

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**THAÍS ALMEIDA CUNHA**

**ADEQUAÇÃO DA OFERTA DE PUERICULTURA EM EQUIPE DO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE  
CONSELHEIRO LAFAIETE, MINAS GERAIS.**

Conselheiro Lafaiete / Minas Gerais

2015

**THAÍS ALMEIDA CUNHA**

**AMPLIAÇÃO DA PUERICULTURA EM EQUIPE DO PROGRAMA DE  
SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CONSELHEIRO LAFAIETE,  
MINAS GERAIS.**

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

Orientador: Prof. Ana Paula Medrado de Barcellos

Conselheiro Lafaiete / Minas Gerais

2015

**THÁIS ALMEIDA CUNHA**

**ADEQUAÇÃO DA OFERTA DE PUERICULTURA EM EQUIPE DO  
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE  
CONSELHEIRO LAFAIETE, MINAS GERAIS.**

**Banca examinadora**

Examinador 1: Prof.<sup>a</sup> Dra. Selme Siqueira de Matos

Aprovado em Belo Horizonte, em 21 de maio de 2015.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me amar incondicionalmente, e amparar-me nas dificuldades que encontrei durante o meu percurso.

Aos meus pais, pelo exemplo de sabedoria, perseverança e humildade.

A equipe de saúde da família Vila Resende, por ter me acolhido tão bem durante o tempo em que fiz parte dela.

A minha orientadora professora Ana Paula Medrado de Barcellos, pelos ensinamentos, compreensão e apoio durante o período de confecção do meu trabalho.

## RESUMO

O acompanhamento adequado do crescimento e desenvolvimento em puericultura é de grande relevância para a saúde das crianças, e produz impacto na vida destas quando adultos. Tendo em vista esse acompanhamento adequado, objetivou-se com este estudo propor um plano de intervenção que visasse organizar a oferta de puericultura entre os menores de um ano de idade, cadastrados na equipe de saúde da família Vila Resende, do município de Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, tendo em vista a deficiência na oferta do acompanhamento periódico infantil por meio da puericultura, realizado mensalmente pela enfermeira da equipe. Dessa forma, foi proposta uma reorganização dos recursos humanos da equipe e a criação de uma nova agenda de puericultura, envolvendo consultas periódicas realizadas por médica e enfermeira, objetivando o cumprimento do calendário mínimo de atendimentos preconizado pelo Ministério da Saúde para crianças de risco habitual. Com essa nova agenda, é esperado um aumento na cobertura de atendimentos, bem como um incremento na atenção a esse grupo com estratégias de educação em saúde. Tal mudança tem como consequência a diminuição da morbimortalidade infantil, e melhoria da qualidade de vida dos futuros adultos.

Palavras-chave: Puericultura; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Cuidado da Criança; Planejamento em Saúde.

## **ABSTRACT**

The appropriate monitoring of growth and development in child care has a significant relevance on children's health. It also has an impact on their lives, specially as they become adults. Considering this monitoring, the objective of this study was to propose an action plan which had the purpose of organizing the offer of puericulture among children under the age of one, registered in the Vila Resende Family Health Program, in Conselheiro Lafaiete city, Minas Gerais, considering the deficiency of the supply of infant periodic monitoring by puericulture, which was conducted monthly by the staff's nurse. Thereby, it was proposed the reorganization of the human resources staff and the creation of a new childcare agenda, involving periodic consultations by medical and nurse, aiming at implementation with the minimum schedule of consultations recommended by the Health Ministry to children with usual risk. With this new agenda, it is expected an increase of attendances cover, as well as an increase in attention to this group using health education strategies. This change has the effect of reducing child mortality and improving the quality of life of future adults.

**Key words:** Child Care; Primary Health Care; Child Health; Health Planning.

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO .....                      | 6  |
| 2 JUSTIFICATIVA .....                   | 9  |
| 3 OBJETIVO .....                        | 10 |
| 4 REVISÃO DA LITERATURA .....           | 11 |
| 5 METODOLOGIA .....                     | 17 |
| 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....         | 19 |
| 6.1 Objetivo do plano .....             | 19 |
| 6.2 Definição dos problemas .....       | 19 |
| 6.3 Priorização do problema .....       | 20 |
| 6.4 Descrição do problema .....         | 21 |
| 6.5 Seleção dos “nós-críticos” .....    | 21 |
| 6.6 Elaboração do plano operativo ..... | 23 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....            | 31 |
| REFERÊNCIAS .....                       | 32 |

## 1 INTRODUÇÃO

Conselheiro Lafaiete é um município localizado na região sudeste de Minas Gerais e fica a 96 km da capital do estado. A população é de 116.527 habitantes, segundo o último censo realizado pelo IBGE em 2010, que ocupam uma área de 370,246 km<sup>2</sup> com uma densidade populacional de 314,69 hab./ km<sup>2</sup>.

São cidades limítrofes do município de Conselheiro Lafaiete: a norte Congonhas do Campo e Ouro Branco, a leste Itaverava e Santana dos Montes, a sul Cristiano Ottoni, e a oeste Queluzito e São Brás do Suaçuí.

A população da cidade é composta por uma maioria de adultos. Crianças e adolescentes representam aproximadamente 14% do total de habitantes. O crescimento populacional anual é de 1,5% (IBGE, 2010).

De acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD, 2010), o IDH médio para o ano de 2010 foi de 0,761. A incidência de pobreza é de 25,67%, segundo o censo realizado pelo IBGE em 2010. Esse valor é muito próximo à incidência de pobreza em Minas Gerais, estimada em 26,6% pelo IBGE em 2003. 89,95% do total da população residente é alfabetizada.

O sistema local de saúde possui um total de 68 estabelecimentos de saúde e 267 leitos hospitalares para a internação. A cidade conta com 24 equipes de saúde da família, distribuídas em 17 unidades básicas de saúde, sendo que 71,8% da população é coberta pela atenção básica. Possui também cinco estabelecimentos de emergências clínicas, e 19 de apoio à diagnose e terapia (IBGE, 2009).

A Unidade Básica de Saúde Belavinha abriga duas equipes de saúde da família: a equipe Vila Resende, objeto deste estudo, e a equipe Morro da Mina. Além disso, essa unidade conta com o apoio dos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Muitos são os desafios e problemas existentes na área de abrangência da ESF Vila Resende e, dentre os considerados de alta relevância, destaca-se a deficiência na oferta do acompanhamento periódico infantil por meio da puericultura.

Segundo dados levantados pelas agentes de saúde no último recadastramento, em abril de 2014, a equipe de saúde da família Vila Resende é responsável por 62 crianças com até 11 meses e 29 dias. Nessa equipe, a puericultura é realizada, exclusivamente, pela enfermeira, sendo computados, em média, 12 atendimentos por mês destinados às crianças menores de um ano de idade.

De acordo com o calendário mínimo de atendimentos para crianças de risco habitual de até 10 anos de idade do Ministério da Saúde, as crianças que estão no primeiro ano de vida necessitam de ter acesso a sete atendimentos de puericultura, sendo o primeiro deles aos quinze dias de vida, o segundo com um mês de vida, o terceiro aos dois meses de vida, o quarto aos quatro meses de vida, o quinto aos seis meses de vida, o sexto aos nove meses de vida, e o último aos doze meses de vida (BRASIL, 2012).

Dessa forma, utilizando os dados da ESF Vila Resende e o calendário mínimo do Ministério da Saúde, seria necessário ofertar 434 atendimentos de puericultura ao ano, sendo 186 realizados por médico da equipe, e 248 realizados por enfermeira, preferencialmente. Distribuindo essas consultas na agenda em 11 meses, já que cada profissional conta com um mês de férias, seria preciso instituir 17 consultas médicas e 22 consultas de enfermagem por mês aos menores de um ano de idade. Se, mensalmente, são realizados apenas 12 atendimentos de puericultura em menores de um ano, existe um déficit de 27 atendimentos não sendo ofertados a cada mês.

Buscando compreender o problema, alguns nós-críticos foram elencados, tais como: a dificuldade de a equipe efetuar o cumprimento do calendário mínimo de atendimentos preconizado pelo Ministério da Saúde a crianças menores de um ano de idade; população cadastrada acima do recomendado pelo Ministério da Saúde, sendo um total de 5.497 pessoas, com uma demanda grande por consultas, procedimentos, visitas domiciliares, dentre outros e, dessa forma, o tempo destinado à puericultura torna-se pequeno e insuficiente; a puericultura ser realizada apenas pelo enfermeiro e a oferta de atendimentos ser baixa, o que contribui para que a maioria das mulheres não consiga agendamento de puericultura para os seus filhos; falta de planejamento e melhora da organização dos recursos humanos da equipe de saúde da família Vila Resende para que o percentual de consultas de puericultura ofertadas seja superior ao já existente, de forma a contemplar, a necessidade da área de abrangência.

Na tentativa de enfrentar esse problema, foi proposto um projeto de intervenção, que visa organizar a atenção a partir da ampliação da oferta de puericultura, de forma que a equipe consiga cumprir, inicialmente, o calendário mínimo de atendimentos preconizado pelo Ministério da Saúde para as crianças menores de um ano de idade

cadastradas na ESF Vila Resende, bem como promover o envolvimento de todos os membros da equipe na atenção em puericultura.

## **2 JUSTIFICATIVA**

Este trabalho se justifica pela baixa oferta de puericultura na equipe de saúde da família Vila Resende ocasionando em déficit de atendimento às crianças menores de um ano de idade e, conseqüentemente, falta de organização da atenção ofertada, conforme a necessidade de cada criança.

Dessa forma, a saúde destas crianças pode ser comprometida, visto que a puericultura é uma atividade importante na prevenção de agravos e sua detecção precoce, bem como se constitui em um momento importante para orientar os cuidadores, tendo em vista a promoção do crescimento e desenvolvimento adequados da criança (MOITA; QUEIROZ, 2005).

Vale destacar que o acompanhamento inadequado de crianças menores de um ano está relacionado ao aumento da incidência de doenças, o que pode impedir que elas cresçam e se desenvolvam de forma saudável (CAMPOS et al., 2010), isto porque, a identificação precoce e a intervenção efetiva e adequada podem ser comprometidas, evitando-se o mínimo prejuízo ao crescimento e desenvolvimento indivíduo (VASCONCELOS et al., 2012).

### **3 OBJETIVO**

#### **3.1 Objetivo geral**

Propor um plano de intervenção que vise organizar a oferta de puericultura entre os menores de um ano de idade, cadastrados na equipe de saúde da família Vila Resende, do município de Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais.

#### **3.2 Objetivos específicos**

- Ofertar o calendário mínimo de atendimentos para crianças de risco habitual;
- Aumentar a cobertura de puericultura;
- Organizar a agenda de puericultura incluindo atividades para todos os profissionais da equipe;
- Desenvolver estratégias de educação em saúde para o cuidado materno.

## 4 REVISÃO DA LITERATURA

A definição de puericultura é expressa de diferentes maneiras pelos vários autores que trabalham o tema em suas publicações. Segundo Campos et al (2010), a puericultura é o acompanhamento periódico e sistemático das crianças para avaliação do crescimento, desenvolvimento, vacinação, orientações às mães sobre prevenção de acidentes, aleitamento materno, higiene individual e ambiental e identificação precoce dos agravos, visando intervenção efetiva e apropriada.

Pode-se dizer ainda que:

A puericultura é a subárea da Pediatria responsável pelo cuidado com a criança “sadia”, pela promoção da saúde e pela prevenção dos agravos na infância, assistindo-a contínua e integralmente, dentro dos meios ambientes físico e psicossocial nos quais está inserida (MOITA; QUEIROZ, 2005, p. 10).

De acordo com a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2005, p. 19), “a assistência à criança se baseia na promoção, prevenção, diagnóstico precoce e recuperação dos agravos à saúde”.

Dessa forma, a puericultura atua na busca de identificação e intervenção precoce de agravos, contribuindo para a saúde do indivíduo na vida adulta (BRASIL, 2004). Isto porque, é na infância em que o ser humano adquire grande parte de suas potencialidades e qualquer situação capaz de provocar um agravo na saúde de uma criança pode influenciar seu desenvolvimento adequado até a vida adulta e trazer conseqüências para o indivíduo e para a sociedade (VIEIRA et al., 2012)

Nas últimas décadas, em conseqüência da diminuição da pobreza e implantação da Estratégia Saúde da Família, observa-se diminuição nas taxas de mortalidade infantil no país (BRASIL, 2012). Atualmente, morrem 14,4 crianças para cada mil nascidos vivos. No ano 2000, a taxa de mortalidade infantil beirava 30 mortes para cada mil nascidos vivos (IBGE, 2013).

Em 2001, a partir da Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde (NOAS) foram definidas as responsabilidades da atenção primária à saúde, que compreendem ações de saúde da criança, saúde da mulher, controle de hipertensão, controle de diabetes, controle da tuberculose, eliminação da hanseníase e ações de saúde bucal (BRASIL, 2001). Essas ações têm por objetivo

melhorar os índices sociais, em especial as taxas de morbimortalidade (MOITA; QUEIROZ, 2005).

Dentre as ações que visam à melhoria da saúde das crianças, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, que tem como eixo central o acompanhamento integral da saúde das crianças, desde a pré-concepção, até os dez anos de idade. Devido à sua baixa complexidade tecnológica e alta efetividade, ele tem contribuído de forma surpreendente para a diminuição da morbimortalidade infantil (BRASIL, 2004). Além disso, desde o ano de 2002, o Ministério da Saúde preconiza um calendário mínimo de atendimento a crianças de zero a dez anos de idade, sendo que, no primeiro ano de vida devem ser realizadas, no mínimo, sete consultas, assim distribuídas: uma consulta até quinze dias de vida, consultas com um mês, dois, quatro, seis, nove e doze meses (BRASIL, 2012). O QUADRO 1 exemplifica esse calendário.

**Quadro 1:** Calendário mínimo de atendimentos para crianças até 10 anos de idade, de acordo com proposição do Ministério da Saúde

| Número de atendimentos/ano | IDADE  |       |   |   |   |   |    |    |    |      |   |   |   |   |   |   |    |
|----------------------------|--------|-------|---|---|---|---|----|----|----|------|---|---|---|---|---|---|----|
|                            | DIAS   | MESES |   |   |   |   |    |    |    | ANOS |   |   |   |   |   |   |    |
|                            | Até 15 | 1     | 2 | 4 | 6 | 9 | 12 | 18 | 24 | 3    | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1.º ano - 7 atendimentos   |        |       |   |   |   |   |    |    |    |      |   |   |   |   |   |   |    |
| 2.º ano - 2 atendimentos   |        |       |   |   |   |   |    |    |    |      |   |   |   |   |   |   |    |
| 3.º ano - 1 atendimento    |        |       |   |   |   |   |    |    |    |      |   |   |   |   |   |   |    |
| 4.º ano - 1 atendimento    |        |       |   |   |   |   |    |    |    |      |   |   |   |   |   |   |    |
| 5.º ano - 1 atendimento    |        |       |   |   |   |   |    |    |    |      |   |   |   |   |   |   |    |
| 6.º ano - 1 atendimento    |        |       |   |   |   |   |    |    |    |      |   |   |   |   |   |   |    |
| 7.º ano - 1 atendimento    |        |       |   |   |   |   |    |    |    |      |   |   |   |   |   |   |    |
| 8.º ano - 1 atendimento    |        |       |   |   |   |   |    |    |    |      |   |   |   |   |   |   |    |
| 9.º ano - 1 atendimento    |        |       |   |   |   |   |    |    |    |      |   |   |   |   |   |   |    |
| 10.º ano - 1 atendimento   |        |       |   |   |   |   |    |    |    |      |   |   |   |   |   |   |    |

Fonte: Atenção à Saúde da Criança: aspectos básicos. Nescon UFMG, 2013, p. 20.

Dentre as consultas em menores de um ano, a mais importante é a consulta realizada até os 15 dias de vida, que tem o objetivo de diminuir o risco de desmame precoce, detectar situações de vulnerabilidade próprias desse período, tais como, depressão puerperal, dificuldades no manejo do recém-nascido, entre outras, e

assegurar o vínculo com o serviço (COLOMBO, 2012). Essas consultas devem ser realizadas preferencialmente por médicos e enfermeiros, sendo que as consultas de quinze dias de vida, dois, seis e doze meses podem ser de responsabilidade do enfermeiro, e as demais, são de competência médica. Dentre as atribuições do enfermeiro, destacam-se: realizar anamnese e exame clínico; avaliar presença de fatores de risco; avaliar crescimento, desenvolvimento e estado nutricional; avaliar e orientar quanto à imunização; preencher gráfico de peso, altura e perímetro cefálico, cartão da criança e prontuário; orientar sobre as doenças e intercorrências; orientar alimentação, segurança e higiene; orientar uso correto de medicamentos prescritos. Já o médico, além de ter as mesmas atribuições do enfermeiro, tem também a incumbência de realizar diagnósticos clínicos, solicitar exames complementares, prescrever medicamentos, e encaminhar a criança para consultas especializadas, caso seja necessário (BRASIL, 2012).

Além disso, não se pode esquecer o papel dos outros profissionais de saúde no atendimento à criança. Aos agentes comunitários de saúde e técnicos em enfermagem cabe captar as crianças para o acompanhamento; avaliar condições gerais da mãe e da criança; diagnosticar situações de risco; verificar situação vacinal; incentivar aleitamento materno; e buscar faltosos. Existem também os grupos operativos, que podem ser ministrados por qualquer profissional de saúde pertencente à atenção primária, inclusive pelos componentes do NASF. Tais grupos visam avaliar e promover o crescimento, o desenvolvimento, o aleitamento materno e a alimentação de desmame; realizar atividade de educação para a saúde com a participação dos pais ou responsáveis; e preencher a caderneta de saúde da criança. As visitas domiciliares também são muito importantes, pois é por meio delas que os profissionais de saúde tomam ciência do ambiente físico, social e familiar da criança. Além disso, ela é um instrumento importante para possibilitar ou fortalecer o vínculo das famílias com as equipes de saúde; estimular o desenvolvimento da paternidade; escutar e oferecer suporte emocional aos pais; orientar a família sobre os cuidados com a criança; promover aleitamento exclusivo até o sexto mês de vida; prevenir lesões não intencionais; e identificar sinais de perigo à saúde da criança (BRASIL, 2012).

Deve-se destacar que o calendário mínimo de puericultura é destinado apenas às crianças consideradas de baixo risco ou risco habitual. Porém, existem crianças que,

devido a condições ligadas à sua história pregressa, a condições familiares, sociais e culturais, devem receber maior atenção por parte dos profissionais de saúde (MINAS GERAIS, 2005).

Desse modo, propõe-se a divisão das crianças em dois grupos, conforme o grau de complexidade e situação de risco: crianças que podem ser acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família, sendo periodicamente encaminhadas ao especialista, e crianças que necessitam de acompanhamento contínuo com pediatra/especialista e que devem ser encaminhadas para um serviço de referência. No entanto, destaca-se que deve ocorrer o acompanhamento concomitantemente desses pacientes pela atenção primária (MINAS GERAIS, 2005). O QUADRO 2 abaixo apresenta as situações consideradas de risco para as crianças:

#### **Quadro 2:** Situações de risco para a saúde da criança

##### **Grupo I: acompanhadas pela equipe de saúde**

- Mãe com baixa escolaridade;
- Mãe adolescente;
- Mãe deficiente mental;
- Mãe soropositiva para HIV, toxoplasmose ou sífilis, com criança negativa para estas doenças;
- Morte materna;
- História de óbito de menores de 1 ano na família;
- Condições ambientais, sociais e familiares desfavoráveis;
- Pais ou responsáveis dependentes de drogas lícitas e ilícitas;
- Criança nascida de parto domiciliar não assistido;
- Recém-nascido retido na maternidade;
- Desmame antes do 6º mês de vida;
- Desnutrição;
- Internação prévia;
- Criança não vacinada ou com vacinação atrasada.

##### **Grupo II: acompanhadas por pediatra ou especialista juntamente com a equipe de saúde**

- Baixo peso ao nascer;
- Prematuridade;
- Desnutrição grave;
- Triagem neonatal positiva para hipotireoidismo, fenilcetonúria, anemia falciforme ou fibrose cística;
- Doenças de transmissão vertical: toxoplasmose, sífilis, Aids;
- Sem diagnóstico negativo ou ainda não concluído para toxoplasmose, sífilis e AIDS;
- Intercorrências importantes no período neonatal, notificadas na alta hospitalar;
- Crescimento e/ou desenvolvimento inadequados;
- Evolução desfavorável de qualquer doença.

Outra iniciativa importante do Ministério da Saúde, relacionada à puericultura, é a Primeira Semana Saúde Integral, que visa à diminuição da mortalidade neonatal (crianças até 27 dias de vida). Ela consta da avaliação da saúde do binômio mãe-filho no pós-parto, realização do Teste do Pezinho, incentivo ao aleitamento materno, apoio à mãe e escuta atenta das dificuldades apresentadas por ela relativas ao cuidado com o recém-nascido, aplicação de vacinas para a puérpera e criança, agendamento de consultas de pós-parto e planejamento familiar para a mãe, e de acompanhamento para a criança. Essas ações são importantes também para efetuar a captação precoce da criança para o acompanhamento na Atenção Primária à Saúde no período em que o ser humano encontra-se mais vulnerável às agressões do ambiente (BRASIL, 2004).

É evidente a preocupação do Ministério da Saúde em oferecer um acompanhamento integral às crianças. “Atualmente já é consenso que a primeira atividade de puericultura é a consulta pré-natal [...]” (BLANK, 2003, p. 17). A criança deve ser entendida não como um ser humano isolado, mas como um organismo complexo inserido em um contexto familiar, social e cultural. Por isso, durante seu atendimento, todas essas questões devem ser abordadas (BRASIL, 2012).

Os profissionais da saúde devem, portanto, valorizar a cultura da população assistida, pois são ideias embutidas de antepassados que perpassam a cada geração. O conhecimento das crenças e práticas populares relacionadas ao processo saúde-doença é essencial para que os profissionais se familiarizem com os grupos com que trabalham e aprendam a lidar com o valor cultural de cada indivíduo. Portanto, ressalta-se a associação entre hábitos culturais com os saberes científicos (VASCONCELOS et al., 2012, p. 329).

É somente por meio desse entendimento que os profissionais conseguirão envolver a família no cuidado com a criança, capacitando, principalmente as mães, para a detecção precoce de alterações no crescimento/desenvolvimento infantil e distúrbios nutricionais. Dessa forma, percebe-se que a consulta de puericultura tem também um viés educativo, que visa ao autocuidado, à prevenção de agravos e promoção da saúde através da capacitação da comunidade para atuar na melhoria e qualidade de vida, incluindo maior participação no controle desse processo (VASCONCELOS et al., 2012).

Portanto, é dever do profissional que realiza o atendimento à criança orientar os pais, em especial as primíparas, sobre o cuidado com a criança. A consulta deve ocorrer de forma dialogal, para que as mães possam fazer indagações, expressar dúvidas e discorrer acerca da realidade diária que vivenciam. Ela é importante também para que as mães adquiram o hábito de levarem seus filhos às unidades básicas de saúde, realizando um acompanhamento periódico, mesmo na ausência de doenças. Isto é, ensinar às mães sobre a importância da puericultura também é um dos objetivos da consulta, de forma a gerar cada vez menos abstenções (VASCONCELOS et al., 2012).

Outros instrumentos de orientação e capacitação dos pais e familiares para o cuidado com os filhos são os grupos operativos e as visitas domiciliares. Os primeiros têm a vantagem de proporcionar a construção de conhecimento coletivo a partir da exposição e valorização de diversos saberes; facilitar a expressão das angústias e medos dos participantes; e proporcionar a reflexão a cerca de temas pertinentes ao cuidado e educação infantil (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). Já as visitas domiciliares são importantes para “a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, dessa forma, atividades educativas e mais humanizadas” (BRASIL, 2012). A periodicidade dessas visitas deve ser acordada com a família da criança, levando-se em consideração a agenda da equipe de saúde, as necessidades da família, e fatores de risco e proteção aos quais a criança possa ser exposta (BRASIL, 2012).

Conclui-se que o acompanhamento adequado de crianças baseia-se no cumprimento do calendário mínimo de atendimentos preconizado pelo Ministério da Saúde; no envolvimento da família, principalmente das mães, com o cuidado dos filhos; na organização da assistência, de modo que o acesso ao serviço de saúde possa ser realizado nas unidades básicas de saúde; no envolvimento de todos os profissionais da equipe de saúde da família; e na realização de atividades centradas no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, que é o principal eixo da puericultura (CARNEIRO, 2010).

## 5 METODOLOGIA

A partir da análise de situação de saúde da equipe de saúde da família Vila Resende do município de Conselheiro Lafaiete, o problema priorizado foi a deficiência na oferta do acompanhamento periódico infantil por meio da puericultura.

Assim, para a elaboração da proposta de intervenção, a metodologia baseia-se na análise de situação de saúde, revisão de literatura e a proposta de intervenção ao município.

Para a revisão de literatura sobre o tema utilizou-se da pesquisa e análise das bases de dados Scielo e Lilacs, utilizando-se os seguintes descritores: Puericultura; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Cuidado da Criança; Planejamento em Saúde.

A análise de situação de saúde incluiu a descrição do município de Conselheiro Lafaiete, a partir de fontes oficiais, considerando aspectos geográficos, socioeconômicos, de estrutura de saúde e dados relacionados à equipe de saúde da família Vila Resende em relação ao problema priorizado.

Para a análise de situação de saúde e elaboração da proposta de intervenção utilizou-se do Planejamento Estratégico Situacional (PES), com a finalidade de determinar o problema prioritário, os nós críticos e as ações de intervenção.

O foco do PES é a abordagem dos problemas em suas múltiplas dimensões, já que suas causas não se limitam a um único setor, e sua resolução depende da ação de vários atores sociais (ARTMANN, 2000). Existem quatro etapas que compreendem a execução do PES, as quais, segundo Artmann (2000), podem ser colocadas da seguinte forma:

1. Momento explicativo: seleção e análise dos problemas considerados relevantes para o ator social e sobre os quais este pretende intervir. É necessário conhecer profundamente o problema para identificar corretamente suas causas e consequências. É nesse momento em que se identificam os nós-críticos dos problemas e os atores sociais que os controlam.
2. Momento normativo: busca de solução para os problemas identificados. Para cada nó-crítico deverão ser elaboradas uma ou mais propostas de intervenção sobre ele. Essas intervenções devem ser detalhadas em ações, as quais devem ter seus produtos e resultados determinados, seus

responsáveis, os recursos predominantemente empregados e o tempo de realização definidos.

3. Momento estratégico: realização da análise de viabilidade do plano em suas várias dimensões (política, econômica, organizativa, cognitiva). A análise da viabilidade parte de dois níveis: da análise da motivação dos atores frente às operações do plano, e da análise do grau de controle dos recursos necessários à implementação das operações e ações por parte do conjunto de atores que os apoiam e do bloco que os rejeita. Quando a viabilidade é negativa, é necessário pensar na construção de estratégias que possam torná-la viável.
4. Momento tático-operacional: execução do plano. Nesta etapa, há também o desenvolvimento de formas adequadas de monitoramento e gerenciamento para acompanhar a realização do plano, visando produzir impactos reais nos problemas selecionados.

## 6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

### 6.1 Objetivo do plano

Organizar a oferta de puericultura entre os menores de um ano de idade, cadastrados na equipe de saúde da família Vila Resende, do município de Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, utilizando, para isso, o calendário mínimo de atendimentos preconizado pelo Ministério da Saúde para crianças de risco habitual.

### 6.2 Definição dos problemas

Existem vários problemas na área de abrangência da equipe de saúde da família Vila Resende que poderiam ser abordados. Em reunião, foram discutidos os principais, e foi escolhido um deles para análise mais profunda. Dentre os problemas considerados de alta relevância, destacam-se:

- Uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas: a área de abrangência da ESF Vila Resende é zona de tráfico de drogas e entorpecentes. Dessa forma, a população tem acesso fácil a essas substâncias;
- Epidemia de obesidade: tem crescido o número de pessoas obesas, inclusive obesos grau III.
- Precariedade do sistema de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção à saúde: não há informatização do sistema de saúde, o que faz com a equipe dependa da contrarreferência por escrito, a qual, dificilmente é realizada pelos profissionais dos diferentes níveis de atenção, prejudicando o acompanhamento integral do paciente por toda a rede de atenção à saúde.
- Deficiência na oferta do acompanhamento periódico infantil por meio da puericultura: a equipe não adota o calendário mínimo de atendimentos a crianças menores de 10 anos e de risco habitual preconizado pelo Ministério da Saúde e a oferta de puericultura é aquém ao recomendado.

### 6.3 Priorização do problema

A seleção do problema prioritário, que seria abordado no presente trabalho ocorreu da seguinte maneira: para cada um dos problemas elencados foram definidos, no item anterior, o grau de importância, o nível de urgência e a capacidade de enfrentamento da equipe. Com base nesses dados, os problemas foram classificados em ordem de prioridade. O QUADRO 3 exemplifica essa sistematização.

**Quadro 3 - Priorização dos principais problemas de saúde da ESF Vila Resende, município de Conselheiro Lafaiete/MG, abril de 2014.**

| PROBLEMA  | NÍVEL DE IMPORTÂNCIA | URGÊNCIA (0 a 10) | CAPACIDADE DE ENFRENTAMENTO DA EQUIPE |
|---|----------------------|-------------------|---------------------------------------|
| Uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas  | Alta                 | 6                 | Parcial                               |
| Epidemia de obesidade   | Alta                 | 5                 | Parcial                               |
| Dificuldade em se obter contrarreferência por parte dos outros níveis de atenção à saúde. | Alta                 | 8                 | Parcial                               |
| Deficiência no acompanhamento periódico infantil por meio da oferta de puericultura       | Alta                 | 5                 | Parcial                               |

**Fonte:** Análise da situação de saúde da ESF Vila Resende, abril de 2014.

Como se pode perceber pela análise do quadro acima, todos os problemas levantados pela equipe foram considerados de alta relevância, já que todos são capazes de afetar consideravelmente a saúde dos indivíduos, de modo a reduzir qualidade de vida e aumentar taxas de morbimortalidade. Além disso, quanto à capacidade de enfrentamento do problema pela equipe de saúde, todos foram classificados como parciais. Isso acontece porque, para que haja a resolução de cada um dos problemas, é necessário o esforço e a colaboração de outros atores sociais, além dos membros da equipe. Esses atores são, principalmente, os

governantes do município e o secretário municipal de saúde. O problema que, segundo a visão dos profissionais da equipe de saúde Vila Resende, necessita de maior urgência em sua abordagem é a deficiência na oferta do acompanhamento periódico infantil por meio da puericultura. Por isso, essa questão é o objeto do presente trabalho.

#### **6.4 Descrição e explicação do problema**

Segundo dados levantados pelas agentes de saúde no último recadastramento, em abril de 2014, a equipe de saúde da família Vila Resende é responsável por 62 crianças com até 11 meses e 29 dias. Nessa equipe, a puericultura é realizada, exclusivamente, pela enfermeira, sendo computados, em média, 12 atendimentos por mês destinados às crianças menores de um ano de idade.

De acordo com o calendário mínimo de atendimentos para crianças de risco habitual de até 10 anos de idade do Ministério da Saúde, as crianças que estão no primeiro ano de vida necessitam de ter acesso a sete atendimentos de puericultura, sendo o primeiro deles aos quinze dias de vida, o segundo com um mês de vida, o terceiro aos dois meses de vida, o quarto aos quatro meses de vida, o quinto aos seis meses de vida, o sexto aos nove meses de vida, e o último aos doze meses de vida (BRASIL, 2012).

Dessa forma, utilizando os dados da ESF Vila Resende e o calendário mínimo do Ministério da Saúde, seria necessário ofertar 434 atendimentos de puericultura ao ano, sendo 186 realizados por médico da equipe, e 248 realizados por enfermeira, preferencialmente. Distribuindo essas consultas na agenda em 11 meses, já que cada profissional conta com um mês de férias, seria preciso instituir 17 consultas médicas e 22 consultas de enfermagem por mês aos menores de um ano de idade. Se, mensalmente, são realizados apenas 12 atendimentos de puericultura em menores de um ano, existe um déficit de 27 atendimentos não sendo ofertados a cada mês.

#### **6.5 Seleção dos "nós-críticos"**

Após a seleção e compreensão do problema, a equipe de saúde da família Vila Resende empenhou-se em identificar os nós-críticos do mesmo, que são os pontos de enfrentamento do problema, sobre os quais são elaboradas as propostas de

intervenção. Segundo Artmann (2000), uma causa somente pode ser considerada nó-crítico se preencher os três critérios abaixo:

1. Se a intervenção sobre essa causa trazer impacto representativo no problema, de forma a modificá-lo positivamente;
2. Se houver possibilidade de intervenção direta sobre esse nó causal;
3. Se for oportuno politicamente intervir sobre essa causa;

Terminada a identificação dos nós-críticos, devem ser indicados os atores que controlam suas variáveis, estabelecendo, assim, o grau de governabilidade que a equipe de saúde tem em relação a cada um dos nós. “Cabe destacar que quando o nó crítico selecionado está dentro do espaço de governabilidade do ator, é mais fácil enfrentá-lo, pois este controla os principais recursos dos quais dependem sua solução” (ARTMANN, 2000, p. 12).

Em relação aos “nós-críticos”, a equipe de saúde da família Vila Resende levantou os aspectos descritos no QUADRO 4 a seguir.

**Quadro 4 - Seleção dos "nós-críticos" relacionados à deficiência na oferta do acompanhamento periódico infantil por meio da puericultura, da ESF Vila Resende, município de Conselheiro Lafaiete/MG, abril de 2014.**

| <b>Nó-crítico</b> | <b>Descrição do nó-crítico</b>   |
|-------------------|--|
| Nó-crítico 1      | dificuldade de a equipe efetuar o cumprimento do calendário mínimo de atendimentos preconizado pelo Ministério da Saúde a crianças menores de um ano de idade  |
| Nó-crítico 2      | população cadastrada acima do recomendado pelo Ministério da Saúde, sendo um total de 5.497 pessoas, com uma demanda grande por consultas, procedimentos, visitas domiciliares, dentre outros e, dessa forma, o tempo destinado à puericultura torna-se pequeno e insuficiente |
| Nó-crítico 3      | a puericultura ser realizada apenas pelo enfermeiro e a oferta de atendimentos ser baixa, o que contribui para que a maioria das mulheres não consiga agendamento de puericultura para os seus filhos  |
| Nó-crítico 4      | falta de planejamento e de melhoria da organização dos recursos humanos da equipe de saúde da família Vila Resende para que o  |

|  |   |
|--|---|
|  | percentual de consultas de puericultura ofertadas seja superior ao já existente, de forma a contemplar, a necessidade da área de abrangência. |
|--|---|

**Fonte:** Análise da situação de saúde da ESF Vila Resende, abril de 2014.

Analisando o quadro acima, percebe-se que foram elencadas quatro causas para o problema de deficiência na oferta de puericultura que preenchem o critério de nó-crítico. Os de número 1, 3 e 4 podem ser controlados pelos profissionais da própria equipe de saúde da família. Isto é, estão dentro da governabilidade da equipe, sendo, em teoria, mais fáceis de serem abordados e modificados, já que não dependem tanto de demandas externas. Já o nó-crítico 2 está totalmente fora da governabilidade da equipe de saúde da família Vila Resende. Ele depende do secretário de saúde do município, que tem o poder de redividir áreas de abrangência, criar novas equipes de saúde e designar médicos de apoio para atuarem no local. Porém, cabe aos membros da equipe criar estratégias para negociar com o secretário municipal de saúde a intervenção sobre esse nó.

## **6.6 Elaboração do plano operativo**

Para a elaboração do plano operativo, cada um dos nós-críticos foram identificados e analisados individualmente. Foram elaboradas propostas de intervenção para cada um deles. Os recursos necessários nessas propostas foram designados, assim como os responsáveis por cada ação, os produtos e resultados desejados, e o tempo necessário para a realização de cada intervenção. Os QUADROS 5, 6, 7 e 8 mostram a síntese da elaboração desse plano operativo.

**Quadro 5 - Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema da deficiência na oferta do acompanhamento periódico infantil por meio da puericultura, na população sob responsabilidade da ESF Vila Resende, município de Conselheiro Lafaiete/MG, abril de 2014.**

|  |   |
|--|---|
| <b>Nó crítico 1</b>                      | Dificuldade de a equipe efetuar o cumprimento do calendário mínimo de atendimentos preconizado pelo Ministério da Saúde a crianças menores de um ano de idade.  |
| <b>Operação</b>                          | Organizar a agenda de puericultura incluindo atividades para todos os profissionais da equipe;<br><br>Aumentar o número de consultas médicas e de enfermagem destinadas à puericultura em menores de um ano de idade.   |
| <b>Projeto</b>                           | <b>Organização da agenda de puericultura</b>  |
| <b>Resultados esperados</b>              | Adequação da oferta de puericultura entre os menores de um ano de idade da ESF Vila Resende, de modo a efetuar o cumprimento do calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde.   |
| <b>Produtos esperados</b>                | Maior número de crianças sendo contempladas pela puericultura, o que acarretaria melhor qualidade de vida a elas e diminuição da morbimortalidade em longo prazo  |
| <b>Atores sociais/ responsabilidades</b> | Médica e enfermeira: realizar consultas e criar um espaço na agenda voltado para a puericultura<br><br>Demais profissionais da equipe: realizar o acolhimento, visitas domiciliares, buscar faltosos, orientar as famílias.   |
| <b>Recursos necessários</b>              | Estrutural: Unidade Básica de Saúde e seus equipamentos<br><br>Cognitivo: Capacidade técnico-cognitiva dos membros da equipe para realizar o atendimento integral das crianças<br><br>Financeiro: Recursos financeiros repassados ao PSF Vila Resende<br><br>Político: Não é necessário |
| <b>Recursos críticos</b>                 | Cognitivo   |
| <b>Controle dos recursos críticos /</b>  | Ator que controla: Membros da ESF Vila Resende  |

|   |   |
|---|---|
| <b>Viabilidade</b>                        | Motivação: Alta   |
| <b>Ação estratégica de motivação</b>      | Não é necessária, pois a motivação já é alta.   |
| <b>Responsáveis:</b>                      | Não se aplica   |
| <b>Cronograma / Prazo</b>                 | Iniciar a intervenção sobre o nó-crítico a partir de outubro de 2014  |
| <b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b> | A enfermeira da equipe será responsável por contabilizar o número de consultas de puericultura mensais em menores de um ano de idade. Caso esse número esteja acima de 39, o objetivo foi atingido. |

**Fonte:** Análise da situação de saúde da ESF Vila Resende, abril de 2014.

**Quadro 6 - Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema da deficiência na oferta do acompanhamento periódico infantil por meio da puericultura, na população sob responsabilidade da ESF Vila Resende, município de Conselheiro Lafaiete/MG, abril de 2014.**

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Nó crítico 2</b>         | População cadastrada acima do recomendado pelo Ministério da Saúde, sendo um total de 5.497 pessoas, com uma demanda grande por consultas, procedimentos, visitas domiciliares, dentre outros e, dessa forma, o tempo destinado à puericultura torna-se pequeno e insuficiente.        |
| <b>Operação</b>             | Solicitar a redivisão da população da área de abrangência da ESF Vila Resende, ou a colocação de um médico de apoio nessa equipe.<br><br>Informar a situação da equipe à gestão municipal de saúde, apresentando propostas de redivisão da população e contratação de médico de apoio. |
| <b>Projeto</b>              | <b>Sensibilização dos gestores municipais</b>  |
| <b>Resultados esperados</b> | Redivisão da população pertencente à ESF Vila Resende, de modo que a equipe seja responsável por, no máximo, 4.000 habitantes.   |
| <b>Produtos esperados</b>   | Aumento do tempo destinado à puericultura, de forma a possibilitar o cumprimento do calendário mínimo de atendimentos preconizado pelo   |

|   |   |
|---|---|
|   | Ministério da Saúde às crianças de risco habitual.  |
| <b>Atores sociais/ responsabilidades</b>            | Médica e enfermeira: conversar com o Secretário Municipal de Saúde, propondo a redivisão ou a contratação de um médico de apoio para a equipe.<br><br>Secretário Municipal de Saúde: realizar a redivisão ou a contratação de novo médico.  |
| <b>Recursos necessários</b>                         | Estrutural: Unidade Básica de Saúde e seus equipamentos<br><br>Cognitivo: Capacidade de expor a situação da equipe ao Secretário Municipal de Saúde, e de elaborar bem as propostas.<br><br>Financeiro: Recursos financeiros para a criação de uma nova equipe ou contratação de médico de apoio<br><br>Político: Viabilidade política para que o município realize a redivisão da população pertencente à ESF Vila Resende. Questões burocráticas envolvendo a contratação de médico de apoio. |
| <b>Recursos críticos</b>                            | Político  |
| <b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b> | Ator que controla: Secretário Municipal de Saúde e Prefeito<br><br>Motivação: Média   |
| <b>Ação estratégica de motivação</b>                | Expor com clareza a situação atual da ESF Vila Resende, realizando propostas concretas de redivisão ou contratação de médico adicional para a equipe. Deixar claro as vantagens dessas ações.   |
| <b>Responsáveis:</b>                                | Médica e enfermeira da ESF Vila Resende   |
| <b>Cronograma / Prazo</b>                           | Reunião com o Secretário Municipal de Saúde agendada para o início de outubro.  |
| <b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>           | Médica e enfermeira da equipe serão as responsáveis por cobrar decisão e ações do Secretário Municipal de Saúde.  |

**Fonte:** Análise da situação de saúde da ESF Vila Resende, abril de 2014

**Quadro 7 - Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema da deficiência na oferta do acompanhamento periódico infantil por meio da puericultura, na população sob responsabilidade da ESF Vila Resende, município de Conselheiro Lafaiete/MG, abril de 2014.**

|  |   |
|--|---|
| <b>Nó crítico 3</b>                      | A puericultura ser realizada apenas pelo enfermeiro e a oferta de atendimentos ser baixa, o que contribui para que a maioria das mulheres não consiga agendamento de puericultura para os seus filhos.  |
| <b>Operação</b>                          | Organizar a agenda de puericultura para a realização de atendimentos segundo calendário mínimo de atendimentos para crianças de risco habitual, com revezamento de consultas entre médico e enfermeiro, conforme preconizado.<br><br>Desenvolver estratégias de educação em saúde para o cuidado materno.   |
| <b>Projeto</b>                           | <b>Organização da atenção à Puericultura</b>  |
| <b>Resultados esperados</b>              | Adequação da oferta de puericultura entre os menores de um ano de idade de modo a efetuar o cumprimento do calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde.<br><br>Aumentar a oferta de puericultura para, no mínimo, 39 consultas mensais em menores de um ano de idade.<br><br>Capacitar mães e responsáveis pelas crianças para o cuidado infantil.   |
| <b>Produtos esperados</b>                | Maior número de crianças sendo contempladas pela puericultura, o que acarretaria melhor qualidade de vida a elas e diminuição da morbimortalidade em longo prazo.<br><br>Desenvolvimento de habilidades e conhecimentos específico pelas mães e responsáveis para o cuidado da criança no domicílio.  |
| <b>Atores sociais/ responsabilidades</b> | Médica e enfermeira: realizar consultas e criar um espaço na agenda voltado para a puericultura. Orientar os responsáveis pela criança sobre o cuidado com o paciente, e sobre a importância das atividades de promoção e prevenção da saúde.<br><br>Demais profissionais da equipe: realizar o acolhimento, visitas domiciliares, buscar faltosos, orientar as famílias.<br><br>Membros do NASF: realizar grupos operativos voltados para a abordagem de temas pertinentes ao cuidado e educação infantil. |
| <b>Recursos</b>                          | Estrutural: Unidade Básica de Saúde e seus equipamentos   |

|   |   |
|---|---|
| <b>necessários</b>                                  | <p>Cognitivo: Capacidade técnico-cognitiva dos membros da equipe para readequar a agenda e realizar o atendimento integral das crianças</p> <p>Financeiro: Recursos financeiros repassados ao PSF Vila Resende</p> <p>Político: Contratação de médico de apoio ou redivisão da população da área de abrangência da equipe</p> |
| <b>Recursos críticos</b>                            | Político  |
| <b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b> | <p>Ator que controla: Secretário Municipal de Saúde e Prefeito</p> <p>Motivação: Alta</p>   |
| <b>Ação estratégica de motivação</b>                | Expor com clareza a situação atual da ESF Vila Resende, realizando propostas concretas de redivisão ou contratação de médico adicional para a equipe. Deixar claro que, sem que essas medidas sejam adotadas, não há a possibilidade de abrir mais vagas mensais na agenda para a realização de puericultura.                 |
| <b>Responsáveis:</b>                                | Médica e enfermeira da ESF Vila Resende   |
| <b>Cronograma / Prazo</b>                           | Reunião com o Secretário Municipal de Saúde agendada para o início de outubro.  |
| <b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b>           | Médica e enfermeira da equipe serão as responsáveis por cobrar decisão e ações do Secretário Municipal de Saúde.  |

**Fonte:** Análise da situação de saúde da ESF Vila Resende, abril de 2014

**Quadro 8 - Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema da deficiência na oferta do acompanhamento periódico infantil por meio da puericultura, na população sob responsabilidade da ESF Vila Resende, município de Conselheiro Lafaiete/MG, abril de 2014.**

|                     |   |
|---------------------|---|
| <b>Nó crítico 4</b> | Falta de planejamento e de melhoria da organização dos recursos humanos da equipe de saúde da família Vila Resende para que o percentual de consultas de puericultura ofertadas seja superior ao já existente, de forma a contemplar, a necessidade da área de abrangência. |
|---------------------|---|

|   |   |
|---|---|
| <b>Operação</b>                                     | Capacitar todos os profissionais de saúde da equipe quanto às suas responsabilidades no acompanhamento da criança, de modo a possibilitar um fluxo organizado e integral na abordagem periódica infantil.   |
| <b>Projeto</b>                                      | <b>Capacitação da equipe em atenção em Puericultura</b>   |
| <b>Resultados esperados</b>                         | Adequação da oferta de puericultura entre os menores de um ano de idade da ESF Vila Resende, de modo a efetuar o cumprimento do calendário mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde  |
| <b>Produtos esperados</b>                           | <p>Maior número de crianças sendo contempladas pela puericultura, o que acarretaria melhor qualidade de vida a elas e diminuição da morbimortalidade em longo prazo.</p> <p>Otimizar a utilização dos recursos humanos da ESF Vila Resende, de forma que todos os profissionais sejam responsáveis pelo acompanhamento periódico infantil, cumprindo, cada um, sua função específica.</p> |
| <b>Atores sociais/ responsabilidades</b>            | <p>Médica e enfermeira: realizar consultas, criar um espaço na agenda voltado para a puericultura, e reunir a equipe para lembrar as responsabilidades de cada um no acompanhamento da criança.</p> <p>Demais profissionais da equipe: realizar o acolhimento, visitas domiciliares, buscar faltosos, orientar as famílias.</p>   |
| <b>Recursos necessários</b>                         | <p>Estrutural: Unidade Básica de Saúde e seus equipamentos</p> <p>Cognitivo: Capacidade técnico-cognitiva dos membros da equipe para realizar o atendimento integral das crianças</p> <p>Financeiro: Recursos financeiros repassados ao PSF Vila Resende</p> <p>Político: Não é necessário</p>  |
| <b>Recursos críticos</b>                            | Cognitivo   |
| <b>Controle dos recursos críticos / Viabilidade</b> | <p>Ator que controla: Membros da ESF Vila Resende</p> <p>Motivação: Alta</p>  |
| <b>Ação estratégica de motivação</b>                | Não é necessária, pois a motivação já é alta.   |

|   |   |
|---|---|
| <b>Responsáveis:</b>                      | Não se aplica   |
| <b>Cronograma / Prazo</b>                 | Iniciar a intervenção sobre o nó-crítico a partir de outubro de 2014  |
| <b>Gestão, acompanhamento e avaliação</b> | Todos os membros da equipe serão instigados a fiscalizar uns aos outros e a si mesmos. Caso todos eles estejam, cumprindo adequadamente as suas funções, e o número de crianças acompanhadas mensalmente pela equipe se eleve, o objetivo terá sido atingido. |

**Fonte:** Análise da situação de saúde da ESF Vila Resende, abril de 2014

Pela análise dos quatro quadros dispostos acima, percebe-se que o ataque aos nós-críticos perpassam por duas operações básicas: melhoria da organização dos recursos humanos da ESF Vila Resende, permitindo ampliar o número de atendimentos de puericultura destinados a crianças menores de um ano de idade e de risco habitual. Vale ressaltar que, uma vez que haja total adesão de todos os membros da equipe, e estratégias concretas de motivação para atacar os recursos críticos necessários, o projeto de intervenção se torna viável.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A adequação da oferta de puericultura na equipe de saúde da família Vila Resende é de fundamental importância para possibilitar o cumprimento do calendário mínimo de atendimentos a crianças de risco habitual preconizado pelo Ministério da Saúde e melhorar a atenção ofertada pela equipe, garantindo a cobertura de atendimento das destas crianças e, conseqüentemente, contribuindo para a melhoria da situação de saúde desse grupo. Destaca-se que a sua implantação é capaz de permitir um melhor acompanhamento das crianças da área de abrangência da equipe, otimizando estratégias preventivo-promocionais, curativas e identificação precoce de agravos. Desse modo, vislumbra-se, a médio e longo prazo, diminuição da morbimortalidade de crianças e dos adultos que irão surgir.

## REFERÊNCIAS:

1. ARTMANN, E. **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. Oficina social n. 3: desenvolvimento social. COPPE/UFRJ, 25p., 2000. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2153.pdf>>. Acesso em 19 abr. 2015.
2. BELO HORIZONTE. Núcleo de educação em saúde coletiva. Universidade Federal de Minas Gerais. **Atenção à saúde da criança: aspectos básicos**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3998.pdf>>. Acesso em 28 jan. 2015.
3. BLANK, D. **A puericultura hoje: um enfoque apoiado em evidências**. Jornal de Pediatria., vol.79, Supl. 1, p. S13-S22, 2003. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v79s1/v79s1a03.pdf>>. Acesso em 17 ago. 2014.
4. BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades@. Conselheiro Lafaiete,[online], 2014. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>. Acesso em: 11 nov. 2014.
5. 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, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_compro\\_crianca.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf)>. Acesso em 28 jan. 2015.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 95/GM, de 26 de janeiro de 2001**. Dispõe sobre a criação da Norma Operacional Básica de Assistência à Saúde. Brasília – DF, 2001. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)>. Acesso em 30 jan. 2015.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília, 2012. Disponível em <[http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/caderno\\_33.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf)>. Acesso em 24 set. 2014.
8. CAMPOS, R. M. C. et al. **Consulta de enfermagem em puericultura: a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família**. Rev. Esc. Enfermagem USP., São Paulo, vol. 45, n. 3, p. 566-74, 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n3/v45n3a03.pdf>>. Acesso em 10 jan. 2015.
9. CARNEIRO, V. G. **A puericultura realizada pelo enfermeiro: importância na estratégia saúde da família**. 2010. 27 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Corinto, 2010. [Orientador: Prof. Luciano Soares Dias]. Disponível em

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2607.pdf>>. Acesso em 27 mar. 2015.

10. COLOMBO. Secretaria Municipal de Saúde. Programa Nascer Colombo. **Manual de consulta de enfermagem para o acompanhamento da saúde da criança**. Colombo, 2012. Disponível em: <<http://www.colombo.pr.gov.br/downloads/saude/062012/3-protocolo-consulta-enfermagem-saude-da-crianca-versao-2012.pdf>>. Acesso em 25 mar. 2015.

11. DIAS, V. P; SILVEIRA, D. T; WITT, R. R. **Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária**. Rev. APS, Porto Alegre, vol. 12, n. 2, p. 221-227, abr./jun. 2009. Disponível em <<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/330/205>>. Acesso em 12 abr. 2015.

12. MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde da criança**. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte, ed. 1, 2005. Disponível em <[http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Atencao\\_Saude\\_Crianca\\_MG.pdf](http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/Atencao_Saude_Crianca_MG.pdf)>. Acesso em 24 set. 2014.

13. MOITA, K. M. T; QUEIROZ, M. V. O. **Puericultura: concepções e prática do enfermeiro no programa de saúde da família**. Rev. RENE., Fortaleza, vol 6, n. 1, p. 9-19, jan./abril 2005. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/777/pdf>>. Acesso em 10 jan. 2015.

14. VASCONCELOS, V. M. et al. **Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família**. Esc Anna Nery (impr.), vol. 16, n. 2, p. 326-31. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n2/17.pdf>>. Acesso em 31 jan. 2015.

15. VIEIRA, V. C. L. et al. **Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro**. Cogitare Enfermagem, [S. l.], vol. 17, n. 1, p. 119-25, mar. 2012. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v17i1.26384>>. Acesso em 31 jan. 2015.