



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**Faculdade de Medicina**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Turma VI**



**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na Unidade Básica de  
Saúde da Família Inconfidência Funasa I, Manacapuru/AM**

**Rocilda de Souza da Costa**

**Pelotas, 2015**

**Rocilda de Souza da Costa**

**Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na Unidade Básica de Saúde da Família Inconfidência Funasa I, Manacapuru/AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade à distância da Universidade Federal de Pelotas e Universidade Aberta do SUS (UNASUS), como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Jandro Moraes Cortes

Pelotas, 2015

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

C837m Costa, Rocilda de Souza da

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na Unidade Básica de Saúde da Família Inconfidência Funasa I, Manacapuru/AM / Rocilda de Souza da Costa; Jandro Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

128 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. Cortes, Jandro Moraes, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Dedico este trabalho a Deus,  
a minha família e esposo,  
logo que ausentei-me para  
dedicar-me às atividades  
da especialização.

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar agradeço a Deus por ter dado força e sabedoria durante este período dedicado à especialização, não deixando-me desistir e tão pouco desanimar.

À minha família, pois ausentei-me para as atividades do curso, bem como residir em outra cidade durante alguns meses.

Ao meu esposo, meus agradecimentos pela paciência, pois em muitos momentos as frustrações foram descarregadas nele.

Ao orientador Jandro Moraes Cortes, pelo apoio, aprendizagem e palavras de incentivo, os quais animaram a caminhada até aqui, sem dúvidas, é um grande profissional que tive o privilégio de ser orientanda.

À família Funasa I onde fiz parte durante este período, pelo qual foi bom trabalhar lado a lado com cada profissional, lembrando do apoio da Enfermeira Dábora Soares que esteve atendendo as crianças da puericultura, Enfermeiro Reginaldo Viana, Enfermeiro Alfredo Aguiar, Médicas Digna Bárbara e Zenaida Fuertes, aos Agentes Comunitária de Saúde, em especial a ACS Cileide que abraçou o projeto e contribuiu significativamente na saúde das crianças de sua microárea, o que deixou-me honrada por ter trabalhado do lado de uma profissional tão comprometida com a atenção básica de saúde. Ainda às recepcionistas, técnicas de enfermagem, saúde bucal e serviços gerais, que contribuíram bastante neste projeto.

À odontóloga Thayara Vieira, pela organização dos atendimentos de saúde bucal das crianças da área, por seu comprometimento e competência e por acreditar que esta intervenção daria certo.

Aos irmãos que pude escolher nesta vida, Jane Lima, Carlos Henrique e Jessica Silva.

Às colegas provabianas que estiveram neste município contribuindo bastante para atenção básica.

À todos que contribuíram de alguma forma para este projeto.

## Lista de Figuras

Figura 01	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde	74
Figura 02	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida	75
Figura 03	Proporção de crianças com monitoramento de crescimento	76
Figura 04	Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento	78
Figura 05	Proporção de crianças com vacinas em dia para idade	79
Figura 06	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de sulfato de ferro	80
Figura 07	Proporção de crianças com triagem auditiva	81
Figura 08	Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida	82
Figura 09	Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico	83
Figura 10	Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com primeira consulta odontológica	84
Figura 11	Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança	85
Figura 12	Proporção de crianças com registro atualizado	86
Figura 13	Proporção de crianças com avaliação de risco	87
Figura 14	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância	88
Figura 15	Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta	89
Figura 16	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária	90
Figura 17	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie	91
Figura 18	Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade e saúde com primeira consulta odontológica programática	92
Figura 19	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico	93
Figura 20	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com fluoroterapia	94
Figura 21	Proporção de crianças com tratamento dentário concluído	95

## Lista de Siglas e Abreviaturas

ACS	–	Agente Comunitário de Saúde
AIDS	–	Síndrome da Imonudeficiência Adquirida
AM	–	Amazonas
APS	–	Atenção Primária de Saúde
CEO	–	Centro de Especialidade Odontológica
CTA	–	Central de Testagem e Acompanhamento
DML	–	Depósito de material de limpeza
DM	–	<i>Diabetes Mellitus</i>
DST	–	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	–	Educação à Distância
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
HAS	–	Hipertensão Arterial Sistêmica
IMC	–	Índice de Massa Corpórea
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	–	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
PCCU	–	Prevenção do Câncer de Colo do Útero
PROVAB	–	Programa de Valorização da Atenção Básica
SIAB	–	Sistema de Informação de Atenção Básica
SISVAN	–	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SISPRENATAL	–	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UBS	–	Unidade Básica de Saúde
UBSF	–	Unidade Básica de Saúde da Família
UFPeI	–	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	–	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNICEF	–	Fundo das Nações Unidas

## Sumário

Resumo.....	09
<b>Apresentação.....</b>	<b>08</b>
<b>1 Análise situacional.....</b>	<b>10</b>
1.1 Situação da ESF/APS.....	10
1.2 Relatório da análise situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo: texto inicial e relatório da análise situacional.....	36
<b>2 Análise estratégica – Projeto de intervenção.....</b>	<b>38</b>
2.1 Justificativa.....	38
2.2 Objetivos e metas.....	41
2.3 Metodologia.....	47
2.3.1 Ações.....	47
2.3.2 Indicadores.....	57
2.3.3 Logística.....	64
2.3.4 Cronograma.....	68
<b>3 Relatório de intervenção.....</b>	<b>69</b>
<b>4 Avaliação da intervenção.....</b>	<b>73</b>
4.1 Resultados.....	73
4.2 Discussão.....	98
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	102
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	104
<b>5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....</b>	<b>107</b>
<b>Referências.....</b>	<b>110</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>112</b>
<b>Apêndice.....</b>	<b>120</b>

## Resumo

COSTA, Rocilda de Souza da. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na Unidade Básica de Saúde da Família Inconfidência Funasa I, Manacapuru/AM.** 2015. 128 f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade de Educação a Distância. Universidade Federal de Pelotas.

O cuidado à criança na atenção primária à saúde exige o monitoramento em todas as fases de crescimento. Uma criança sadia, torna-se um adulto sadio com todas as suas necessidades psíquicas e sociais equilibradas, enfatizando que conhecer as particularidades da criança faz o trabalho da estratégia e da puericultura ser mais eficiente, norteando seu acompanhamento de maneira peculiar no universo próprio da criança. Ação programática em puericultura traz ações para melhoria do programa de saúde da criança, compondo eixos pedagógicos com finalidade de aprimorar o serviço ao público alvo, através de atendimentos qualificados e planejados. O objetivo desta ação programática na unidade tem importância na essência de qualificar e sistematizar a puericultura, possibilitando uma maior atenção à saúde da criança, com particularidade nos atendimentos, aumento da cobertura das crianças da área de abrangência e organização do serviço. A intervenção na Unidade Básica de Saúde da Família utilizou os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento, 2012. A intervenção teve como população alvo 188 crianças de 0 a 6 anos para à saúde da criança e ocorreu no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde da Família Inconfidência Funasa I no município de Manacapuru-AM. Na área de cobertura há 350 crianças onde a meta estabelecida era atender ao menos 70% (245 crianças) na parte clínica e 50% (166 crianças) na parte de saúde bucal. Alguns resultados foram alcançados com a intervenção voltados a proporção de crianças entre 0 a 72 meses cadastrados na UBS, o qual a meta era ampliar esta cobertura para 70%, no final das doze semanas só alcançamos 188 crianças, não atingindo a meta, perfazendo um percentual de 53,7%. No começo do primeiro mês da intervenção, atendemos apenas 37 crianças (10,6%). No segundo mês o quantitativo de atendimento começou a aumentar, a intervenção passou a ser divulgada na sala de espera, em todos os dias relacionados aos atendimentos de puericultura, com isto, os pais comunicaram outros pais da área e os agentes comunitários de saúde fizeram buscas ativas, trazendo as crianças às consultas, o que proporcionou o atendimento de 106 crianças (30,3%) no segundo mês. No final da décima segunda semana, ou seja, no terceiro mês, fechamos com 188 atendimentos (53,7%). A intervenção consentiu o avanço da atenção à saúde da criança, com qualificação aos atendimentos, ampliação da cobertura deste público e organização do serviço.

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

## **Apresentação**

O Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde – UNASUS junto a Universidade Federal de Pelotas – UFPel, modalidade à distância – EAD, tem por finalidade apresentar as atividades que foram desenvolvidas e os resultados alcançados durante as unidades de ensino que comportaram o projeto pedagógico do curso.

O projeto de intervenção, atividade proposta na terceira unidade do curso, foi realizado na Unidade Básica de Saúde da Família – UBSF Inconfidência – Funasa I, localizada no Município de Manacapuru – AM. A ação programática dentro da unidade teve relevância no sentido de qualificar e sistematizar a puericultura, possibilitando uma maior atenção à saúde da criança, com qualidade nos atendimentos, ampliação da cobertura das crianças da área de abrangência e organização do serviço. Com a intervenção, a unidade começou a trabalhar a puericultura de forma organizada, frisando os dias exclusivos de atendimento, acolhendo as crianças de todas as microáreas. A cada semana, o acolhimento a este público incluso da UBS melhorou, o quantitativo de atendimentos aumentou e a equipe entendeu a importância da qualidade no atendimento à puericultura.

Inserido no município de Manacapuru, zona metropolitana de Manaus, Estado do Amazonas, a UBS soma-se a outras dezessete Unidades Básicas de Saúde da Família e quatro Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF (IBGE, 2010), ao qual cobre uma população de 85.141 habitantes. O poder público municipal conta com o Sistema Único de Saúde - SUS.

A UBSF localiza-se na zona urbana, no bairro Aparecida, próximo ao Parque do Ingá e está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) atrelada à prefeitura. De acordo com informações dos profissionais da mesma, a instalação funciona há mais ou menos 20 anos e recentemente foi reformada, sofrendo algumas alterações que contribuíram para o conforto dos usuários e profissionais que ali desempenham suas atividades diárias.

Antes do projeto, não existia organização nos atendimentos de puericultura na unidade. A equipe somente trazia as crianças porque estas se encontravam enfermas ou deveriam receber vacinas. Os atendimentos das mesmas ficavam centrados nas médicas que já estavam acostumadas a atender apenas crianças doentes. Com a divisão de tarefas e organização do serviço, possibilitamos o controle do número de atendimentos e a divisão do trabalho de cada um, de modo a melhorar a qualidade deste serviço e trabalhar de acordo com o que solicita o Protocolo do Ministério da Saúde.

Assim sendo, o presente volume proporciona os resultados deste processo em alguns passos, começando pela Análise Situacional, onde se realizou o levantamento das informações contidas na UBS.

O segundo passo contempla a Análise Situacional, em que é firmado o foco da intervenção, contendo também os objetivos específicos, as metas e ações a serem realizadas.

O terceiro passo abrange a Intervenção, ao qual se executou o projeto no período de 12 semanas, implantando as ações planejadas na Análise Estratégica. Nestas 12 semanas foram atendidas 188 crianças na área clínica e 44 crianças na área odontológica.

Por último, veio a Avaliação da Intervenção, passo este que somou todos os dados coletados até o momento, calcularam-se índices, considerando os dados e números, analisando o resultado adquirido em menção aos objetivos e metas.

Mediante isto, será apresentado todo caminhar em etapas desta intervenção, enfatizando todo seu meio de construção para Especialização em Saúde da Família.

## **1 Análise situacional**

### **1.1 Situação da ESF/APS**

A Unidade Básica em que estou alocada situa-se no Amazonas, município de Manacapuru, bairro Aparecida. É conhecida como Unidade Básica de Saúde da Família Funasa I (UBSF). É uma UBS de aproximadamente vinte anos. Está em reforma há mais ou menos um ano e meio e ainda não foram concluídos os trabalhos de adequação. Também funciona CTA/DST-AIDS, e segundo informações colhidas, é a única unidade do município que oferece o referido programa. É uma UBS grande, capaz de adequar-se às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, já que no momento a estrutura da mesma não está dentro dos padrões estabelecidos para a demanda da população, porém, atende às necessidades de acordo com suas possibilidades.

Possui uma equipe de duas médicas da família, um cirurgião dentista, dois enfermeiros, um auxiliar em saúde bucal, um técnico de higiene dental, quatro técnicos de enfermagem, doze agentes comunitários de saúde (ACS), dois vigilantes, dois recepcionistas, um auxiliar de farmácia e dois auxiliares de limpeza.

Aproximadamente o número de pessoas atendidas por cada uma das equipes de agentes comunitários de saúde (ACS) chega a dois mil setecentos e setenta e nove. Existem duas equipes de ACS, seis componentes em cada grupo acompanhadas de um enfermeiro/equipe.

Os programas que a UBS fornece são de hiperdia, saúde do idoso, saúde da mulher, saúde do homem, saúde da criança, Leishmaniose, e demais programas de epidemiologia. A UBS é rica em programas, o que a torna referência municipal.

A unidade também conta com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que realiza diversas atividades que não são fornecidas pela UBS, como por exemplo, médicos especialistas. O NASF é de suma importância para UBS, já que realmente funciona, colaborando de forma ampla na saúde do município.

A demanda de pessoas tem um bom quantitativo, o que se explica pelo fato já citado anteriormente de a UBS ser a única do município com o programa CTA/DST-AIDS. Esse programa merece destaque pelo trabalho da equipe de palestrante que pelo menos uma vez por semana ministra palestras relacionadas às doenças sexualmente transmissíveis.

A estrutura não pode ser considerada adequada, já que nenhum consultório ginecológico possui banheiros. Em relação aos deficientes físicos e idosos, a UBS oferece rampas e corrimões para cadeirantes, no entanto, não há banheiros adequados para pessoas com necessidades especiais, não possui sinalizações como textos verbais e visuais, caracteres em relevo, Braille ou recursos auditivos, o que de certa forma dificulta o acesso dessas pessoas e o trabalho da equipe de saúde. Acredito que após o término da reforma, tudo será mais organizado, proporcionando melhor acesso aos usuários que necessitam de atendimento especial. Quanto ao restante da estrutura, é notória a ausência de janelas nos consultórios, o que dificulta a entrada de luz natural. A recepção comporta aproximadamente 45 a 50 pessoas, espaço adequado para a área que a UBS abrange.

No que diz respeito à minha recepção na unidade, posso dizer que me acolheu de forma solícita, a gestora do Programa de Valorização da Atenção Básica - PROVAB foi atenciosa, apresentou-me a UBS e alguns dos profissionais que ali se encontravam. A enfermeira que estava responsável pelas atividades assistenciais da UBS, mostrou-me de que forma é realizado seu trabalho e os programas locais. A maneira prestativa e solidária que me acolheram chamou atenção. Foram solidários. Já no meu primeiro dia de estágio, tive a satisfação de visitar uma família, o que me causou um forte impacto da realidade social que meu município vivencia. A experiência foi relevante.

Apesar de algumas problemáticas, a unidade desenvolve seu trabalho na medida do possível, e muitas vezes os profissionais vão além do que podem para prestar atendimento àqueles que precisam.

## 1.2 Relatório da análise situacional

O município de Manacapuru está localizado no Estado do Amazonas, zona metropolitana de Manaus. De acordo com o IBGE (2010), o poder público municipal conta com o Sistema Único de Saúde, que cobre uma população de 85.141 habitantes, contando com dezoito Unidades Básicas de Saúde da família, quatro Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF, segundo informações da coordenadora de saúde não é disponibilizado o acesso ao Centro de Especialidade Odontológica – CEO pelo município. No entanto, Manacapuru conta com uma policlínica, um hospital regional, uma maternidade, e um laboratório central.

A Unidade Básica de Saúde - UBS de alocação é de caráter de Saúde da Família, denominada Unidade Básica de Saúde da Família Inconfidência, entretanto, é conhecida como FUNASA I. A instituição localiza-se em zona urbana, no bairro Aparecida, próximo ao Parque do Ingá e está vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) vinculada à prefeitura. De acordo com informações dos profissionais a instalação funciona há pelo menos 20 anos.

Na unidade não são desenvolvidas atividades de ensino, e o atendimento é realizado somente de segunda a sexta-feira. Com relação à área de abrangência definida para a atuação da Unidade Básica de Saúde – UBS, a delimitação é caracterizada por um mapa geográfico com o último ano de atualização em 2013. O mapa não possui cadastro atual da população que se encontra dentro dos limites de atuação, com informações atualizadas no ano de 2014.

Há duas equipes de estratégia da saúde da família. A primeira conta com uma médica da estratégia, um enfermeiro da estratégia, um técnico em laboratório, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A segunda

equipe conta com uma médica da estratégia, uma enfermeira da estratégia, um cirurgião dentista, um técnico em laboratório, um técnico de enfermagem, um técnico de saúde bucal, e seis agentes comunitários de saúde. A unidade também conta com duas recepcionistas, um digitador, um auxiliar de farmácia, dois profissionais de serviços gerais e um vigilante.

A UBS conta com o apoio do Núcleo de Apoio da Saúde da Família – NASF, que disponibiliza assistente social, educador físico, educadora social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, pedagoga, psicólogo e médico.

As áreas estratégicas do NASF que apoiam a UBS são alimentação e nutrição, assistência farmacêutica, atividades físicas corporais, práticas integrativas e complementares, reabilitação, saúde integral da pessoa idosa, saúde da criança/adolescente e do jovem, saúde da mulher, saúde mental e serviço social.

Com relação à estrutura física, a UBS conta com um ambiente específico para recepção, arquivo de prontuário, sala de espera com capacidade de acomodar aproximadamente sessenta pessoas, sala de reunião utilizada para fins educacionais, quatro consultórios, sanitários para usuários com divisão para acomodação de pessoa com necessidades especiais e torneiras que dispensam o uso das mãos. É importante destacar que há ausência de almoxarifado e sanitários nos consultórios. Em relação aos compartimentos, há duas salas, sendo uma de vacina e outra de curativo, onde também são realizadas as nebulizações, já que não existe sala específica para tais procedimentos. Recentemente com a reforma da unidade foi implantada uma sala destinada ao funcionamento de uma farmácia.

O setor odontológico oferece equipamentos adequados e área própria para compressor. A unidade não conta com sala específica para coleta de material para análise clínica.

No setor de serviços gerais, funciona somente uma cozinha. Não há depósito para produtos de limpeza, tampouco sala para lavagem e descontaminação de instrumentos, sala de esterilização e estocagem de materiais ou abrigo para resíduos sólidos (DML). Próximo à cozinha, localiza-se o depósito de lixo não contaminado e sala para uso dos agentes comunitários de saúde.

Nenhum dos ambientes da unidade tem ventilação indireta que possibilite a circulação do ar, no entanto a janela do banheiro dos funcionários, do banheiro dos usuários, da sala de vacina, da sala dos Agentes Comunitário de Saúde - ACS, dos consultórios e a janela da copa permitem a circulação de ar e iluminação natural.

O único ambiente que conta com iluminação natural é o novo jardim que a unidade instalou com a nova reforma.

Os pisos de todos os departamentos são laváveis de superfície regular, firme, estáveis e antiderrapantes.

As paredes internas são todas laváveis, de superfície lisa e se encontram nos banheiros dos funcionários, dos usuários, nos consultórios, na copa, na sala de espera, na recepção, na farmácia, na sala de curativo, na sala de vacina e na sala dos ACS.

A cobertura de proteção da UBS é somente de telhado. As portas são revestidas de material lavável, e atualmente algumas portas são de vidro. As janelas são de ferro e nenhuma conta com proteção contra a entrada de vetores - mosquito.

Nem todos os armários e prateleiras são de superfície lisa, de fácil desinfecção, entretanto, são de acabamento arredondado para facilitar a limpeza e evitar ferimentos nos trabalhadores e usuários.

Não existe sinalização visual nos ambientes que permita a comunicação por meio de textos verbais ou visuais, não há uso do código Braille nem ambientes que permitam a comunicação através de recursos auditivos.

Com exceção dos consultórios médico, os demais são utilizados de forma compartilhada pelos profissionais da equipe e nem todos possuem condições de oferecer atendimento em mesa de escritório com o usuário e acompanhante sentado, e mesa de exame clínico. Os consultórios ginecológicos não possuem sanitários restritos.

A sala de vacina está situada de forma estratégica, evitando o trânsito dos usuários nas demais dependências.

Não há depósito de lixo não contaminado fechado, não há ventilação que impeça a entrada de vetores e há ausência de proteção contra roedores, tampouco

existe abrigo de resíduos sólidos para o acondicionamento de lixo hospitalar, sendo que o mesmo é recolhido pela prefeitura, duas vezes por semana.

Os prontuários são arquivados na sala de recepção, que possui um espaço capaz de arquivar aproximadamente seis mil prontuários individuais.

A manutenção de material permanente e a reposição de equipamentos deixam a desejar, assim como o sistema de reposição de material de consumo. Os funcionários não estão satisfeitos com o sistema de revisão de calibragem do esfigmomanômetro, porque dizem que não resolve a situação e faz tempo que não se aplica a calibragem desse material, ficando até confuso se existe ou não essa revisão. O mesmo acontece com a calibragem das balanças.

Analisando criticamente, não é possível afirmar que o prédio esteja 100% adaptado para o acesso de pessoas portadoras de deficiência, pois mesmo não havendo degraus que dificultem o acesso destes usuários e ainda que ofereça rampas alternativas para cadeirantes e calçadas que permitem o deslocamento seguro de deficientes visuais e idosos, o número de corrimões que facilitam o acesso de pessoas com deficiência é insuficiente, já que os mesmos só se encontram na entrada da UBS, os demais ambientes não possuem corrimões. Também não há cadeiras de rodas à disposição dos usuários, apesar dos banheiros estarem adaptados para o uso das mesmas, portanto, é necessário algumas alterações para que a unidade esteja totalmente adequada à acessibilidade.

Não existem tapetes na sala de espera, consultórios ou em alguma outra dependência do prédio.

Uma maneira de melhorar as barreiras arquitetônicas seria o município investir na estrutura adequada da unidade. Foi realizada a reforma. Esperava-se que essas intervenções fossem implantadas, infelizmente não foi o que ocorreu.

Sobre a atribuição dos profissionais, a territorialização e o mapeamento da área de atuação somente são feitos pelos agentes comunitários de saúde. As atribuições desenvolvidas pelos profissionais da unidade no processo de territorialização e mapeamento são identificações de grupos, famílias e indivíduos

expostos à riscos, identificação de grupos de agravos, sinalização dos equipamentos sociais e das redes sociais.

Os profissionais efetuam o cuidado em saúde à população da área de abrangência no domicílio, nas escolas, na associação do bairro e nas igrejas.

Não são executadas pequenas cirurgias e caso seja necessário, o usuário é encaminhado ao serviço hospitalar que contem o profissional adequado para esta atribuição. Também não é realizado atendimento de urgência ou emergência.

Os profissionais fazem busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas ou aos programas existentes. Somente os agentes comunitários de saúde realizam essas buscas, pois eles têm o controle das consultas que os usuários da sua área farão.

É realizado cuidado domiciliar pelos profissionais, e existe levantamento dos usuários moradores da área de abrangência que necessitam receber estes cuidados. Os profissionais que realizam cuidado domiciliar são os enfermeiros, médicos, odontólogos, técnico de enfermagem, técnico de consultório dentário e os agentes de saúde. Os procedimentos realizados pelos profissionais no cuidado domiciliar são curativos, nebulização, orientações, acompanhamento de problema de saúde, aferição da pressão arterial, consultas médica, de enfermagem, odontológicas e consultas de outros profissionais de saúde presentes no NASF, entrega de medicamentos, medicação oral, medicação injetável, vacinação, coleta de exames, troca de bolsa de usuários ostomizados, trocas de sondas e revisão puerperal.

Os profissionais encaminham os usuários a outros níveis do sistema de saúde respeitando o fluxo de referência e contra-referência, não utilizam protocolos nessas situações e não acompanham os usuários em situação de internação hospitalar.

É realizada a notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis, e quem realiza esta notificação são os enfermeiros e médicos. Acontece igualmente a busca ativa destas doenças. Os responsáveis por estas buscas são os enfermeiros, médicos, agente comunitário de saúde e os técnicos de enfermagem.

Acontece na unidade atividades em grupos, sendo que estes são o dos adolescentes, aleitamento materno, capacitação para o trabalho, planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer ginecológico, puericultura, saúde da mulher e saúde bucal.

Alguns grupos na unidade deveriam ser igualmente visados. Noto que estas atribuições não são atendidas pelas equipes tornando-se um impacto na assistência à saúde dos usuários.

Os profissionais que participam de atividades de grupos na unidade são os médicos, enfermeiros, odontólogo, técnico de enfermagem, técnico de consultório dentário, agente comunitário de saúde e recepcionista. Realiza-se promoção da participação da comunidade no controle social, e quem promove esta participação da comunidade são os mesmos profissionais das atividades de grupos. Quem identifica parceiros e recursos na comunidade para potencializar as ações intersetoriais com a equipe são os agentes comunitários de saúde.

Os profissionais participam de atividades de qualificação profissional, atenção à saúde, fortalecimento do controle social e a maioria destas atividades de qualificação para a gestão em saúde é multiprofissional, com o foco nas transformações das práticas e as atividades citadas são frequentadas por médicos, enfermeiros, odontólogos, técnico de enfermagem, técnico de consultório dentário, agente comunitário de saúde e recepcionista.

Continuamente é realizado reuniões de equipes, sem periodicidade definida, com abordagem de vários temas como agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, qualificação clínica, planejamento das ações e monitoramento, análise de indicadores e informações em saúde. Os profissionais que participam destas reuniões são os mesmos já citados nas atividades de grupos.

A área adstrita apresenta um número de 5.566 (cinco mil quinhentos e sessenta e seis) pessoas, sendo 2.897 (dois mil oitocentos e noventa e sete) mulheres e 2.669 (dois mil seiscentos e sessenta e nove) homens. Apesar da demanda ser excessiva, devido conjuntamente a UBS ser a única do município que conta com o programa de CTA/AIDS, entende-se que o tamanho das equipes é

adequado ao tamanho da população na área de abrangência. Há duas equipes. e cada uma é responsável por 2.783 pessoas.

A respeito da classificação de risco, o que acontece é que se uma pessoa está “passando mal”, ela tem prioridade em relação às pessoas que estão esperando, o que gera confusão por parte dos usuários que não entendem que naquele momento alguém está ainda mais necessitado de atendimento do que ele. Enfatizo que o melhor seria trabalhar na educação em saúde, explicando aos usuários que se deve trabalhar com a classificação de risco.

É rotineira a solicitação de consultas por usuários aos enfermeiros, médicos e dentista quando estão com problemas de saúde agudos, necessitando de atendimento imediato, receberem de acordo com as possibilidades, o serviço destes profissionais, o que causa excesso de demanda espontânea para estas consultas de problemas de saúde agudos.

O atendimento ao excesso de demanda espontânea existe para os usuários residentes na área de cobertura e fora da área de abrangência. A equipe lida com esta situação, orientando o usuário para retornar noutro dia, orienta para procurar serviços de pronto atendimento, procurar o pronto socorro, e se necessário, faz o encaminhamento para a especialidade que o usuário necessita naquele momento.

Em casos de atendimentos imediatos, é necessário que o usuário aguarde cerca de trinta minutos para ser atendido pelo profissional de saúde.

Vale ressaltar que não é “nenhuma novidade” termos que conviver com essa situação e ainda que os usuários não estejam agendados, procura-se atendê-los, mesmo que as situações não permitam, são separadas algumas fichas para as ocorrências imprevisíveis de atendimento. Não é fácil a vida de um ribeirinho, eles têm dificuldade para chegar à cidade, há imprevistos, o que os impedem de chegar no dia agendado para o atendimento. É nesse instante que necessitamos entender que estamos para servir aos usuários, independente do dia certo ou não, já que somos porta de entrada do sistema único de saúde.

Na organização do atendimento à demanda das ações programáticas à saúde da criança de zero a setenta e dois meses, é feito atendimento de puericultura para grupos etários de crianças menores de doze meses, de doze a vinte e três

meses e de vinte quatro a setenta e dois meses. Esse atendimento é realizado em apenas um dia na semana e acontece em turno matutino e vespertino. Não se sabe ao certo o total de crianças atendidas fora da área de cobertura da UBS e esta falta de dados concretos sobre estas crianças podem trazer problemas no seu acompanhamento.

Os profissionais que participam do atendimento de puericultura são os enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.

Após a consulta de puericultura, a criança já sai com a próxima consulta agendada. Permanece a demanda de crianças de até setenta e dois meses de idade para atendimento de problemas de saúde agudos e as áreas de residências dessas crianças que demandam atendimento destes problemas são tanto da área da unidade quanto fora da área de cobertura. Há oferta de atendimento e demanda de atendimento para crianças de até setenta e dois meses de idade com problemas de saúde agudos. A equipe lida com esse tipo de demanda atendendo mesmo tendo excedido a sua capacidade, agendando atendimento para outra data e quando necessário, orienta-se a mãe da criança para procurar outro serviço de saúde.

O Protocolo do Ministério da Saúde – Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento publicado em 2012 é utilizado pelo enfermeiro, médico, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

As ações desenvolvidas no cuidado às crianças na puericultura são de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde mental, imunização, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis e promoção da saúde mental.

Não é utilizada pelos profissionais nenhuma classificação para identificar crianças de alto risco e não são necessários protocolos para regularizar o acesso das crianças a outros níveis do sistema de saúde.

Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados no prontuário clínico. Existe um arquivo específico para estes registros, que é revisado

quinzenalmente. No atendimento é solicitada a caderneta da criança, para que as informações sejam consultadas e atualizadas pelos profissionais de saúde.

Os profissionais conversam com o responsável sobre as dicas de alimentação saudável disponíveis na caderneta da criança, explicam o significado do posicionamento da criança na curva de crescimento, explicam como reconhecer sinais de risco nesta curva, chamam a atenção para a data da próxima vacina e quando é necessário também chama a atenção para o local da caderneta onde o responsável pode acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

Existe o programa Bolsa Família do Ministério da Saúde, e os responsáveis pelo cadastramento das crianças são os enfermeiros, técnicos de enfermagem e principalmente os agentes comunitários de saúde. Os responsáveis pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde são os enfermeiros e os agentes comunitários de saúde.

Existem outros programas do Ministério da Saúde implantados na unidade, são eles: o SIVAN e Crianças e Saúde de Ferro.

A equipe de saúde não realiza atividades com grupos de mães das crianças de puericultura e não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Puericultura, assim como não existem profissionais que se dedicam ao monitoramento do programa dentro da unidade.

A presença de profissionais específicos para o planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura e para avaliação e monitoramento dentro da unidade, traria maior sistematização, o que padronizaria a assistência de forma coerente. Profissionais vinculados a essas finalidades somariam forças para concretização de um serviço de qualidade, não esquecendo que o envolvimento de toda equipe neste trabalho tornaria o atendimento a estas crianças mais eficiente e humanizado, na minha percepção. A cobertura da puericultura atual é de 55% contando de crianças entre 0 e 1 ano.

Nas ações programáticas à saúde da mulher/pré-natal, são realizados atendimentos de pré-natais três dias por semana, sendo dois dias para o atendimento com a enfermeira estabelecendo a consulta de início do pré-natal, e um dia de consulta médica. Existem gestantes fora da área, contudo realizam o pré-

natal na unidade, não sendo possível afirmar qual a proporção de gestantes fora da área de cobertura, visto que não é executado nenhum controle interno. A cobertura de pré-natal na área da UBS é de 99% e de puerpério é de 45%. Os indicadores de qualidade informam que o número de gestantes com o pré-natal iniciado no primeiro trimestre é de 100%. As consultas em dia de acordo com o calendário do ministério da saúde são de 87% e a solicitação na primeira consulta de exames laboratoriais preconizados é de 100%. Conforme protocolos, a vacina antitetânica é de 60%, a vacina contra hepatite B de 75% e a prescrição de suplementação de sulfato ferroso é de 96%. O exame ginecológico por trimestre é de 36%, a avaliação da saúde bucal é de 43% e a orientação sobre o aleitamento materno exclusivo é de 100%.

Quem realiza o atendimento de pré-natal é a enfermeira e a médica, sendo que a cada consulta, a gestante já sai com a próxima consulta agendada.

Existe demanda de gestantes para atendimento de problemas agudos, e estas são oriundas tanto da área de cobertura quanto fora desta.

O Protocolo de utilizado na unidade é do Ministério da Saúde - Caderno de Atenção Básica ao Pré-Natal de Baixo Risco, publicado em 2012. Os profissionais que utilizam este protocolo são os enfermeiros, os médicos e os técnicos de enfermagem.

As ações desenvolvidas para o cuidado às gestantes são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico de problemas de saúde bucal, controle dos cânceres do colo uterino e de mama, imunizações, planejamento familiar, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis e promoção de saúde bucal. Não há uso de protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde.

O atendimento às gestantes é registrado no prontuário clínico, formulário especial de pré-natal, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional e ficha de espelho das vacinas, sendo que todos são guardados em um arquivo específico para esse fim, em um único compartimento no armário e não ocorre revisão periódica deste arquivo.

Nos atendimentos às gestantes é solicitado o cartão de pré-natal, para que sejam anotadas as informações atuais das mesmas. As dicas de alimentação

saudável são enfatizadas regularmente nas conversas com as gestantes e quando necessário, os profissionais de saúde explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso no cartão de pré-natal. Há uma verificação constante do cartão de vacina, despertando a atenção para a data da próxima vacinação. Os profissionais recomendam reiteradamente que as gestantes realizem avaliação da saúde bucal na gravidez.

Há uma incessante conscientização sobre a prática de promoção do aleitamento materno, sobre os cuidados com o recém-nascido, promoção da atividade física, sobre os riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, sobre o anticoncepcional no pós-parto, sobre a importância da revisão puerperal até os sete dias de pós-parto e a realização de revisão puerperal entre 30 e 42 dias de pós-parto é muito enfatizada.

O Programa de SISPRENATAL do Ministério da Saúde está em funcionamento, e os responsáveis pelo cadastramento das gestantes no programa são os enfermeiros, os agentes comunitários de saúde e as recepcionistas. O envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde é responsabilidade do enfermeiro e do digitador.

A equipe de saúde na unidade não desenvolve atividades com grupos de gestantes e não existem profissionais para a realização de planejamento, gestão e coordenação de Programa de Pré-Natal, tampouco há encarregados para realizar avaliação e monitoramento.

Algumas dificuldades poderiam ser sanadas, contribuindo para melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal. Bom seria se todos os profissionais da atenção básica utilizassem o protocolo de atendimento pré-natal, enfatizo porque o trabalho seria mais eficaz. Não basta somente o enfermeiro, o técnico e o médico saberem sobre o protocolo, o agente de saúde, o assistente social, o educador físico, o psicólogo, o nutricionista e os demais profissionais envolvidos nesta área deveriam conhecer um pouco mais sobre realidade das usuárias, para que o conhecimento deixasse de ser superficial, o que permitiria uma assistência mais integral para as gestantes.

Outro ponto que ser ressaltado é a questão dos profissionais que deveriam utilizar protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis de saúde, facilitando assim a situação da usuária e organização do trabalho.

A falta de revisão periódica no arquivo específico dos registros de atendimento às gestantes torna-se um problema organizacional. Por vezes procura-se por uma puérpera e não encontra o prontuário, visto que o mesmo ainda está na parte de pré-natal e não no puerpério, por isso é tão importante a revisão periódica e especificação sistemática em relação à guarda desses prontuários.

No que diz respeito às atividades em grupo que ainda não são realizadas com as gestantes, uma forma de sanar essa falha, seria obtendo apoio de outros profissionais. O NASF possui um educador físico, que já desenvolve algumas atividades, entretanto, não há a prática de exercícios direcionados para as gestantes, o que poderia ser resolvido com a criação de um momento específico para esse público, como por exemplo, uma hora semanal que seria inclusa no pré-natal, quando poderia acontecer também, um bate-papo com as gestantes sobre assuntos próprios da gestação.

Nos dois primeiros meses em que iniciei na unidade, notei que não era realizado o exame citopatológico do colo do útero nas gestantes, e isto me chamou a atenção por não estar de acordo com o que o protocolo ensina, mediante o fato, questionei com os enfermeiros o porquê da não realização do exame, e segundo eles, o empecilho era a grande demanda. A partir da nossa intervenção o exame citopatológico passou a ser realizado, o que significa um grande avanço na saúde destas gestantes. A realização do exame mostrou que algumas delas apresentavam alterações condilomatosas, além de outras alterações, e a partir do diagnóstico, essas gestantes serão acompanhadas mais de perto. É um ponto positivo na unidade que aceitou a proposta de melhorar a assistência.

A dedicação à avaliação e monitoramento do programa de pré-natal traria total organização para UBS. Se houver um profissional dentro da unidade que seja responsável pelo programa, alguns pequenos problemas administrativos como perda de prontuário, por exemplo, seriam sanados, e se ocorresse a fiscalização do trabalho da equipe, com certeza a assistência renderia melhores resultados.

A organização do atendimento na saúde da mulher no controle do câncer de colo do útero orienta todas as mulheres da área de cobertura para o uso de preservativo em todas as relações sexuais e são realizadas ações que despertam para os malefícios do tabagismo. De acordo com os poucos indicadores de qualidade, observou-se que 31% dos exames citopatológicos para câncer de colo uterino se encontram em dia, onze exames estão com mais de seis meses de atraso e quatro exames citopatológicos de câncer alterados. Trinta avaliações de risco para câncer de colo uterino, 85% de orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero. 95% orientação para DST. 31% de exames coletados com amostras satisfatórias e 30 exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar.

Na unidade a coleta do exame citopatológico é realizada pelos enfermeiros uma vez na semana, e atende também mulheres que estão fora da área de cobertura da unidade. Não sabemos qual a proporção residente fora da área de cobertura. É utilizado tanto o rastreamento de câncer de colo uterino oportunístico quanto o organizado.

O protocolo do Ministério da Saúde utilizado na unidade é o Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama, 2013 e são utilizados pelos enfermeiros e médicos.

São investigados os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico. Não se sabe quantas mulheres foram identificadas com esse exame alterado nos últimos três anos e nem quantas mulheres tiveram perda de seguimento.

Os atendimentos às mulheres que realizam coleta de exame citopatológico são anotados no livro de registro, prontuário clínico e formulário destinado ao mesmo.

Os resultados dos exames citopatológicos coletados são armazenados em arquivo específico que é revisado semanalmente pelos enfermeiros. A finalidade da revisão deste arquivo é verificar mulheres com exame de rotina em atraso, com exame alterado em atraso, verificar completude de registros e avaliar a qualidade do programa.

A equipe de saúde realiza atividades com grupos de mulheres. Tais atividades são desenvolvidas nas escolas, indústrias e igrejas. Os profissionais que participam das atividades de grupo de mulheres são o assistente social, educador físico, enfermeiro, médico da família, nutricionista, odontólogo, psicólogo, técnico de enfermagem e técnico de consultório dentário.

Não existem profissionais que se dediquem especificamente ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de mama, e tampouco profissionais que se dediquem à avaliação e monitoramento do programa de prevenção do câncer de colo uterino.

A unidade não tem um controle exato do número de mulheres que realizam o exame citopatológico, o que dificulta o processo de tratamento quando um exame apresenta resultado indesejável. A realidade é que as usuárias ribeirinhas e moradores da zona rural, não costumam retornar para receber o resultado e por estarem fora da área de cobertura da UBS, não há um agente comunitário de saúde que possa assisti-las. De acordo com os relatos das usuárias, a estrutura de atendimento de saúde no município não realiza coleta de exames em todas as unidades, motivo pelo qual elas procuram a sede do município. Algumas senhoras nunca realizaram a coleta, à vista do fato, sabe-se a relevância de realizar o PCCU. Quando há profissionais na comunidade, as usuárias reclamam que estes não fazem o exame preventivo na localidade delas, e é complicado entender o porquê desse impasse.

Não existe na unidade profissional que se dedique ao planejamento específico, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino ou que se dediquem à avaliação e monitoramento do programa de prevenção do mesmo, contudo, é possível trabalhar com os profissionais disponíveis, determinando a cada membro da equipe um papel fundamental de estratégia referente ao câncer uterino, sabe-se que todos estão sobrecarregados de afazeres, e como não há um único profissional que se dedique a este programa na unidade, todos podem ser responsável por uma pequena parte, afim de não sobrecarregar ninguém.

No que diz respeito ao seguimento de mulheres com exame positivo, a realidade é que as mulheres não são acompanhadas de acordo com o protocolo. Uma das estratégias para não perder o seguimento das mulheres com exame alterado é o acompanhamento contínuo dessas usuárias. Ressalta-se que as usuárias ribeirinhas e residentes em zona rural são as mais prejudicadas, e assim, desistem do tratamento. Como o município não possui um centro de oncologia especializado, quem recebe o diagnóstico de câncer deve dirigir-se à capital do estado para dar continuidade ao tratamento. As mulheres das comunidades sofrem com o deslocamento, seus familiares também, pois necessitam se deslocar de suas residências para acompanhá-las. O ideal seria uma casa de apoio para esses casos, e a educação em saúde que motivaria essas mulheres na realização do tratamento contínuo.

Em relação às alterações benignas, que podem ser tratadas, a usuária deve ser orientada a retornar. Percebe-se que as usuárias estão acostumadas a esperar o agente comunitário de saúde levar seu resultado do exame em casa, sem que haja preocupação de buscar melhora para seu problema. Essa situação pode ser mudada com orientações, dessa forma todas retornariam e a doença não se agravaria tanto.

No sistema de referência e contra-referência para os exames alterados, as mulheres que são referenciadas para Manaus não têm um acompanhamento na unidade, é feito apenas um encaminhamento para a unidade que a usuária vai procurar, e a mesma dá continuidade em seu tratamento.

A organização do atendimento ao controle do câncer de mama realiza ações para o controle de peso corporal das mulheres da área de cobertura, porém, não são realizadas ações de estímulo à prática regular da atividade física. Os indicadores de qualidade informam que o número de mulheres com a mamografia em dia é de 15%, há 2 mamografias com mais de 3 meses de atraso e foram diagnosticados 2 riscos de câncer de mama. A orientação sobre a prevenção do câncer de mama é de 100%.

São realizadas ações de educação da mulher para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e de natureza igual rastreamento do câncer

de mama todos os dias da semana. Existem mulheres fora da área de cobertura que realizam rastreamento do câncer de mama na unidade. Não se sabe qual a proporção de mulheres residentes fora da área de cobertura da UBS.

Os profissionais que aproveitam seu contato com as usuárias para verificar a necessidade de realizar as ações de rastreamento do câncer de mama na unidade são os enfermeiros, médicos e psicólogos. É utilizado tanto o rastreamento de câncer de mama oportunístico quanto o organizado.

Existe protocolo para o controle do câncer de mama, do Ministério da Saúde conhecido como Caderno de Atenção Básica – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e de Mama, 2013. Os profissionais que utilizam este protocolo são os enfermeiros e os médicos.

São investigados os fatores de risco para o câncer de mama em todas as mulheres que realizam ações de rastreamento na unidade, ainda assim não se sabe quantas mulheres foram identificadas com mamografia alterada nos últimos três anos e nem quantas dessas mulheres tiveram perda de seguimento.

Os atendimentos às mulheres que realizam mamografia são registrados no prontuário clínico, já que não existe um arquivo específico para tais registros.

Na unidade não há profissionais responsáveis pelo planejamento, gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama e muito menos profissionais que se dediquem à avaliação e monitoramento das ações de controle do câncer.

Alguns processos de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e proporcionar uma melhor qualidade no Controle do Câncer de Mama. Na unidade, não se sabe o número de mulheres fora da área de cobertura que realizam rastreamento do câncer de mama, o que causa preocupação, pois se não há um controle, se torna complicado o trabalho de acompanhamento dessas usuárias.

Não existe um arquivo específico para o registro dos resultados da mamografia, o que torna desorganizado o controle das usuárias. Um processo de trabalho que melhoraria a qualidade do controle do câncer de mama na unidade seria a utilização do protocolo do Ministério da Saúde, e caso o mesmo fosse adotado na unidade teria uma cobertura completa, facilitando o trabalho de toda a

equipe. Se houvesse esses profissionais dedicados ao programa, a eficácia aumentaria, e com a ação conjunta dos demais funcionários a prestação de cuidados a estas mulheres alcançaria melhores resultados.

No seguimento de mulheres com exame de mama alterado, algumas ideias podem ser utilizadas na unidade afim de não perder o acompanhamento destas usuárias. O primeiro passo é conhecer o protocolo e cumprir suas determinações. Um conhecimento profundo de como lidar com o câncer de mama, resultará numa assistência mais eficiente. Outro projeto que pode ser lançado para continuidade do tratamento do câncer de mama é a produção de um livro na unidade, no qual constariam os dados das usuárias. Seria reservado um dia na semana para avaliação da mama, com a presença dos agentes comunitários de saúde para que estes pudessem ter conhecimento das mulheres de sua área que necessitam de avaliação, e o ACS comunicaria o dia da consulta à essas mulheres, de preferência num único dia da semana, para que todas pudessem receber as orientações necessárias e realizassem o exame físico, e possíveis atividades físicas. Logo após, o livro seria preenchido com os dados e as mulheres que tivessem necessidade de mamografia seriam encaminhadas para o local apropriado para o exame. A solicitação à mamografia acontece quando aparece um nódulo na mama, e nessa altura, a mulher já se sente incomodada. A forma como é conduzido o programa de prevenção é precária, e é dever do profissional da saúde buscar meios que promovam melhores condições de prevenção do câncer mamário.

A organização do atendimento direcionada à atenção e aos cuidados da hipertensão arterial sistêmica (HAS) é realizada por meio de ações de orientações de hábitos alimentares saudáveis para os portadores de HAS e ou DM (diabetes) da área de cobertura. A cobertura do Programa de Atenção aos Hipertensos da área é de 29%. Conforme o caderno de ações programáticas, os indicadores de qualidade informam que o número de hipertensos que fizeram a realização da estratificação de risco cardiovascular por critério clínico é de 69%. O atraso da consulta agendada em mais de sete dias é de 28%. O exame complementar periódicos em dia é de 35%. A orientação da prática de atividade física regular é de 100%. A orientação nutricional para alimentação saudável é de 100%. A avaliação

de saúde bucal em dia é de 14%. Ações para o controle do peso corporal dos portadores de HAS ou DM e ações que orientem sobre os malefícios do tabagismo para os portadores de HAS ou DM são preconizados na área de cobertura.

É realizado atendimento de adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica, uma vez na semana, nos turnos matutino e vespertino. Quem participa do atendimento dos adultos portadores de HAS na UBS são os enfermeiros, médicos, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Após a consulta, o adulto com HAS já agenda o próximo exame programado para este problema e além das consultas programadas para acompanhamento da HAS, existe demanda de adultos para atendimento de problemas de saúde agudos causados pela HAS.

Existe oferta de atendimento para adultos com problemas de saúde agudos devido a HAS, contudo há excesso de procura. A equipe lida com a situação atendendo mesmo tendo excedido a sua capacidade, agendando atendimento para outra data e orientando o usuário a procurar outro serviço de saúde.

O protocolo de atendimento para usuários portadores de HAS na UBS foi produzido pelo Ministério da Saúde – Caderno de Atenção Básica – Estratégia para o cuidado da pessoa com Doença Crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica, 2013. O protocolo é utilizado pelos enfermeiros e médicos.

As ações desenvolvidas quanto ao cuidado aos adultos portadores de HAS são imunizações, diagnósticos e tratamento de problemas clínicos gerais, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo e diagnóstico e tratamento do tabagismo.

Utiliza-se classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de HAS e não há uso de protocolos para regularizar o acesso dos adultos com HAS a outros níveis do sistema de saúde.

Há um arquivo específico para os registros do atendimento dos adultos com HAS, este arquivo é revisado quinzenalmente com a finalidade de verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso, adultos com HAS de risco, e avaliar a qualidade do

programa. Quem revisa este arquivo é o enfermeiro, o técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. São esses que explicam como reconhecer sinais de complicações da HAS.

Está em funcionamento na Unidade Básica de Saúde da Família o Programa de Hipertensão do Ministério da Saúde e é responsabilidade do enfermeiro e do técnico o cadastramento. Os responsáveis pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde são os enfermeiros, os médicos e o digitador.

Da mesma forma que outros programas, não existem profissionais que se destinam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com HAS ou que se dediquem à avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos adultos com HAS.

Alguns aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados para a qualidade da atenção à HAS na UBS, e um deles é na forma do retorno desses usuários às consultas. Há dificuldade no retorno às consultas, pois mesmo sendo orientados, os usuários têm o pensamento de que só precisam dos remédios, portanto os hipertensos são renitentes. Está faltando ações de busca ativa por parte dos profissionais. Apesar dos agentes comunitários receberem treinamentos, ocorrem falhas nos cadastramentos desses hipertensos.

Os profissionais não utilizam protocolos para regularizar o acesso dos adultos com HAS a outros níveis do sistema de saúde, e nesse caso, o único procedimento utilizado é um encaminhamento feito pelos enfermeiros ou pelos médicos para determinados níveis do sistema de saúde.

Como não se realiza atividade em grupo com os hipertensos, há prejuízos no andamento da qualidade da assistência, porém, é algo que pode ser mudado por meio do planejamento de ações de intervenção. Pode-se organizar em um dia da semana o atendimento aos hipertensos, oferecendo pelo menos 30 minutos de atividades físicas na unidade, aproveitando que o fato de muitos deles estarem reunidos para consulta.

É feito o possível entre todos os membros da equipe, cada um faz o que pode, mas a verdade é que há muito trabalho para poucos profissionais.

Na organização do atendimento aos diabéticos, a UBS realiza atendimento de adultos portadores de DM uma vez na semana, nos turnos da manhã e da tarde. A cobertura do Programa de Atenção ao Diabético na área é de 26%. Consoante ao caderno de ações programáticas, os indicadores de qualidade nos mostram que o número de diabéticos com realização da estratificação de risco cardiovascular por critério clínico é de 100%. Com atraso da consulta agendada em mais de sete dias é de 42%. Os exames complementares periódicos em dia são de 49%. Com exame físico dos pés nos últimos 3 meses é de 100%. Com palpação dos pulsos tibiais posterior e pedioso nos últimos 3 meses é de 100%. Com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses é de 100%. Com orientação da prática de atividade física regular é de 100%. Com orientação nutricional para alimentação saudável é de 100%. Com avaliação de saúde bucal em dia é de 42%.

Quem participa do atendimento dos adultos com DM são os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

Após a consulta, o adulto com DM agenda a próxima consulta programada e além das consultas programadas, existe muita procura para atendimento de problemas de saúde agudos devido a DM.

A área de residência dos adultos que buscam atendimento para problemas de saúde agudos é tanto na área de cobertura da UBS quanto fora da mesma.

Existe oferta de atendimento para adultos com problemas de saúde agudo devido a DM, mas há excesso de busca por essas consultas. A equipe lida com esse excesso atendendo mesmo tendo excedido a sua capacidade, agendando atendimento para outra data e orientando o usuário a procurar outro serviço de saúde.

O protocolo de atendimento para usuários portadores de DM foi produzido pelo Ministério da Saúde – Caderno de Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – *Diabetes Mellitus*, 2013. O mesmo é utilizado pelos os enfermeiros, médicos e demais profissionais da equipe.

As ações desenvolvidas na UBS no cuidado aos adultos portadores de DM são de imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento do

alcoolismo, diagnóstico e tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo e diagnóstico e tratamento do tabagismo.

É utilizado pela equipe classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de DM e não se utiliza protocolos para regular o acesso dos adultos com DM a outros níveis do sistema de saúde.

O atendimento dos adultos com diabetes é registrado no prontuário clínico. Existe um arquivo específico para os registros do atendimento dos adultos com diabetes. Estes são revisados quinzenalmente com a finalidade de verificar usuários faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso, identificar adultos com DM de risco, e avaliar a qualidade do programa. Quem revisa este arquivo é o enfermeiro, o técnico de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. Os profissionais de saúde ininterruptamente explicam aos usuários como reconhecer sinais de complicações desta patologia.

Não existem profissionais específicos para o planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos adultos com diabetes ou que se dediquem à avaliação e monitoramento das ações dispensadas a estes usuários.

Os diabéticos registrados na UBS são intransigentes assim como os hipertensos, e a dificuldade do retorno às consultas é semelhante. Faz-se às orientações da importância do retorno às consultas programadas, como citado no caso dos hipertensos, os diabéticos se preocupam apenas com as medicações. O que pode ser feito para melhorar essa situação é investir em palestras de conscientização para esses diabéticos e incentivá-los a voltar às consultas programadas.

Outra questão relevante são os hábitos alimentares, apesar da correta orientação continua alimentando-se inadequadamente. O que pode ser implantado para melhorar o quadro é aplicar a dinâmica das palestras, como eles têm um dia na semana para seu atendimento, deve-se focar em palestras nutricionais com os alimentos que estão ao alcance de todos. Desta forma, aproveitam-se as próprias riquezas nutricionais dos alimentos disponíveis no município, envolvendo todos os profissionais em prol de um único objetivo: a melhor assistência ao usuário.

Outro ponto que necessita de atenção é a busca aos usuários. Deve-se fazer uma busca ativa desses indivíduos para verificar o que está acontecendo, fazendo com que o índice de retorno seja elevado e o acompanhamento às pessoas diabéticas alcance um nível mais amplo. Está faltando cadastramento destes usuários, isto demonstra o quanto os profissionais não conhecem a sua área de abrangência, por isso, deve-se conhecer o território e buscar estes usuários para oferecer uma melhor assistência e qualidade de vida aos mesmos.

Ao falar da saúde dos idosos, pode-se dizer que na unidade se realiza atendimento ao idoso e este é realizado uma vez na semana em dois turnos, pela manhã e pela tarde, acontecendo dentro desse atendimento orientações gerais quanto aos hábitos de vida, medicações, alimentações, controle da pressão arterial, peso, glicemia e saúde bucal. A cobertura do Programa de Saúde do Idoso na área é de 100%.

Quem participa do atendimento dos idosos na unidade são os enfermeiros, médicos, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Após a consulta, os usuários deixam a UBS com a próxima consulta programada, e além das consultas programadas, existe demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudo. As áreas de residência que demandam atendimento para problemas de saúde aguda são tanto na área da UBS quanto fora. Existe oferta de atendimento para problemas agudos de saúde e existe excesso desta demanda. A equipe lida com o excesso, agendando atendimento para outra data e orientando o usuário a procurar outro serviço de saúde.

Existe protocolo de atendimento para idosos, e quem elaborou estas normativas foi o Ministério da Saúde com o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, 2006. Os profissionais que utilizam este protocolo são os enfermeiros, os médicos, os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.

As ações desenvolvidas no cuidado aos idosos são de imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, diagnóstico e

tratamento da obesidade, diagnóstico e tratamento do sedentarismo e diagnóstico e tratamento do tabagismo.

Os profissionais não utilizam protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde. Os atendimentos aos idosos são registrados no seu prontuário clínico. Existe um arquivo específico para os registros do atendimento e este arquivo costuma ser revisado periodicamente, em uma frequência mensal com a finalidade de verificar idosos faltosos ao retorno programado, verificar completude de registros, identificar procedimentos em atraso, identificar idosos de risco, e avaliar a qualidade do atendimento. Enfim, este arquivo é revisado pelo enfermeiro, técnico de enfermagem e pelos agentes comunitários de saúde.

Eventualmente os profissionais de saúde da UBS avaliam a capacidade funcional global do idoso por ocasião do exame clínico.

Repetidamente, é explicado ao idoso ou aos seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência como exemplo hipertensão, diabetes e depressão.

A unidade oferece a caderneta da pessoa idosa e esta é solicitada pelos profissionais de saúde na hora do atendimento e é preenchida com as informações atuais do idoso. Os responsáveis pelo seu preenchimento são os enfermeiros, os médicos e os técnicos de enfermagem. No campo de trabalho é explicado o estatuto do idoso, e esse procura cumprir com as normas.

A equipe de saúde não realiza atividades com grupos de idosos, posto que os profissionais da unidade oferecem cuidado domiciliar a esses usuários, e é feito um levantamento dos idosos moradores da área de abrangência que necessitam receber cuidado domiciliar. Os profissionais que realizam esses cuidados são os enfermeiros, os médicos, os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.

Não existem profissionais separados para o planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos e ou que se dediquem à avaliação e monitoramento das ações dispensadas a eles.

As fontes de dados utilizadas pelos profissionais para realizar avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos são Sistema de Informação da Atenção Básica, Hiperdia, registros específicos dos atendimentos de idosos e prontuário.

Dar atenção aos idosos de nossa área é um grande passo para melhoria na assistência humanizada a estes usuários. A realidade é que atendemos os idosos nos dias das consultas de hiperdia e nas demandas livres. Um dia específico na semana somente para ele ainda não há.

Pode ser feito uniformemente palestras motivacionais direcionadas aos idosos, palestras envolvendo vários temas como melhor idade, alimentação saudável, práticas físicas dentre outras. É notável a vontade da equipe em trabalhar com estes clientes, sem embargo, percebe-se que falta uma pessoa a frente do programa para tomar iniciativa.

Frente a muitos aspectos encontrados na unidade, pode-se dizer que a equipe de saúde e demais profissionais que compõem o quadro na unidade procuram melhorar da medida do possível. Como se aprende que saúde da família é o profissional mergulhado no território, foca-se no comportamento da equipe da estratégia. Então, porque não falar de engajamento público, aquele que foi explanado à equipe e eles não sabiam do que se tratava o assunto? Engajar! Unir os espaços que ainda circundam os profissionais e usuários. Este é um desafio que ronda a unidade, dessa forma não é fácil mostrar à equipe a relevância do que é o engajamento público e ideias para fortalecê-lo. Fazer a aproximação do profissional com o ser usuário requer paciência e ensinar aos que acham “que sabem muito”, é uma missão árdua.

### 1.3 Comentário comparativo: texto inicial e relatório da análise situacional

Ao ler o primeiro texto da segunda semana de ambientação em relação qual a situação da ESF/APS e o relatório da análise situacional, pôde-se observar uma

grande diferença quanto conhecer o ambiente dentro da unidade. O primeiro texto foi bem mais curto, não explicou tão bem a UBS como o relatório atual. Acontece que antes, a visão era mais fechada, o entrosamento com a equipe era outros e os conhecimentos eram limitados. A situação da ESF/APS no local de trabalho é bem mais ampla do que citado no primeiro texto. Com o novo relatório, a magnitude das ideias frente à realidade é vivenciada diariamente.

No começo da análise situacional, a unidade encontrava-se em reforma, hoje, não mais, as modificações foram realizadas e por isso, o texto não poderia ser o mesmo. É claro que após a reforma, esperavam-se adequações estruturais como o manual do Ministério da saúde específica, mas, esta reforma trouxe bons avanços para os profissionais e usuários. A cada semana, os questionários e os textos fornecidos pela especialização foram chaves para abrir cada vez mais a janela do aprendizado. Os questionários mostraram a visão real de como deve ser uma unidade básica de saúde da estratégia, e apesar de muitos afazeres, eles foram uma das principais fontes de aproximação entre os profissionais. Era com os questionários que debatia com os demais membros da equipe e dessa forma acredita-se que houve uma evolução sensível na capacidade de expressar.

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

### 2.1 Justificativa

O cuidado à criança na atenção básica de saúde exige o monitoramento em todas as fases de crescimento. Partindo desse princípio, a intervenção na Unidade Básica de Saúde da Família busca focar o estudo no que tange aos protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde que apresenta um conjunto de estratégias capaz de acompanhar o desenvolvimento de forma completa da criança. Dessa forma, uma criança sadia, torna-se um adulto sadio com todas as suas necessidades psíquicas e sociais equilibradas, enfatizando que conhecer as particularidades da criança faz o trabalho da estratégia ser mais eficiente, norteando seu acompanhamento de maneira peculiar no universo próprio da criança.

Existem duas equipes de estratégia saúde da família. A primeira é composta por uma médica da estratégia, um enfermeiro da estratégia, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. A segunda equipe é composta com uma médica da estratégia, uma enfermeira da estratégia, um cirurgião dentista, um técnico de enfermagem, um técnico de saúde bucal, e seis agentes comunitários de saúde. A unidade possui duas recepcionistas, um digitador, um auxiliar de farmácia, dois profissionais de serviços gerais e um vigilante.

A área adstrita apresenta um número de 5.566 (cinco mil quinhentos e sessenta e seis) pessoas, sendo 2.897 (dois mil oitocentos e noventa e sete) mulheres e 2.669 (dois mil seiscentos e sessenta e nove) homens. Como há duas equipes da estratégia, cada uma é responsável por 2.783 pessoas.

De acordo com o caderno de ações programáticas respondido durante toda a análise situacional e os questionários preenchidos, nota-se que o trabalho na

puericultura necessita de um acompanhamento melhor e de atenção às crianças da área de abrangência, induzindo a qualidade do serviço na unidade incorporando a promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis mais frequentes com nossa realidade, como o aleitamento materno, promoção de uma alimentação adequada, crescimento e desenvolvimento, imunização e controle de agravo à saúde.

A taxa de mortalidade infantil traz a reflexão de não somente pensar nas exterioridades voltadas a saúde da criança, como a qualidade de vida da população alvo. Há destaques do qual nas regiões mais carentes a maioria das mortes poderiam ser poupadas com medidas simples e essenciais. Contudo, segundo o Fundo das Nações Unidas (UNICEF, 2006) observa-se que no Brasil e no mundo houve um progresso em relação à saúde da criança, especialmente na luta contra mortalidade infantil. Somente no Brasil, nos últimos 10 anos obteve-se uma queda de mortalidade em menores de um ano, mesmo assim, assegurar a saúde a estas crianças ainda é um amplo desafio (Brasil, 2012).

A intervenção terá como população alvo crianças de 0 a 6 anos para a saúde da criança, sendo o total de crianças na área desta faixa etária 350 crianças, com o alvo de alcançarmos 70% desse público.. O número de crianças menores de um ano residentes na área de cobertura é de 117 conforme o caderno de ações programáticas descrito no indicador de cobertura, todavia, apenas 64 crianças são acompanhadas na unidade, perfazendo uma porcentagem de 55% de cobertura. Consoantes os dados, muitas crianças não estão sendo acompanhadas como deveriam. Partindo deste princípio, apenas 64 crianças menores de um ano são acompanhadas na UBS de acordo com dados coletados do caderno de ações programáticas, ao qual informa apenas a faixa etária de crianças menores de um ano. Entretanto, não há informações relacionando as crianças na faixa etária de 25 a 72 meses.

São realizados atendimentos as crianças nos primeiros sete dias de vida ou quando a mesma adoecer. Raramente tem atendimento de saúde bucal a este público. A população não apresenta o hábito de fazer consultas de rotina para as crianças, tão pouco consultas odontológicas, e quando o profissional marca a

consulta, muitas vezes a criança não aparece e isto é lamentável porque se sabe da importância das consultas programadas. Não há busca ativa das crianças faltosas às consultas agendadas na área e o envolvimento da equipe é mínimo para melhorar a qualidade da puericultura.

Os agentes comunitários de saúde procuram fazer o seu melhor trabalho com cada usuário que acompanha, mas segundo informações, nem todos os genitores das crianças possuem zelo de fazer as consultas de acordo ao protocolo. Os ACS ao realizarem suas visitas domiciliares solicitam a caderneta da criança para verificação das vacinas e orientam aos pais em qual dia a criança deve retornar para dar continuidade à imunização. A única parte que é preenchida na caderneta da criança é o registro das vacinas, já os outros itens dificilmente são cumpridos pelos profissionais.

Os indicadores de qualidade do caderno de ações programáticas apontam que existem 94% (60) de consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. 33% (21) com atraso da consulta agendada. 86% (55) com teste do pezinho até sete dias. 92% (59) primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida . 47% (30) triagem auditiva. 94% (60) monitoramento do crescimento na última consulta. 94% (60) monitoramento do desenvolvimento na última consulta. 95% (61) de vacinas em dias. 86% (55) avaliação de saúde bucal. 100% (64) orientação para aleitamento materno exclusivo. 100% (64) orientação para prevenção de acidentes.

Devido à taxa de mortalidade, a ausência de mais qualidade na assistência, ao índice das doenças e agravos mais frequentes e ao não seguimento do protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde, a intervenção será de grande relevância para o público alvo. Com a intervenção as crianças poderão desfrutar de uma assistência mais humanizada, contarão com a promoção, prevenção e terapêutica dos problemas infantis mais corriqueiros.

A interação da equipe com os usuários será fundamental para o sucesso da intervenção, porquanto é nesta etapa que se realizará a identificação prévia dos problemas de saúde. As visitas nos primeiros sete dias de vida pelos profissionais, o preenchimento da caderneta da criança, consultas em dia de acordo com o

protocolo do Ministério, busca ativa dos usuários faltosos, avaliação de saúde bucal e educação em saúde da criança para os genitores e equipe de saúde da UBS são aspectos que serão enriquecidos com o foco implantado, implicando assim em benfeitorias para as crianças cobertas pela ação.

## 2.2 Objetivos e Metas

### Objetivo Geral

Melhorar a Atenção a Saúde da Criança de 0 a 72 meses da Unidade Básica de Saúde da Família Funasa I.

### Objetivos Específicos:

- 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança;
- 2 Melhorar a qualidade do atendimento à criança;
- 3 Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança;
- 4 Melhorar o registro das informações;
- 5 Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência;
- 6 Promover a saúde das crianças.
- 7 Ampliar a cobertura de atenção à saúde bucal da criança;
- 8 Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal dos escolares;
- 9 Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal;
- 10 Melhorar o registro das informações;
- 11 Promover a saúde das crianças;
- 12 Promover a saúde das crianças.

A atual situação de cobertura de saúde da criança na UBS é de 55%, por isso a meta é ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero

e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde. Para alcançar esta meta de 70% e melhorar o índice de cobertura, trabalharemos com alguns objetivos de qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção da saúde durante 12 semanas.

O primeiro objetivo da planilha aborda a realização da primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas. Existe uma facilidade para alcançar este objetivo por meio do acompanhamento da criança desde o pré-natal, e conseqüentemente, já nos prepararemos para receber bem essa criança e orientaremos a mãe sobre a consulta que realizaremos ao bebê nos primeiros sete dias de vida. Para atingir um monitoramento em 100% das crianças no que se refere ao crescimento, *déficit* de peso, excesso de peso e seu desenvolvimento não será tarefa fácil, já que a equipe enfrenta dificuldade em seguir o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde e dificilmente preenchem a caderneta da criança como deveriam. A única parte da caderneta da criança que sempre é preenchida é a parte da imunização. A equipe preocupa-se muito com esse quesito, por isso acredito que vamos conseguir vacinar 100% das crianças de acordo com a idade. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses não será fácil, uma vez que há um desinteresse por parte da equipe executar com qualidade as condutas voltadas a saúde da criança. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico e primeira consulta em 100% das crianças de 6 a 72 meses moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade será um grande passo. Faremos uma agenda na semana exclusivamente para atender estas crianças, estabelecendo assim uma sistematização nas consultas odontológicas.

Quanto à adesão, fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas começará com o apoio de toda a equipe. Faremos estas buscas com auxílio dos agentes comunitários de saúde junto ao enfermeiro para ir a campo investigar qual o motivo das faltas às consultas. Fácil não será porque sabemos das dificuldades que enfrentamos em relação à responsabilidade dos genitores.

Em relação a manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço pode ser bem implementado dentro

da unidade, começando pela orientação sobre a relevância de mantermos estes registros preenchidos de forma a facilitar o trabalho de todos.

Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa deve ser empregado nas consultas diárias dentro da unidade.

Na promoção à saúde, oferecer orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança, colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta, fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças, fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária serão ações a ser complementada no atendimento a saúde da criança. Trabalhar com a educação em saúde abrirá portas para uma organização dentro da população alvo, sem contar que com boas orientações teremos os genitores ao nosso lado para combater os perigos que nossos pequenos enfrentam na infância.

Portanto, devo mais uma vez ressaltar que na unidade não é realizado um atendimento de qualidade, na minha percepção, as crianças da área. As consultas acontecem apenas quando a criança adocece. Não se trabalha com a prevenção e sim mais a recuperação. A caderneta da criança só é preenchida na parte de imunização, vejo que os profissionais não olham delicadamente para a puericultura. Com estes objetivos e metas, faremos uma melhor assistência que garantirá bons resultados. Teremos 12 semanas para por em prática todos estes objetivos, e com isto é o tempo da equipe e os usuários se entrosarem com o trabalho a ser desenvolvido. Trabalhar em cima da educação em saúde pode ser peça fundamental para esclarecimento dos pais e da equipe, sem contar que proporcionará um entrosamento entre equipe/usuários. Combater os grandes adversários da infância não é impossível, basta focar que nosso comprometimento com este público se faz necessário, uma vez que nossas crianças são grupos mais vulneráveis a inúmeros agravos.

Metas do Objetivo de cobertura:

- Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 70% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Metas do Objetivo de qualidade:

- Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas;

- Monitorar o crescimento em 100% das crianças;

- Monitorar 100% das crianças com *déficit* de peso;

- Monitorar 100% das crianças com excesso de peso;

- Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças;

- Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade;

- Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

- Realizar triagem auditiva em 100% das crianças;

- Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida;

- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses;

- 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.

Metas do objetivo de adesão:

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

Metas do objetivo de registro:

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

Metas do objetivo de avaliação de risco:

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

Metas do objetivo de promoção a saúde:

- Oferecer orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança;
- Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta;
- Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças;
- Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Metas do Objetivo de Cobertura da Saúde Bucal das Crianças:

- Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 50% das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Metas do Objetivo de Qualidade da Saúde da Saúde Bucal das Crianças:

- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência;
- Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes à área de abrangência e que necessitam de atendimento odontológico;
- Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Metas dos Objetivos de Adesão da Saúde Bucal das Crianças:

- Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas;
- Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática, faltosas às consultas.

Meta do Objetivo de Registro da Saúde Bucal das Crianças:

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

Metas dos Objetivos de Promoção a Saúde Bucal das Crianças:

- Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;
- Fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática;
- Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

### 2.3 Metodologia

Trata-se de um projeto de intervenção, que incluirá todas as crianças da puericultura acompanhadas pela UBSF Inconfidência – Funasa 1, situada na zona urbana do município de Manacapuru/AM.

Para a realização e sucesso deste projeto, faz-se necessária a participação e o empenho de todos os membros da equipe multidisciplinar da UBSF Inconfidência – Funasa 1.

As ações a serem realizadas neste projeto, serão expostas, a seguir, detalhadamente, contemplando os respectivos eixos pedagógicos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica.

### 2.3.1 Ações

Nas ações de cobertura, para o eixo de monitoramento e avaliação será feito o monitoramento do número de crianças cadastradas no programa e revisão periódica das crianças já cadastrada na unidade, assim como organização dos registros da criança de forma a facilitar as informações sobre o público em acompanhamento. Essa revisão periódica dos prontuários trará uma análise do andamento clínico das crianças.

No eixo organização e gestão do serviço, se implementará o cadastramento da população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, no entanto o trabalho se baseará em busca ativa de crianças na área de abrangência que ainda não estão cadastradas.

No eixo engajamento público trabalharemos com orientação da comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios, fazendo reuniões com a equipe para repassar a necessidade de informar a comunidade sobre o programa saúde da criança, seus benefícios e como acompanhá-la dentro da unidade e em casa.

No eixo de qualificação da prática clínica, a finalidade de 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 será discutir e trabalhar com a equipe da unidade maneiras de aprimorar o acolhimento, as políticas de humanização bem como a adoção dos protocolos referentes à saúde da criança proposto pelo Ministério, com isto o diálogo será junto à equipe com o

intuito de permitir que as crianças e familiares sintam-se acolhidas dentro da unidade.

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 será feito com discussão e trabalho com a equipe da unidade de maneiras a aprimorar as informações que devem ser fornecidas a mãe e a comunidade sobre o programa.

Nas ações de qualidade, no que diz o eixo de monitoramento e avaliação, o monitoramento do percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, avaliação da curva de crescimento, crianças com *déficit* de peso, excesso de peso, avaliação do desenvolvimento neurocognitivo, vacinas atrasadas, vacinação incompleta ao final da puericultura, suplementação de ferro, triagem auditiva, teste do pezinho antes dos sete dias de vida, tratamento odontológico das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência e primeiras consulta odontológica, se criará uma planilha de registro para as crianças com todas estas informações e revisaremos periodicamente estes registros, de forma a conhecer toda história clínica da criança.

No eixo de organização e gestão do serviço, a busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto contemplar-se-á através de criação de uma planilha para registro e controle destas crianças e busca ativa na área para comparecerem a unidade.

Para garantir material adequado a realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), trabalhará com revisão periódica destes materiais com o intuito de suprir a deficiência de materiais através de contato com os gestores do município.

Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda equipe possa consultar quando necessário, se dará com diálogo junto aos gestores do município a relevância do acesso ao protocolo disponível de forma atualizada à equipe.

Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento, acontecerá com crianças em atraso no desenvolvimento, onde serão encaminhadas com destino ao acompanhamento

médico, nutricional e psicológico do Núcleo de Apoio aos Profissionais da Atenção Básica de Manacapuru/AM.

Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação, assegurando com o gestor a disponibilidade destas vacinas e materiais, bem como dialogar junto aos gestores do município a importância de se ter essa disponibilização e materiais necessários para este grupo de usuários.

Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta), disponibilizando junto à equipe o atendimento imediato para estas crianças e realizar reuniões com a equipe sobre a porta aberta.

Realizar controle da cadeia de frio com palestras às técnicas de enfermagem a respeito do controle da cadeia de frio.

Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina com monitoramento e controle periodicamente para evitar estas faltas.

Realizar controle da data de vencimento do estoque, com revisão periódica das vacinas disponíveis, assim como seu estudo de conservação e validade.

Garantir a dispensação de medicamento (suplemento), dialogando junto aos agentes comunitários de saúde em relação a dispensação do medicamento (suplemento) para as crianças da área.

Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo e do pezinho, dialogando junto ao gestor avaliar a realização deste teste.

Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde, dialogando junto a equipe sobre o modo de acolhimento destes membros na unidade e permitir que as crianças e familiares sintam-se acolhidas dentro da UBS.

Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade fazendo busca ativa e cadastramento das crianças que não estão inscritas na área de abrangência.

Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde, priorizando atendimento a este público na área de abrangência.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade com agendamento para atendimento bucal deste público e planejamento junto à equipe de saúde bucal sobre as ações a serem executadas.

No eixo de engajamento público, informaremos às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança durante as visitas domiciliares, explicando as facilidades oferecidas pela unidade voltadas a saúde da criança.

Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social, informando aos genitores o intuito das consultas de puericultura e como dar prosseguimento dentro do lar para uma melhor qualidade de vida da criança.

Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade, discutindo com a equipe de saúde sobre a importância de entender a curva de crescimento a passar aos genitores das crianças e explicar aos responsáveis de como ler esta curva de crescimento e como identificar os sinais de anormalidades.

Informar aos pais e responsáveis às habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária, discutindo com a equipe de saúde a respeito das habilidades a qual a criança deve desenvolver em cada faixa etária, para passar aos genitores e explicar aos responsáveis como se desenvolvem as habilidades das crianças em cada ciclo.

Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança, conversando junto a eles acerca do calendário vacinal que deve ser seguido rigorosamente e sua magnitude ao bem estar da criança.

Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro, explicando sobre a necessidade desta suplementação para o bem estar da criança.

Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste, discutindo com a equipe a fim de passar informação aos responsáveis sobre a realização deste teste e os passos necessários ao agendamento. Vale ressaltar o diálogo junto ao responsável

da importância de se realizar este teste auditivo e os passos necessários para o agendamento.

Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até sete dias de vida, discutindo com os profissionais de saúde da unidade sugerindo que expliquem a comunidade e para as gestantes da necessidade de realizar este teste e dialogar com a gestante no pré-natal da conveniência de fazer o teste do pezinho até os sete dias de vida.

Informar a comunidade sobre importância de avaliar a saúde bucal de crianças de 6 a 72 meses de idade e atendimento prioritário com relevância para a saúde em geral, conversando junto a comunidade no dia das visitas domiciliares segundo a realização da avaliação de saúde bucal para estas crianças.

No eixo de qualificação da prática clínica, para 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, assim, discutiremos e trabalharemos com a equipe da unidade maneiras de aprimorar o acolhimento, as políticas de humanização bem como a adoção dos protocolos referentes à saúde da criança proposto pelo ministério.

Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde, discutindo e trabalhando com a equipe da unidade no que diz respeito à puericultura e como passar estas informações de forma adequada aos responsáveis das crianças.

Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, promovendo palestra para a equipe de saúde com o objetivo de capacitá-la para desenvolver estas técnicas.

Padronizar a equipe trabalhando junto a equipe de maneiras padronizadas de atendimento sistemático em direção ao atendimento de saúde da criança.

Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, com atividade voltada a capacitação à equipe

para preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança com atividade para equipe voltada a esta.

Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento, com atividade voltada à capacitação da equipe para preenchimento da ficha de desenvolvimento da criança.

Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento com atividade voltada a capacitação da equipe para estes fins.

Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde com atividade voltada a capacitação dos médicos de acordo com este tema.

Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança, informando ao médico da incorporação desta triagem.

Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação com dialogo e questionamento junto a equipe de enfermagem se sabem realizar o teste do pezinho e atividades voltadas a capacitação desses profissionais para realizarem o teste.

Capacitar a equipe para realizar avaliação da necessidade de tratamento odontológico em crianças de 6 a 72 meses de idade, cadastramento, identificação, e encaminhamento com atividades voltadas a capacitação da equipe para realizarem estes trabalhos.

Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo discutindo e trabalhando com a equipe da unidade maneiras de aprimorar o acolhimento das crianças e seus responsáveis.

Capacitar os cirurgiões dentistas para realização de primeira consulta odontológica programática para as crianças de 6 a 72 meses de idade da área de

abrangência, com atividade voltada aos cirurgiões dentistas para realização da primeira consulta odontológica.

Nas ações de adesão, no eixo monitoramento e avaliação, 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 a crianças faltosas será com revisão periódica dos registros, de forma a analisar as crianças que se encontram com consultas em dia e criação uma planilha de registro e monitoramento para as crianças que realizaram consultas.

No eixo de organização e gestão do serviço, para organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas, será analisado e organizado com a equipe de saúde formas de abordagem aos responsáveis das crianças faltosas por meio da visita domiciliar.

Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas autorizando durante a visita domiciliar, para que possa ser firmado o agendamento da consulta clínica para a criança.

No eixo de engajamento público, informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança durante as visitas domiciliares. Será abordado esclarecendo aos genitores do acompanhamento regular da criança e a importância da consulta.

No eixo de qualificação da prática clínica, fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança, Assim, se estabelecerá capacitando os ACS para identificação das crianças em atraso através da caderneta da criança.

Para as ações de registro, no eixo de monitoramento e avaliação, monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde ocorrerá através da revisão periódica o que permitirá analisar se o sistema de registro adotado vem obtendo sucesso.

Para organização e gestão do serviço, para preencher SIAB/folha de acompanhamento será necessário informar à equipe de saúde a importância do preenchimento do SIAB/folha de acompanhamento.

Implantar ficha espelho (da caderneta da criança), adotando o uso desta e esclarecer à equipe sobre a importância de mantê-la atualizada.

Pactuar com a equipe o registro das informações esclarecendo sobre os mesmos.

Definir que o responsável pelo monitoramento e a revisão de registros será realizada pela idealizadora deste projeto.

No eixo de engajamento público, orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, a de vacina, em particular, será administrada tirando-se uma cópia da ficha de seguimento e ficha espelho de vacina que será mantida no prontuário da criança para que a mesma possa ser utilizada pelos demais profissionais de saúde, podendo também ser disponibilizada aos responsáveis, quando solicitada.

No eixo de qualificação da prática clínica, o treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde ao qual ocorrerá através da capacitação da equipe de saúde acerca da ficha de acompanhamento da criança e será aplicada no decorrer deste projeto e após o mesmo.

Para as ações de avaliação de risco, no eixo de monitoramento, o número de crianças de alto risco existentes na comunidade será monitorado com a utilização do sistema de registro das fichas de acompanhamento destinadas a esse fim.

A utilização do sistema de registros das fichas de acompanhamento permitirá o monitoramento do número de crianças de alto risco com acompanhamento de crianças de puericultura em atraso.

Na organização e gestão do serviço, dar prioridade ao atendimento das crianças de alto risco, identificando-as na ficha espelho e orientando a equipe na identificação destas fichas.

No eixo de engajamento público, fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância, esclarecendo aos responsáveis das crianças e à comunidade a importância do acompanhamento da saúde da criança, enfatizando sobre o aleitamento materno, alimentação saudável, desnutrição e obesidade, imunização, crescimento e desenvolvimento e doenças

prevalentes na infância para identificação dos fatores de risco para morbidades na infância.

No eixo de qualificação da prática clínica, capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade através de reuniões e palestras sobre os fatores de risco para morbi/mortalidade, seu significado e importância. Assim como capacitar a equipe para que todos possam atuar na promoção da saúde e da prevenção primária e secundária.

Para as ações de promoção à saúde, no eixo de monitoramento e avaliação, monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho, o que permitirá no ato da revisão dos registros saber quais crianças estão com estas orientações em dia e quais necessitam da busca por não terem recebido as informações.

Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto, com realização de atividades de educação em saúde para os responsáveis e comunidade sobre a prevenção de acidentes.

Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta por meio de uma planilha de registro que será fomentada com as informações da ficha de acompanhamento destas crianças, revisões periódicas dos registros, de forma a conhecer quais crianças já foram registradas na primeira consulta mamando.

Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de dois anos, criando uma planilha de registro que será fomentada com as informações da ficha de acompanhamento, esclarecendo aos responsáveis das crianças a importância da duração do aleitamento materno.

Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho, anotando e registrando as orientações no prontuário da criança.

Monitorar as atividades educativas coletivas, anotando as atividades educativas prestadas às crianças em seu prontuário.

No eixo de organização e gestão do serviço, realizar reuniões para que seja definida a divisão do papel de cada membro da equipe na prevenção dos acidentes infantis, na promoção do aleitamento materno e na orientação nutricional.

Organizar todo material necessário para essas atividades, discutindo com a equipe quais materiais serão necessários para determinada atividade educativa e separação do material que utilizaremos nos dias das atividades educativas como panfleto, *folder* e *banner*.

Organizar listas de presença para monitoramento dos estudantes que participem das atividades educativas, criando uma folha para registro de presença.

No eixo de engajamento público, organizar todo material através de discussões com a equipe para definição dos materiais necessários para realização de determinada atividade educativa e separação daqueles que utilizados nos dias das atividades, como panfletos, *folder* e *banner*.

Promover a participação de membros da comunidade, da escola e da creche, na avaliação, organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças, reunindo, organizando e discutindo com a equipe de saúde a relevância da participação deste público. Vale lembrar que toda comunidade envolvida, será informada sobre sua participação na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.

Esclarecer e orientar a comunidade por meio de palestras sobre a necessidade do cuidado com os dentes decíduos.

No eixo qualificação da prática clínica, informaremos os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária, assim como suas formas de prevenção.

Capacitar à equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega" com atividades de treinamento para equipe.

Proporcionar através de reuniões e palestras a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade com atividades de treinamento, para que tais ações estejam em conformidade com o Protocolo do Ministério da Saúde.

Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche, reunindo, discutindo e esclarecendo as eventuais dúvidas dos responsáveis sobre os cuidados da criança neste local.

As ações serão realizadas por mim e serei a responsável.

## 2.3.2 Indicadores

### 2.3.2.1 Cobertura

Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde:

- Numerador: Número de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde;

- Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

### 2.3.2.2 Qualidade

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.

Proporção de crianças com monitoramento de crescimento:

- Numerador: Número de crianças que tiveram os crescimentos (peso e comprimento/altura) avaliados;

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

Proporção de crianças com *déficit* de peso monitorado:

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

Proporção de crianças com excesso de peso monitorado:

- Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitorado pela equipe de saúde;
- Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

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.

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.

Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro:

- Numerador: número de crianças de 6 a 24 meses que receberam ou que estão recebendo suplementação de ferro;
- Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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.

Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até o 7º dia de vida:

- Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até o 7º dia de vida;

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

Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico:

- Numerador: Número de crianças de 6 e 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico;

- Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica:

- Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada;

- Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

#### 2.3.2.3 Adesão

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.

#### 2.3.2.4 Registro

Proporção de crianças com registro atualizado:

- Numerador: número de fichas- espelhos com registro atualizado;
- Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

#### 2.3.2.5 Avaliação de Risco

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.

#### 2.3.2.6 Promoção a Saúde

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.

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 pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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.

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.

### 2.3.2.7 Indicadores da Saúde Bucal

#### 2.3.2.7.1 Cobertura

Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática:

- Numerador: Número de crianças de 6 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 6 a 72 meses de idade que residem na área de abrangência da unidade de saúde inscritas no programa Saúde da Criança da unidade.

#### 2.3.2.7.2 Qualidade

Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico:

- Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico;

- Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de atendimento e com primeira consulta odontológica programática:

- Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada;

- Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde que necessitam de atendimento odontológico.

Proporção de crianças com tratamento dentário concluído:

- Numerador: Número de crianças de 6 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.

#### 2.3.2.7.3 Adesão

Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática e que faltaram:

- 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.

Proporção de buscas realizadas aos escolares moradores 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.

#### 2.3.2.7.4 Registro

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.

#### 2.3.2.7.5 Promoção da Saúde

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.

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.

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 a realização da intervenção no programa Saúde da Criança aderimos ao Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança do Ministério da Saúde, 2012. Empregaremos a ficha espelho acessível, o prontuário e a caderneta da criança que compõe informações sobre acompanhamento de saúde bucal e todos os parâmetros estabelecidos pelo protocolo citado. As referências das crianças que farão a coleta de dados serão anotadas pelas enfermeiras e médicas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde por um período de 12 semanas, que começará na primeira semana de agosto findará na primeira semana de novembro. Desejamos alcançar com a intervenção 245 crianças na parte clínica e 166 crianças na parte odontológica. Será feito contato com o gestor da unidade para que o mesmo nos ceda 245 fichas espelhos de saúde da criança e 166 fichas de saúde bucal necessária e para que imprima as 245 fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho fornecidas pelo curso e ao prontuário. Para seguimento mensal da intervenção utilizaremos uma planilha manual e eletrônica para coleta de dados fornecida pelo curso.

Os dados serão controlados e registrados em um documento específico, que será uma ficha preenchida no ato do atendimento às crianças que farão o acompanhamento na unidade. Para organizar o registro específico do programa será revisado o livro de registro das crianças identificando as que fizeram suas consultas de acordo com a faixa etária nos últimos três meses juntamente com o preenchimento da caderneta da criança e ficha espelho, bem como realizado um rastreamentos nos prontuários para saber se ocorreram alguma vez consulta odontológica. Faremos as anotações sobre as consultas, exames clínicos, laboratoriais e imunizações em atraso no documento específico e na caderneta.

A análise situacional e a definição do foco de intervenção já foram mencionadas e discutidas com a equipe da unidade, o que nos possibilita começarmos a intervenção com a capacitação da equipe de saúde sobre o Protocolo do Ministério da Saúde – Caderno de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento com o intuito de toda equipe identificar as necessidades da criança, a relevância do acompanhamento da mãe, consultas programadas, consultas odontológicas a partir dos 6 meses, busca ativa das crianças faltosas entre outros parâmetros que o protocolo estabelece. Partindo desse pressuposto, será explicada a toda equipe a importância de preencher todos os registros de informações para mantermos os dados da criança sempre atualizados. Através desse treinamento a equipe vai estar capacitada para executar ações que qualifiquem o atendimento ao público alvo. O local da capacitação será na UBS, durante 3 horas ao final do horário de trabalho. Faremos inicialmente uma dinâmica para entrosamento da equipe, logo partiremos para explicação que começará com uma enfermeira e incentivaremos a participação dos outros membros pedindo para cada um ler um trecho do material fornecido para atividade, no final, faremos mais uma dinâmica de fechamento.

Na assistência a saúde da criança, priorizaremos o atendimento infantil através de horário específico com objetivo de melhorar e organizar o atendimento na unidade. As crianças serão atendidas pela médica na terça-feira, pelos enfermeiros e equipe odontológica na quarta-feira. Serão desenvolvidos atendimentos como triagem, medidas antropométricas, vacinações de acordo com o calendário, e preenchimento da caderneta da criança com a coleta de dados. Cada agente comunitário de saúde da UBS ficará responsável por trazer pelo menos duas crianças para o atendimento médico, de enfermagem e odontológico no dia específico. Faremos uma planilha para organização dos atendimentos para que todas as crianças sejam assistidas. O total de fichas fornecidas para assistência será oito, sendo duas fichas exclusivas para atendimento de crianças de alto risco pertencentes à área de abrangência. Por meio dessa priorização, a sistematização da assistência à saúde da criança terá um êxito no quesito promoção à saúde dentro

da área, no final, todos perceberão que é uma forma de facilitar o trabalho e aperfeiçoar a essência da prestação do cuidado com qualidade.

Para as ações de educação em saúde da equipe e usuários/genitores trabalharemos com informações baseadas no protocolo do Ministério da Saúde referente à Saúde da criança enfatizando a dimensão de sabermos compreender o universo particular da criança por ser um grupo vulnerável nesse ciclo inicial de vida. O primeiro passo é conduzir os genitores para comparecerem à unidade com seus filhos. É a partir do momento que for feita a busca ativa dos usuários faltosos na área que começaremos a introduzir a educação em saúde. Essa visita será realizada pelo enfermeiro e agentes comunitários de saúde. Na abordagem já podemos explicar porque não se devem faltar às consultas e já marcaremos novamente a volta dessa criança. A pretensão é fazer o acolhimento dessa família desde a visita. No dia das consultas, na sala de espera, faremos uma palestra com os responsáveis das crianças por 30 minutos antecedentes à consulta. Antes da palestra executaremos uma dinâmica para acalmar os ânimos delineando o entrosamento profissionais/usuários/crianças. Elaboraremos uma escala de palestra, envolvendo os profissionais da unidade.

A cada dia distinto, uma dupla fará o discurso. Serão abordados temas como aleitamento materno, prevenção para acidentes, crescimento e desenvolvimento, alimentação saudável, citando os riscos da desnutrição e da obesidade, falaremos sobre saúde bucal, imunização, doenças prevalentes na infância, saúde do ferro, e como é fundamental conhecer e caminhar lado a lado com seu filho sem perder as consultas agendadas. Toda semana falaremos de um tema, por exemplo, nas consultas médicas e de enfermagem o tema será voltado à saúde em geral da criança, no dia que for a consulta odontológica a palestra será sobre saúde bucal. Dentro desta palestra serão distribuídos panfletos relacionados ao assunto da semana. Em virtude dessa ação de educação em saúde, o vínculo entre equipe/usuários será fortalecido proporcionando mais qualidade e humanização no atendimento a saúde da criança.



### **3 Relatório da intervenção**

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

Quando iniciei o projeto, dia 11 de agosto de 2014, a ansiedade e o temor acompanharam o meu trabalho durante um período de tempo. Eu, recém-formada, em meu primeiro emprego, e já responsável por um projeto de intervenção voltado à puericultura. Era tudo muito novo, mas ao mesmo tempo, era uma oportunidade de ampliar meus conhecimentos por meio da prática. Várias dúvidas surgiram, e com as dúvidas, o medo se fez presente, principalmente em relação à recepção da equipe e a rejeição da mesma, que poderia não acatar a ideia da implementação. E os temores foram surgindo, temi a rejeição dos pais, senti medo de não dar conta das planilhas eletrônicas, medo de não conseguir chegar a um objetivo específico, enfim, eram muitas as incertezas. Entre os temores, o pouco engajamento com a equipe foi o que mais me intimidou, no entanto, tentei ter pulso firme e segui o foco. A ajuda principal veio da equipe interna da unidade.

Lembro-me que na primeira semana de intervenção tentei seguir o cronograma estabelecido no projeto, com as atividades voltadas à puericultura, com o intuito de fechar tudo com 100% de dever cumprido, infelizmente, nem tudo ocorreu como planejado, e a cada semana amadureci mais os planos e a maneira de pensar. Quando iniciamos os atendimentos, fiquei desorientada, na verdade, desesperada, pois não sabia como trabalhar a puericultura, não era rotina da unidade, mas, os enfermeiros já sabiam como atender e foram primordiais, o nosso trabalho em equipe surtiu efeito, ocorreu uma troca de conhecimentos, posso dizer que aprendi com eles e com as médicas. Lembro que os pais e as crianças se irritavam com a demora no atendimento, o que me deixava nervosa. Na primeira semana, conforme o cronograma, realizei a capacitação com a equipe,

cadastro das crianças no programa, revisão dos prontuários e atendimento clínico. O restante das atividades previstas no cronograma não conseguiu cumprir na primeira semana de intervenção.

**As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.**

A capacitação dos médicos sobre as recomendações da suplementação do sulfato ferroso do Ministério da Saúde eu não realizei na primeira semana devido à ausência da médica da unidade, pois a mesma estava de férias. O atendimento odontológico não ocorreu porque conversei na primeira semana com a odontóloga sobre os atendimentos das crianças para a semana seguinte. A busca ativa às crianças faltosas ficou para segunda semana em diante, assim como as atividades de grupo e sala de espera com os pais.

Nas semanas seguintes consegui seguir o cronograma na medida do possível, contudo, nem tudo caminhou como o planejado. Da segunda semana em diante começaram os conflitos com a equipe. Alguns agentes comunitários de saúde (ACS) reclamaram da demora no atendimento e no preenchimento da ficha espelho, tentaram desfazer do projeto, o que me desanimou por eu perceber que o projeto não estava agradando. Fiquei desapontada, entretanto, o orientador sugeriu uma conversa aberta com os colegas da equipe e esta conversa trouxe bons resultados. Pude entender que tudo se resolve com uma conversa honesta e aberta. O entrosamento com a equipe cresceu, os mesmos tentaram a cada semana contribuir com as ações do projeto, fizeram as buscas ativas às crianças faltosas, trouxeram as crianças com vacinas em atraso, não reclamaram mais sobre o preenchimento da ficha espelho e criamos um bom vínculo. É normal alguns conflitos acontecerem, todavia, não com a frequência constatada no começo da intervenção.

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

As dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção seguiram-me por um bom tempo. Dúvidas em relação aos cálculos dos indicadores voltados às crianças faltosas foram sanadas há poucas semanas

porque levantei a dúvida com o orientador e o mesmo a esclareceu. Outra dúvida era a respeito do preenchimento dos dados das crianças, tinha em mente que ao término de cada mês, eu não poderia levar os nomes das crianças para a planilha seguinte, contudo, mais uma vez o orientador esclareceu minhas dúvidas. A realidade é que a cada semana, aprendia algo novo sobre os dados da intervenção. Quanto ao preenchimento dos nomes das crianças nestas últimas doze semanas, a parte clínica atendeu 188 crianças. A meta estabelecida era atender 245 crianças, logo, podemos dizer que não alcançamos a nossa meta, tivemos um bom progresso dentro da unidade, principalmente se levarmos em conta que a puericultura não era exercida conforme protocolo do Ministério da Saúde, porém não atingimos as 245 crianças. Esperava que saúde bucal pudesse chegar ao mesmo quantitativo de atendimentos clínicos, o que infelizmente não ocorreu. Em números, esperava atender até o final da décima segunda semana, 166 crianças, no entanto, atendemos somente 44. Olhando por outro ângulo, realmente não alcançamos a meta de saúde bucal, o motivo é a grande demanda de atendimento odontológico. Apenas dois consultórios odontológicos estão funcionando no município, o nosso e mais o de outra unidade, isto sobrecarrega mais ainda nossa área, eu notei que a equipe odontológica fez um grande esforço para atender as crianças, apesar do pequeno número de atendimento e da meta não obtida.

**Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.**

As ações referentes à incorporação do projeto na unidade foram cumpridas. Apesar das adversidades iniciais e da má vontade de alguns em ajudar, posso afirmar que obtemos progresso. A intervenção já está fazendo parte da rotina da unidade, acredito que todos já se acostumaram com os atendimentos clínicos três vezes na semana para as crianças. O entrosamento diariamente está crescendo, o engajamento entre a comunidade e os profissionais está melhor. A festa do dia das crianças na unidade fortaleceu o vínculo entre os profissionais e a comunidade. Nesta ação, trabalhamos a educação em saúde, chamamos a atenção dos

responsáveis das crianças para trazerem os filhos às consultas, e mesmo após diálogo, grupos de pais e palestras, determinados pais continuam não trazendo os filhos à consulta. Em certos momentos a tristeza tomou conta porque os mesmos não notavam o benefício do acompanhamento de seus filhos.

A parte odontológica foi a que mais ficou prejudicada, e realizamos as buscas ativas, porém, os pais não aparecem. Apesar dos impasses, estou feliz por tudo, até pelos momentos tristes que me motivaram a não desistir. A cada atendimento, a cada ajuda, me convenço do benefício proposto a cada criança e acredito que mais unidades irão abordar o modelo de puericultura trabalhado na FUNASA I, considero uma vitória para todos. Um grande avanço também é o interesse de duas UBS do município em trabalhar na puericultura como nossa UBS trabalha. Até o presente momento, altos e baixos fizeram parte da caminhada, entretanto, não há vitória sem luta. Agradeço mais uma vez a toda equipe da UBS FUNASA I, sem eles, eu não conseguiria. Foram doze semanas de trabalho em equipe, de engajamento com a comunidade. Foram doze semanas de pais comprometidos com a saúde das crianças. E conclui a intervenção dia 30 de outubro de 2014 com a ação da geomitíase<sup>1</sup> e hanseníase nas escolas da área. Até as crianças de cinco a seis anos acompanhadas na puericultura foram medicadas. São com os desafios que crescemos e aprendemos e para que o trabalho seja bem sucedido, é necessário que haja amor e comprometimento, requisitos que não faltaram nesta intervenção. Às vezes nem acredito que conseguimos, e que o trabalho foi implantado e se tornou rotina na unidade.

Nós conseguimos! Agradeço imensamente a atenção do orientador que nestas semanas esteve presente, incentivando, esclarecendo, chamando a atenção sempre que necessário, sua atitude fez a diferença. Se me perguntarem se estou

---

<sup>1</sup>Geomitíase: Ou Geohemiltíase ou Geo-helmintos são os helmintos ou vermes que necessitam obrigatoriamente, para completar o seu ciclo evolutivo, de um estágio no solo. O paradigma do geo-helminto é o *Ascaris lumbricoides*. Os ovos do áscaris eliminados com as fezes de um indivíduo só são infectantes para um outro indivíduo após o desenvolvimento, no seu interior, de uma larva infectante. Este desenvolvimento se dá no solo, em condições satisfatórias de umidade, temperatura, oxigenação, durante 5 a 7 dias. Decorre disto que a fonte de infecção na ascaridíase é o solo (ou alimentos contaminados com solo), não sendo esta parasitose diretamente transmissível de um indivíduo para o outro. O controle das geo-helmintíases se faz pelo destino adequado dos dejetos humanos, e pela educação sanitária visando o cuidado com a limpeza e a origem dos alimentos consumidos (SETÚBAL, 2015).

feliz, claramente irei responder que sim, porque passei por cima dos meus medos, da minha ansiedade e da timidez, eu aprendi sobre a puericultura, hoje dentro da unidade, sou conhecida como a enfermeira das crianças, o que é até engraçado, mas aceito como uma forma de carinho.

## **4. Avaliação da intervenção**

### 4.1 Resultados

A intervenção teve como foco a melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses da área de cobertura da Unidade Básica de Saúde Funasa I. Na área de cobertura há 350 crianças nestas idades, no entanto, a meta estabelecida era atender 245 crianças na parte clínica e 166 crianças na parte odontológica.

A equipe passou por uma capacitação sobre o Protocolo do Ministério da Saúde, e nesta capacitação, os indicadores foram apresentados. A ficha espelho, base de nossa intervenção foi explicada, com isto, os indicadores foram formados. Cada eixo para o preenchimento da planilha teve que ser explicado, contudo, a cada semana as dúvidas que surgiram foram sanadas. Em reuniões com a equipe, tentávamos esclarecer as dúvidas ainda existentes referentes às fichas espelhos. Ao passar dos dias, alguns indicadores começaram a ser formulados, o que acontece até hoje, para serem apresentados da forma que estão. A cada atendimento realizado, alimentavam-se as planilhas eletrônicas com o intuito da formação quantitativa e qualitativa dos indicadores.

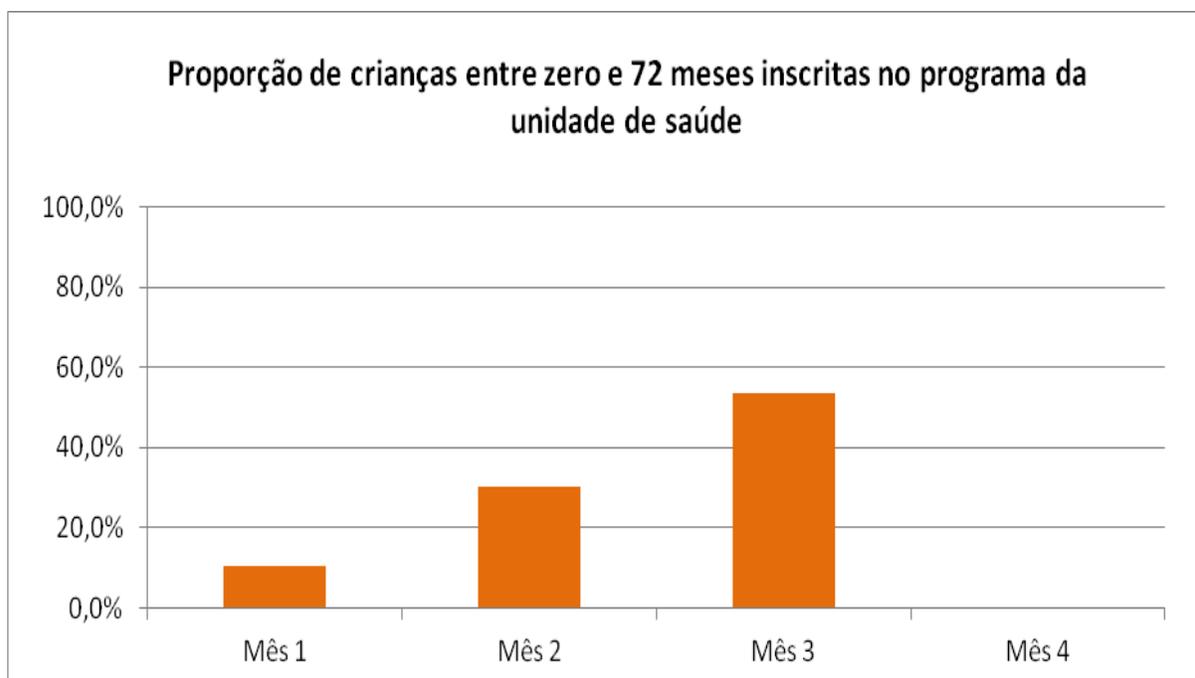


Figura 01 - Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde

A proporção de crianças entre 0 a 72 meses inscritos no programa da unidade, o qual a meta era ampliar esta cobertura para 70%, no final das doze semanas só alcançamos 188 crianças, não atingindo a meta, perfazendo um percentual de 53,7%. Na área adstrita temos 350 crianças de 0 a 72 meses.

No começo do primeiro mês da intervenção, atendemos apenas 37 crianças (10,6%). No segundo mês o quantitativo de atendimento começou a melhorar, a intervenção passou a ser divulgada na sala de espera em todos os dias relacionados aos atendimentos de puericultura, e com isto, os pais comunicaram outros pais da área e os agentes comunitários de saúde fizeram buscas ativas trazendo as crianças às consultas, o que proporcionou o atendimento de 106 crianças (30,3%) no segundo mês. No final da décima segunda semana, ou seja, no terceiro mês, fechamos com 188 atendimentos (53,7%).

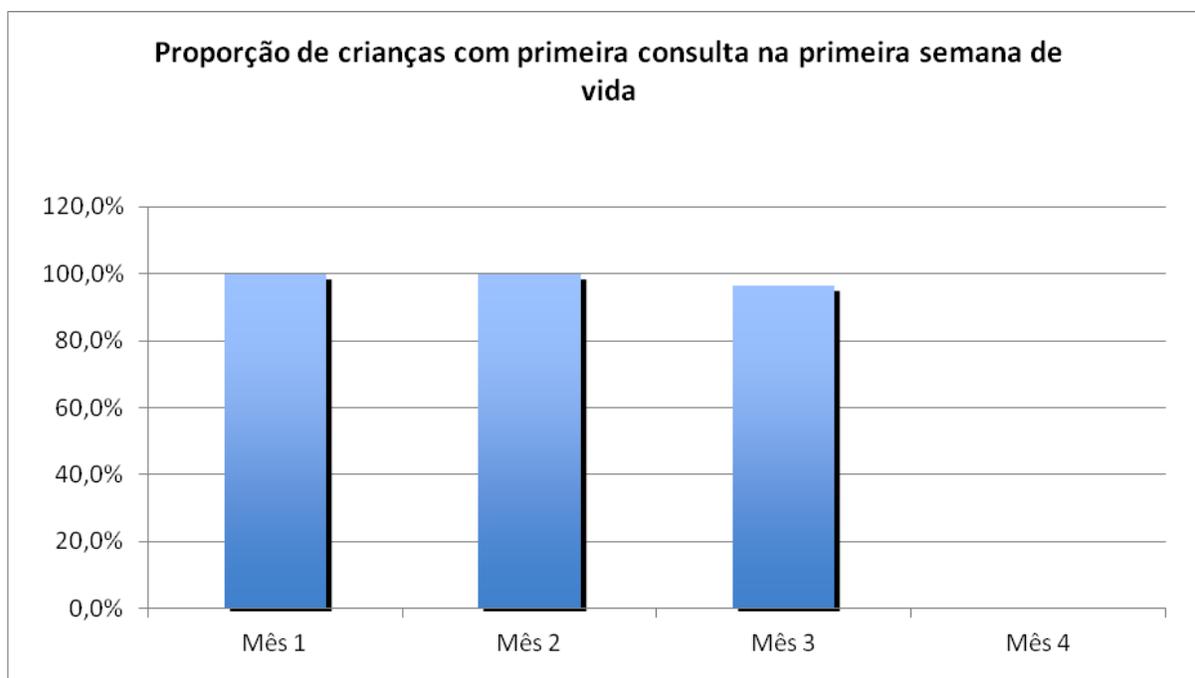


Figura 02 - Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

O segundo indicador apresenta a proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida, cujo objetivo é realizar a consulta na primeira semana de vida. No final das doze semanas esse quantitativo chegou a de 96,3% - 181 consultas.

No primeiro mês, começamos com 37 (100%) crianças realizando as consultas de acordo com o indicador, este número é justificável por ser o início da intervenção, logo, a comunidade e a equipe ainda não estavam acostumados com os atendimentos.

No segundo mês, o número de atendimentos cresceu, passou a ser 106 (100%), o que se deu por conta da divulgação dos atendimentos de puericultura e também a busca ativa dos agentes comunitários de saúde na área. No terceiro mês, o número de atendimento ficou em 181 (96,3%), posso dizer que o número subiu gradativamente, claro que nem sempre tínhamos sucesso, algumas crianças não haviam realizado consulta nas primeiras semanas de vida.

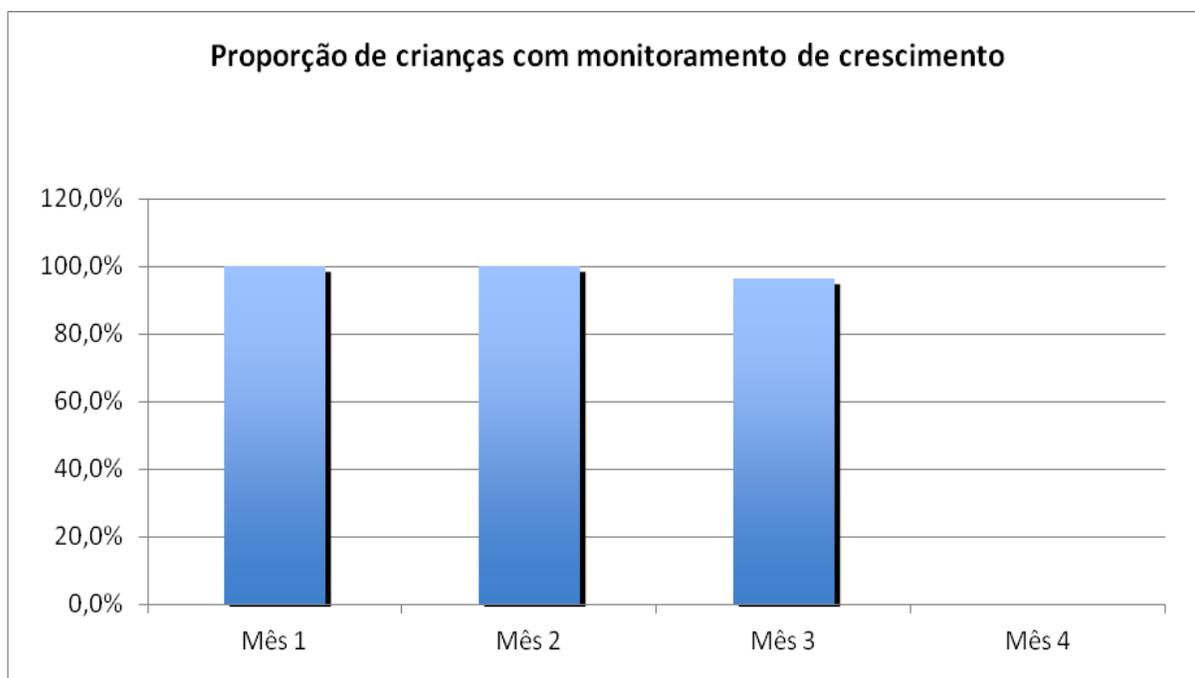


Figura 03 - Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

O terceiro indicador apresenta o monitoramento de crescimento, cuja meta era monitorar o crescimento em 100% das crianças. Conseguimos a cada semana chegar ao nosso objetivo, pois no primeiro mês, monitoramos 37 (100%) crianças, e ao passar dos meses este quantitativo aumentou. No segundo mês, o número de crianças monitoradas foi de 106 (100%), no terceiro mês, 181 (96,3%) de crianças com crescimento monitoradas.

Este monitoramento se deu a partir da primeira semana de intervenção, a equipe realizava constantemente as medidas antropométricas a partir da triagem e quando iniciávamos as consultas, realizávamos os parâmetros a serem seguidos pelo Ministério da Saúde referente ao crescimento. A dificuldade inicial da equipe foi a respeito das medidas antropométricas e também referentes ao Índice de Massa Corpórea (IMC), no entanto, com o passar das semanas, conseguimos adaptar estas medidas à rotina dos atendimentos de puericultura. O último mês de intervenção baixou a porcentagem devido às crianças faltosas.

O quarto indicador retrata as crianças com *déficit* de peso monitoradas, onde o objetivo era monitorar 100% das crianças com *déficit* de peso. No primeiro mês, 2 (100%) crianças foram monitoradas pelo baixo peso. Esta média se deu porque no início da intervenção ainda não havia tantas crianças nas consultas. O segundo mês, o índice de crianças com baixo peso cresceu, o que nos deixou mais preocupados, com quantitativo de 6 crianças monitoradas, mantendo o segundo mês a 100%. No terceiro mês, o número cresceu mais um pouco, passou para 9 (100%) das crianças monitoradas. A partir da intervenção, as crianças da área com *déficit* de peso são identificadas na ficha-espelho para facilitar o trabalho da equipe, principalmente agentes comunitários de saúde que utilizam destes dados para monitoramento de sua microárea.

O quinto indicador trata de crianças com excesso de peso monitoradas, com a finalidade de monitorar 100% das crianças com excesso de peso. No primeiro mês, o número de crianças com excesso monitoradas foi de 1 (100%), apenas uma criança estava com excesso de peso e logo passou a ser monitorada. No segundo mês, o número de criança com excesso passou para 3 (100%) e no terceiro mês, passou para 8 (100%). A cada semana, assim como as crianças com *déficit* de peso, escrevemos na ficha espelho para monitoramento da equipe e dos agentes comunitários de saúde.

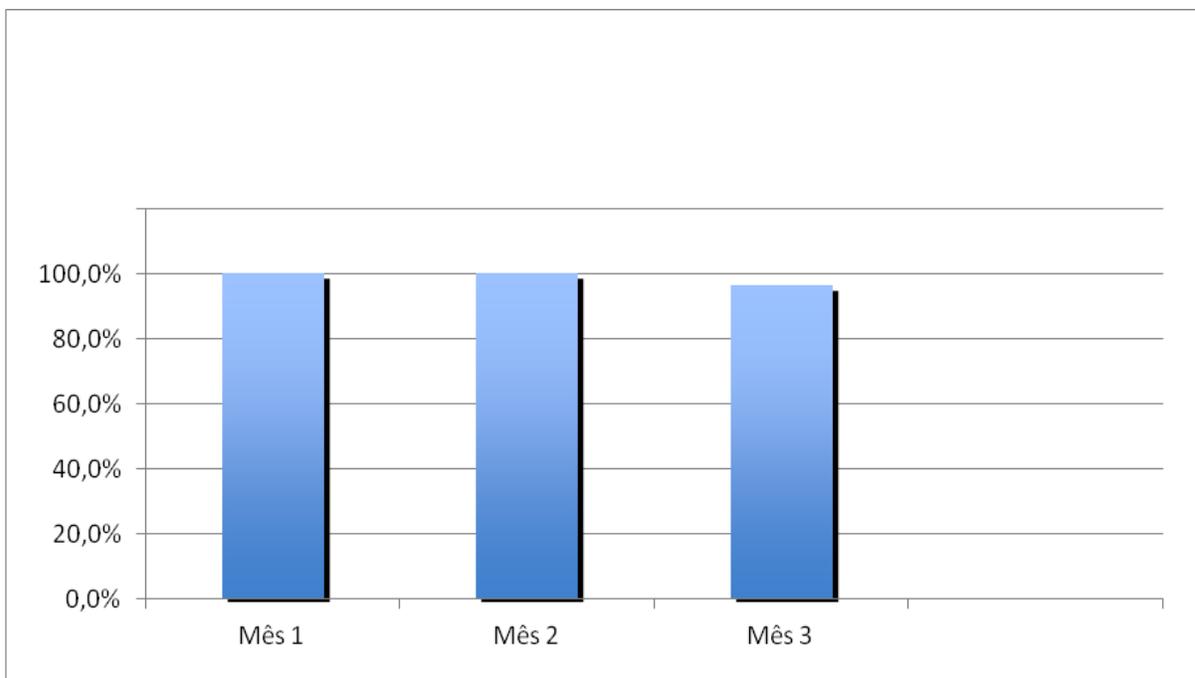


Figura 04 - Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

O sexto indicador aborda as crianças com monitoramento de desenvolvimento, em que a meta era monitorar 100% deste grupo. O primeiro mês, 37 (100%) das crianças foi monitorado, no segundo mês, 106 (100%) das crianças tiveram o desenvolvimento monitorado no terceiro mês houve uma queda de crianças monitoradas 181 (96,3%), essa queda se deu por conta das crianças faltosas deste mês. Percebe-se que nos primeiros dois meses o quantitativo de crianças monitoradas foi de 100%, mantendo-se constante e no terceiro mês ocorreu uma pequena queda.

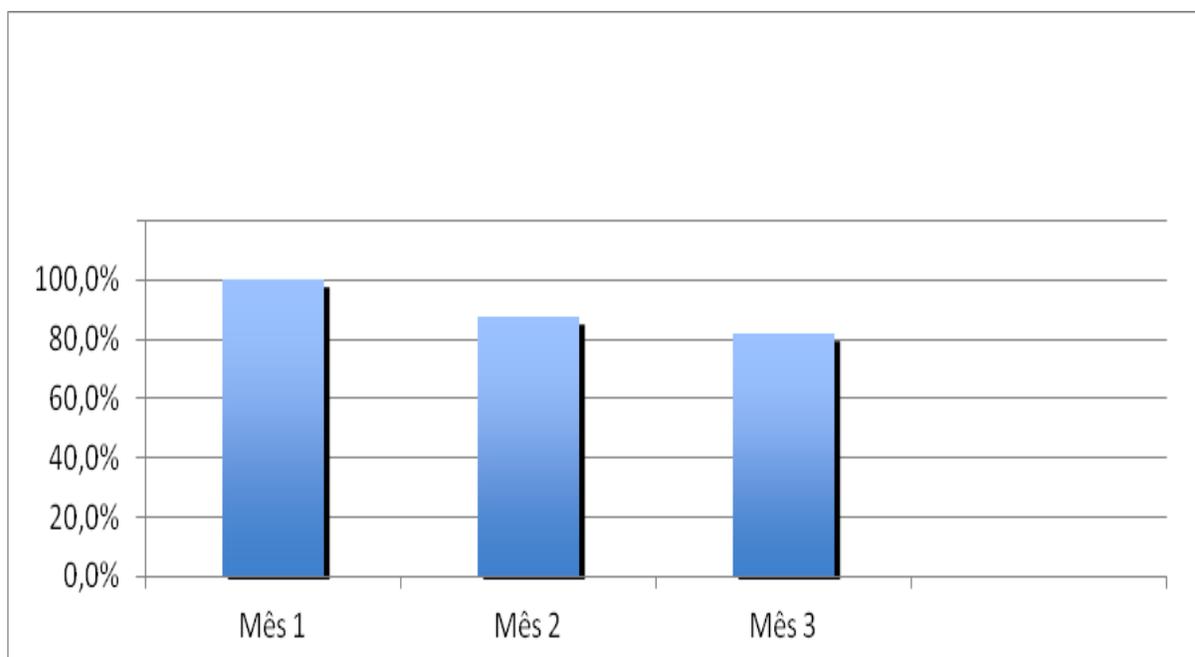


Figura 05 - Proporção de crianças com vacinas em dia para idade.

O sétimo indicador traz a proporção de crianças com vacinas em dia para a idade, o objetivo era vacinar 100% das crianças conforme a idade. No primeiro mês, 37 (100%) das crianças estavam com vacinas em dia. No segundo mês, 93 (87,7%) das crianças constavam com as imunizações em dia, no terceiro mês, 154 (81,9%) das crianças contavam com as vacinas, essa baixa de porcentagem no terceiro mês se deve por conta das crianças faltosas do referido mês. Os agentes comunitários de saúde traziam as crianças com vacinas em atraso para as consultas e logo as encaminhávamos à sala de vacina. De modo geral, o certo era não haver atraso nas imunizações, contudo, estamos tentando a cada consulta alertar os pais sobre importância de se manter as imunizações em dia.

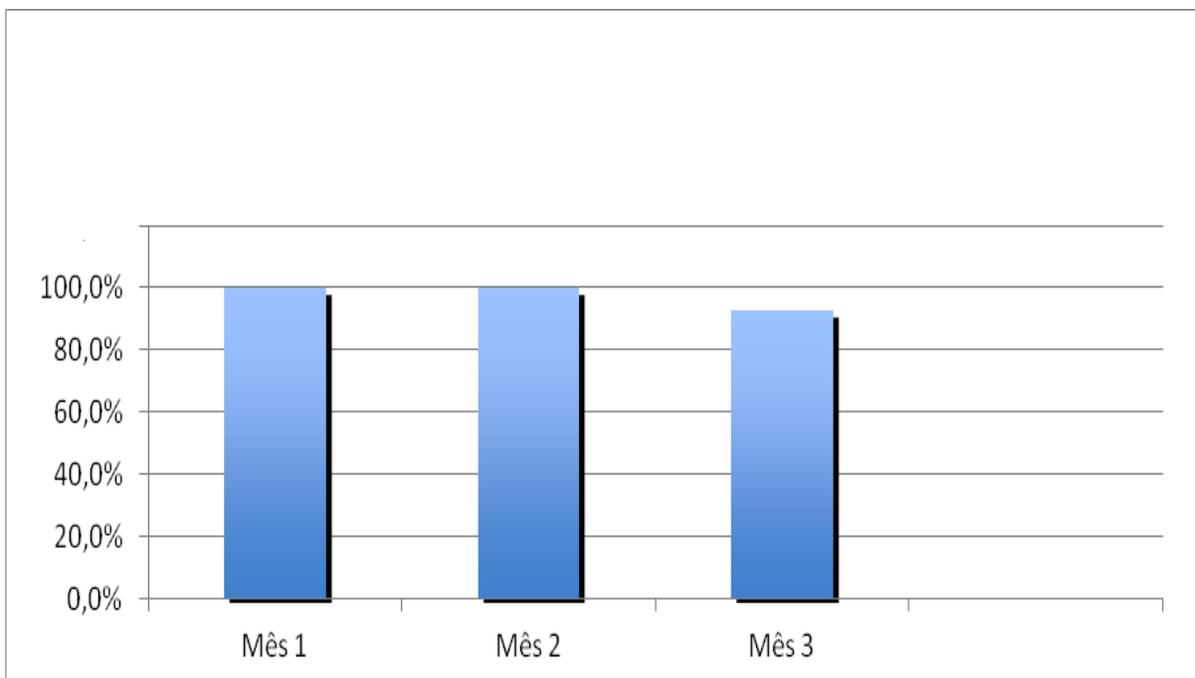


Figura 06 - Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de sulfato de ferro.

O oitavo indicador traz a proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro, cuja meta era realizar a suplementação de sulfato ferroso em 100% das crianças da área de 6 a 24 meses. O primeiro mês, 14 (100%) das crianças na faixa etária teve acesso à suplementação do sulfato ferroso. No segundo mês, 36 (100%) das crianças receberam a suplementação e no terceiro mês, 63 (92,6%) das crianças tiveram acesso à suplementação. O indicador mostra que no primeiro e segundo mês permaneceram constantes e no terceiro mês, a porcentagem diminuiu devido ao número de crianças está fora da faixa etária para receber a suplementação. As crianças na faixa etária que não receberam a suplementação foram encaminhadas às médicas da unidade para a oferta do mesmo.

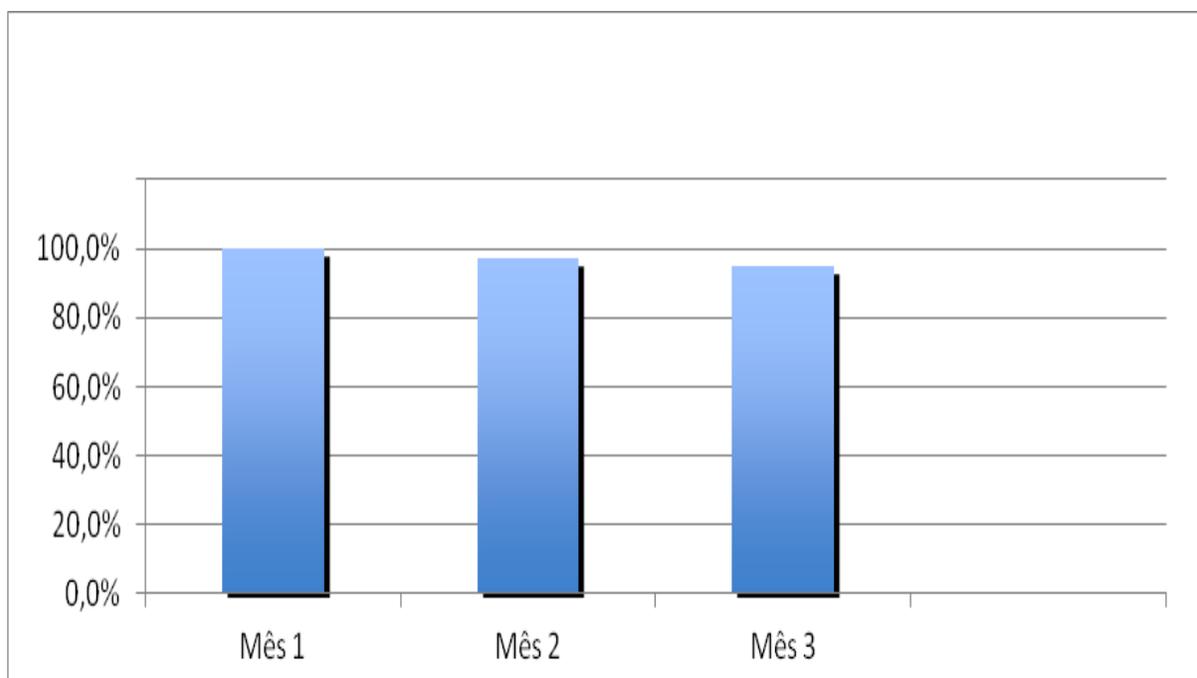


Figura 07 - Proporção de crianças com triagem auditiva

O nono indicador mostra a triagem auditiva com a meta de realizar a mesma em 100% das crianças. No primeiro mês, 37 (100%) das crianças realizaram esta triagem. No segundo mês, 103 (97,2%) das crianças realizaram o exame, no terceiro mês, 178 (94,7%) das crianças fizeram o exame. Os indicadores dos primeiros meses tiveram um aumento e no terceiro mês ocorreu um decréscimo devido ao número de crianças faltosas. Algumas crianças não realizaram o exame devido aos pais que não voltaram para realizar o exame.

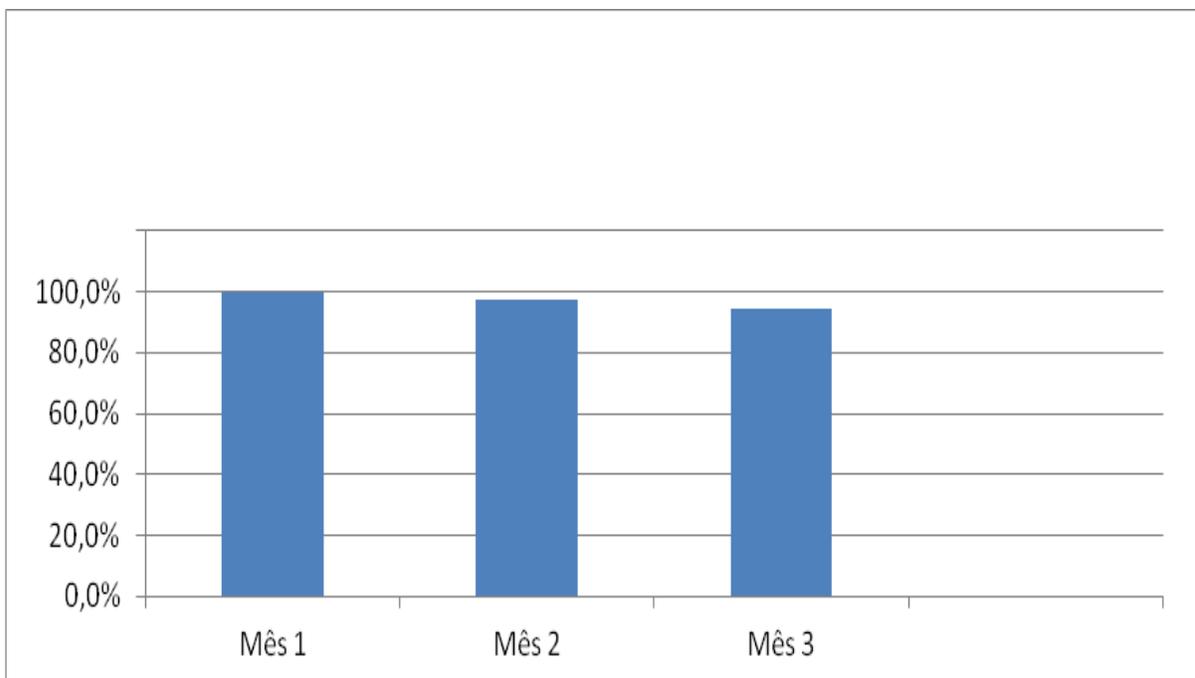


Figura 08 - Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.

O décimo indicador vem com as crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida, e a meta era realizar o teste do pezinho em 100% das crianças. No primeiro mês, 37 (100%) das crianças haviam realizado o teste, no segundo mês, 103 (97,2%) das crianças realizaram e no terceiro mês, 178 (94,7) fizeram os testes. A proporção diminui devido ao número de crianças faltosas. Desde o pré-natal, já conversamos com as grávidas da necessidade de realizarem o teste do pezinho e também a triagem auditiva. Ao sair da maternidade, muitas já saíam com o teste do pezinho realizado, outras não, mesmo assim, nas consultas, alertávamos sobre a necessidade de realizarem este exame.

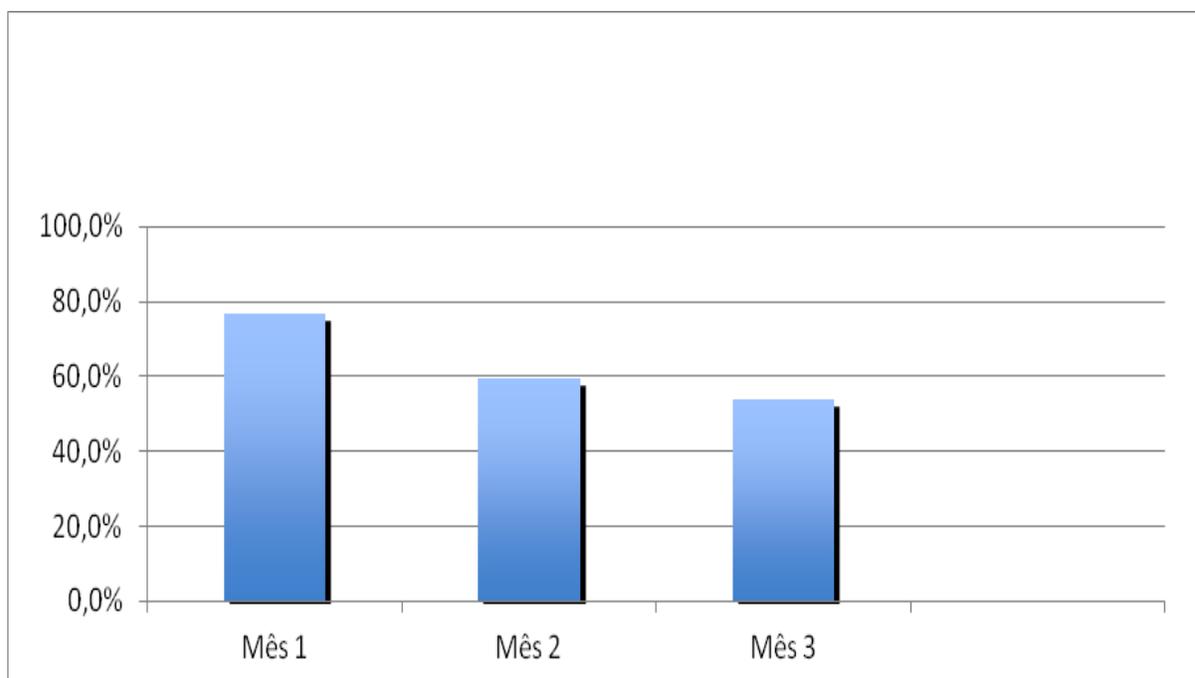


Figura 09 - Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

O décimo primeiro indicador traz a proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico, com a meta de realizar a avaliação desta necessidade na faixa etária referida. O primeiro mês, 23 (76,7%) das crianças foram avaliadas, no segundo mês, 57 (59,4%) crianças foram avaliadas e no terceiro mês, 89 (53,9%) tiveram a necessidade de atendimento odontológico avaliados. As consultas odontológicas tiveram pouco crescimento, do total geral foram 169 avaliações, no entanto, a meta de saúde bucal a ser atingida era de 50%.

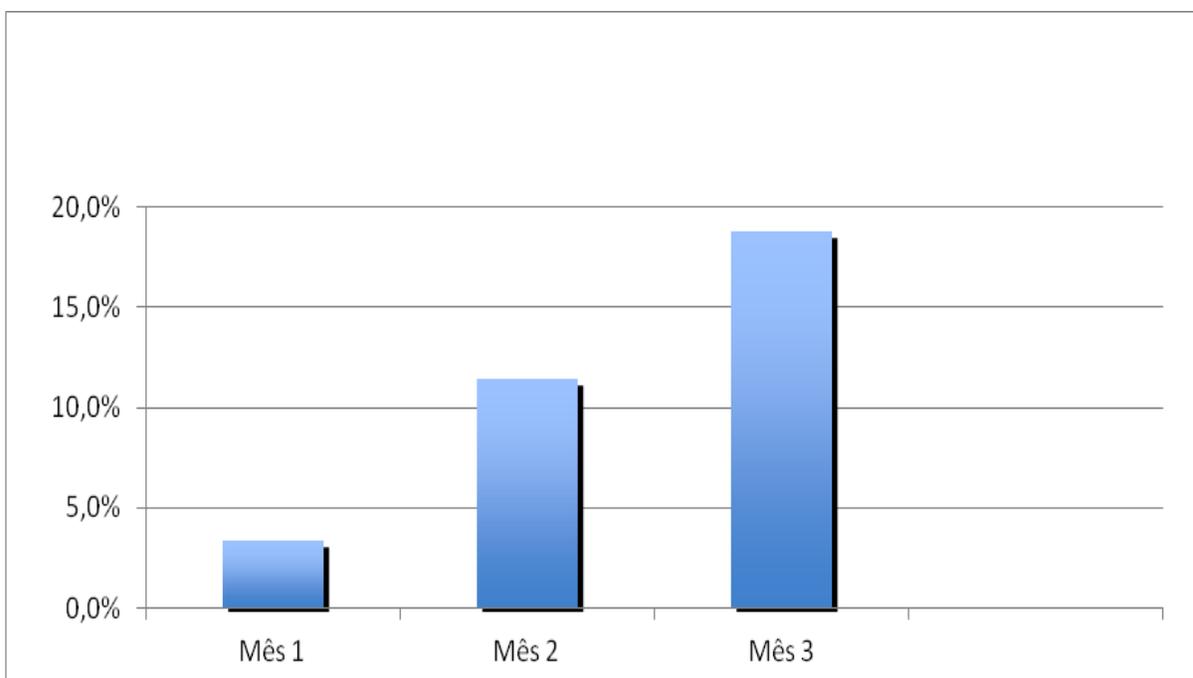


Figura 10 - Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com primeira consulta odontológica.

O décimo segundo indicador aponta as crianças de 6 a 72 meses com a primeira consulta odontológica, em que a meta seria realizar a primeira consulta odontológica nesta faixa etária. O primeiro mês, apenas uma (3,3%) criança nesta faixa etária realizou a primeira consulta. O segundo mês, 11 (11,5%) de crianças fizeram a consulta e no terceiro mês, 31 (18,8%) com primeira consulta odontológica. Como explicado anteriormente, as consultas odontológicas não atingiram as metas estabelecidas, apesar do esforço da equipe, alguns pais não traziam seus filhos nas consultas odontológicas agendadas.

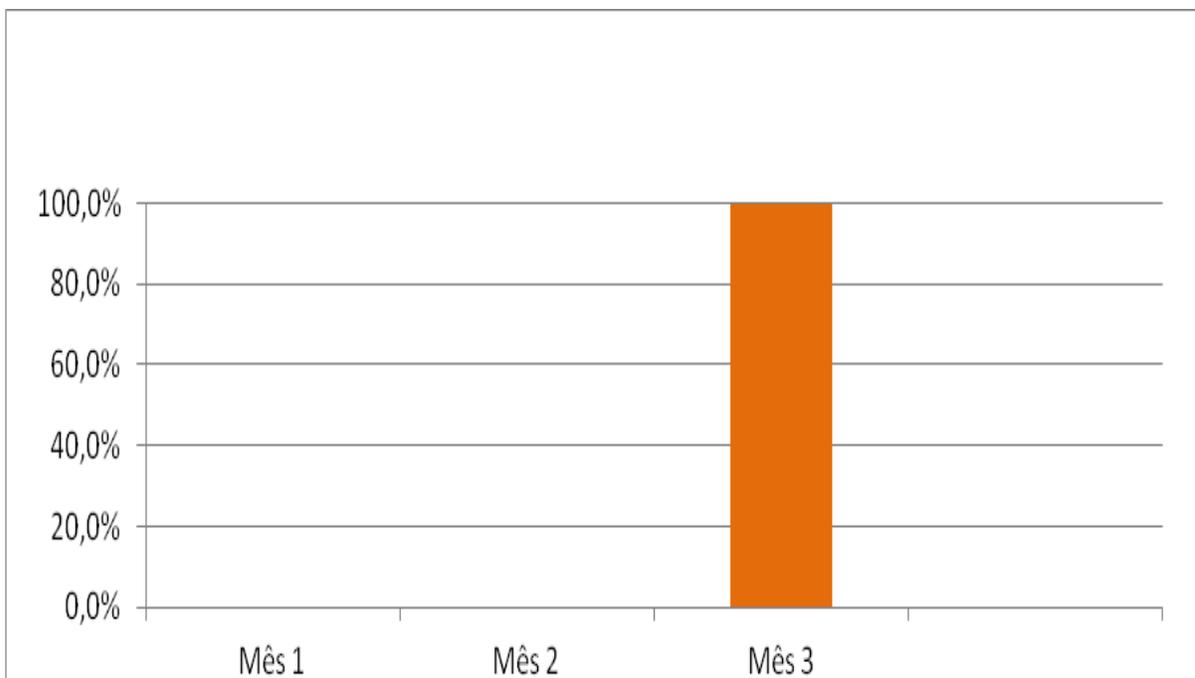


Figura 11 - Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.

O décimo terceiro indicador aponta a busca ativa às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança, com a meta de fazer a busca de 100% destas crianças. No primeiro e no segundo mês, não foram formulados indicadores devido as crianças comparecerem às consultas agendadas após busca ativa. O terceiro mês, 7 (100%) das crianças que faltaram as consultas, realizamos a busca ativa. A priori, começamos com dificuldade no preenchimento deste indicador, apesar de algumas crianças faltosas, não estávamos colocando nas planilhas, porém, era realizada toda semana a busca por essas crianças que faltavam pelo enfermeiro e principalmente pelos agentes comunitários de saúde.

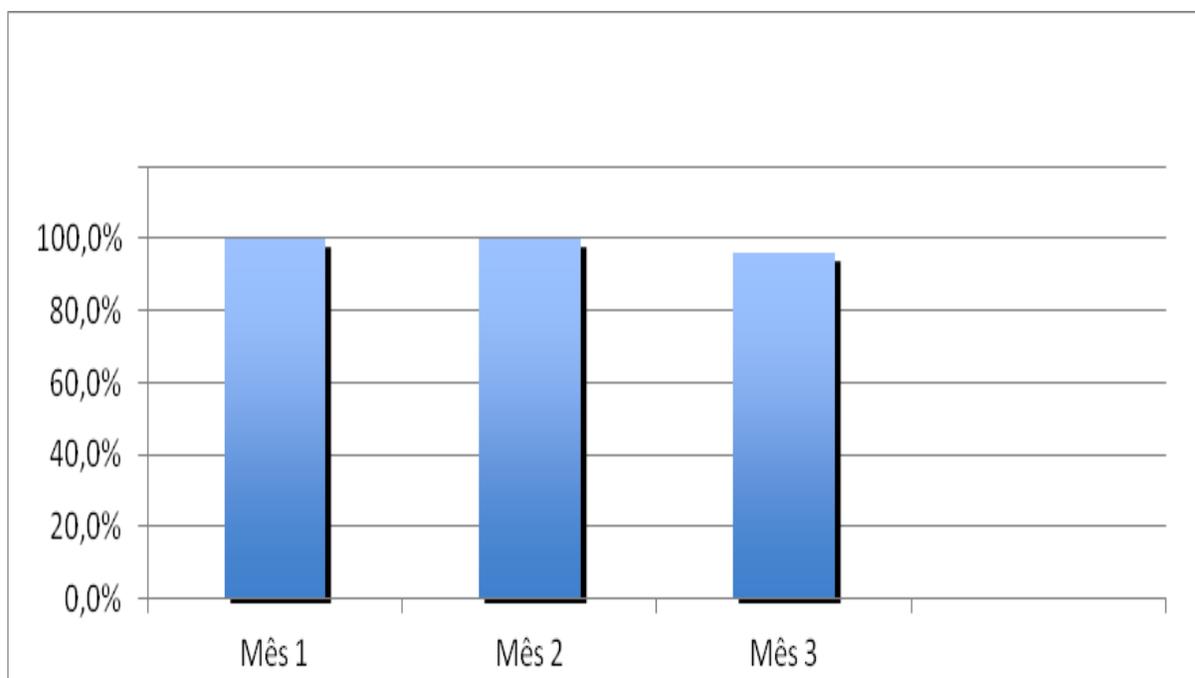


Figura 12 – Proporção de crianças com registro atualizado.

O décimo quarto indicador mostra a proporção de crianças com registros atualizados, em que a meta era manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço. Estes registros são atualizados a cada semana de acordo com as consultas. No começo tivemos dificuldade com preenchimento correto deste indicador e também para adaptação da equipe, mas agora, realizamos estes preenchimentos de maneira correta. No primeiro mês, 37 (100%) das crianças estavam com os registros atualizados. No segundo mês, esse percentual cresceu 106 (100%) registros nas fichas espelhos estavam em conformidade. O terceiro mês, 181 (96,3%) dos registros estava atualizado devido ao número de crianças faltosas neste mês.

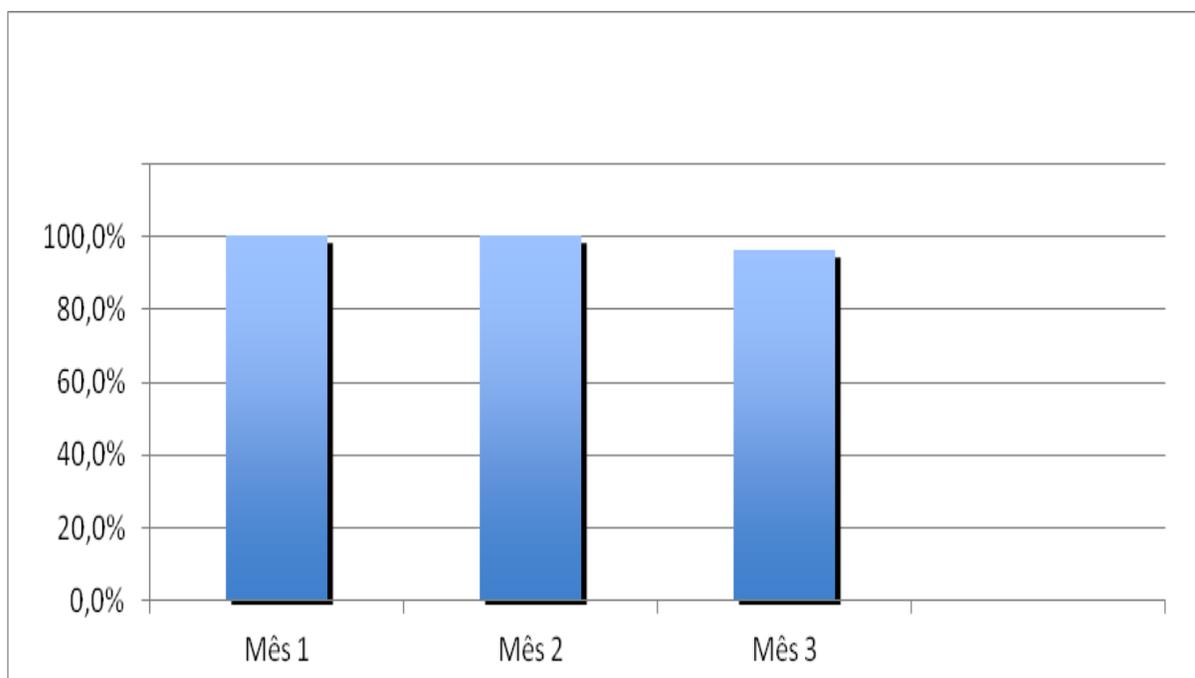


Figura 13 – Proporção de crianças com avaliação de risco

O décimo quinto indicador relata crianças com avaliação de risco, em que a meta era realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa. No primeiro mês, 37 (100%) das crianças realizaram a avaliação de risco. No segundo mês, esse percentual passou para 106 (100%) de avaliações realizadas. O terceiro mês, 181 (96,3%) crianças realizou a avaliação de risco, pois houve crianças faltosas. Assim como os outros indicadores, continuamos trabalhando dentro da puericultura, além de orientarmos as mães na sala de espera e nos consultórios sobre o que significa esta avaliação.

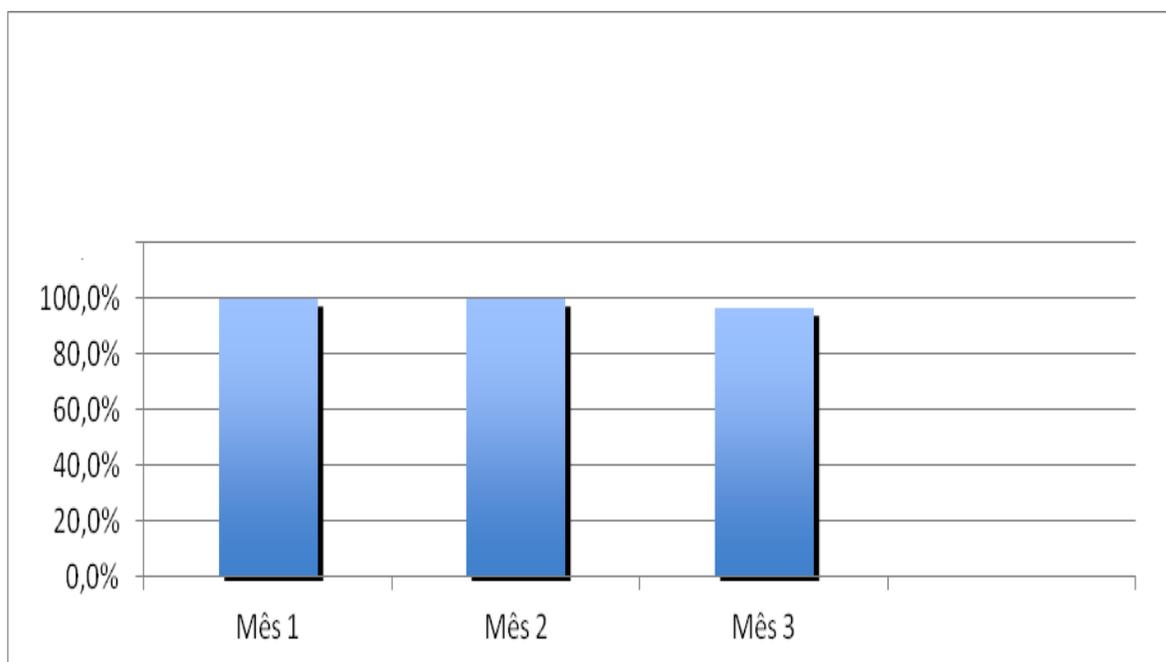


Figura 14 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

O décimo sexto indicador retrata a proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância com a meta de dar orientações em 100% das consultas de saúde da criança. No primeiro mês, 37 (100%) das crianças receberam orientações sobre prevenção de acidentes. No segundo mês, esse percentual cresceu para 106 (100%) de orientações realizadas. O terceiro mês, 181 (96,3%) mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. A queda do indicador do terceiro mês se deu devido ao número de crianças faltosas. Constantemente na sala de espera orientávamos os pais sobre este tema, e quando entravam para consulta, reforçávamos o que haviam explicado na sala de espera. Estas orientações eram prestadas pela equipe de maneira geral, pois todos sabem da necessidade de conversarmos com os pais a respeito do assunto. É interessante o desejo dos pais em conhecer mais sobre a temática, em especial as mães com filhos menores de seis meses, devido à inexperiência.

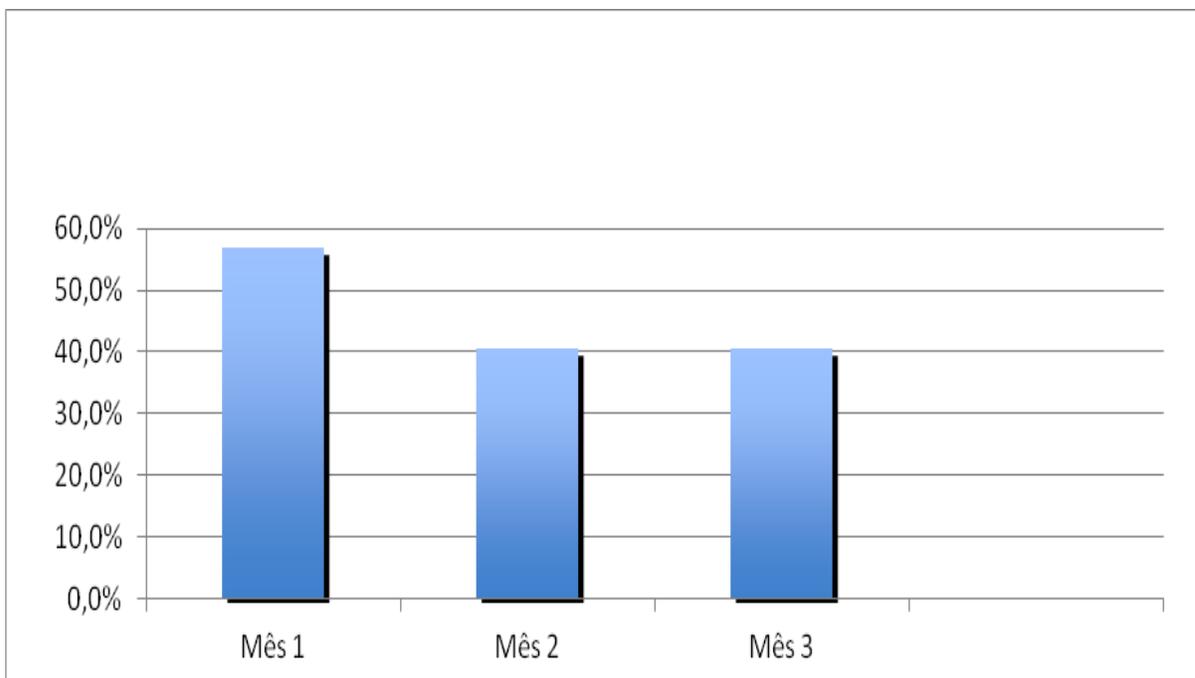


Figura15 - Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

O décimo sétimo indicador aponta pra as crianças colocadas para mamar na primeira consulta com a meta de colocar 100% das crianças para mamar. O primeiro mês aponta 21 (56,8%) das crianças colocadas para mamar, o segundo mês aponta 43 (40,6%) das crianças realizaram tal atividade e no terceiro mês, 76 (40,4%) das crianças foram colocadas para mamar na primeira consulta. Apesar de quedas das proporções dos indicadores mensais, não implica dizer que as crianças não eram colocadas para mamar, o que acontecia era que algumas crianças nas consultas já não estavam na faixa etária de amamentação. Este indicador é interessante em todas as consultas realizadas; trazia uma ligação forte entre a mãe e o bebê, sem contar com as iniciativas de abordagem sobre aleitamento materno que proporcionávamos às mães.

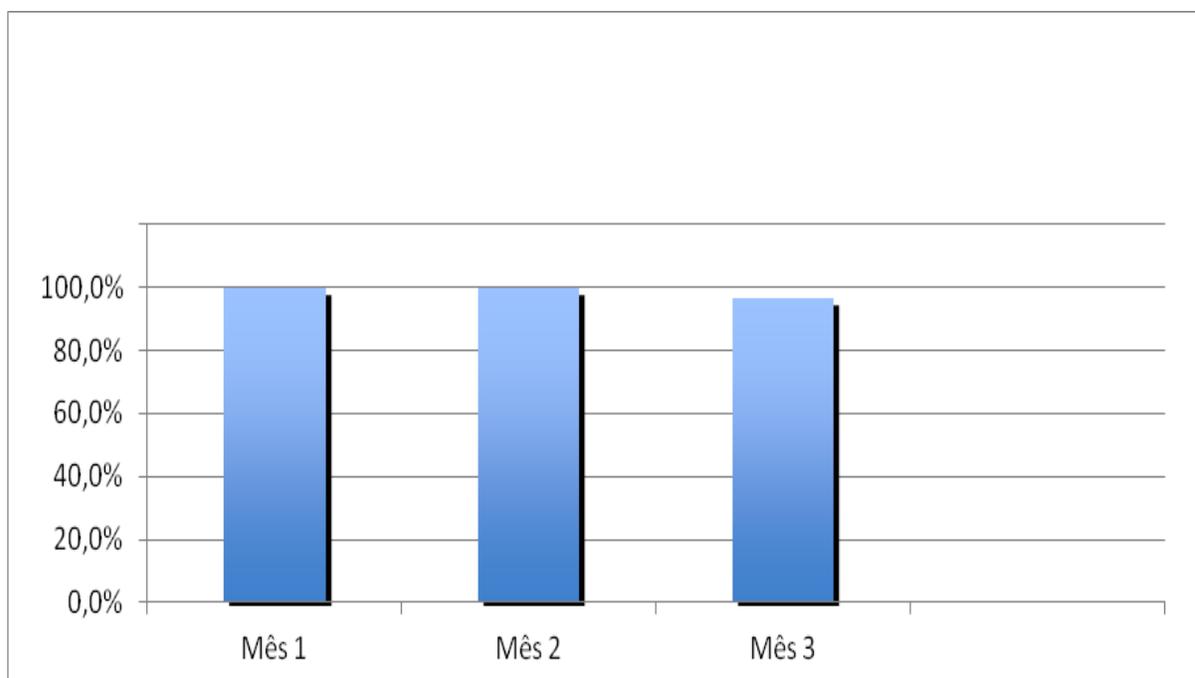


Figura 16 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

O décimo oitavo indicador apresenta a proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária, a meta deste indicador era fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças. O primeiro mês, 37 (100%) das mães receberam orientações sobre nutrição de acordo com a faixa etária. No segundo mês, esse percentual passou 106 (100%) de orientações realizadas. O terceiro mês, 181 (96,3%) mães receberam orientações. A queda do indicador no terceiro mês é devido ao número de crianças faltosas. Assim como as outras orientações, conversávamos bastante com os pais sobre alimentação saudável na sala de espera com grupo de pais e nas consultas. Desde o pré-natal começamos a informar a alimentação correta para criança em cada faixa etária.

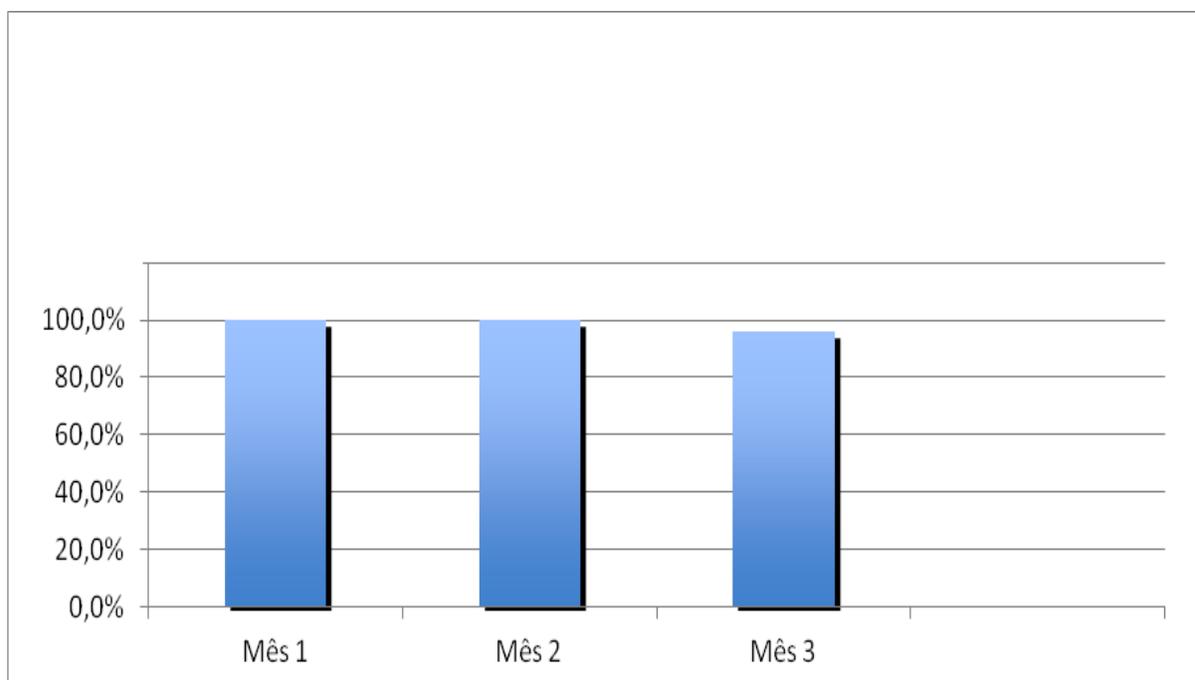


Figura 17– Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

O décimo nono e último indicador referente à saúde da criança traz a proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie com a meta de fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária. O primeiro mês, 37 (100%) das mães receberam orientações sobre higiene bucal. No segundo mês, esse percentual passou 106 (100%) de orientações trabalhadas. O terceiro mês, 181 (96,3%) mães receberam orientações. No terceiro mês, a queda no indicador é devido ao número de crianças faltosas. As orientações odontológicas sempre foram realizadas pela equipe de atendimento clínico, bem como pela equipe de atendimento odontológico.

Em relação aos atendimentos de saúde bucal, a meta era alcançarmos 166 crianças, ou seja, 50% de atendimentos odontológicos, entretanto atendemos 44 (13,21% da meta estipulada) na faixa etária de 06 a 72 meses da área de abrangência. As dificuldades encontradas no decorrer da intervenção estavam relacionadas à vinda das crianças às consultas odontológicas agendadas. Os pais não traziam as crianças, pois apesar das palestras realizadas, das buscas feitas pelos agentes comunitários e por outros membros da equipe, os pais continuavam não comparecendo.

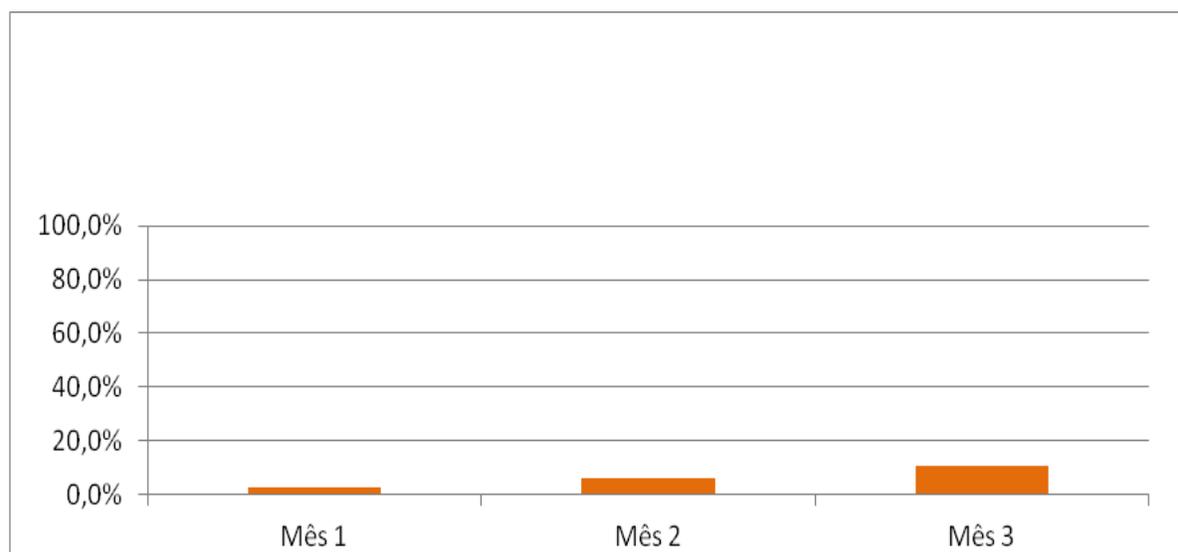


Figura 18 - Proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

O primeiro indicador de saúde bucal mostra a proporção de crianças residentes na área de abrangência da unidade de saúde com a primeira consulta odontológica programática, em que a meta era ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica programática para 166 (50%) das crianças de 6 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da unidade de saúde. No primeiro mês, o quantitativo de crianças com a primeira consulta odontológica programática foi de 9 (2,7%), no segundo mês, 20 (6,0%) crianças, no terceiro mês, 35 (10,5%) de crianças com a primeira consulta. Apesar do baixo número, podemos dizer que ocorreu progresso nesse sentido, pois tal ocorrência não acontecia na unidade e realização frequente de consultas para crianças nesta faixa etária não era uma rotina.

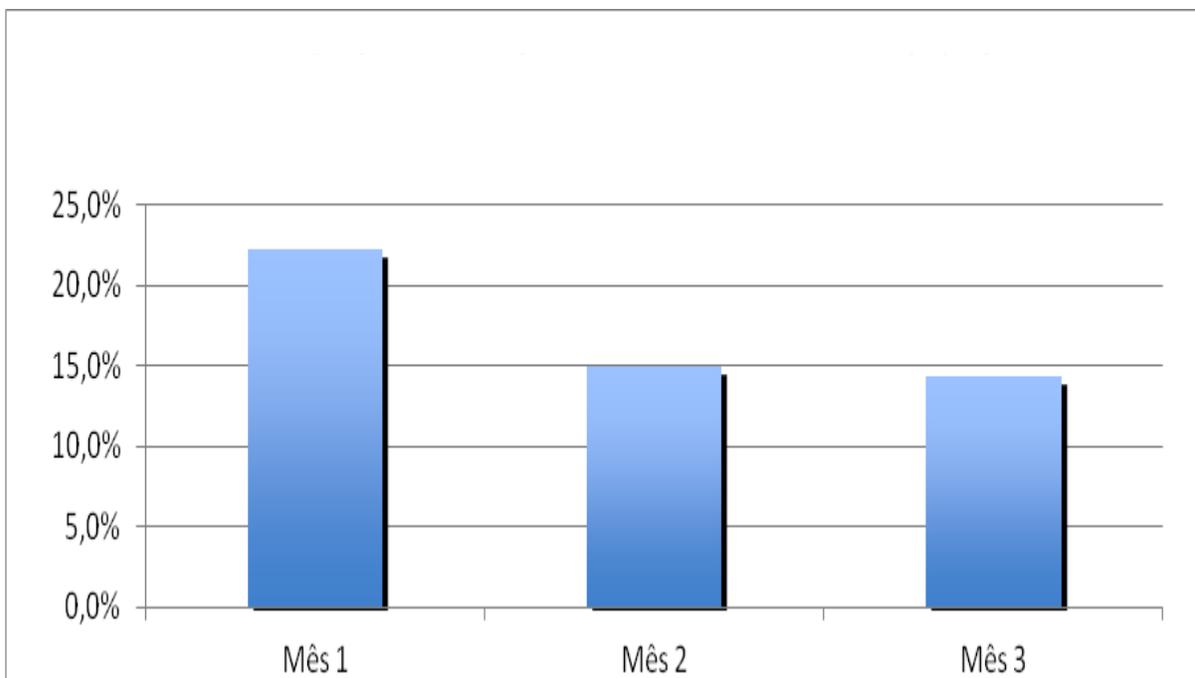


Figura 19 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico.

O segundo indicador de saúde bucal refere-se à crianças de 6 a 72 meses com necessidade de tratamento odontológico, cuja meta era realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência. Nos primeiro mês, a porcentagem de necessidade do atendimento foi de 2 (22,2%) de crianças. No segundo mês, o número foi para 3 (15%) e no terceiro mês, o número de tratamento odontológico foi para 5 (14,3%). Nos dois últimos meses o indicador declinou devido à falta de necessidade destes tratamentos específicos.

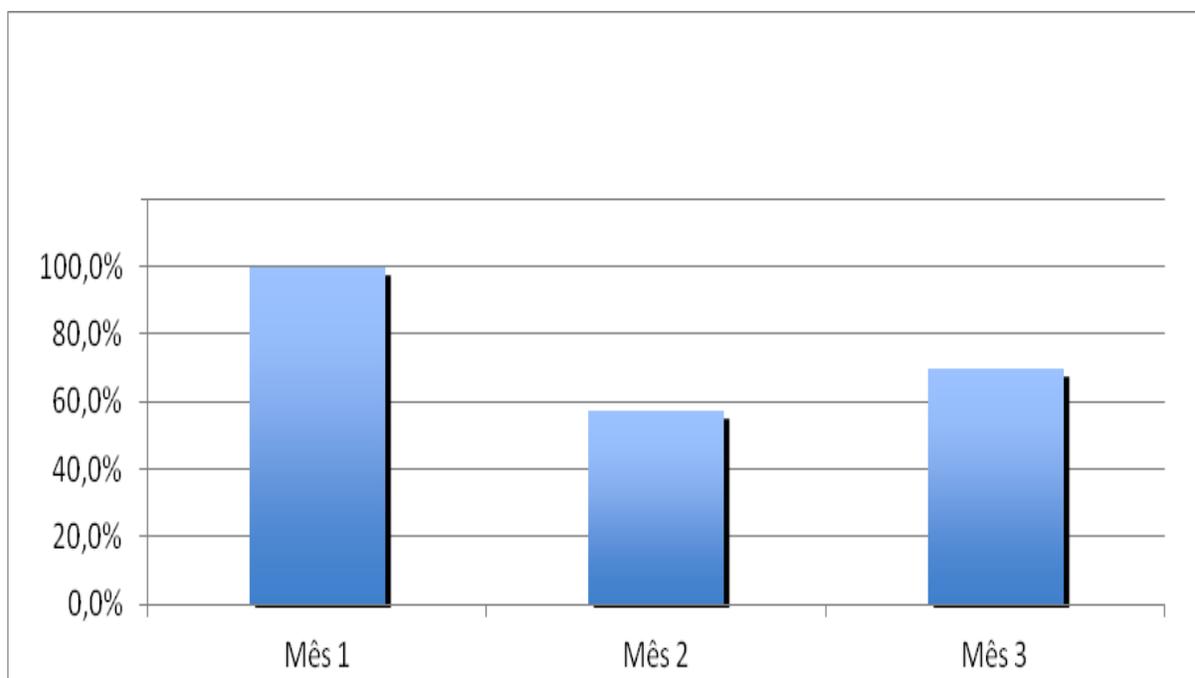


Figura 20 - Proporção de crianças de 6 a 72 meses com fluoroterapia.

O terceiro indicador de saúde bucal fala sobre proporção de crianças de 6 a 72 meses com fluoroterapia. No primeiro mês, esta proporção chegou a 2 (100%). No segundo mês, a proporção de crianças com fluoroterapia foi para 4 (57,1%). No terceiro mês, o quantitativo foi para 7 (70%) de crianças com fluoroterapia. No segundo e terceiro mês houve um declínio, o que significa que não ocorreu a necessidade deste procedimento devido a criança não estar necessitando.

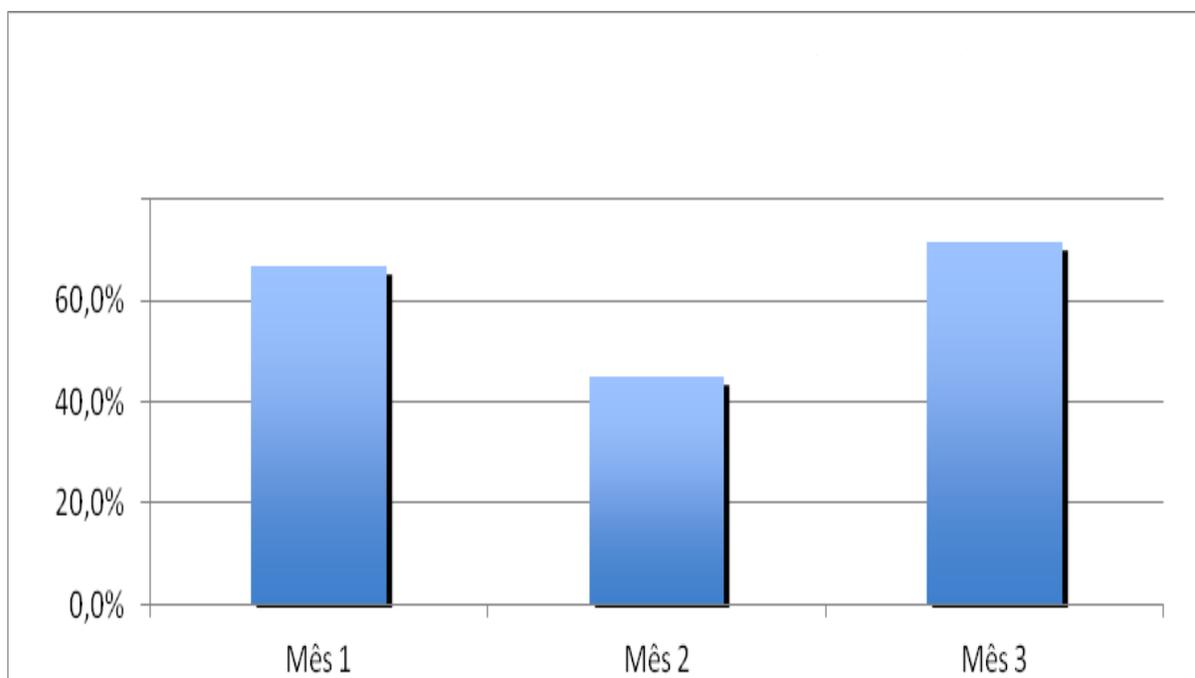


Figura 21 - Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.

O quarto indicador de saúde bucal traz a proporção de crianças com tratamento dentário concluído, cuja meta é concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática. No primeiro mês, 6 (66,7%) crianças tiveram tratamento concluído. No segundo mês, 9 (45%) tiveram seus tratamentos concluídos e no terceiro mês, 25 (71,4%) tiveram seus tratamentos dentários encerrados. Notamos que em relação ao primeiro e terceiro mês, o segundo mês teve um declínio nos encerramentos dentários, podemos dizer que algumas das crianças não tiveram necessidade de algum tratamento odontológico.

O quinto indicador de saúde bucal traz a proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde. A meta deste indicador é realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram. O primeiro mês apresenta 9 (100%) de busca realizada. O segundo mês traz 20 (100%) das buscas e no terceiro mês, 7 (100%) das crianças faltosas foram buscadas.

O sexto indicador representa a proporção de crianças com registro atualizado onde a meta era manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática. Estes registros foram mantidos atualizados pela equipe de saúde bucal durante todas as semanas, sempre com responsabilidade. O primeiro mês, 9 (100%) dos registros foram atualizados, no segundo mês, 20 (100%) dos registros atualizados e no terceiro mês, 35 (100%) dos registros foram atualizados nos prontuários, na ficha espelho e na planilha eletrônica.

O sétimo indicador de saúde bucal apresenta a proporção de crianças com orientação sobre higiene bucal cuja meta é fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática. No primeiro mês, 9 (100%) orientações foram prestadas, no segundo mês, 20 (100%) orientações, no terceiro mês, 35 (100%) de orientações referentes à higiene bucal. As orientações eram prestadas tanto pela equipe de assistência clínica quanto pela equipe odontológica na sala de espera.

O oitavo indicador evidencia a proporção de crianças com orientações sobre dieta, com a meta de fornecer orientação nutricional para 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática. No primeiro mês, 9 (100%) orientações foram passadas, no segundo mês, 20 (100%) orientações, no terceiro mês, 35 (100%) orientações sobre dieta foram feitas.

O nono indicador traz a proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias e sua meta era fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática. No primeiro mês, 9 (100%) dos responsáveis receberam orientações, no segundo mês, 20 (100%) orientações foram prestadas, e no terceiro mês 35 (100%) orientações referente a hábitos de sucção nutritivas e não nutritivas e

prevenção de oclusopatias foram passadas na sala de espera com os pais antes das consultas.

A equipe odontológica apoiou o projeto desde o início, mas, como sabemos, a demanda do município é grande, nem todas as UBS são contempladas com equipe de saúde bucal, e as que possuem, tendem a estar com materiais de trabalho em falta, por essas razões, a unidade de alocação tem um grande fluxo de atendimento odontológico, não só os usuários da área são atendidos, mas também “os de fora”, por isso, estipulamos os atendimentos das crianças pelo menos uma vez na semana, mesmo assim, os pais não colaboraram.

Fazendo uma avaliação da intervenção, podemos dizer que houve progressos, entretanto não atingimos a meta estabelecida de 70% (245 crianças) na parte clínica, onde abrangemos 188 crianças (53,71%) e na parte odontológica, a meta era 166 crianças, infelizmente não alcançamos, atendemos apenas 44 crianças (13,21%). De início a tarefa não foi fácil devido a unidade não trabalhar diretamente com a puericultura de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e também não tinha tanta experiência com a área. Os indicadores foram novas portas de conhecimentos, à medida que ainda não havia trabalhado desta maneira.

A equipe teve que passar pela capacitação e posteriormente, todos aprenderam juntos. Os indicadores de crianças inscritas no programa cresceram gradativamente, junto com as consultas nos primeiros meses de vida, e com isto, o monitoramento de crescimento, *déficit* de peso, excesso de peso, desenvolvimento, vacinas em dia, suplementação de sulfato ferroso foram crescendo a cada mês, a triagem auditiva e teste do pezinho também cresceram mensalmente; a avaliação odontológica e primeira consulta cresceram em menor escala.

As buscas ativas às crianças faltosas cresceram nas últimas doze semanas. Os registros sempre foram monitorados, desde o início da intervenção, assim como as crianças com avaliação de risco, orientações sobre a prevenção de acidentes na infância, crianças colocadas para mamar na primeira consulta, orientações nutricionais bem como higiene bucal, etiologia e prevenção. Na parte odontológica, as crianças compareceram a cada mês, não em altos números, entretanto,

apresentou um crescimento mensal de novas crianças. As crianças faltosas que foram buscadas infelizmente não retornaram.

A meta de tratamento odontológico não foi alcançada, pois esperávamos alcançar 166 (50%) crianças, e alcançamos apenas 44 (13,21%), isso se deu pela falta de retorno das crianças e comprometimento direto dos pais, o que ocorreu também na fluoroterapia.

As buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência sempre ocorreram, os agentes de saúde e os enfermeiros da unidade faziam sua parte. Os registros permaneceram todas as semanas atualizados, as orientações sobre higiene bucal semanalmente aconteciam, bem como orientações sobre dietas e orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e prevenção de oclusopatias.

#### 4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde da família (UBSF), permitiu a melhoria da atenção à saúde da criança, com qualificação aos atendimentos, ampliação da cobertura deste público e organização do serviço. A partir da intervenção, começamos a trabalhar a puericultura de maneira sistematizada, destacando os dias específicos de atendimento e recebendo as crianças de todas as microáreas. O engajamento público envolvendo a equipe e a comunidade também fez parte da intervenção. A cada semana, o acolhimento a este público dentro da UBS melhorou, o número de atendimentos aumentou, e a equipe entendeu a importância da qualidade no atendimento à puericultura.

Como os atendimentos de puericultura não eram seguidos conforme o Protocolo do Ministério da Saúde houve necessidade da capacitação dos membros da equipe para realização dos atendimentos com mais qualidade. Na capacitação foi apresentado o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento - 2012, e foram explicados os parâmetros a serem seguidos na assistência ao público alvo.

Também foi apresentada a proposta de dividir as responsabilidades com os membros da equipe, envolvendo as recepcionistas, técnicas de enfermagem, técnicas de saúde bucal, ACS, enfermeiros, médicas e odontóloga. As recepcionistas auxiliaram na revisão os prontuários e agendamentos das crianças. As técnicas de enfermagem, todas as semanas, junto com um ACS realizavam as medidas antropométricas. Aos ACS foram dadas mais outras atribuições como toda semana trazer as crianças de suas microárea às consultas, preenchimento da ficha espelho, busca ativa às crianças faltosas junto a um enfermeiro e comunicar a respeito das crianças de sua área com vacinas em atraso.

As técnicas de saúde bucal responsabilizaram-se pelo preenchimento da ficha espelho de saúde bucal. A odontóloga todas as quartas-feiras realizava os atendimentos às crianças da área, na faixa etária de 6 a 72 meses. Os enfermeiros passaram a atender as crianças todas as quintas-feiras à tarde, já que antes da intervenção este atendimento pelos enfermeiros não era sistematizado, e agora, nas consultas com a enfermagem, a criança já encerra a consulta com suas consultas posteriores programadas. As médicas realizam os atendimentos de puericultura nas terças e sextas-feiras. Esta sistematização na unidade começou a melhorar os atendimentos, fazendo parte da rotina diária e facilitando o trabalho da equipe.

Antes da intervenção, não havia organização nos atendimentos de puericultura na unidade. A equipe apenas trazia as crianças quando estavam doentes ou quando deveriam tomar vacinas. Os atendimentos infantis eram centrados nas médicas que já estavam acostumadas a atender apenas crianças enfermas. Com a divisão de tarefas e organização do serviço, passamos a ter controle do número de atendimentos e dividir o papel de cada um, de maneira a melhorar a qualidade deste serviço e trabalhar o que pede o Protocolo do Ministério da Saúde.

Os ACS começaram a trazer as crianças para trabalharmos com a prevenção e promoção da saúde, orientado sempre aos pais sobre a necessidade de acompanhar seus filhos. Com a sistematização, melhoramos o registro das crianças, lembrando que a ficha espelho contribuiu bastante para essa melhora, e

com isto, o agendamento das crianças para as consultas posteriores passou a ter um padrão semanal, onde as terças, quartas e sextas-feiras, sabem que os atendimentos são voltados à puericultura.

Percebemos que a comunidade está mais participante na puericultura. Todas as semanas conversávamos com os pais, que traziam os filhos para as consultas sobre a relevância do acompanhamento. As consultas odontológicas ainda estão caminhando, mas, se comparadas com antes da intervenção, já obtivemos um bom progresso. A cada semana, novas crianças aderem ao programa, são novos rostos, novos pais, então, o trabalho de educação em saúde não cessa, porque requer sempre novas ações. Ainda temos um bom número de crianças da área para alcançarmos, especialmente em saúde bucal.

A intervenção poderia ter sido melhor, se desde o início tivéssemos separado os prontuários das crianças e providenciado uma caixa específica para todos os ACS. Melhoraríamos também a abordagem aos pais para trazerem os filhos à consulta de saúde bucal, enfatizando de maneira mais ampla a importância de se ter o cuidado necessário com os dentes.

A intervenção está fazendo parte da rotina da unidade. Hoje, a equipe já aceita o projeto como nova ferramenta de trabalho. Os agentes comunitários de saúde avisam aos pais das crianças na área da existência do programa dentro da UBS, e recentemente, os números de atendimentos melhoraram bastante. Para melhorar o índice de atendimentos de saúde bucal, pretendo conversar com a equipe para desde antes mesmo das consultas, na hora da abordagem aos pais, explicar a estes a necessidade de acompanhamento odontológico desde cedo.

Noto que devo passar a responsabilidade de tomar frente do projeto para os enfermeiros da unidade, sabemos que o programa termina no começo do próximo ano, por isso, desde já começo a deixar mais responsabilidades de linha de frente para outros membros da equipe, para que o programa não pare e tenha quem tome as iniciativas. Vale lembrar que ao término do ano de vigência, o profissional do PROVAB encerra suas atividades, no entanto, a ação programática continua. Não podemos parar, porque a comunidade já entendeu relevância da existência da

puericultura dentro da unidade, tanto que muitos nos procuram para os atendimentos.

Começaremos a compartilhar as responsabilidades para os dois enfermeiros da unidade e providenciar, a partir das próximas semanas, meios para que todos os ACS separem uma caixa para os prontuários de suas crianças da puericultura, para ficar ainda mais organizado e não correr o risco de perder a continuidade desta criança. Irei lançar a ideia de organizamos os outros programas da unidade da mesma forma como organizamos a puericultura.

### 4.3 Relatório de intervenção para os gestores

A ação programática do Ministério da Saúde trabalhado no projeto de intervenção na Unidade Básica de Saúde Funasa I foi a Puericultura. O objetivo principal do projeto visava à melhoria da atenção à saúde da criança de zero a setenta e dois meses da área de abrangência.

Durante doze semanas, trabalhamos diretamente com os Manuais do Ministério da Saúde, tendo como base o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança – Crescimento e Desenvolvimento 2012 e ficha espelho oferecida pelo curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas - UFPel junto a Universidade do SUS (UNASUS) aos quais os enfermeiros estudantes do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica estão vinculados.

A escolha pelo tema da intervenção se deu a partir dos indicadores formulados no decorrer do curso de especialização, que através da coleta de dados dos questionários semanais preenchidos nos possibilitou notar a necessidade de melhoria neste programa. Os indicadores de qualidade do caderno de ações programáticas apontaram que existem 94% de consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 33% com atraso da consulta agendada, 86% com teste do pezinho realizado até o sétimo dia de vida, 92% de primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 47% de triagem auditiva, 94% de monitoramento do crescimento na última consulta, 94% de monitoramento do desenvolvimento na última consulta, 95% de vacinas em dia, 86% de avaliação da saúde bucal, 100% de orientação para aleitamento materno exclusivo e 100% e orientação para prevenção de acidentes. Com estes indicadores de qualidade e com a real necessidade de aprimorar, qualificar e sistematizar o programa junto às normas pedidas pelos Manuais do Ministério, escolheu-se a puericultura como foco da implementação.

Como já foi citado, antes da intervenção, não havia sistematização no atendimento de puericultura na unidade. A equipe apenas conduzia as crianças à

UBS quando estavam doentes ou quando deveriam tomar vacinas. Os atendimentos de saúde das crianças eram centrados nas médicas que já estavam acostumadas a assistir apenas crianças doentes. Com a divisão de tarefas e organização do serviço, passamos a ter controle do quantitativo de atendimentos e dividir o papel de cada um, de maneira a melhorar a qualidade deste serviço e trabalhar o que pede o Protocolo do Ministério da Saúde.

Para entendimento do programa de puericultura, realizou-se na unidade uma capacitação a respeito do protocolo de saúde da criança do Ministério da saúde com a finalidade de apresentar o projeto aos membros da equipe da estratégia, envolvendo todos com a ação. Nas reuniões foram apresentados os tópicos mencionados pelo Ministério como ferramenta de trabalho para o público alvo. A ficha espelho foi apresentada nas reuniões e as dúvidas a respeito da ficha espelho (ficha de preenchimento constando os parâmetros a serem seguidos indicados pelo Ministério da Saúde) foram sanadas.

Durante doze semanas de intervenção alcançamos 188 crianças de zero a setenta e dois meses da área de abrangência para atendimento clínico e 44 criança de seis a setenta e dois meses nos atendimentos odontológicos. A equipe da estratégia implementou a puericultura com a prevenção e promoção à saúde das crianças na área de cobertura. Toda equipe da UBS incorporou a intervenção na rotina da unidade, tendo as duas equipes da estratégia envolvidas na ação. O índice das crianças atendidas da área sendo acompanhadas progrediu quantitativamente e qualitativamente, assim como os usuários entenderam a necessidade de trazer os filhos às consultas. A comunidade aprovou a intervenção e mostrou-se satisfeita com a qualidade do serviço prestado.

É visível a melhora na qualidade da assistência à puericultura. A equipe reconheceu a importância de seguir o que o protocolo do Ministério da Saúde estabelece. Com a ficha espelho, os agentes comunitários de saúde agora sabem se as crianças de suas áreas estão abaixo ou acima do peso e necessitam de acompanhamento dos nutricionistas. Está acontecendo uma comunicação e retorno de trabalho, sem contar no engajamento entre equipe e comunidade, pois sem este envolvimento, a intervenção não aconteceria. Os agentes comunitários de saúde

trazem as crianças de suas microárea para assistência, e agora com uma nova visão de prevenção, não esquecendo que puericultura não é voltada somente às crianças já doentes. Os enfermeiros, médicos e odontólogo estão assistindo às crianças de maneira mais sistematizada e mantiveram a organização do serviço.

Em uma das reuniões atuais de equipe, os membros presentes relataram suas opiniões sobre a intervenção. Observou-se respostas sinceras quanto à adesão do programa na unidade, alguns expressaram suas opiniões em relação à implementação e afirmaram que o programa irá continuar e até melhorar a cada semana. Este elo de entrosamento entre a equipe/projeto/comunidade trouxe qualidade no serviço voltado ao público alvo. Devemos o sucesso da intervenção a cada membro da equipe, em especial àqueles que estavam diretamente buscando as crianças nas áreas, estes são os agentes comunitários de saúde, que foram a chave para o sucesso deste projeto.

#### 4.4 Relatório de intervenção para comunidade

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde da Família Funasa I trouxe aos usuários uma qualidade na assistência e acompanhamento das crianças de zero a setenta e dois meses na área clínica e de seis a setenta e dois meses na área odontológica.

Antes de a intervenção ser implantada na unidade, não havia o retorno das crianças às novas consultas ou mesmo atendimento e retornos odontológicos. Os pais tinham o costume de apenas levar as crianças à UBS quando as mesmas se encontravam doentes, sem se preocuparem com a prevenção das patologias.

Em conversa com os pais das crianças acompanhadas na puericultura, os mesmo mostraram-se satisfeitos com a nova sistematização do programa na unidade. As mães relataram que antes seus filhos não eram acompanhados como nos dias atuais, tendo dias específicos para atendimentos clínicos e de saúde bucal, relataram também como foi boa esta mudança nos atendimentos.

Com o projeto funcionando na unidade, as crianças passaram a ter mais qualidade e organização em seu programa de saúde. Hoje, temos o atendimento para o público alvo em dias específicos, sendo atendimento de enfermagem, médico e odontológico, assim, focamos no entrosamento com o público, nos aproximando mais dos usuários da área de abrangência.

Quando há, por exemplo, crianças com vacinas em atraso, após a consulta a mesma é direcionada à sala de vacina para “por em dia” suas imunizações, não existindo a possibilidade de o responsável da criança ir para casa sem comparecer à sala de vacina. Hoje a equipe tem esse cuidado no momento das consultas. Outro ponto interessante é a suplementação de sulfato ferroso. Quando a crianças na faixa de 6 a 24 meses que ainda não tomou a suplementação, nas consultas, passamos a suplementação e orientação sobre o uso do sulfato. Agora, os pais já sabem se seus filhos estão abaixo do peso, pois, nas consultas médicas e de enfermagem transferimos as medidas para ficha espelho e comparamos com a caderneta das crianças, explicando aos pais o que significa as curvas, logo, se a criança estiver com baixo de peso, os pais imediatamente são informados sobre o que deve ser feito, assim como a equipe.

Estas mudanças aproximaram os usuários à equipe da UBS. Atualmente, os responsáveis pelas crianças retornam às consultas programadas. As crianças têm dias específicos para atendimento odontológico, e podemos dizer que as elas são realmente acompanhadas com a qualidade que merecem. Hoje a equipe sabe da necessidade de qualificarmos o serviço da puericultura.

Lembro-me do início da intervenção, onde os pais da comunidade não entendiam o porquê de levar seus filhos sadios às consultas médicas e na sala de espera ou aos consultórios conversávamos com eles que a partir daquele momento, seus filhos seriam acompanhados, seriam assistidos e com isto, a visão de levar as crianças às consultas tornou-se uma rotina de comprometimento.

A cada dia iremos complementar ainda mais os atendimentos, focando sempre na adesão, qualidade e organização do serviço para o público alvo, tendo a finalidade de prestarmos uma assistência mais humana e de acordo com o protocolo estabelecido, que nos mostra o caminho coerente a ser seguido. A

comunidade só tem a ganhar com o projeto, e a cada dia novas crianças da área aderem ao programa e passam a ser assistidas. Nossas grávidas saem do pré-natal sabendo da puericultura e retornam com seus filhos para as consultas agendadas. Essa interação entre programas também ajudou muito a comunidade, no sentido de um programa complementar o outro. É desejo que a cada dia mais e mais crianças compareçam às consultas, assim como a educação em saúde fortaleça o laço entre a equipe e a comunidade para assim melhorarmos ainda a qualidade na assistência.

## **5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem**

Quando selecionada para fazer parte do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica, imaginava somente o trabalho, sem saber muito bem a relevância da especialização. Inicialmente, comecei a especialização com atraso de algumas semanas, o que me deixou perdida, sem entender o ideal do curso. A ajuda e paciência do orientador fizeram grande diferença para sair das atividades em atraso e entender o objetivo do curso, pois, o mesmo várias vezes pediu para ler o Projeto Pedagógico da Especialização. Com o passar dos dias, comecei a interagir mais no ambiente virtual do curso, notar a importância dos fóruns e das atividades clínicas.

O desenvolvimento do trabalho da especialização proporcionou o cumprimento das expectativas iniciais almejadas. Recordo-me que no início, nos perguntaram quais seriam nossas expectativas em relação ao curso e respondi que a perspectiva era aprendizagem contínua, tendo a finalidade de contribuir com unidade de alocação, assim como adquirir conhecimento sobre a atenção primária a saúde. Posso afirmar que superei todas as expectativas.

Ao iniciarmos os trabalhos, passamos por grandes conflitos, não somente externos, mas também internos, já que não lidávamos apenas com os fatores logísticos, pois, muitas vezes tínhamos que lidar com os bloqueios de ansiedade.

Não ter experiência voltada à prática de trabalho deixou-me desorientada, no entanto, com os casos clínicos, as atividades da especialização, a ajuda do excelente orientador, a participação dos fóruns das unidades e o próprio dia a dia, mudaram para melhor. O entrosamento com a equipe fortaleceu-se mais com a intervenção implantada.

O projeto de intervenção uniu a equipe e usuários, no sentido de todos saírem favorecidos. Fazer com que um projeto dê certo e caminhe sem você, não é tão

simples como parece. Foram muitas as provações que precisei superar diariamente. Como fazer uma intervenção se tornar rotina na unidade? Esta pergunta foi elaborada várias vezes. O primeiro passo foi entender que todos são capazes e sozinhos não se chega a lugar algum. Aprendi na prática de convivência o que era o engajamento público.

Se o objetivo era aprender, então alcancei o alvo, e fui mais adiante, porque no início não tinha a dimensão do que viria pela frente, do tanto que seria gratificante implantar um projeto em uma unidade básica de saúde, e em sentido figurado, fazer o barco andar sem atracar.

Para prática profissional o curso significa um passo à frente, uma etapa de amadurecimento através da junção da teoria com a prática. Consegui compreender melhor a atenção primária à saúde, entender o propósito da estratégia saúde da família, que sinceramente, antes não conhecia integralmente. Com a especialização os conhecimentos foram enriquecidos de maneira satisfatória.

Os aprendizados mais relevantes do curso foram compreender mais do universo particular da criança, pois a puericultura abriu um leque de conhecimento e ideias. Para quem pouco entendia de atendimento primário à criança. Posso dizer que cada detalhe aprendido foi válido. Com pouco tempo disponível eu tive que assimilar a ideia de montar um projeto em que na minha concepção, a intimidade era mínima, a lógica neste momento é correr atrás do conhecimento e estudar bastante, perguntar a quem entende para fazer o certo. Essa ajuda eu recebi da equipe de saúde da unidade, que ajudou-me a caminhar e entender o universo da criança.

Atentar para cumprir o Protocolo do Ministério da Saúde também se fez necessário. Quando em uma UBS não se trabalha a puericultura corretamente, o trabalho é dobrado. É normal que as pessoas estranhem algo novo no início, por imaginarem que será mais trabalho a fazer, contudo, com o passar dos dias, notamos a facilidade de fazermos o trabalho de maneira correta, e com isto, percebi que toda equipe da UBSF Funasa I entendeu isso.

O curso proporcionou a organização do serviço, além de eu ter a oportunidade de passar o que estava aprendendo aos outros profissionais, pois

sempre que aprendia algo novo em algum caso clínico, informava aos enfermeiros ou a qualquer outro membro da equipe. Cada informação do curso foi transmitida.

As planilhas foram de enorme valor, aprendi a manuseá-la e pude ver a facilidade com que ela transformava nossos dados, apesar de no início ter tido dificuldades para entender seu funcionamento. A ficha espelho manteve-se na UBS, e em todas as novas crianças que aparecem para as consultas de puericultura, a ficha foi anexada ao prontuário.

Portanto, o curso ajustou o programa dentro da UBS, organizou o serviço de maneira eficaz e ao mesmo tempo se tornou permanente na rotina da unidade. Ensinou que não se faz saúde sozinha, e os usuários devem ser acolhidos. A especialização mostrou o quanto ganhamos com a promoção e prevenção da saúde, e melhor, confirmou que o enfermeiro é um educador nato, tem em mãos a chave de tomar decisões precisas e coerentes. É um professor capaz de levar a saúde a qualquer lugar que for.

Portanto, a especialização trouxe uma visão correta da estratégia saúde da família, mostrando nosso papel como usuário e profissional, não nos deixando esquecer que é possível promovermos a saúde com pequenos e grandes gestos.

## Referências

Alves, C.R.L e Moulin, Z.S. **Saúde da Criança e do Adolescente, crescimento, desenvolvimento e alimentação**. Belo Horizonte, Editora Coopmed, Nescon UFMG, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : crescimento e desenvolvimento**. Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 272 p.

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

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações da Atenção Básica - SIAB**. 2011. Disponível em <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>> Acessado em 08 jan.2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.318 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013.124 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília : Ministério da Saúde, 2013.160 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.192 p.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta de Saúde da Criança**. <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02\\_0033\\_M1.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0033_M1.pdf)> Acesso em: 08 jul. 2014.

CECÍLIO, L.C. de O. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Eqüidade na Atenção à Saúde.** Em Os sentidos da Integralidade na atenção e cuidado à saúde. Pinheiro,R. e Mattos, R.de A. (org), Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

IBGE. **Indicadores sociais municipais: uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico do município de Manacapuru.** 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em 23 jun. 2014.

SETÚBAL, Sérgio. Esquitossomose mansônica. Geo-helminhos e bio-felmintos. Em: <<http://www.professores.uff.br/dip-8p/esquist/esquist.html>>. Acesso em:08 jan. 2015.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). **Situação da Infância Brasileira 2006. Crianças de até 6 anos: o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento.** 2006. Disponível em:<[http://www.unicef.org/brazil/pt/resources\\_10167.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources_10167.htm)> Acesso em: 23 jun. 2014.

## **Anexos**

**Anexo A – Documento de Aprovação pelo Comitê de Ética**

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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Planilha de Coleta de Dados Saúde da Criança Abas de A a N

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1														
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi realizada triagem auditiva na criança?
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	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
<b>Soma automática</b>					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Total de crianças entre 6 e 72 meses</b>			0										
	<b>Total de crianças entre 6 e 24 meses</b>			0										

## Anexo B - Planilha de Coleta de Dados Saúde da Criança Abas de O a Z

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1														
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Foi realizada triagem auditiva na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança entre 6 e 72 meses recebeu avaliação da necessidade de atendimento odontológico?	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança faltou à consulta agendada com médico ou enfermeiro?	Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta?	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?
<b>Orientações de preenchimento</b>	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
<b>Soma automática</b>			0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		<b>Total de crianças entre 6 e 72 meses</b>				0								
		<b>Total de crianças entre 6 e 24 meses</b>												

## Anexo C – Planilha Excel de Coleta de Dados Saúde Bucal

Indicadores de Saúde Bucal da Criança - Mês 1															
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?	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 prevenção de oclusopatias?
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	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	683														
	684														
	685														
	686														
	687														
	688														
	689														
	690														
	691														
	692														
	693														
	694														
	695														
	696														
	697														
	698														
	699														
	700														
<b>Soma automática</b>					0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	<b>Total de crianças entre 6 e 72 meses</b>		0												

## Anexo D – Ficha Espelho Saúde da Criança – Frente



PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA  
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 Nome do pai: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ g Comprimento ao nascer \_\_\_\_\_ cm Perímetro cefálico \_\_\_\_\_ cm Apgar: 1º min: \_\_\_\_\_ 5º min: \_\_\_\_\_ Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ dias  
 Tipo de parto \_\_\_\_\_ Tipagem sanguínea \_\_\_\_\_

Manobra de Ortolani ( ) negativo ( ) positivo Teste do reflexo vermelho ( ) normal ( ) alterado Teste do pezinho ( ) não ( ) sim Realizado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Fenilcetonúria ( ) normal ( ) alterado / Hipotireoidismo ( ) normal ( ) alterado / Anemia falciforme ( ) normal ( ) alterado / Observações: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Triagem auditiva ( ) não ( ) sim Realizado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Testes realizados: ( ) PEATE ( ) EOA resultados: OD ( ) normal ( ) alterado OE ( ) normal ( ) alterado

CALENDÁRIO VACINAL										
Hepatite B	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Tríplice viral	Tripl. bacteriana (Reforços Penta)	Febre amarela	Outra:
Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____			
		Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	<b>Tetra viral</b> Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____		<b>Outra:</b> Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____
			<b>VPO</b> Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____		Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____				<b>Outra:</b> Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____
										<b>Outra:</b> Data: ___/___/_____ Lote: _____ Ass: _____

## Anexo D – Ficha Espelho Saúde da Criança – Verso



CONSULTA CLÍNICA												
Data												
Nome do profissional que atendeu												
Idade (anos e/ou meses)												
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Estatura em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)												
IMC em kg/m <sup>2</sup> (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)												
Desenvolvimento: provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado												
Criança c/ risco: sim ou não												
Uso de sulfato ferroso: sim ou não												
Aleitamento materno: exclusivo, predominante, complementar, desmamada												
Orientação sobre alimentação complementar: não, sim ou não se aplica (NSA)												
Orientação p/ prevenção de acidentes: sim, não												
Orientação sobre higiene bucal												
Data da próxima consulta												

## Anexo E – Ficha Espelho Saúde da Criança – Saúde Bucal


**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							

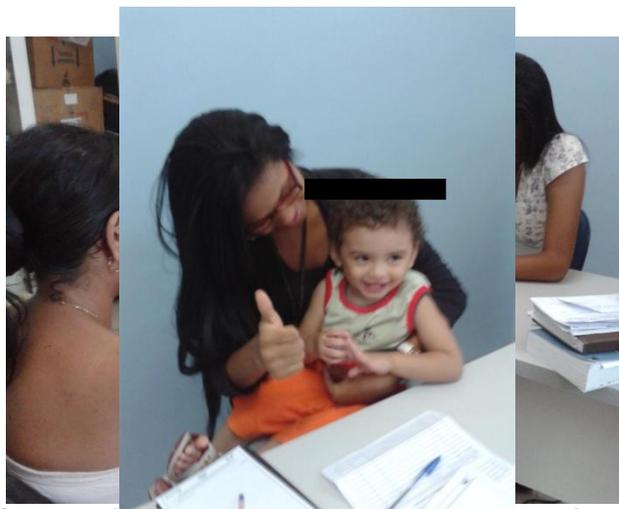
## **Apêndice**

### Apêndice – Imagens fotográficas das ações da Intervenção

#### Apêndice



**Imagem 7** – Consulta de Puericultura – Médica Ronilda. Fonte: da autora, 2014.



**Imagem 2** – Consulta de Puericultura – Enfermeira Ronilda. Fonte: da autora, 2014.



**Imagem 3** – Consulta de Puericultura – Enfermeira Ronilda. Fonte: da autora, 2014.



**Imagem 4** – Consulta de Puericultura – Enfermeira Debora. Fonte: da autora, 2014.



**Imagem 51** – Consulta de Puericultura – Médica Digna. Fonte: da autora, 2014.



**Imagem 62** – Consulta de Puericultura – Médica Digna. Fonte: da autora, 2014.

## Apêndice



**Imagem 13** – Criança colocada para mamar na Consulta de Puericultura. **Fonte:** da autora, 2014.



**Imagem 14** – Odontóloga Thayara em Palestra sobre saúde bucal em sala de espera com os pais das crianças. **Fonte:** da autora, 2014.



**Imagem 15** – Triagem para Consulta de Puericultura. **Fonte:** da autora, 2014.



**Imagem 16** – Visita Domiciliar as crianças da área. **Fonte:** da autora, 2014.



**Imagem 17** – Visita Domiciliar as crianças da área. **Fonte:** da autora, 2014.

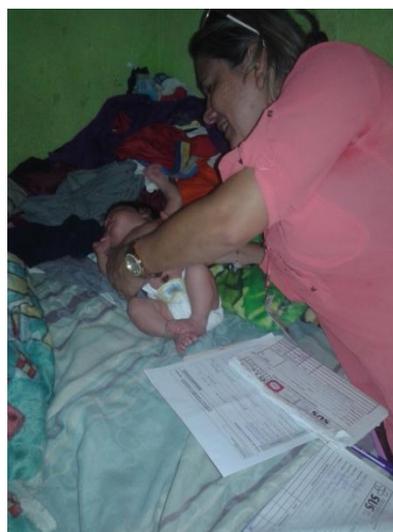


**Imagem 18** – Visita Domiciliar as crianças da área. **Fonte:** da autora, 2014.

## Apêndice



**Imagem 19** –Visita Domiciliar as crianças da área.  
**Fonte:** da autora, 2014.



**Imagem 20** – Visita Domiciliar as crianças da área – Enfermeira Debora. **Fonte:** da autora, 2014.



**Imagem 21** – Festa do dia das crianças para as crianças participantes da Puericultura. **Fonte:** da autora, 2014.



**Imagem 22** – Festa do dia das crianças para as crianças participantes da Puericultura. **Fonte:** da autora, 2014.



**Imagem 23** – Peça teatral realizada pela psicopedagoga e fisioterapeuta do NASF durante a festa do dia das crianças. **Fonte:** da autora, 2014.

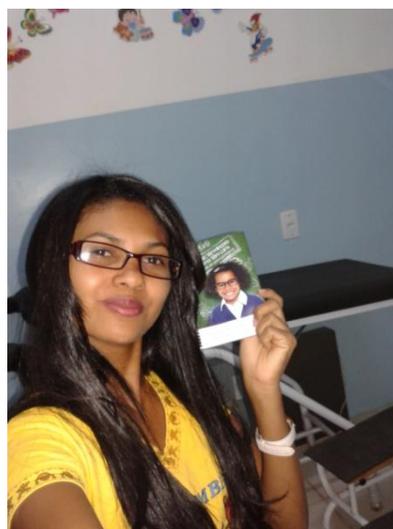


**Imagem 24** – Palhaço divertindo as crianças na festa. **Fonte:** da autora, 2014.

## Apêndice



**Imagem 25** – NASF realizado brincadeiras na festa do dia das crianças.  
**Fonte:** da autora, 2014.



**Imagem 26** – Preparação para Campanha de Geomitiase e Hanseníase nas escolas.  
**Fonte:** da autora, 2014.



**Imagem 27** – Dispensação da medicação de geomitiase na escola.  
**Fonte:** da autora, 2014.



**Imagem 28** – Realização da geomitiase na escola.  
**Fonte:** da autora, 2014.