

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**

**Especialização em saúde da família**

**Modalidade à distância**

**Turma 6**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de  
idade na UBS Rocas, Natal/RN**

**SABRINA MARIA LEITE DA SILVA PINHEIRO**

**Pelotas, 2015**

**SABRINA MARIA LEITE DA SILVA PINHEIRO**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade na UBS Rocas, Natal/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

**Orientadora: Edvanda Trindade Sacramento Gomes**

**Pelotas, 2015**

**Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação**

P654m Pinheiro, Sabrina Maria Leite da Silva

Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses de idade na UBS Rocas, Natal/RN / Sabrina Maria Leite da Silva Pinheiro; Edvanda Trindade Sacramento Gomes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Saúde da Criança. 4.Puericultura. 5.Saúde Bucal. I. Gomes, Edvanda Trindade Sacramento, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

As maravilhas de Deus estão a nosso dispor por toda a vida, basta que lutemos para conquistar o espaço que é nosso no mundo. Obrigado a todos que fizeram parte dessa feliz trajetória.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presente.

A minha orientadora Enf. Edvanda Trindade Sacramento Gomes, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos. Ao meu supervisor do PROVAB, Dr. Ricardo André Freire de Souza.

Aos meus pais, irmão, esposo e cunhados pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

## Lista de figuras

Figura 1	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde	54
Figura 2	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.	55
Figura 3	Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.	55
Figura 4	Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas	56
Figura 5	Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas	56
Figura 6	Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento	57
Figura 7	Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade	57
Figura 8	Proporção de crianças com triagem auditiva	58
Figura 9	Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida	59
Figura 10	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica	59
Figura 11	Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança	60
Figura 12	Proporção de crianças com registro atualizado	60
Figura 13	Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta	61
Figura 14	Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.	62
Figura 15	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico.	62
Figura 16	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com fluoroterapia	63
Figura 17	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com tratamento dentário concluído	63
Figura 18	Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.	64

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1	Perfil demográfico da UBS Rocas	17
Tabela 2	Indicadores	41
Tabela 3	Cronograma	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

APS: Atenção Primária a Saúde

CD: Crescimento e Desenvolvimento

CEO: Centro de Especialidades Odontológicas

DM: Diabetes Mellitus

ESF: Estratégia da Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

HIPERDIA: Sistema de cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SIAB: Sistema de Informação da Atenção Básica

SISCAN: Sistema de Informação de Câncer

SISPRENATAL: Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

USF: Unidade de Saúde da Família

## Sumário

Apresentação	10
1. Análise situacional	11
1.1. Situação da ESF na UBS Rocas	11
1.2. Relatório da Análise Situacional	13
1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da	28
2. Análise Estratégica	29
2.1. Justificativa	29
2.2. Objetivos e metas	31
2.2.1. Objetivo geral	31
2.2.2. Objetivos específicos e metas saúde da criança	31
2.2.3. Objetivos específicos e metas saúde bucal da criança	33
2.3. Metodologia	34
2.4. Ações	35
2.5. Indicadores	41
2.6. Logística	46
2.7. Cronograma	49
3. Relatório da intervenção	49
4. Avaliação da intervenção	53
4.1. Resultados	53
4.2. Discussão	64
4.3. Relatório da intervenção para gestores	67
4.4. Relatório da intervenção para comunidade	70
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	71
6. Referências	73
ANEXOS	75

## Resumo

PINHEIRO, Sabrina Maria Leite da Silva. **Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses de idade na UBS Rocas, Natal/RN.** 2015. 85f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância). Universidade Federal de Pelotas, 2015.

A Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria, preconizam o acompanhamento do crescimento como atividade de rotina na atenção à criança, sendo de fundamental importância desde o nascimento até os 72 meses de idade, para a promoção da saúde e prevenção de agravos, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce nas intercorrências, sendo necessária uma articulação e interação do profissional na equipe, com as famílias e na comunidade para o desenvolvimento de ações. Assim, o objetivo da intervenção foi melhorar a atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses de idade da equipe 061 de ESF da USF Rocas, Natal/RN. Trata-se de uma pesquisa-ação, que incluirá todos os usuários entre zero e setenta e dois meses de idade acompanhados pela equipe 061 de ESF da UBS Rocas, por 12 semanas, com ações na organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. Os resultados obtidos foram: melhora da cobertura em 28,3 % com cadastramento de 47 crianças entre zero e 72 meses de idade; melhora da qualidade da atenção à saúde da criança, destacando-se realização do teste do pezinho diariamente, melhora da atenção odontológica e dos registros das informações. Além disso, houve melhora da atenção ao pré-natal, já que são duas ações interligadas e que as orientações no período gestacional irão interferir nos cuidados da criança. É de grande importância que as modificações conseguidas com a intervenção permaneçam na rotina de trabalho da equipe e que sejam mostrados os resultados, para que as outras equipes também incorporem a sua rotina. Além disso, que as dificuldades e os entraves que surgirem possam ser superados, para que a população local tenha melhor qualidade de saúde.

**PALAVRAS – CHAVES:** saúde da criança, atenção primária à saúde, estratégia de saúde da família.

## **Apresentação**

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS-UNASUS/ Universidade Federal de Pelotas – UFPEL (EAD UFPel) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso.

A Intervenção em saúde da criança foi realizada na terceira Unidade de Ensino do Curso na Unidade Básica de Saúde (UBS) das Rocas, localizada na zona leste do município de Natal/Rio Grande do Norte, que possui quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

O presente volume apresenta os resultados deste processo de intervenção em cinco seções: a primeira está composta pelo Relatório da Análise Situacional, a segunda pela Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, a terceira pelo Relatório da Intervenção, a quarta pelo Relatório dos Resultados da Intervenção e, a quinta, pela Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção.

## 1. ANÁLISE SITUACIONAL

### 1.1. Situação da ESF na UBS Rocas:

A Unidade Básica de Saúde (UBS) das Rocas fica localizada no bairro das Rocas, na Zona Leste da cidade de Natal no estado do Rio Grande do Norte. É um dos bairros mais antigos que fica situado próximo ao cais do porto e ao mar. Formado inicialmente por pescadores que realizavam suas atividades no mar, no Atol das Rocas, daí o suposto nome do bairro. É habitado por uma população de classe média baixa a classe baixa.

Na Atenção Primária à Saúde (APS) existem 4 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), dando cobertura na assistência básica à saúde. A UBS possui como estrutura física: sala de acolhimento aos usuários, sala da direção, arquivo, farmácia, 2 ambulatórios médicos, 2 ambulatórios odontológicos, 2 ambulatórios de enfermagem, sala de vacinas, sala de curativos, 4 banheiros, sendo 2 para os usuários e 2 para funcionários, expurgo, sala de reuniões, copa e lavanderia. Porém, essa estrutura dificulta a atuação adequada das 4 equipes. Os profissionais ficam fazendo rodízios para os atendimentos ambulatoriais e, mesmo que realizem outras atividades da ESF, que não seja o atendimento clínico, este fica prejudicado, pois existe um grande volume de atendimento de cada equipe, havendo uma demanda reprimida.

O processo de trabalho deixa a desejar no acolhimento e humanização da clientela, pois existe uma desarticulação entre os profissionais das equipes, sobrecarregando alguns profissionais na responsabilidade do planejamento e práticas das ações em saúde. Na UBS da Redinha, onde estava alocada anteriormente, e realizei minhas atividades por 3 semanas, havia um acolhimento adequado dos usuários, com uma escuta qualificada na sala de espera, a qual era realizada pela diretora administrativa, e esta identificava as reais necessidades da população, buscando dar resolutividade. Havia um fluxo organizado dos pacientes e todos os profissionais estavam comprometidos com a saúde da população assistida, a troca de informações entre os profissionais sobre o cuidado continuado do paciente estava sempre presente.

A Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN iria deslocar uma equipe de ESF das Rocas para um setor dentro do hospital universitário localizado no bairro vizinho. Surge o seguinte questionamento: “Como ficará a população assistida por essa equipe e sua opinião? Como essa população terá acesso à saúde básica, se a equipe estará em um local distante da comunidade onde tem uma UBS?” Percebi que as decisões são tomadas sem a participação da população, contrariando os princípios da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde.

Outras dificuldades são: precariedade na quantidade de medicamentos fornecidos; quantidade excessiva de famílias por agente comunitário de saúde, muito acima do preconizado pelo governo; resistência de alguns profissionais no atendimento a porta aberta e casos de urgência, que podem, em muitas vezes, ser resolvido na UBS sem a necessidade de sobrecarregar as unidades hospitalares, onde no próprio bairro tem uma unidade de urgência e emergência (Hospital dos Pescadores), mas sofre com a falta de infraestrutura e recursos físicos e humanos; dificuldades em obter uma contra referência, essencial para o correto acompanhamento do paciente como um todo; pouca participação da população nas ações em saúde.

O reconhecimento dessas dificuldades permite identificar que a ideologia do SUS está longe de ser concretizada e praticada, mas se torna um grande passo para buscarmos melhorias e mudar tal realidade.

Para que isso aconteça, é necessário dar o primeiro passo, que consiste em apresentar a Carta de Direitos dos Usuários da Saúde aos profissionais da saúde, pois muitos desconhecem; traçar metas para que o usuário, lideranças e grupos sociais da comunidade se tornem conhecedores desta carta e saibam quais são seus direitos e deveres, deixando de serem apenas meros receptores das condições impostas pelos gestores, e assim iniciar a prática do engajamento público; fazer com que gestores cumpram com os princípios desta carta e forneçam os recursos básicos e necessários para uma boa assistência de qualidade a atenção básica em saúde, não só buscando atingir metas.

Uma forma de tornar a população mais participativa seria através da criação de Conselhos Locais de Saúde, onde o usuário seria reconhecido como sujeito com voz ativa nas tomadas de decisões e oferecendo soluções para que tenha seus direitos garantidos e saiba cumprir com seus deveres. Envolver as instituições sociais como associação de moradores, clube de mães, igrejas, escolas, creches,

lideranças nas ações educativas, a fim de sensibilizar para mudança de hábitos, modificando os indicadores de saúde, permitindo uma melhor qualidade de vida.

O engajamento público e a carta de direito dos usuários da saúde se completam e devem ser levados ao conhecimento e praticados pelos profissionais de saúde, gestores e usuários, para que haja uma consolidação do SUS.

## 1.2. Relatório da Análise Situacional:

O município de Natal/Rio Grande do Norte, com população estimada em 2013 de 853.928 habitantes (IBGE), tem uma organização da rede de serviços de saúde de acordo com as “linhas de cuidado” (patologias consideradas como prioritárias), e propõe-se a organizar a rede de serviços de saúde com atuação transversalizada, a partir da atenção básica que será qualificada para acolhimento inicial a essas demandas, referenciando para unidades de maior complexidade e também outros organismos que atuam numa perspectiva de atenção integrada. Possui como premissa o atendimento às pessoas em conformidade com o seu perfil, percebendo-se as especificidades de cada clientela, de acordo com o gênero, faixa etária, necessidades especiais, exposição a riscos e vulnerabilidades.

A rede municipal de saúde de Natal é composta por 147 unidades, sendo 80 públicas municipais, 10 estaduais e 4 federais. De forma complementar, prestando serviço ao SUS municipal, conta-se com 6 unidades filantrópicas e 47 unidades privadas contratadas. São UBS, sendo 41 com ESF, 10 UBS tradicionais, 3 UBS com NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), 3 UBS com disponibilidade de CEO (Centro de Especialidades Odontológicas) e 3 UBS mista. A população do município de Natal é de 853.928 pessoas.

A UBS das Rocas, localizada no bairro das Rocas na Zona Leste da cidade de Natal, Rio Grande do Norte, vem funcionando como ESF há cerca de 10 anos. É um dos bairros mais antigos que fica situado próximo ao cais do porto e ao mar. Foi formado inicialmente por pescadores que realizavam suas atividades no mar, no Atol das Rocas, daí o suposto nome do bairro. É habitado por uma população de classe média baixa a classe baixa.

A UBS Rocas, dentro do SUS, funciona como porta de entrada ao sistema, prestando serviço na atenção primária, com profissionais vinculados à Secretaria

Municipal de Saúde de Natal. Além disso, a unidade recebe alunos de enfermagem de universidades particulares para realizarem a prática profissional.

A UBS é uma casa adaptada. A calçada foi adaptada para deslocamento de pessoas com algum tipo de deficiência física e/ou visual, como também, idosos e cadeirantes. Barras de apoio nas rampas de acesso ao interior da unidade foram instaladas, porém, com o passar do tempo, essa estrutura não foi conservada, não havendo mais barras e as rampas esburacadas.

A UBS é formada por 4 equipes de saúde da família, dando cobertura na assistência básica à saúde e sua estrutura física possui: sala de acolhimento aos usuários, sala da direção, arquivo, farmácia, sala de preparo, 2 ambulatórios médicos, 2 ambulatórios odontológicos, 2 ambulatórios de enfermagem, sala de vacinas, sala de curativos, 4 banheiros, sendo 2 para os usuários e 2 para funcionários, expurgo, sala de reuniões, copa e lavanderia. Porém, essa estrutura dificulta a atuação adequada das equipes.

Os profissionais fazem rodízios para os atendimentos e, mesmo havendo divisão dos horários, os atendimentos ficam prejudicados, pois a demanda de cada equipe é alta, provocando assim uma demanda reprimida.

O acesso à unidade é dificultado devido as calçadas e ruas serem de paralelepípedo, estreitas e irregulares, principalmente para as pessoas com algum tipo de deficiência e os cadeirantes, conforme a Associação Brasileira de Normas Técnicas 9050/1994, as barreiras arquitetônicas e urbanísticas nas cidades, nos meios de transporte e de comunicação devem ser eliminadas para promover a acessibilidade no ambiente construído e proporcionar condições de mobilidade com autonomia e segurança, garantindo ao usuário, com necessidades especiais ou idosos, sua autonomia de ir e vir.

A UBS possui 02 salas de espera com amplo espaço, onde os bancos são de alvenaria cobertos com azulejo branco; os consultórios são pequenos, mas permite boa adequação para o atendimento clínico, as portas das salas, na sua maioria, apresentam as maçanetas quebradas e não fecham, havendo a necessidade de sempre fechar a porta com a chave a fim de manter a privacidade dos usuários; dos quatro banheiros existentes na unidade, dois foram adaptados para usuários de cadeira de rodas e idosos.

Siqueira et al (2009), cita em seu artigo, que a Lei Orgânica da Saúde (Decreto nº 3298/99) determina que a responsabilidade em cuidar da saúde, oferecer assistência pública, proteger e garantir o atendimento aos portadores de deficiência, compete a União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios, permitindo que a atenção básica esteja preparada para assistir essa população crescente, principalmente a população idosa. Tal fato, também se confirma pelo Pacto de Gestão (2006) acordado pelas três esferas do governo da saúde, cujo um dos objetivos é garantir infraestrutura adequada para um bom funcionamento das UBS, seja de equipamentos, recursos materiais e insumos, o que não observo na maioria das unidades de saúde do nosso país.

Outros fatores identificados relacionados à estrutura da UBS são à falta de equipamentos e instrumental suficientes para realização dos trabalhos dos profissionais de saúde. Em caso de urgência, não existe a possibilidade de assistir o paciente, como também, de realizar um transporte imediato, para uma unidade de maior complexidade. O mesmo ocorre para realização das visitas domiciliares e atividades em outros locais que, segundo os gestores, há um carro por distrito, mas que deve ser agendado com antecedência, o que se torna impossível devido ao grande número de unidades de saúde.

A falta de equipamentos e materiais como glicosímetro, materiais de sutura, nebulizador e materiais para as urgências odontológicas impedem que alguns problemas de saúde sejam resolvidos na atenção básica e conseqüentemente aumente a procura pelo pronto atendimento. A marcação de exames e consultas especializadas é realizada na própria unidade, porém não estavam funcionando há mais de um mês, por defeito no computador e impressora, os quais já foram corrigidos.

Não há na unidade um local com bibliografia para consulta dos profissionais e materiais para realizar atividades educativas e preventivas. Existe um manequim da odontologia, porém o mesmo falta peças. Um ponto positivo na área de odontologia diz respeito à distribuição de escovas dentárias e aplicação de flúor para as crianças, uma atividade que é realizada pela dentista da equipe, principalmente nas atividades realizadas na escola, porém o flúor está em falta. De acordo com a Portaria Nº 4.217, de 28 de dezembro de 2010, a UBS Rocas dispõe em torno de 20% das medicações listadas para a assistência farmacêutica na atenção básica.

Diante da infraestrutura que a UBS Rocas apresenta, uma forma de iniciar o enfrentamento é através de discussões com gestores, equipes de ESF e representantes da comunidade, para discutir quais são essas dificuldades e, juntos, traçar ações que envolvam a população na busca de resolução desses problemas e que os gestores cumpram com suas obrigações. A necessidade de uma escuta qualificada, explicando ao usuário o significado da ESF (Estratégia de Saúde da Família), seus objetivos como também são de grande importância, o engajamento público do gestor da unidade, dos profissionais da ESF, para efetivação do controle social.

A ESF se alicerça sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe. A família deve ser entendida de forma integral e em seu espaço social, abordando seu contexto socioeconômico e cultural, considerando que é nela que ocorrem interações e conflitos que influenciam diretamente a saúde das pessoas, nesse contexto encontra-se a prática sistemática das visitas domiciliares, que se destacam como intervenção para promoção, prevenção, cura e reabilitação do indivíduo em seu contexto familiar, permitindo, assim, maior aproximação dos profissionais de saúde com a realidade de cada usuário. Tal atividade acontece na prática das atividades de ESF da UBS Rocas, com participação de todos os profissionais da equipe básica de saúde, porém nem todos os procedimentos são realizados como: nebulização, coleta de exames laboratoriais, consulta com especialistas ou outros profissionais de saúde do NASF, pois não existe na unidade de saúde.

Outra atribuição profissional está relacionada à notificação compulsória de agravos, que são realizados por qualquer profissional da unidade, cabendo à busca ativa ao médico, enfermeiro e agentes comunitários de saúde.

Além de ser caracterizada por ações em saúde individual, a atenção primária visa, também, a prática de ações coletivas. Nesse contexto, as atividades em grupo que ocorrem na UBS Rocas são para hipertensos, diabéticos, idosos, pré-natal e planejamento familiar. Foi criado um grupo de adolescentes, porém este não teve êxito devido à baixa aderência dessa população. Por outro lado, o grupo de idosos, hipertensos e diabéticos ocorre mensalmente, sendo estes dois últimos, criados pelo grupo de provabianos anteriores.

Outro ponto, determinado pela portaria 2488, diz respeito à qualificação profissional, que é fornecido a Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN garantindo educação permanente aos profissionais de saúde das equipes de atenção básica e das equipes de saúde da família.

Para que o processo de trabalho da equipe seja mais bem executado, ocorrem reuniões semanais da equipe para planejamento das ações da semana seguinte, organização da agenda, discussão de casos e monitoramento dos indicadores de saúde, além de reuniões gerais, com frequência quinzenal.

As dificuldades encontradas podem ser enfrentadas da seguinte forma: reuniões em equipe para discussão dos reais objetivos do SUS, planejamento do processo de trabalho da equipe de ESF nas diversas ações programáticas; e estímulo a participação da população na prevenção e promoção da saúde, tomando corresponsabilidade na saúde.

A população da área adstrita à UBS Rocas são 12.140 pessoas tendo o seguinte perfil demográfico:

Tabela 1: Perfil demográfico da UBS Rocas

SEXO	FAIXA ETÁRIA	EQUIPE 060	EQUIPE 061	EQUIPE 062	EQUIPE 063
MASCULINO	< 1	17	08	13	09
	1 a 4	51	36	55	44
	5 a 6	36	27	34	35
	7 a 9	81	44	44	58
	10 a 14	110	96	81	130
	15 a 19	143	103	123	155
	20 a 39	514	354	473	482
	40 a 49	197	178	232	240
	50 a 59	161	137	139	196
	60 e mais	170	167	155	158
	SUBTOTAL	1185	1151	1349	1507
FEMININO	< 1	15	07	14	05
	1 a 4	45	41	59	48
	5 a 6	46	47	37	40

	7 a 9	62	54	65	59
	10 a 14	117	88	110	113
	15 a 19	154	118	158	160
	20 a 39	600	439	521	522
	40 a 49	269	224	250	308
	50 a 59	218	182	189	224
	60 e mais	319	248	305	310
	SUBTOTAL	1845	1607	1708	1788
TOTAL		3030	2758	3057	3595
				TOTAL GERAL	12.140

Unidade de Saúde Rocas/2013

Atualmente, um novo relatório foi realizado, sendo a população total da Equipe 061 de 3402 pessoas.

Pode-se observar que a quantidade de habitantes por equipe ultrapassa a média preconizada de 3000 habitantes/equipe. Haveria necessidade de mais uma equipe de ESF para melhor cobertura da atenção básica. Além disso, a estrutura da UBS Rocas só permite o bom funcionamento de duas equipes, começando pela pouca disponibilidade de salas.

O acolhimento na UBS Rocas é realizado pelas agentes comunitárias de saúde para cada usuário de sua área, sendo realizado na sala de recepção, porém nem todas as necessidades do paciente são escutadas. A marcação de consultas é feita em um único dia, sendo 10 pacientes agendados, 2 para demanda espontânea e 2 para necessidades imediatas/urgências, totalizando 14 atendimento por turno. Todos os profissionais atendem á demanda espontânea seja ela de necessidade aguda, imediata ou necessidade básica, dando resolutividade dentro dos limites das atividades oferecidas pela UBS.

O Ministério da Saúde relata que devido às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da ESF e outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010 (IBGE, 2010), ou seja, houve uma diminuição da taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores

de um ano) nas últimas décadas no Brasil. Porém, o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do nascimento até os 5 anos de idade, é de fundamental importância para a promoção à saúde da criança e prevenção de agravos, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce nas intercorrências. Mesmo ações aparentemente simples, como, pesar, medir, avaliar aquisição de novas habilidades e utilizar o cartão da criança, contribuem para a melhoria da saúde infantil.

Na área de abrangência da UBS Rocas o número de crianças menores de 1 ano e que fazem acompanhamento na unidade são 88 crianças, número bem inferior quando comparado ao denominador para indicadores de cobertura das ações programáticas da unidade de saúde que foi de 177. Talvez esse fato esteja relacionado às crianças que vivem em áreas não cobertas pela unidade, criança que tem plano de saúde, falta de orientação da genitora sobre o acompanhamento desta criança e falta de busca ativa dos ACS.

O processo de trabalho da UBS em relação à puericultura ocorre em um dia e em um turno da semana. A equipe 061, de acordo com último relatório, possui 63 crianças menores de um ano cadastradas, mas o número que estão sendo acompanhadas é bem inferior, apenas 8 crianças, no último levantamento. As mesmas são assistidas pela enfermeira e médico da equipe, sendo realizado todo protocolo de avaliação do crescimento e desenvolvimento conforme o Ministério da Saúde, além do preenchimento adequado do cartão da criança, buscando enfatizar todos os cuidados necessários para uma boa assistência à saúde da criança.

Nos casos agudos, os profissionais atendem as crianças buscando dar resolutividade e, quando necessário, elas são encaminhadas para redes de assistência especializada ou de maior complexidade. Não existe um registro ou arquivo específico para a puericultura, todas as anotações são feitas no prontuário clínico. Faltam profissionais disponíveis para realizar planejamento, gestão e coordenação da puericultura. Nas reuniões de equipe, são discutidos os casos individualmente, principalmente os que necessitam de maior atenção e, a partir daí, são programadas as ações para aquele caso.

As ações de prevenção de anemia, imunização, aleitamento materno e teste do pezinho são realizados na UBS. A equipe não desenvolve atividades em grupo

voltadas para essa população. Isso permitiria que as mães pudessem se sentir mais apoiadas diante de suas inquietações, havendo uma melhor interação entre elas e os profissionais de saúde, utilizando tecnologias relacionais a puericultura.

A maioria dos atendimentos está relacionada a patologias agudas e não é dada ênfase as ações de prevenção e promoção da saúde. As mães, geralmente não tem noção da gravidade do caso e demora a procurar atendimento. Portanto, todo atendimento médico, principalmente quando se trata de uma criança, deverá contemplar também orientações às mães quanto aos sinais de piora, sinais de alerta e provável evolução do caso (plano de ação).

No puerpério é feita a visita domiciliar pelo agente de saúde ao binômio mãe e recém-nascido, para orientação de todos sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na atenção básica, estimulando a presença do pai sempre que possível, apoio ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho, etc.

O que poderia ampliar o acesso e o número de cobertura na puericultura na UBS Rocas seria o aumento do número de ACS que não está completo, como também, ampliação da área de cobertura. Melhorar e qualificar os profissionais no processo de cuidado com a atenção à saúde da criança. Melhorar o acolhimento das mães e crianças, a fim de que sintam segurança, confiança e empatia, tenham escuta qualificada e resolutividade das suas queixas. Além de implantar o grupo de puericultura, permitindo a educação continuada, o apoio e compartilhamento de informações, permitindo a mãe se apropriar de ferramentas para cuidar e acompanhar seu filho.

Com relação ao pré-natal, tem um caráter preventivo, sendo primordial para reduzir os índices de mortalidade materna e perinatal, visto que um pré-natal adequado reduz, em demasia, as complicações neste período. Segundo o Ministério da Saúde, compreende-se por pré-natal um conjunto de procedimentos clínicos e educativos que tem por objetivo promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Na área de abrangência da UBS Rocas, o número de mulheres gestantes é bem inferior, quando comparado ao denominador para indicadores de cobertura das ações programáticas da unidade de saúde que foi de 182,1. As quatro equipes

totalizam 58 gestantes, número que pode ser modificado, devido o cadastro e recadastramento das famílias, porém mostra que existe, somente, 32% de cobertura dessa população alvo. Talvez o fato se explique pela falta de orientação da gestante, gravidez não desejada, áreas descobertas, por falta de ACS, gestantes com planos de saúde e busca ativa.

O processo de trabalho da UBS em relação ao pré-natal ocorre em 03 turnos semanais. Na área de abrangência da equipe 061 tem 12 gestantes cadastradas, das quais 7 iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. As mesmas são acompanhadas pela enfermeira e médico da equipe, sendo realizado todo protocolo de avaliação e solicitação de exames de acordo com o Ministério da Saúde e preenchimento adequado do cartão da gestante, enfatizando todos os cuidados necessário para uma boa gestação, parto e puerpério, além de melhores condições de nascimento para o concepto.

Em casos de problemas agudos, as gestantes são ofertadas com atendimento que busque resolutividade e, se necessário, o encaminhamento para redes de assistência especializada. Não há na unidade um registro ou arquivo específico para as gestantes, todas as anotações são registradas em prontuário clínico, porém a enfermeira possui um livro de controle do pré-natal.

Existe o programa do Ministério da Saúde, o SISPRENATAL, que é cadastrado pela enfermeira e, a mesma, tem a responsabilidade de enviar os dados à Secretaria Municipal de Saúde. Há indisponibilidade de profissionais que realizam planejamento, gestão e coordenação das ações do Pré-natal.

A cobertura do pré-natal é muito baixa quando comparado ao denominador de cobertura gerado pelo caderno de ações programáticas, cujo valor foi de 182.1 gestantes. Apenas 32% da área de abrangência estão cadastradas e sendo acompanhadas na UBS. Talvez o fato se explique pela falta de orientação da gestante, gravidez não desejada, áreas descobertas, por falta de ACS e gestantes com planos de saúde.

De todas as gestantes que estão sendo acompanhadas, apenas 40% iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. Todos os exames são solicitados conforme protocolo do Ministério da Saúde. Um problema diz respeito ao tempo de realização do exame e obtenção do resultado, o qual é demorado, necessitando que as gestantes paguem uma rede privada para realizar o exame e obter o resultado

em tempo hábil. Dentre as ações práticas na UBS Rocas estão a Imunização, suplementação de ferro, exame ginecológico e estímulo ao aleitamento materno exclusivo.

O que poderia ampliar o acesso e o número de cobertura das gestantes, na UBS Rocas, seria o aumento do número de ACS que não está completo, como também, ampliação da área de cobertura. Melhorar e qualificar os profissionais no processo de cuidado com a gestante. Melhorar o acolhimento a essas gestantes, a fim de que sintam segurança, confiança e empatia, tenham escuta qualificada e resolutividade das suas queixas, pelos profissionais de saúde, de acordo com os princípios da Política de Humanização e implantar o grupo de gestantes, permitindo a educação continuada.

O tema Controle do Câncer de colo do útero e de mama tem grande relevância na saúde pública do nosso país, já que são doenças preveníveis e se descobertas precocemente tem alta possibilidade de cura. Segundo o Ministério da Saúde 2013, devido à alta incidência e mortalidade, cabe aos gestores e profissionais de saúde garantir a essa população alvo, ações de controle dessas doenças, possibilitando a integralidade do sistema de saúde desde a detecção precoce, procedimentos, diagnósticos e terapêuticos em tempo hábil e com qualidade.

Todos os níveis de atenção à saúde da mulher devem estar integrados, permitindo a descoberta precoce das lesões e possibilitando acesso e conduta adequada para resolutividade da doença. Caso seja descoberto em um nível avançado, que o sistema de saúde possa oferecer os cuidados paliativos adequados para uma boa qualidade de vida dessa mulher.

O processo de trabalho na UBS Rocas envolve o rastreamento e condução adequada dos casos de câncer de mama e colo do útero, como também atividades educativas para orientação quanto aos fatores de risco, sinais e sintomas, além da importância dos modos de prevenção. Porém, essas ações educativas não são realizadas frequentemente, somente em períodos comemorativos como Dia da Mulher e Outubro Rosa. Não existe um trabalho coletivo, grupos, em que as mulheres troquem experiências e possam tirar suas dúvidas.

Com relação à consulta clínica, a abordagem para solicitação dos exames de rastreamento e exame clínico é realizado de modo oportuno pelo médico e

enfermeiro, baseado no protocolo do Ministério da Saúde 2013. Porém, para o câncer de colo do útero, a coleta da citologia oncótica é realizada em três dias da semana pela enfermeira. As agentes comunitárias de saúde, em suas visitas domiciliares, fazem a busca ativa das mulheres que estão em atraso ou no tempo para realizar novo exame.

Nas consultas as pacientes são interrogadas sobre tempo do último exame de citologia oncótica ou imagem das mamas, como também, realizado o exame clínico. Há um grande número de mulheres que nunca realizaram os exames ou por vergonha, falta de interesse ou informação.

Para que o diagnóstico de câncer de mama e câncer de colo do útero seja precoce, faz-se necessário a obtenção de resultados rápidos, o que se torna difícil devido a dificuldade de marcação do exame, seja mamografia ou ultrassonografia mamária, pois há um número insuficiente de vagas e as pacientes esperam em média seis meses a um ano para realizar o exame, o que pode agravar mais o quadro, dependendo do tipo de lesão.

Com relação ao registro das mulheres que realizaram mamografia, não há um local específico, são feitos no prontuário clínico, não havendo possibilidade de identificar alguns indicadores de qualidade do controle de Câncer de Mama. No caso das mamografias alteradas, estas são encaminhadas para uma rede especializada, a Liga Norte Riograndense Contra o Câncer, que fica acompanhando a paciente, a qual só retorna à unidade de saúde, geralmente, em situações pontuais. São em média 1.132 mulheres na faixa etária alvo (50 a 69 anos) na área de abrangência da unidade, que corresponde a 9,3% da população total dessa área, número superior ao estimado pelo caderno de ações programáticas que é de 913 mulheres, uma cobertura de 100%. De janeiro a abril de 2014 já foram solicitados 128 mamografias, dado coletado pelo SISCAN.

Já em relação ao controle de câncer de colo de útero há um livro de registros específicos, no qual são anotados as datas das coletas e os resultados dos exames de cada mulher pela enfermeira, o qual é revisado mensalmente para identificar e fazer a busca ativa das mulheres que tiveram seu exame alterado, dando condução ao caso conforme protocolo do Ministério da Saúde 2013. São em média 3100 mulheres na faixa etária de 25 a 64 anos na área de abrangência da unidade, que corresponde a 29% da população total dessa área, número superior ao

estimado pelo caderno de ações programáticas que é de 3052 mulheres, uma cobertura de 100%.

Não existe profissional específico que se responsabilize pela gestão, planejamento, coordenação e monitoramento das ações de controle do câncer de mama e colo do útero.

Percebe-se que o número de mulheres com risco para desenvolvimento do câncer de mama ou colo do útero é bem elevado, em relação ao estimado, tendo uma cobertura de 100%, o que não ocorre na prática. Tal fato pode ser explicado por não haver registros adequados e mulheres com plano de saúde privado.

O processo de trabalho na UBS Rocas necessita de organização, principalmente com relação às atividades de educação em grupo, fortalecendo as informações relativas à prevenção do câncer de colo do útero e de mama, enfatizar a prática de hábitos saudáveis como: prática de atividade física, controle do peso, eliminação do tabagismo e álcool, alimentação adequada. Determinar um profissional da equipe para planejar, coordenar e monitorar as ações.

O que possibilitaria o seguimento dessas mulheres seria o acesso e avaliação semanal do livro de registros por todos os membros da equipe, principalmente, médico, enfermeiro e agente comunitário de saúde, para fazer a busca ativa. Fazer ações de educação em saúde, melhorando a aderência ao tratamento e, por consequência, dando o seguimento correto. Além disso, acesso ao SISCAN pelos profissionais para obter informações sobre os cuidados com o paciente em outros níveis de atenção, já que, na maioria das vezes a contra referência é falha.

Outro grande impacto na saúde da população brasileira refere-se à morbimortalidade cardiovascular na população brasileira, que tem a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) como importantes fatores de risco, trazendo um grande desafio para o sistema público de saúde: garantir acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores desses agravos, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção da saúde e à prevenção de doenças crônicas não transmissíveis. Em 2002, novas estratégias foram incorporadas na rotina das unidades ambulatoriais do SUS, através do Programa HIPERDIA.

A HAS e o DM possuem diversos aspectos em comum, tais como: fatores de risco, facilidade de diagnóstico, necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar, tratamentos não medicamentosos e medicamentosos e dificuldade de adesão às recomendações prescritas.

Na UBS Rocas, o processo de trabalho com relação aos hipertensos e diabéticos é oferecido em dois dias da semana em um turno, sendo o enfermeiro e o médico os profissionais que dão assistência a esses pacientes, utilizando o protocolo do Ministério da Saúde e através do Programa HIPERDIA, cujo cadastramento é realizado pela enfermeira. Os Agentes Comunitários de Saúde são os responsáveis pela busca ativa desses pacientes, principalmente daqueles que tem dificuldade de ir à unidade e necessitam de visita domiciliar, que, geralmente, são idosos portadores dessas patologias.

Com relação às ações educativas coletivas para hipertensos e diabéticos, foram implantadas pelos provabianos do ano passado, porém não vem sendo realizadas regularmente após a saída dos mesmos. Talvez, este fato se explique pela falta de engajamento da equipe na corresponsabilidade para o cuidado da saúde desses pacientes.

As ações educativas vêm acontecendo de forma individual no atendimento clínico, seja pelo enfermeiro ou médico, orientando quanto à mudança de hábitos de vida, aquisição de hábitos alimentares saudáveis, controle de peso corporal, estímulo à prática de atividade física, cessação do alcoolismo e do tabagismo, sendo este último, muito frequente entre os pacientes que buscam consulta médica. Participa, também, a nutricionista e a dentista no cuidado à saúde desses pacientes. Além disso, a unidade oferece ações de imunização.

Os pacientes procuram o serviço na unidade de saúde, geralmente, a cada três meses, quando necessitam renovar a receita, já que os medicamentos são oferecidos pela farmácia popular e só tem validade de três meses, ou quando há um agravo agudo à sua saúde. Nos casos em que há necessidade de um acompanhamento especializado, estes são encaminhados, porém o tempo de espera é muito longo, como também, para realização de exames complementares. O registro do atendimento é feito em prontuário clínico, não havendo registro específico para controle e acompanhamento desses pacientes.

Talvez o que explique esse atendimento em cima de renovação de receita seja decorrente de uma prática clínica já estabelecida anteriormente, cujo objetivo era o tratamento e a cura, não dando ênfase na prevenção e a promoção da saúde, como também, faltam conhecimentos do paciente sobre a doença.

Segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a UBS Rocas possui uma população de 12.140 na área adstrita, 1076 usuários hipertensos e 420 usuários diabéticos, tendo uma cobertura de 43% dos hipertensos e 58% dos diabéticos, em relação à estimativa do caderno de ações programáticas. Observo que há um déficit da cobertura desses pacientes, talvez isso se justifique pelo fato de alguns pacientes terem plano de saúde ou estarem em áreas descobertas pela unidade de saúde.

A análise dos indicadores de qualidade revela que 93% dos hipertensos e 95% dos diabéticos estão com exames complementares em dia, são orientados com relação à prática de atividade física e adoção de uma alimentação saudável. Porém, com base nos atendimentos, apenas 24% dos diabéticos nos últimos três meses tiveram um exame clínico dos pés e dos pulsos periféricos.

Dentre os problemas enfrentados na UBS Rocas na atenção a hipertensos e diabéticos que interferem na qualidade da assistência, destacam-se: falta de profissional educador físico, dificuldade de acesso em tempo hábil aos exames complementares, falta de medicação específica na farmácia da unidade, baixa adesão de alguns usuários ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e baixo engajamento da equipe. Outros fatores que interferem indiretamente nos indicadores de qualidade são: baixas condições socioeconômicas da população assistida, baixa escolaridade e falta de segurança.

Diante dessas patologias crônicas, a UBS Rocas necessita que a equipe de saúde tome essa corresponsabilidade para ajudar o paciente no enfrentamento da doença, realizando uma boa avaliação clínica, identificando os fatores de risco, estimulando a adesão ao tratamento e mudança de hábitos de vida, além de acompanhar e registrar de forma adequada esses pacientes.

O envelhecimento populacional é uma resposta à mudança de alguns indicadores de saúde, especialmente a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da expectativa de vida. Juntamente com as modificações da estrutura etária da população, constata-se mudanças epidemiológicas, caracterizadas por

doenças e fatores de risco relacionados com o estilo de vida. Sendo problemas de longa duração, estes tornam os idosos os principais usuários dos serviços de saúde.

Na UBS Rocas, o processo de trabalho em relação à Saúde do Idoso, é oferecido em dois dias da semana junto com os pacientes do HIPERDIA, através da marcação de fichas, semanalmente. Porém, o atendimento aos idosos, também é oferecido nos dias de demanda livre. Os profissionais envolvidos no atendimento ao idoso são: médico, enfermeiro, dentista e nutricionista, que buscam sempre identificar e avaliar a capacidade funcional, os agravos que impedem o desempenho, de forma autônoma e independente, das atividades cotidianas ou atividades de vida diária, permitindo o desenvolvimento de um planejamento assistencial mais adequado. Para este fim, utilizam o protocolo do Ministério da Saúde.

Na unidade, são oferecidas as seguintes ações para os idosos: imunização, promoção de hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física, promoção da saúde bucal, e diagnóstico e tratamento dos problemas clínicos em geral e saúde bucal, tanto na consulta individual, como nas visitas domiciliares.

Além disso, há disponível na unidade a caderneta de saúde do idoso, que auxilia na identificação das pessoas idosas frágeis ou com risco de fragilização, permitindo que os profissionais de saúde façam o planejamento e organização das ações. É um instrumento de cidadania, que contém todas as informações relevantes para o melhor acompanhamento de saúde do idoso. Porém, nem todos possuem e, aqueles que têm as informações não estão adequadas, ou não levam durante as consultas e não entendem o significado da caderneta.

São oferecidas ações educativas com formação do grupo de idosos que ocorrem mensalmente, envolvendo os vários profissionais da equipe de ESF. Mas, desde abril, ainda não foram realizadas, nem programadas, o encontro com este grupo. Segundo informações dos profissionais, tal fato é devido à falta de um responsável para planejamento e organização dentro da equipe, envolvimento da maioria dos profissionais da unidade em atividades de controle e combate ao mosquito da dengue e leptospirose no mês de abril, profissionais da equipe envolvidos com atividades de pós-graduação (mestrado e doutorado), havendo diminuição do tempo disponível para o planejamento e prática dessas ações.

O registro dos atendimentos aos idosos é realizado em prontuário clínico, como também, nas fichas de atendimento ambulatorial diário, onde ficam apenas informações como: o número do prontuário, sexo, idade e patologia.

O total de idosos cadastrados na UBS Rocas foi de 1832 pessoas (650 homens e 1182 mulheres), número superior ao estimado pelo caderno de ações programáticas, havendo uma cobertura de 100% dessa população. Tal fato pode ser explicado pela base de cálculo que o caderno utilizou para estimar o denominador, havendo essa diferença e confirmando as expectativas futuras com relação ao envelhecimento da população. Além disso, há indivíduos cadastrados na unidade que não realizam suas consultas na unidade, pois tem plano de saúde particular. Na equipe 061 são 3402 pessoas cadastradas, sendo 6,64% (226 pessoas) com plano de saúde particular.

Após análise situacional da UBS Rocas, os maiores desafios estão relacionados à reorganização do processo de trabalho, principalmente com relação, a forma de agendamento das consultas do médico e enfermeiro, que são disponibilizadas poucas fichas por semana, não permitindo uma cobertura total anual da população assistida na UBS; melhoria da qualificação e capacitação dos profissionais envolvidos na ESF; incentivo à corresponsabilidade da equipe de ESF, gestores e população; melhoria na busca ativa pelos pacientes; melhoria das atividades de educação coletiva fortalecendo as informações relativas ao conhecimento da doença pelo paciente, estímulo à adesão de hábitos saudáveis e adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Nesse contexto, faz-se necessário determinar um profissional da equipe para planejar, coordenar e monitorar as ações; fazer um livro de registros específicos de acordo com os grupos específicos assistidos na UBS; colocar na equipe de ESF um educador físico; e adesão do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O reconhecimento dessas dificuldades permite identificar que a ideologia do SUS está longe de ser concretizada e praticada, mas se torna um grande passo para buscarmos melhorias e mudar tal realidade.

### 1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Após concluir o relatório de análise situacional, observo que não houve nenhuma mudança com relação à estrutura física da UBS. Nenhuma modificação em relação ao processo de trabalho foi alterada, mesmo após aplicação dos questionários. Percebo que a maioria dos profissionais só cumpre o horário, mas não tem responsabilidade com a saúde da população. Existe uma sobrecarga de alguns profissionais no planejamento e práticas das ações em saúde.

Todas as linhas de cuidados em saúde são realizadas na unidade, porém a forma de planejamento, coordenação dessas ações não é adequada.

A forma de agendamento dos pacientes não permite uma cobertura da população adstrita, havendo uma grande demanda reprimida.

É enorme a falta de infraestrutura com a qual nos deparamos na realidade, quando comparamos como seria o modelo ideal de uma UBS e da assistência na atenção básica.

A percepção inicial da UBS Rocas é que a mesma poderia funcionar como unidade de referência na atenção básica, mesmo tendo 4 equipes de ESF e a estrutura só permitir o funcionamento adequado de 2 equipes, desde que houvesse uma reorganização do processo de trabalho e do comprometimento dos profissionais das equipes de ESF e da gestão da unidade.

## **2. ANÁLISE ESTRATÉGICA**

### **2.1. Justificativa:**

A Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria, preconizam o acompanhamento do crescimento como atividade de rotina na atenção à criança, sendo de fundamental importância desde o nascimento até os 72 meses de idade, para a promoção da saúde e prevenção de agravos, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce nas intercorrências, já que os primeiros anos de vida são particularmente importantes devido ao grande processo do desenvolvimento, em todos os domínios de funções.

Machado et al (2012) cita em seu estudo que é prioritário os cuidados à saúde da criança. Para que esta ação programática seja efetiva e eficiente, é necessário além do conhecimento sobre as características relacionadas à

morbimortalidade, tais como aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, é importante o desempenho adequado dos serviços e do sistema de saúde, que tem problemas no cumprimento de normas técnicas por parte dos profissionais, no relacionamento entre profissional e paciente, falta de equipamentos e outros insumos, deficiências na notificação de dados e dificuldades no processo de trabalho dos profissionais, tornando-se aspectos decisivos para uma adequada atenção à saúde.

Complementam Rocha e Pedraza (2013), que a incorporação da vigilância da saúde da criança, embora tenha sido recomendada há mais de 30 anos no Brasil, mediante a institucionalização do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), ainda não é realizada de forma correta e sistemática pelos profissionais de saúde. É necessária uma articulação e interação do profissional na equipe, com as famílias e na comunidade para o desenvolvimento de ações que visam à cura, a reabilitação e a promoção da saúde.

A UBS Rocas, localizada em zona urbana do município de Natal/RN, possui uma estrutura pequena para realização das atividades da atenção básica, onde atuam quatro equipes da ESF, compostas por: médico, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Existem apenas duas salas de atendimento médico, duas salas para consulta de enfermagem e dois consultórios odontológicos, havendo necessidade de organização das atividades das quatro equipes para realização das atividades de prevenção, promoção da saúde e atendimento clínico. No processo de trabalho, apenas um turno é dedicado à atenção à saúde da criança.

A população da área de abrangência da UBS Rocas, na faixa etária de 0 a 6 anos de idade é de 769 habitantes, sendo 166 da equipe 061. De acordo com o último relatório quadrimestral, a equipe 061, possui 63 crianças menores de um ano cadastradas, mas apenas 8 crianças vem sendo acompanhadas na UBS, revelando um déficit na cobertura dessa população. As ações são mais voltadas para resolução de queixas clínicas agudas, sendo dada pouca ênfase nas ações de promoção à saúde, como também, na saúde bucal.

Dentre os problemas enfrentados pela UBS Rocas, destaca-se a atenção à saúde da criança, havendo a necessidade de uma melhor cobertura dessa faixa etária, em que o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é de

fundamental importância para a promoção à saúde da criança e prevenção de agravos, contribuindo para a melhoria da saúde infantil. A implantação da intervenção será facilitada pelo envolvimento da equipe, devido ao bom relacionamento e disposição para cumprir os objetivos, porém haverá interferência relacionada às mães resistentes ao acompanhamento da saúde da criança e, aquelas, que são acompanhadas em rede particular de saúde, afetando o índice de cobertura.

A intervenção em Saúde da Criança será realizada na equipe de ESF 061, já que as outras equipes não manifestaram interesse no projeto, mesmo tendo sido exposto a importância. Pois cada equipe trabalha de uma forma diferente e as cobranças e exigências da intervenção modificariam essa rotina.

Os objetivos, metas e indicadores de qualidade na atenção à saúde da criança, poderão ser atingidos a partir do engajamento da equipe de saúde da família, da gestão e da participação da população, através, inicialmente, da busca ativa, orientação dos responsáveis pelas crianças e agendamento da primeira consulta, permitindo o aumento do índice de cobertura na atenção a saúde da criança, como também, melhorar o cadastramento e organizar o serviço para melhoria do acesso dessa população.

## 2.2. Objetivos e metas:

### 2.2.1. Objetivo Geral:

Melhorar a atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses de idade da equipe 061 de ESF da USF Rocas, Natal/RN, como também, da saúde bucal das crianças de seis a setenta e dois meses de idade.

### 2.2.2. Objetivos Específicos e Metas da Saúde da Criança:

- Objetivo 1: Ampliar a cobertura do programa de saúde da criança:
  - Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.
- Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança:

- Meta 2.1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas;
  - Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças;
  - Meta 2.3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso;
  - Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso
  - Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças;
  - Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade;
  - Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses;
  - Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças;
  - Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida;
  - Meta 2.10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses;
  - Meta 2.11: Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade de saúde.
- Objetivo 3: Melhorar adesão ao programa de saúde da criança:
    - Meta 3.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.
  - Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:
    - Meta 4.1: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.
  - Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência:
    - Meta 5.1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

- Objetivo 6: Promover a saúde das crianças:
  - Meta 6.1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança;
  - Meta 6.2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta;
  - Meta 6.3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças;
  - Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

### 2.2.3. Objetivos Específicos e Metas da Saúde Bucal da Criança:

- Objetivo 1: Ampliar a cobertura da saúde bucal da criança:
  - Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 60% das crianças entre seis e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde e cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade.
- Objetivo 2: Melhorar a qualidade da saúde bucal criança:
  - Meta 2.1: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes a área de abrangência.
  - Meta 2.2: Realizar a primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico.
  - Meta 2.3: Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta programática.
- Objetivo 3: Melhorar adesão ao programa de saúde bucal da criança:
  - Meta 3.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

- Meta 3.2: Realizar busca ativa das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica e faltaram.
- Objetivo 4: Melhorar o registro das informações da saúde bucal:
  - Meta 4.1: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta.
- Objetivo 5: Promover a saúde bucal das crianças:
  - Meta 5.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica.
  - Meta 5.2: Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica.
  - Meta 5.3: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para os responsáveis de crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica.

### 2.3. Metodologia:

Trata-se de uma pesquisa-ação, que incluirá todos os usuários entre zero e setenta e dois meses de idade acompanhados pela equipe 061 de ESF da UBS Rocas, situada na zona leste do município de Natal/RN. Além dos usuários, os profissionais que atuarem no serviço de saúde também serão o público-alvo do estudo.

Para a realização e sucesso desta pesquisa, faz-se necessária a participação e o empenho de todos os membros da equipe 061 multidisciplinar da UBS Rocas.

Foram utilizados como instrumentos para a intervenção: ficha espelho e planilha de coleta de dados de saúde da criança oferecida pela UFPEL, balança, fita métrica e instrumentos médicos nos casos que forem necessários.

As ações a serem realizadas nesta pesquisa, serão descritas, a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos: organização e

gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

#### 2.4. Ações:

##### 2.4.1. Organização e gestão do serviço:

- O cadastramento das crianças de zero a 72 meses será realizado pelas ACS e o atendimento será agendado para dia e turno específico, como também, as visitas domiciliares. Em casos de urgências o atendimento será oferecido com porta aberta.
- Será realizada visita da equipe da ESF em dia específico, principalmente pelas ACS, para fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.
- Revisão adequada dos aparelhos utilizados para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.
- A criança será encaminhada para serviço especializado em atendimento infantil próximo à unidade de saúde com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.
- A vacinação ocorrerá em todos os dias da semana com porta aberta. Caso seja identificado atraso na vacinação durante o atendimento clínico, o encaminhamento deve ser imediato. O controle das vacinas será realizado pela equipe de enfermagem.
- Ter disponível na farmácia da unidade o suplemento e garantir a dispensação do medicamento.
- Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho que será oferecido e realizado na unidade de saúde em dia e turno específico.
- Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde; cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade; oferecer atendimento

prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde; organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade. A consulta odontológica será oferecida em dia e turno específico para a demanda agendada; portas abertas para os casos necessários que serão acolhidos e orientados. O cadastramento será realizado pelas ACS para ser realizado o acompanhamento adequado.

- Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas que será realizada em dia e turno específico com agendamento da consulta.
- Toda equipe será responsável pelo preenchimento da ficha espelho e registro adequado das informações, sendo o responsável pelo monitoramento dos registros o médico e enfermeiro.
- Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco fazendo a revisão periódica do registro específico e porta aberta para esses casos.
- Cada membro da equipe terá seu papel na prevenção dos acidentes na infância, os quais serão orientados da importância da prevenção de acidentes na infância e como deve ser abordado este assunto junto ao familiar. Identificar nas visitas domiciliares os riscos que estão presentes no domicílio, fazendo a orientação adequada tentando minimizar ou eliminar o risco.
- Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno e na orientação nutricional nas reuniões de equipe. Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola; identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas; organizar todo material necessário para essas atividades; organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

#### 2.4.2. Monitoramento e avaliação:

- O monitoramento do número de crianças cadastradas no programa será realizado pelas ACS e busca ativa daquelas crianças que não compareceram à unidade.

- O monitoramento do percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida ocorrerá através do levantamento dos registros diários das consultas do médico, enfermeiro e dentista nas fichas espelhos e busca ativa pela equipe.
- O monitoramento do percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento, com déficit de peso, excesso de peso e desenvolvimento será realizado no atendimento clínico do médico ou enfermeiro com agendamento para a próxima consulta e, em casos necessários, encaminhamento para atenção especializada realizar.
- O monitoramento do percentual de crianças com vacinas atrasadas e triagem auditiva será verificado sempre na caderneta da criança nos atendimentos clínicos do médico ou enfermeiro, como também, nas visitas domiciliares pela equipe ESF.
- O monitoramento do percentual de crianças que receberam suplementação de ferro, que realizaram teste do pezinho antes dos sete dias de vida será realizado através do registro em ficha-espelho e busca ativa pelas ACS.
- O monitoramento da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade e da saúde bucal será realizado pelo registro em ficha-espelho, durante os atendimentos clínicos de puericultura e visitas domiciliares da equipe.
- O monitoramento da periodicidade das consultas, número médio das consultas realizadas pelas crianças, crianças faltosas, registro de todos os acompanhamentos da criança na UBS e o número de crianças de alto risco na comunidade será realizado pela revisão semanal da ficha-espelho e busca ativa pela equipe.
- O monitoramento do registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho será realizado pela revisão periódica dos registros específicos da saúde da criança.
- O monitoramento das atividades de educação em saúde individual e coletiva, do percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta; da duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos, será realizado na ficha-espelho a cada 15 dias.

### 2.4.3. Engajamento público:

- Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios, que será realizado por toda a equipe de ESF nas visitas domiciliares, atendimento do médico, enfermeiro e dentista.
- Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança, que será realizada pela equipe de ESF em visitas domiciliares, grupo educativo e no atendimento clínico.
- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social; informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade. Estas ações serão realizadas durante o atendimento clínico do médico ou enfermeiro e grupo educativo. Ação: Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.
- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro que será realizado no atendimento clínico do médico ou enfermeiro, visita domiciliar e grupo educativo.
- Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida, durante as consultas de pré-natal pelo médico ou enfermeiro.
- Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade durante o atendimento clínico do médico, enfermeiro e dentista, visita domiciliar da equipe de ESF e grupo educativo.
- Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde durante o atendimento clínico do médico, enfermeiro e dentista, visita domiciliar da equipe de ESF e grupo educativo.
- Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança durante o atendimento clínico do médico, enfermeiro e dentista, visita domiciliar da equipe de ESF e grupo educativo.

- Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas durante o atendimento clínico do médico, enfermeiro e dentista, visita domiciliar da equipe de ESF e grupo educativo.
- Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância durante o atendimento clínico do médico, enfermeiro e dentista, visita domiciliar da equipe de ESF e grupo educativo.
- Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância durante o atendimento clínico do médico, enfermeiro e dentista, visita domiciliar da equipe de ESF e grupo educativo.
- Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno e da alimentação adequada para a saúde geral e também bucal da criança, durante o atendimento clínico do médico, enfermeiro e dentista, visita domiciliar da equipe de ESF e grupo educativo.
- Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar; promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças; promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças, através da divulgação da importância do acompanhamento e promoção da saúde bucal nas consultas clínicas específicas, grupos educativos, visitas domiciliares, busca ativa fora e dentro da unidade de saúde e reuniões escolares.

#### 2.4.4. Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, que será realizada nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários.
- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde; capacitar a equipe sobre a puericultura e

que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde. A capacitação da equipe será realizada nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários.

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas antropométricas, padronizando a equipe e fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, que será realizada nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários.
- Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança, que será realizada nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários.
- Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento, que será realizada nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários.
- Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde através do estudo adequado e contínuo.
- Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação pelo estudo e prática clínica continua.
- Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários.
- Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo; capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico; capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência, que será realizada nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários; estudo adequado e contínuo.

- Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança, que será realizada nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários; estudo adequado e contínuo.
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde, que será realizada nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários; estudo adequado e contínuo.
- Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade, que será realizada nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários; estudo adequado e contínuo.
- Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção, que será realizada nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários; estudo adequado e contínuo.
- Capacitar à equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega", que será realizada nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários; estudo adequado e contínuo.
- Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança, que será realizada nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários; estudo adequado e contínuo.
- Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade, como também, os responsáveis pelo cuidado da criança na creche, que será realizada nas reuniões de equipe e em casos individuais quando necessários; estudo adequado e contínuo; e em reuniões específicas sobre a promoção da saúde nas escolas.

#### 2.5. Indicadores:

A tabela 2 representa os indicadores para cada uma das metas da intervenção em saúde da criança e saúde bucal, identificando o numerador e denominador para cálculo do mesmo.

Tabela 2:

INDICADORES PARA A SAÚDE DA CRIANÇA	
<b>Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.</b>	Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde
	Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
<b>Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.</b>	Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
<b>Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.</b>	Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados.
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
<b>Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas</b>	Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.
	Denominador: Número de crianças com déficit de peso.
<b>Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.</b>	Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.
	Denominador: Número de crianças com excesso de peso.
<b>Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.</b>	Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento.
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
<b>Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.</b>	Numerador: número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e

	<p>pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>
<p><b>Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.</b></p>	<p>Numerador: Número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.</p> <p>Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>
<p><b>Proporção de crianças com triagem auditiva</b></p>	<p>Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.</p> <p>Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>
<p><b>Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.</b></p>	<p>Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.</p> <p>Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>
<p><b>Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico</b></p>	<p>Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.</p> <p>Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>
<p><b>Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica</b></p>	<p>Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.</p> <p>Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.</p>
<p><b>Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.</b></p>	<p>Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas</p> <p>Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.</p>
<p><b>Proporção de crianças com registro atualizado.</b></p>	<p>Numerador: número de fichas-espelho com registro atualizado</p> <p>Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência</p>

	da unidade de saúde.
<b>Proporção de crianças com avaliação de risco.</b>	Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
<b>Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.</b>	Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
<b>Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.</b>	Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde .
<b>Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.</b>	Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
<b>Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.</b>	Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária
	Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.
<b>INDICADORES PARA A SAÚDE BUCAL DA CRIANÇA</b>	
<b>Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática</b>	Numerador: Número de crianças entre 6 e 72 meses de idade residentes na área de abrangência e inscritas no programa Saúde da Criança com primeira consulta odontológica programática.
	Denominador: Número total de crianças entre 6 e 72 meses de idade

	que residem na área de abrangência da unidade de saúde inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.
<b>Proporção de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.</b>	<p>Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.</p> <p>Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.</p>
<b>Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica.</b>	<p>Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.</p> <p>Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que necessitam de atendimento odontológico.</p>
<b>Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.</b>	<p>Numerador: Número de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica com tratamento dentário concluído.</p> <p>Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.</p>
<b>Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.</b>	<p>Numerador: Número de crianças faltosas às consultas e que foram buscadas.</p> <p>Denominador: Número de crianças faltosas às consultas.</p>
<b>Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica e que faltaram.</b>	<p>Numerador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica que faltaram e foram buscadas.</p> <p>Denominador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica e faltaram.</p>
<b>Proporção de crianças com registro atualizado.</b>	<p>Numerador: Número de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.</p> <p>Denominador: Número total de crianças com primeira consulta</p>

	odontológica.
<b>Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.</b>	Numerador: Número de crianças com orientação sobre higiene bucal.
	Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.
<b>Proporção de crianças com orientações nutricionais.</b>	Numerador: Número de crianças com orientação nutricional.
	Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.
<b>Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.</b>	Numerador: Número de crianças cujos responsáveis receberam orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.
	Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

## 2.6. Logística:

Para realizar a intervenção em Saúde da Criança na UBS Rocas (Natal/RN), será adotado o Protocolo de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, 2012 (Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento).

As ações serão registradas em formulário específico, contendo todas as informações necessárias para o monitoramento, inclusive os de saúde bucal, como a ficha espelho de saúde da criança, que será implantada durante a intervenção, já que todos os registros são realizados em prontuário clínico, dificultando o monitoramento dos objetivos e metas a serem atingidos.

As agentes comunitárias de saúde receberam uma ficha para registrar as informações referentes às datas previstas para agendamento de consultas, realizar busca ativa das crianças faltosas, acompanhamento da saúde bucal, controle da vacinação e outros pontos que ainda serão discutidos junto à equipe de ESF.

Estima-se alcançar uma cobertura 60% das crianças de 0 a 72 meses de idade, já que a cobertura atual em relação às crianças menores de 1 ano é somente de 26,5% (47 crianças menores de 1 ano cadastrada na UBS Rocas, número bem

inferior quando comparado ao denominador para indicadores de cobertura das ações programáticas da unidade de saúde que foi de 177.

Para obter as fichas espelhos será realizado contato com o gestor municipal para dispor o número necessário. Além desse registro para monitoramento das ações, será utilizada uma planilha eletrônica de coleta de dados para acompanhamento mensal.

Para organizar o registro específico do programa, será realizado pela médica e agentes comunitárias de saúde um levantamento de todas as crianças de 0 a 72 meses que estão cadastradas na unidade, crianças que foram atendidas nos últimos três meses e gestantes que já passaram da data provável do parto e não realizaram a primeira consulta do filho. Serão localizados os prontuários e todas as informações serão repassadas para a ficha espelho. A partir daí, o primeiro monitoramento será realizado de acordo com as metas desta intervenção.

Com relação às ações da intervenção de monitoramento e avaliação, que visam o aumento da cobertura dos usuários de 0 a 72 meses, será realizado pelo cadastramento e busca ativa pelas agentes comunitárias de saúde, durante as suas visitas domiciliares e agendamento para a consulta; o agendamento das consultas será realizado em qualquer dia da semana, estando disponível um turno e dois números de atendimento nos outros turnos para a demanda espontânea, a fim de que essa população tenha acesso diário, garantindo o cuidado e sem prejuízos aos demais grupos, possibilitando o aumento da cobertura.

Para monitoramento das ações de melhora de qualidade, os registros serão realizados pela médica, enfermeira e dentista nos atendimentos clínicos, tanto no prontuário como na ficha espelho e complementar, para que quinzenalmente sejam revisados, identificando as crianças com alteração no crescimento e desenvolvimento infantil, vacinação em atraso, atraso no teste do pezinho, déficit na suplementação de ferro e saúde bucal, como também, identificar as crianças com atraso nas consultas. Ao final de cada mês, as informações serão coletadas da ficha espelho e consolidadas na planilha eletrônica.

Para organização e gestão do serviço, serão realizadas visitas domiciliares pelas agentes de saúde na busca ativa dessas crianças; todo o material de insumo será oferecido pela unidade de saúde, como também equipamentos adequados para realização das medidas antropométricas; será oferecida vacinação diariamente com

porta aberta, realização do teste do pezinho em um dia nos dois turnos; a farmácia deverá ofertar o suplemento de ferro para as crianças; e a consulta odontológica será oferecida em dia e turno específico para a demanda agendada.

Em relação aos casos de urgência, estes serão atendidos imediatamente, buscando resolutividade e, caso necessário, encaminhamento para unidade de referência ou atendimento especializado. Nos casos de necessidade de visita domiciliar médica, esta será realizada em turno e dia específico, como também, pelo dentista e enfermeiro.

Os registros serão feitos na caderneta da criança, prontuário clínico e ficha espelho, com agendamento para a próxima consulta.

As reuniões de equipe serão realizadas semanalmente, onde serão discutidos os pontos positivos e negativos, as dificuldades encontradas pelos profissionais da equipe e capacitação dos mesmos para contemplar todas as metas que são propostas pelo Ministério da Saúde com relação à saúde infantil.

No que diz respeito ao eixo do engajamento público, toda a equipe buscará informar à população da importância do acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança de 0 a 72 meses, incentivando os responsáveis na corresponsabilidade da saúde da criança, deixando de trazê-los à unidade somente em casos de doenças agudas. As orientações serão realizadas no atendimento médico, do enfermeiro e do dentista, nas visitas domiciliares pelos profissionais da equipe e no grupo educativo, o qual ocorrerá mensalmente. Serão, também, realizados contato com a escola do bairro e clube de mães para apresentar o projeto e esclarecer a importância do acompanhamento da saúde da criança.

O eixo da qualificação da prática clínica ocorrerá nas reuniões de equipe e em momentos individuais quando necessário como também, estudo contínuo e prática clínica no dia a dia dos atendimentos. Serão abordados temas importantes como calendário vacinal, identificação de alteração do crescimento e desenvolvimento para cada faixa etária, manejo de atendimentos específicos e urgência infantil.

O primeiro passo será a capacitação com relação ao Protocolo do Ministério da Saúde no cuidado à saúde da criança, para que toda a equipe utilize esta referência. Todos estudarão os conteúdos do protocolo e nas reuniões serão discutidas e esclarecidas as dúvidas que forem surgindo.

## 2.7. Cronograma:

Tabela 3:

ATIVIDADES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de saúde da criança do Ministério da Saúde 2012.	X											
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X											
Cadastramento de todas as crianças de 0 a 72 meses de idade da área adstrita.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Capacitação dos ACS para busca ativa das crianças de 0 a 72 meses de idade	X											
Solicitação do material / instrumento necessário para as ações coletivas e Capacitação dos ACS	X	X										
Atendimento clínico das crianças de 0 a 72 meses de idade	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo de saúde infantil				X				X				X
Busca ativa das crianças faltosas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática em saúde da criança, solicitando apoio para captação das crianças e para as demais estratégias que serão implementadas.		X				X				X		
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

## 3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1. As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:

A intervenção em saúde da criança na UBS Rocas permitiu a melhora da qualidade da assistência à saúde, mesmo não tendo atingido a meta de cobertura desta população.

Permitiu que a equipe estabelecesse um vínculo com a população, a qual ganhou confiança nos serviços de saúde, deixando de procurar a unidade somente nos casos de doença aguda e acompanhamento da bolsa família.

A equipe de saúde estava bem engajada no projeto, dispostas a atingir as metas propostas, porém as intercorrências físicas da unidade de saúde, falta de agente de saúde em duas microáreas, resistência de alguns pais devido os filhos serem assistidos na rede particular, falta de educação básica, falta de registros adequados e pessoal capacitado, indisponibilidades das outras equipes de ESF da unidade, entre outros, foram fatores que interferiram nas metas.

Com relação aos serviços da ESF para a saúde da criança, a vacinação vem sendo realizada em todos os turnos e, a grande modificação, foi com relação ao teste do pezinho que passou a ser realizado todos os dias, pois era realizado apenas em um dia da semana.

O serviço odontológico também apresentou melhora da sua assistência. As crianças atendidas pela enfermeira e médica iam sendo encaminhadas para a dentista, independente de apresentarem lesão ou não, para serem orientadas as medidas de prevenção, cuidados necessários e realizar a primeira consulta programática. A meta de cobertura da dentista foi muito baixa na intervenção devido afastamento por doença e férias da mesma. Porém, os resultados obtidos foram positivos com a intervenção, já que vinha realizando, nos últimos meses, atendimentos de demanda livre, não havendo o controle da saúde bucal das ações programáticas, o que resultou em um baixo índice no PMAQ.

Os registros do acompanhamento de Crescimento e Desenvolvimento (CD) são de péssima qualidade, não só no prontuário da UBS, mas no cartão das crianças. Não há registro, em algumas situações, do teste do pezinho, teste do olhinho, triagem auditiva, entre outros.

Das atividades de educação em saúde, o PSE vem sendo realizado na Escola Padre Monte, com faixa etária de 14 anos, sendo avaliada a saúde do escolar. Foi realizado ações do outubro Rosa, onde várias pessoas estavam

reunidas e falei sobre a importância do cuidado da saúde da criança, reforçando que não procurem a unidade somente em casos pontuais de doença aguda, é necessário um acompanhamento de rotina.

Outro momento oportuno foi na favela do Maruim, onde há uma grande quantidade de crianças expostas aos diversos fatores de riscos ambiental e social. Estava realizando visita domiciliar, mas a situação de péssimas condições de higienização me levou a realizar, naquele momento, educação em saúde. Falei sobre o projeto de intervenção e que levassem seus filhos à unidade de saúde para realizar avaliação clínica, odontológica, vacinação e serem acompanhadas de forma adequada pela equipe de saúde.

Percebi na prática, a necessidade de intervenções dirigidas às mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, educação, assim como, ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde, a fim de diminuir, os riscos e as doenças prevalentes nesta população como: diarreia, hepatite, tuberculose, entre outras.

Capacitação da equipe foi um dos entraves, pois tive muita dificuldade para realizar. Foram agendadas várias vezes, mas por motivos estruturais e reuniões extraordinárias eram desmarcadas. Em uma reunião geral das equipes, tive a oportunidade de realizar orientações sobre o calendário vacinal.

As mães mostram-se muito satisfeitas com o atendimento, com a atenção e esclarecimentos que foram dadas às suas dúvidas. Passaram a ganhar confiança na equipe e perceber que tem apoio na unidade de saúde do seu bairro.

Todas essas observações permitiram que houvesse uma modificação, também, do acompanhamento do pré-natal, havendo melhora desta ação programática.

3.2. As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente:

Ao observar o cronograma, percebo que não consegui realizar atividades em um grupo de saúde infantil, devido as dificuldades em trazer a população e formar o grupo, já que a maioria das mães trabalham e não tem disponibilidade para ir a

unidade participar, levando seus filhos. Mas, sempre estou orientando as crianças e cuidadores individualmente na consulta. Distribuo panfletos com orientações sobre acidentes na infância, primeiros cuidados em caso de queimadura e alimentação adequada para a criança, de acordo com a faixa etária.

A organização do processo de trabalho também interferiu na intervenção, pois as equipes da unidade estão trabalhando de formas diferentes, contribuindo para uma desorganização da marcação de agendas, marcação de consultas com especialistas, distribuição das técnicas de enfermagem para realização do teste do pezinho, preparo dos pacientes, visitas domiciliares das técnicas, entre outras coisas.

### 3.3. Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores:

A intervenção em saúde da criança está incorporada na atividade da equipe 061. Porém, apesar do agendamento pelas agentes de saúde, de lembrar a consulta com o médico, enfermeiro ou dentista, muitas crianças faltaram, para realizar a primeira consulta e o cadastramento. As agentes de saúde têm realizado a busca ativa dessas crianças, mas continuam faltando.

Apesar de não ter conseguido atingir a meta de cobertura, as metas de qualidades foram atingidas dentro do que estava ao meu alcance, pois muitas ações que deveriam ter sido realizadas na primeira semana de vida ou até 30 dias de vida da criança, para algumas, não foram feitas.

Vários motivos podem justificar este fato: preenchimento inadequado do cartão da criança nas maternidades, baixo nível de escolaridade dos pais, falta de orientação adequada sobre os cuidados com a saúde infantil, pais sem tempo disponível para realizar o acompanhamento do CD, famílias desestruturadas, pais usuários de drogas, entre outras coisas.

### 3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

A proposta da intervenção em saúde da criança foi bem aceita pela equipe 061 quando foram apresentados os objetivos, ações e modificações que seriam necessários para efetivação da intervenção.

Durante o desenvolvimento das ações todos os profissionais envolvidos buscaram cumprir com o seu papel. As ACS realizaram a busca ativa, agendamento e preenchimento do cabeçalho das fichas espelhos. Havia uma troca de informações entre os profissionais da equipe.

Todas as crianças com necessidade de avaliação odontológica foram encaminhadas para a dentista e avaliadas pela mesma, com agendamento das próximas consultas.

O fluxo e dinâmica da atenção à saúde da criança foi estabelecida no mesmo dia e turno entre os profissionais envolvidos permitindo que a criança tivesse que retornar outro dia.

Ao final da intervenção, a rotina já estava estabelecida na atenção à saúde da criança.

Os aspectos que deverão ser melhorados para a incorporação das ações de saúde da criança na UBS Rocas são: organização do processo de trabalho, capacitação profissional, compromisso dos profissionais da unidade com o serviço, relacionamento entre os profissionais e profissionais/ comunidade, e participação/educação da população. Assim, conseguiríamos que todas as equipes de ESF trabalhassem de forma igual proporcionando uma saúde de qualidade.

É de grande importância que as modificações conseguidas com a intervenção permaneçam na rotina de trabalho da equipe e que sejam mostrados os resultados, para que as outras equipes também incorporem a sua rotina. Além disso, que as dificuldades e os entraves que surgirem possam ser superados, para que a população local tenha melhor qualidade de saúde.

#### **4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO**

##### **4.1. Resultados:**

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde da criança de zero a 72 meses de idade. Na área adstrita da UBS existem 769 crianças nesta faixa etária, entretanto a intervenção focalizou a população da equipe 061 que, segundo o último

levantamento tem 166 crianças. Entre essas crianças, realizaram o cadastramento no primeiro mês 16 crianças (9,6%), segundo mês 33 crianças (19,9%), alcançando ao final da intervenção no terceiro mês, uma cobertura na área adstrita de 47 crianças (28,3%).

A meta de cobertura foi muito baixa em relação ao que foi proposto, que era de 60%. O que pode ser explicado pela grande quantidade de crianças acompanhadas no sistema de saúde particular, indisponibilidade dos pais para ir à unidade devido ao trabalho, forma cultural de levar os filhos para o serviço médico somente em casos de doença aguda, falta de educação e falta de agentes comunitários, pois temos duas áreas descobertas.

Além disso, a unidade passou por problemas de estruturas ficando duas semanas com suas atividades comprometidas.

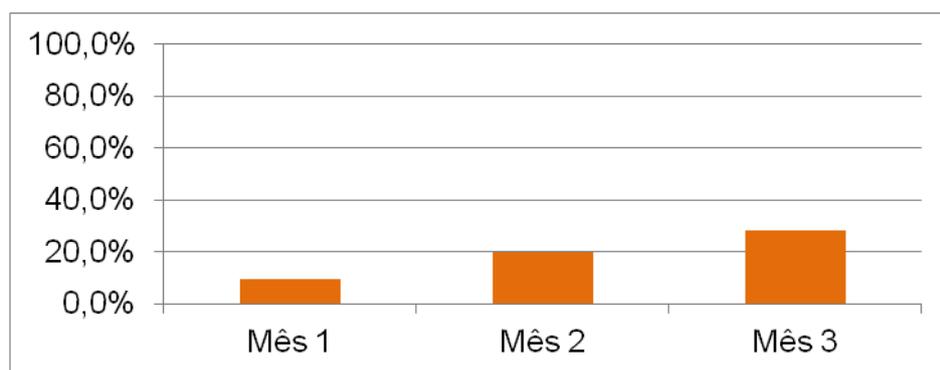


Figura 1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. UBS Rocas, Natal, 2014.

Das 47 crianças de 0 a 72 meses cadastradas, apenas 48,9% realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida. Tal fato pode ser justificado pela péssima qualidade dos registros da UBS Rocas, falta de controle e acompanhamento adequado pela equipe dos recém-nascidos. Apenas 4 crianças nasceram durante os três meses da intervenção, as quais foram visitadas pela equipe na primeira semana de vida.

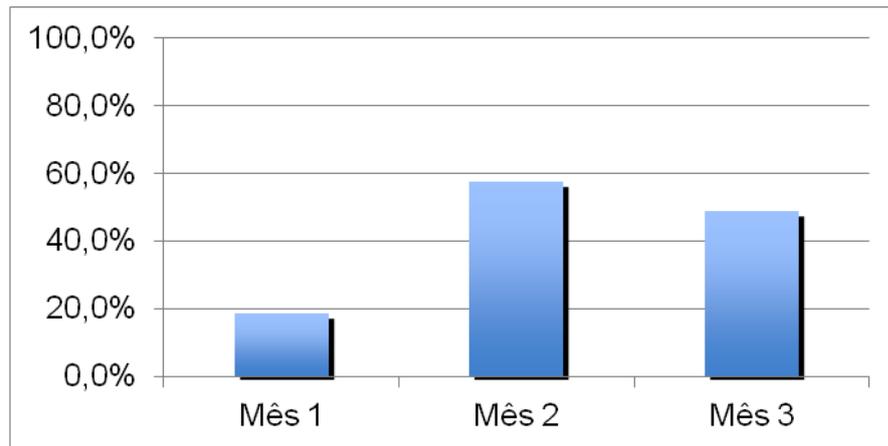


Figura 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. UBS Rocas, Natal, 2014.

Em relação as metas de qualidade: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, crianças com déficit de peso ou excesso de peso, vacinação, suplemento de sulfato ferroso, as metas foram atingidas em 100% ao final da intervenção.

No início da intervenção o monitoramento do crescimento (figura 3) foi realizado em 9 crianças (53,6%) das crianças, com as orientações, as crianças passaram a frequentar a unidade de acordo com a necessidade de avaliação e faixa etária, tendo atingido a meta proposta no segundo mês (33 crianças) e terceiro mês (47 crianças) de 100%.

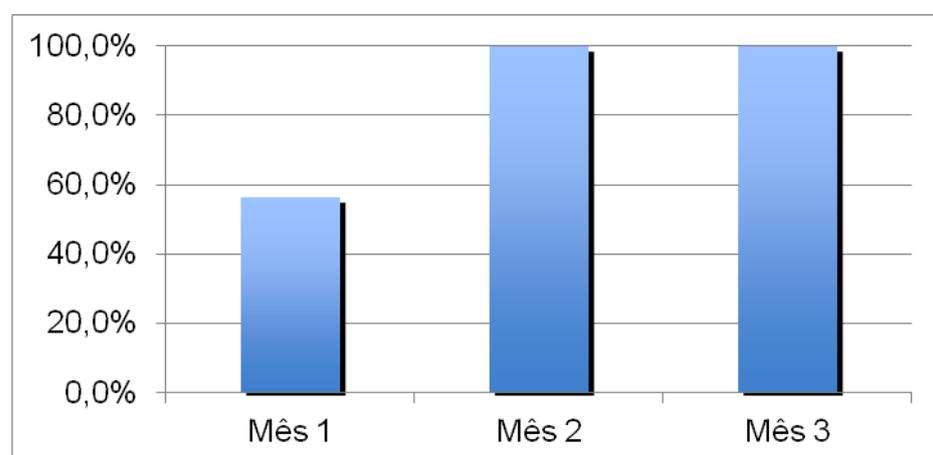


Figura 3: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento. UBS Rocas, Natal, 2014.

A figura 4 que representa o monitoramento das crianças com déficit de peso, no mês 1 e mês 2 nenhuma criança foi cadastrada. Apenas uma criança no mês 3 teve déficit de peso, sendo monitorada, portanto atingindo a meta de 100% para este indicador.

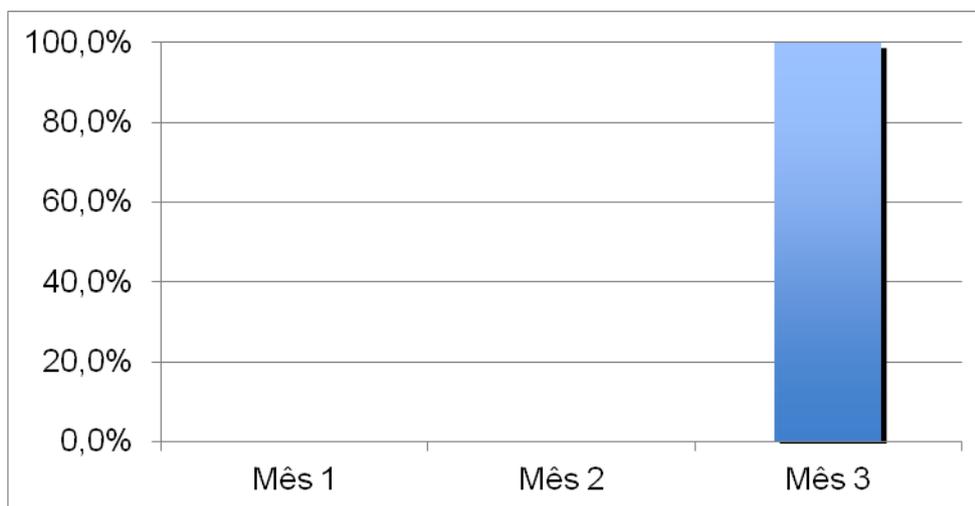


Figura 4: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas. UBS Rocas, Natal, 2014.

Para o monitoramento do excesso de peso (figura 5), no primeiro mês 50% das crianças estavam sendo acompanhadas (1 criança). Já no mês 2 e mês 3, 100% das crianças estavam sendo acompanhadas, sendo respectivamente, 3 e 5 crianças.

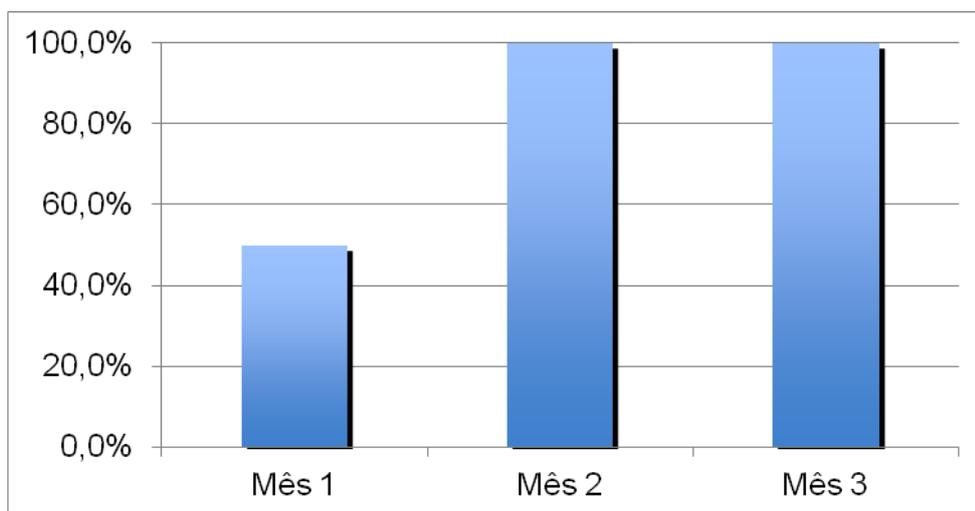


Figura 5: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas. UBS Rocas, Natal, 2014.

No início da intervenção o monitoramento do desenvolvimento (figura 6) foi realizado em 9 crianças (53,6%) das crianças, com as orientações, as crianças passaram a frequentar a unidade de acordo com a necessidade de avaliação e faixa etária, tendo atingido a meta proposta no segundo mês (33 crianças) e terceiro mês (47 crianças) de 100%.

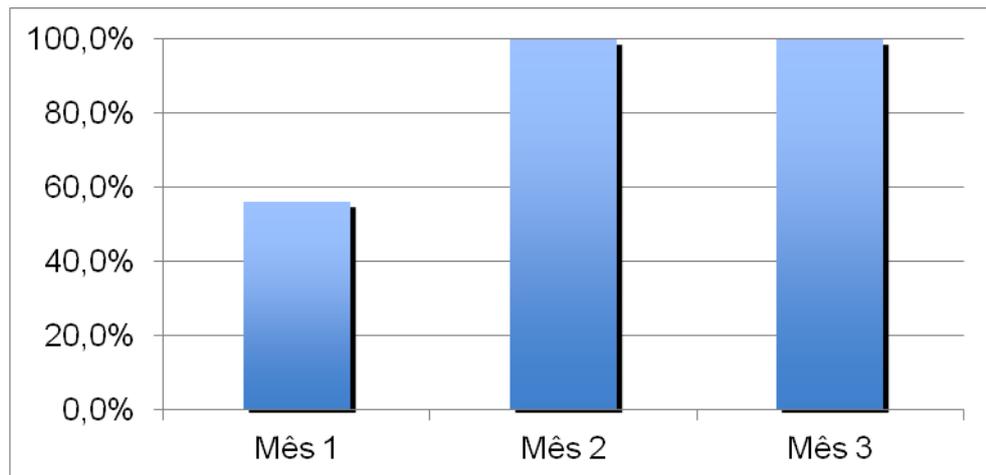


Figura 6: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. UBS Rocas, Natal, 2014.

A figura 7 representa o indicador de monitoramento da vacinação. No início da intervenção estavam com vacinação em dia 87,7% (14 crianças) das 16 cadastradas no primeiro mês. Ao final do terceiro mês as 47 crianças cadastradas foram monitoradas e o calendário vacinal foi colocado em dia durante a intervenção.

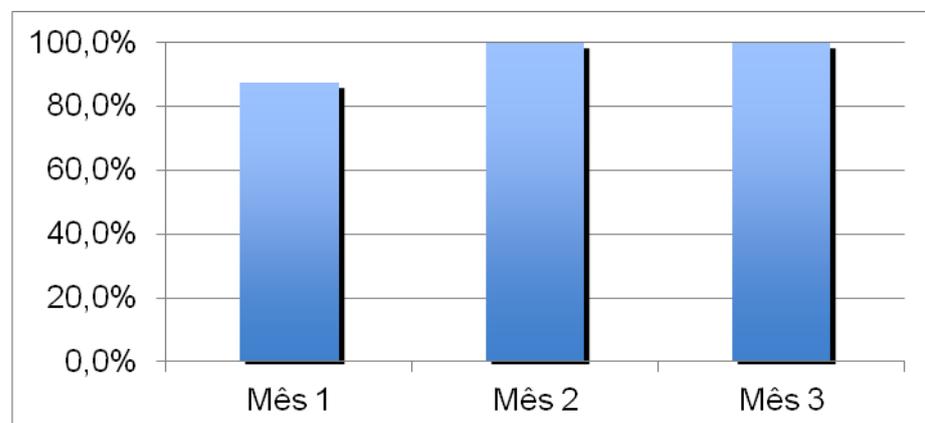


Figura 7: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. UBS Rocas, Natal, 2014.

Durante a intervenção 100% das crianças que necessitavam de suplementação de ferro estavam monitoradas, sendo no mês 1, 2 e 3, respectivamente, 4, 12 e 18 crianças.

A triagem auditiva, por ser um monitoramento que deveria ter sido realizado de preferência na maternidade, foi uma meta que não pode ser atingida em 100%. A medida que as crianças de 0 a 72 meses iam sendo cadastradas as metas atingidas no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, foram: 62,5% (10), 78,8% (26) e 76,6% (36). Tal situação pode ser justificada pela falta de registro na maternidade, não realização do exame nas primeiras 48 horas ou até 30 dias de vida, déficit na orientação no pré-natal sobre os principais exames que a criança deve realizar na primeira semana de vida.

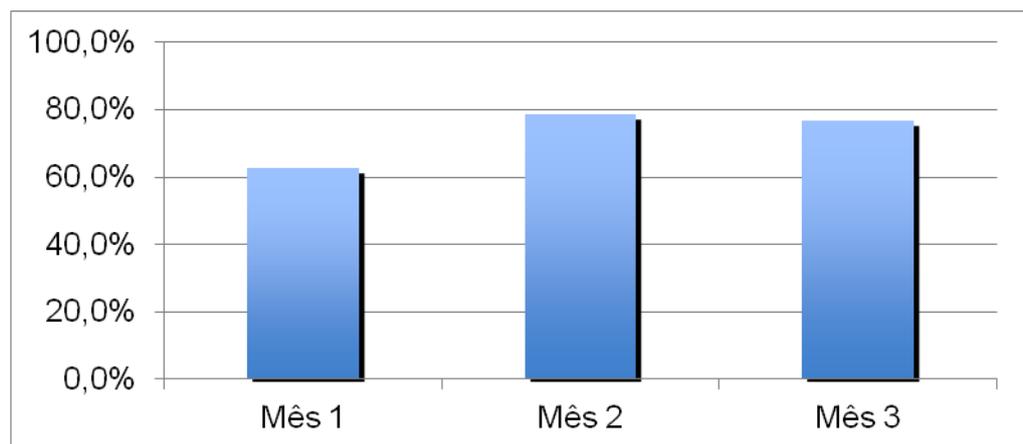


Figura 8: Proporção de crianças com triagem auditiva. UBS Rocas, Natal, 2014.

O teste do pezinho, exame que deve ser realizado na primeira semana de vida ou até 30 dias de vida, foi uma meta também que não pode ser atingida em 100%. A medida que as crianças de 0 a 72 meses iam sendo cadastradas as metas atingidas no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, foram: 37,5% (06), 69,7% (23) e 72,3% (34). Tal situação pode ser justificada pela falta de registro na maternidade, não realização do exame, déficit na orientação no pré-natal sobre os principais exames que a criança deve realizar na primeira semana de vida.

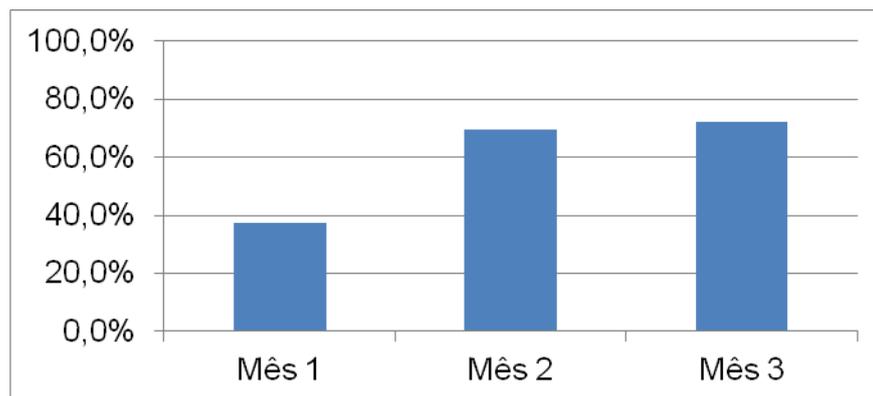


Figura 09: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. UBS Rocas, Natal, 2014.

Todas as crianças cadastradas foram avaliadas a necessidade de atendimento odontológico, porém independente de encontrar lesão ou não, todas foram submetidas a consulta com a dentista, realizando a primeira consulta programática. Portanto, as metas odontológicas foram de 100% no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção.

A figura 10 mostra a proporção de crianças que realizaram a primeira consulta odontológica, sendo no primeiro mês 25% (3 crianças), segundo mês 61,5% (16 crianças) e terceiro mês 80% (32 crianças). Durante a intervenção a dentista ausentou-se por problemas de saúde, não sendo possível atingir a meta.

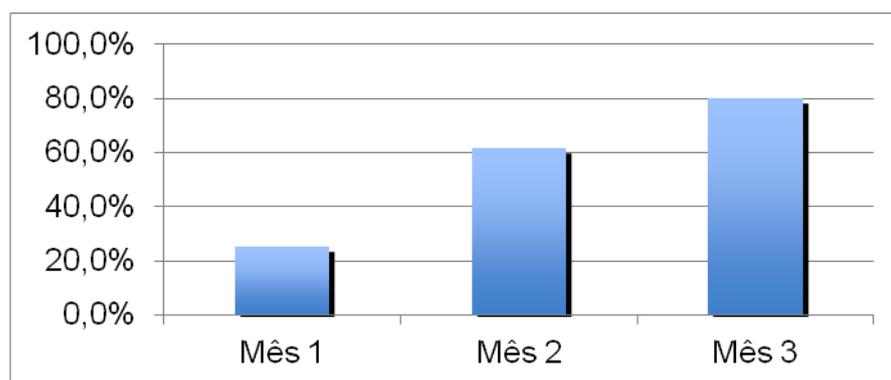


Figura 10: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. UBS Rocas, Natal, 2014.

Das crianças que foram cadastradas e agendadas, para as consultas de retorno de acompanhamento, não faltaram, assim, não houve necessidade de busca ativa. Mas as crianças que não chegaram a ser cadastradas e que as agentes haviam agendado, porém faltaram à consulta, houve necessidade de busca ativa.

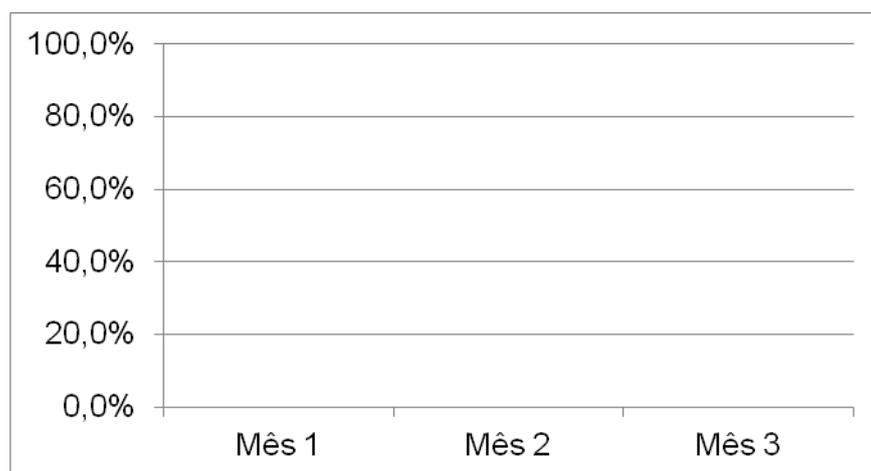


Figura 11: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas aas consultas no programa de saúde da criança. UBS Rocas, Natal, 2014.

Conforme a figura 14 observa-se que houve melhora da qualidade do registro dos atendimentos, atingindo 100%, conforme programado, em relação as crianças cadastradas. Isso pode ser explicado pela colaboração de toda equipe no preenchimento das fichas espelhos de cada criança e reconhecimento da importância de ter todas as informações registradas adequadamente para o acompanhamento da saúde infantil.

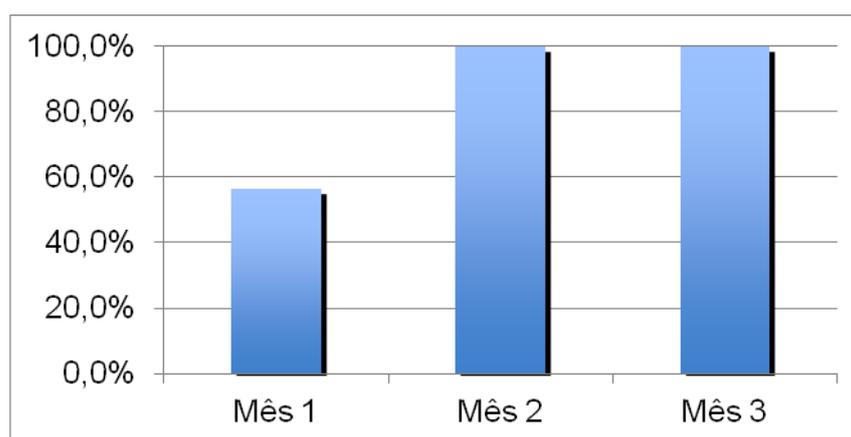


Figura 12: Proporção de crianças com registro atualizado. UBS Rocas, Natal, 2014.

Todas as crianças foram submetidas a avaliação de risco, tendo atingido a meta de 100% (47 crianças).

Todas as 47 crianças (100%) foram orientadas sobre prevenção de acidentes na infância. Além de orientação verbal foi realizada distribuição de panfletos sobre as primeiras medidas que devem ser tomadas em caso de acidente e intoxicação, evitando que a família tome medidas absurdas e não tratáveis.

A meta de avaliação do ato de mamar não foi possível atingir 100%, pois muitas crianças, principalmente na faixa etária de zero a seis meses, não estavam mamando mais. Os fatores que contribuíram foram: falta de registro adequado no prontuário das primeiras consultas, falta de produção de leite, retorno ao trabalho, falta de orientação adequado sobre a importância do leite materno.

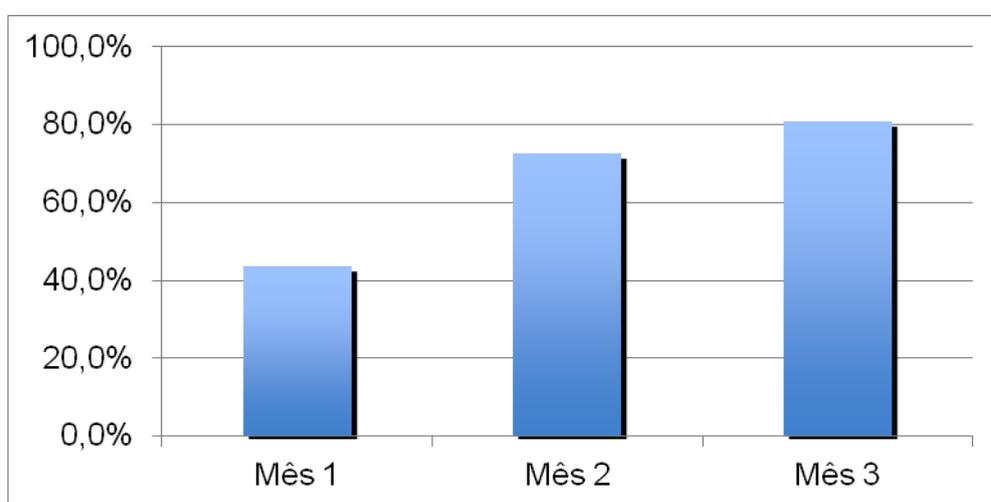


Figura 13: Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. UBS Rocas, Natal, 2014.

As 47 crianças, que correspondem a 100% foram orientadas sobre a nutrição ideal para cada faixa etária e receberam orientação sobre higiene bucal, prevenção de cárie.

No que diz respeito à saúde bucal, a cobertura atingida foi de 19,3% das 166 crianças residentes na área de abrangência da equipe 061.

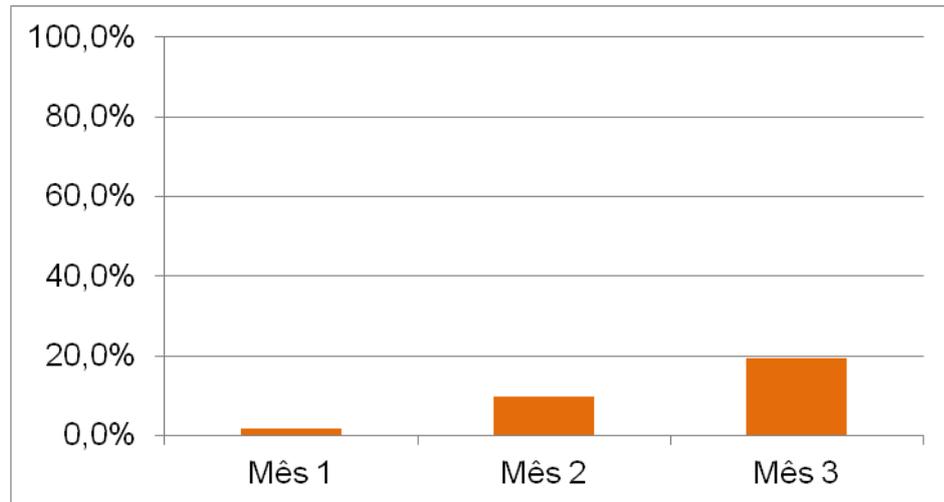


Figura 14: Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática. UBS Rocas, Natal, 2014.

Necessitaram de tratamento odontológico 5 crianças, que ainda continuam em acompanhamento. Não foi realizado fluoroterapia devido falta de material.

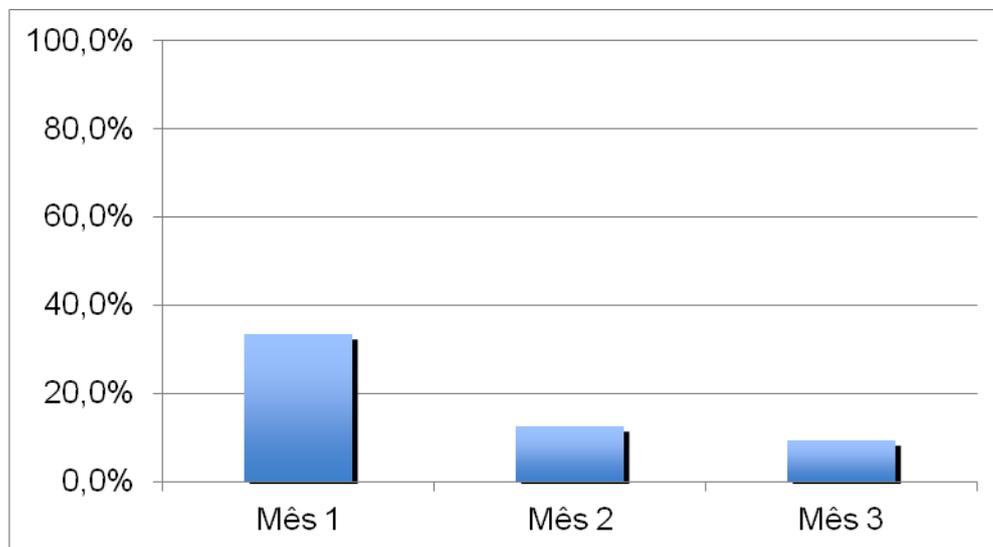


Figura 15: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico UBS Rocas, Natal, 2014.

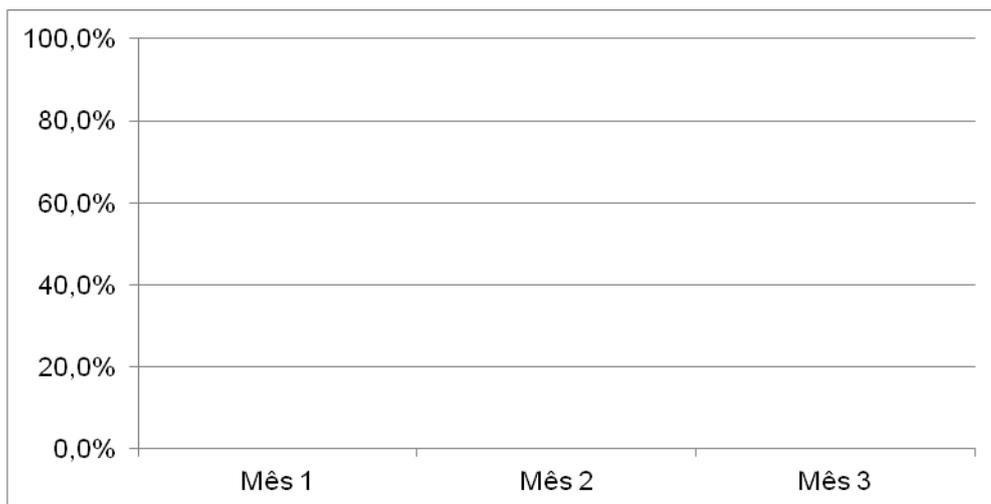


Figura 16: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com fluoroterapia. UBS Rocas, Natal, 2014.

Do total de crianças avaliadas, 84,4%, foram avaliadas e tiveram seu tratamento concluído ainda na primeira consulta.

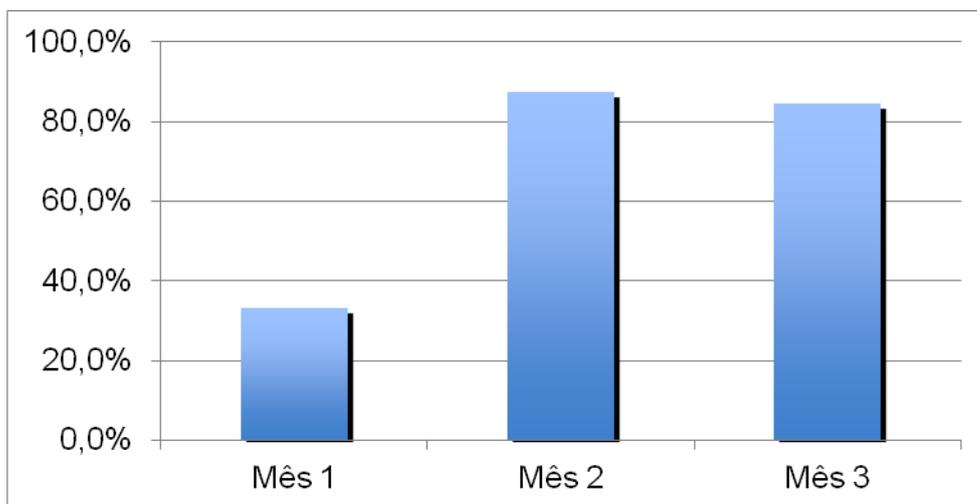


Figura 17: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com tratamento dentário concluído. UBS Rocas, Natal, 2014.

Não houve necessidade de busca ativa. As crianças eram encaminhadas para avaliação odontológica logo após a consulta médica. Portanto, aquelas que necessitaram de avaliação ou tratamento já saíam da unidade com agendamento das próximas consultas odontológicas, não havendo falta destas crianças no decorrer da intervenção.

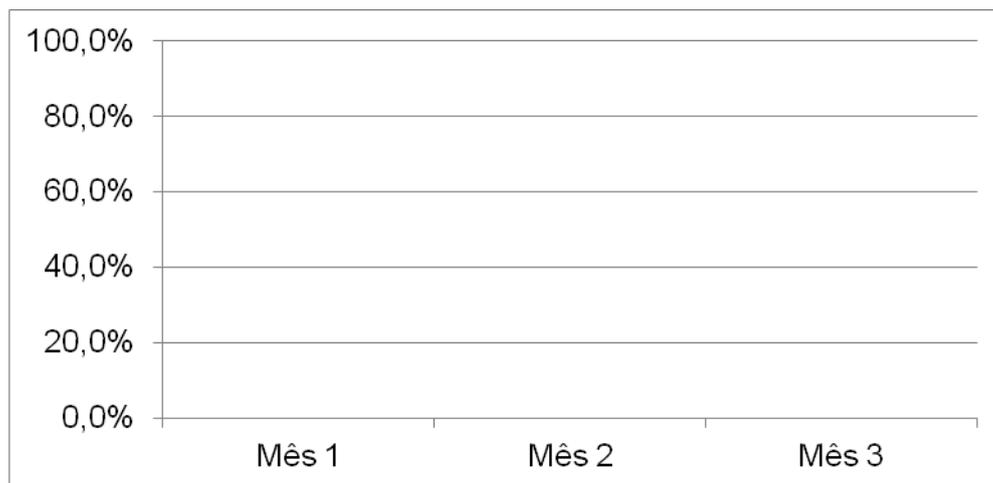


Figura 18: Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde. UBS Rocas, Natal, 2014.

Todos os registros odontológicos foram realizados na ficha espelho de saúde bucal para 100% das crianças.

As 32 crianças (100%) receberam orientações de prevenção, higiene bucal, dieta, hábitos de sucção nutritiva/não nutritiva e prevenção de oclusopatias nos três meses de intervenção.

#### 4.2. Discussão:

A intervenção em saúde da criança na USF Rocas (Natal/RN) proporcionou a ampliação da cobertura da atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses de idade de 28,3%, em relação aos cuidados que eram oferecidos anteriormente. Além disso, permitiu a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a realização do teste do pezinho diariamente e assistência odontológica.

Até o início da intervenção, a atenção oferecida às crianças baseava-se nas consultas médicas e de enfermagem na unidade. A maioria destes usuários não possuía registros adequados no prontuário clínico, único instrumento de registro dos procedimentos e não havia um controle adequado do número de crianças da área de abrangência da equipe 061.

O trabalho em equipe foi essencial para a realização das ações propostas pelo estudo. A considerável maioria dos membros da equipe foi participativa, tendo

as ACS realizado à busca ativa, agendamento, organização e colaborando no preenchimento adequado das fichas espelhos.

A dentista, que só realizava atendimento de demanda livre ou espontânea, passou a realizar as ações de saúde bucal para as crianças, melhorando os indicadores. A cobertura foi de 19,3% em relação às crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência da equipe 061. Tiveram sua primeira consulta odontológica programática, sendo que, 5 crianças necessitaram de tratamento odontológico contínuo.

A saúde bucal das crianças passou a ser rotina das atividades da equipe 061. A dentista, além de realizar os registros na ficha espelho de saúde bucal fornecida pela UFPEL, sempre repassava informações nas reuniões de equipe, havendo uma troca de informações entre os profissionais sobre os cuidados com a saúde das crianças.

As atividades educativas em grupo com genitoras e crianças foram realizadas em momentos oportunos na sala de espera ou na comunidade, sendo abordados temas relacionados aos cuidados de higiene, acidentes na infância (queimaduras e intoxicação), onde foram distribuídos panfletos, o qual também era oferecido às mães nas consultas individuais.

Apesar da meta de formar um grupo de saúde infantil com encontros mensais não ter se concretizado, fica o desafio para a equipe da USF Rocas implantar o grupo, seguir o cronograma de encontros previstos, programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas nos encontros e captar os usuários.

Apenas 47 crianças (28,3%) foram cadastradas na intervenção, mas esse número pode aumentar, de modo que a intervenção está estabelecida na rotina da equipe, bastando apenas que seja reforçado nas reuniões de equipe, o atendimento médico ou de enfermagem, e durante as visitas domiciliares.

O cadastro desses usuários no cotidiano do serviço da USF Rocas configura-se como uma ação de acompanhamento favorecendo a vinculação desses usuários com a equipe, que deixam de procurar a unidade somente nos casos de doença aguda e acompanhamento da bolsa família. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação da equipe multidisciplinar.

As mães mostram-se muito satisfeitas com o atendimento, com a atenção e esclarecimentos que foram dadas às suas dúvidas. Passaram a ganhar confiança na equipe e perceber que tem apoio na unidade de saúde do seu bairro.

A capacitação da equipe foi um dos entraves, devido às dificuldades que surgiram para realizar, tendo realizado apenas orientações sobre o calendário vacinal em grupo, e situações individuais com outros temas. Porém, é um fator de grande importância para abordagem das ações da saúde da criança, tanto para a implementação da intervenção, quanto para a qualificação do processo de trabalho na atenção a esse grupo.

Nessa perspectiva, pode-se inferir que outras ações dessa natureza e que envolvam as outras equipes de saúde da USF Rocas, são necessárias para melhorar ainda mais o trabalho na unidade, como capacitações que contribuam para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas relacionados à saúde da criança, e que reforce o compromisso e as atribuições de cada membro da equipe.

Após os três meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de aumentar a cobertura e qualificar as ações de cuidados na atenção básica para o cuidado da saúde da criança foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhoria da adesão ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Indiretamente houve qualificação da atenção prestada ao Pré-Natal, já que são duas ações interligadas e que as orientações no período gestacional irão interferir nos cuidados da criança. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

Além disso, faz-se necessárias intervenções dirigidas às mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, educação, assim como, ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde, a fim de diminuir, os riscos e as doenças prevalentes na população infantil.

É de grande importância que as modificações conseguidas com a intervenção permaneçam na rotina de trabalho da equipe e que sejam mostrados os resultados, para que as outras equipes também incorporem a sua rotina. Além disso, que as dificuldades e os entraves que surgirem possam ser superados, para que a população local tenha melhor qualidade de saúde.

Diante dos resultados obtidos com a intervenção, se esta fosse iniciada neste momento, aumentaria o número de capacitações da equipe, estabelecendo e reforçando a importância dos cuidados da saúde da criança, do papel de cada profissional dentro da equipe, criaria um momento de rodas de conversa com mães para identificar quais são os principais problemas e dúvidas, proporcionando o compartilhamento de informações e buscando resolutividade.

Além disso, tentaria engajar todas as equipes de ESF da UBS Rocas, pois o processo de trabalho seria diferente e, talvez, as linhas de cuidados da saúde infantil fossem ofertadas com melhor qualidade. Esses são pontos importantes que devem ser incorporados à rotina do trabalho da ESF e constituem os próximos passos para continuidade do cuidado em saúde.

#### 4.3. Relatório da intervenção para gestores:

Este relatório tem por objetivo mostrar a importância da atenção básica em saúde da criança, proporcionando um crescimento e desenvolvimento infantil com qualidade, diminuindo os riscos e agravos à saúde desta população a partir das ações básicas de saúde. Foi realizada uma intervenção na UBS Rocas no período de três meses com realização de ações em saúde da criança.

A Organização Mundial da Saúde, o Ministério da Saúde e a Sociedade Brasileira de Pediatria, preconizam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como atividade de rotina na atenção à criança, sendo de fundamental importância desde o nascimento até os 72 meses de idade, para a promoção da saúde e prevenção de agravos, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce nas intercorrências, já que os primeiros anos de vida são particularmente importantes devido ao grande processo do desenvolvimento, em todos os domínios de funções.

No último relatório, a equipe 061, possui 63 crianças menores de um ano cadastradas, mas apenas 8 crianças vinham sendo acompanhadas na UBS, revelando um déficit na cobertura dessa população. Fatores como: falta de ACS e cobertura da saúde por plano de saúde particular interferem nessa abrangência.

Com a implantação da intervenção na USF Rocas e a coleta de dados em três meses, conseguimos cadastrar 28,3% das crianças (47 crianças), número este que pode aumentar com a intervenção estabelecida na rotina da equipe.

A implantação da intervenção foi facilitada pelo envolvimento da equipe, devido ao bom relacionamento e disposição para cumprir os objetivos, porém houve interferência relacionada às mães resistentes ao acompanhamento da saúde da criança e, aquelas, que são acompanhadas em rede particular de saúde, afetando o índice de cobertura.

Os objetivos, metas e indicadores de qualidade na atenção à saúde da criança, foram atingidos em 100% a partir do engajamento da equipe de saúde da família, da gestão e da participação da população, através, inicialmente, da busca ativa, orientação dos responsáveis pelas crianças e agendamento da primeira consulta, permitindo o aumento do índice de cobertura na atenção a saúde da criança, como também, melhorar o cadastramento e organização do serviço.

A intervenção em saúde da criança na USF Rocas (Natal/RN) proporcionou a ampliação da cobertura da atenção à saúde das crianças de zero a 72 meses de idade, em relação aos cuidados que eram oferecidos anteriormente. Além disso, permitiu a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a realização do teste do pezinho diariamente e assistência odontológica.

Até o início da intervenção, a atenção oferecida às crianças baseava-se nas consultas médicas e de enfermagem na unidade. A maioria destes usuários não possuía registros adequados no prontuário clínico, único instrumento de registro dos procedimentos e não havia um controle adequado do número de crianças da área de abrangência da equipe 061.

O trabalho em equipe foi essencial para a realização das ações propostas pelo estudo. A considerável maioria dos membros da equipe foi participativa, tendo as ACS realizado à busca ativa, agendamento, organização e colaborando no preenchimento adequado das fichas espelhos; a dentista, que só realizava atendimento de demanda livre ou espontânea, passou a realizar as ações de atenção básica para as crianças.

Apesar da meta de formar um grupo de saúde infantil com encontros mensais não ter se concretizado, fica o desafio para a equipe da USF Rocas implantar o grupo, seguir o cronograma de encontros previstos, programar e

supervisionar as atividades a serem desenvolvidas nos encontros e captar os usuários.

Atividades educativas com a população foram realizadas em momentos oportunos como na sala de espera e comunidade.

O cadastro desses usuários no cotidiano do serviço da USF Rocas configura-se como uma ação de acompanhamento favorecendo a vinculação desses usuários com a equipe, que deixam de procurar a unidade somente nos casos de doença aguda e acompanhamento da bolsa família. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação da equipe multidisciplinar.

A capacitação da equipe foi um dos entraves, devido às dificuldades que surgiram para realizar, tendo realizado apenas orientações sobre o calendário vacinal em grupo, e situações individuais com outros temas. Porém, é um fator de grande importância para abordagem das ações da saúde da criança, tanto para a implementação da intervenção, quanto para a qualificação do processo de trabalho na atenção a esse grupo, sendo importante a participação da Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN nas atualizações e capacitações dos profissionais de saúde.

Após os três meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de aumentar a cobertura e qualificar as ações de cuidados na atenção básica para o cuidado da saúde da criança foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhoria da adesão ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Indiretamente houve melhoria na qualificação da atenção prestada ao Pré-Natal, já que são duas ações interligadas e que as orientações no período gestacional irão interferir nos cuidados da criança.

Além disso, faz-se necessárias intervenções dirigidas às mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, educação, assim como, ações diretas definidas pelas políticas públicas de saúde, a fim de diminuir, os riscos e as doenças prevalentes na população infantil.

É de grande importância que as modificações conseguidas com a intervenção permaneçam na rotina de trabalho da equipe e que sejam mostrados os resultados, para que as outras equipes também incorporem a sua rotina. Além disso, que as dificuldades e os entraves que surgirem possam ser superados, para que a população local tenha melhor qualidade de saúde.

#### 4.4. Relatório da intervenção para a comunidade:

Este relatório tem por objetivo mostrar a importância dos cuidados básicos da saúde da criança, para que cresça e se desenvolva com qualidade, diminuindo os riscos de adquirir doenças. Foi realizada uma intervenção na UBS Rocas, no período de três meses com realização de ações em saúde da criança.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, do nascimento até os 72 meses, é de fundamental importância para a saúde da criança e prevenção de doenças, identificando situações de risco e tratando as doenças que surgirem o mais rápido possível.

Ações aparentemente simples como: pesar, medir, avaliar o desenvolvimento e utilizar o cartão da criança, devem ser realizadas de forma correta e em todas as consultas pela equipe de saúde. Para isso, é necessário que os profissionais estejam capacitados e as mães façam o acompanhamento correto da saúde do seu filho.

A USF Rocas, antes da intervenção, apresentava um déficit do acompanhamento do CD, com baixa cobertura, falta de registro adequado das informações da criança e falta de acompanhamento da dentista.

A partir do momento que a intervenção iniciou, o número de crianças acompanhadas pela equipe 061 na USF Rocas aumentou, deixando as mães de procurarem a unidade somente em casos de doença. Aumentou o número de crianças assistidas pela dentista, atualizou o quadro vacinal, proporcionou melhora da alimentação das crianças, orientações em casos de acidentes. As mães passaram a trazer o cartão da criança para realizar as atualizações e cobrar do profissional o preenchimento adequado.

Como a intervenção melhorou a assistência ao pré-natal, as futuras mães estão mais orientadas quanto aos primeiros cuidados e ações que devem ser realizadas na primeira semana de vida.

Além disso, a equipe de saúde se aproximou mais das famílias, entrando em seus lares e identificando os problemas, e por consequência permitindo que as famílias ganhassem confiança na equipe.

As atividades educativas em grupo com genitoras e crianças foram realizadas em momentos oportunos na sala de espera ou na comunidade, sendo abordados temas relacionados aos cuidados de higiene, acidentes na infância (queimaduras e intoxicação), onde foram distribuídos panfletos, o qual também era oferecido às mães nas consultas individuais. Apenas 47 crianças (28,3%) foram cadastradas na intervenção, mas esse número pode aumentar, de modo que a intervenção está estabelecida na rotina da equipe, bastando apenas que seja reforçado nas reuniões de equipe, no atendimento médico ou de enfermagem, e durante as visitas domiciliares.

As mães mostram-se muito satisfeitas com o atendimento, com a atenção e esclarecimentos que foram dadas às suas dúvidas.

Após os três meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de aumentar a cobertura e qualificar as ações de cuidados na atenção básica para o cuidado da saúde da criança foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhoria da adesão ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

## **5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

No início do curso, visava somente a qualificação profissional e a obtenção do título de especialista em saúde da família, não esperava quão seria grande o aprendizado tanto para a vida profissional e pessoal.

Ao entender o Projeto Pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo. Compartilhei aprendizados com a equipe multidisciplinar da USF que trabalho, trouxe para fóruns considerações e dúvidas dos membros das equipes e compartilhei experiências.

Primeiramente, como havia iniciado minhas atividades do provab na USF Redinha por um mês, tive que estabelecer novo vínculo com a equipe de ESF e conhecer todo o processo de trabalho da USF Rocas. Durante o desenvolvimento das atividades do curso aprendi a escutar o próximo, identificar as reais necessidades e dificuldades em saúde da comunidade onde estava inserida,

compartilhar conhecimentos, ganhar confiança da população e, mesmo com as dificuldades do SUS, confiança no serviço de atenção básica.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da ESF, ações programáticas, principalmente, saúde da criança e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da USF Rocas em relação à puericultura.

Aprendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Sobre a organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da ESF, aprendi que se faz necessária para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários.

## 6. REFERÊNCIAS

BOEHS, A. E. et al. A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados das mães de crianças entre 0 a 6 anos usuárias da estratégia de saúde da família. **Revista de Saúde Coletiva**, 21 (3), 1005-1021. Rio de Janeiro (RJ), 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. **Caderno de Atenção Básica**, nº 33. Brasília (DF), 2012.

COLUSSI, C. F.; CALVO, M.C.M. Modelo de avaliação da saúde bucal na atenção básica. **Caderno de saúde Pública**, 27(9), p 1731-1745, setembro, Rio de Janeiro (RJ), 2011.

MACHADO, M.M.T. et al. Característica dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará. **Ciência e Saúde Coletiva**, 17(11), 3125-3133, 2012.

OLIVEIRA, L.L. et al. Desenvolvimento infantil: concordância entre a caderneta de saúde da criança e o manual para vigilância do desenvolvimento infantil. **Revista Paulista de Pediatria**, 30 (4), 479-485, São Paulo (SP), 2012.

RIBEIRO, A.M.; SILVA, R.R.F.; PUCCINI, R.F. Conhecimentos e práticas de profissionais sobre desenvolvimento da criança na atenção básica à saúde. **Revista Paulista de Pediatria**, 28 (2), 208-214, São Paulo (SP), 2010.

ROCHA, A.C.D; PEDRAZA, D.F. Acompanhamento do crescimento infantil em unidades básicas de saúde da família do município de queimadas, Paraíba, Brasil. **Texto Contexto Enfermagem**, 22 (4), 1169-1178. Florianópolis (SC), 2013.

SILVA, J.B.O.R.; SOUZA, I.P.R.; TURA, L.F. Saúde bucal da criança: **manual de orientação para profissionais e estudantes da área da saúde**. Universidade José do Rosário Velano – UNIFEMAS, 2006.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; MOCHEL, E.G. Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 31 (4), 701-707, Porto Alegre (RS), 2010.

SOUSA, F.G.M.; ERDMANN, A.L.; MOCHEL, E.G. Modelando a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(esp), 263-271. Florianópolis (SC), 2011.

SOUZA, M.H.N. et al. Integralidade como uma dimensão da prática assistencial do enfermeiro no acolhimento mãe-bebê. *Esc Anna Nery*, 17 (4), 677-682, 2013.

ANEXOS







## ANEXO 3 – PLANILHA DE COLETA DE DADOS PARA A SAÚDE DA CRIANÇA

**1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** **11** **12** **13** **14** **15** **16** **17** **18**

**4** Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde

**7** Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área e acompanhadas na unidade de saúde

**11** \*estimativa de crianças residentes na área por faixa etária

População total residente da área de abrangência da Unidade de Saúde	
Menores de 12 meses	0
De 12 a 24 meses	0
De 25 a 72 meses	0
Total de crianças entre zero e 72 meses	0

**4** Considere o total de crianças na faixa etária, residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequenta o Programa de Puericultura na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (\*). Se o cadastro estiver

**7** Considere apenas as crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde que frequentam o Programa de Puericultura. Você pode obter este dado contando as fichas de Saúde da Criança / fichas espelho / fichas sombra.

**11** Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

**16** Este seria o número total estimado de crianças entre 0 e 72 meses residentes no território.

**14** Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Indicadores

**1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** **11** **12** **13**

**1** **Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1**

Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										

**14** Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Indicadores

**1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9** **10** **11** **12** **13**

**1** **Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1**

Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi realizada triagem auditiva na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança entre 6 e 72 meses recebeu avaliação da necessidade de atendimento odontológico?	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança faltou à consulta agendada com médico ou enfermeiro?	Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1									
	2									
	3									
	4									
	5									
	6									
	7									
	8									
	9									
	10									

**14** Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Indicadores

	A	B	C	U	V	W	X	Y	Z
1	<b>Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1</b>								
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança está com registro adequado na ficha espelho?	Foi realizada avaliação de risco na criança?	A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância?	A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura?	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional na unidade de saúde de acordo com a faixa etária?	A mãe (responsável) recebeu orientação na unidade de saúde sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1							
5		2							
6		3							
7		4							
8		5							
9		6							
10		7							
11		8							
12		9							
13		10							



	A	B	C	N	O	P
1	<b>Indicadores de Saúde Bucal da Criança - Mês</b>					
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança recebeu orientação sobre higiene bucal?	A criança recebeu orientação sobre dieta?	A mãe ou responsável recebeu orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1				
5		2				
6		3				
7		4				
8		5				
9		6				
10		7				
11		8				
12		9				
13		10				

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	<b>Digite apenas nas células em VERDE.</b>									
2										
3										
4	Número total de crianças entre 6 e 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           Considere o total de crianças na faixa etária residentes na área de abrangência da unidade de saúde, independente se frequenta o Programa de Puericultura na unidade de saúde ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver         </div>						
5										
6										
7										
8										
9										
10	*Estimativa de crianças residentes na área por faixa etária			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;">           Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.         </div>						
11	População total residente da área de abrangência da Unidade de Saúde									
12	Entre 6 e 11 meses			0						
13	De 12 a 24 meses			0						
14	De 25 a 72 meses			0						
15	Total de crianças entre zero e 72 meses			0						
16										
17										
18										
19										
20										
21										

## ANEXO 5 – DOCUMENTO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

