

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**Especialização em Saúde da Família**

**Modalidade a distância**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses de idade, na Unidade Mista de Felipe Camarão, Natal/RN**

**Ilzen Cibele Bezerra de Farias**

**Pelotas, 2015**

**Ilzen Cibele Bezerra de Farias**

**Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses de idade, na Unidade Mista de Felipe Camarão, Natal/RN**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UGPEL/UNASUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Danyella da Silva Barreto

**Pelotas, 2015**

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

F224m Farias, Ilzen Cibele Bezerra de

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade, na Unidade Mista de Felipe Camarão, Natal/RN / Ilzen Cibele Bezerra de Farias; Danyella Da Silva Barreto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

106 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. Barreto, Danyella Da Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Dedico este trabalho a Deus, a minha família, a Diego, a minha orientadora Danyella, a meus colegas de trabalho e a meus pacientes.

## **Agradecimentos**

Agradeço em primeiro lugar a Deus, que iluminou o meu caminho durante esta caminhada e a minha família e meu noivo por todo o apoio de sempre.

Agradeço a minha orientadora Danyella, que me guiou e me ajudou bastante a concluir esse trabalho. Agradeço também aos demais membros da equipe pedagógica da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas que contribuíram com suas opiniões e comentários nos fóruns e nas orientações a cada semana.

Agradeço a todos os membros da minha equipe e da direção da Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC) que abraçaram esse projeto e caminharam comigo de mãos dadas e me ajudaram para que a intervenção se tornasse uma realidade.

Agradeço a comunidade e aos pacientes da equipe 15 da UMFC que receberam com satisfação o projeto e são o principal motivo para nos dar forças e continuar a jornada diariamente.

## Lista de Figuras

- Figura 1 Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses de idade da área de abrangência da equipe 15 da Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC) inscritas e acompanhadas no programa de saúde da criança da unidade. Natal, RN, 2014. 66
- Figura 2 Gráfico indicativo da proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses de idade da área de abrangência da Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC) inscritas e acompanhadas no programa de saúde da criança. Natal, RN, 2014. 66
- Figura 3 Gráfico indicativo da proporção de crianças que tiveram a sua primeira consulta na primeira semana de vida. Natal, RN, 2014. 67
- Figura 4 Gráfico indicativo da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. Natal, RN, 2014. 68
- Figura 5 Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro. Natal, RN, 2014. 69
- Figura 6 Gráfico indicativo da proporção de crianças com triagem auditiva. Natal, RN, 2014. 70
- Figura 7 Gráfico indicativo da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. Natal, RN, 2014. 70
- Figura 8 Gráfico indicativo da proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. Natal, RN, 2014. 71
- Figura 9 Gráfico indicativo da proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Natal, RN, 2014. 73
- Figura 10 Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência da equipe 15 da UMFC com primeira consulta odontológica programática. Natal, RN, 2014. 73
- Figura 11 Gráfico indicativo da proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade com primeira consulta odontológica 74

programática. Natal, RN, 2014.

Figura 12 Gráfico indicativo da proporção de crianças de 6 a 72 meses com 74  
necessidade de tratamento odontológico. Natal, RN, 2014.

Figura 13 Gráfico indicativo da proporção de crianças com tratamento 75  
dentário concluído. Natal, RN, 2014.

## **Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos**

ACD Auxiliar de consultório dentário

ACS Agente Comunitário de Saúde

APS Atenção Primária à Saúde

DM Diabetes Mellitus

EAD Educação à distância

ESF Estratégia Saúde da Família

HAS Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS Ministério da Saúde

NASF Núcleo de Apoio à Saúde da Família

POTI Programa de Orientação Tutorial Integrado

SACI Saúde e Cidadania

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS Unidade Básica de Saúde

UFPEL Universidade Federal de Pelotas

UFRN Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UMFC Unidade Mista de Felipe Camarão

UNASUS Universidade Aberta do SUS



## Sumário

Apresentação .....	10
1 Análise estrutural.....	11
1.1 Situação da ESF/APS na segunda semana de ambientação em 03/04/2014 .	11
1.2 Relatório da Análise Situacional de 29/05/2014.....	12
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	22
2 Análise estratégica – projeto de intervenção.....	24
2.1 Justificativa .....	24
2.2 Objetivos e metas .....	25
2.3 Metodologia .....	29
2.3.4 Cronograma .....	57
3 Relatório da intervenção.....	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas no projeto - facilidades e dificuldades, cumpridas integral ou parcialmente: .....	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas no projeto - facilidades e dificuldades, cumpridas integral ou parcialmente: .....	62
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	63
3.4 Incorporação das ações na rotina do serviço - análise da viabilidade: .....	63
4 Avaliação da intervenção .....	65
4.1 Resultados .....	65
4.2 Discussão .....	75
4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores.....	80
4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	83
5 Reflexão crítica sobre processo pessoal de aprendizagem .....	85
Bibliografia.....	87

Anexo A – Ficha Espelho Programa Saúde da Criança.....	89
Anexo B – Ficha Espelho Saúde Bucal do Pré-Escolar .....	90
Anexo C – Curvas de Crescimento Meninas de 0 a 5 Anos.....	91
Anexo D – Curvas de Crescimento Meninas de 5 a 19 Anos.....	93
Anexo E – Curvas de Crescimento Meninos de 0 a 5 Anos .....	95
Anexo F – Curvas de Crescimento Meninos de 5 a 19 Anos .....	97
Anexo G – Avaliação do Desenvolvimento da Criança .....	99
Anexo H – Planilha de Coleta de Dados para a Saúde da Criança.....	100
Anexo I – Planilha de Coleta de Dados para a Saúde Bucal da Criança .....	102
Anexo J – Documento do Comitê de Ética.....	104

## Resumo

FARIAS, Ilzen Cibele Bezerra de. **Melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses de idade, na Unidade Mista de Felipe Camarão, Natal/RN.** 2015. 106f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, do nascimento até os seis anos de idade, é de fundamental importância para a promoção da saúde da criança e prevenção de agravos, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce nas intercorrências. Ações aparentemente simples, como, pesar, medir, avaliar aquisição de novas habilidades e utilizar o cartão da criança, orientar sobre alimentação, prevenção de acidentes e saúde bucal nem sempre são realizadas de forma correta e sistemática pelas equipes de saúde. Nesse contexto, é necessária a capacitação técnica e o seguimento de protocolos já estabelecidos, bem como o trabalho integrado dos membros da equipe para a melhoria da saúde infantil. Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção, realizado na Unidade Mista de Felipe Camarão em Natal/RN, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses de idade pertencentes à área de abrangência da unidade. Participaram dele 82 crianças e os profissionais que integravam a equipe 15 da UMFC. As ações realizadas incluíram a capacitação da equipe com base no protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde que é o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012), o cadastramento das crianças no Programa de Saúde da Criança e Programa de Saúde Bucal das Crianças da unidade, a avaliação de vários aspectos da saúde dos participantes pela médica, enfermeira e dentista com foco para uma saúde integral, o acompanhamento dos indicadores obtidos a partir dos atendimentos, a realização de atividades educativas para promoção à saúde bucal e alimentação saudável. Ao final da intervenção, a cobertura foi de 52% na puericultura e 27% na saúde bucal e entre as crianças avaliadas, todas tiveram seus registros atualizados, foram avaliadas quanto a crescimento e desenvolvimento, imunização, realização das triagens neonatais, receberam orientações educativas durante as consultas e avaliação da saúde bucal. A intervenção apesar de não ter atingido todas as metas objetivadas, teve um impacto importante para a saúde das crianças e para a equipe que foi atualizada e teve seu trabalho reorganizado. Espera-se que a intervenção se estenda para as demais equipes da unidade e que seja estabelecida uma rotina de supervisão das atividades compartilhada pela equipe de saúde e gestores voltada às demandas da população e que a comunidade se aproprie da proposta, contribuindo assim com sua continuidade e aperfeiçoamento.

**Palavras-chave:** Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Puericultura; Saúde Bucal.

## **Apresentação**

Este trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de Educação a Distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso. O trabalho foi constituído por uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde das crianças de zero a setenta e dois meses de idade da Unidade Mista de Felipe Camarão do município de Natal/RN. O presente volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte mostramos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte observamos a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte está a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de fevereiro de 2014, quando foram realizadas as primeiras tarefas e sua finalização ocorreu no mês de janeiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise estrutural**

### **1.1 Situação da Estratégia Saúde da Família (ESF) / Atenção Primária à Saúde (APS) na segunda semana de ambientação em 03/04/2014**

Estou trabalhando na Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC) na cidade de Natal - RN. A minha equipe já trabalha como Estratégia Saúde da Família (ESF) e é composta por uma médica, uma enfermeira, uma cirurgiã-dentista, uma auxiliar de consultório dentário, duas técnicas de enfermagem (mas no momento uma está afastada devido a problemas de saúde) e seis agentes comunitários de saúde.

Minha equipe já está estruturada como ESF há 15 anos e foi implantada organização para atendimentos agendados de demandas imediata e continuada (crianças, gestantes, idosos, saúde da mulher e hipertensos e diabéticos), atendimentos de urgência e visitas domiciliares. Além dos atendimentos individuais, na unidade existem grupos de hipertensos e diabéticos, com encontros mensais e um grupo de gestantes com reunião quinzenal. Há também na unidade uma brinquedoteca em que ocorre a puericultura coletiva, oportunidade em que os responsáveis podem trocar experiências uns com os outros e com os profissionais.

Em relação às condições da unidade, o principal problema que enfrentamos é a falta de estrutura física adequada para um grande número de profissionais. Só dispomos de salas para a metade das seis equipes trabalharem em condições satisfatórias, por isso, fazemos revezamento de salas, e nos demais horários, realizamos visitas domiciliares, atividades com os grupos em igrejas, centros comunitários ou reuniões de equipe. Além da falta de salas, elas não estão devidamente equipadas e faltam insumos. Os recursos humanos também não estão em número ideal, pois algumas equipes estão incompletas e, quanto à interação com a comunidade, existe um Conselho Local de Saúde, porém o mesmo não está em funcionamento.

Assim, na UMFC há muitos problemas, principalmente estruturais e de interação com a comunidade, entretanto, conseguimos prestar o serviço à população com atendimento multidisciplinar à população, em especial aos grupos prioritários segundo o Ministério da Saúde.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional de 29/05/2014

A cidade de Natal tem uma população estimada de 817.590 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010 e seu sistema de saúde está estruturado com 251 Centros de Saúde e Unidades Básicas, onde prestam serviços de atenção primária. No momento, o número de unidades básicas de saúde em funcionamento é 54, onde atuam 119 equipes de saúde da família, cobrindo 50,21% da população (410.550 habitantes) e 91 equipes de saúde bucal. Há também em funcionamento em Natal 72 clínicas / centros de especialidade, 15 hospitais especializados, 16 hospitais gerais, 12 policlínicas, quatro prontos atendimentos e cinco prontos socorros especializados, entre outros serviços que prestam atendimento nos níveis secundário ou terciário de saúde. Além disso, estão implantadas três unidades de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e três Centros de Especialidades Odontológicas (CEO).

A Unidade Mista de Felipe Camarão, unidade em que atuo, foi implantada em 10 de maio de 1999 na zona urbana da capital do Rio Grande do Norte. O vínculo da unidade com o SUS é por meio da prefeitura municipal e há parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte através do Programa de Orientação Tutorial Integrado (POTI) e do Saúde e Cidadania (SACI), os quais possibilitam na unidade atividades de estudantes das áreas de medicina, enfermagem e odontologia.

Apesar do nome da unidade ser Unidade Mista de Felipe Camarão, o serviço de atendimento de urgência e emergência foi desativado e o modelo de atenção é a Estratégia Saúde da Família (ESF), contando com seis equipes, as quais são compostas por médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de dentista, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Infelizmente, algumas equipes estão incompletas.

Além dos componentes das equipes de saúde da família, outros profissionais desempenham atividades na Unidade Básica de Saúde, na Maternidade de Felipe Camarão e no Laboratório da Unidade Mista de Felipe Camarão que funcionam no mesmo prédio e possuem a mesma direção, são eles: diretora, administrador, vigilantes, assistente social, nutricionista, farmacêutico, ginecologista, psicóloga, auxiliares administrativos / recepcionistas, auxiliares de almoxarifado, auxiliares de farmácia e auxiliares de serviços gerais ou de limpeza.

A Unidade Mista de Felipe Camarão possui quase todas as salas recomendadas e com estrutura mínima, porém em número inferior ao ideal. Na unidade há recepção / arquivo, farmácia, salas de espera, curativo e vacina, expurgo, almoxarifado, auditório, consultórios para médico, enfermeiro e dentistas, sala da direção, banheiros para funcionários e usuários. Os espaços possuem dimensões adequadas para o bom funcionamento e conforto, exceto a sala de vacinas (muito pequena), entretanto, o mobiliário é insuficiente. Sobre as barreiras arquitetônicas a unidade ainda não está 100% de acordo com o ideal, mas há muitos avanços como banheiro adaptado, existência de uma rampa e corrimão em uma área onde há desnível do piso. No entanto, a calçada do posto ainda é totalmente irregular e não dispõe de cadeira de rodas.

Em relação aos recursos humanos, a maioria das equipes possuem os membros da equipe básica. Além disso, pode-se contar com o apoio de uma equipe multidisciplinar com nutricionista, psicólogo e ginecologista. Já quanto à disponibilidade e suficiência de equipamentos e instrumental em condições satisfatórias de uso, a UMFC possui quase todos os elementos básicos, porém em quantidade insuficiente para seis equipes de ESF. Não existem em condições de uso oftalmoscópio e negatoscópio, entretanto, sonar, fita métrica, antropômetros, balanças, esfigmomanômetros e otoscópio são disponibilizados. A insuficiência de materiais e equipamentos atrasa o atendimento e, às vezes, até prejudica o mesmo. Outro tópico que deixa bastante a desejar é a disponibilidade e quantidade de medicamentos na Unidade Básica de Saúde (UBS). Infelizmente, o número de medicamentos disponibilizados na unidade não chega a 50. Faltam medicamentos básicos, apesar da solicitação de medicamentos pelos profissionais. A maioria dos pacientes consegue medicação para Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus nas farmácias populares, pois não há na unidade.

Um ponto positivo da unidade é que nela também funciona a maternidade, também há um laboratório e com isso os pacientes conseguem realizar exames laboratoriais com certa facilidade. Já exames complementares de imagem e encaminhamentos para especialistas são bem difíceis de serem marcados.

Uma unidade básica de saúde que apresenta inadequações e limitações em sua estrutura física acaba prejudicando o usuário e também todos aqueles que trabalham naquele lugar. As limitações encontradas em minha unidade afetam diretamente de forma negativa não só o meu trabalho, mas também dos demais

profissionais. A principal limitação é o tamanho da unidade, pequena para a quantidade de equipes, o que acaba reduzindo a quantidade de atendimentos realizados dentro da unidade e prejudicando os atendimentos. A falta de recursos humanos também atrapalha o processo de trabalho, pois sobrecarrega outros profissionais e/ou diminui a qualidade do serviço ofertado.

Apesar de todas as limitações e problemas, diariamente nas pequenas ações a equipe tenta mudar o que pode para melhorar, criando estratégias que superam ou minimizam as deficiências, criando atividades fora do território da unidade para poder prestar assistência à comunidade superando o problema da falta de espaço físico; revezando e preservando o uso de materiais insuficientes; prescrevendo, quando possível, medicamentos que são oferecidos no posto ou na farmácia popular; solicitando exames apenas necessários e com real indicação; tentando ao máximo esgotar as possibilidades de investigação e tratamento dentro dos limites de clínico geral na Atenção Básica, para não sobrecarregar o serviço especializado, com encaminhamentos desnecessários.

Entre as atribuições das equipes, estão o primeiro mapeamento e a territorialização da minha área de abrangência, que foram realizados há muitos anos. É realizada, atualmente, a atualização dos cadastros, a qual pode ser feita por todos os membros da equipe após acolhimento dos novos usuários na unidade, conhecimento de mudanças de endereços e dos óbitos. Entretanto, como o agente comunitário de saúde desenvolve suas atividades na maior parte do tempo em visitas domiciliares, ele é quem mais exerce essa função de atualização dos cadastros pela oportunidade de encontrar mais pessoas.

O cuidado em saúde à população é realizado pelos profissionais através de atendimentos não só nos consultórios da unidade, mas também nos domicílios e nos demais espaços comunitários disponíveis (escolas, associações, ONGs). Em relação ao tipo de atendimento que é oferecido, foi organizada uma agenda para dar oportunidade de atendimentos de urgência, além da demanda programada. O atendimento de urgência é mais uma triagem, pois não há nebulização, medicação injetável, pontos de oxigênio e nem sala de observação para que um atendimento de urgência de qualidade seja ofertado. Apesar dessas limitações, não é negado atendimento, todos os pacientes que não conseguem ter seus problemas resolvidos na unidade são encaminhados para os serviços adequados. Infelizmente, não estão



disponíveis materiais para realização de procedimentos e para pequenas cirurgias na unidade, restando apenas condições de realizar retirada de pontos e curativos.

São realizadas na UBS reuniões semanais com a equipe e mensal com a direção da unidade. Em todos esses encontros são discutidas as limitações enfrentadas e são deliberadas propostas para solucionar os problemas.

Considerando a continuidade, integralidade e coordenação do cuidado, a utilização de protocolos para referência do usuário a outros níveis do sistema de saúde sistematiza e melhora a qualidade do atendimento. Todavia, na unidade, os profissionais seguem poucos protocolos, a maioria das condutas é individual.

Diante de tudo o que foi exposto em relação às atribuições dos profissionais da Equipe de Saúde da Família / Atenção Básica, comparando a realidade de minha equipe e o que foi determinado pela Portaria 2488, vejo que são cumpridos alguns pontos e outros não, e isso afeta diretamente o processo de trabalho e a qualidade do serviço que é oferecido aos usuários. Os usuários são prejudicados, pois não conseguem ter acesso ao serviço de qualidade que é preconizado, como por exemplo, não têm a oportunidade de terem procedimentos e pequenas cirurgias realizadas nas Unidades Básicas de Saúde. Meu trabalho é afetado tanto negativamente, quando são impostos limites devido à falta de insumos e estrutura deficiente; quanto positivamente, ao trabalhar com uma equipe que se reúne, pensa e coloca em prática ações em benefícios aos usuários apesar dos problemas e limitações impostas.

Durante a análise situacional, a coleta de dados foi feita por meio de verificação de alguns prontuários clínicos, fichas de atendimentos odontológicos, fichas de atendimentos diários, livro de coleta de preventivo, relatórios quadrimestrais e estimativas a partir da experiência dos profissionais da unidade (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros, dentistas e médicos). Foi uma tarefa difícil, pois não havia formulários de atendimentos dos grupos prioritários e nem livro com fluxo de atendimentos e ações prioritárias e muitas vezes informações incompletas nos poucos registros encontrados, tanto por omissão de informações por parte dos profissionais, como por letras ilegíveis. Apesar disso, o número de habitantes da população da área adstrita de toda a unidade é de 18.970 pessoas, de acordo com informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2011). Na área de abrangência em que eu atuo (equipe 15), existem 3130 pessoas, sendo composta por 1.034 mulheres em

idade fértil (10-49 anos), 787 mulheres entre 25 e 64 anos, 235 mulheres entre 50 e 69 anos, 46 gestantes, 46 crianças menores de um ano, 92 menores de 5 anos, 543 pessoas de 5 a 14 anos, 2.017 pessoas de 15 a 59 anos, 2.061 pessoas com 20 anos ou mais, 649 pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão e 185 pessoas com 20 anos ou mais com diabetes. Gestantes na área - 1,5% da população total. O percentual da população da área geográfica de abrangência que está cadastrado na Unidade Básica de Saúde é em torno de 100%, pois o bairro apesar de populoso possui três unidades básicas de saúde com várias equipes funcionando.

Em relação à atenção à demanda espontânea e ao acolhimento da população, na unidade havia uma demanda grande de trabalho para os funcionários do arquivo. Então, para tentar resolver o problema de agendamento, triagem e acolhimento, a equipe decidiu dividir os atendimentos de acordo com demanda programática, espontânea e de urgência. Foram reservadas consultas para grupos prioritários de pacientes e os agendamentos são feitos todos os dias pela técnica de enfermagem. Há também horários para atendimentos de demanda espontânea (maioria clínica médica), para esses atendimentos há um dia na semana específico para marcação na recepção da unidade. Além dos pacientes agendados, também são atendidos pacientes com problemas agudos de urgência. Os casos de demanda imediata e prioritária costumam ser atendidos no dia, encaixados em horários disponíveis em outros dias ou são referenciados para outros serviços.

O acolhimento dos usuários que aborde qualquer profissional da equipe é feito, independente do lugar que aconteça, nos consultórios, no corredor, na recepção, pois o pensamento é que o acolhimento pode e deve ser feito por todos os profissionais, é uma postura ética, não deve ser marcado horário ou local para acolher, e que o usuário que procura o serviço, seja ele agendado ou demanda espontânea, precisa ser bem recebido por todos e ter respostas e encaminhamentos de suas necessidades.

A saúde da criança é um dos pilares na Atenção Básica e na Unidade Mista de Felipe Camarão o atendimento das crianças é estruturado de forma programática. As consultas de puericultura eram realizadas apenas pela enfermeira e há alguns meses, passaram a ser feitas pela médica. Procuramos uma saúde integral, portanto, em todas as consultas são avaliados também a alimentação, imunização, crescimento e desenvolvimento e prevenção de acidentes. Além da consulta no consultório, também são desenvolvidas atividades na brinquedoteca da

unidade, são realizados encontros semanais com crianças e seus responsáveis. Esses encontros são momentos importantes para integração da comunidade, socialização das crianças, troca de experiências entre os pais e em que os profissionais envolvidos podem prestar informações sobre cuidados saudáveis para o crescimento e desenvolvimento das crianças. Ações nas escolas também são feitas, não só a parte educativa, mas também busca ativa de problemas endêmicos da região como parasitoses intestinais, pediculose e escabiose. A saúde bucal das crianças na unidade é desenvolvida através de consultas, o mais precoce possível e também com ações educativas nas escolas e creches.

Infelizmente, não há um registro específico e monitoramento regular das ações da saúde da criança, o que acaba prejudicando a qualidade da assistência, pois dificulta a busca ativa das crianças que não estão em acompanhamento. A porcentagem de crianças que estão em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde não foi possível ser calculada com exatidão devido à falta de registro e monitoramento regular. Além disso, foi notado que após o primeiro ano de idade o acompanhamento se torna mais irregular.

Acredito que um livro de registro de puericultura auxiliará bastante na melhora da qualidade da atenção à Saúde da Criança em minha unidade. Com o livro de registro poderemos reorganizar nossa agenda para que as crianças tenham o atendimento nos meses corretos conforme preconizado pelo Ministério da Saúde e também facilitaria os agentes comunitários de saúde fazerem a busca ativa das crianças faltosas ou em situações de risco.

Em relação à saúde das gestantes, as consultas do pré-natal são alternadas pela médica e enfermeira. Quando cheguei à unidade percebi que o calendário de consultas não estava correto, algumas gestantes sendo vistas em curto período de tempo pela médica e enfermeira, já outras com atraso na consulta. Conversei com a equipe e acordamos seguir o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde, no tocante ao cronograma de consultas, os exames a serem solicitados em cada período da gestação, as profilaxias e encaminhamentos para serviços de referência. Para facilitar o fluxo, após cada atendimento, eu e a enfermeira já marcamos o retorno das gestantes. Na unidade há um grupo de gestantes que é importante para discussão de pontos muito importantes no período gestacional, puerpério e sobre os cuidados com o recém-nascido. Uma dificuldade encontrada é a demora nos

resultados dos exames VDRL, anti-HIV e colpocitologia oncótica e a falta de medicações como sulfato ferroso e ácido fólico na farmácia na unidade.

A maioria das gestantes (78%) tem o pré-natal iniciado no 1º trimestre e 100% das acompanhadas tem a solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, são orientadas para atualização de calendário vacinal (vacinas antitetânica e hepatite B) e aleitamento materno, tem prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo e são avaliadas pela dentista. Um indicador deficiente é o exame ginecológico por trimestre que não é feito rotineiramente, apenas 44%.

O indicador mais baixo em relação à saúde materna foi na cobertura do puerpério, pois apenas 52% das puérperas fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses na unidade. E para aquelas que foram acompanhadas o problema encontrado também foi na realização do exame ginecológico.

Diante de tudo isso fica claro que há deficiência na atenção à saúde materna. Se houvesse um livro geral de registro do acompanhamento das gestantes, acredito que teríamos um controle maior das gestantes a quem prestamos assistência e facilitaria a busca ativa das gestantes que não estão realizando um pré-natal adequado, assim como das puérperas. Além disso, a equipe precisa se reunir e rever o protocolo de realização de exame ginecológico, identificar os problemas e estabelecer nova rotina.

Tendo em vista as elevadas taxas de morbi-mortalidade por câncer ginecológico no Brasil, as ações de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama são de grande importância na atenção primária à saúde. Entretanto, as ações nessa área ainda não são satisfatórias. Na unidade, as enfermeiras fazem a coleta do material para o exame colpocitologia oncótica e somente nas pacientes agendadas que são investigados fatores de risco para os cânceres de mama e de colo do útero e solicitados os exames. Praticamente não há ações educativas nessa área. Infelizmente, não há um livro que organize o fluxo de rastreamento do câncer de colo de útero e de mama e atendimento das mulheres. O que existe é um livro com o registro das coletas e resultados de citologias oncóticas realizadas na própria unidade. Porém, não há registro do seguimento dessas pacientes e nem uma organização para saber quais mulheres estão com exames em dia ou atrasados.

Como não há sistematização de registros, não foi possível avaliar adequadamente os indicadores da cobertura da prevenção dos cânceres de colo do

útero e de mama, pois não há registros de quantas pacientes estão realizando ou não os exames preventivos e mamografias conforme proposto pelo Ministério da Saúde. Isso é grave, pois não está sendo prestado um atendimento de qualidade, já que sem os dados, a busca ativa é prejudicada.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero em minha UBS seria criar um livro / cadastro das mulheres em idade de realizar o rastreamento e incentivar que todos os profissionais da equipe orientem às pacientes da importância da prevenção do câncer de colo de útero e de mama. Realizar campanhas e encontros em prol da saúde da mulher. Deveríamos aprimorar o registro que já existe dos exames de citologia oncológica realizados, especificando quando cada paciente deve realizar novo exame e a referência e contra-referência das pacientes dos exames alterados. A partir do livro de registro em que fosse indicado quando a paciente deveria realizar novo exame, seria fácil periodicamente fazer o levantamento das pacientes que estão com exames atrasados e fazer a busca ativa. Além disso, saberíamos para onde a paciente foi referenciada.

Devido à modificação da pirâmide populacional e do estilo de vida da população brasileira, houve aumento na prevalência de doenças crônico-degenerativas como hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Os hipertensos e diabéticos são atendidos em um turno específico da semana e ocasionalmente nos outros dias de atendimento. A consulta desses pacientes é feita principalmente por mim. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes em minha área foi bem maior do que a minha realidade, pois só atingimos 40% da cobertura estimada. Isso me faz refletir se realmente esses dados estão corretos ou se há subidentificação e acompanhamento desses pacientes. A cobertura da minha unidade é regular, pois só são acompanhados menos da metade dos pacientes hipertensos estimados para a área. Os indicadores em relação à saúde dos hipertensos não estão satisfatórios: os pacientes não tinham seu risco cardiovascular estratificado e estou fazendo isso recentemente, então apenas 34% dos pacientes acompanhados tiveram seu risco cardiovascular calculado. Além disso, pouco mais da metade dos pacientes (59%) está com os exames complementares periódicos em dia, refletindo um acompanhamento irregular. As orientações sobre alimentação e exercício físico são fornecidas para 78% dos

pacientes. Esses dois últimos indicadores maiores são consequência da adesão dos pacientes às atividades do grupo dos hipertensos e diabéticos com encontros mensais.

A assistência aos pacientes diabéticos não é muito diferente da dos hipertensos. A estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes em minha área também foi bem maior do que a minha realidade, pois só atingimos 43% da cobertura estimada e, destes, menos da metade dos pacientes hipertensos estimados para a área. Os indicadores estão baixos, percebo que nos últimos três meses acompanhamos poucos pacientes em consulta, o que gerou indicadores de 46% em relação a exames períodos em dia e nos exames físicos. Aproximadamente 50% dos pacientes tiveram os pés e pulsos periféricos avaliados nas consultas. Como mais pacientes participaram das ações em grupo, os indicadores de orientações sobre alimentação e atividade física foram maiores (63%). Costumo interrogar os pacientes sobre avaliação oftalmológica no último ano, encaminhando-os quando necessário, mas a maioria dos pacientes não consegue encaminhamento e quando são atendidos pela oftalmologia não tenho a contra-referência.

A saúde bucal dos pacientes hipertensos e diabéticos é avaliada pela dentista durante as atividades mensais em grupo e feito agendamento quando necessário, pois não há nenhum horário específico na agenda da dentista para atendimento em consultório odontológico dessa população. Como nem todos os pacientes hipertensos e diabéticos frequentam as atividades em grupo e não há um livro de registro específico para a saúde bucal desses pacientes, não podemos avaliar a cobertura e mais indicadores da saúde bucal.

O passo inicial para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à hipertensão arterial sistêmica (HAS) e à diabetes mellitus (DM) em minha UBS seria recadastrar os pacientes. Com essa atualização dos cadastros, poderíamos organizar o fluxo de atendimento e em todas as consultas avaliar o risco cardiovascular dos pacientes e ter a rotina do exame físico, com enfoque especial na avaliação dos pés e pulsos periféricos, assim como organizar a rotina dos retornos e exames laboratoriais de controle e encaminhamento para especialidades, como oftalmologia. Continuar e divulgar mais as atividades em grupo para aumentar a adesão dos pacientes e assim, termos mais oportunidades para abordar as mudanças de estilo de vida.

A estimativa do número de idosos residentes em minha área de abrangência está diferente da minha realidade, pois há registro de apenas 53% da estimativa. A cobertura da saúde da pessoa idosa é regular, já que somente 66% dos idosos estão com acompanhamento em dia. Não há um dia específico para atendimento desse grupo de pacientes e os indicadores de saúde da pessoa idosa são bastante preocupantes. A caderneta de saúde da pessoa idosa não é disponibilizada na unidade, além disso, não foram encontrados registros de avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice. O cadastro de hipertensos (69%) e diabéticos (32%) está abaixo do estimado, o que pode refletir que pacientes hipertensos e diabéticos não estão sendo acompanhados na unidade ou não estão sendo diagnosticados. A saúde bucal da população idosa também não está boa, pois somente 21% da população idosa estão com a avaliação da saúde bucal em dia. Os melhores indicadores são os que correspondem a orientações para hábitos alimentares saudáveis e orientação para atividade física regular.

A implementação da caderneta de saúde da pessoa idosa seria muito importante para melhoria da saúde da população em minha unidade, já que propiciaria um levantamento periódico de determinadas condições do indivíduo idoso e de outros aspectos que possam interferir no seu bem estar. Organizar um fluxo de agendamentos de consultas, dando prioridade aos idosos que sofreram quedas ou internamentos recentes, portadores de HAS, DM ou outra doença crônica, aqueles que estão sem acompanhamento de saúde regular, idosos que moram sozinhos. Para melhorarmos a assistência aos idosos, seria interessante criar uma folha específica para primeiro atendimento da pessoa idosa, com a sistematização da avaliação multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização na velhice. Além disso, é necessário investir mais em atividades em grupos com idosos e seus cuidadores ampliando o leque que orientações e não se limitando a orientações relacionadas à HAS e DM.

A saúde bucal na unidade é oferecida aos usuários da unidade de forma programática, apesar das limitações estruturais e falta de insumos. Na unidade não há consultório e equipamentos para os dentistas de todas as equipes atenderem, então, os profissionais dividem os horários e realizam atendimentos nos consultórios e atividades de prevenção em escolas, creches e atendimentos em conjunto com as enfermeiras. O agendamento das consultas odontológicas é feito uma vez por mês

pelos dentistas e são reservados horários para retornos para que esses pacientes terminem seus tratamentos num período curto de tempo. São reservados horários de agendamento especial para gestante e crianças. Infelizmente, o trabalho dos odontólogos é prejudicado e em alguns momentos paralisado devido a falta de materiais para a realização dos procedimentos.

Diante de tudo que foi exposto, pode-se concluir que todos os grupos prioritários da Atenção Básica podem ter a qualidade dos serviços de saúde oferecidos na Unidade Básica de Saúde melhorada. Mas, a análise situacional foi bastante útil, pois pude conhecer de fato a unidade em que estou trabalhando e também me deu a oportunidade de revisar protocolos tão importantes e tão frequentes da rotina diária. Só conhecendo o ideal e comparando-o com a realidade é que podemos mudar aquilo que está em nossa governabilidade e exigir dos responsáveis aquilo que não é de nossa responsabilidade. Alguns aspectos já mudaram a partir dos questionários e reflexões realizados até o momento como: seguir o calendário de consultas no pré-natal segundo o Ministério da Saúde, preenchimento de ficha específica para pré-natal e puerpério, agendamento do próximo atendimento no dia da consulta, busca ativa de gestantes faltosas, agendamento precoce do puerpério e visita domiciliar na primeira semana de vida do recém-nascido, maior sensibilização para exame das mamas em mulheres e solicitação de exames de rastreamento para câncer do colo do útero e de mama na população alvo, avaliação do risco cardiovascular em pacientes idosos, diabéticos, aumento do número de visitas domiciliares a pacientes idosos. Em relação à estrutura consegui aparelho esfigmomanômetro para a equipe. O processo de trabalho melhorou, pois foi discutido com a equipe o papel de cada profissional e discussões para aprimorar o acolhimento e estratégias para controlar o excesso de demanda espontânea.

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

Fazendo um comparativo do relatório da análise situacional com meu comentário no início do curso na semana de ambientação sobre a situação da ESF/APS em meu serviço, posso afirmar que os problemas estruturais persistem e



prejudicam a qualidade do serviço, porém quando há comprometimento e engajamento da equipe é possível prestar uma assistência com um mínimo de qualidade e mudar a realidade da comunidade.

A Unidade Mista de Felipe Camarão não possui uma estrutura perfeita, porém tem uma grande parte dos requisitos necessários para seu funcionamento. Ademais, percebi com a análise situacional, que a forma como se desenvolve o trabalho pelos seus funcionários também pode ser decisiva na sua construção e/ou efetivação. A análise possibilitou aumentarmos o conhecimento sobre a UBS, a população adstrita e os serviços oferecidos a ela na unidade, o que possibilitou a identificação de problemas quanto à atenção à saúde da criança na unidade, principalmente no que diz respeito ao monitoramento e registro das ações. Além disso, conseguimos motivar mais profissionais a procurarem melhorar o papel que desenvolviam na unidade.

Portanto, acredito que o passo mais importante a ser tomado é organizar o processo de trabalho dos funcionários da UMFC para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários. Assim, foi definido como tema para o projeto de intervenção “Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade, na Unidade Mista de Felipe Camarão, Natal/RN”.

## **2 Análise estratégica – projeto de intervenção**

### **2.1 Justificativa**

A saúde é um direito de todos e um dever do Estado segundo a Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988) e a atenção à Saúde da Criança representa uma área prioritária no âmbito dos cuidados à saúde das populações. Nas últimas décadas, com a melhoria das condições de vida, saneamento básico, ampliação dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a mortalidade infantil no Brasil diminuiu mais de 50%, atingindo o valor de 15,6 óbitos infantis a cada mil nascidos vivos em 2010 (IBGE, 2010). Por isso, para reduzir mais ainda o número de crianças que morrem nos primeiros anos de vida, o cuidado integral das crianças na Estratégia Saúde da Família é fundamental. É importante o acompanhamento programático da saúde das crianças desde o nascimento e a adoção de protocolos específicos validados e recomendados pelo Ministério da Saúde visando o atendimento padronizado e integral com o objetivo de crescimento e desenvolvimentos adequados e reduzir a morbimortalidade (BRASIL, 2012).

A Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC), localizada na zona urbana da capital do Rio Grande do Norte, desde 1999, tem como modelo de atenção a Estratégia Saúde da Família (ESF) e conta com seis equipes, cada uma sendo composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar de dentista, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. A estrutura da unidade é deficiente e insuficiente, apresenta problemas como espaço físico pequeno, falta de insumos e de recursos para apoio diagnóstico e terapêutico. Apesar disso, a unidade é responsável por oferecer os serviços básicos de saúde a 18.970 pessoas. O número de habitantes da área adstrita da equipe 15 da UMFC foi estimado em 3.130, destes, há 46 crianças menores de um ano e 92 menores de 5 anos.

A saúde da criança na UMFC é organizada de forma programática, através de consultas de puericultura realizadas por médico e enfermeiro, atendimento odontológico e vacinas, entre outras ações. Porém, não há um registro específico e monitoramento regular das ações da saúde da criança, o que prejudica a qualidade

da assistência, pois dificulta a busca ativa das crianças que não estão em acompanhamento regular. Além disso, os protocolos recomendados pelo Ministério da Saúde não estão sendo cumpridos em sua totalidade.

Sabendo que a maioria das ações programáticas importantes para a saúde infantil, como monitoramento do crescimento e desenvolvimento, vacinação, realização de suplementação de ferro, triagens auditiva, teste do pezinho, atendimento odontológico e ações de promoção à saúde, não estão sendo oferecidas em sua totalidade a todas as crianças com idade até seis anos de idade da Unidade Mista de Felipe Camarão, e que apesar das limitações, a estrutura existente permite que tais ações sejam realizadas. É de interesse geral intervir no cuidado integral a essas crianças. Logo, a partir da capacitação e engajamento da equipe de profissionais será possível implementar e cumprir os protocolos na área da saúde da criança e monitoramento das ações realizadas com essa população e, conseqüentemente, serão desfeitos os nós críticos encontrados atualmente, o que aumentará a cobertura, melhorará o atendimento no nível da Atenção Primária e resultará em indicadores infantis mais satisfatórios.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **Objetivo Geral**

Melhorar a Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade pertencentes à área de abrangência da Unidade Mista de Felipe Camarão localizada em Natal/RN.

### **Objetivos específicos**

1. Cobertura: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Criança.
2. Qualidade: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.
3. Adesão: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.
4. Registro: Melhorar o registro das informações.
5. Avaliação de risco: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.
6. Promoção da saúde: Promover a saúde das crianças.
7. Cobertura saúde bucal: Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança.

8. Qualidade saúde bucal: Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos pré-escolares.
9. Adesão saúde bucal: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.
10. Registro saúde bucal: Melhorar o registro das informações.
11. Promoção da saúde bucal: Promover a saúde bucal das crianças.

### **Metas**

**Relativas ao objetivo 1:** Cobertura: Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Criança.

- Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

**Relativas ao objetivo 2:** Qualidade: 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.

**Relativas ao objetivo 3:** Adesão: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

- Meta 3.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

**Relativas ao objetivo 4:** Registro: 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.

**Relativas ao objetivo 5:** Avaliação de risco: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

- Meta 5.1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

**Relativas ao objetivo 6:** Promoção da saúde: 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.

**A seguir serão apresentadas as metas do Programa de Saúde Bucal:**

**Relativas ao objetivo 7:** Cobertura saúde bucal: Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança.

- Meta 7.1: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% das crianças entre 6 e 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

**Relativas ao objetivo 8:** Qualidade saúde bucal: Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos pré-escolares.

- Meta 8.1: 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 8.2: 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 8.3: Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta programática.

**Relativas ao objetivo 9:** Adesão saúde bucal: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

- Meta 9.1: Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

- Meta 9.2: Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica e faltaram.

**Relativas ao objetivo 10:** Registro saúde bucal: Melhorar o registro das informações.

- Meta 10.1: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta.

**Relativas ao objetivo 11:** Promoção da saúde bucal: Promover a saúde bucal das crianças.

- Meta 11.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica.

- Meta 11.2: Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica.

- Meta 11.3: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

## 2.3 Metodologia

### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Ações do objetivo específico 1 – cobertura:** Ampliar a cobertura do Programa Saúde da Criança.

- **Meta 1.1:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

-- **Eixo monitoramento e avaliação:**

--- **Ação:** Monitorar o número de crianças cadastradas no programa periodicamente (mensalmente).

--- **Detalhamento da ação:** Analisar ao final de cada mês o número de crianças cadastradas no programa e como está sendo o acompanhamento dessas crianças através de livro de registro específico que será implantado. Ação a ser realizada pela médica.

-- **Eixo organização e gestão do serviço:**

--- **Ação:** Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita. Priorizar o atendimento de crianças.

--- **Detalhamento da ação:** Os agentes comunitários de saúde irão cadastrar todas as crianças entre zero a 72 meses de idade da área adstrita em um livro de registro. O atendimento de crianças será priorizado, haverá um turno na semana específico para atendimento de crianças com a médica, enfermeira e dentista. As consultas serão agendadas por demanda espontânea e demanda programática, busca ativa.

-- **Eixo engajamento público:**

--- **Ação:** Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.

--- **Detalhamento da ação:** Já houve uma ação com a comunidade em que foram convidados os responsáveis e as crianças, onde se orientou sobre a importância da puericultura e de como o atendimento acontecia na unidade. Iremos aproveitar todas as oportunidades para reforçar essa orientação, nas visitas domiciliares, consultas,

atividades em grupos. Essa ação vai ser realizada por todos os profissionais da equipe.

**-- Eixo qualificação da prática clínica:**

--- **Ação:** Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção do protocolo referente à saúde da criança proposto pelo Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012). Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

--- **Detalhamento da ação:** Capacitar a equipe durante as reuniões de equipe do mês de julho de 2014 a respeito da saúde da criança usando o protocolo proposto pelo Ministério da Saúde, que é o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012). Esta ação será realizada pela médica e pela enfermeira.

**Ações do objetivo específico 2 – qualidade:** 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.

**-- Eixo monitoramento e avaliação:**

--- **Ações:** Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida; monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento; monitorar as crianças com déficit de peso; monitorar as crianças com excesso de peso; monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo; monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas; monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura; monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro; monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva; monitorar o percentual de crianças que realizaram o teste do pezinho antes dos sete dias de vida; monitorar a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de seis a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência; monitorar a saúde bucal das crianças de seis a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica.

--- **Detalhamento da ação:** Será criado livro de registro específico para acompanhamento das crianças cadastradas e dado destaque aos pontos acima com alteração no seguimento. Ao final de cada mês os dados serão analisados pela médica e discutidos com a equipe na próxima reunião para tomada de decisões.

**-- Eixo organização e gestão do serviço:**

--- **Ações:** Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto (DPP).

--- **Detalhamento da ação:** Ao final de cada semana será conferido no livro das gestantes se naquela semana teve alguma gestante com a DPP e verificado se ocorreu o parto pela agente comunitária de saúde e agendada visita domiciliar na primeira semana de vida da criança.

--- **Ações:** Garantir uso adequado do material já disponibilizado na unidade para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impresso e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

--- **Detalhamento da ação:** A unidade já disponibiliza balanças, antropômetros e fita métrica para avaliar o crescimento das crianças. Será feito treinamento com as técnicas de enfermagem pela enfermeira na reunião em agosto sobre a técnica adequada de uso dos antropômetros e das balanças e verificação de calibragem das mesmas. O treinamento será feito com base no Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012)

--- **Ações:** Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

--- **Detalhamento da ação:** A médica irá encaminhar todas as crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento para serviço especializado.

--- **Ações:** Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação; garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta); realizar controle da cadeia de frio; fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina e realizar controle da data de vencimento e do estoque.

--- **Detalhamento da ação:** Essas ações já são realizadas na unidade. Iremos garantir que continuem sendo realizadas. Há pelo menos uma técnica na unidade escalada nos dois turnos do dia durante toda a semana para ficar na sala de vacina. O controle das vacinas e materiais é feito semanalmente pela técnica de enfermagem e os pedidos para repor o estoque são feitos quinzenalmente por uma enfermeira.

--- **Ação:** Garantir a dispensação do medicamento (suplemento de ferro).

--- **Detalhamento da ação:** A médica solicitará à direção da unidade antes do início da intervenção para garantir com a secretaria municipal de saúde o fornecimento do suplemento da unidade. Foi acertado com o farmacêutico da UBS que ele solicitará mensalmente o suplemento para reposição do estoque de acordo com a necessidade. Os funcionários da farmácia entregarão o suplemento aos pais e responsáveis mediante receita médica.

--- **Ação:** Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

--- **Detalhamento da ação:** O teste auditivo já é oferecido na Maternidade de Felipe Camarão. A médica irá encaminhar para a realização do teste todas as crianças que não o tiverem feito ainda.

--- **Ação:** Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

--- **Detalhamento da ação:** O teste do pezinho já é oferecido na Maternidade de Felipe Camarão. A médica irá encaminhar para a realização do teste todas as crianças que não o tiverem feito ainda.

--- **Ações:** Organizar acolhimento das crianças de seis a 72 meses de idade e seu familiar, na unidade de saúde; cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de seis a 72 meses de idade; oferecer atendimento prioritário às crianças de seis a 72 meses de idade na unidade de saúde e organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de seis a 72 meses de idade.

--- **Detalhamento da ação:** Os agentes comunitários de saúde irão cadastrar todas as crianças entre zero a 72 meses de idade da área adstrita em um livro de registro. O atendimento de crianças será priorizado e será realizado pela médica e enfermeira. Haverá um turno na semana específico para atendimento de crianças, as consultas serão agendadas por demanda espontânea e demanda programática. Além disso, os agentes comunitários de saúde realizarão a busca ativa. Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de seis a 72 meses de idade com a dentista.

#### -- **Eixo engajamento público:**

--- **Ação:** Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança.

--- **Detalhamento da ação:** Informar às mães em todas as oportunidades encontradas, como visitas domiciliares, consultas médicas. Atividade a ser realizada por todos os membros da equipe. Será feito cartaz informativo e colocado em área de visibilidade na recepção da unidade.

--- **Ações:** Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social e informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

--- **Detalhamento da ação:** Compartilhar as informações com os pais em cada consulta e mostrar aos pais como ler a curva de crescimento utilizando a curva de cada criança.

--- **Ações:** Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social e informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

--- **Detalhamento da ação:** Compartilhar as informações com os pais em cada consulta. Capacitar a equipe, incluindo os agentes comunitários de saúde para também compartilharem essas informações.

--- **Ação:** Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

--- **Detalhamento da ação:** Orientar os pais em cada consulta sobre a importância do calendário vacinal atualizado e lembrá-los quando deverá ser a próxima vacinada criança. Todos os profissionais da equipe irão fazer isso, a médica e a enfermeira durante a consulta, os agentes comunitários de saúde durante a visita domiciliar e todos nas atividades coletivas.

--- **Ação:** Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.

--- **Detalhamento da ação:** Orientar os pais em cada consulta e durante as atividades coletivas e nas visitas domiciliares.

--- **Ação:** Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.

--- **Detalhamento da ação:** Orientar os pais durante a primeira consulta da criança e entregar solicitação do teste e orientação quanto à marcação do mesmo na Maternidade de Felipe Camarão.

--- **Ação:** Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até sete dias de vida.

--- **Detalhamento da ação:** Orientar às gestantes nas consultas de pré-natal e nas reuniões dos grupos de gestantes e as agentes comunitárias de saúde reforçar essa informação quando forem agendar a primeira consulta da criança quando a criança chegar em casa na primeira semana de vida.

--- **Ação:** Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de seis a 72 meses de idade.

--- **Detalhamento da ação:** Orientar os pais em cada consulta e durante as atividades coletivas e nas visitas domiciliares.

--- **Ação:** Informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de seis a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde.

--- **Detalhamento da ação:** Orientar os pais em cada consulta e durante as atividades coletivas e nas visitas domiciliares.

**-- Eixo qualificação da prática clínica:**

--- **Ações:** 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 - Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012). Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

--- **Detalhamento da ação:** Capacitar a equipe durante as reuniões de equipe do mês de agosto de 2014 a respeito da saúde da criança usando o protocolo adotado que foi o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012). A ação será realizada pela médica e pela enfermeira para os demais membros da equipe.

--- **Ações:** Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas; padronizar a equipe e fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

--- **Detalhamento da ação:** Fazer treinamento no mês de agosto com as técnicas de enfermagem sobre as técnicas adequadas para a realização das medidas. Essa ação será realizada pela enfermeira com base no Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012).

--- **Ações:** Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança e capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

--- **Detalhamento da ação:** Fazer treinamento com toda a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança durante reunião no mês de agosto sobre protocolo do Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012). Essa ação será realizada pela médica e enfermeira.

--- **Ação:** Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.

--- **Detalhamento da ação:** Fazer treinamento com toda a equipe sobre vacinação, durante reunião no mês de agosto sobre protocolo do Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012). Essa ação será realizada pela enfermeira.

--- **Ação:** Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.

--- **Detalhamento da ação:** Revisão do protocolo do Ministério da Saúde pelo médico - Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012).

--- **Ação:** Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

--- **Detalhamento da ação:** A médica após ler o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012) incorporou triagem auditiva como rotina nos atendimentos.

--- **Ação:** Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho.

--- **Detalhamento da ação:** O teste do pezinho é realizado na Maternidade Felipe Camarão que fica no mesmo prédio da Unidade Mista de Felipe Camarão e as técnicas responsáveis pelo setor já são capacitadas.

--- **Ação:** Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de seis a 72 meses de idade.

--- **Detalhamento da ação:** A dentista irá fazer treinamento com toda a equipe sobre atendimento odontológico durante reunião de equipe semanal no mês de agosto sobre protocolo do Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012).

--- **Ações:** Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de seis a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo; capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de seis a 72 meses de idade para o serviço odontológico; capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de seis a 72 meses de idade da área de abrangência.

--- **Detalhamento da ação:** A dentista irá fazer treinamento com toda a equipe sobre atendimento odontológico durante reunião de equipe semanal no mês de agosto sobre protocolo do Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012). A dentista já possui formação para atendimento de crianças.

**Ações do objetivo específico 3 – adesão:** Adesão: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

- **Meta 3.1:** Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

-- **Eixo monitoramento e avaliação:**

--- **Ações:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia); monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças e monitorar as buscas às crianças faltosas.

--- **Detalhamento da ação:** Analisar, ao final de cada mês, o número de crianças cadastradas no programa e como está sendo o acompanhamento dessas crianças através de livro de registro específico que será implantado. A ação a ser realizada pela médica e compartilhada com a equipe na próxima reunião para busca ativa das crianças pelos agentes comunitários de saúde.

-- **Eixo organização e gestão do serviço:**

--- **Ação:** Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas e organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

--- **Detalhamento da ação:** Depois de verificar que a criança faltou à consulta, a agente comunitária de saúde irá ao domicílio para saber o motivo do não comparecimento à consulta e agendará nova consulta. Caso seja verificado que a criança não irá à unidade, a médica agendará visita domiciliar.

-- **Eixo engajamento público:**

--- **Ação:** Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

--- **Detalhamento da ação:** Aproveitar todas as oportunidades para reforçar essa orientação, nas visitas domiciliares, consultas, atividades em grupos. Essa ação vai ser realizada por todos os profissionais da equipe.

**-- Eixo qualificação da prática clínica:**

--- **Ação:** Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

--- **Detalhamento da ação:** A médica e a enfermeira farão treinamento durante reunião no mês de agosto sobre o protocolo Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012) que contempla identificação de crianças em atraso.

**Ações do objetivo específico 4 – registro:** Registro: 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.

**-- Eixo monitoramento e avaliação:**

--- **Ação:** Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

--- **Detalhamento da ação:** Analisar, ao final de cada mês, o número de crianças cadastradas no programa e como está sendo o acompanhamento dessas crianças através de livro de registro específico que será implantado. Ação a ser realizada pela médica e compartilhada com a equipe na próxima reunião, para busca ativa das crianças pelos agentes comunitários de saúde.

**-- Eixo organização e gestão do serviço:**

--- **Ação:** Preencher SIAB/folha de acompanhamento; implantar ficha espelho (da caderneta da criança); pactuar com a equipe o registro das informações e definir responsável pelo monitoramento registros.

--- **Detalhamento da ação:** Todos os profissionais irão registrar suas atividades e atendimentos no SIAB e na folha de acompanhamento específica para saúde da criança e livro de crianças cadastradas. Será implantado ficha espelho da caderneta da criança em todos os prontuários das crianças acompanhadas. Capacitar a equipe, em reunião, sobre o preenchimento correto dos dados. A médica será a responsável pela capacitação e pelo monitoramento dos registros.



**-- Eixo engajamento público:**

--- **Ação:** Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

--- **Detalhamento da ação:** Aproveitar todas as oportunidades para reforçar essa orientação, nas visitas domiciliares, consultas, atividades em grupos. Essa ação vai ser realizada por todos os profissionais da equipe.

**-- Eixo qualificação da prática clínica:**

--- **Ação:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

--- **Detalhamento da ação:** Fazer treinamento realizado pela médica durante reunião no mês de agosto utilizando a ficha espelho adotada na intervenção e o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012).

**Ações do objetivo específico 5 – avaliação de risco:** Avaliação de risco: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

- **Meta 5.1:** Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

**-- Eixo monitoramento e avaliação:**

--- **Ação:** Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade. Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

-- **Detalhamento da ação:** Analisar, ao final de cada mês, o número de crianças cadastradas no programa e como está sendo o acompanhamento dessas crianças, através de livro de registro específico que será implantado. Ação a ser realizada pela médica.

**-- Eixo organização e gestão do serviço:**

--- **Ação:** Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco e identificar na ficha espelho as crianças de alto risco.

--- **Detalhamento da ação:** Dar prioridade na marcação de consulta com a médica das crianças de alto risco e deixar em destaque na ficha espelho o problema da criança.

-- **Eixo engajamento público:**

--- **Ação:** Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

--- **Detalhamento da ação:** A médica e a enfermeira irão orientar os responsáveis nas consultas e atividades coletivas.

- **Eixo qualificação da prática clínica:**

-- **Ação:** Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbimortalidade.

-- **Detalhamento da ação:** Fazer treinamento realizado pela médica durante reunião no mês de agosto utilizando a ficha espelho adotada na intervenção e o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012).

**Ações do objetivo específico 6 – promoção da saúde:** Promoção da saúde: 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.

-- **Eixo monitoramento e avaliação:**

--- **Ações:** Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho; monitorar as atividades de educação em saúde sobre o

assunto; monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta; monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de dois anos; monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho e monitorar as atividades educativas coletivas.

--- **Detalhamento da ação:** Analisar, ao final de cada mês, o número de crianças cadastradas no programa e como está sendo o acompanhamento dessas crianças através de livro de registro específico que será implantado. Ação a ser realizada pela médica.

**-- Eixo organização e gestão do serviço:**

--- **Ações:** Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância; definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno; definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional; organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola.

--- **Detalhamento da ação:** Durante a reunião no mês de agosto será definido o que cada membro da equipe deve orientar à população quanto à prevenção de acidentes na infância, aleitamento materno e orientação nutricional. O protocolo a ser usado para realização dessa ação será o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012). Todos os membros da equipe deverão nas reuniões mensais tentar organizar uma atividade educativa.

**-- Eixo engajamento público:**

--- **Ações:** Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância; orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal; orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças; 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; esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

--- **Detalhamento da ação:** A médica, enfermeira e dentista irão orientar em todas as consultas e nas atividades coletivas. A equipe deverá marcar reunião durante o primeiro mês da intervenção com os membros da comunidade escolar do bairro e organizar atividades em prol da saúde das crianças na escola.

-- **Eixo qualificação da prática clínica:**

--- **Ação:** Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

--- **Detalhamento da ação:** A médica e a enfermeira irão orientar os demais membros da equipe durante a capacitação no mês de agosto, utilizando o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012).

--- **Ação:** Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".

--- **Detalhamento da ação:** A médica e a enfermeira irão orientar os demais membros da equipe durante a capacitação no mês de agosto, mostrando as técnicas corretas de amamentação e sua importância, utilizando o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012).

--- **Ação:** Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança. Atividade a ser desenvolvida pela médica e pela enfermeira na capacitação no mês de agosto com base o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012).

--- **Detalhamento da ação:** Atividade a ser desenvolvida pela médica e pela enfermeira na capacitação no mês de agosto com base o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012).

--- **Ações:** Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de zero a 72 meses de idade e capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

--- **Detalhamento da ação:** Atividade a ser desenvolvida pela médica e pela enfermeira na capacitação no mês de agosto com base no utilizando o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012).

**A seguir o detalhamento das ações referente aos objetivos e metas do Programa de Saúde Bucal:**

**Ações do objetivo específico 7 – cobertura saúde bucal:** Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança.

- **Meta 7.1:** Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% das crianças entre 6 e 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

--- **Ação:** Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% das crianças de seis a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

--- **Detalhamento da ação:** Os pacientes atendidos pela médica e enfermeira que ainda não tiverem recebido atendimento odontológico serão encaminhados para marcação de consulta com dentista, de acordo com a disponibilidade de vagas, dando prioridade aos pacientes que necessitem de algum procedimento odontológico com extrações ou restaurações.

**Ações do objetivo específico 8 – qualidade saúde bucal:** Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos pré-escolares.

- **Meta 8.1:** 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 8.2:** 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 8.3:** Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta programática.

--- **Ações:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de seis a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes a área de abrangência; realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de seis a 72 meses cadastradas

no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes a área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico; concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

--- **Detalhamento da ação:** Os pacientes atendidos pela médica e enfermeira que ainda não tiverem recebido atendimento odontológico serão encaminhados para marcação de consulta com dentista de acordo com a disponibilidade de vagas, dando prioridade aos pacientes que necessitem de algum procedimento odontológico com extrações ou restaurações. Serão garantidos retornos semanais para término do tratamento.

**Ações do objetivo específico 9 – adesão saúde bucal:** Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

- **Meta 9.1:** Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

- **Meta 9.2:** Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica e faltaram.

--- **Ações:** Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram; fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.

--- **Detalhamento da ação:** A dentista irá verificar mensalmente as crianças que faltaram aos atendimentos e comunicar aos agentes comunitários de saúde para ser feita a busca ativa destas crianças.

**Ações do objetivo específico 10 – registro saúde bucal:** Melhorar o registro das informações.

- **Meta 10.1:** Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta.

--- **Ação:** Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

--- **Detalhamento da ação:** A atualização dos dados será feita diariamente após cada atendimento, pela dentista.

**Ações do objetivo específico 11 – promoção da saúde bucal:** Promover a saúde bucal das crianças.

- **Meta 11.1:** Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica.

- **Meta 11.2:** Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica.

- **Meta 11.3:** Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

--- **Ações:** Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática; fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática; fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

--- **Detalhamento da ação:** A promoção da saúde bucal irá ocorrer nos atendimentos da puericultura coletiva, juntamente com a enfermeira, uma vez por semana, nos atendimentos odontológicos individuais e nas atividades programadas nas escolas com a médica e enfermeira.

### 2.3.2 Indicadores

#### ▲ **COBERTURA:**

- **Meta 1.1:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 80% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

- **Indicador 1.1:** Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

**Numerador:** Número de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa de

Saúde da Criança da unidade de saúde.

**Denominador:** Número de crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

▲ **QUALIDADE:**

- **Meta 2.1:** Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

- **Indicador 2:** Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

**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.

- **Meta 2.2:** Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

- **Indicador 2.2:** Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

**Numerador:** Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- **Meta 2.3:** Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

- **Indicador 2.3:** Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

**Numerador:** Número de crianças com déficit de peso monitorado pela equipe de saúde.

**Denominador:** Número de crianças com déficit de peso.

- **Meta 2.4:** - Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

- **Indicador 2.4:** Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

**Numerador:** Número de crianças com excesso de peso monitorado pela equipe de saúde.



**Denominador:** Número de crianças com excesso de peso.

- **Meta 2.5:** Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

- **Indicador 2.5:** Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

**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.

- **Meta 2.6:** Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

- **Indicador 7:** Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

**Numerador:** número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- **Meta 2.7:** - Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

- **Indicador 2.7:** Proporção de crianças de seis a 24 meses com suplementação de ferro.

**Numerador:** número de crianças de seis a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro.

**Denominador:** Número de crianças entre seis e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- **Meta 2.8:** Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

- **Indicador 2.8:** Proporção de crianças com triagem auditiva.

**Numerador:** Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- **Meta 2.9:** Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

- **Indicador 2.9:** Proporção de crianças com teste do pezinho até sete dias de vida.

**Numerador:** Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7sete dias de vida.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- **Meta 2.10:** Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 e 72 meses.

- **Indicador 2.10:** Proporção de crianças de seis e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de crianças de seis e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de crianças de seis a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- **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.

- **Indicador 2.11:** Proporção de crianças de seis a 72 meses com primeira consulta odontológica.

**Numerador:** Número de crianças de seis a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

**Denominador:** Número total de crianças de seis a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

#### ▲ **ADESÃO:**

- **Meta 3.1:** Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

- **Indicador 3.1:** Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

**Numerador:** Número de crianças faltosas ao programa buscadas.

**Denominador:** Número de crianças faltosas ao programa.

▲ **REGISTRO:**

- **Meta 4.1:** Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

- **Indicador 4.1:** Proporção de crianças com registro atualizado.

**Numerador:** número de fichas- espelho com registro atualizado.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

▲ **AVALIAÇÃO DE RISCO:**

- **Meta 5.1:** Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

- **Indicador 5.1:** Proporção de crianças com avaliação de risco.

**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.

▲ **PROMOÇÃO:**

- **Meta 6.1:** Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

- **Indicador 6.1:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

**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.

- **Meta 6.2:** Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

- **Indicador 6.2:** Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

**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

- **Meta 6.3:** Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

- **Indicador 6.3:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

**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.

- **Meta 6.4:** Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

- **Indicador 6.4:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

**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.

**Os indicadores utilizados para monitoramento de ações em saúde bucal são os seguintes:**

▲ **COBERTURA:**

- **Meta 7.1:** Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 80% das crianças entre 6 e 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde e inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

- **Indicador 7.1:** Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

**Numerador:** Número de crianças de seis a 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 de seis a 72 meses de idade que residem na área de abrangência da unidade de saúde inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

▲ **QUALIDADE:**

- **Meta 8.1:** 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.

- **Indicador 8.1:** Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Numerador:** Número de crianças de seis a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

**Denominador:** Número total de crianças de seis a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

- **Meta 8.2:** 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.

- **Indicador 8.2:** Proporção de crianças de seis a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programática.

**Numerador:** Número de crianças de seis a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

**Denominador:** Número total de crianças de seis a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que necessitam de atendimento odontológico.

- **Meta 8.3:** Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta programática.

- **Indicador 8.3:** Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

**Numerador:** Número de crianças de seis a 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática

com tratamento dentário concluído.

**Denominador:** Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

▲ **ADESÃO:**

- **Meta 9.1:** Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta programática, faltosos às consultas.

- **Indicador 9.1:** Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores da área de abrangência da unidade de saúde.

**Numerador:** Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática que faltaram e foram buscadas.

**Denominador:** Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática e faltaram.

- **Meta 9.2:** Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica e faltaram.

- **Indicador 9.2:** Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.

**Numerador:** Número de crianças faltosas às consultas e que foram buscadas.

**Denominador:** Número de crianças faltosas às consultas.

▲ **REGISTRO:**

- **Meta 10.1:** Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta.

- **Indicador 10.1:** Proporção de crianças com registro atualizado.

**Numerador:** Número de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro atualizado.

**Denominador:** Número total de crianças com primeira consulta odontológica.

▲ **PROMOÇÃO:**

- **Meta 11.1:** Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica.

- **Indicador 11.1:** Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal.

**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 programática.

- **Meta 11.2:** Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica.

- **Indicador 11.2:** Proporção de crianças com orientações nutricionais.

**Numerador:** Número de crianças com orientação nutricional.

**Denominador:** Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

- **Meta 11.3:** Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

- **Indicador 11.3:** Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

**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 programática.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Saúde da Criança vamos adotar o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento - Ministério da Saúde – 2012. Utilizaremos uma ficha espelho para acompanhamento da criança, desenvolvida pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, já que o município não disponibiliza ficha específica para atendimento de crianças. A ficha irá conter dados que possibilitarão a coleta de todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, como: calendário de consultas, crescimento, desenvolvimento, vacinação,

suplementação de ferro, triagem auditiva, teste do pezinho, saúde bucal, classificação de risco, orientações de promoção à saúde (aleitamento materno, alimentação saudável, prevenção de acidentes). Estimamos alcançar com a intervenção 125 crianças. Solicitaremos à direção da unidade para dispor das 125 fichas necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada planilha eletrônica de coleta de dados ofertada pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, será criado livro de registro identificando todas as crianças cadastradas pelas agentes comunitárias de saúde (ACS). A primeira ação a ser realizada é o recadastramento de todas as crianças da área com idade entre zero e 72 meses e feito registro em livro específico para acompanhamento das crianças. A médica e enfermeira farão levantamento nos prontuários das crianças que estão com consulta atrasada em relação ao calendário de consultas preconizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e será feita a busca ativa pelos ACSs e agendada consulta com a médica ou enfermeira em turno específico da semana reservado para atendimento de puericultura e agendado atendimento odontológico quando necessário de acordo com a disponibilidade.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção foram discutidas previamente com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012) para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservado um dia na primeira semana de intervenção, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará suas funções em relação ao atendimento da criança e a médica e a enfermeira irão revisar as recomendações mais atuais do assunto, em especial, acolhimento de crianças e identificação de situações de risco na infância, monitoramento de crescimento e desenvolvimento, esquema vacinal, suplementação de ferro, triagem auditiva, teste de pezinho, classificação de risco odontológico, fluoroterapia e organização para busca ativa das crianças faltosas à consulta.

Antes do projeto ser posto em prática, serão verificadas a calibração das balanças que serão utilizadas e a qualidade do antropômetro e fita métrica. Será realizada reunião com as técnicas de enfermagem e enfermeiras para padronizar a organização do controle de vacinas para que o abastecimento de todas as vacinas seja garantido e que a sala de vacina funcione nos dois turnos do dia e sem



restrições para atendimento. Será solicitada à direção da unidade a disponibilização do ferro na farmácia da unidade. Será solicitado à Maternidade de Felipe Camarão o compromisso para realização da triagem auditiva e do teste do pezinho de todos os recém-nascidos da área.

O acolhimento das crianças que buscarem o serviço será realizado pelas técnicas de enfermagem. Crianças entre zero e 72 meses de idade terão a data da última consulta de puericultura verificada e agendada nova consulta de acordo com o calendário preconizado. Crianças com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências potencialmente graves. As crianças que vierem à consulta de puericultura sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Para acolher a demanda de intercorrências agudas de crianças, não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento diariamente. Para agendar as crianças provenientes da busca ativa serão reservadas oito consultas por semana para a médica e oito para a enfermeira.

Em relação à saúde bucal, as crianças atendidas pela médica receberão orientações sobre o cuidado bucal junto com seus responsáveis e serão encaminhadas para consulta odontológica quando necessário. As crianças atendidas no horário de puericultura coletiva com a enfermeira e a dentista, também receberão orientações e a avaliação da dentista e terão atendimento no consultório odontológico quando for indicado algum procedimento.

O esclarecimento da comunidade sobre a importância da realização das consultas de puericultura e sobre as facilidades de realizá-las na UBS serão realizadas nas reuniões dos grupos da unidade, nas visitas domiciliares e nas consultas. Além disso, faremos contato com os representantes da escola e creche da área e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização do acompanhamento das crianças na unidade básica de saúde. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de crianças e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente a médica examinará o livro de crianças e as fichas espelho das crianças, identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos, ou vacinas em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todas as crianças em atraso. Ao fazer a busca, já agendará a criança para um horário de

atendimento. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.



### **3 Relatório da intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas no projeto - facilidades e dificuldades, cumpridas integral ou parcialmente:**

No eixo **Organização e Gestão do Serviço** as reuniões com a equipe foram realizadas. A primeira reunião aconteceu na própria unidade básica de saúde durante a semana um do projeto de intervenção e foi feita a apresentação do Projeto e do instrumento para acompanhamento das crianças (a ficha-espelho) e abordado o protocolo adotado - Caderno de Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012), com discussão de dúvidas e escuta de sugestões. Durante esse primeiro momento, também foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática e realizada a capacitação dos agentes comunitários de saúde para realizarem a busca ativa de crianças entre zero e 72 meses de idade, faltosas. Além disso, organizou-se a logística dos atendimentos da médica, da enfermeira e da dentista. A reprodução de materiais já havia sido feita e as planilhas para a coleta dos dados necessários ao monitoramento e à avaliação dos indicadores já tinham sido preparadas. Pode-se considerar que tais ações foram cumpridas integralmente.

Foi solicitado que todas as agentes comunitárias de saúde (ACS) cadastrassem a população de crianças entre zero e 72 meses de sua área adstrita em um livro específico para crianças, porém, houve resistência de duas ACSs que não terminaram seu cadastro. Pode-se considerar que esta ação foi realizada parcialmente.

Uma das metas era priorizar o atendimento de crianças e essa meta foi realizada, pois foi destinado um horário por semana pelas três profissionais, médica, dentista e enfermeira para atender essa população. A marcação dos atendimentos foi feita pela técnica de enfermagem através da procura espontânea da população ou da busca ativa feita pelas ACSs após avaliação da necessidade de atendimento verificada pela médica e enfermeira a partir da análise de prontuários. Foi acordada marcação de oito crianças por semana para a médica e oito crianças por semana para a enfermeira e dentista.

Realizar a primeira consulta do recém-nascido na primeira semana de vida foi uma das metas e para isso foi determinado fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço durante a primeira semana após a data provável do parto. Essa ação foi parcialmente desenvolvida, pois nem todas as puérperas receberam a visita durante esse período, por diversos motivos, entre eles, coincidência de férias da ACS com o parto.

As visitas domiciliares foram realizadas para buscar crianças faltosas pelas agentes comunitárias de saúde. Alguns responsáveis se recusaram a ir ao atendimento na unidade básica de saúde, pois alegaram que seus filhos já eram acompanhados em serviços particulares. Para as demais crianças que faltaram e não estavam em acompanhamento em outro serviço, as ACSs combinavam com a mãe da criança nova consulta de acordo com a disponibilidade de vaga na agenda da médica ou da enfermeira e dentista. Visitas domiciliares com ACS e enfermeira ou médica foram feitas aos pacientes cujas famílias se mostraram resistentes a ir para unidade ou que precisavam da visita. Além de tudo isso, foi dada prioridade na marcação de consulta com a médica das crianças de alto risco e deixado em destaque, na ficha espelho, o problema da criança, conforme planejado no projeto. Durante as consultas através da anamnese (condições de nascimento, período neonatal, comorbidades, atraso vacinal e situação social e econômica familiar) e exame físico (atrasos de crescimento e desenvolvimento) era feita a avaliação de risco das crianças.

As ações do eixo **Monitoramento e Avaliação** aconteceram durante o período da intervenção através do cadastramento das crianças na faixa etária entre zero e setenta e dois meses de idade, preenchimento da ficha-espelho no momento de cada atendimento e da digitação e acompanhamento periódico das planilhas para tomada de decisões. As fichas espelho foram preenchidas pela médica, enfermeira e dentista durante os atendimentos e a planilha foi alimentada pela médica. A cada semana os dados das fichas espelho foram avaliados pela médica e os pontos importantes discutidos durante as reuniões de equipe para a tomada de decisões, como planejar a busca ativa das crianças faltosas e das mulheres que tinham atingido a data provável do parto e discussão de como poderíamos melhorar os indicadores que estavam abaixo do esperado, como vacinas em atraso, suplementação de ferro e realização do teste do pezinho após os primeiros sete dias de vida. Essas ações foram realizadas plenamente.

Ao longo do projeto de intervenção, foi possível cadastrar e atualizar acompanhamento de 82 crianças. O cadastramento das crianças aconteceu entre 08/08/2014 e 30/10/2014 e durante esse período, além do número de crianças cadastradas no programa, e se elas ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, também foram monitorados pela médica e enfermeira: o crescimento através das curvas de crescimento e o desenvolvimento por meio de ficha dos marcos de desenvolvimento; as crianças com déficit e excesso de peso; a vacinação; a realização de triagem auditiva e do teste do pezinho antes dos sete dias de vida; a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de seis a 72 meses de idade e se realizaram a primeira consulta odontológica programática; o registro em prontuário/ficha espelho das orientações sobre prevenção de acidentes e das atividades de educação em saúde; o percentual de crianças que foi observado mamando na 1ª consulta. A dentista ficou responsável pela avaliação e monitoramento dos registros da saúde bucal, da classificação de risco de cárie, necessidade ou não de tratamento e/ou fluoterapia, realização de busca ativa e ações educativas de orientações sobre higiene bucal, dieta e hábitos de sucção nutritiva, não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Com relação ao **Engajamento Público**, a mobilização dos pais e responsáveis para comparecerem à unidade com suas crianças para acompanhamento foi feita por todos os membros da equipe, em especial, os agentes comunitários de saúde em suas visitas domiciliares. O engajamento público também ocorreu durante os atendimentos, nos quais os profissionais procuraram dialogar com os responsáveis para que os mesmos conhecessem o estado de saúde de seus filhos e quais parâmetros se encontravam dentro da normalidade ou não. Além disso, foi realizada reunião com direção da creche próxima à unidade para falar sobre a importância da ação programática de saúde da criança solicitando apoio para a captação de crianças de zero a 72 meses de idade e para parceria na estratégia de promoção à saúde. Realizamos outra reunião com a coordenação da creche para definir detalhes da ação de promoção à saúde que seria realizada na creche.

Durante a nona semana, realizamos a ação de promoção à saúde com aproximadamente 100 alunos da creche Zilda Arns e os membros da equipe que participaram foram a médica, a dentista, a auxiliar de consultório dentário, os alunos do SACI e tutoras da disciplina de saúde coletiva da Universidade Federal do Rio

Grande do Norte. Nós nos dividimos em grupos para que todos participassem ativamente das atividades. As ações realizadas foram: orientação sobre técnica correta de escovação bucal, escovação supervisionada, aplicação de flúor e avaliação de cárie pra posterior encaminhamento. Porém, não realizamos apenas atividades de saúde bucal, de forma lúdica com teatro de fantoches, realizamos orientações sobre higiene e auto-cuidado como necessidade de tomar banho, cortar as unhas, lavar as mãos e sobre alimentação. Devido ao grande número de atividades e ações, não conseguimos realizar as atividades nas seis turmas no mesmo dia, então, combinamos de retornar à creche no mês de novembro para terminar as ações com os alunos restantes. A troca de experiências foi muito boa entre todos os envolvidos e foi uma atividade muito gratificante. As crianças interagiram bastante. As professoras e coordenadora da creche acharam a ação bem importante e se mostraram abertas para parcerias como essa.

Outras ações do eixo engajamento público ocorreram durante os encontros da puericultura coletiva na brinquedoteca, cujos atendimentos foram agendados tanto por meio da procura espontânea, quanto a partir da busca ativa. A enfermeira, a dentista e a auxiliar de consultório dentário (ACD) passam em torno de três horas com todas as crianças e seus responsáveis, na brinquedoteca, realizando o atendimento, que além de todos os pontos de um atendimento individual de puericultura realizado num consultório, inclui conversas sobre alimentação saudável, prevenção de acidentes, cuidados básicos com a criança e saúde bucal, enquanto as crianças brincam e desenvolvem suas funções motoras e cognitivas. A puericultura coletiva na brinquedoteca tem como objetivo a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil através de um processo lúdico onde é estimulado o ato de brincar como ferramenta para a avaliação da situação de saúde da criança. É um momento em que mães e profissionais são sujeitos de uma troca de saberes e evidencia-se o protagonismo e o emponderamento das famílias.

No eixo **Qualificação da Prática Clínica** as ações foram efetivadas durante a primeira semana de intervenção em um turno matutino, no horário que deveria ser destinado para reunião de equipe, na própria unidade. Trabalharam-se os temas de técnica de aferição de peso e comprimento, calendário vacinal, identificação de crianças de risco, calendário de consultas de puericultura e saúde bucal, incentivo ao aleitamento materno e sua técnica correta, orientações básicas sobre prevenção de acidentes e alimentação, indicação de suplementação de ferro. Como referência,

foi utilizado o Caderno de Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012).

Nos atendimentos realizados pela equipe, principalmente pela médica e enfermeira foi interrogado sobre período em que ocorreu a primeira consulta da criança, realização de teste do pezinho, da orelhinha e avaliação e consulta odontológica. Foram feitas avaliações do crescimento através de medidas de peso, estatura e perímetro cefálico e de seu monitoramento, assim como do desenvolvimento da criança através da intervenção dos marcos de desenvolvimento. A situação vacinal foi investigada por meio do cartão de vacina. Várias crianças tiveram a oportunidade de atualizar as vacinas durante os atendimentos da intervenção. A suplementação de ferro quando indicada foi questionada, porém foi verificado que a maioria não fazia uso do mesmo por dificuldade financeira. Depois de muita insistência em parceria com a direção da unidade, conseguimos o fornecimento do sulfato ferroso na unidade. A avaliação de risco da criança também foi feita em todos os atendimentos, assim como orientações sobre prevenção de acidentes, alimentação, aleitamento materno e higiene bucal. Em relação às atividades específicas da área odontológica, além das ações de educação, foi feita classificação do risco de cárie, aplicação de fluoroterapia, identificação de necessidade de tratamentos específicos e seguimento do plano terapêutico programado.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas no projeto - facilidades e dificuldades, cumpridas integral ou parcialmente:**

A intervenção foi planejada, inicialmente, para ser realizada por todas as equipes da unidade e o projeto foi proposto para as seis equipes na reunião mensal do mês de julho. Entretanto, apenas a minha equipe, a equipe 15, se propôs a iniciar a intervenção, já que as demais alegaram falta de material para as fichas, já estavam planejando iniciar outras intervenções, além das outras demandas da unidade. Ficou acertado que todos os profissionais iriam se esforçar para dar atenção à saúde da criança e procurar seguir o Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012), porém, a coleta de



dados e utilização de ficha espelho e planilha de dados seria realizada apenas pela equipe 15.

Estava proposto inicialmente realizar contato com lideranças comunitárias para tentar aumentar a adesão da comunidade, porém, como estávamos conseguindo a marcação completa da agenda apenas com a procura espontânea e busca ativa dos profissionais da equipe, nós decidimos não realizar essa ação.

No cronograma, planejamos realizar duas atividades educativas durante o período de intervenção. Entretanto, no decorrer da intervenção, devido a alguns problemas enfrentados que atrapalharam o cronograma, como o afastamento da enfermeira, outras demandas da unidade (reuniões com grupos de hipertensos e diabéticos e ações de promoção à saúde da mulher), consideramos que o tempo seria curto para a realização de duas atividades educativas. Além disso, a atividade educativa que realizamos precisou ser realizada em dois dias para ser completada.

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

A coleta de dados foi feita pela médica, enfermeira ou dentista que estavam preparadas para o preenchimento correto da ficha espelho, então não houve dificuldade nessa etapa. A partir dos dados de prontuários, caderneta da criança, anamnese e exame físico as informações foram obtidas sem maiores dificuldades. As planilhas de saúde da criança e saúde bucal foram alimentadas pela médica e talvez por sobrecarga de trabalho ou falta de atenção alguns dados não eram preenchidos corretamente, inicialmente. Entretanto, todos os dados das planilhas foram revisados e as incongruências foram corrigidas e os indicadores puderam ser avaliados de forma correta.

### **3.4 Incorporação das ações na rotina do serviço - análise da viabilidade:**

As semanas propostas pelo projeto de intervenção chegaram ao fim em 30/10/2014, com a certeza que não terminarão na equipe 15 da Unidade Mista de Felipe Camarão. Conseguimos tornar uma rotina o protocolo de saúde da criança e

o preenchimento da ficha espelho e do livro de crianças, que agora torna mais fácil todos os profissionais da equipe verificarem se as crianças da área estão em acompanhamento regular ou não e / ou com alguma pendência. O horário semanal de puericultura individual com a médica e puericultura coletiva com a enfermeira e dentista, assim como as atividades educativas também se tornaram rotina e continuam sendo realizadas.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A equipe 15 da Unidade Mista de Felipe Camarão esteve composta durante o projeto de intervenção por uma médica, uma dentista, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma ACD e seis ACS. No entanto, uma técnica de enfermagem encontrava-se de licença, duas ACS estavam de férias no período da intervenção e a enfermeira ficou afastada por motivos de saúde durante um mês.

De acordo com o cadastro das ACS, que inclui informações de toda a população da área sob a responsabilidade desta equipe, tínhamos 3.130 pessoas e dentre elas, 156 crianças com idade entre zero e setenta e dois meses de idade. Não existia nenhum registro para acompanhamento da cobertura e qualidade dos serviços oferecidos às crianças na UBS.

A avaliação dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados estão descritos a seguir.

Considerando a população de toda a unidade, que corresponde a 947 crianças, cadastramos apenas 8,7%. Porém, se considerássemos apenas a equipe em que a intervenção foi realizada, a equipe 15, a cobertura equivale a 52% das crianças entre zero e setenta e dois meses de idade. Como mostra a figura 1, no primeiro mês foram cadastradas e atendidas 39 crianças, o que corresponde a 24,9%, no segundo mês, elevou-se para 55 (35,1%) e por fim alcançamos 82 (52,4%) no terceiro mês da intervenção.

Cadastrar e atender 80% das crianças entre zero e setenta e dois meses de idade da área não foi possível, principalmente, por dois motivos: a intervenção foi realizada por apenas uma das seis equipes da unidade; o tempo insuficiente da intervenção, já que havia outras demandas de atendimento na unidade; e o afastamento da enfermeira por um período durante a intervenção. Assim, apenas 82 crianças da equipe 15 (52,4%) passaram por essa avaliação, mas esse número pode aumentar, de modo que se estabeleça como rotina o atendimento de puericultura e saúde bucal das crianças, além das atividades educativas.

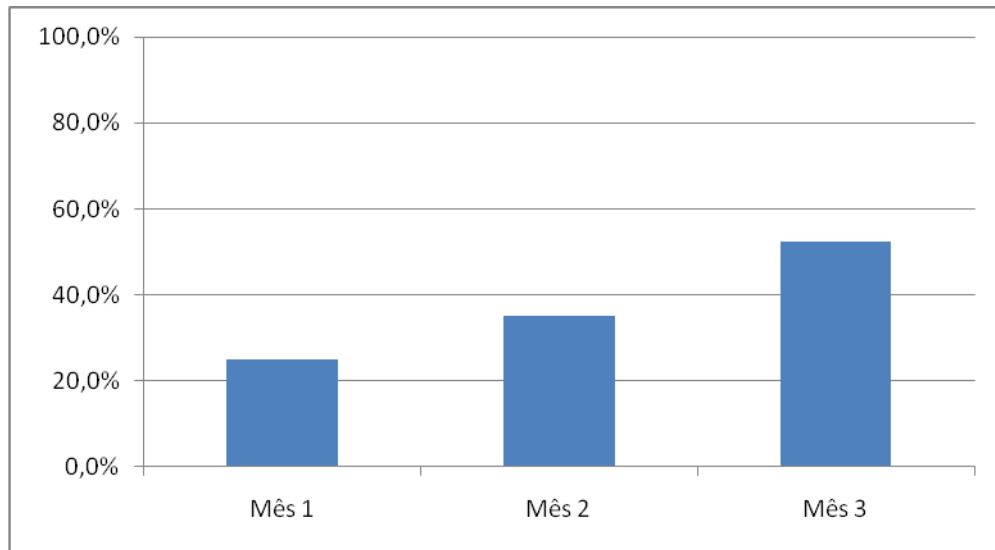


Figura 1. Proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses de idade da área de abrangência da equipe 15 da Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC) inscritas e acompanhadas no Programa de Saúde da Criança da unidade. Fonte: Planilha de coleta de dados, Natal 2014.

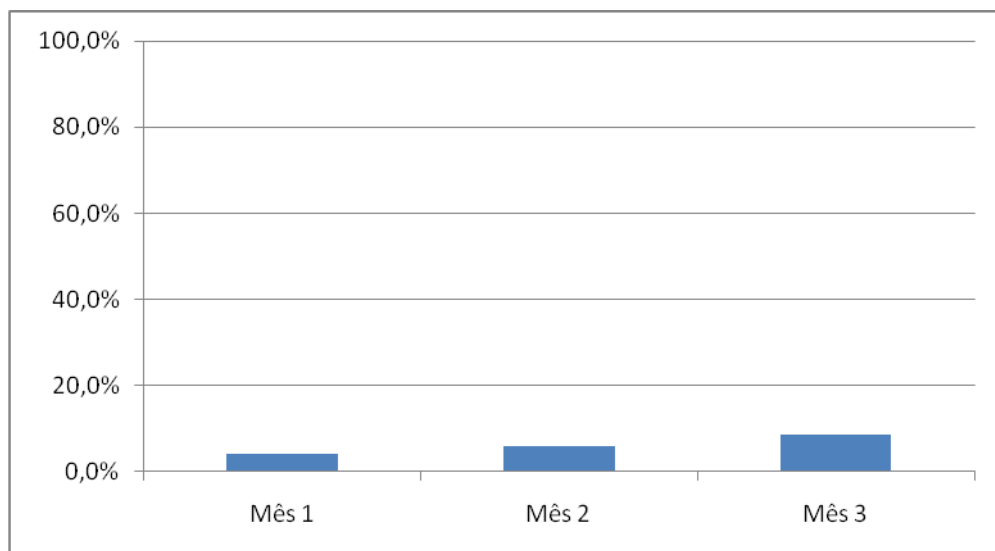


Figura 2. Proporção de crianças entre zero e setenta e dois meses de idade da área de abrangência da Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC) inscritas e acompanhadas no Programa de Saúde da Criança da unidade. Fonte: Planilha de coleta de dados, Natal 2014.

Os resultados apresentados a seguir se referem apenas às crianças que foram atendidas durante a intervenção.

Das 82 crianças atendidas e avaliadas até o final do estudo, a maioria eram meninas (51,21%). A idade média das crianças foi de 25,6 meses e variou de um mês incompleto a 63 meses.

A figura 3 mostra que 7,7% (3) das crianças acompanhadas durante o primeiro mês da intervenção consultaram na primeira semana de vida. Ao longo do

segundo mês aumentamos para 12,7% (7), mas houve uma queda percentual no terceiro mês, o que contabilizou 9,8% (8) das crianças.

Ao avaliar o indicador idade durante a primeira consulta, verificou-se que a grande maioria das crianças recebeu seu primeiro atendimento de puericultura em atraso, somente a partir do primeiro mês de vida, o que representa falha da assistência no período puerperal e neonatal, com busca ativa insignificante, com prejuízo ao cuidado dessas crianças no período que a mãe e a família precisam de muito apoio e orientações sobre o recém-nascido. Essa realidade foi modificada após o início da intervenção, pois apenas uma criança que nasceu após o início do projeto não recebeu a primeira consulta na primeira semana de vida devido a férias da agente comunitária de saúde. A verificação dos prontuários, com a constatação de calendário de consultas em atraso e registros desatualizados e posterior busca do usuário em questão para consulta médica, de enfermagem ou odontológica, mostrou-se ainda como um elemento importante no processo de acompanhamento e cuidado continuado desse grupo.

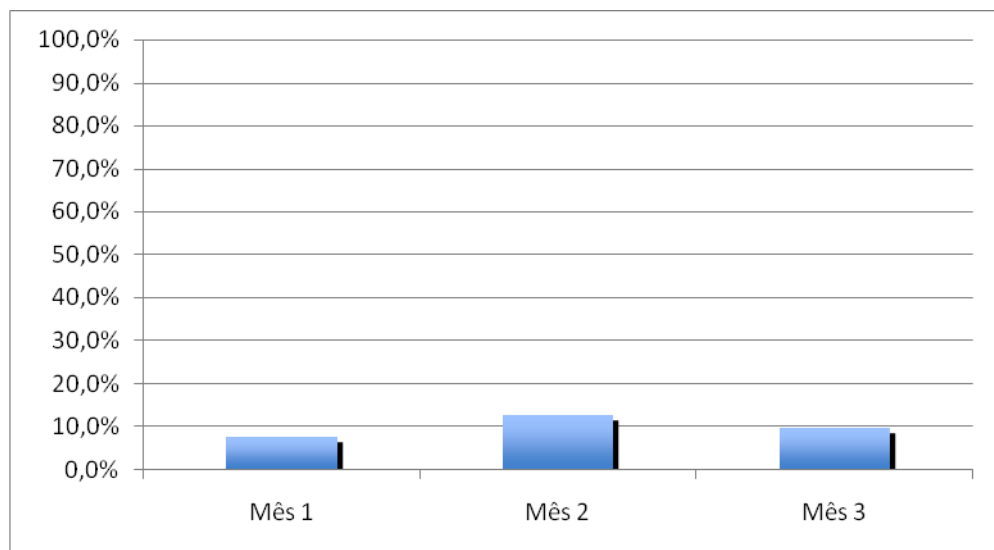


Figura 3. Proporção de crianças que tiveram a sua primeira consulta na primeira semana de vida. Fonte: Planilha de coleta de dados, Natal 2014.

Entre as crianças atendidas, 100% tiveram seu crescimento e desenvolvimento avaliados durante os atendimentos que ocorreram nos três meses do estudo, o que correspondeu a 39, 55 e 82 crianças nos meses sucessivos, portanto, as metas foram atingidas. Quando foi investigado se havia crianças com déficit ou excesso de peso, foram diagnosticadas apenas duas crianças com déficit de peso, o que representa 2,43% do total de crianças, e 13 com excesso de peso,

totalizando 15,85% das crianças. Todas as crianças com déficit e excesso de peso tiveram seu crescimento monitorado.

Ao avaliar as crianças cadastradas em relação aos seus crescimento e desenvolvimento normais, assim como seus desvios, percebeu-se que esse monitoramento é devidamente realizado pela médica e pela enfermeira da unidade, o que caracteriza suas preocupações quanto à manutenção da saúde e da nutrição infantil.

Durante as marcações das consultas, foi solicitado que todos os responsáveis trouxessem o cartão de vacinação da criança para ser avaliado pela médica ou enfermeira. Ao final do primeiro mês do estudo, apenas 25 (64,1%) das crianças chegaram para atendimento com vacinas em dia, esse número aumentou para 37 (67,3%) no segundo mês e 58 (70,7%) no terceiro mês (figura 4). Todas as crianças com calendário vacinal em atraso foram encaminhadas ao setor de vacina para atualização.

Esse indicador serviu de alerta para intensificar esse serviço, já que apesar do governo garantir a disponibilidade das vacinas e condições ideais para a sua aplicação na unidade, essa meta ficou abaixo dos 100% preconizados. Isso pode ser justificado devido à greve dos técnicos de enfermagem que ocorreu nos meses de maio e junho de 2014, quando ficou suspenso ou limitado o serviço de vacinas nas unidades básicas de saúde do município de Natal.

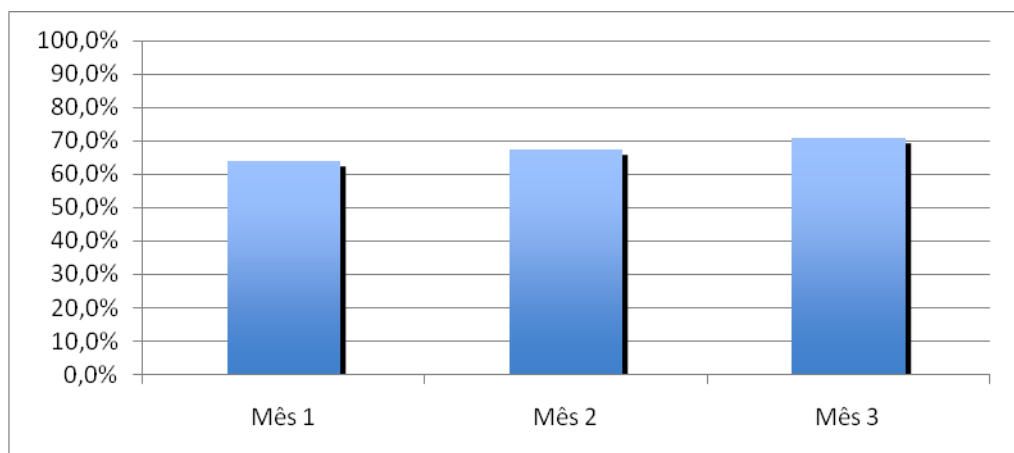


Figura 4. Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. Fonte: Planilha de coleta de dados, Natal 2014.

Outro indicador investigado durante o estudo foi o uso de suplementação de ferro em crianças entre seis e 24 meses de idade para a profilaxia da anemia

ferropriva. De 14 crianças que necessitavam de suplementação de ferro que foram atendidas no primeiro mês, nenhuma fazia uso desse suplemento, e ao final da intervenção; ao final do segundo mês, apenas uma (5,9%) criança das 17 que precisavam recebiam o ferro; por fim, apenas três (10,7%) de 28 crianças chegaram para atendimento já fazendo uso da suplementação de ferro (figura 5).

Diferentemente das vacinas, o fornecimento do suplemento de ferro foi insuficiente na área, ficou suspenso por vários meses, só sendo restabelecido no final da intervenção e isso justifica os indicadores baixíssimos das crianças entre seis e vinte e quatro meses de idade que recebem a suplementação de ferro recomendada.

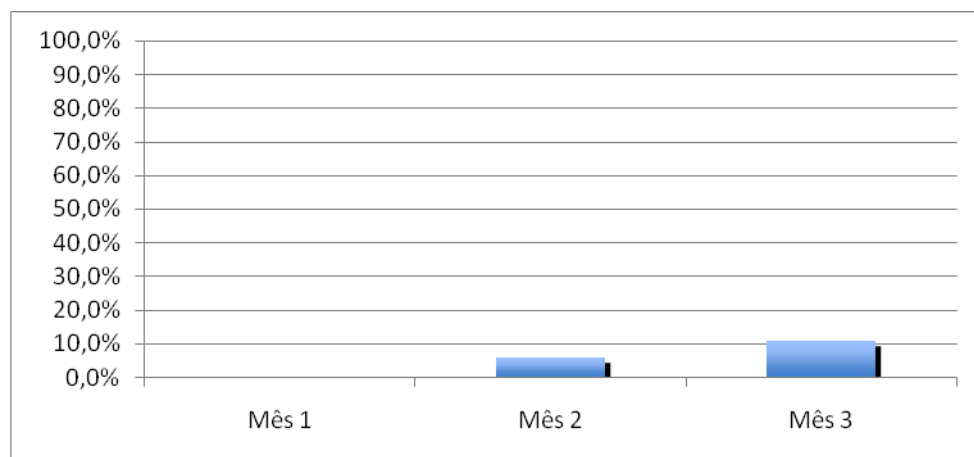


Figura 5. Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro. Fonte: Planilha de coleta de dados, Natal 2014.

Com relação à triagem auditiva realizada no período neonatal, 61,5% (24) crianças foram submetidas a essa triagem durante o período neonatal, esse número aumentou para 61,8% (34) no segundo mês e, no final do terceiro mês, 72% (59) das crianças, conforme se pode observar na figura 6. Esse resultado por ser justificado pelo fato de que a estratégia de saúde da família funcionar no mesmo prédio em que a Maternidade de Felipe Camarão, onde o teste da orelhinha é realizado por fonoaudiólogo nos últimos anos. Não alcançamos 100%, conforme meta estabelecida porque algumas crianças maiores nasceram em outros serviços em que o teste não era oferecido.

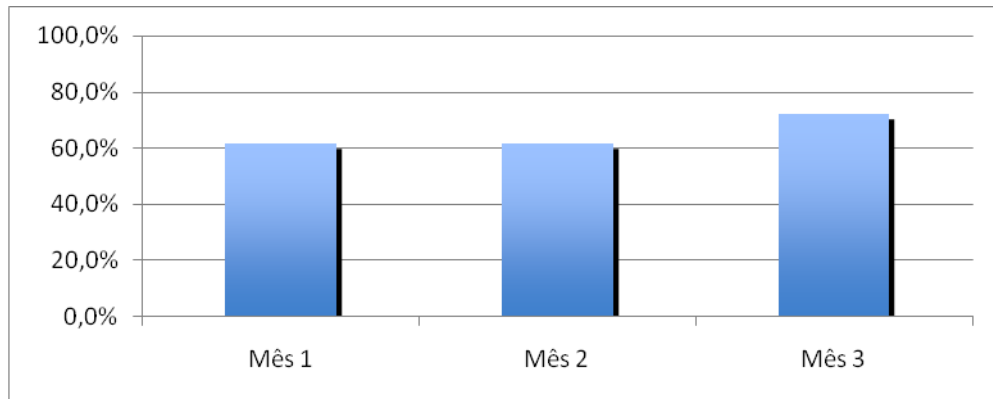


Figura 6. Proporção de crianças com triagem auditiva. Fonte: Planilha de coleta de dados, Natal 2014.

Quanto à frequência das crianças que realizaram o teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida, foi verificado que menos de 30% foram submetidas a essa triagem na primeira semana de vida (figura 7). No primeiro mês do projeto apenas 11 (28,2%) das crianças foram submetidas ao teste no tempo correto, 17 (30,9%) no segundo mês e 24 (29,3%) no último mês. A maioria das crianças realizou o teste entre oito e 30 dias de vida.

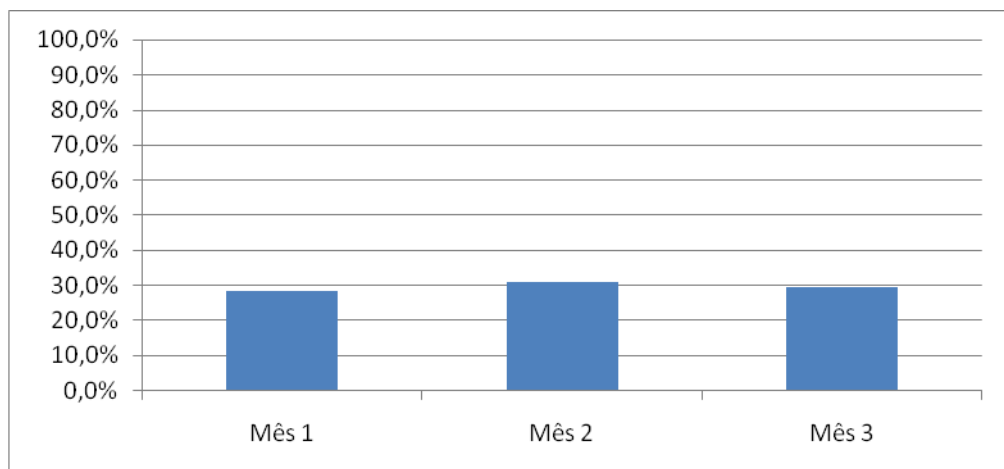


Figura 7. Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. Fonte: Planilha de coleta de dados, Natal 2014.

A análise deste resultado surpreendeu já que apesar de também ser fornecido pela Maternidade, menos de 30% realizaram o teste na primeira semana de vida ou não o fizeram. A não realização do teste ou período de atraso, foi mais frequente nas crianças acima de dois anos de idade e chamou atenção não somente agora, mas aos gestores, que realizaram um curso para capacitar técnicos de enfermagem para a realização do teste nas unidades básicas de saúde.



Durante todos os atendimentos de crianças entre seis e 72 meses foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças e constatou-se, ao final da intervenção, que 84,4% (54) das crianças com essa faixa etária já tinham realizado a primeira consulta odontológica programática ou estavam recebendo durante aquele atendimento (figura 8). Durante a evolução deste indicador, houve uma queda percentual, pois mais crianças avaliadas pela médica no segundo e terceiro meses não haviam recebido avaliação odontológica. Entretanto, essas crianças para encaminhadas para marcação de consulta com a dentista. Ao final do primeiro mês, das 31 crianças que necessitaram de primeira consulta odontológica, 28 (90,3%) já tinham recebido o atendimento, no segundo mês esse número 34 (82,9%) de 41 e no terceiro mês, 54 (84,4%) de 64 crianças.

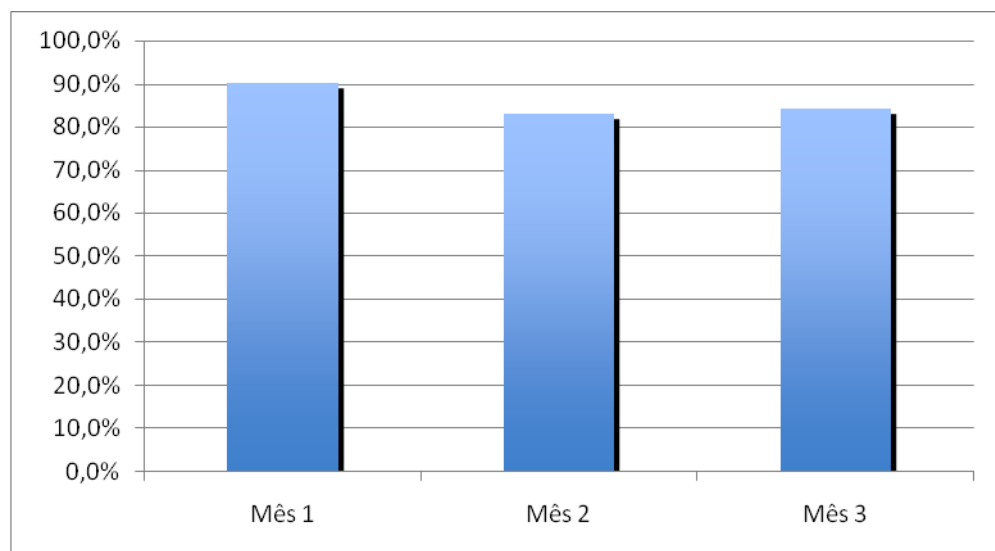


Figura 8. Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com primeira consulta odontológica. Fonte: Planilha de coleta de dados, Natal 2014.

Ao final do terceiro mês da intervenção, sete crianças foram cadastradas e atendidas graças à busca ativa após terem faltado ao primeiro atendimento agendado, o que representou um percentual de 100% de busca ativa às crianças faltosas. Só foi possível buscar essas crianças porque houve registro e monitoramento adequados e participação ativa das agentes comunitárias de saúde que conseguiram conscientizar as mães da importância do acompanhamento das crianças na unidade básica de saúde.

A proporção de crianças com registro atualizado durante a intervenção foi de 100% (82). Alcançamos essa meta, pois houve um grande esforço da médica e enfermeira para verificar e registrar todos os dados na ficha espelho, prontuário e cartões das crianças.

Durante os atendimentos também foi feita a avaliação de risco das crianças e este foi outro indicador que atingiu a meta de 100% (82). Para alcançarmos essa meta, nós realizamos em todos os atendimentos uma anamnese dirigida investigando informações importantes como antecedentes obstétricos, neonatais e familiares, comorbidades e situações socioeconômicas, além de exame físico completo.

A promoção à saúde foi realizada também no projeto de intervenção e 100% (82) das crianças receberam orientação sobre prevenção de acidentes, higiene bucal e alimentação adequada de acordo com a faixa etária. Essas orientações foram dadas durante os atendimentos e atividades educativas.

Além das orientações alimentares, o aleitamento materno também foi avaliado na prática e foi verificada a técnica da amamentação durante os atendimentos para as crianças que mamam ou interrogado se isso ocorreu durante a primeira consulta com a criança (figura 9). Pela figura podemos observar que um número baixo de mães foram observadas durante a prática de amamentar, sendo 10,3% (4) no primeiro mês, 14,5% (8) no segundo e 14,6% (12) no terceiro mês. Isso se deu, pois apenas nos últimos meses essa prática estava sendo avaliada durante a primeira consulta. Uma capacitação que houve durante a Semana da Amamentação em julho de 2014 fez os profissionais refletirem sobre a importância da verificação na prática da técnica de amamentação e os estimulou a retomar esta ação.

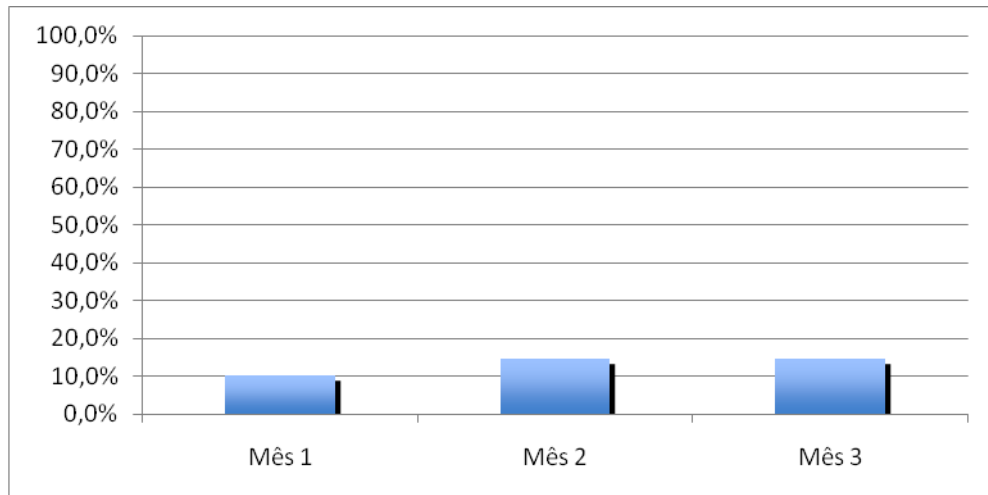


Figura 9. Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Além do atendimento de puericultura realizado pela médica e enfermeira, as crianças receberam avaliação da saúde bucal pela dentista. Ao final do terceiro mês de intervenção, o número de crianças entre seis e setenta e dois meses cadastradas e atendidas foi de 39, representando 27,7% das 140 crianças com idade entre seis e setenta e dois meses de idade residentes na área de abrangência da equipe 15 com primeira consulta odontológica programática (figura 10) e, se considerarmos a unidade toda, foram atendidas apenas 4,6%, ou seja, 39 de 852 crianças (figura 11).

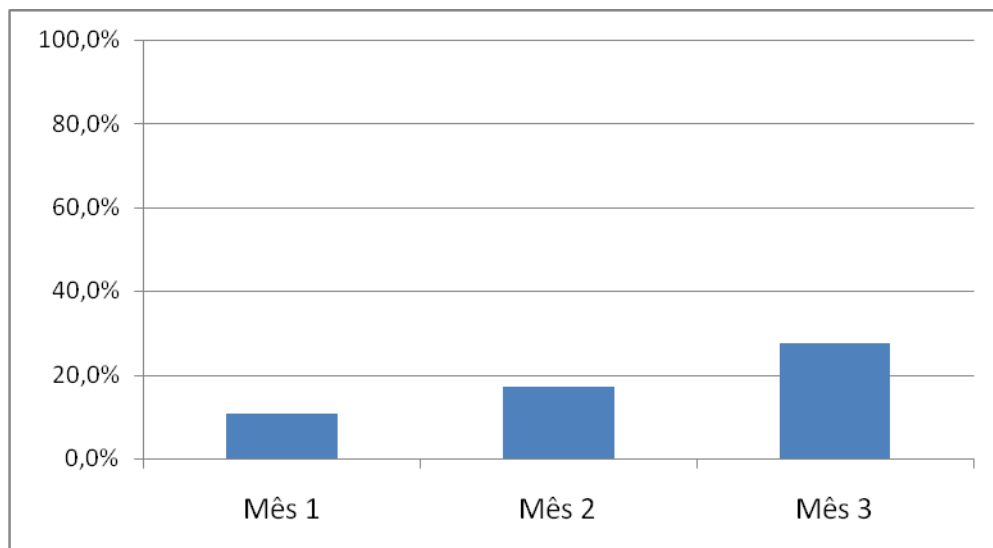


Figura 10. Proporção de crianças residentes na área de abrangência da equipe 15 da UMFC com primeira consulta odontológica programática. Fonte: Planilha de coleta de dados, Natal 2014.

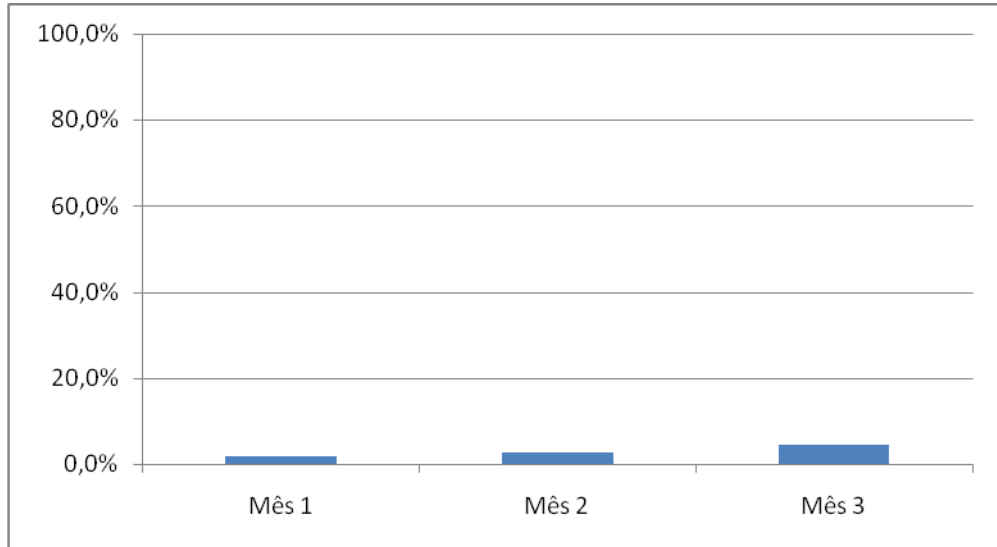


Figura 11. Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade com primeira consulta odontológica programática. Fonte: Planilha de coleta de dados, Natal 2014.

De todas as crianças atendidas, a proporção de crianças de seis a 72 meses de idade com necessidade de tratamento odontológico foi de 13,3% (2) durante o primeiro mês, 12,5% (3) no segundo mês e 17,9% (7) no último mês da intervenção, conforme mostra a figura 12. Percebeu-se que quanto mais velha era a criança, maior a necessidade de intervenção odontológica.

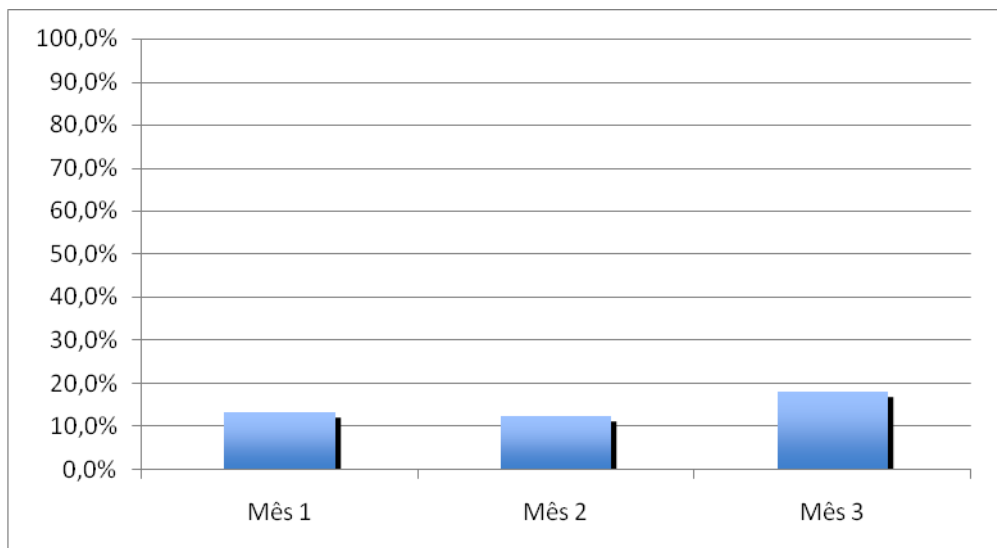


Figura 12. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico. Fonte: Planilha de coleta de dados, Natal 2014.

Seis crianças necessitaram receber fluoretapia e todas elas receberam o tratamento, atingindo uma meta de 100% deste indicador. Após a consulta de cadastramento, 86,7% (13) das crianças atendidas no primeiro mês conseguiram concluir o tratamento dentário, esse número diminuiu para 83,3% (20) no segundo

mês e para 64,1% (25) ao final do terceiro mês (figura 13). Dessa forma não alcançamos a meta estabelecida de 100%. Esse decréscimo ao longo dos meses se deu devido à falta de material para completar os tratamentos odontológicos e disponibilidade de vagas para retorno das crianças avaliadas no último mês.

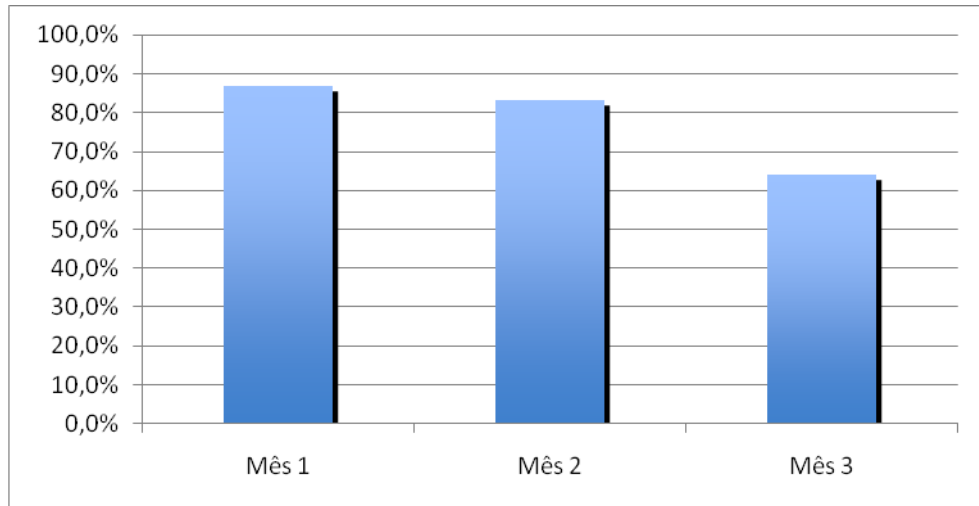


Figura 13. Proporção de crianças com tratamento dentário concluído. Fonte: Planilha de coleta de dados, Natal 2014.

Além da avaliação e realização de procedimentos, o trabalho educativo e de promoção à saúde bucal também foi realizado pela dentista e auxiliar de consultório dentário durante a intervenção. Foram realizadas com 100% (39) das crianças cadastradas e atendidas orientações sobre higiene bucal, dieta e hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. Para isso, a dentista e a ACD realizaram palestras e utilizaram materiais didáticos como moldes de arcada dentária e escova para ilustração, como também a escovação supervisionada. Além do atendimento, foram atualizados registros específicos da saúde bucal de 100% (39) das crianças.

Diante disso, pode-se concluir que a atenção à saúde das crianças entre zero e setenta e dois meses de idade da área de abrangência da equipe 15 da Unidade Mista de Felipe Camarão melhorou de qualidade, mas ainda não possui cobertura adequada.

## 4.2 Discussão

Oferecer assistência universal, igualitária e equitativa é um grande desafio que o Ministério da Saúde tem procurado enfrentar ao longo dos anos através da promoção de políticas públicas diferenciadas para atender as necessidades dos

diversos segmentos populacionais, especialmente, idosos, mulheres e crianças. Por isso, os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde e os programas desenvolvidos buscam oferecer um atendimento médico mais humano e de melhor qualidade para as nossas crianças (BRASIL, 2005).

Cuidar de cada criança que nasce e começa a crescer é responsabilidade não só do Estado, mas também da família e de todos os profissionais de saúde envolvidos nesse processo. Essa responsabilidade aumenta ainda mais diante do fato de que os óbitos infantis, segundo dados do IBGE(2011), em 2010 foram de 15,6 a cada mil nascidos vivos e, muitas dessas causas seriam evitadas se houvesse uma atenção básica de saúde de qualidade.

Este trabalho procurou melhorar a atenção à saúde das crianças até seis anos de idade na UMFC de forma integral, capacitando as competências (conhecimento, habilidades e atitudes) dos profissionais da equipe multidisciplinar da ESF e buscando melhorias na estruturação da UBS (espaço físico e insumos), junto aos órgãos responsáveis.

Em minha unidade básica de saúde, a intervenção proporcionou a ampliação da cobertura da atenção às crianças e a melhoria do cuidado prestado. Durante os três meses de intervenção, a cobertura proposta de atendimento de puericultura que seria de 80% não foi atingida, pois houve períodos em que a equipe ficou incompleta e o tempo de intervenção foi curto. Porém, essa meta deve ser atingida em pouco tempo, já que a intervenção se tornou rotina no serviço. A cobertura de 27,7% da saúde bucal das crianças mostra que os indicadores de saúde bucal ainda estão baixos e precisam ser vistos com mais atenção, como um levantamento realizado em 2008, o qual constatou que 73,8% das crianças de 18 a 36 meses nunca foram ao cirurgião-dentista(MANFREDINI *et al.*, 2012).

O Ministério da Saúde lançou, em 2012, a última edição do Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012) como uma das ofertas que objetivam apoiar as equipes de atenção básica no processo de qualificação do cuidado e articulação em rede e, por isso, ele foi escolhido como o protocolo para ser seguido durante a intervenção. A adoção desse protocolo propiciou que se tornassem rotinas em todos os atendimentos ações que refletem melhorias nas condições de saúde na infância.

Conseguimos instituir na unidade o calendário de consultas do Ministério da Saúde, com sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, duas no 2º ano de vida e, anuais a partir dos dois anos de idade. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. Tornar rotina a primeira consulta até o sétimo dia de vida da criança, que não estava sendo realidade, foi extremamente importante, pois é neste período que a mãe e família precisam de muito apoio e orientações sobre o recém-nascido (ICSI, 2013).

Os parâmetros de crescimento e desenvolvimento constituem indicadores diretamente relacionados com a manutenção da saúde e da nutrição infantil e, indiretamente com a qualidade de vida de uma população, o que justificou a necessidade da realização de consultas frequentes e regulares. Por meio de medir, anotar e interpretar tais indicadores por um período de tempo, que eu e a enfermeira poderemos detectar precocemente os seus desvios, os quais devem ser devidamente encaminhados, seguindo a evolução das situações anormais (ARAÚJO, 2010).

É indiscutível o relevante papel de prevenção e promoção que as imunizações desempenham na Atenção Básica à Saúde devido ao grande impacto na redução ou eliminação de doenças que, por muitos anos, talvez décadas, ceifaram vidas ou deixaram sequelas (BRASIL, 2013). Como as vacinas que são preconizadas pelo Calendário Básico de Vacinação da Criança e Programa Nacional de Imunizações (PNI) estão disponíveis nas unidades básicas de saúde, como a minha, esperávamos que 100% das crianças estivessem com o calendário vacinal atualizado, o que não foi encontrado em nosso trabalho e nos fez buscar esforços para melhorar este indicador, com intensificação da busca ativa.

No Brasil, não há levantamento nacional da prevalência de anemia, somente estudos em diferentes regiões, que mostram alta prevalência da doença, estimando-se que cerca de 4,8 milhões de pré-escolares sejam atingidos pela doença (JODÃO *et al.*, 2013). Apesar da inexistência de estudos nacionais abrangentes, estima-se que metade da população de crianças menores de quatro anos, nos países em desenvolvimento, sofra de anemia ferropriva, por isso existem estratégias voltadas para o controle e a redução da anemia por deficiência de ferro no País e uma delas é o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, o qual recomenda a suplementação de ferro a todas as crianças de 6 a 18 meses (ou, se não estiverem

em período de aleitamento materno exclusivo, a partir dos 4 meses) e mais cedo para as crianças de baixo peso ao nascer e pré-termo (abaixo de 37 semanas) (BRASIL, 2012). Apesar de todo esse programa sólido com evidência de recomendação, na nossa realidade, o mesmo não está sendo posto em prática, pois é constante a falta de ferro na minha unidade.

Outros dois indicadores de saúde importantes da faixa etária neonatal avaliados durante a intervenção foram a triagem auditiva neonatal e o teste do pezinho, que objetivam detectar o mais precocemente possível a perda auditiva congênita e/ou adquirida no período neonatal e a detecção de doenças como fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, fibrose cística, doença falciforme, deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita (BRASIL, 2012). O que chamou a atenção desse indicador foi a demora em que o teste do pezinho é feito, o que pode atrasar diagnósticos e gerar sequelas.

Além de tudo isso, para uma saúde integral, melhoramos a qualidade da saúde bucal, desde a adoção de orientações sobre práticas de higiene bucal em atendimentos individuais e atividades coletivas, aumentamos a oferta de consultas e tratamentos odontológicos. As ações de promoção à saúde como orientações para prevenir acidentes na infância, incentivo ao aleitamento materno e orientações nutricionais também foram realizadas com o objetivo de diminuir a morbimortalidade.

O trabalho integrado dos membros da equipe foi fundamental para a realização de todas as ações realizadas, que só foi possível após a capacitação da equipe para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao cuidado a crianças e a sensibilização para o impacto que a intervenção traria para a comunidade e o processo de trabalho na unidade.

A considerável maioria dos membros da equipe foi participativa e o trabalho de todos foi importante, a médica, enfermeira e dentista capacitaram o restante da equipe, realizaram os atendimentos de qualidade, registraram e monitoraram os dados; os ACSs contribuíram no cadastramento e na mobilização da comunidade para comparecerem à unidade; a técnica de enfermagem se encarregou da marcação das consultas, aplicação de vacinas, realização do teste do pezinho e medição das crianças antes dos atendimentos; a auxiliar de consultório dentário realizou trabalho importantíssimo de prevenção e auxílio à dentista durante os atendimentos. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, pois houve mais organização do processo de trabalho e maior aproximação da



comunidade com a equipe. A satisfação com o atendimento oferecido fez muitos pacientes procurarem a unidade para demais membros da família.

Até o início da intervenção, a atenção prestada às crianças entre zero e setenta e dois meses de idade na Unidade Mista de Felipe Camarão baseava-se nas consultas médicas, odontológicas e de enfermagem, na unidade ou em domicílio. Porém, as consultas para a médica e dentista na maioria das vezes eram para resolução de doenças ou problemas agudos e não apenas de promoção à saúde. O agendamento de consultas de puericultura intercaladas entre a médica e a enfermeira e maior participação da dentista nos encontros de puericultura coletiva tiveram impacto na prevenção de agravos e promoção à saúde infantil. Além disso, a maioria destes usuários não estava cadastrada no Programa de Saúde da Criança e Saúde Bucal da Criança e não possuíam registros atualizados no prontuário clínico, único instrumento de registro dos procedimentos até o início da intervenção e nem havia monitoramento regular das ações realizadas. A instituição da ficha espelho, mais rigor no preenchimento dos registros tem sido cruciais para o monitoramento do acompanhamento.

O impacto da intervenção já é percebido pela comunidade. Os responsáveis demonstram satisfação com a prioridade no atendimento das crianças e na qualidade do atendimento oferecido. Porém, apesar da ampliação das consultas de puericultura, ainda temos muitas crianças com acompanhamento em atraso e precisamos de mais estrutura para os procedimentos odontológicos. A falta de materiais indispensáveis ao atendimento odontológico acontecia desde o meio do ano de 2014 e para continuarem seus serviços, os odontólogos da unidade compraram com recursos próprios alguns materiais que viabilizaram os atendimentos durante a intervenção e o flúor utilizado pelas crianças atendidas no posto e na creche foi conseguido por meio de doação feita pelos alunos da graduação que estavam desenvolvendo atividades na unidade.

Apesar de não ter atingido a meta de cobertura, os indicadores de qualidade do serviço foram excelentes e a maioria das ações que estavam em nossa governabilidade aconteceram. Refletindo todo o processo, penso que poderemos melhorar as ações de promoção à saúde, com a construção de materiais impressos para os responsáveis com orientações alimentares e dicas para o cuidado saudável das crianças, além de criar calendário de palestras com os mesmos temas. A intervenção poderia ter sido estendida para as demais equipes se a pressão em

quantidade de atendimentos não fosse a prioridade dos gestores e se eu tivesse discutido mais com os outros profissionais das demais equipes sobre as atividades que vinha desenvolvendo e o impacto que a intervenção traria se fosse aplicada em toda a unidade.

Agora que mesmo acabando a coleta de dados para a especialização e as ações continuam na unidade, vemos que a intervenção não trouxe excesso de trabalho e sim melhoria no processo de trabalho e qualidade do atendimento. Sendo assim, vamos tentar incorporar a intervenção a rotina do serviço nas demais equipes da Unidade Mista de Felipe Camarão. Acredito que se a intervenção fosse começar agora, eu insistiria mais com as outras equipes para realizarem a intervenção também.

Após os três meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de melhorar a Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade pertencentes à área de abrangência da Unidade Mista de Felipe Camarão localizada em Natal/RN, incluindo a saúde bucal, foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhoria na cobertura e na qualidade dos atendimentos.

Essa constatação demanda uma mobilização dos profissionais de saúde da equipe e dos gestores de saúde para promover mudanças estruturais, incluindo o seguimento dos atendimentos nos parâmetros da intervenção e do maior apoio e fornecimento de insumos e melhoria da estrutura física. Espera-se também que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

### **4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores**

Este relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção sobre o tema “Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade, na Unidade Mista de Felipe Camarão, Natal/RN” de autoria da médica Ilzen Cibele Bezerra de Farias, funcionária da Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC) que se situa no município de Natal/RN.

Após a análise situacional, ficou identificado que a falta de um registro específico e monitoramento regular das ações da saúde da criança, além da adesão insatisfatória, eram problemas enfrentados. Diante disso, as ações foram planejadas

e desenvolvidas a fim de mudar essa realidade e melhor a saúde da criança da UMFC. A intervenção ocorreu entre os meses agosto e outubro de 2014.

Realizamos diversas ações durante a intervenção. Primeiramente, ocorreram reuniões com a equipe para apresentação do Projeto de Intervenção e da ficha espelho, a qual seria utilizada para monitorar os indicadores de saúde da criança, além do planejamento da logística da intervenção. Posteriormente, a médica, enfermeira e dentista organizaram e realizaram a capacitação e atualização dos demais profissionais da equipe em relação à saúde da criança.

Após capacitação, os agentes comunitários de saúde realizaram cadastramento das crianças e foi realizada busca ativa para iniciar os atendimentos. Conseguimos prestar um atendimento humano, integral e de qualidade às crianças da Unidade Mista de Felipe Camarão. A avaliação da saúde das crianças (calendário de consultas, crescimento e desenvolvimento, vacinação, triagem auditiva, teste do pezinho, classificação de risco, suplementação de ferro), incluindo a saúde bucal através da aplicação da ficha espelho pela médica, enfermeira e dentista, ocorreu durante todos os atendimentos.

Além de atender com qualidade, instituímos como rotina o monitoramento das crianças quanto ao cadastramento no Programa Saúde da Criança, registros atualizados e o acompanhamento dos indicadores avaliados.

Durante a fase inicial da intervenção, houve reunião com todos os membros da equipe, momento em que houve a capacitação multidisciplinar sobre saúde da criança com base no protocolo recomendado pelo Ministério da Saúde (Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento – 2012) e definição de papel de cada profissional durante a intervenção.

Inicialmente foram programadas consultas para atingir uma cobertura de 80% das crianças entre zero e setenta e dois meses de idade da área de abrangência da Unidade Mista de Felipe Camarão. Porém, imprevistos no processo da intervenção, como aumento de outras demandas de atendimento e ausência temporária de alguns membros da equipe e adesão ao projeto das demais equipes da unidade dificultaram o alcance desta meta. Ao final do terceiro mês do estudo, 82 crianças com idade entre zero e setenta e dois meses de idade foram cadastradas e avaliadas pela médica ou enfermeira, correspondendo a 52% de cobertura e 39 crianças, totalizando 27,7% das crianças entre seis e setenta e dois meses receberam avaliação da dentista.

Com o projeto observou-se que parte desses usuários estava com calendário de consultas incompleto e apresentava algum atraso no acompanhamento, além disso, identificamos crianças em situações de risco que tiveram encaminhamentos e tratamentos iniciados. A capacitação da equipe multidisciplinar da UMFC sobre a saúde infantil foi voltada para todos os membros da equipe e foi fundamental para a melhoria do processo de trabalho dos funcionários na medida em que contribuiu para um maior conhecimento a cerca do tema e possibilitou reforçar o compromisso de todos no cuidado às crianças em acompanhamento.

Na perspectiva de melhorar a cobertura e a qualidade do atendimento, foram reservados horários na agenda da médica, enfermeira e dentista para atendimento da população do estudo e encontros de atividade educativa. Essas ações foram inseridas na rotina do serviço e estão sendo avaliadas como satisfatórias, pois a procura para atendimento de puericultura está sendo maior, possibilitando a construção de vínculos e o emponderamento das famílias. Também foi realizada ação de promoção à saúde bucal e alimentação saudável numa creche próxima à unidade, em que 100 crianças foram beneficiadas.

Apesar de todo o esforço e participação da equipe, algumas metas que não estavam dentro da governabilidade da equipe ficaram abaixo do desejado como a suplementação de ferro e tratamento odontológico. A falta de dispensação na farmácia da unidade impossibilitou que a maioria das crianças entre seis e vinte e quatro meses de idade recebesse a suplementação de ferro. Além disso, a falta de materiais indispensáveis ao atendimento odontológico, que acontecia desde o meio do ano, fez os odontólogos da unidade comprarem com recursos próprios alguns materiais para que seu trabalho fosse viabilizado.

Em síntese, pode-se concluir que os cuidados com a saúde infantil estão entre as ações essenciais do Ministério da Saúde e os programas desenvolvidos buscam oferecer um atendimento mais humano e de melhor qualidade para as nossas crianças. Após os três meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de melhorar a Atenção à Saúde da Criança de zero a setenta e dois meses de idade pertencentes à área de abrangência da Unidade Mista de Felipe Camarão localizada em Natal/RN, incluindo a saúde bucal, foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhoria na cobertura e na qualidade dos atendimentos.

Essa constatação demanda uma mobilização dos profissionais de saúde da equipe e dos gestores de saúde para promover mudanças estruturais, incluindo o seguimento dos atendimentos nos parâmetros da intervenção e do maior apoio e fornecimento de insumos e melhoria da estrutura física. Espera-se também que a comunidade se aproprie da proposta e contribua participando das ações, sugerindo melhoras e cobrando dos gestores mais apoio e estrutura.

#### **4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade**

Este Relatório vem falar para a comunidade como foi desenvolvido o projeto escrito pela médica Ilzen Cibele Bezerra de Farias, funcionária da Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC), mas que foi realizado por toda a equipe.

Resolvemos realizar esse projeto, pois identificamos alguns problemas como falta de um registro específico para anotar os exames e todas as informações importantes e a falta de acompanhamento das crianças que não iam às consultas. Assim, planejou-se uma intervenção para melhorar a atenção à saúde da criança de zero a seis anos de idade que moram nessa comunidade.

Para conseguirmos nossos objetivos, inicialmente, realizamos encontros em que houve a capacitação da equipe em como seria o acolhimento da criança e seus familiares e como deveriam ser os atendimentos.

Houve a participação dos membros da equipe de todas as áreas no planejamento e execução das etapas necessárias para que o projeto acontecesse e merecem destaque: os agentes comunitários de saúde no cadastramento da população e visitas domiciliares em busca das crianças que faltaram as consultas; as técnicas de enfermagem na organização da agenda, marcação de consultas, acolhimento na unidade, aplicação de vacinas e realização do teste do pezinho; a auxiliar de consultório dentário nas palestras sobre saúde bucal e por auxiliar a dentista durante os procedimentos; a enfermeira, dentista e médica por priorizarem o atendimento de crianças, por realizarem os registros corretos e pelo acompanhamento dos atendimentos; a diretora e o administrador da unidade por garantirem material, quando possível e cobrarem da Secretaria de Saúde do Município o que precisávamos.

Com o resultado da intervenção, observou-se que uma parte considerável de crianças estava com o calendário de consultas em atraso, principalmente as maiores de um ano de idade. Com a finalidade de que mais crianças fossem atendidas na unidade, foi reservado um horário por semana para atendimentos de crianças pela médica, enfermeira e dentista. As agentes comunitárias de saúde foram até o domicílio de crianças que estavam com consultas atrasadas ou que nunca tinham sido atendidas no posto e agendaram atendimentos e a técnica de enfermagem marcou consultas para as crianças que procuraram o serviço durante a intervenção. Nestes atendimentos foram avaliados vários aspectos da saúde infantil, como crescimento e desenvolvimento, vacinação, uso de ferro, realização de testes importantes (teste da orelhinha e teste do pezinho) e saúde bucal, entre outros. Além disso, nesses encontros orientamos sobre hábitos de vida saudáveis, como alimentação, amamentação, prevenção de acidentes, higiene bucal e prevenção da cárie e má oclusão. Da mesma forma, os encontros de puericultura coletiva realizados na brinquedoteca ajudaram os pais a tirarem dúvidas com a enfermeira e dentista.

Após os três meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de melhorar a Atenção à Saúde da Criança de zero a seis anos de idade foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhorias na qualidade dos atendimentos. Espera-se também que a comunidade contribua participando das ações, sugerindo melhoras e cobrando dos gestores mais apoio e estrutura.

## 5 Reflexão crítica sobre processo pessoal de aprendizagem

As minhas expectativas em relação ao curso, no início, eram de aproveitar essa oportunidade para meu crescimento profissional e pessoal como médica da Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. Esperava que, ao longo do ano, através das atividades propostas pela especialização e das trocas de experiências, eu pudesse colocar em prática ações que beneficiassem a comunidade em que estou inserida e melhorasse meu processo de trabalho também.

Ao ler o Guia do Especializando, acreditei que minhas expectativas em relação ao curso se tornariam realidade, pois pela proposta pedagógica do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL apresentada, teria a oportunidade de construir e aprimorar meus conhecimentos em Atenção Primária à Saúde, não apenas na teoria, mas de forma prática. A maneira como o curso foi dividido me pareceu ser excelente para a solidificação do conhecimento e da minha atuação como profissional e, conseqüentemente, melhoria de vida e indicadores de saúde, pois, primeiro faria uma análise situacional para entender os problemas e demandas daquela população, a partir daí que analisaria e poderia identificar os problemas para propor mudanças para conseguir ações que de fato modificassem a realidade daquelas pessoas e da comunidade.

Ao longo de todo o curso vi minhas expectativas se tornarem realidade. Aprendi a utilizar as ferramentas do Ambiente Virtual de Aprendizagem e com a ajuda de minha orientadora, Dra. Danyella, da participação nos fóruns, da interação com alguns colegas, professores e coordenadores, aprendi conteúdos, troquei experiências do aprendizado com a equipe multidisciplinar da USF que trabalho e consegui elaborar e colocar em prática meu projeto de intervenção.

Passei por alguns problemas pessoais e algumas dificuldades em conciliar o trabalho na USF, as atividades da especialização, os estudos para residência médica e outras obrigações pessoais e tudo isso me fez afastar do curso no ambiente virtual por alguns períodos durante o processo de intervenção. Porém, na

unidade consegui realizar pontualmente os atendimentos e coleta de dados da intervenção e, com o estímulo e a motivação que, na maioria das vezes, partiam das minhas colegas Madalena (enfermeira) e Ruth (dentista) e da UFPel, consegui perseguir no curso e finalizar minha intervenção e sua avaliação.

Eu tive dificuldade em seguir o cronograma proposto, acredito que poderia ter me doado mais ao curso e, assim, cumprir os prazos corretamente. Entretanto, considero satisfatório meu aprendizado de maneira geral em Saúde da Família, assim como a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, ainda que não tenha conseguido atingir a meta da cobertura.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da Atenção Primária à Saúde e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe da UMFC, com melhorias para a comunidade, em especial, às crianças.

O planejamento das ações em saúde, a organização dos serviços ofertados na Estratégia Saúde da Família e do processo de trabalho dos membros da equipe estão entre os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

As 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. Além disso, é fundamental o monitoramento dos dados para que o acompanhamento seja correto e seja possível identificar os nós críticos do processo.

Por fim, o maior aprendizado é que quando se trabalha em equipe e com o mesmo objetivo, conseguimos fazer “o impossível”.



## **Bibliografia**

ARAÚJO, S. M. A importância do pré-natal e assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Ciências**, São Paulo, 2010.

BRASIL. Casa Civil. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**, Brasília, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas.

Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. **Normas e Manuais Técnicos**, 1 ed., Brasília, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica - Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento**, 1 ed., Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos**, Brasília, 2013.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Características da população e dos domicílios: resultados do universo, Rio de Janeiro, 2011.

INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT - ICSI. **Health care guidelines: preventive services for children and adolescents**. 19 ed., Minnesota, 2013.

JODÃO, R. E.; BERNARDI, J. L. D., BARROS FILHO, A. A., Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática, **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, 2009.

MANFREDINI, M. A., MOYSÉS, SJ, NORO, L. R. A., NARVAI P.C., Assistência Odontológica Pública e Suplementar no Município de São Paulo na Primeira Década do Século XXI, **Saúde e Sociedade**. São Paulo, 2012

## **ANEXOS**



## Anexo B – Ficha Espelho Saúde Bucal do Pré-Escolar



SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR

Data do ingresso no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número do prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Nome do pai: \_\_\_\_\_

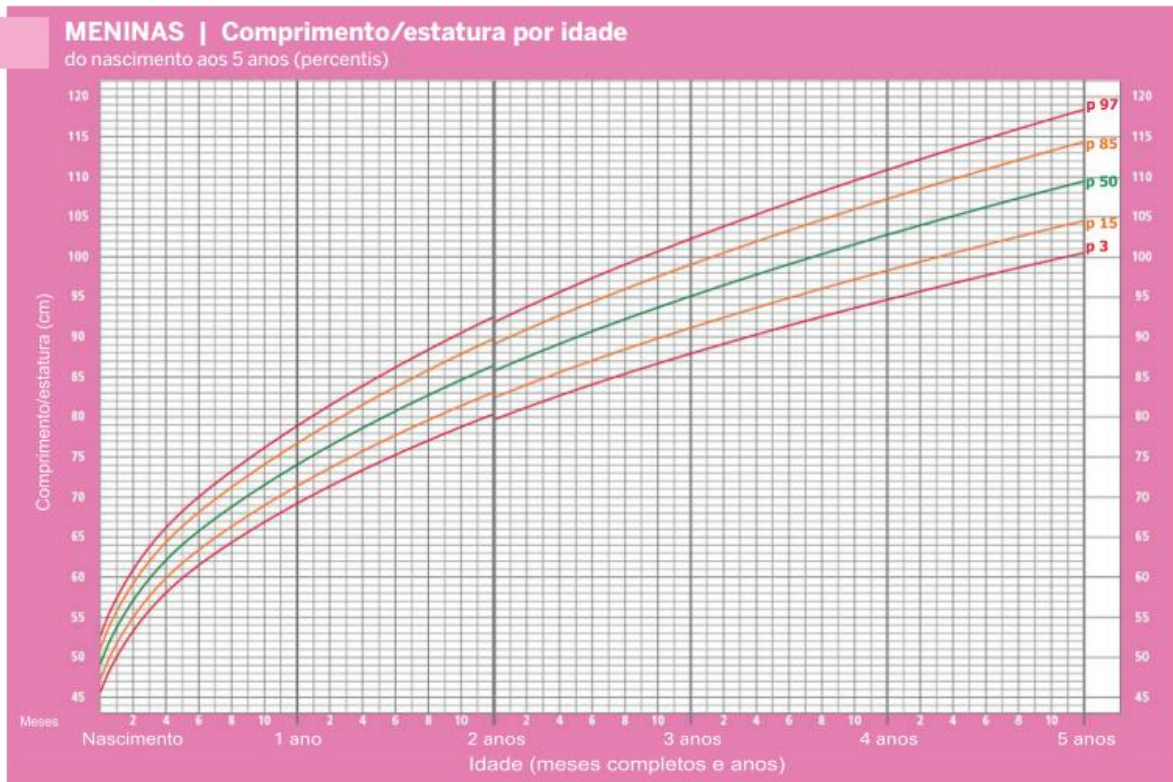
Consulta odontológica na UBS							
Data							
Idade (meses)							
Avaliação clínica individual (ver quadro)							
Relação maxilo-mandibular (compatível/alterada/não se aplica)							
Lábios e mucosas (normal/alterado)							
Freios linguais e labiais (normal/alterado/não se aplica)							
Língua (normal/alterada)							
Presença de cárie dentária (sim/não/não se aplica)							
Classificação do risco para cárie dentária (A, B ou C)							
Presença de gengivite (sim/não/não se aplica)							
Presença de maloclusão (sim/não/não se aplica)							
Caracterização das consultas (ver quadro)							
Primeira consulta odontológica programática (sim/não/não se aplica)							
Urgência odontológica (sim/não)							
Necessidade de tratamento odontológico (sim/não)							
Encaminhamento para serviço odontológico especializado (sim/não)							
Número estimado de consultas odontológicas no plano de tratamento							
Faltou a consulta odontológica agendada (sim/não)							
Realizou busca ativa (sim/não/não necessitou)							
Tratamento odontológico concluído (sim/não)							
Data prevista da consulta de retorno							
Atividades preventivo-educativas individuais (ver quadro)							
Orientação sobre amamentação/alimentação complementar (sim/não)							
Orientação sobre alimentação/uso de açúcar (sim/não)							
Orientação sobre limpeza bucal/escovação (sim/não)							
Orientação sobre prevenção de cárie dentária (sim/não)							
Orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva (sim/não)							
Orientação cronologia de erupção dentária (sim/não)							
Orientação sobre trauma dentário (sim/não)							
Orientação sobre uso de fluoretos (sim/não)							
Aplicação tópica de verniz fluoretado (sim/não)							
Assinatura do profissional							

### Anexo C – Curvas de Crescimento Meninas de 0 a 5 Anos



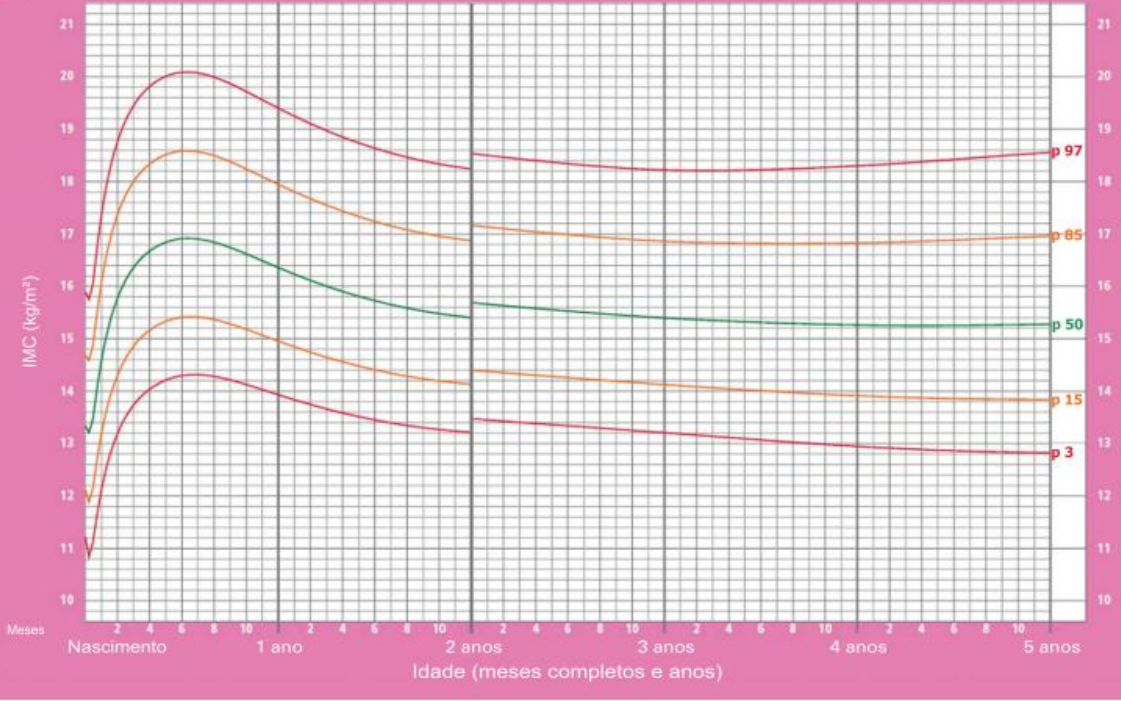
Especialização em Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINAS  
Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)

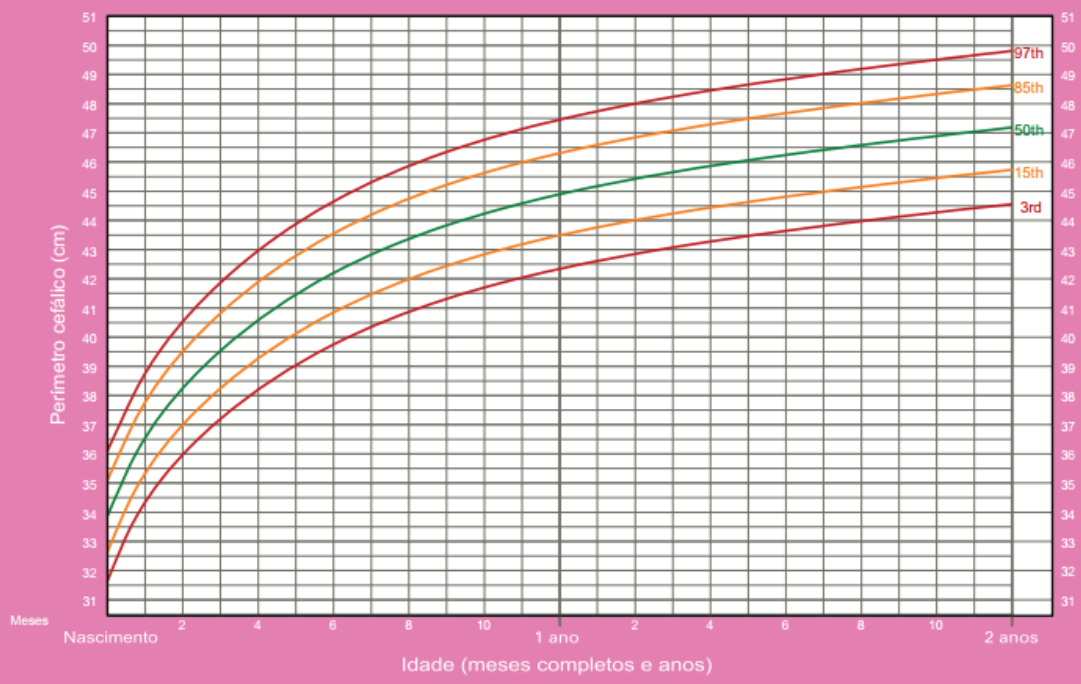




**MENINAS | IMC por idade**  
do nascimento aos 5 anos (percentis)



**MENINAS | Perímetro cefálico**  
do nascimento aos 2 anos (percentis)





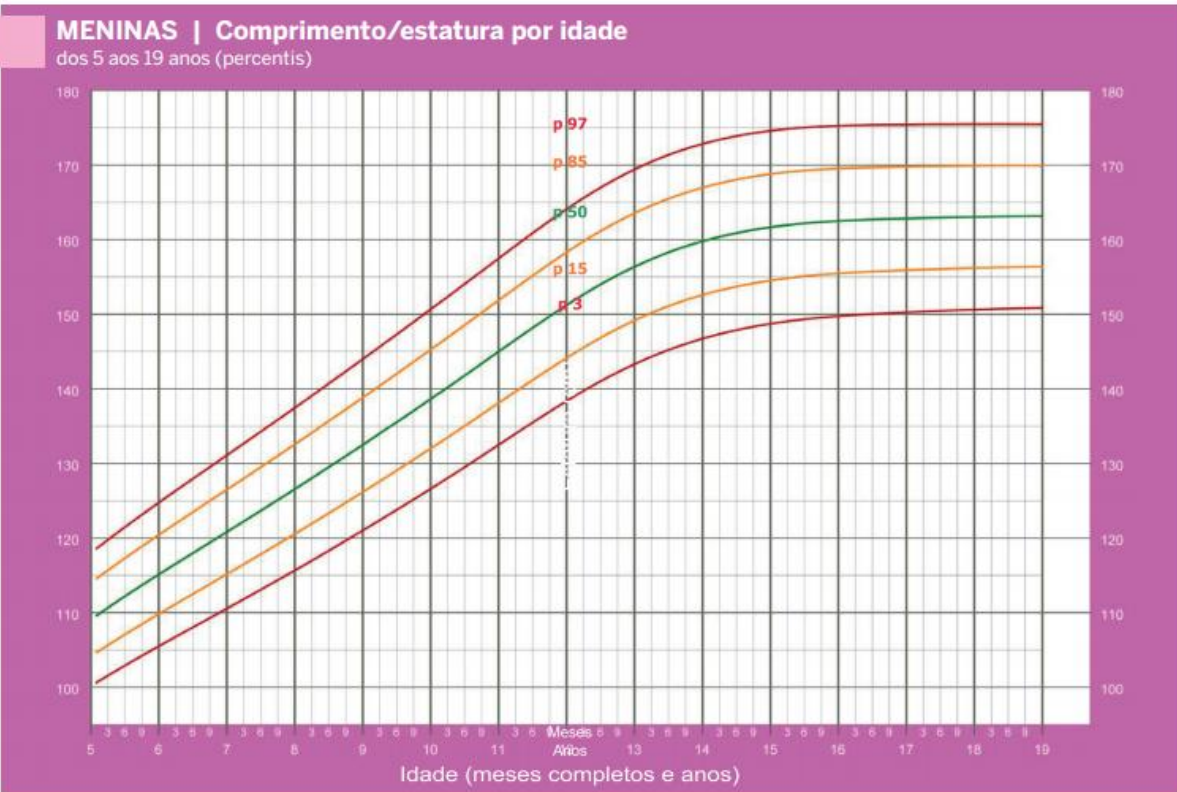
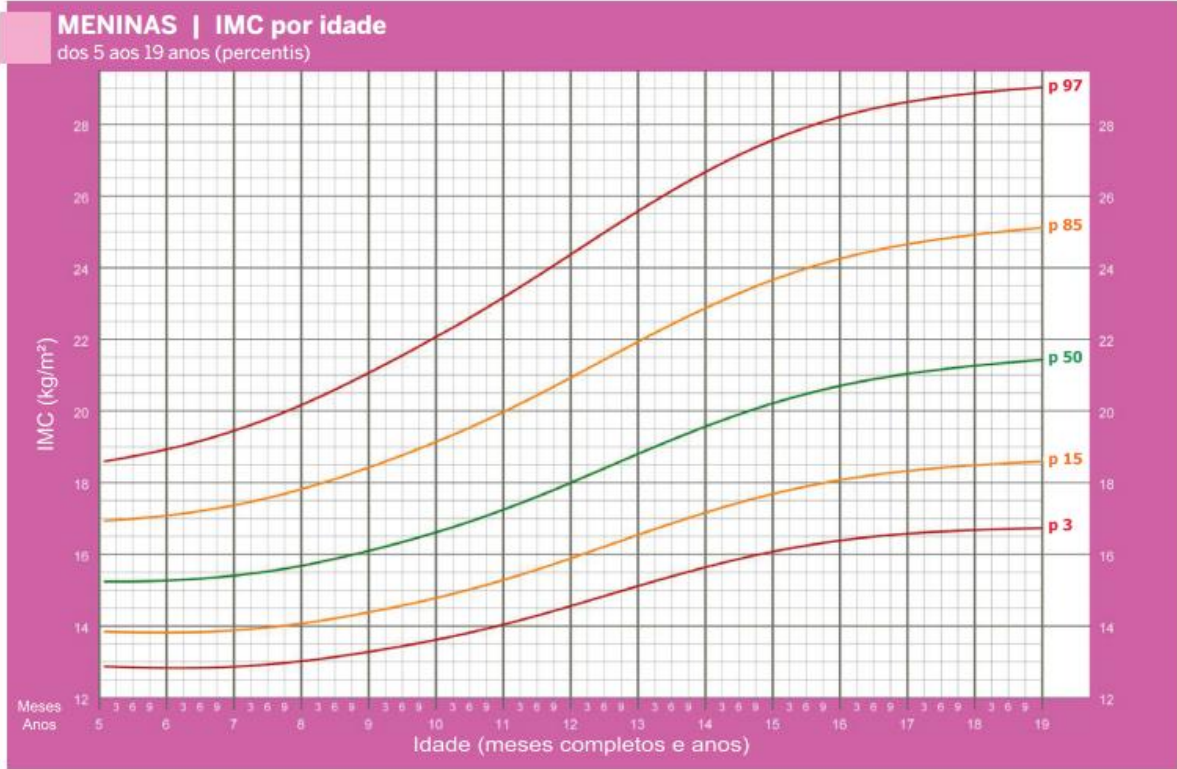
### Anexo D – Curvas de Crescimento Meninas de 5 a 19 Anos

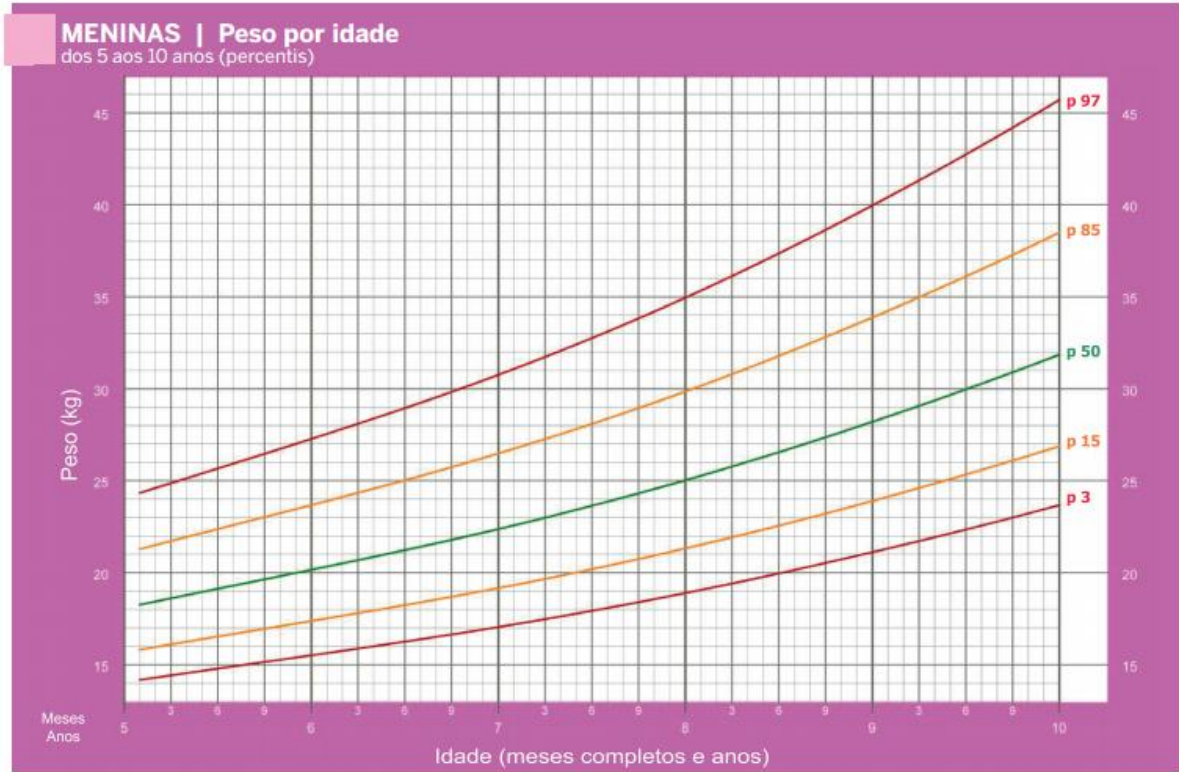


Especialização em Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

#### CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINAS

Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)







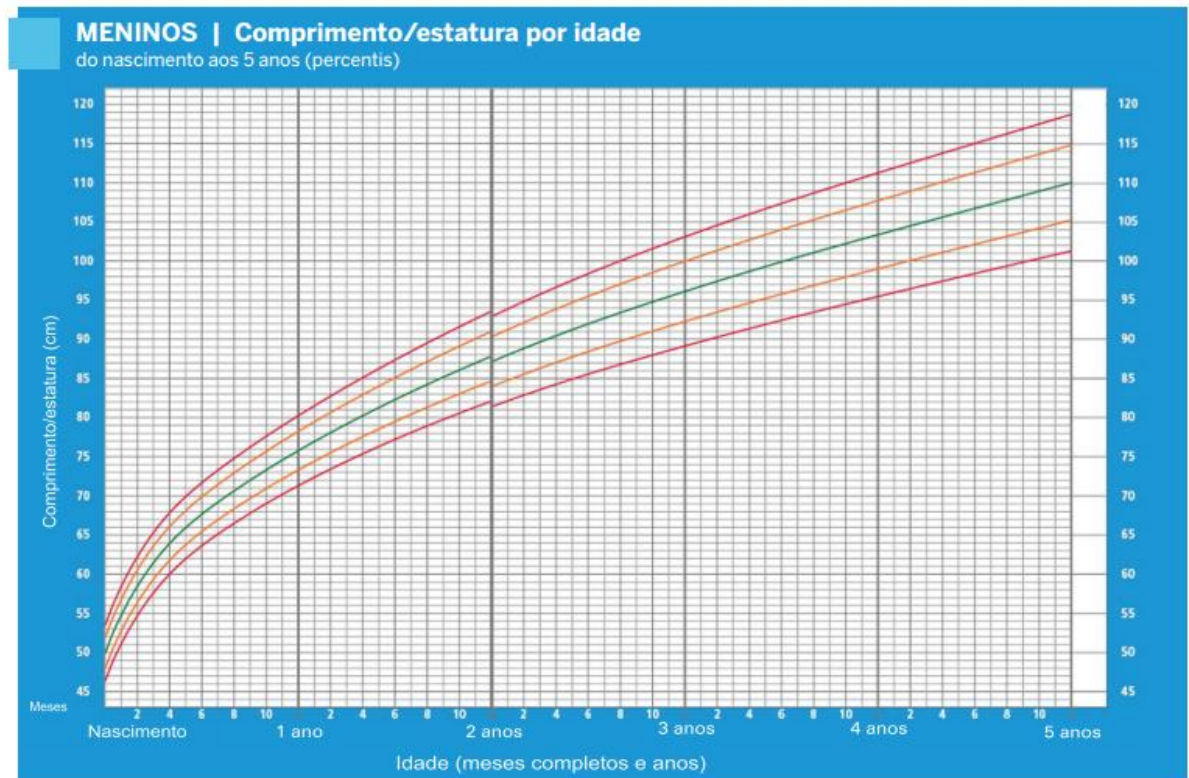
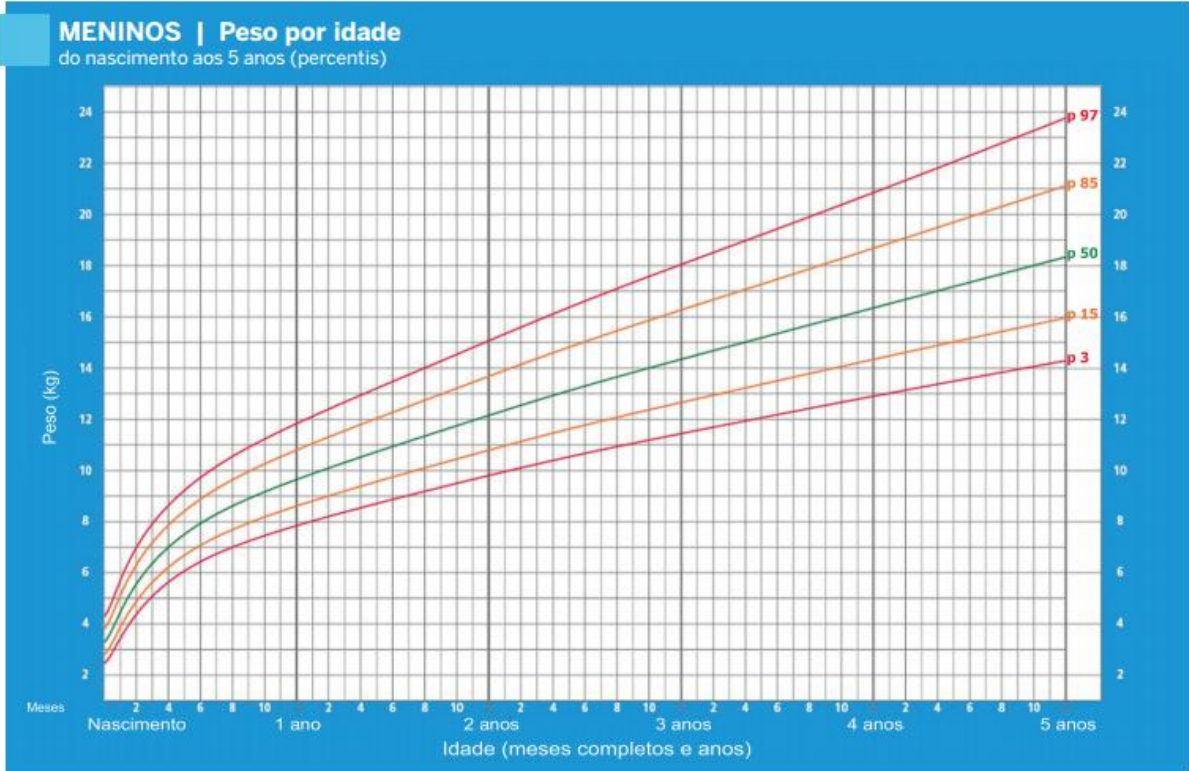
## Anexo E – Curvas de Crescimento Meninos de 0 a 5 Anos



Especialização em Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

### CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINOS

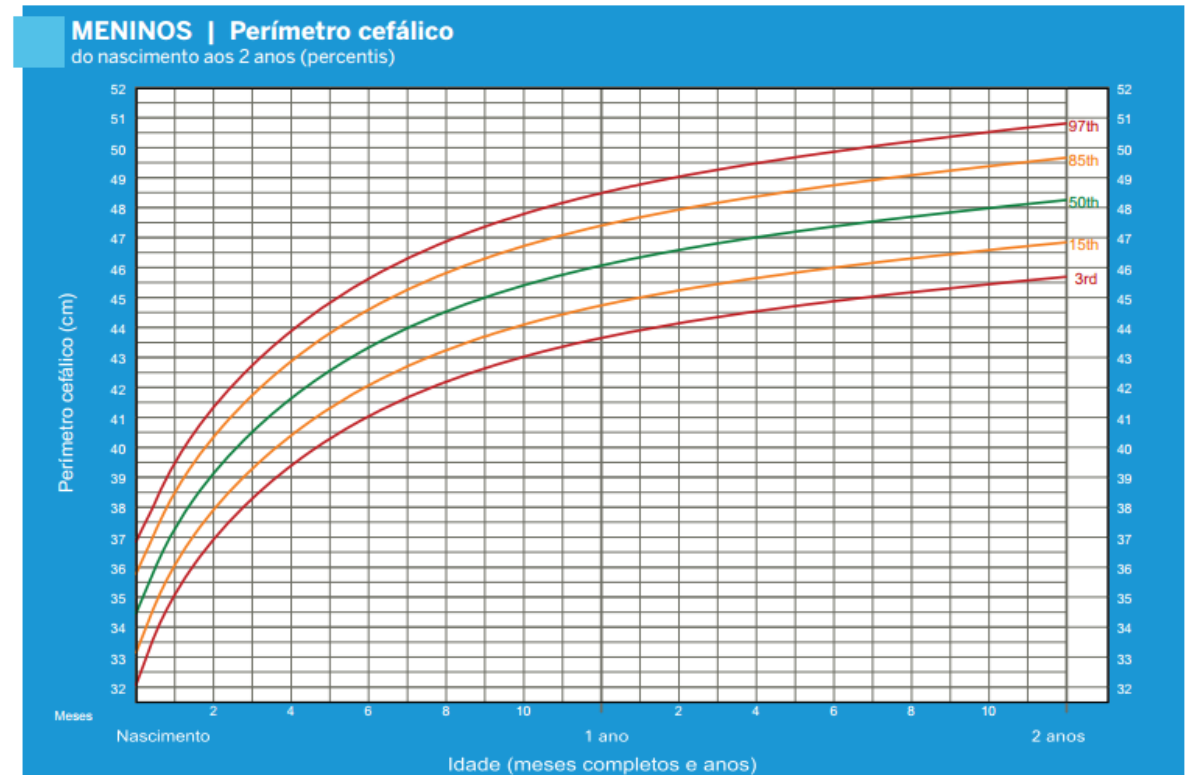
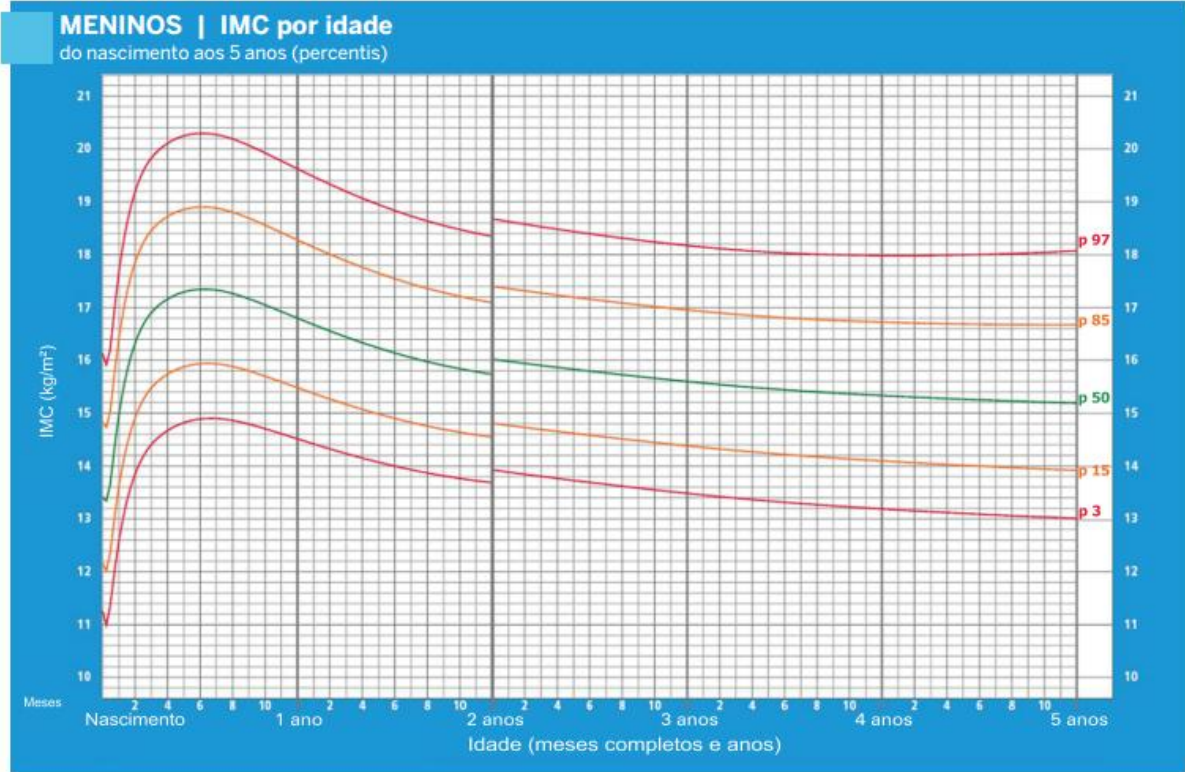
Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)





**CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINOS**

Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)





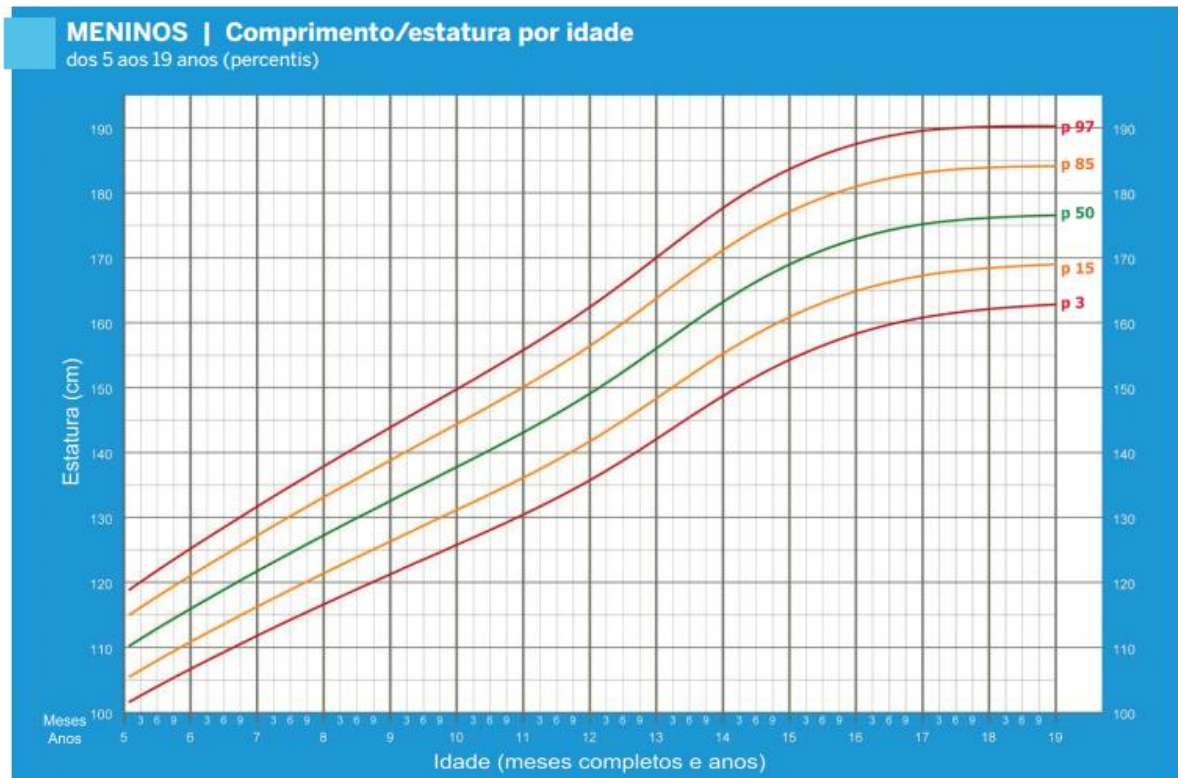
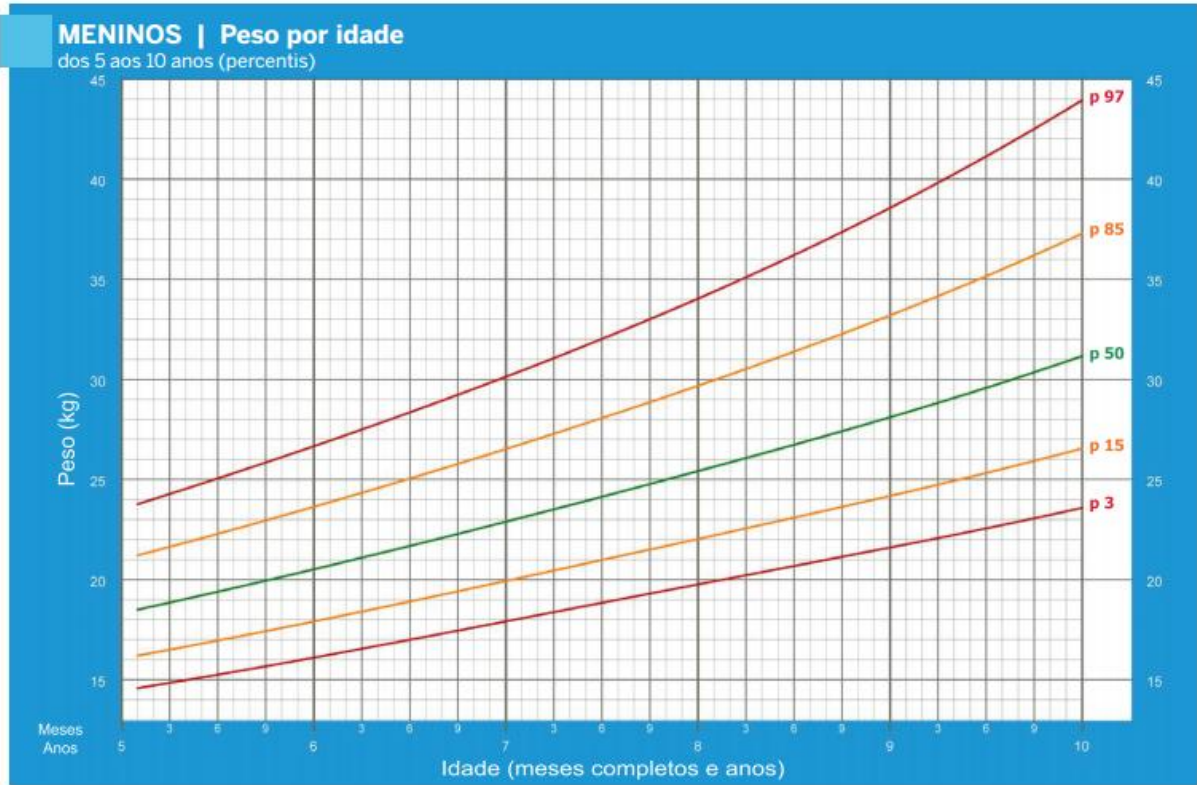
## Anexo F – Curvas de Crescimento Meninos de 5 a 19 Anos



Especialização em Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

### CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINOS

Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)

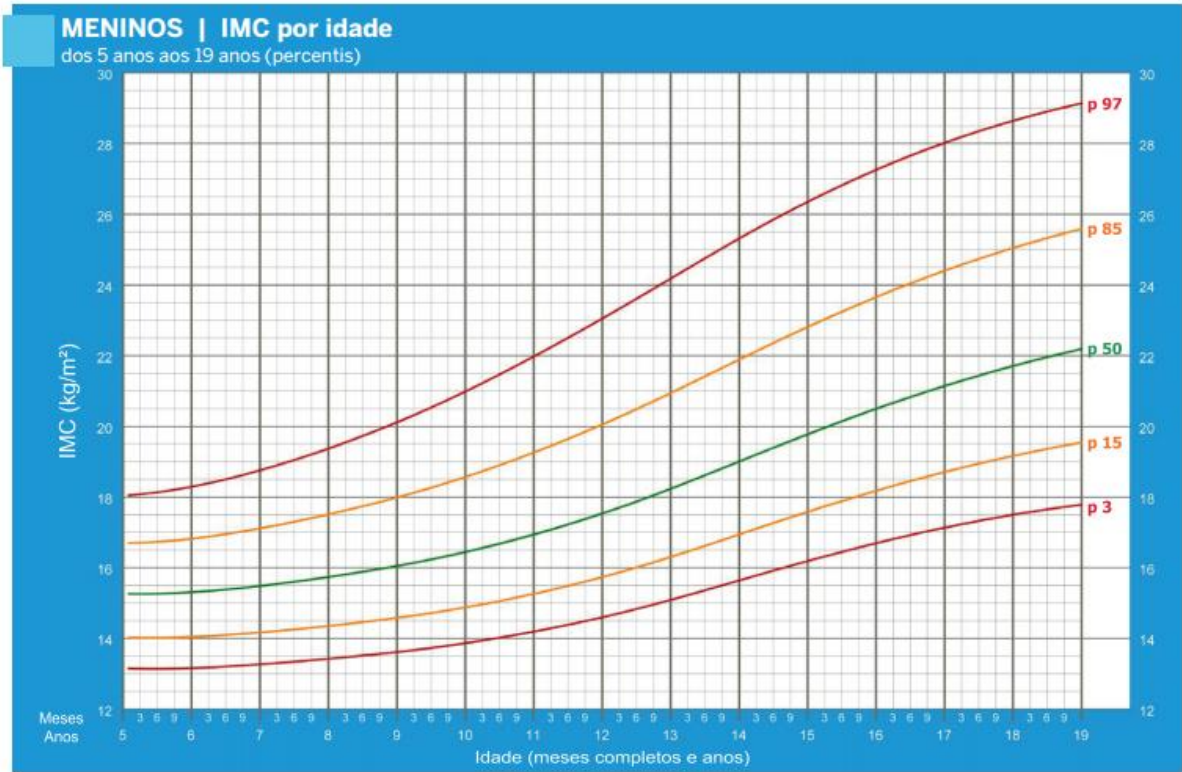




Especialização em  
Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

**CURVAS DE CRESCIMENTO - MENINOS**

Fonte: WHO Child Growth Standards, 2006 (<http://www.who.int/chilgrowth/en/>)



## Anexo G – Avaliação do Desenvolvimento da Criança

### AVALIAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA



Época das consultas mínimas preconizadas pelo SSC	Aspectos do desenvolvimento da criança de 0 a 10 anos
15 dias	Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa. Reflexos: • Apoio plantar, sucção e preensão palmar: desaparecem até o 6º mês. • Preensão dos arelhos: desaparece até o 11º mês. • Reflexo cutâneo plantar: obtido pelo estímulo da porção lateral do pé. No RN, desencadeia extensão do hálux. A partir do 13º mês, ocorre flexão do hálux. A partir desta idade, a extensão é patológica. • Reflexo de Moro: medido pelo procedimento de segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. É incompleto a partir do 3º mês e não deve existir a partir do 6º mês. • Reflexo tônico-cervical: rotação da cabeça para um lado, com consequente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. A atividade é realizada bilateralmente e deve ser simétrica. Desaparece até o 3º mês.
1 mês	Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno.
2 meses	Entre 2 e 3 meses: sorriso social. Entre 2 e 4 meses: bebê fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros. Em torno de 2 meses: inicia-se a ampliação do seu campo de visão (o bebê visualiza e segue objetos com o olhar).
4 meses	Aos 4 meses: preensão voluntária das mãos. Entre 4 a 6 meses: o bebê vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro. Aos 3 meses: o bebê adquire noção de profundidade.
6 meses	Em torno dos 6 meses: inicia-se a noção de "permanência do objeto".* A partir do 7º mês: o bebê senta-se sem apoio. Entre 6 e 9 meses: o bebê arrasta-se, engatinha. Entre 6 e 8 meses: o bebê apresenta reações a pessoas estranhas.
9 meses	Entre 9 meses e 1 ano: o bebê engatinha ou anda com apoio. Em torno do 10º mês: o bebê fica em pé sem apoio.
12 meses	Entre 1 ano e 1 ano e 6 meses: o bebê anda sozinho. Em torno de 1 ano: o bebê possui a acuidade visual de um adulto.
15 meses	Entre 1 ano e 6 meses a 2 anos: o bebê corre ou sobe degraus baixos.
2 anos	Entre 2 e 3 anos: o bebê diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus. Em torno dos 2 anos: o bebê reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta (atividade que deve ser estimulada, pois auxilia no desenvolvimento cognitivo e emocional, ajudando a criança a lidar com ansiedades e conflitos e a elaborar regras sociais). Entre 2 e 3 anos: os pais devem começar aos poucos a retirar as fraldas do bebê e a ensiná-lo a usar o penico.

Fonte: COLL; PALÁCIO; MARCHESI, 1999; REGO, 1999; ZAVASCHI et al., apud DUNCAN et al., 2004; REESE, 2000; NEWCOMBE, 1999; PAPILIA; OLIVE; FELDMAN, 2000 (com adaptações).  
\*Noção de permanência do objeto: capacidade de perceber que os objetos que estão fora do seu campo visual seguem existindo. Em torno de um ano de idade, esta habilidade está completamente desenvolvida na maioria dos bebês.

4 a 6 anos	Entre 3 e 4 anos: a criança veste-se com auxílio. Entre 4 e 5 anos: a criança conta ou inventa pequenas histórias. O comportamento da criança é predominantemente egocêntrico; porém, com o passar do tempo, outras crianças começam a se tornar importantes. A partir dos 6 anos: a criança passa a pensar com lógica, embora esta seja predominantemente concreta. Sua memória e a sua habilidade com a linguagem aumentam. Seus ganhos cognitivos melhoram sua capacidade de tirar proveito da educação formal. A autoimagem se desenvolve, afetando sua autoestima. Os amigos assumem importância fundamental. A criança começa a compreender a constância de gênero. A segregação entre os gêneros é muito frequente nesta idade (meninos "não se misturam" com meninas e vice-versa).
7 a 9 anos	A partir dos 7 anos: a criança começa a desenvolver o julgamento global de autovalor, integrando sua autopercepção, "fechando" algumas ideias sobre quem ela é e como deve ser etc. A influência dos pares (amigos, colegas da mesma idade) adquire grande importância nesta etapa da vida, enquanto a influência dos pais diminui.
10 anos	A partir dos 10 anos: ocorrem mudanças relacionadas à puberdade e há um estirão de crescimento (primeiro nas meninas, em torno dos 11 anos, depois nos meninos, em torno dos 13 anos).

Dados de avaliação	Impressão diagnóstica	Conduta
Perímetro cefálico < -2 escores Z ou > +2 escores Z. Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior.	Provável atraso no desenvolvimento.	Referir para avaliação neuropsicomotora.
Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a sua faixa etária.	Alerta para o desenvolvimento.	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. Marcar consulta de retorno em 30 dias.
Todos os marcos para o desenvolvimento estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco.	Desenvolvimento normal com fatores de risco.	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.
Todos os marcos para a faixa etária estão presentes.	Desenvolvimento normal.	Elogiar a mãe/cuidador. Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.**

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, 2011.

\*\*Na presença de sinais de alerta, a criança deve ser avaliada em 30 dias.



	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							

## Anexo I – Planilha de Coleta de Dados para a Saúde Bucal da Criança

**1** Digite apenas nas células em VERDE.

**2**

**3**

**4** Número total de crianças entre 6 e 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde

**5**

**6**

**7**

**8** \*Estimativa de crianças residentes na área por faixa etária

**9** População total residente da área de abrangência da Unidade de Saúde

**10** Entre 6 e 11 meses 0

**11** De 12 a 24 meses 0

**12** De 25 a 72 meses 0

**13** Total de crianças entre zero e 72 meses 0

**14**

**15**

**16**

**17**

**18**

**19**

**20**

**21**

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

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.

Este seria o número total estimado de crianças entre 6 e 72 meses residentes no território. Coloque este número na

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Indicadores

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

<b>2</b>	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança foi classificada como C1, ou E ou F?	A criança foi classificada como D ou E ou F?	A criança recebeu fluoroterapia?	A criança faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática?	A criança que faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática foi buscada?	A criança está com tratamento dentário concluído?	O registro de saúde bucal da criança está atualizado?
<b>3</b>	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	0 - Não 1 - Sim
<b>4</b>		1											
<b>5</b>		2											
<b>6</b>		3											
<b>7</b>		4											
<b>8</b>		5											
<b>9</b>		6											
<b>10</b>		7											
<b>11</b>		8											
<b>12</b>		9											
<b>13</b>		10											

Apresentação | Orientações | Dados da UBS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Indicadores



	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				

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

**Anexo J – Documento do 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  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

