

KELLEN SILVEIRA DA COSTA

**PADRONIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PARA A IMPLANTAÇÃO DE
PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO ÀS CRIANÇAS ENTRE 0 E 6 ANOS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MINISTRO PEDRO LESSA NO
MUNICÍPIO DE SERRO/MG**

CORINTO – MINAS GERAIS

2011

KELLEN SILVEIRA DA COSTA

**PADRONIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PARA A IMPLANTAÇÃO DE
PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO ÀS CRIANÇAS ENTRE 0 E 6 ANOS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA MINISTRO PEDRO LESSA NO
MUNICÍPIO DE SERRO/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. Elaine Alvarenga de Almeida Carvalho

CORINTO – MINAS GERAIS

2011

KELLEN SILVEIRA DA COSTA

**PADRONIZAÇÃO DO ATENDIMENTO PARA A IMPLANTAÇÃO DE
PROTOCOLO DE ACOMPANHAMENTO ÀS CRIANÇAS ENTRE 0 E 6 ANOS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIAA MINISTRO PEDRO LESSA NO
MUNICÍPIO DE SERRO/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. Elaine Alvarenga de Almeida Carvalho

Banca Examinadora

Profa. Elaine Alvarenga de Almeida Carvalho – Orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte: 10/ 12 /2011

Agradeço a Deus por ter conseguido completar mais esta fase de minha vida profissional, pois por alguns momentos pensei em desistir.

A minha orientadora, Profa. Elaine Alvarenga de Almeida Carvalho, por compreender minha ausência e pouco contato durante todo o período do TCC.

E toda a equipe da ESF Ministro Pedro Lessa pelo apoio e incentivo. Obrigada a todos.

“A preocupação para com a saúde futura é um item de luxo – todos os esforços dos pobres e desempregados são necessários para lidar com os problemas urgentes do dia-a-dia.”

ROSE, 1993

RESUMO

Trata-se de um estudo de análise dados secundários e revisão bibliográfica que teve por objetivo propor a padronização do atendimento voltado às crianças na faixa etária de 0 a 6 anos, através da implantação de protocolos de atendimentos para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Por meio de um diagnóstico situacional da saúde das crianças e da organização atual do serviço de saúde na ESF Ministro Pedro Lessa, zona rural do município de Serro/MG, foram propostas ações de reorganização do processo de trabalho visando a implantação de protocolos de atendimento com base no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura). Assim, espera-se despertar o senso crítico nos profissionais sobre a importância da organização da assistência como um olhar voltado para o trabalho multiprofissional e na promoção da saúde.

Palavras-chave: Saúde da Criança. Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento. Protocolos. Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

It is a model study of secondary data analysis and literature review that aimed to propose the standardization of services focused on children aged 0-6 years through the implementation of protocols for monitoring the growth and development. Through a situational diagnosis of the health of children and the current organization of health services in the FHS Minister Pedro Lessa, rural town of Serro / MG were proposed actions to reorganize the work process plan for the establishment of protocols with on the monitoring of growth and development (child care). Thus, it is expected to awaken the critical sense among professionals about the importance of organization of care as a penchant for the multiprofessional work and health promotion.

Keywords: Child Health. Growth and Development Monitoring. Protocols. The Family Health Program.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CEABSF – Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNI – Programa Nacional de Imunização

PSF – Programa da Saúde da Família

SES – Secretaria de Estado de Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SRO – Sais de Reidratação Oral

SUS – Sistema Único de Saúde

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
3	METODOLOGIA	15
4	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
4.1	Saúde da Criança: a construção do cuidado	167
4.2	Puericultura	18
4.3	Ações Voltadas para a Atenção à Saúde da Criança	21
4.3.1	Aleitamento Materno	212
4.3.2	Triagem Neonatal	23
4.3.3	Imunização	244
4.3.4	Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento	244
4.3.5	Orientação Alimentar	25
4.3.6	Abordagem às Carências Nutricionais e Anemia (Vitamina A e Suplementação de Ferro)	266
4.3.7	Abordagem às Doenças Prevalentes na Infância	277
4.3.8	Saúde Bucal	277
5	DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA	28
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO	30
6.1	Definição de Meta e Cobertura	322
6.2	Proposta de Padronização para Atenção à Criança	333
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	377
	REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada no Brasil como forma de reorganização do modelo assistencial de saúde vigente no país, como uma estratégia do Sistema único de Saúde (SUS), para organizar a prática assistencial a partir da atenção básica. A organização do modelo assistencial teve início com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e após o seu sucesso criou-se o Programa de Saúde da Família (PSF) hoje denominado estratégia (FARIA *et al.*, 2009).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é fundamentada nos princípios e diretrizes do SUS, na atenção integral voltada para o indivíduo, a família e a comunidade, tendo como objetivos a promoção da saúde, prevenção de agravos e doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação por meio de uma atenção multidisciplinar e multiprofissional. Dessa maneira, faz-se necessário que a equipe de saúde estabeleça um processo de trabalho que vise resolver a maior parte dos problemas de saúde dos usuários, organizar o fluxo de atendimento, garantir ao usuário resolutividade e eficiência.

A prestação de serviço de forma estruturada e organizada permite a otimização do mesmo, melhora a qualidade de produção, além de proporcionar aos profissionais menor desgaste. A estruturação do trabalho por meio da padronização do atendimento garante formação de equipe pelos profissionais reconhecendo o significado da interdisciplinaridade no atendimento integral ao usuário e sentimento de responsabilidade pelo andamento do serviço (FARIA *et al.*, 2010.), já que “o sucesso de qualquer organização depende, em maior ou menor grau, do empenho de cada um dos seus integrantes” (GOMES, 2011 *apud.* SANTANA, 1999, p.5).

Segundo Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (BRASIL, 2010), o risco de morte para nascidos vivos concentra-se nos primeiros cinco anos de vida e que o Brasil vem reduzindo este número levando o país a acreditar que conseguirá alcançar a meta da Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 2000, onde a taxa de mortalidade na infância deve ser reduzida para 17,9 óbitos por mil nascidos vivos até 2015.

A redução nessa taxa de mortalidade infantil é resultado da reorganização do modelo assistencial, onde a ESF através da atenção primária e programas de prevenção criados pelo Governo Federal. Ao longo dos anos, foram criados diversos programas voltados para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças brasileiras, a fim de reduzir a morbimortalidade delas. No entanto, muitos profissionais que trabalham com saúde pública nem sequer ouviram falar deles e ainda continuam tendo como norteador o modelo assistencial curativo que visa tratar a doença e não em promover a saúde.

“Os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2004, p.5). Pode-se contar hoje com várias modalidades de atendimentos voltados para a atenção à criança onde há vários profissionais da equipe de saúde, o que proporciona atenção integral e participação de todos no processo de trabalho (ALVES e MOULIN, 2008).

O atendimento a crianças na faixa etária de 0 a 6 anos é essencial, uma vez que os óbitos seriam possivelmente evitados, se as crianças fossem atendidas por serviço de saúde qualificado, com profissionais preparados para atender com eficiência e agilidade (BRASIL, 2004). Acompanhar o crescimento e desenvolvimento de crianças na faixa etária de 0 a 6 anos é de grande valia para evitar intercorrências, prevenindo agravos por meio da identificação precoce dos fatores de risco, além de promover a saúde. As doenças prevalentes nesta fase de vida são resolvidas quase que sempre no nível primário de atenção, porém os profissionais devem ter conhecimento para reconhecer estas situações (MINAS GERAIS, 2005).

Promover a saúde integral da criança e desenvolver ações de prevenção de agravos e assistência necessita de “ações de saúde que não podem deixar de serem realizadas” (BRASIL, 2004).

Portanto, as ações a serem realizadas necessitam ser organizadas e bem direcionadas de forma a gerar um fluxo de atendimento contínuo. Essas dificuldades são encontradas no município de Serro, onde os profissionais atuam de forma individual esquecendo-se da interdisciplinaridade, gerando um círculo vicioso onde os objetivos nem sempre são atingidos.

Por isso, quando se trabalha em instituição privada ou pública, deve-se estar em constante processo de educação para que se possa atualizar o processo de trabalho melhorando a

qualidade do serviço, além de atingir metas mais rapidamente. “*Não se trabalha mais isolado e sim integrado*” (MINAS GERAIS, 2005, p.15).

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/ NESCON onde participam desse processo de aprendizado vários integrantes da equipe de saúde da família como médicos, enfermeiros, dentistas e até coordenadores de ESF's possibilitou a reflexão sobre organização do processo de trabalho das equipes na cidade de Serro.

Neste curso foi ofertada a disciplina Saúde da Criança e do Adolescente: Ações Básicas, elaborada para ajudar na organização das equipes no desenvolvimento ações que facilitem o acompanhamento do crescimento das crianças, propondo atividades que podem ser incorporadas nas rotinas de trabalho das equipes de saúde família (ALVES e MOULIN, 2008).

Como enfermeira trabalhando numa ESF na cidade de Serro percebi que há uma imensa falta de organização do serviço da Unidade Básica de Saúde (UBS) como um todo, onde os profissionais atuam de forma individual e com linhas de cuidados diferentes.

Ações básicas no cotidiano do atendimento a criança como preencher a caderneta da criança corretamente durante os atendimentos e relatar quaisquer intercorrências nem sempre são realizadas. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado eixo integrador e central de todas as ações de saúde da criança e vem apresentado grande impacto na redução da morbimortalidade infantil, no entanto, ainda existem muitos profissionais que encontram barreiras para implementar essas ações (ALVES e MOULIN, 2008).

A equipe da ESF trabalha com atendimentos voltados para a demanda espontânea com poucas atividades específicas voltadas para as crianças na fase de crescimento e desenvolvimento, sendo elas mal organizadas e pouco efetivas.

Como a proposta da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) é a organização de sistemas integrados de serviços de saúde, a Equipe de Saúde da Família Ministro Pedro Lessa resolveu propor a implantação do protocolo de atendimento para

crianças na faixa etária de 0 a 6 anos como ação básica, motivo pelo qual escolhi este tema para realizar o meu Trabalho de Conclusão de Curso.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Propor a padronização do atendimento por meio da implantação de protocolos voltados para o acompanhamento do crescimento de crianças na faixa etária de 0 a 6 anos de maneira a organizar a atenção prestada neste ciclo de vida.

2.2 Específicos

- Implantar atividades voltadas para as crianças dentro da equipe, onde haja participação de todos os profissionais.
- Realizar a padronização do atendimento voltado às crianças de 0 a 6 anos.

3 METODOLOGIA

O estudo foi realizado na ESF Ministro Pedro Lessa, situado na zona rural da cidade de Serro/MG, a partir de dados secundários do público com faixa etária de 0 a 6 anos.

Foi realizado o levantamento quantitativo das crianças de 0 a 6 anos cadastradas na área de abrangência de ESF, o número de atividades realizadas (visitas domiciliares, consultas individuais e grupos operativos) necessárias para atender a essa demanda anualmente.

Os dados foram coletados na base de dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), além de registros dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), das crianças de 0 a 6 anos cadastradas na unidade no período de janeiro a julho de 2011.

A revisão bibliográfica foi de fundamental importância para subsidiar a elaboração e construção do protocolo, uma vez que foram utilizados materiais informativos e de educação permanente oferecidos pelos governos federal e estadual para a reorganização da atenção básica.

A utilização destes dados levantados com a revisão bibliográfica teve como objetivo fundamentar teoricamente e nortear a padronização do atendimento, servindo como passo inicial para implantação do protocolo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 6 anos da ESF Ministro Pedro Lessa.

4 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Foi realizado um levantamento na literatura nacional para servir de base à elaboração do protocolo de atendimento. O levantamento permitiu conhecer um pouco sobre a saúde da criança no contexto da Estratégia de Saúde da Família, as atividades a serem desenvolvidas, os recursos necessários e os profissionais envolvidos.

Foram também consultadas as diretrizes e recomendações oferecidas pelo Ministério da Saúde como forma a auxiliar os profissionais no atendimento população infantil.

4.1 Saúde da Criança: a construção do cuidado

As primeiras ações e programas voltados para a criança começaram a serem desenvolvidas na década de 30 e o órgão responsável por desenvolver tais ações era o Ministério da Educação e Saúde que atuavam em conjunto e após anos foram separados. Já na década de 40, foi criado o Departamento Nacional da Criança, onde as atividades então feitas pela educação passaram para esse órgão específico, onde foi dada maior atenção a esse grupo populacional. É importante salientar que esse Departamento tinha como ações: programas alimentares, educativos, de Formação de Pessoal e de Imunização. Esse Departamento coordenou a atenção materno-infantil até o fim da década de 60. Apenas na década de 50 que o Ministério da Saúde foi instituído, e assim sendo o responsável pelo Departamento Nacional da Criança. Ministério da Educação foi desmembrado e passou a cuidar das questões relacionadas a formação de recursos humanos. Ao longo de 70 anos, diversos programas e setores foram responsáveis por criarem políticas públicas, onde foi criada a Atenção à Saúde da Criança que atualmente denomina-se Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno junto ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a).

Dentre estes vários anos de construção do cuidado foram criadas várias leis e portarias a fim de assegurar o direito à saúde para as crianças, na tentativa de melhorar a assistência prestada,

bem como promover saúde, tendo como consequência a redução da mortalidade infantil e prevenção de agravos.

Estas leis e portarias beneficiam não somente as crianças, mas também as mães que tem o direito a licença maternidade para garantir o aleitamento materno essencial à criança nos primeiros meses de vida. Outro marco importante foi a imunização, a triagem neonatal, a caderneta da criança, dentre outras.

Dentre as ações do Ministério da Saúde ao longo dos anos, sem dúvidas a criação da Caderneta da Criança em 1988, foi um dos melhores instrumentos de acompanhamento das crianças, pois nele possui dados da criança desde o seu nascimento, parto, cobertura vacinal, intercorrências, antropometria, entre outros (VIEIRA *et al.*; 2005). Com o passar dos anos, cada vez mais, o Ministério da Saúde foi melhorando e ampliando o seu uso, o tornando mais didático para as mães e mais completo para os profissionais, chegando ao formato de caderneta com maiores informações para os pais e para os profissionais de saúde.

Não se pode deixar de salientar os vários estudos realizados, onde protocolos e manuais foram criados para capacitar os profissionais para o atendimento voltado as crianças, melhorando assim a qualidade da assistência prestada.

Esses manuais e protocolos foram desenvolvidos a partir de análises e estudos de como era a assistência prestada às crianças em outros países ao longo dos anos e como tais ações impactavam sobre as condições de vida das mesmas e possibilitavam mudanças no quadro de saúde em que estavam expostas.

Esses estudos serviram de base para a organização da atenção básica e estruturação da Estratégia de Saúde da Família que, desde a sua criação, vem se consolidando como um dos eixos estruturantes do SUS) sendo reconhecido pela Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como uma das principais políticas adotadas pelo país responsável pela redução da mortalidade infantil nos últimos anos, atribuída ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) destas crianças (BRASIL, 2009).

A puericultura teve visão significativa no Brasil na década de 80 com a criação do Programa de Assistência Integral à Criança (PAISC), através do Ministério da Saúde que tinha como

conceitos prestar assistência integrada às crianças por meio de ações preventivas assegurando o crescimento e desenvolvimento saudável das mesmas (VIEIRA *et al.*; 2005).

A taxa de mortalidade infantil vem reduzindo significativamente ao longo dos anos e isso está intimamente ligada à situação econômica e social do país, uma vez que a maioria dos óbitos em crianças de 0 a 6 anos é devido às causas evitáveis com medidas simples e de baixa complexidade (BRASIL, 2002).

É importante salientar que *“as crianças são consideradas os grupos populacionais mais vulneráveis”* (GOMES, 2011 *apud* FROTA *et al.*, 2007, p. 215). Considerando esta constatação, o acompanhamento das crianças desde seu nascimento faz-se necessário aos serviços de saúde. Dentro da Estratégia de Saúde da Família, segundo LEITE e BERCINI (2005, p.224) *“um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o desenvolvimento do Programa de Puericultura”*.

Pelas leituras realizadas ficou patente a importância da sistematização da linha do cuidado para o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento das crianças de 0 a 6 anos na atenção básica à saúde

4.2 Puericultura

A puericultura originou-se na França no século XVIII, sendo definida como a arte de criar crianças de maneira higiênica e fisiológica (PAIXÃO, 2011 *apud* ROCHA, 1987), conceitos este que embasam a puericultura até os dias de hoje.

Segundo o dicionário Silveira Bueno, a puericultura é o conjunto de meios que visam assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental criança (BUENO, 2001), estando voltadas para ações de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças de 0 a 6 anos evitando doenças e promovendo a saúde.

Através dos avanços científicos, o conceito de puericultura foi ampliado deixando de se preocupar apenas com a ausência de doenças, passando a abordar também o desenvolvimento saudável (BONILHA e RIVORÊDO, 2005). O nome puericultura tão antigamente conhecido passou a ser denominado, então, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

No entanto, quando se pensa em saúde da criança, deve-se incluir a família, refletindo este processo na sua integralidade e entendendo-o como um processo multifacetado, dessa forma está considerando como a vivência de um processo de desenvolvimento adequado em vários aspectos (MOLINARI, SILVA e CREPALDI, 2005).

Neste pensar, percebe-se que a atenção básica, mais especificamente a Estratégia de Saúde da família, está intimamente ligada com as atividades de puericultura, uma vez que ele atua não somente com o indivíduo, mas como ele inserido no meio familiar e na comunidade que vão interferir certamente no seu estado de saúde-doença e no seu desenvolvimento ao longo da vida.

Dentro das atividades ofertadas pelas Equipes de Saúde da Família, a puericultura está entre elas, e de acordo com LEITE e BERCINI (2005) o protocolo é um dos instrumentos mais utilizados para acompanhar a saúde das crianças, pois através dele é possível acompanhar o crescimento e desenvolvimento das crianças, além de acompanhar a realização de outras atividades, a exemplo, a cobertura vacinal, os aspectos da nutrição, entre outros.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento representa um ponto central entre as ações a serem desenvolvidas, uma vez que é a partir dessa ação que se englobam várias outras ações, tais como: o incentivo ao aleitamento materno, orientações sobre nutrição infantil e introdução da alimentação, imunização, prevenção e controle de doenças diarreicas e respiratórias, identificação de possíveis distúrbios de crescimento e desenvolvimento e prevenção de agravos como anemia, hipovitaminose A, entre outras recomendadas pelo Ministério da Saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002, p.27):

Cada encontro 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.

A atenção à saúde da criança começa durante o pré-natal, onde a gestante é informada sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de seu filho após o nascimento. Logo após o nascimento da criança, é comum muitas mães não voltarem mais a UBS e a procura volta a ocorrer quando a criança apresenta alguma alteração ou condição de doença. Por isso, a equipe da ESF, por meio da captação precoce do recém-nascido, estabelece esse vínculo com a mãe e começa a desenvolver as atividades programáticas voltadas para a saúde da criança que visam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como realizar ações preventivas, de promoção da saúde e assistir a criança doente.

De acordo com a Linha-Guia da Atenção à Saúde da Criança, elaborada pela Secretaria de Estado da Saúde (SES), *“a organização da assistência, que se inicia pela captação precoce, deve, portanto, contemplar uma série de atividades programadas – atendimentos individuais e coletivos e atividades educativas e promocionais com as famílias”* (MINAS GERAIS; 2005; p.19).

Nesse contexto do acompanhamento da criança desde o seu nascimento, a importância da organização da equipe é fundamental para que a captação precoce seja realizada e as ações programadas tenham continuidade, uma vez que é o ACS que realiza a primeira visita da equipe de saúde após o nascimento da criança.

Durante este primeiro contato a família é informada sobre as ações do quinto dia e sua importância para a saúde do recém-nascido. Após a sua chegada à UBS para tais ações, é criado o calendário das ações a serem desenvolvidas ao longo da vida da criança de forma individualizada e conforme a disponibilidade da família, o que facilita a participação na saúde e desenvolvimento, evitando sua ausência na UBS.

4.3 Ações Voltadas para a Atenção à Saúde da Criança

O Ministério da Saúde tem promovido ações específicas na saúde infantil, como programas de incentivo ao aleitamento materno, controle das doenças diarreicas agudas e doenças respiratórias agudas, programa ampliado de imunizações, promoção de alimentação saudável e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, entre outros. Essas ações são destinadas a melhorar a atenção prestada e a reduzir a morbimortalidade na infância (BRASIL, 2003).

Abaixo estão organizadas as principais atividades a serem desenvolvidas para a prestação de uma assistência à saúde da criança de maneira a garantir um crescimento e desenvolvimento saudável, através de ações de diagnóstico, prevenção e promoção da saúde.

4.3.1 Aleitamento Materno

“O aleitamento materno é a mais sábia estratégia natural de vínculo, afeto, proteção e nutrição para a criança e constitui a mais sensível, econômica e eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil” (BRASIL, 2009, p.09). Ele vem se mostrando como ação de promoção da saúde além de gerar vínculo entre a mãe e a criança, pois nessa fase da vida, o recém-nascido, precisa integralmente da mãe para se alimentar. É neste momento de integração que, a mãe passa para o filho por meio do leite, vários nutrientes importantes para um desenvolvimento saudável no futuro.

Segundo a Linha Guia de Atenção à Saúde da Criança, criada pela Secretaria de Estado da Saúde, os efeitos positivos do aleitamento materno proporcionam:

- Redução da mortalidade infantil, principalmente por diarreia e por infecções respiratórias. Lactentes menores, exclusivamente amamentados, que residem em locais de pobreza, sem acesso à água potável, e que recebem alimentos de má qualidade são os que mais se beneficiam;

Redução do número de internações hospitalares. O aleitamento materno, além de proteger, também diminui a incidência e a gravidade das doenças. Nos prematuros, em que a imaturidade imunológica é maior, essa função é essencial, especialmente contra a enterocolite necrosante;

- Redução de manifestações alérgicas, especialmente durante a amamentação exclusiva;
-
- Redução da incidência de doenças crônicas, tais como aterosclerose, hipertensão arterial, diabetes, doença de Crohn, colite ulcerativa, doença celíaca, doenças auto-imunes e linfoma;
-
- Melhora do desenvolvimento neuropsicomotor, especialmente nos prematuros, tendo uma relação direta com o tempo de amamentação;
- Proteção à nutriz contra o câncer de mama pré-menopausa e de ovário em qualquer idade. Na amamentação exclusiva, ocorre o rápido retorno ao peso pré-gestacional e há um efeito contraceptivo, principalmente na que se mantém amenorréica;
- Promoção da vinculação afetiva entre mãe e filho;
- Proteção contra problemas de oclusão dentária, síndrome do respirador bucal e distúrbios dos órgãos fono-articulatórios;
- Economia familiar, pois a alimentação artificial é onerosa para a maioria da população;
- Benefício para a sociedade como um todo, pois a criança, ao adoecer menos, reduz o número de faltas dos pais ao trabalho, necessita de menos atendimento médico, medicações e hospitalizações e se torna mais saudável nos aspectos psíquico e social. (MINAS GERAIS, 2005, p.58).

Apesar da grande valorização da amamentação por parte dos serviços de saúde e das políticas públicas, o aleitamento materno exclusivo vem sendo cada vez menos utilizado pelas mães, pois cada vez mais cedo a mãe precisa voltar ao trabalho fazendo o desmame precoce que possivelmente afetará a saúde da criança no futuro.

A amamentação quando praticada de forma exclusiva até os seis meses e a partir desse momento, complementada com alimentos até os dois anos de idade, como recomenda pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde, demonstra grande potencial transformador no crescimento, desenvolvimento e prevenção de doenças na infância e idade adulta. As evidências científicas atuais comprovam que o leite humano proporciona um melhor desenvolvimento infantil. Por essas e outras razões é prioridade o desenvolvimento das várias ações de promoção da amamentação (BRASIL, 2004).

4.3.2 Triagem Neonatal

A triagem neonatal foi implantada no SUS, no ano de 1992 através da Portaria GM/MS nº 22, de 15 de Janeiro de 1992, onde determinava a obrigatoriedade do teste em todos os recém-nascidos (BRASIL, 2002).

Neste período o teste incluía a avaliação de fenilcetonúria e de hipotireoidismo congênito, porém no ano de 2001 quando foi criado o Programa Nacional de Triagem Neonatal onde foi incorporada a avaliação de várias outras doenças, tais como as doenças falciformes, outras hemoglobinopatias e a fibrose cística (BRASIL, 2011a).

A Triagem Neonatal é uma estratégia para o diagnóstico precoce de algumas doenças que são imperceptíveis ao exame médico, mas que evoluem desfavoravelmente. O diagnóstico precoce possibilita intervenções que previnem sequelas e complicações, reduzindo a morbimortalidade e permitindo que as crianças tenham uma melhor qualidade de vida (MINAS GERAIS, 2005).

4.3.3 Imunização

Em 1973, o MS instituiu o Programa Nacional de Imunização (PNI), que vem se consolidando com o apoio e confiança da sociedade. Além da vacinação de rotina, possui as campanhas, visando à erradicação da poliomielite e sarampo. A imunização tem se mostrado o melhor programa da saúde pública, levando à queda acentuada da incidência das doenças infecciosas (MINAS GERAIS, 2005).

Mesmo com os avanços alcançados no controle das doenças imunopreveníveis na última década, muito ainda deve ser feito para se atingir a meta de vacinar com o esquema básico, no mínimo, 95% das crianças que nascem a cada ano, garantindo assim a interrupção da circulação dos agentes etiológicos das doenças imunopreveníveis (BRASIL, 2004).

A identificação da cobertura vacinal e dos fatores responsáveis pela falta de imunização é fundamental para a adequada monitorização dos programas de vacinação e para se identificar e atingir as crianças que não são vacinadas adequadamente (GOMES, 2011 *apud* SILVA *et. al.*, 1999, p.19).

4.3.4 Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado eixo integrador e central de todas as ações de saúde da criança e desde que foi implantado como uma ação básica de saúde vem apresentando impacto surpreendente na morbimortalidade infantil (ALVES e MOULIN, 2008).

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 (MINAS GERAIS, 2005).

A assistência inicia pela captação precoce do RN e deve ser com posta por várias atividades programadas – atendimentos individuais, coletivos e atividades educativas. Todas as

atividades devem ser centradas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança (MINAS GERAIS, 2005).

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos), que envolve a avaliação do peso, altura, desenvolvimento, intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações sobre os cuidados com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estimulação) em todo atendimento (BRASIL, 2004).

4.3.5 Orientação Alimentar

“O crescimento depende diretamente de uma alimentação suficiente m quantidade e qualidade, assim como da capacidade de absorção dos nutrientes pelo individuo” (ALVES e MOULIN, 2008, p.70).

Uma alimentação saudável inicia-se com o aleitamento materno, mas é preciso estar preparado para a transição do aleitamento para a introdução de novos alimentos (início do desmame), por se tratar de um momento crítico, em que os distúrbios nutricionais acontecem. A avaliação e orientação para hábitos alimentares saudáveis devem fazer parte de todo o atendimento da criança, no calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e nas intercorrências (BRASIL, 2004).

A partir dos seis meses o leite materno de forma exclusiva não consegue suprir todas as necessidades nutricionais da criança, passa a ser necessário a introdução de alimentos complementares (ALVES e MOULIN, 2008).

A abordagem da criança pela equipe de saúde deve ter como destaque a importância dos hábitos alimentares, controle dos desvios alimentares e nutricionais e prevenção de várias doenças, na infância e na futura vida adulta, como as deficiências nutricionais, as doenças crônicas, sobrepeso e obesidade (BRASIL, 2004).

4.3.6 Abordagem às Carências Nutricionais e Anemia (Vitamina A e Suplementação de Ferro)

Em todo o mundo cerca de 30% das crianças menores de cinco anos apresentam baixo peso, como conseqüência da má alimentação e repetidas infecções. E a anemia por deficiência de ferro é considerada maior problema em escala de saúde pública do mundo (BRASIL, 2004).

Após a introdução da alimentação suplementar é muito comum aparecerem problemas de saúde causados por carências de algumas vitaminas e minerais, uma vez que o organismo não possui reservas suficientes para suprir as necessidades de vitaminas e ferro para manter o ritmo do crescimento celerado nesta fase da vida (ALVES e MOULIN, 2008).

Vivendo em um país de contrastes, a nossa população infantil convive com agravos nutricionais decorrentes de uma alimentação inadequada em termos de qualidade e quantidade; por isso a desnutrição e a obesidade fazem parte de um contexto uma vez que por estarem em contínuo crescimento e desenvolvimento as crianças estão susceptíveis a estes agravos, cabendo aos profissionais de saúde um importante papel na transformação deste quadro (GOULART e VIANA, 2008).

De acordo com a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, os agravos nutricionais mais prevalentes na infância estão a anemia ferropriva, a desnutrição, hipovitaminose A e sobrepeso e obesidade tendo, elas, alta prevalência em todo o território nacional, em algumas áreas sendo endêmicas (BRASIL, 2011b).

4.3.7 Abordagem às Doenças Prevalentes na Infância

“As doenças diarreicas e as respiratórias persistem como graves problemas para a criança e quando associadas à desnutrição colocam em risco a sua vida” (BRASIL, 2004, p.27).

Nos menores de 5 anos, as principais causas de mortalidade incluem as afecções perinatais, as infecções respiratórias, as doenças diarreicas e a desnutrição que levam a grandes índices de mortalidade infantil. No entanto, parte da diminuição observada dessa mortalidade nos últimos anos é devida a ações simples através do estímulo ao aleitamento materno, a ampliação da cobertura vacinal, a utilização de sais de reidratação oral (SRO), a educação materna. (BRASIL, 2003).

As doenças respiratórias são as principais causas que levam as crianças aos serviços de saúde, o que demandam atenção qualificada da assistência até a resolução completa dos problemas. A pneumonia uma das principais doenças da infância e a segunda causa de morte em menores de um ano e a asma associada a alergia e pneumonia merecem atenção especial, seja por se tratar de uma das principais causas de internação e procura em serviços de urgência, mas também por interferência na qualidade de vida da criança (ALVIM e LASMAR,2009).

Já parasitoses intestinais ainda seguem com prevalência significativa na infância, interferindo no desenvolvimento adequado da criança, conjuntamente com a doença diarreica (BRASIL, 2004).

4.3.8 Saúde Bucal

Muito se discute sobre a saúde das crianças, o seu crescimento e desenvolvimento, mas muitas vezes as equipes de saúde se esquecem da abordagem sobre a saúde bucal das mesmas que podem interferir no seu desenvolvimento.

O aleitamento materno promove a saúde dos dentes e o correto crescimento dos ossos da face, prevenindo problemas ortodônticos e da fala, por isso todos os profissionais, devem tentar

conhecer, através de trabalhos em grupos, consultas, visitas e observação às condições da saúde bucal de sua população (BRASIL, 2004).

A cárie ainda é um problema que afeta a população infantil por falta de higienização correta após as mamadas. A equipe de saúde da família deve orientar a mãe desde cedo para o uso de medidas de controle da cárie principalmente quando a criança é desmamada e entra com a alimentação comum.

A equipe básica (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e ACS) é responsável pelas atividades envolvidas no acompanhamento da criança, sendo desejável a participação de todos os profissionais que compõem a equipe de apoio entre eles a equipe de saúde bucal (MINAS GERAIS, 2005).

Um dos princípios da Atenção Primária é o princípio da longitudinalidade, que está ligado à necessidade de os profissionais da equipe de saúde ser capazes de fornecer a atenção a todos os usuários de sua área de abrangência ao longo de suas vidas. Isso significa possuir o entendimento das várias formas de abordagem e da importância de se desenvolver um trabalho multiprofissional que enfoque o usuário como um todo (MINAS GERAIS, 2006).

5 DESENVOLVIMENTO DA PROPOSTA

A proposta de padronização do atendimento e implantação do protocolo de atendimento para crianças de 0 a 6 anos vem sendo observada e discutida entre os enfermeiros da cidade de Serro há pelo menos 2 anos, devido a falta de ações específicas voltadas para as crianças dentro das equipes de Saúde da Família, uma vez que, a não realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças se dá pela falta de capacitação de profissionais médicos para participarem dessas atividades, como também, pela ausência de protocolo a ser seguido.

Sendo assim, foram levantados alguns dados que serão necessários para o desenvolvimento de um protocolo, como: o número de crianças cadastradas nesta faixa etária de 0 a 6 anos, o número de atendimentos necessários para atender à demanda, os profissionais envolvidos, formas de agendamentos para garantir a qualidade dos acompanhamentos dessas crianças, tipos de atendimentos e serviços a serem oferecidos.

O protocolo vem sendo proposto visando a adequação das ações de acolhimento, identificação de problemas e necessidades da população, tendo como referência a programação sugerida pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais e o módulo da Saúde da Criança e Adolescente : Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento oferecido pelo Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF).

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ESF Ministro Pedro Lessa, localizada na zona rural do município de Serro, possui uma população cadastrada no SIAB de 1.752 pessoas, sendo 210 crianças cadastradas na área de abrangência da ESF, correspondendo a 11,97 % da população total adscrita (Tabela 1).

TABELA 1 - População de Crianças segundo a faixa etária cadastradas na ESF Ministro Pedro Lessa, no período de janeiro a julho de 2011.

Faixa etária	População cadastrada	%
< 1 ano	13	0,74
1 a 4 anos	125	7,13
5 a 6 anos	72	4,10
Total	210	11,97

FONTE: SIAB, 2011.

As crianças são atendidas na unidade de saúde de acordo com a demanda espontânea, para tratamento de alguma doença com manifestação aguda, como por exemplo: doenças respiratórias (alergias, asma, bronquite), desnutrição, baixo peso, dermatites, parasitoses entre outras, sem falar dos problemas dentários. Queixas estas que poderiam ser prevenidas por meio de acompanhamento individual e coletivo dessas crianças, uma vez que as principais doenças que acometem a infância podem ser evitadas ou terem as complicações minimizadas com ações simples e de baixo custo.

Pode-se perceber que o número de atendimentos médicos está bastante significativo por se tratar que atendimentos de casos agudos, doenças essas que poderiam ser preveníveis ou controladas através de um acompanhamento contínuo dessas crianças. No entanto, pelos dados da tabela 2 é possível visualizar que a demanda de procura por atendimento às crianças na UBS é enorme totalizando 379 atendimentos médicos e de enfermagem no período do levantamento dos dados deste trabalho. A média foi de 54,14 crianças atendidas por mês. Isso leva a refletir sobre a necessidade de organização do serviço, uma vez que a demanda existe e o que falta são ações específicas para atender esta faixa etária (Tabela 2).

Tabela 2 – Número de atendimentos médicos realizados segundo a faixa etária na ESF Ministro Pedro Lessa no período de janeiro a julho de 2011.

Faixa etária	Nº de atendimentos médicos	Nº de atendimentos enfermeira
< 1 ano	31	24
1 a 4 anos	96	132
5 a 6 anos	35	61
Total	162	217

FONTE: Registros de atendimentos da equipe.

A tabela 3 mostra os principais diagnósticos dados às crianças que foram atendidas na UBS no período de janeiro a julho de 2011, tanto pela enfermeira quanto pelo médico. Pode-se perceber que muitas das doenças listadas poderiam ser prevenidas, tais como: os agravos nutricionais que incluem a desnutrição e a anemia, as parasitoses e outras, comuns na infância. As doenças respiratórias poderiam ser controladas através de um acompanhamento e tratamento específico, além de controle das crises, por medidas preventivas.

Tabela 3 – Principais doenças que acometem a população infantil com faixa etária de 0 a 6 anos na ESF Ministro Pedro Lessa

Diagnósticos	Nº de atendimentos
Doenças respiratórias	73
Agravos nutricionais	22
Afecções de pele	22
Infecção urinária	9
Febre	3
Traumas	4
Diarréia/ desidratação	6
Parasitose	13
Outras	14

FONTE: Registros da Unidade de Saúde.

A Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais segundo a Linha Guia e o módulo da Saúde da Criança oferecido pela CEABSF, afirmam que as crianças devem passar por pelo menos 7 atendimentos médicos e de enfermagem no primeiro ano de vida, 2 atendimentos no segundo ano e 1 atendimentos nos anos seguintes (ALVES e MOULIN, 2008).

No entanto, os atendimentos às crianças não deve ser prioridade dos médicos, uma vez que o Programa de Saúde da Família conta com uma equipe multiprofissional, onde cada

profissional atua dentro da sua área e ambos atuam em conjunto para a atenção integral ao usuário agindo conforme o preceito do SUS – a integralidade.

Na ESF Ministro Pedro Lessa constitui a equipe: médico, enfermeira, técnico de enfermagem, agentes comunitários e cirurgião dentista. Os atendimentos como já foi dito são de acordo com a demanda espontânea, mas já possui algumas ações já implantadas, como: a imunização, suplementação de ferro, vitamina A, aferição de medidas antropométricas mensalmente. Portanto, o que falta é organizar o processo de trabalho e implantar as ações que ainda não são desenvolvidas, de maneira a integrar toda a equipe neste processo.

6.1 Definição de Meta e Cobertura

Após levantamento e análise dos dados que mostram a importância de realizar o acompanhamento das crianças nesta faixa etária, faz-se necessário estabelecer metas para que uma proposta seja implantada e desenvolvida.

Em nossa atuação profissional as técnicas, os recursos e os instrumentos que utilizamos condizem com alguma idéia do que devemos fazer em nossa profissão em cada situação e cada realidade (CAMPOS, FARIA e SANTOS, 2010).

É importante a definição de meta de cobertura, pois após a implantação do programa de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento as crianças de 0 a 5 anos, será necessário avaliar os impactos das ações no cotidiano do serviço de saúde e na saúde das crianças acompanhadas, uma vez que isso fornecerá indicadores para a implantação do mesmo em todo o município além de possibilitar a avaliar a adesão da população.

O quadro 1 mostra as atividades propostas pela equipe para ser desenvolvidas na ESF Ministro Pedro Lessa, dividida de acordo com as atividades a serem implantadas estabelecendo as metas a serem alcançadas no primeiro ano de implantação. As atividades são divididas de acordo com o tipo de atendimento e a população a ser atendida.

Quadro 1 – Atividades a serem desenvolvidas e proposta de metas a serem cumpridas

Atividades a serem desenvolvidas	Meta de cobertura	População a ser atendida
Consultas médicas	80%	168
Consultas de enfermagem	80%	168
Atividades educativas	50%	105
Primeira semana de saúde integral	100%	-

A meta estabelecida pela Equipe justifica-se pelo fato de a extensão territorial da área de abrangência ser extensa, além de existir várias comunidades e poucos locais de atendimentos, o que dificulta a chegada dos usuários à UBS. Para isso será necessário estabelecer dias e horários flexíveis de forma a beneficiar a todos os usuários.

6.2 Proposta de Padronização para Atenção à Criança

Para a implantação da proposta de atendimento voltado à saúde da criança é preciso estabelecer as modalidades de atendimento a serem desenvolvidos, quais os profissionais responsáveis pelas atividades. Para isso foram definidas pela equipe as atividades que serão implantadas, os objetivos e os respectivos responsáveis (Quadro 2).

Quadro 2 – Atividades a serem desenvolvidas na ESF Ministro Pedro Lessa

Atividades	Objetivos	Responsáveis
Visita domiciliar	<ul style="list-style-type: none"> - Captar as crianças para o acompanhamento; - Verificar condições de risco e/ou doença; - Orientar sobre medidas de prevenção; - Realizar busca de faltosos. 	<p>Médico e/ou Enfermeiro ACS Técnico de enfermagem</p>
Atendimento individual	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar crescimento e desenvolvimento; - Realizar diagnósticos e encaminhar para especialistas se necessário; - Orientar sobre prevenção e promoção da saúde; - Realizar tratamentos. 	<p>Médico, Enfermeiro e o cirurgião dentista</p>
Grupo educativo	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar prevenção - Orientar sobre vários assuntos voltados à saúde da criança; - Promover a troca de experiências. 	<p>Médico, Enfermeiro e o cirurgião dentista</p>
Primeira Semana Saúde Integral	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar teste do pezinho; - Avaliar sinais de perigo; - Realizar vacinação caso não tenha sido realizado no hospital; - Orientar sobre amamentação e cuidados com o bebê; - Captar a criança para a puericultura. 	<p>Técnico de enfermagem</p>
Imunização	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar imunização de acordo com calendário básico de vacinação 	<p>Técnico de enfermagem</p>
Pesagem	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar a aferição de medidas antropométricas mensalmente para 	<p>Técnico de enfermagem</p>

	identificação de crianças com baixo peso ou obesidade.	
Suplementação de Ferro	- oferecer a suplementação de ferro a todas as crianças a partir dos 6 meses (prevenção de anemia ferropriva)	Médico e/ou enfermeiro
Vitamina A	- oferecer a vitamina A para todas as crianças a partir de 6 meses (prevenção de hipovitaminose A)	Médico e/ou enfermeiro

A vitamina A foi incluída nas ações a serem implantadas, uma vez que a ESF encontra – se no Vale do Jequitinhonha região endêmica de acordo com dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011b).

Quadro 3 – Distribuição de atividades necessárias a cada paciente por ano distribuído por faixa etária

Atividades Programadas	< 1 ano Consultas/ano	1 a 4 anos Consultas/ano	5 a 6 anos Consultas/ano
Consulta médica	3	1	1
Consulta de enfermagem	4		-
Grupo educativo (reuniões paciente/ano)	4	2	2
Visita domiciliar ACS (visitas paciente/ano)	12	12	12

Os atendimentos foram planejados e divididos para os profissionais como se observa o quadro 3. Quanto ao tipo de atividades propostas foram definidas as atividades a serem implantadas de acordo com as atividades programáticas pelo Plano Diretor da Atenção Primária (MINAS GERAIS, 2010), com as adequações a realidade da equipe. No entanto, a programação de atendimentos e as agendas deverão ser programadas anualmente ou de acordo com a demanda da população.

Quadro 4 – Quantitativo de atendimentos/ano a serem dispensados para atender as atividades programadas.

Atividades Programadas	< 1 ano consultas/ano	1 a 4 anos consultas/ano	5 a 6 anos consultas/ano	Total consultas/ano
Consulta médica	39	125	72	236
Consulta de enfermagem	52	125	-	177
Grupo educativo (reuniões /ano)	4	6	4	14

No quadro 4, está demonstrado a quantidade de atendimentos que serão necessários para atender a população adscrita conforme o período de coleta de dados, janeiro a julho de 2011. Pode-se perceber que o maior número de atendimentos a ser dispensados serão as consultas médicas totalizando 236 consultas por ano somente para as crianças, número este que está muito aquém do que é realizada atualmente. Partindo deste dado serão necessários uma média de 20 consultas mensais para conseguir atender 100% da população cadastrada.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Estratégia da saúde da Família foi criada como um modelo assistencial que tem como base do seu trabalho: a família, a comunidade e o meio ambiente em que se vive uma determinada população. Nesse modelo fazem parte do contexto uma equipe multidisciplinar que trabalha em conjunto com pessoas da comunidade – os agentes comunitários de saúde – que conhecem a realidade da comunidade. A partir deste princípio a equipe, cada uma com sua função, dentro da Estratégia, estabelecem ações que irão implantar em cada situação com o objetivo de realizar o diagnóstico dos problemas de saúde e desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças das famílias inseridas no território de abrangência da equipe.

Neste formato de organização do processo de trabalho onde os elementos que participam das atividades dos serviços de saúde, é importante ressaltar a relação da equipe com os usuários de maneira que haja resolubilidade e objetividade na resolução de seus problemas, constituindo-se como partes importantes e fundamentais das ações a serem desenvolvidas, por isso devem possuir capacidade técnica para exercer.

Compreender o processo de trabalho e refletir sobre a falta de organização do serviço não é tarefa fácil. No entanto, é possível perceber a importância de organizar as ações de saúde direcionadas às crianças menores de 6 anos.

Ressalta-se a importância da avaliação do processo de trabalho para garantir aos usuários os princípios do SUS – universalidade, equidade e integralidade – que podem ser oferecidos através da padronização do atendimento, onde toda a equipe encontra-se envolvida no processo de trabalho atuando cada um na sua área específica tornando a prestação de serviço mais eficiente.

Reforça-se a necessidade de integração entre os profissionais nas ações a serem realizadas, já que todos possuem papel fundamental na promoção da saúde além de competência técnica.

Sendo assim, ao conhecermos a realidade de nossas crianças, através do diagnóstico situacional, foi possível refletir sobre as ações e pensar na implantação de um atendimento organizado onde as ações de saúde sejam mais eficientes, capazes de mudar o panorama de

morbimortalidade infantil na área de abrangência da ESF Ministro Pedro Lessa, e posteriormente de todo o município de Serro/MG.

A padronização de atividades voltadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças de 0 a 6 anos favorece a clientela, organiza a demanda existente, possibilitando a organização do fluxo e o atendimento.

Espera-se, com este estudo, possa despertar nos profissionais de saúde da ESF Ministro Pedro Lessa o senso crítico sobre a importância da organização da assistência através da padronização do atendimento de forma a valorizar saúde da criança, proporcionando a melhora da qualidade da assistência prestada e uma maior satisfação do usuário.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. L.; MOULIN, Z. S. **Saúde da Criança e do Adolescente: Crescimento, Desenvolvimento e Alimentação**. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 111p.

ALVIM, C. G.; LASMAR, L. M. B. F. **Saúde da Criança e do Adolescente: Doenças Respiratórias**. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2009. 92p.

BONILHA, L. R. C. M.; RIVORÊDO, C. R. S. F. Puericultura: Duas Concepções Distintas **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, vol.81, n.1, p.7-13, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br.org/pdf/jped/v81n1a04.pdf>>. Acesso em: 01 de set. de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento da Atenção Básica. **Saúde da Criança: Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002, 100p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1**. Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 32 p.(Série F. 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: Ministério da Saúde, 2004. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 112 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 23)

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Relatório Nacional de Acompanhamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, março, 2010. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/arquivos/relatorio-nacional-de-acompanhamento.pdf/view?searchterm=relatorio%20nacional%20de%20acompanhamento%20da%20ODM>>. Acesso em: 15 Agosto. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 80 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/alimentacao>>. Acesso em: 27 jan. 2011.

BUENO, SILVEIRA. **Silveira Bueno: Minidicionário da Língua Portuguesa**. São Paulo: FTD, 2001.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 2.ed. 114p.

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 em Saúde**. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2010. 68p.

GOMES, Fernanda Beatriz Ferreira. **Avaliação do impacto das intervenções no programa de acompanhamento no primeiro ano de vida na estratégia da saúde da família Vila do Príncipe do município de Serro-MG. 2011**. 40f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de

Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2011. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos_de_Conclusao_dos_Cursos/2011>. Acesso em: 15 de agosto de 2011.

GOULART, L. M. H. F.; VIANA, M. R. **Saúde da Criança e do Adolescente: Agravos Nutricionais**. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008. 92p.

LEITE, G. B.; BERCINI, L. O. Caracterização das Crianças Atendidas na Puericultura do Programa de Saúde da Família no Município de Campo Mourão, Paraná, em 2003. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá, v.4, n.3, p.224-230, dez. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v6n4/0647.pdf>>. Acesso em: 01 de set. de 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Viva a Vida. **Atenção à Saúde da Criança**. Belo Horizonte (MG): SES, 2005, 224p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Programa Viva a Vida. **Atenção em Saúde Bucal**. Belo Horizonte (MG): SES, 2006, 290p.

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

PAIXÃO, E.C.J.G. **puericultura e enfermagem**. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/post/pueri.htm>>. Acesso em: 30 de agosto de 2011 *apud* ROCHA, S.M.M. Puericultura e enfermagem, São Paulo: Cortez, 1987.

PIMENTA, Selmara Freire. **Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil pelas equipes da estratégia saúde da família do município de Santo Antônio do Itambé-MG: relato de experiência**. 2011. 37f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família). Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2011. Disponível em: <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pasta/BV/Trabalhos_de_Conclusao_dos_Cursos/2011>. Acesso em: 15 de agosto de 2011.

Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). Estratégia de Saúde da Família, 2011. SERRO. Minas Gerais.

VIEIRA, G, O. *et al.* Uso do cartão da criança em Feira de Santana, Bahia. **REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE MATERNO INFANTIL.** Recife, v. 5, n. 2, p.177-184, abr./jun. 2005. Disponível em < : <http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/pesquisa/simples/REVISTA%20BRASILEIRA%20DE%20SA%C3%9ADE%20MATERNO%20INFANTIL/1030> >. Acesso em: 15 de julho de 2011.