do *National Center for Health Statistics* (NCHS) para monitorar o crescimento e o estado nutricional de crianças e adolescentes em todo o mundo. Essas curvas foram construídas em 1977, a partir de estudos de base populacional nos Estados Unidos (ALVES; MOULIN, 2008).

Em 2000, o NCHS divulgou novas curvas de crescimento, elaboradas com metodologia semelhante às de 1977, porém com aprimoramento das técnicas estatísticas e aumento do tamanho da amostra de crianças. No entanto, limitações relacionadas ao grupo populacional estudado, ao padrão alimentar

adotado pelas crianças incluídas e outros problemas de natureza metodológica e estatística levaram a OMS a propor um estudo multicêntrico sobre o crescimento infantil para atualização das curvas de referência. Esse estudo ocorreu por volta de 1997 a 2003 e foram acompanhadas cerca de 8.500 crianças do nascimento aos cinco anos, inclusive um grupo de crianças brasileiras. Pelo exposto, O Ministério da Saúde - MS adotou, a partir de 2006, essas curvas da OMS para acompanhamento do peso e da estatura das crianças de zero a cinco anos no Brasil. Quanto ao acompanhamento do peso e estatura para crianças de cinco a 10 anos e para avaliação do perímetro cefálico, o MS utilizou as curvas do NCHS de 1977. (ALVES; MOULIN, 2008).

A preocupação com o aumento da obesidade infantil e o lançamento do padrão de crescimento para crianças pré-escolares pela OMS, em 2006, fizeram com que se tornasse urgente o desenvolvimento de uma referência de crescimento único para a avaliação de crianças. Além disso, à medida que os países implementaram o padrão de crescimento para menores de cinco anos de idade, o intervalo entre todos os percentis e as referências existentes para avaliar o crescimento de crianças maiores tornou-se motivo de muitas dúvidas. Muitos países destacaram também a necessidade de existir curvas de Índice de Massa Corporal - IMC iniciando aos cinco anos e que estas permitissem o cálculo ou delineamento das curvas de qualquer percentil ou score-z em uma escala contínua, dos cinco aos 19 anos (BRASIL, 2011).

Os especialistas sugeriram que a referência de crescimento deveria ser construída para esse grupo de idade utilizando-se dados históricos já existentes e discutiram os critérios de seleção dos bancos de dados. Assim iniciou-se um processo de identificação dos bancos de dados existentes, em diversos países. Porém, até mesmo os estudos mais promissores apresentaram grande heterogeneidade em relação aos métodos, qualidade dos dados, tamanho de amostras, categorias de idade, situação socioeconômica das crianças participantes e diversos outros fatores decisivos para a construção da curva de crescimento. Como conseqüência, a OMS optou por reconstruir a referência de crescimento que era recomendada anteriormente, a do NCHS de 1977, para as crianças dos cinco aos 19 anos. Foi utilizada a amostra original dos participantes

de um a 24 anos e acrescentaram-se os dados de crianças de 18 a 72 meses provenientes do padrão de crescimento da OMS, visando facilitar o alisamento na transição aos cinco anos de idade. Foram aplicados os métodos estatísticos mais atuais para o desenvolvimento de referências para crianças pré-escolares. As novas curvas de referência de crescimento da OMS de 2007 adaptam-se bem ao padrão de crescimento infantil da OMS aos cinco anos de idade e aos pontos de corte de sobrepeso e obesidade recomendados para os adultos (BRASIL, 2011).

Em 2009, o MS lançou uma nova versão da CSC. Quanto à avaliação do perímetro cefálico que na CSC anterior era avaliado de acordo com curvas de referência da OMS de 1977, foi incorporado curvas de crescimento de acordo com referência da OMS de 2006. Para a avaliação do acompanhamento do peso e da estatura da criança de até os cinco anos, foram mantidas as curvas de crescimento de acordo com as curvas de referência da OMS de 2006 e para avaliação do acompanhamento do peso e da estatura da criança de cinco a 10 anos, foram incorporadas as curvas de crescimento segundo referência da OMS, de 2007. Foi acrescentado também à CSC para acompanhamento de crianças de até cinco anos, curvas de Índice de Massa Corporal (IMC), conforme referência da OMS de 2006, e para acompanhamento de crianças de cinco a 10 anos as curvas de IMC seguiram as curvas de referências da OMS de 2007.

4.3 O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) na Estratégia Saúde da Família (ESF)

O Ministério da Saúde (2002, p. 27), numa proposta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, coloca que:

Cada contato entre a criança e os serviços de saúde, independente do fato, queixa ou doença que motivou, deve ser tratado como uma oportunidade para a análise integral e preditiva de sua saúde, e para uma ação resolutiva, de promoção da saúde, com forte caráter educativo (BRASIL, 2002, p.27).

O modelo ESF, ao contar com uma equipe multiprofissional cria importantes ferramentas para realizar adequadamente ações de promoção à

saúde da criança, além da vigilância de seu crescimento e desenvolvimento, aproveitando sua inserção na comunidade (MOLINARI *et al.*, 2005).

A ESF é um eixo norteador para a organização da atenção primária. A equipe não deve perder a oportunidade de atuação, de prevenção, de promoção e de assistência. Em algumas situações de maior risco poderá ser necessária atenção do profissional especialista para acompanhamento da criança grave, dentro das possibilidades locais e de referenciamento regional. No entanto a equipe de saúde da família deve manter o compromisso de acompanhamento da criança, que propicia a continuidade da assistência e a abordagem familiar (BRASIL, 2004).

As ações de promoção da saúde infantil na atenção primária à saúde, para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, estão embasadas no conceito de puericultura.

Segundo Aurélio, puericultura é o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período da gestação até a idade de quatro a cinco anos, e, por extensão, da gestação à puberdade.

A puericultura teve origem na França, no final do século XVIII, e era definida como um conjunto de regras e noções acerca da arte de criar fisiológica e higienicamente as crianças (PAIXÃO, 2011 *apud* ROCHA, 1987).

A puericultura está voltada principalmente para os aspectos de prevenção e de promoção da saúde, atuando no sentido de manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento, de modo que atinja a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Suas ações priorizam a saúde em vez da doença (DEL CIAMPO *et al.*, 2006).

A atenção à saúde da criança sob a Estratégia Saúde da Família (ESF) parte da concepção de uma visão integral sobre o desenvolvimento humano, apontando para um conjunto de ações e intervenções direcionadas não só à criança, mas aos seus responsáveis e a todo o seu meio (BRASIL, 2000).

A assistência se inicia pela captação precoce do recém-nascido (RN) e deve contemplar uma série de atividades programadas – atendimentos individuais e coletivos, atividades educativas e promocionais com as famílias e também o

acolhimento e atendimento a criança doente. Todas as atividades devem estar centradas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e em qualquer circunstância, o acesso ao serviço de saúde deve estar garantido (ALVES *et al.*, 2005).

O acompanhamento da criança se inicia na gravidez com a monitorização do seu crescimento intra-uterino e das condições gerais de saúde. Para isso, é fundamental a captação precoce da gestante para o pré-natal (ALVES; *et al.*, 2005).

Na maternidade, inicia-se o monitoramento da saúde infantil, através do fornecimento da CSC, a qual é preenchida com os dados do parto e entregue à família propiciando as informações necessárias ao seguimento adequado da criança na atenção primária pelas equipes de saúde da família.

Uma vez no domicílio, puérpera e RN devem receber a visita do Agente Comunitário de Saúde (ACS) nas primeiras 24 horas após alta hospitalar e o RN deve ser encaminhado às ações do quinto dia. O acompanhamento da criança deve ser programado através de um calendário de atendimentos individuais e coletivos, que inclua visitas domiciliares, participação da família em grupos educativos e consultas médicas e de enfermagem. Sempre que necessário, a criança deverá ser encaminhada ao pediatra e/ou especialista (ALVES *et al.*, 2005).

4.4 O programa de redução da mortalidade infantil e materna - Programa Viva Vida – SES/MG

Com a finalidade de desdobrar uma série de ações voltadas à melhoria da assistência à gestante, ao recém-nascido e à criança no seu primeiro ano de vida, foi proposta pelo Governo do Estado de Minas Gerais o Programa Viva Vida - Programa de Redução da Mortalidade Infantil e Materna (ALVES *et al.*, 2005).

O programa foi lançado em outubro de 2003 e aposta na sistematização de ações e na parceria entre governo e sociedade civil organizada como a principal arma no combate à mortalidade infantil e materna. Foram estabelecidas metas para o período de 2003 a 2006, a redução da taxa de mortalidade infantil em 25%

e a diminuição da razão de morte materna em 15%. Com a sua continuidade no quadriênio 2007-2010, o Programa Viva Vida desvinculou-se do Projeto Regionalização da Assistência à Saúde, assumiu *status* de Projeto Estruturador e teve suas metas revistas para a queda de 15% tanto na taxa de mortalidade infantil, como da razão de morte materna (MINAS GERAIS, 2011).

Para alcançar as metas propostas, o Governo do Estado investe recursos na estruturação, qualificação e mobilização social da rede Viva Vida e tem como objetivos promover a integração, a organização dos pontos de atenção à saúde de modo a potencializar os esforços pela redução da mortalidade infantil e materna (MINAS GERAIS, 2011).

Além de equipar pontos de atenção com a estrutura física e os instrumentos necessários para uma assistência qualificada, grande parte dos investimentos do Programa Viva Vida são utilizados para a capacitação profissional. Além das capacitações, é essencial destacar a elaboração das Linhas-Guias, ou Protocolos Clínicos que são instrumentos didático-pedagógicos que reúnem diretrizes e recomendações baseadas em evidências científicas para que todos os profissionais de saúde possam realizar, com qualidade, as ações de assistência e cuidado com a mulher e a criança (MINAS GERAIS, 2006).

O programa ainda contempla a implementação dos Centros Viva Vida de referência secundária, casa de apoio às gestantes, comitês de prevenção da mortalidade materna e infantil, comitê em defesa pela vida e mobilização social que ocorre em todos os setores da sociedade, promovendo a co-responsabilidade diante do problema e atuando em defesa da vida (MINAS GERAIS, 2006).

No município de Santo Antonio do Itambé, no qual estou inserida como enfermeira, em uma unidade de saúde da família, o Programa Viva Vida foi implantado no ano de 2004 com assinatura do termo de compromisso, e posteriormente em 2007, a capacitação dos profissionais de saúde, realizada pela Gerência Regional de Saúde de Diamantina, a qual pertence o município e assim foram apresentados aos profissionais as Linhas-Guias ou Protocolos Clínicos. A partir daí a equipe da ESF, com a aprovação do Conselho Municipal de Saúde, adotou o Protocolo de Atenção à Saúde da Criança como instrumento a ser seguido ao realizar as ações de assistência e cuidado à saúde da criança. O

Comitê de Mortalidade Materna, Fetal e Infantil e o Comitê Municipal em Defesa da Vida foram criados em 07/10/2009, através dos Decretos 011/2009, 013/2009 e 012/2009, e assinados pelo Prefeito Municipal. Em outubro de 2010 foi realizada mobilização social com um total de 45 participantes, dentre eles profissionais de saúde, representantes do conselho tutelar, assistência social, pastoral da criança, líderes comunitários, e comunidade em geral. Foi uma grande conquista do município, em especial das equipes de saúde da família, que tiveram oportunidade de mostrar todas as ações realizadas à criança e mulher, em prol da redução da morbimortalidade materna e infantil, co-responsabilizando toda a sociedade pelo problema e atuando em defesa da vida (COMITÊ DE SAÚDE MUNICIPAL DE SANTO ANTÔNIO DO ITAMBÉ, 2009).

Como nos demais estados do país, em Minas Gerais, a atenção em nível secundário impõe como um dos maiores desafios para os gestores do SUS, constituindo-se em um dos problemas mais críticos no contexto de funcionamento do Sistema. O passo inicial da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) para mudança dessa realidade está diretamente ligado ao Programa Viva Vida, e diz respeito à implementação dos Centros Viva Vida (CVV) de referência Secundária (MINAS GERAIS, 2006). Recentemente foi inaugurado em Diamantina, Minas Gerais, o Centro Viva Vida “Mulheres do Jequitinhonha”, com o objetivo de organizar o atendimento especializado nas áreas de saúde sexual e reprodutiva e à criança de risco. Os CVV são pontos de atenção à saúde, para cobrir a deficiência de oferta na atenção secundária. O município de Santo Antonio do Itambé é beneficiado por este serviço.

5 CONTEXTO DA EXPERIÊNCIA

5.1 Descrição do contexto

O município de Santo Antônio do Itambé (SAI) está localizado ao Nordeste de Minas Gerais, e possui 1 Unidade Básica de Saúde. Nela estão inseridas duas equipes da ESF, com um total de 1.059 famílias cadastradas, sendo 4.168 usuários, dentre eles 362 usuários menores de cinco anos, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, ESF SAI, 2011).

A Equipe de Saúde da Família (ESF) Padre Joviano, na qual estou inserida como enfermeira, é composta por sete microáreas, contemplando nove comunidades. São elas: Cipó I, Cipó II, Martins, Tapera, Bago, Baú, Bagres, Ouro Fino e Água Limpa. Estas comunidades estão situadas na zona rural, e possuem uma população de 1.707 pessoas, que representam 427 famílias cadastradas, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica do município (SIAB, ESF SAI, 2011). A zona rural é muito extensa, as comunidades encontram-se afastadas umas das outras e possuem características diversificadas.

Já a ESF João Baracho é composta também por sete microáreas, sendo três na sede: Ventosa, Centro, São Caetano/Serra e quatro na zona rural, composta por seis comunidades. São elas: Botafogo, Maria Nunes, Queimadas, Córrego do Pilão, Chico Alves e Campo da Lagoa. Possuem uma população de 2.461 pessoas, que representam 632 famílias cadastradas (SIAB, ESF SAI, 2011).

As duas equipes cobrem 100% da população da zona urbana e rural do município.

A estratégia Saúde da Família foi implantada no município em 2005, e desde então iniciou o acompanhamento às crianças, por meio da puericultura, realizada apenas pela enfermeira da equipe. A Unidade Básica de Saúde (UBS) é a única unidade do município e o hospital mais próximo encontra-se na cidade de Serro, a 21 km, o que sobrecarrega o serviço com grande demanda espontânea diária.

5.2 Implementação da proposta de atenção às crianças menores de cinco anos

Anteriormente à proposta, a marcação das consultas das crianças era mensalmente, sem um calendário básico definido; o acompanhamento era realizado somente pelo enfermeiro e no ano de 2008, tivemos uma pediatra na unidade que revezava a puericultura com as enfermeiras e acompanhava as crianças de risco. Os ACS, durante as visitas mensais, realizavam a pesagem das crianças e classificavam o peso de acordo com o gráfico peso/idade (Padrão NCHS), para menores de sete anos, do Guia de Vigilância Alimentar e Nutricional, do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Registravam as informações em uma planilha, elaborada em *Microsoft Office Excel* (**Apêndice A** - recorte de uma planilha-) e apresentavam-nas mensalmente durante o fechamento da produção. Através dessa planilha a equipe monitorava o estado nutricional das crianças.

Após a realização do diagnóstico situacional, no segundo semestre de 2009, pudemos constatar a situação de saúde das crianças de nossa área adscrita, além dos vários problemas de saúde locais. Um dos problemas apontados foi desnutrição em crianças menores de cinco anos e, principalmente, na faixa etária de dois a cinco anos. Percebemos que até a idade de um ano, as mães traziam regularmente as crianças à puericultura, após essa idade elas abandonavam o acompanhamento regular e só procuravam a unidade para imunização e intercorrências de saúde das crianças.

Como dito anteriormente, a disciplina Saúde da Criança e do Adolescente: Ações Básicas à Saúde, do CEABSF, possibilitou-nos organizar as ações das equipes de saúde quanto ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança de até os cinco anos.

Como as duas equipes estão inseridas em uma mesma UBS, a sensibilização para o problema foi para todos os profissionais. Em uma primeira reunião foi levantado dificuldades para se organizar o acompanhamento da

criança, de acordo com instruções da disciplina cursada. Dentre as dificuldades estavam: o acúmulo de tarefas do profissional enfermeiro na UBS, grande demanda de pacientes com problemas agudos e como compatibilizar o atendimento de pacientes com problemas agudos, com o acompanhamento das crianças saudáveis. Foi apontado também como problema o fato da maioria das mães só trazerem as crianças ao serviço quando doentes, mesmo com as orientações dadas pelos ACS nas visitas domiciliares, sobre a importância de se levar à unidade criança para realização da puericultura.

Em momento algum foi colocado pelos profissionais a falta de domínio do conhecimento para acompanhar a criança de forma sistematizada na puericultura. Como relatado, o grande entrave estava no acúmulo de tarefas, principalmente por parte das enfermeiras, que se limitava em aferir os dados antropométricos, em detrimento de um cuidado mais completo à criança.

Apontar as dificuldades foi essencial para começarmos a organizar as ações de promoção à saúde da criança da área de abrangência das equipes.

De acordo com Alves e Moulin (2008), o primeiro passo para dimensionar o problema é levantar algumas informações, registrar, organizar e avaliar para realizar as intervenções. Assim, partimos para o planejamento de nossas ações.

Como já possuíamos uma planilha com registro do nome da criança, data de nascimento e peso, com a classificação (P50, p = percentil, eutrófico; P10 risco nutricional; P3 baixo peso e P97 sobrepeso), acrescentamos a essa planilha informações como: frequência escolar ou creche, escolaridade materna, acompanhamento regular pela equipe, baixo peso ao nascer, aleitamento materno exclusivo, idade de desmame, crianças menores de dois anos que ainda são amamentadas, mãe adolescentes, imunização em dia, internação no último mês, uso de sulfato ferroso profilático, observações em geral, ocupação da mãe e crianças consideradas em situação de risco.

Alves e Moulin (2008) afirmam que existem dois grupos de risco. Grupo I são crianças em risco, mas que poderão ser acompanhadas pela equipe, porém com calendário especial. Grupo II são crianças que necessitarão de acompanhamento do pediatra e/ou de outros especialistas e devem manter acompanhamento concomitante com a equipe de saúde.

Para realizar a primeira coleta de dados, os ACS saíram em busca das informações casa a casa, registrando-as na planilha. Mas as equipes, principalmente por parte das enfermeiras, sentiram que outros profissionais deveriam participar desse processo, assim decidiu-se também coletar informações por ocasião da primeira etapa da campanha de vacinação contra a poliomielite em 2010, para crianças menores de cinco anos. Assim sendo, montamos nosso cronograma de trabalho (**Apêndice B**), e ao percorrermos todas as comunidades para vacinação, coletávamos as informações e registrávamos na planilha. Foi possível também realizar busca ativa de crianças para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Enquanto as técnicas de enfermagem realizavam a vacinação e registravam nas CSC, as enfermeiras e os ACS de cada microárea realizavam a coleta das informações e o acompanhamento das crianças, e registrava-os nas CSC. Nessa busca coletiva ainda tivemos a participação da equipe de saúde bucal, que realizou o levantamento epidemiológico da saúde bucal das crianças de zero a cinco anos, além de orientações às mães.

Após o levantamento das informações acerca das crianças de nossa área de abrangência, apresentamos o diagnóstico situacional às equipes, o que foi possível planejarmos como seria o atendimento a essas crianças. Inicialmente seria necessário sistematizarmos nossa assistência por meio de um calendário mínimo de atendimento, neste caso optamos pelo preconizado pelo Ministério da Saúde.

Para cumprirmos o calendário foi inserido na puericultura um dos médicos das equipes, e como as duas equipes estão lotadas em uma mesma unidade, os médicos faziam rodízio entre eles entre puericultura e demanda espontânea. Sendo assim, foi organizada a agenda da seguinte maneira: nas segundas-feiras e sextas-feiras foram abertas seis consultas de puericultura, realizadas pelas enfermeiras, a partir das 8 horas da manhã, e nas quartas-feiras cinco consultas, realizadas pela médica de uma das equipes, a partir das 12 horas. Totalizando assim 68 consultas mensais. As consultas foram agendadas nestes dias, considerando serem os dias em que os ônibus percorrem as comunidades e vêm até a área urbana onde está situada a UBS.

Conforme Alves e Moulin (2008), nas comunidades as condições sociais, econômicas e ambientais colocam toda a população em risco de adoecer e morrer, assim nessa situação a equipe precisa ser criativa e buscar um planejamento capaz de oferecer a cada indivíduo melhor oportunidade de cuidado para com a saúde. Assim as equipes avaliaram sua capacidade diante das informações coletadas e construíram a modalidade de atendimento a crianças de zero a cinco anos na UBS (**Apêndice C**), realizada por diferentes profissionais da equipe de saúde, de acordo com sua formação, suas habilidades e sua disponibilidade.

Além disso, foi realizada capacitação de todas as ações realizadas de acordo com a modalidade de atendimentos dos profissionais das equipes.

A modalidade de atendimento na UBS propiciou melhor captação de recém-nascidos. Nas ações do 5º dia, que antes era realizada apenas a coleta do material para triagem neonatal e imunização, passou-se a verificar, pelas técnicas de enfermagem, o estado geral das crianças e das puérperas, com auxílio das enfermeiras. Ao mesmo tempo encaminhavam as mães/recém-nascidos para marcação das consultas de puericultura e puerpério, dando continuidade ao acompanhamento dos mesmos.

O atendimento às crianças de risco, que necessitavam do acompanhamento por um pediatra, foi nossa principal dificuldade. Haja vista, carência desse profissional em nossa região que atenda pelo SUS. Para tentar resolver esta situação, em parceria com a assistência social do município, foi possível encaminhar algumas crianças para pediatras do serviço privado, o que possibilitou melhor acompanhamento das mesmas por parte das equipes.

5.3 Resultados e avaliação da experiência

O total de crianças acompanhadas no período de maio a junho de 2010 foi de 336 crianças, na idade de zero a cinco anos. Considerando a falta da Caderneta de Saúde da Criança, na versão atualizada – score-z, no município, as crianças foram avaliadas em seu crescimento utilizando-se a versão anterior, apresentada em percentis: P97, P10, P3 e P 0,1.

Em relação aos dados antropométricos encontrados, 10 crianças apresentavam sobrepeso, ou seja, acima de P97; 16 se encontravam em risco nutricional, entre os percentis 10 e 3, 14 estavam de baixo peso, abaixo de P3 e 02 estavam com muito baixo peso, abaixo P 0,1. Em relação ao estado de saúde das crianças, foram identificadas 04 crianças com anemia falciforme; 02 com epilepsia; 02 com atraso da fala; 03 com deficiência física; 01 com síndrome de Down; 02 com problemas cardíacos, sem acompanhamento especializado e 01 com problema de visão. Além disso, detectou-se pais alcoólatras, crianças criadas por avós, precárias condições de moradia, baixa escolaridade materna e mães com depressão. A maioria das mães não trabalha fora e algumas trabalham na lavoura.

A partir dessas informações foram agendadas 30 consultas médicas de urgência a essas crianças, no mês de julho de 2010, para avaliação e possíveis encaminhamentos. Na comunidade Ouro Fino, que se encontra mais distante da UBS, com difícil acesso da população, as crianças foram avaliadas na escola da comunidade, e a cada três meses foram visitadas pela médica e enfermeira da equipe, quando se realizava o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

A identificação dos fatores de riscos biológicos, sociais e econômicos, bem como o conhecimento de crenças, costumes, mitos e as relações pessoais entre os membros das comunidades favoreceram o acompanhamento adequado das crianças por parte das ESF.

Para aquelas crianças que não foram acompanhadas no período relatado, foram agendadas consultas clínicas e de puericultura, além de visitas domiciliares pelos ACS.

A avaliação das crianças pelas equipes foi de fundamental importância para o estabelecimento de vínculo das famílias com o serviço e com os profissionais de saúde, evidenciado pela frequência das crianças à puericultura. Fato este importante para o reconhecimento e institucionalização desta ação na UBS.

Além da puericultura realizada na UBS, os ACS continuaram a pesagem mensal e atualização dos dados das crianças nos domicílios, sendo esses

registrados em planilha. Os registros, realizados mensalmente, além de serem monitorados pelas equipes, auxiliam no fechamento da produção dos profissionais (Ficha D, SIAB). As anotações nas CSC são realizadas pelas enfermeiras e pela médica da unidade durante as consultas médicas e de puericultura. A CSC também é verificada mensalmente pelos ACS por ocasião das visitas, principalmente para o acompanhamento da imunização e certificação de que as crianças estão freqüentando a puericultura, através do registro de agendamento das consultas em impresso acoplado à caderneta.

Em janeiro de 2011 realizamos o planejamento dos Grupos Operativos de Puericultura, divididos por faixa etária e por classificação peso/idade. Normalmente os encontros acontecem no auditório da UBS, mensalmente, e são conduzidos pelos profissionais das equipes e por uma Nutricionista. As reuniões começam com a apresentação dos profissionais e das mães, em seguida as mães relatam suas dúvidas e falam detalhadamente acerca do dia a dia de seus filhos, enfatizando a alimentação, a higiene, o lazer, dentre outros hábitos de vida. Após levantamento das necessidades, conforme realidades dos sujeitos são esclarecidas dúvidas e fornecidas orientações pelos profissionais de saúde. Os temas mais trabalhados pelas equipes são aleitamento materno e alimentação complementar. Nesses encontros foi possível identificar que a maioria das crianças é desmamada de forma precoce, e os alimentos de transição são introduzidos de forma incorreta. Muitas crianças continuam com aleitamento materno após os dois anos, e com dieta pobre em nutrientes. Durante as reuniões os ACS ficam com as crianças, para que suas mães possam ficar mais descontraídas e atentas às orientações (**Apêndice D**).

De acordo com o monitoramento realizado pelas equipes, no ano de 2010 392 crianças menores de cinco anos foram acompanhadas na UBS, das quais 25 (6,3%) apresentavam baixo peso.

Atualmente, cerca de um ano da implantação das ações direcionadas às crianças, temos em acompanhamento na UBS 345 crianças menores de cinco anos, das quais 221 estão na área de abrangência da equipe João Baracho, destas 05 encontram-se em baixo peso; 10 em risco nutricional, e 01 criança em sobrepeso. Já na área de abrangência da equipe Padre Joviano, 124 crianças

encontram-se em acompanhamento, das quais 01 está com baixo peso; 04 com risco nutricional e 03 com sobrepeso. Sendo assim, 06 (1,7%) do total de crianças das equipes abaixo de cinco anos encontram-se de baixo peso no município.

De acordo com a Classificação de Grupo de Risco, temos 18 crianças classificadas no grupo de risco I, e 2 no grupo de risco II, da área de abrangência da equipe João Baracho; 22 no grupo de risco I e 3 no grupo de risco II da área de abrangência da equipe Padre Joviano. A maioria das crianças classificadas no grupo de risco I, deve-se a baixa escolaridade materna e os que estão classificados no grupo de risco II, em sua maioria, deve-se ao baixo peso ao nascer, porém encontram-se em processo de recuperação.

O resultado apresentado mostra que as equipes tiveram oportunidade de refletir sobre as ações realizadas e conhecer melhor a realidade de saúde das crianças menores de cinco anos de sua área de abrangência, o que contribui de certa forma para um bom planejamento e execução das atividades propostas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreender o processo de trabalho em saúde, em sua totalidade, não é fácil. No entanto, ao organizarmos as ações de saúde direcionadas às crianças menores de cinco anos, em especial, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, nos foi possível inteirar da importância e do compromisso dos profissionais com a saúde da criança focada em seus aspectos fisiológicos, sociais, culturais e políticos.

A experiência aqui descrita nos mostrou a necessidade de buscarmos formas de melhorar nossa atuação com esta população, haja vista sua complexidade. A educação permanente é um dos caminhos possíveis. Não podemos ficar alheios às demandas do contexto de saúde atual vivido por nós, focado na Estratégia Saúde da Família. Para cumprirmos seus princípios, tendo como norte a promoção da saúde, é necessário sensibilização, envolvimento e parcerias com outros profissionais e setores da sociedade. Sendo assim, as ações dirigidas às crianças menores de cinco anos, requerem dos profissionais de saúde competências e habilidades, sustentadas por um olhar crítico e reflexivo capaz de transformar as práticas em saúde, na atenção básica.

Sendo assim, ao conhecermos a realidade de nossas crianças, por meio de diagnóstico situacional, nos foi possível planejar as ações, logo em seguida, implementá-las. O processo de avaliação do trabalho permitiu refletirmos acerca de nossos erros e acertos. Mas, no geral, sentimos que fizemos um bom trabalho, ratificado no vínculo dos profissionais com a comunidade e esta com o serviço. E mudar o panorama da morbimortalidade infantil no município de Santo Antônio do Itambé constitui-se nosso grande desafio.

7 REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. I. *et al.* **Atenção à saúde da criança**. In: MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Programa Viva Vida, 1. ed. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2005. 224p.

ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 111p.

ALVES, C. R. L. *et al.* Qualidade do preenchimento da caderneta de saúde da criança e fatores associados. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, v. 25, n. 3, p. 583-595.

ASSIS, M. M. A. *et al.* Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. **Rev. APS**, Juiz de Fora. V. 10, n. 2, p. 189-199, 2007. Disponível em: http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_228616371.pdf. Acesso em: 10 de abril de 2011 às 11:00h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Educação permanente**. Brasília (DF): MS, 2000. (Cadernos de Atenção Básica. Programa Saúde da Família, 3).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Brasília (DF): MS, 2002a. 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. **AIDPI - Atenção integrada às doenças prevalentes na infância**. Curso de Capacitação. Módulo 1: Introdução. Ministério da Saúde, 2. ed. rev. Brasília: MS, 2002b. 32p. (Série e Comunicação e Educação em Saúde)

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: MS, 2004. 80 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em: 10 de abril de 2011 às 10:30h.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal e do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 2 ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 96p. *apud*. LANSKY. S. *et al.* **A mortalidade infantil**: tendências da mortalidade neonatal e pós-neonatal. In: Brasil. Ministério da Saúde. 20 anos do SUS. Brasília: MS, 2009. (No prelo).

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa saúde da família. **Cader. de Atenção Básica**, n.3. Brasília, DF: MS, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. **Curvas de crescimento para crianças a partir dos 5 anos e adolescentes**. Disponível em: http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php?conteudo=curvas_cresc_oms. Acesso em: 16 de maio de 2011 às 10:00h.

COMITÊ DE SAÚDE MUNICIPAL. Santo Antônio do Itambé, Minas Gerais. 2009

DEL CIAMPO, L. A. *et al.* O programa de saúde da família e a puericultura. **Ciências Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 2006, v. 11, n. 3. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=s1413-81232006000300021&script=sci_arttext. Acesso em: 09 de março de 2011 às 9:00h.

FARIA, H. P. *et al.* **Processo de trabalho em saúde**. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 68p.

FARIA, H. P. *et al.* **Modelo assistencial e atenção básica à saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, 2. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68p

FRIAS, P. G.; PEREIRA, P. M. H.; GIUGLIANI, E. R. J. **Políticas de saúde direcionadas às crianças brasileiras**: breve histórico com enfoque na oferta de serviços a partir de traçadores. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008. Brasília, 2009. (No prelo).

GUIA DO PROFISSIONAL EM FORMAÇÃO. Cátedra da Unesco de Educação a Distância. FAE/UFMG, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina / UFMG. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 54p.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa e ações de governo. Viva Vida.** Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-viva-vida. Acesso em: 09 de maio de 2011 às 21:00h.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. Cadernos Viva Vida. **Programa de redução da mortalidade infantil e materna**. V. 1, 2006.

MOLINARI, J. S. O. *et al.* Saúde e desenvolvimento da criança: a família, os fatores de risco e as ações na atenção básica. **Rev. Psicologia Argumento**, Curitiba, v.23, n.43. p. 17-26, 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN- AMERICANA DA SAÚDE. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington: OPAS, 2005. 52p.

PAIXÃO, E. C. J. G. **Puericultura e enfermagem**. Disponível em: <http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/pueri.htm> acesso em 9 de maio de 2011 *apud*. ROCHA, S. M. M. Puericultura e Enfermagem, São Paulo: Cortez, 1987.

SANTO ANTONIO DO ITAMBÉ. Minas Gerais. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Estratégia Saúde da Família, 2011.

VASCONCELOS, M.; GRILLO, M. J. C.; SOARES, S. M. **Práticas educativas em atenção básica à saúde**. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade. NESCON / UFMG – Curso de Especialização em Atenção básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: UFMG, 2009. 72p.

VIEIRA, G. O. *et al.* Uso do cartão da criança em Feira de Santana. Bahia. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.** [online]. 2005, v. 5, n. 2, p. 177-184

APÊNDICE A

Tabela de peso/idade- crianças menores de 5 anos – Microárea 7- ESF Padre Joviano – SAI/MG.

ITEM	NOME	DATA DE NASC	PESO JAN	CLAS JAN	PESO FEV	CLAS FEV	PESO MAR	CLAS MAR
19	PATRIK PEREIRA LOPES	20/1/2007	16,8	P 50	15,9	p 50	16,8	P 50
20	NETALY MARTINS GONÇALVES	3/5/2007	15,4	P 50			16,1	P 50
21	GABRIEL FELIPE CARVALHAIS	14/6/2007			14,6	p 50	13,9	P 50
22	KETHY EMANUELE DOS SANTOS	23/7/2007	16,4	P 50	16,7	p 50	17,3	P 50
23	BERNARDO GONÇALVES	8/11/2007	14,5	P 50	14	p 50		
24	VANESSA CANDIDA SOUZA	12/11/2007	12,2	P 50	12,4	p 50	11,7	P 10
25	ROSIANE APARECIDA PIRES	26/3/2008	13,9	P 50	12,8	p 50	13,1	P 50
26	PÂMELA GONÇALVES	9/5/2008	11,7	P 50	11,3	p 50	11,8	P 50
27	PALOMA GONÇALVES	9/5/2008	13,4	P 50	12,5	p 50	13,8	P 50
28	MIGUEL CHARLIS MARTINS DOS SANTOS	3/1/2009	10,7	P 50	10,8	p 50	11	P 50
29	ANDRIEL JOSÉ GONCLAVES	20/3/2009	7,8	P 3	8,5	p 10	9,4	P 50

APÊNDICE B**CRONOGRAMA 1ª ETAPA CAMPANHA POLIOMIELITE- 2010, BUSCA ATIVA E ACOMPANHAMENTO DE CRIANÇAS DE ATÉ CINCO ANOS**

DATA	HORARIO	LOCAL
24/05/2010	12:00 ÀS 15:30	Chico Alves
25/05/2010	08:00 às 12:00 12:30 às 15:30	Botafogo Maria Nunes
26/05/2010	08:00 às 12:00 12:30 às 15:30	Martins Tapera
27/05/2010	08:00 às 12:00 12:30 às 15:30	Ouro Fino Campo da Lagoa
28/05/2010	08:00 às 12:00 12:30 às 15:30	Água Limpa Bages
31/05/2010	08:00 às 12:00 12:30 às 15:30	Cipó I Cipó II
01/06/2010	08:00 às 12:00	Queimadas
02/06/2010	08:00 às 12:00	Baú
07/06/2010	08:00 às 12:00 12:30 às 15:30	Mutuca Bagô
08/06/2010	08:00 às 13:00	Bairro Ventosa- sede
09/06/2010	08:00 às 13:00	Centro-sede
10/06/2010	08:00 às 13:00	Bairro São Caetano

APÊNDICE C

MODALIDADE DE ATENDIMENTO PARA O ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO DAS CRIANÇAS DE ATÉ CINCO ANOS

MODALIDADE DE ATENDIMENTO	OBJETIVOS	RECURSOS	RESPONSÁVEL
CAPTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação da declaração de nascidos vivos (DNV) enviadas à UBS. - Visita domiciliar nas primeiras 24 horas após alta. - Verificação das condições gerais da criança e da mãe. - Estimulação para o aleitamento materno. - Avaliação e orientação sobre higiene. - Encaminhamento para as ações do 5º dia. 	<p>Impressos para preenchimento, caneta, prancheta.</p> <p>Recursos humanos.</p>	<p>ACS, Enfermeira Auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem.</p>
ATENDIMENTO ATÉ AO 5º DIA	<p>RN- Busca ativa pelo RN (se ainda não compareceu à unidade para realizar o teste do pezinho).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coletar material para triagem neonatal. - Vacinar BCG se a criança não foi vacinada no hospital. - Verificar sinais gerais de perigo. - Verificar icterícia. - Avaliar amamentação e orientar. - Orientar sobre os cuidados com o Bebê. - Atualizar a Caderneta de Saúde da Criança, principalmente: peso, altura e PC. - Agendar consulta de puericultura para até 15 dias. <p>Mãe: - Verificar estado geral, sinais de infecção e hemorragia.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar o cartão de vacina, e vacinar anti-rubéola e antitetânica (quando for o caso). - Agendar o puerpério com a ginecologista. 	<p>Material para coleta da triagem neonatal, agenda, caneta, vacinas, mesa clinica, caderneta, da criança, meios de comunicação, régua antropométrica, balança pediátrica, fita métrica, estetoscópio. Carro (se necessário)</p> <p>Recursos humanos: ACS, Enfermeira, Auxiliar ou técnico de enfermagem, auxiliar administrativo, motorista, ginecologista.</p>	<p>ACS, Auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, enfermeira.</p>

MODALIDADE DE ATENDIMENTO	OBJETIVOS	RECURSOS	RESPONSÁVEL
PUERICULTURA	<p>- Seguir o calendário do Ministério da Saúde e alterá-lo quando necessário, principalmente quando a criança for de risco.</p> <p>Médico: Avaliar crescimento, desenvolvimento, alimentação e vacinas. - Realizar diagnósticos clínicos. - Orientar: alimentação, vacinação, estimulação, higiene, prevenção de acidentes e doenças, uso correto de medicamentos prescritos. - Preencher a Caderneta de Saúde da Criança, - Solicitar exames complementares. - Prescrever medicamentos, encaminhar para consultas especializadas.</p> <p>Enfermeira: - Avaliar crescimento, desenvolvimento, alimentação e vacinas. - Orientar: alimentação, vacinação, estimulação, higiene, prevenção de acidentes e doenças, uso correto de medicamentos prescritos. - Preencher a Caderneta de Saúde da Criança. - Prescrever medicamentos seguindo o protocolo da instituição. - Encaminhar ao profissional médico do PSF, e/ou ao nutricionista, e/ou ao pediatra, e/ou cirurgião dentista, e/ou psicóloga, e/ou assistente social quando necessário.</p>	<p>*Impresso para marcação da consulta, consultório, mesa clínica, estetoscópio, aparelho de PA pediátrico, otoscópio, impressos, caneta, régua antropométrica. Balança pediátrica, caderneta da criança, Recursos humanos: médico, enfermeira, nutricionista, pediatra, cirurgião dentista.</p>	Médico Enfermeira

MODALIDADE DE ATENDIMENTO	OBJETIVOS	RECURSOS	RESPONSÁVEL
VISITAS DOMICILIARES	<ul style="list-style-type: none"> -Captar a criança para o acompanhamento. - Preencher a planilha de peso e classificação do peso (exclusiva do ACS). - Verificar: condições gerais da mãe e da criança, presença de situações de risco, caderneta da criança, cuidados de higiene, uso correto de medicamentos prescritos. - RN: verificar cartão de nascimento, anotando peso e altura do nascimento, se já realizou o teste do pezinho, se está com consulta de puericultura marcada, se já possui certidão de nascimento, se está amamentando exclusivamente. - Incentivar o aleitamento materno, - Verificar vacinação em dia. - Verificar caso de diarreia ou doença respiratória, - Verificar se teve internação hospitalar recente, - Avaliação e orientações de saúde bucal. 	<p>Prancheta de madeira para impressos, impresso de visita domiciliar, caneta, planilha de controle da pesagem, balança de saco, fita métrica, estetoscópio, aparelho de PA infantil, carro saúde em casa,</p> <p>Recursos humanos: enfermeira, médico, ACS, auxiliar ou técnico de enfermagem, motorista, cirurgião dentista, auxiliar de consultório dentário.</p>	<p>ACS Enfermeiro Médico Auxiliar ou Técnico de enfermagem, Cirurgião dentista e Auxiliar de consultório dentário.</p>
GRUPO OPERATIVO	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar o cronograma para realização do grupo. - Avaliar e promover o crescimento e desenvolvimento. - Avaliar e promover o aleitamento materno e a alimentação de desmame. - Atividade de educação para a saúde com a participação dos pais ou responsáveis pela criança, com ênfase em: aleitamento materno, nutrição, doenças respiratórias, doenças diarreicas, saúde bucal, vínculo afetivo pais e filhos, vacinação, prevenção de acidentes e doenças, higiene e verminoses, aspectos de educação infantil, outros temas sugeridos pelos participantes. - Preencher a caderneta da criança. 	<p>Recursos humanos: profissionais de diferentes áreas.</p> <p>Papel craft, pincel, local na comunidade (escola, igreja), data show, notebook, cadeiras, painel educativo, lanche, carro. Parceria com a Secretaria da Educação.</p>	<p>Enfermeira , Cirurgião dentista, ACS, Auxiliar ou Técnico de enfermagem, Nutricionista e profissionais convidados para as atividades.</p>

* Impresso para marcação da puericultura:

Unidade de Saúde-Santo Antonio do Itambé-MG

CALENDÁRIO DE CONSULTAS DE PUERICULTURA

CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS

Nome: _____

Data de Nascimento: ___/___/_____

Idade	Data da consulta	Horário	Profissional
15-21 dias			
1 mês			
2 meses			
4 meses			
6 meses			
9 meses			
12 meses			
1 ano e 6 meses			
2 anos			
3 anos			
4 anos			
5 anos			

OBS: data de consultas extras se necessário:

Idade: _____ Data da consulta: ___/___/___ H: _____

Idade: _____ Data da consulta: ___/___/___ H: _____

Idade: _____ Data da consulta: ___/___/___ H: _____

Idade: _____ Data da consulta: ___/___/___ H: _____

APÊNDICE D

Foto 1- Grupo de Puericultura no Auditório da UBS – SAI/MG.