

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma nº 5**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da Atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses da Unidade  
Básica de Saúde Ivaneide Cordeiro, Ipixuna, AM**

**Anett Margarita Rizo Parra**

**Pelotas, 2015**

**Anett Margarita Rizo Parra**

**Melhoria da Atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses da Unidade  
Básica de Saúde Ivaneide Cordeiro, Ipixuna, AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Luiza Helena Silva de Almeida

Co-orientadora: Camila Aleixo de Campos Avarca

Pelotas, 2015

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

P259m Parra, Anett Margarita Rizo

Melhoria da Atenção à Saúde das Crianças Entre Zero e 72 Meses da Unidade Básica de Saúde Ivaneide Cordeiro, Ipixuna, AM / Anett Margarita Rizo Parra; Maria Emilia Nunes Bueno, orientador(a); Camila Aleixo de Campos Avarca, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

61 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. Bueno, Maria Emilia Nunes, orient. II. Avarca, Camila Aleixo de Campos, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos meus pais que sempre me fizeram acreditar na realização dos meus sonhos e trabalharam muito para que eu pudesse realizá-lo. A você Jorge, companheiro no amor, na vida e nos sonhos, que sempre me apoiou nas horas difíceis e compartilhou comigo as alegrias.

## **Agradecimentos**

Registro meus agradecimentos a todos os que compartilharam o trilhar de mais esse caminho percorrido, contribuindo, direta e indiretamente, para que eu realizasse esta intervenção auxiliando-me e dando-me forças nos momentos em que mais precisei.

Minha gratidão, em primeiro lugar, à Deus, por estar comigo em todos os momentos e iluminando-me, sendo meu refúgio e fortaleza. A ele, minha eterna gratidão.

Agradeço, especialmente, à minha família por sua espera na minha ausência e dando-me todo seu apoio para não desistir, a meu esposo Jorge por seu carinho incondicional.

Às minhas orientadoras Camila Aleixo de Campos Avarca e Luiza Helena Silva de Almeida que me possibilitaram aprendizagens únicas, por meio do grande incentivo e orientação que me foram concedidos durante o curso.

A todos, Muito Obrigada.

## Resumo

Rizo Parra Anett Margarita. **Melhoria da Atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses da Unidade Básica de Saúde Ivaneide Cordeiro, Ipixuna, AM.** Ano 2015. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Cada país tem o dever de proporcionar que as crianças cresçam saudáveis e com uma boa educação, portanto, a saúde da criança é uma ação programática de suma importância e preconizada pelo Ministério da Saúde, sendo denominada de puericultura. O objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção ao Programa de Puericultura, na Unidade de Ivaneide Cordeiro, no Município de Ipixuna, Amazonas. O trabalho foi realizado em um período de 16 semanas com crianças de zero a 72 meses de idade, nos meses de junho, julho, agosto e setembro em que foram desenvolvidas ações com base em quatro eixos norteadores do projeto político-pedagógico do curso (1) Organização e gestão do serviço, (2) Monitoramento e avaliação, (3) Engajamento público e, (4) Qualificação da prática clínica. Buscou-se organizar o serviço através de capacitação da equipe através do protocolo de puericultura disponibilizado pelo Ministério da Saúde, houve ampla divulgação a comunidade e busca de parcerias com os gestores locais para atingir uma cobertura total de crianças. Foram designados dois dias na semana para a realização desta ação e utilizamos as cadernetas da criança e as fichas espelhos disponibilizadas pelo curso. Ao final dos 4 meses, 100% (52) das crianças cadastradas foram acompanhadas, destas, a vacinação, avaliação de risco, busca ativa de crianças faltosas ocorreu para 100% das crianças, na primeira consulta odontológica não atingimos o 100% das crianças pela falta de suficientes profissionais de odontologia na UBS. Podemos concluir que os resultados foram muito satisfatórios pois houve uma organização do serviço, atingimos cobertura total de crianças acompanhadas, e serviu para chamarmos a atenção aos gestores sobre algumas deficiências que mesmo dando fim a intervenção persistem como a garantia do teste do pezinho e avaliação auditiva.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; Saúde da Criança; Puericultura; Saúde Bucal

## Lista de Figuras

Figura 1	Proporção crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde Ivaneide Cordeiro.	40
Figura 2	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida da unidade de saúde Ivaneide Cordeiro.	40
Figura 3	Proporção de crianças com monitoramento de crescimento na UBS Ivaneide Cordeiro.	41
Figura 4	Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.	42
Figura 5	Proporção de crianças com vacinação em dia por idade.	42
Figura 6	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.	43
Figura 7	Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.	44
Figura 8	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.	45
Figura 9	Proporção de crianças entre seis e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.	45
Figura 10	Proporção de crianças com registro atualizado.	46
Figura 11	Proporção de crianças com avaliação de risco.	46
Figura 12	Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.	47

## **Lista de abreviaturas**

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
FVS	Fundação de Vigilância em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde



## Sumário

Apresentação .....	8
1 Análise Situacional.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	16
2 Análise Estratégica .....	17
2.1 Justificativa .....	17
2.2 Objetivos e metas .....	18
2.2.1 Objetivo geral.....	18
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	18
2.3 Metodologia .....	20
2.3.1 Detalhamento das ações .....	20
2.3.2 Indicadores .....	25
2.3.3 Logística .....	29
2.3.4 Cronograma .....	32
3 Relatório da Intervenção.....	33
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	33
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	35
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	35
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	36
4 Avaliação da intervenção.....	37
4.1 Resultados.....	37
4.2 Discussão .....	43
5 Relatório da intervenção para gestores .....	45
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	47
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	49
Referências .....	50
Apêndices.....	51
Anexos .....	54

## **Apresentação**

O presente trabalho irá descrever uma intervenção voltada a melhorar à atenção da saúde das crianças entre zero e 72 meses, sendo implementada na UBS Ivaneide Cordeiro, no município Ipixuna, estado Amazonas. Constitui de um estudo e análise das necessidades de saúde da população infantil da área de abrangência da referida UBS, e as ações desenvolvidas para melhorar uma das ações programáticas identificadas como prioritárias.

O trabalho está organizado em tópicos como análises situacional, justificativa, objetivos e metas, logística, metodologia, cronograma, discussão e resultados, apresentando como foi realizada a intervenção, os dados mais relevantes dos resultados obtidos e sua discussão, assim como os relatórios a serem apresentados à comunidade e aos gestores.

Por fim, será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem com o desenvolvimento desse projeto e na última parte será apresentada a bibliografia utilizada neste trabalho e os anexos que foram utilizados para o desenvolvimento da intervenção.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

O município de Ipixuna possui uma área territorial com quase 13.631 km<sup>2</sup> e está localizado no interior do estado Amazonas, com distância de aproximadamente 1.380 quilômetros em linha reta de Manaus, capital do Amazonas. As principais atividades econômicas se baseiam na atividade madeireira e na pesca. Não possui indústrias, o comércio local é fraco e a única instituição empregadora é a prefeitura. Devido à enorme distância existente entre Ipixuna e Manaus, o município enfrenta muitos problemas, como a logística, que eleva os preços dos produtos industrializados. Sua população estimada em 2011 é de 22.867 habitantes.

O município conta com um hospital que tem sala de atenção da criança, mulher, homem, gestantes, tem equipe de raios-X, ultrassom, mamógrafo que não funciona, telessaúde que neste momento não está em funcionamento. Tem uma ambulância. Tem ainda, um laboratório no hospital, um centro epidemiológico, Fundação de Vigilância em Saúde (FVS) e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em formação.

Trabalho no centro de saúde da família, e a infraestrutura do centro é composta por uma área de recepção, tem 4 consultórios médico, um consultório odontológico, sala de vacinas, área de dispensação de medicamentos, sala de curativos, não temos sala de descontaminação e lavagem, as ACS não possuem sala de reuniões, a UBS não reúne com as condições para um atendimento adequado para usuários deficientes. Tem duas equipes básicas de saúde composta por médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista para os dois equipes de saúde, auxiliar de dentista e agentes comunitários. A população também recebe atenção especializada no hospital Maria de Glória com a especialidade de cirurgiã, assim como também a remissões de casos graves já que o hospital aqui não tem

condições para tratar casos complicados. Trabalho na zona urbana, mas atendo a população rural, comunidades do interior, e por dados estatísticos do final do ano passado minha área de saúde tem 214 hipertensos, 48 diabéticos, 153 menores de 2 anos e 376 maiores de 69 anos.

Acredito que uma das dificuldades da população rural é a acessibilidade aos serviços de saúde devido a distância que tem que percorrer para chegar ao centro por via fluvial, mas é interessante destacar o trabalho que vem sendo feito pela administração para impulsionar a qualidade no atendimento da população, com o Programa Mais Médicos. As UBS estão sendo preparadas e existe o acolhimento nesta comunidade.

No posto de saúde realizam-se atividades de promoção e prevenção de saúde através de palestras promovidas pela equipe de saúde, as quais são planejadas segundo as necessidades de saúde da população. Visitas domiciliares a pacientes idosos que precisam do atendimento e com dificuldades ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade, também são realizadas. Na UBS se trabalha cumprindo com os programas de pré-natal, Hiperdia, realização de preventivos, mas não há atendimento de puericultura por motivo que os pais e a população em geral não dão atenção nem importância. As consultas de Hiperdia estão baixas. As ações referentes aos programas são registradas nos prontuários de cada paciente e são realizadas sempre que o usuário vem para consulta. Estes prontuários permanecem no arquivo, onde é realizado o controle de agendamento das consultas programadas, mas os cadernos não estão atualizados. Os prontuários acompanham nas visitas domiciliares, com objetivo de registrarem as ações. Os pacientes recebem medicação sem custo após as consultas.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

A Estratégia Saúde da Família visa a reorganização da atenção básica do Brasil, como estratégia de expansão, qualificando e consolidando a atenção básica, por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades (BRASIL, 2012).

Ipixuna é um município brasileiro localizado no interior do estado do Amazonas. Pertencente à mesorregião do Sudoeste Amazonense e microrregião de Juruá, seu nome provém do Rio Ipixuna, um dos principais afluentes do Rio Juruá, com a extensão de cerca de 300 km. Em 2000, a cidade foi classificada com o quinto pior índice de desenvolvimento humano do Brasil, o que vem motivando várias ações governamentais no intuito de desenvolver a cidade.

Localiza-se a uma latitude 07°03'03" sul e a uma longitude 71°41'42" oeste. O município tem 25 867 habitantes e possui uma área de 13.630 km<sup>2</sup> aproximadamente e está localizado no Estado do Amazonas, a margem esquerda do rio Juruá, pertencendo a 4ª sub-região denominada Região do Juruá. Limita-se com 5 municípios do Estado do Amazonas e um do Acre: ao norte - Atalaia do Norte e Benjamim Constant, ao Sul - Tarauacá- AC, a Leste - Eirunepé e a Oeste - Guajará. Quanto aos aspectos físicos, Ipixuna é caracterizado com relevo constituído por terras de várzeas e terras firmes. As várzeas com suas terras mais baixas alagam durante as enchentes dos rios. As terras firmes ocupam a maior parte do relevo e apresentam terrenos com oscilações. Hidrografia o município é banhado pelo rio Juruá que é um afluente da margem direita do rio Solimões, que ao encontrar com o afluente de nome rio Negro recebe o nome de Amazonas.

Apresenta duas UBS com ESF as quais são urbanas, adaptadas, e o hospital com nome Maria da Gloria em memória de uma enfermeira que morreu afogada cumprindo com seu trabalho. Não tem vínculos com as instituições de ensino, cada UBS esta conformada por duas equipes de saúde compostas por agentes comunitários de saúde, enfermeira, técnicos de enfermagem, medico geral, no caso do odontólogo este fica somente na UBS Ivaneide Cordeiro, pois, a outra UBS foi criada há 6 meses e ainda não tem as condições para colocar a consulta de odontologia. Porém minha UBS conta com odontólogo e o técnico de saúde bucal. E contamos com a especialidade de cirurgia.

A cidade tem aproximadamente 10.452 habitantes na zona urbana e 12.747 na zona rural onde estão situados três postos de saúde, há também uma área de seringais (é o nome que chamam as comunidades que estão fora da cidade) não tem acesso aos serviços de saúde e muitas delas tardam até 4 ou 5 dias de canoa, o único meio de transporte.

Entre os exames complementares que temos hoje no município, os quais são realizados no hospital são, ultrassonografia, raio-X, química sanguínea (apenas o

fundamental), urina e fezes. Há poucos dias que estão realizando teste de sífilis. Dispomos de grandes problemas nas doenças como HIV, hepatites B e C. Não contamos com aparelho para eletrocardiograma.

Minha Unidade de saúde apresenta estrutura grande, tem 4 consultórios - cada um com sanitário, uma sala de odontologia, farmácia, sala de vacina, de enfermagem, cozinha e sala de recepção com capacidade para mais ou menos 30 pessoas. Dispomos de arquivos para os prontuários os quais são arquivados em ordem alfabética. Há também a sala do coordenador e sala de armazenagem de medicamentos. Todos os ambientes têm janelas de madeira com telas mosquiteiras, os pisos, as paredes são laváveis, de superfície lisa. Não se encontra preparada para prestar serviços de urgência, há pouca variedade de medicamentos, sendo insuficientes. A estrutura não é adequada para o acesso de pessoas portadoras de deficiência. Os agentes comunitários não possuem sala, também não temos sala de lavagem e descontaminação, esterilização e estocagem, não existe sistema de revisão de calibragem.

Como não contamos com outras especialidades só de cirurgia, os encaminhamentos são realizados para o município de Cruzeiro do Sul, estado do Acre porque é mais perto.

Abaixo está a distribuição da população da área adstrita da minha equipe de saúde por idade e sexo.

Idade (anos)	Sexo		Total
	Feminino	Masculino	
0 – 1	14	16	30
2- 4	11	4	15
5- 9	45	36	81
10-14	58	63	121
15-19	74	85	159
20- 24	132	143	275
25-29	124	95	219
30-34	103	175	278
35-39	162	144	306
40-44	214	199	413
45-49	97	102	199
50-54	137	107	244
55-59	215	161	376
60-64	98	65	163
65-69	94	44	138
70 e mais	124	93	217
<b>TOTAL</b>	<b>1702</b>	<b>1.534</b>	<b>3.236</b>

A equipe de saúde tem problemas com a falta de agentes comunitários, pois, ao total são 11 mas só temos 7 trabalhando, e a população é muito grande para essa quantidade, além disso, falta técnico de enfermagem. Os gestores em saúde sabem do problema mas não abrem vagas para este trabalho, pilar importante para ter um controle ótimo nos programas com a busca de fatores de riscos e seguimento adequado, porém, a demanda é maior não deixamos nenhum paciente para outro dia atendemos de segunda a sexta feira durante os dois turnos, não temos dias específicos para controle dos programas, motivo pelo qual estamos conversando, ainda não temos respostas, não existe trabalho organizado. A equipe tem um dia de visitas domiciliares onde pela quantidade de população priorizamos os acamados e cadeirantes que não são um número grande e logo os doentes com doenças crônicas, puérperas, recém-nascidos, idosos, grávidas de riscos, e por último as mulheres que ainda faltam pelos preventivos e doentes ausentes ao controle.

Temos reuniões da equipe pelo menos duas ou três vezes ao mês onde organizamos a programação do próximo mês, analisamos as dificuldades e ausências por parte dos agentes comunitários além de avaliar situação da comunidade.

Na Unidade prestamos assistência de puericultura de forma integral, onde colocamos as consultas nos prontuários e caderneta de vacina, avaliando desenvolvimento, crescimento, alimentação e interrogatório para mãe, saem com consultas programadas mas poucas são as que voltam, pois no município a maioria das mães não sabem a importância das puericulturas, por exemplo o grau de doenças como verminoses, anemia, retardo no crescimento são muito alto, além do baixo grau de nível de escolaridade, o analfabetismo. Na área adstrita da minha equipe todas as crianças são acompanhadas seja na consulta ou visita domiciliar, no entanto não com a frequência requerida, então os profissionais da saúde sabe trabalhar no programa, mas a população não tem a costume nem sabe sobre estas puericulturas pois há pouco tempo é que o município tem mais profissionais da saúde e antes não existia cumprimento dos programas.

As grávidas são atendidas pela enfermeira e pelo médico. A primeira consulta do pré-natal é realizada antes das 12 semanas, com ajuda dos agentes comunitários que são os encarregados de pesquisar a tempo mulheres grávidas. Tratamos de alcançar pelo menos as 7 consultas para garantir que a gestante chegue em ótimas

condições ao parto. Indicamos na primeira consulta os exames hemograma, fezes, urina, sorologia, grupo sanguíneo e fator Rh, não contamos com HIV, e toxoplasmoses. Temos muitas dificuldades na participação das grávidas nos pré-natais, tentamos oferecer palestras sobre a importância deste controle. Depois das consultas são programadas consultas próximas de acordo com a idade gestacional e riscos da gestante.

Na prevenção de câncer de colo de útero realizamos o papa Nicolau anual, onde registramos nos prontuários, registro de preventivo, temos uma enfermeira encarregada dos preventivos na área, com a chegada dos resultados a paciente sabe deste e anotamos no prontuário, nos casos de NIC é indicado o encaminhamento para ginecologista e cada 6 meses orientamos uma consulta e realização de preventivo, é difícil muitas vezes alcançar as consultas pelo ginecologista pois é longe e o fator econômico influencia muito, embora na população não existe alto índice de câncer de colo de útero. Realizamos o exame de mama em momentos oportunos nas consultas ou porque a paciente notou alguma situação anormal ou sentiu dor. A partir disso são indicados primeiramente ultrassonografia depois de um bom exame físico e tratamento com as consultas programadas para seguimento adequado, as mamografias só são indicadas nos casos que suspeitamos de tumores malignos porque não contamos com este exame no município, fato que preocupa muito para ter um bom controle na prevenção de câncer de mama.

É bom referir que só existe um manual de monitoramento e avaliação na prevenção de câncer de colo de útero, mas não tem protocolos, nem monitoramento, só são realizados controles, acompanhamento e avaliação pela equipe e o médico. O trabalho no município não está organizado, para esta ação.

Os agentes comunitários da equipe de saúde são os encarregados de levar a maioria dos pacientes para controle do Hiperdia, pois, além dos conhecimentos sobre importância destes para evitar complicações não assistem com a regularidade precisa, são preenchidos os formulários próprios destes e os prontuários. Temos 167 hipertensos e 49 diabéticos, os quais foram consultados e visitados todos, no entanto as qualidades deles nos cumprimentos de seu tratamento e dieta não é a melhor, acho que a população precisa ser mais assistida. O trabalho em equipe dos gestores e profissionais da saúde para aumentar o nível de educação na saúde,



além de ter o conhecimento na hora do pedido dos medicamentos para evitar a falta destes nestes pacientes.

A saúde dos idosos é feita pelo controle destes mais nas visitas domiciliares que na unidade. Levamos em conta o estilo de vida, acompanhamento de familiares, e outros fatores importantes como econômico, afetividade, relacionamento sociais entre outros. A equipe conta com uma quantidade de pessoas de 60 anos de 562 aproximadamente 15,4% da população total o que indica que é uma população que está envelhecendo.

Referente á saúde bucal na UBS está muito difícil, pois só temos um odontologista para as duas equipes de saúde e também para a zona rural. As palestras sobre a saúde bucal no município são feitas pela equipe com o apoio da técnica de odontologia. Não existem medidas adequadas de prevenção das caries nas escolas. E maiorias das vezes têm falta de material para restauração e só o odontologista faz obturações.

Quando comecei com o curso na primeira unidade sobre os questionários o pessoal que tem a ver com as estatísticas quase não sabia responder, pois é um município onde existia falta de profissionais da saúde há muito tempo e porem o trabalho adequado da UBS estava quase perdido, além que as pessoas que dirigem a saúde não são profissionais da saúde e nem tinha responsabilidade suficientes. Os trabalhadores da UBS são em geral 41 e a maioria deles trabalha porque estão a favor da prefeitura embora não sejam bons mais estão trabalhando.

Depois de começar com o curso eu fui explicando tudo o que eu precisava aprender e a secretaria foi também aprendendo pouco a pouco sobre o funcionamento adequado da UBS, asem como os trabalhadores que também foram objetos das minhas perguntas de tarefa no curso.

Acho que melhorou muito o trabalho na UBS estamos mais organizados, fazemos mais reuniões, cada trabalhador sabe que deve fazer e como deve trabalhar com o profissionalismo indicado.

Posso inferir que minha comunidade apresenta alto índice de analfabetismo e, assim um baixo nível cultural. Existe muita pobreza, a maioria das pessoas é desempregada e a demais são agricultores e pescadores. As atividades mais comuns são participar nas igrejas.

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

Ao comparar o texto inicial com a análise situacional realizada na Unidade Básica de Saúde do meu Município, fica evidente o alcance de conhecimentos através dos questionários disponibilizados pelo curso. Constituíram os pilares fundamentais para conhecer mais sobre o SUS e conseguir que a minha equipe trabalhasse melhorando os indicadores de saúde. As estatísticas aumentaram com o trabalho mais organizado e discutido pela equipe em conjunto, além de oportunizar uma boa base as agentes comunitárias de saúde.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Escolhi esta ação programática porque na minha UBS, quando cheguei, os controles de todos os programas estavam quase perdidos pela demanda espontânea tão grande que esta recebe e atende. Dentro delas as crianças, que além de não terem uma boa puericultura, a maioria delas tinha mães menores de 20 anos, com baixo nível social e econômico.

A saúde da criança é uma intervenção muito importante que está implícita dentro dos programas da saúde, a puericultura preconizada pelo Ministério da Saúde. Cada país tem o dever de proporcionar que as crianças cresçam saudáveis e com uma boa educação. É necessário vigiar e atender este grupo de idade na primeira semana de vida para acompanhar seu crescimento, desenvolvimento, vacinação e demais ações, com o objetivo de prevenir doenças. É também objetivo do programa que os pais estejam juntos nesse controle para que possamos aconselhar na educação da criança e garantir que no futuro sejam pessoas de bem. Este é o primeiro passo onde o profissional da saúde tem para controlar doenças, evitar epidemias, valorizar todos os pontos para se ter este controle, e assim, fornecer uma saúde integral.( Caderno de Atenção Básica. Saúde da Criança no.33. Brasília-DF 2013)

Minha unidade básica é uma unidade adaptada que conta com duas equipes de saúde, tem farmácia, quatro consultórios, um consultório de odontologia, sala de vacinação, sala de enfermagem que não reúne as condições para pronto socorro por falta de aparelhos importantes, cozinha, recepção, não cumpre com os requisitos para o atendimento adequado para pacientes deficientes. No município temos falta de especialistas como pediatria e psicólogo que são importantes para o atendimento

integral da intervenção objeto de estudo, mais isto não quer dizer que o nosso atendimento não reúna todos os parâmetros para que seja com ótima qualidade.

Minha equipe está integrada por 11 agentes comunitários de saúde, no entanto estamos apenas com 7 agentes de saúde trabalhando efetivamente, enfermeira e o médico. A comunidade tem 3.236 habitantes, dos quais 126 são crianças. A população da minha equipe de saúde está cadastrada 100% e é uma população que está envelhecendo. Atualmente estamos com os atendimentos de demanda espontâneos muito altos e ainda não conseguimos aumentar a cobertura dos controles e muito menos das puericulturas. Mas estamos com o aumento de palestras e aumentando as visitas domiciliares.

Esta intervenção terá grande acontecimento no município porque até agora as mães não sabiam a importância do atendimento, é um desafio para nossa equipe atingir os controles de forma espontânea todos os meses. Todos os integrantes das equipes contam com um papel fundamental nesta intervenção, pois com as reuniões programadas com a equipe temos bem claro o nosso objetivo.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde das crianças entre zero e 72 meses da Unidade Básica de Saúde Ivaneide Cordeiro, Ipixuna, AM

### **2.2.2 Objetivos específicos e metas**

Objetivo 1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 100%.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

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

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

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

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

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

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

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

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

Meta 2.11: Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

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

Objetivo 4: Melhorar registros das informações.

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

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

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

Objetivo 6: Promover a saúde.

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

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

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

Meta 6.4: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% dos responsáveis das crianças de zero a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas nos meses de junho a setembro na Unidade de Saúde da Família (USF) Ivaneide, no Município de Ipixuna, Amazonas. Participarão da intervenção 52 crianças de Zero a 72 meses de idade, utilizando as cadernetas da criança e a ficha espelho disponibilizadas pelo curso para o preenchimento e atualização adequados dos dados obtidos nos controles.

### **2.3.1 Detalhamento das ações**

Objetivo 1: . Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança.

Meta 1.1: : Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 100%.

Monitoramento e avaliação.

Detalhamento: O acompanhamento de crianças, será realizado pela enfermeira, através dos prontuários, ficha espelho, disponibilizada pelo curso, e planilha de coleta de dados com o acompanhamento semanal destes atendimentos

Organização e Gestão do Serviço (OGS):

Detalhamento: será realizado conferência das crianças cadastradas pelas agentes comunitárias, sendo a enfermeira responsável por esta ação. Busca ativa das crianças pelas agentes comunitárias, através do aumento de visitas domiciliares.

Engajamento Público (EP):

Detalhamento: orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança. Serão realizadas orientações sobre o programa de puericultura em sala de espera e através de visitas domiciliares pelas agentes comunitárias.

Qualificação da Prática Clínica (QPC):

Detalhamento: 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, a Puericultura. Será realizada pela enfermeira e médica.

Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e a comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

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

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

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

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

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

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

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

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

Meta 2.11: Realizar primeira consulta odontológica para 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade moradoras da área de abrangência, cadastradas na unidade.

Monitoramento Avaliação (MA):

Detalhamento: Monitorar as crianças com excesso de peso, déficit de peso, crescimento, vacinação em dia, triagem auditiva e teste do pezinho. Através de registro na ficha espelho estas ações serão realizadas pela enfermeira do posto e médica.

Organização e Gestão do Serviço (OGS):

Detalhamento: Organizar acolhimento das crianças de seis a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde. Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de seis a 72 meses de idade. Oferecer atendimento prioritário às crianças de seis a 72 meses de idade na unidade de saúde.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de seis a 72 meses de idade.

Engajamento Público (EP):

Detalhamento: Serão realizadas orientações sobre o programa de puericultura em sala de espera. Informar a comunidade sobre atendimento odontológico de crianças de seis a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde. Esclarecer a comunidade

sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. Pedir apoio aos líderes informais da comunidade (comerciantes, cabelereiras, professores) os quais também são escutados pela população, para contribuir ao fornecimento deste programa na saúde, colocando cartais nos seus locais sobre o tema. Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. Será realizado a impressão de protocolos, os materiais adequados já estão disponíveis no consultório.

#### Qualificação da Prática Clínica (QPC):

Detalhamento: Realizar capacitação com as agentes comunitárias em saúde nas reuniões da equipe sobre o tema de estudo que será ofertado a comunidade através de 3 palestras. Pontos como medidas antropométricas, desenvolvimento e crescimento infantil, sinais de alerta, particularidades dos diferentes grupos de idades, entre outros. Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas. Padronizar a equipe. Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

O responsável pelo atendimento do programa de puericultura é a enfermeira e o médico que já são capacitados para desenvolver as atividades, assim será feito pelos mesmos a capacitação da equipe nas reuniões quinzenais

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança.

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

#### Monitoramento Avaliação (MA):

Detalhamento: monitorar as crianças que estão sendo acompanhadas na puericultura, através da ficha espelho, disponibilizadas pelo curso. Esta ação será realizada pela enfermeira.

#### Organização e Gestão do Serviço (OGS):

Detalhamento: Fazer busca ativa a todas as crianças que não estiverem comparecendo as consultas, sendo esta ação realizada pelas agentes comunitárias.

#### Engajamento Público (EP):

Detalhamento: Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança. Serão realizadas



orientações sobre o programa de puericultura em sala de espera no período da manhã e tarde.

**Qualificação da Prática Clínica (QPC):**

Detalhamento: Capacitar a equipe tanto para o protocolo de Puericultura disponibilizado pelo Ministério da Saúde, como capacitação da equipe para o acolhimento das mães e crianças. Será realizado através de estudos em roda quinzenalmente com todos os membros da equipe envolvidos. As crianças com problemas agudos serão atendidas no mesmo turno do acolhimento e com a consulta de retorno agendada.

**Objetivo 4: Melhorar registros das informações.**

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

**Monitoramento Avaliação (MA):**

Detalhamento: Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

**Organização e Gestão do Serviço (OGS):**

Detalhamento: Implantar ficha espelho (da caderneta da criança). Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável pelo monitoramento registros.

O enfermeiro é o responsável pelo monitoramento dos registros e preenchimento de relatórios.

**Engajamento Público (EP):**

Detalhamento: Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via.

Serão realizadas orientações em sala de espera, individualmente na consulta clínica. Garantir o apoio dos gestores da saúde para a obtenção de todas as fichas necessárias para registro.

**Qualificação da Prática Clínica (QPC):**

Detalhamento: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde. Será realizada a capacitação da equipe na reunião mensal da UBS na última sexta-feira do mês no período da tarde.

Objetivo 5: Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência.

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

Monitoramento Avaliação (MA):

Detalhamento; Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade. Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso. Será realizado através dos prontuários, ficha espelho, que foi desenvolvida pela equipe da área, e planilha de coleta de dados com o acompanhamento semanal destes atendimentos.

Organização e Gestão do Serviço (OGS):

Detalhamento: Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco. Identificar na ficha espelho as crianças de alto risco.

Engajamento Público (EP):

Detalhamento: Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. Serão realizadas orientações em sala de espera e palestras mensais.

Qualificação da Prática Clínica (QPC):

Detalhamento: Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade. Será realizada a capacitação da equipe na reunião mensal.

Objetivo 6: Promover a saúde.

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

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

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

Meta 6.4: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% dos responsáveis das crianças de zero a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Monitoramento Avaliação (MA):

Detalhamento: Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho. Será realizada através dos prontuários, ficha espelho, que foi disponibilizada pelo curso, e planilha de coleta de dados com o acompanhamento semanal destes atendimentos.

#### Organização e Gestão do Serviço (OGS):

Detalhamento: Definir o papel dos membros da equipe para cada ação na promoção de saúde. Para a orientação em saúde bucal será solicitado apoio do odontólogo na ajuda de seleção de materiais para informar a comunidade, acerca dos principais problemas.

#### Engajamento Público (EP):

Detalhamento: Informar a comunidade sobre os diferentes aspectos da importância na detecção de fatores de riscos e doenças. Será realizado através de palestras, sala de espera e nas visitas domiciliares. Buscar apoio da comunidade para ajudar na divulgação destas ações. Obter o apoio de outros profissionais da saúde, para garantir um atendimento com qualidade.

#### Qualificação da Prática Clínica (QPC):

Detalhamento: Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre saúde da criança, nos aspectos como alimentação, desenvolvimento, hábitos bucais, cárie na dentição decídua, vacinação entre outros. Será realizada a capacitação da equipe na reunião mensal da UBS. Realizar reunião ao mês com os profissionais da UBS envolvidos no programa, enfermeiros encarregados da vacina, odontólogo e técnicos da saúde bucal, enfermeiros encarregados da avaliação das medidas antropométricas e a equipe de saúde com o objetivo de avaliar se o cronograma de atividade está sendo cumprido.

### **2.3.2 Indicadores**

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 100%.

Indicador 1: Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Numerador 1: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Denominador 1: Número de crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Numerador 2: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

Denominador 2: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 3: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

Numerador 3: Número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.

Denominador 3: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 4: Proporção de crianças com déficit de peso monitorado.

Numerador 4: Número de crianças com déficit de peso monitorado pela equipe de saúde.

Denominador 4: Número de crianças inscritas no programa com déficit de peso.

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

Indicador 5: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

Numerador 5: Número de crianças com excesso de peso monitorado pela equipe de saúde.

Denominador 5: Número de crianças inscritas no programa com excesso de peso.

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

Indicador 6: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

Numerador 6: Número de crianças inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento.

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

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

Indicador 7: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

Numerador 7: número de crianças com vacinas em dia para a idade.

Denominador 7: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Indicador 8: Proporção de crianças com suplementação de ferro.

Numerador 8: número de crianças que fizeram ou que estão realizando suplementação de ferro.

Denominador 8: Número de crianças entre seis e 18 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 9: Proporção de crianças com triagem auditiva.

Numerador 9: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

Denominador 9: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.10: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até sete dias de vida.

Indicador 10: Proporção de crianças com teste do pezinho até sete dias de vida.

Numerador 10: número de crianças que realizaram o teste do pezinho até sete dias de vida.

Denominador 10: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.11: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

Indicador 11: Proporção de crianças de seis a 72 meses com avaliação da necessidade odontológica.

Numerador 11: Número de crianças de seis a 72 meses de idade da área de abrangência com avaliação da necessidade odontológica.

Denominador 11: Número total de crianças de seis a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Meta 2.12: Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% das crianças moradoras da área de abrangência, de seis a 72 meses de idade.

Indicador 12: Proporção de crianças de seis a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Numerador 12: Número de crianças de seis a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador 12: Número total de crianças de seis a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

Meta 2.13: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Indicador 13: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador 13: Número de crianças buscadas.

Denominador 13: Número de crianças faltosas ao programa.

Meta 2.14: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 14: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador 14: número de fichas- espelho com registro adequado

Denominador 14: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.15: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 15: Proporção de crianças com avaliação de risco.

Numerador 15: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

Denominador 15: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo: Promover a saúde

Meta 2.16: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 16: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

Numerador 16: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

Denominador 16: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.17: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 17: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Numerador 17: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

Denominador 17: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.18: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 18: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador 18: registro de orientação nutricional.

Denominador 18: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2.19: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de zero a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 19: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Numerador 19: Número de responsáveis das crianças entre zero e 72 meses de idade com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Denominador 19: Número total de crianças de zero e 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

Para realizar a intervenção no Programa de saúde na criança utilizaremos a caderneta de saúde da criança, e a utilização da ficha espelho disponibilizada pelo curso. A enfermeira e o médico irão se reunir para o manejo destas fichas, além de

colocar junto a estas as folhas suficientes com a ordem do exame físico e requisitos próprios para realizar um acompanhamento adequado, deixando também espaço para colocar as visitas pela equipe de saúde atingindo assim o aspecto psicossocial onde mora a criança. Para a confecção destas fichas contaremos com a ajuda da coordenação da UBS, confeccionaremos o número suficiente em relação as crianças que estão inscritas no programa e outro número na espera das crianças que vão ser atendidas na primeira semana de vida e para casos novos migratórios.

Como na UBS não conta com computadores suficientes, estamos na confecção de um caderno onde incluiremos os dados recolhidos na puericultura, crianças faltosas nas consultas, retardo com vacinas, riscos e programação de atendimentos. Também foi preciso falar novamente sobre o material para os testes de pezinho e ter na UBS o aparelho próprio para a triagem auditiva sem resposta afirmativa porem começaremos sem estes recursos.

A primeira ação é muito importante é a organização do trabalho na UBS que terá como objetivo principal colocar dias da semana para os diferentes programas dentro delas a saúde na criança, para isto pedimos apoio da coordenação e o secretário de saúde com a realização de uma reunião dia 9 de junho no horário da tarde depois do trabalho com os trabalhadores da UBS para que conheçam a importância de organização, que todos estejam informados sobre os dias correspondentes para cada um dos programas e elaboração de mural informativo para a população já sejam com letras ou incorporação de figuras demonstrativas pelo alto índice de analfabetismo no município. Nessa reunião iremos conhecer o material de registros e programação, o responsável será o médico e enfermeira da equipe na sala de reunião da UBS com uma programação para debater em forma de chuvas de ideias.

A outra ação será a incorporação do 100% das crianças inscritas no programa (lembrando que a equipe de saúde tem o 100% das crianças cadastradas mais não todas participam da puericultura) para isto aumentaremos os números das visitas, seja através dos agentes comunitários ou a equipe de saúde, onde faremos o preenchimento das folhas propostas no espaço da visita e o caderno de programação atingindo uma parte da puericultura. O responsável é a equipe de saúde e já estão na realização das visitas com periodicidade diária por parte das agentes de saúde e semanal com a participação do médico e enfermeira.



Como a demanda espontânea na UBS é muito grande a outra ação é priorizar o atendimento das crianças da comunidade com a informação aos trabalhadores da recepção que as crianças não podem se deixar para outro turno e, serão atendidos no turno com o agendamento na saída da próxima consulta ou com acompanhamento de acordo com a doença nesse momento, utilizando sempre a caderneta, as fichas elaboradas e o caderno de programação. Responsável o médico e enfermeira.

Aumentar o conhecimento sobre este programa para toda a população com ajuda das palestras, utilizando a mesma UBS no dia de atendimento as crianças, consulta de pré-natal, e a comunidade com uma frequência de três palestras por semana com o treinamento prévio as agentes de saúde que saibam como é o preenchimento do material de dados confeccionados e o objetivo, além disso toda a equipe deve estar envolvida nas palestras e com apoio das pessoas que tenham certa liderança na comunidade como comerciantes, cabelereiras, professores entre outros, visitando estes nos seus trabalhos ou nas suas casas para contar com seu apoio e priorizar seus conhecimentos com ajuda dos agentes de saúde da sua rua e que tenham boa facilidade de expressão para compartilhar nas palestras buscando a confiança da comunidade.

Obter apoio dos gestores da saúde e a comunidade com o objetivo, primeiro que é direito da população de conhecer os programas, segundo, porque nos casos de famílias com muita carência socioeconômica para o qual pode ser risco de doença ou agravamento delas na criança, contar com apoio assim como para os casos de encaminhamento. A proposta de garantir este apoio é levando convites para os gestores para participar das puericulturas com o consentimento prévio aos pais das crianças com o objetivo que entendam o valor destes controles.

Como outra ação será envolver outros profissionais da saúde para o apoio neste programa com a realização de uma reunião ao mês onde explicaremos sobre indicadores, deficiências, para alcançarmos todos os aspectos da puericultura com a qualidade precisa. Responsável o médico e enfermeira a primeira reunião será uma vez ao mês.



### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas e desenvolvidas**

O projeto começou no mês de junho onde começamos fazer a cronograma com o objetivo principal de incorporar 100% das crianças ao controle, pois no município o nível de conhecimento sobre a importância da puericultura estava totalmente perdida, existia só atendimento de demanda espontânea, então decidi com o apoio do curso e os demais profissionais da saúde resgatar as puericulturas na UBS e que sirva de exemplo para que as outras equipes de saúde saibam a importância de resgatar esse atendimento tão importante.

O primeiro passo foi fazer uma reunião com a equipe de saúde para falar sobre o tema e indicar como íamos trabalhar de forma organizada, as agentes de saúde teriam curso para aumentar seus conhecimentos sobre medidas antropométricas, sobre sinais e sintomas de alerta nas crianças, sobre fazer uma boa busca de fatores de riscos, como fazer uma boa visita a família, como se preparar para dar palestras e marcamos os temas e também buscamos líderes informais da comunidade para se oferecer de forma voluntaria na divulgação sobre o tema. Fizemos uma reunião como segundo passo do projeto, na UBS para que o projeto fosse conhecido por todos os profissionais e trabalhadores da UBS, depois de um relatório sobre a importância de resgatar as puericulturas e seus objetivos, comecei por divulgar e discutir cada ação, ficou então que terças e quintas feiras são destinadas para as puericulturas, embora na UBS as crianças são uma prioridade para os atendimentos. Nessa reunião falamos com o odontólogo para falar sobre a avaliação na saúde bucal das crianças depois de serem valoradas pelo controle, pois temos dificuldades com esta atenção. Foi convidada a secretaria de saúde e a coordenadora para que participassem em algumas das puericulturas para o qual confeccionamos um consentimento informado para os pais das crianças nos casos

de visitas nos controles das suas crianças. Falamos para contar com apoio de todos os trabalhadores.

O outro passo foi falar com os líderes informais de cada rua ou bairro dentro dos limites da comunidade da equipe que foram informados para apoiar-nos e agradecer pelo apoio. Falamos com eles nas suas casas a enfermeira e a doutora, a conversa foi muita boa e com cada um deles fizemos um relatório sobre a importância das puericulturas e os benefícios que tem sua realização e acompanhamento.

A divulgação sobre os controles foi muita boa os líderes informais apoiaram muito, contei com o apoio de um deles para falar com alto-falante pela cidade sobre os atendimentos. Os gestores de saúde visitaram algumas das puericulturas e ficaram muito contentes compreenderam a importância, as agentes de saúde começaram trabalhar e aumentou ainda mais o número de consultas foi feitas outras reuniões com elas para falar sobre temas relacionados com a saúde da criança, foi feita outra reunião com toda a UBS com motivo de dar um conhecimento sobre como ia o projeto, seu desenvolvimento e os objetivos alcançados. Fiz outra reunião com os líderes das comunidades agradecendo pelo apoio.

A equipe começou com 47 crianças ao passar o tempo captaram-se cinco recém-nascidos para um total de 52 crianças todas atendido em consultas com os controles em dia com as visitas em dia, pois todas foram visitadas por toda a equipe de saúde, muitas delas com duas visitas por busca ativa de crianças faltosas. Das crianças duas apresentam problemas de baixo peso e uma com problema de sobre peso para o qual este último foi erradicado, ainda está trabalhando com as duas crianças com déficit de peso, a grande maioria apresenta muitos fatores de riscos por motivo que falei anteriormente, as condições de vida péssimas e o baixo nível sociocultural dos pais nos quais estamos trabalhando pouco a pouco.

Uma das dificuldades que apresentamos foi o atraso no pagamento das ACS e assim a falta deles em muitas atividades. Porém, a maioria das visitas foi realizada pela médica nos horários extras para garantir a intervenção com resultados adequados.

### **3.2 Ações previstas e não desenvolvidas**

As consultas foram muito boas desde o começo, tive muitas dificuldades pelo desconhecimento dos pais, pelo nível cultural baixo da maioria deles, pelo problema de pagamento as agentes de saúde as quais não trabalharam por esse motivo por um bom tempo, mas a enfermeira e eu começamos fazer visitas domiciliares para ter mais atendimentos os quais são programados e como não tínhamos nesse momento agentes de saúde então fomos divulgar nas casas das crianças programadas para que participassem. Tentamos contornar as dificuldades de executar algumas ações pela falta de agentes comunitários, no entanto o saldo foi positivo.

Outra dificuldade enfrentada foi com relação ao teste do pezinho, estamos apresentando um problema sério com a realização deste teste, pois não estão sendo realizados no município. Também não conseguimos realizar a triagem auditiva, pois não contamos com o aparelho específico para este fim. A coleta destes dados não foi desenvolvida em razão disto.

Ainda faltam crianças para serem atendidas na consulta odontológica mas não é um problema que não vai ser resolvido, estamos trabalhando para isso.

### **3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados**

O projeto teve bons resultados, pois o principal objetivo foi alcançado que foi atender e acompanhar 100% das crianças da comunidade, aumentar os conhecimentos sobre a importância das puericulturas, conseguimos fazer uma captação cedo das crianças na primeira semana de vida.

Todo o trabalho permitiu a realização das puericulturas que estavam quase esquecidas por contar com poucos profissionais da saúde no município, o trabalho das ACS nos cadastramentos da área de abrangência que permitiu ter o total das crianças nas puericulturas.

Problemas para a coleta de dados foi com relação ao teste do pezinho e triagem auditiva. Num primeiro momento até me ambientar com o curso, manusear as planilhas de coleta de dados, tive uma certa resistência, mas ao final deu tudo certo, pois pude contar com o apoio de várias pessoas, para que este trabalho pudesse chegar ao final com êxito.

### **3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços**

Esta ação programática desenvolvida no meu serviço na Saúde da Criança já está incorporada a rotina do serviço, e pretendemos dar continuidade mesmo findando o curso, além disso, o curso serviu de "empurrão" para que outras ações venham a sofrer mudanças estruturais para melhorar o atendimento dos usuários.

## 4 Avaliação da intervenção

### 4.1 Resultados

A intervenção realizada com crianças de zero a 72 meses, na UBS Ivaneide Cordeiro, município de Ipixuna, Amazonas, realizada no período de 16 semanas alcançou os seguintes resultados:

No que tange o objetivo de cobertura, cuja meta inicial era de 100% das crianças entre 0 e 72 meses cadastradas na área para a realização da puericultura. Do total de crianças cadastradas na minha área, ou seja, 52 não eram acompanhadas na unidade. Após a intervenção no primeiro mês 15 (28,8%) foram acompanhadas, no segundo e terceiro mês 50 (96,2%), e no quarto mês foram 52 (100%) atingindo a totalidade de crianças cadastradas.

A ação que mais ajudou para alcançarmos este objetivo foi o cadastramento de 100% (52) das crianças entre 0 e 72 meses da área, seu acompanhamento pela equipe de saúde, e o apoio dos líderes informais da comunidade que ajudaram com a divulgação da importância das puericulturas.

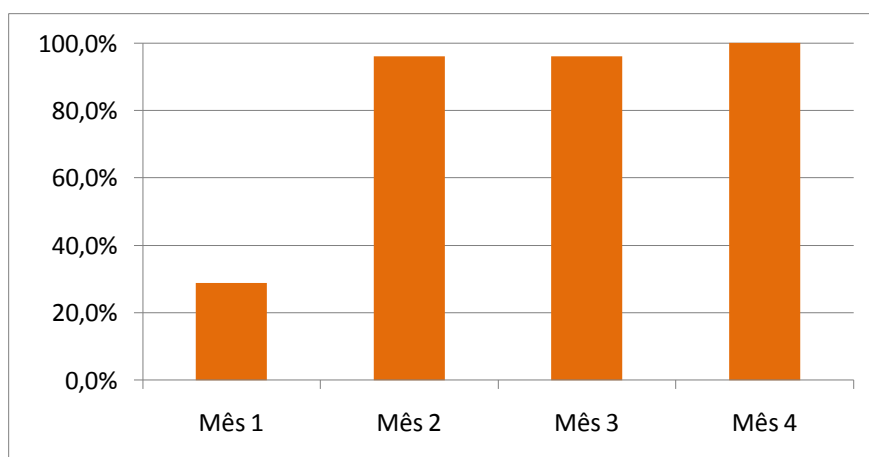


Figura1. Proporção crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde Ivaneide Cordeiro.

Fonte: Planilha final coleta de dados 2014-2015.

Outro indicador foi a primeira consulta na primeira semana de vida, no primeiro mês 2 (13%), 10 (20%) no segundo mês, 15 (30%) e no quarto mês 20 (38,5%). Para estes resultados existem várias razões para não termos atingido a totalidade, há o fator recordatório dos pais, pois algumas crianças já são maiorzinhas, assim há dificuldade de lembrar sobre esta pergunta, o próprio registro na caderneta da criança, assim como até o momento a puericultura estava esquecida em nosso serviço, conseqüentemente os registros também. O importante é que todas as crianças nascidas na intervenção e que estão sendo acompanhadas, a partir de agora, estão tendo todos estes registros salvos nas fichas implementadas.

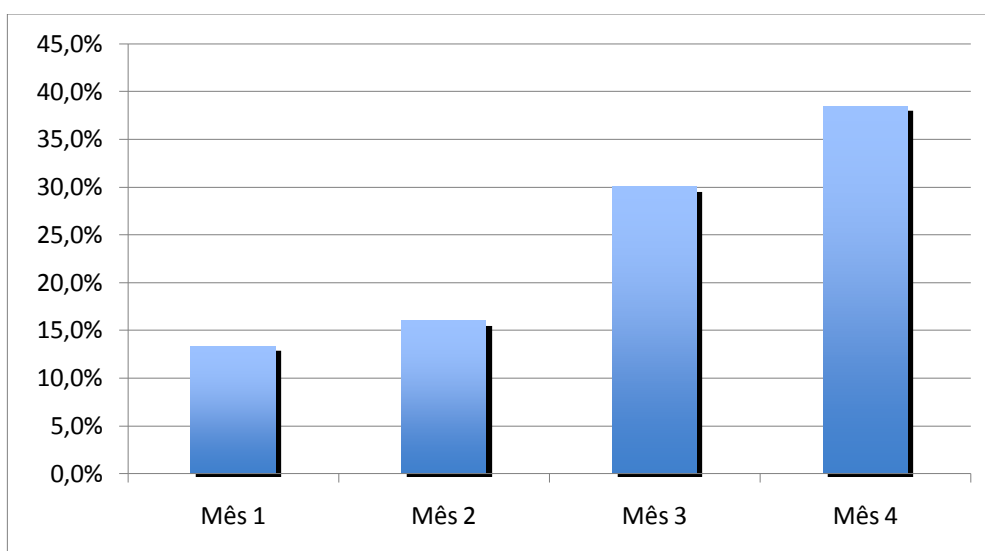


Figura 2. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

Fonte: Planilha final de coleta de dados 2014-2015.

Os indicadores para o crescimento, déficit de peso, excesso de peso, desenvolvimento atingiram 100% em todos os meses. Todas as crianças tiveram o déficit de peso monitoradas ao longo das 16 semanas. As crianças com déficit de peso totalizam 5 crianças (9.6%). No entanto começou com seis crianças, em uma delas se restabeleceu o peso. As demais estão em acompanhamento adequado. Contamos com o apoio dos gestores da saúde depois de fazer reuniões e convites a eles.

Para o monitoramento das crianças com excesso de peso todas foram avaliadas (52) 100%. Sendo que 4 estavam com excesso de peso (7.6%) no início da intervenção e ao final apenas uma se manteve 1.9%. Isto foi graças as



orientações nutricionais feitas nos controles. A puericultura continua realizando seu objetivo de forma integral com a qualidade requerida e as palestras na comunidade. Seria bastante oportuna a integração de um profissional na área da educação física assim como uma nutricionista na UBS para trabalhar em conjunto com as equipes e alcançar uma melhor qualidade.

A vacinação foi um indicador que melhorou muito com o final da intervenção como podemos observar começamos no primeiro mês com 45 (86,7%) das crianças vacinadas e terminamos com o 100% de vacinação em dia desde o mês três. Logramos bons resultados, pois no mesmo dia da puericultura as crianças que tinham vacinas atrasadas eram levadas para a sala de vacina.

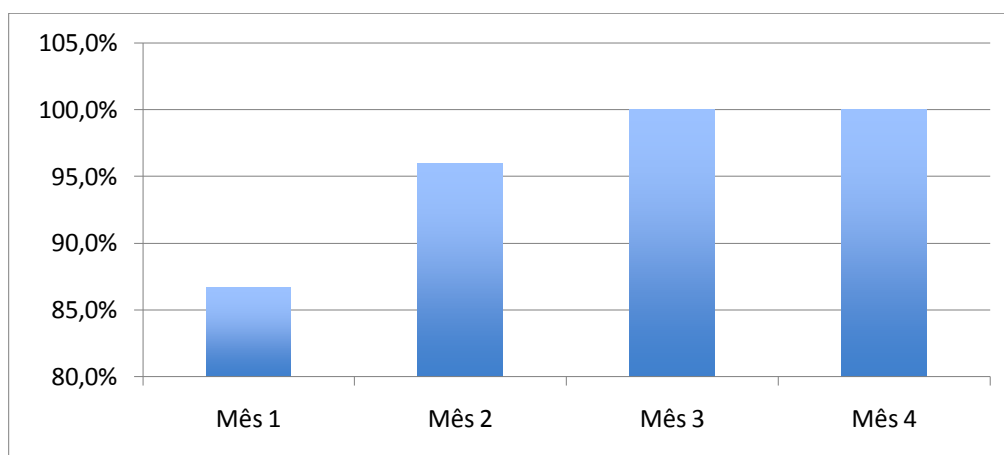


Figura 5. Proporção de crianças com vacinação em dia por idade.

Fonte: Planilha final de coleta de dados 2014-2015.

O indicador referente às crianças entre 6 e 24 meses receberam suplemento de ferro podemos dizer, que ao começar a intervenção na área, esta faixa etária não tinha suplemento de ferro como prevenção da anemia, ao começar no primeiro mês tinha 9 crianças entre 6 e 24 meses das quais só 8 (88,9%) estava cumprindo com este indicador, no segundo mês de 23 crianças 21 (91,3%) delas fizeram tratamento com ferro, no terceiro mês das 21 crianças 19 (90,5%) fez tratamento, quarto mês de 23 crianças com esta faixa etária 20 (87,0%) receberam suplemento de ferro. As crianças que faltaram o suplemento de ferro depois de ser indicado e orientado foi porque apresentaram reações adversas ao ferro.

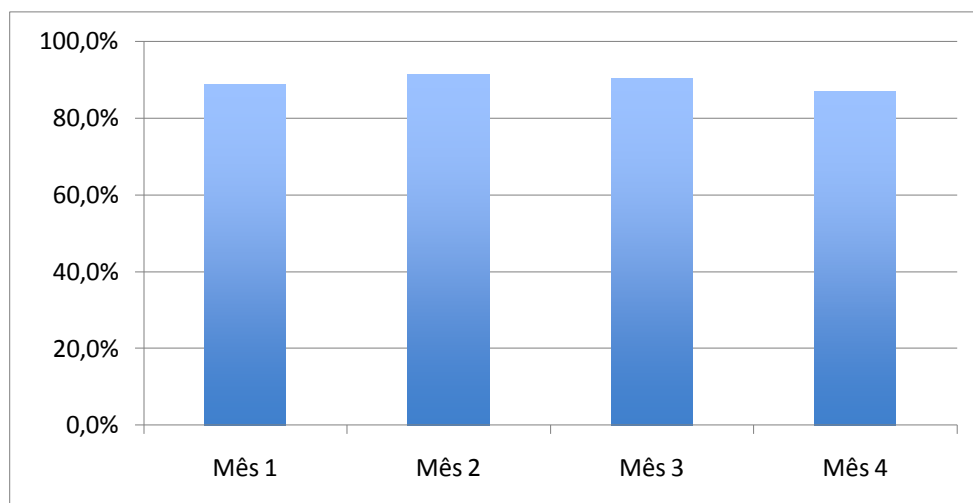


Figura 6. Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.

Fonte: Planilha final de coleta de dados 2014-2015

Na intervenção outro dos indicadores que foi para estudo foi à triagem auditiva não sendo possível fazer este teste, pois não contamos com o aparelho próprio para este exame. Assim, não gerou gráficos para os indicadores.

Temos problemas com a realização dos testes de pezinhos, não apresentei bons resultado neste indicador. Temos que trabalhar com isto em conversas com os gestores de saúde para maximizar e dar relevância sobre este indicador, pois nas reuniões feitas cheguei à conclusão que o problema é que não dão relevância e muitas das vezes não fazem os pedidos do material. No primeiro mês foram 4 (25,7%), das 15 acompanhadas, no segundo e terceiro mês respectivamente 24 (48%) e 23 (46%) das 50 acompanhadas, no quarto mês 24 (46,2%) das 52 acompanhadas. Começamos a intervenção sem o material para o teste de pezinho e ainda as crianças que estão nascendo estão com a falta deste exame tão importante.

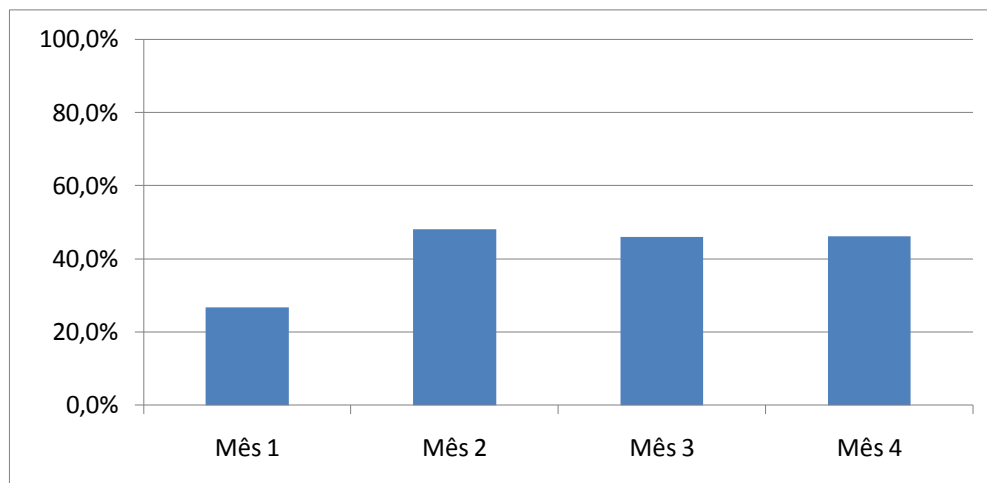


Figura 7. Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.

Fonte: Planilha final de coleta de dados 2014-2015.

Com relação aos indicadores sobre a saúde bucal para a necessidade de tratamento odontológico todo o mês atingiu-se 100%. No entanto, sobre o indicador da primeira consulta odontológica, tenho que falar que ao começar este indicador estava muito baixo. No início da intervenção 6 (50%) das crianças entre 6 e 72 meses, de um total de 12 crianças foram avaliadas pela consulta de odontologia. No segundo e terceiro mês respectivamente 19 (43,2%) e 24(54,5%) das 44 acompanhadas, e no 4 mês 26 (55,3%). Em nossa UBS só temos um odontólogo e por esta razão não obtivemos bons resultados. Mas deixamos como estratégia que os dias das puericulturas também seriam dia de odontologia para aquelas já programadas e reserva para cinco crianças neste dia.

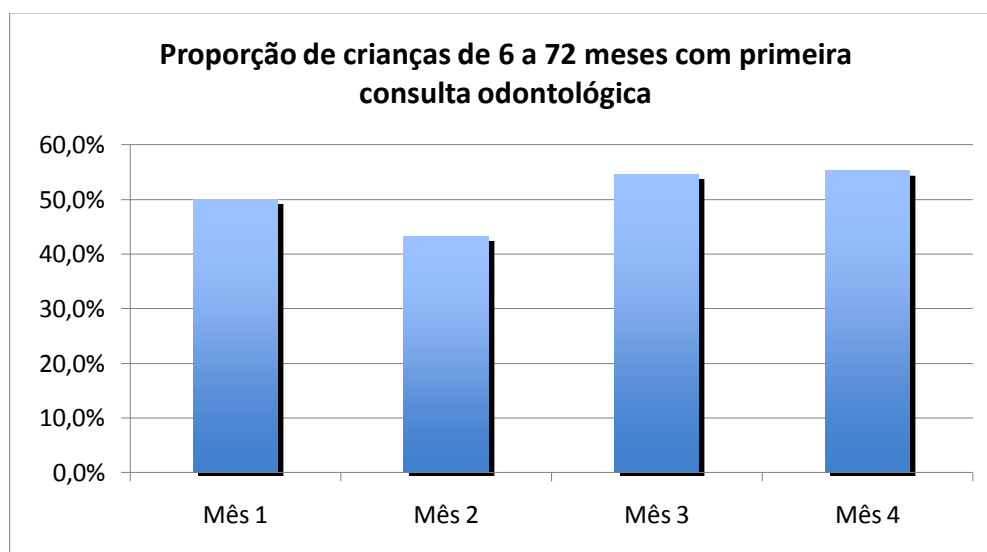


Figura 8. Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

Fonte: Planilha final de coleta de dados 2014-2015.

Para a busca ativa das crianças faltosas alcançamos o total de 100% e posso falar que no mesmo dia da falta depois da jornada laboral a enfermeira e a doutora visitaram as crianças faltosas. O indicador sobre os registros atualizados foi de 100% em todos os meses.

Sobre as crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta, percebemos que não atingimos 100% por motivo que quando começamos a fazer a intervenção devemos lembrar que o município não estava realizando o programa de saúde a criança. Quando comecei a fazer os controles muitas das crianças já estavam com idades de ter amamentação complementada ou já não estavam na idade da amamentação.

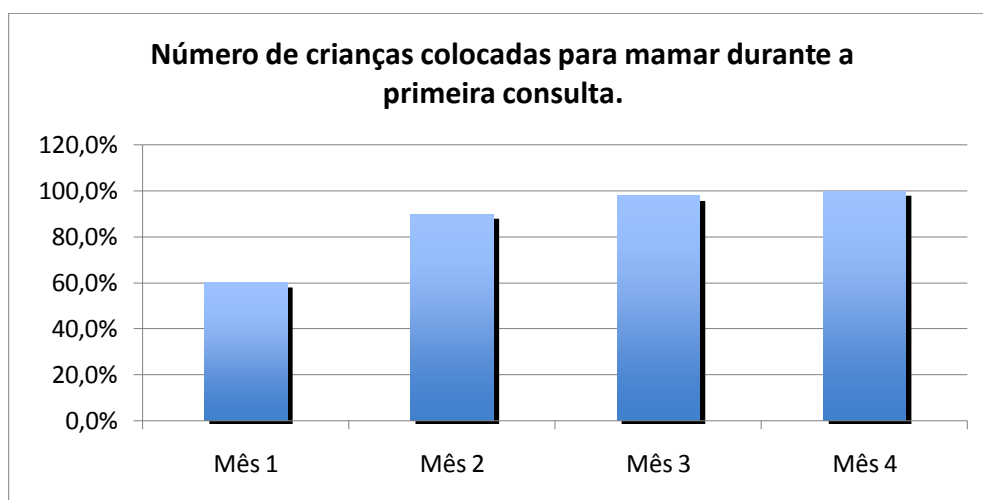


Figura 12. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

Fonte: Planilha final de coleta de dados 2014-2015.

Na intervenção todas as mães (100%) receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância, nutricionais, higiene bucal, etiologia e prevenção da carie, graças ao trabalho feito pela equipe, através das palestras organizadas. O fato de não contarmos com profissionais da saúde suficientes, a equipe procurou e fez perguntas para os técnicos de odontologia assim como procurou bibliografias sobre o tema da saúde bucal. Ao começar a intervenção as mães não tinham conhecimentos sobre nenhum destes indicadores, tinham os livros da vacina e nem liam para conhecer mais, além disso, muitas são analfabetas.

Os registros foram atualizados de acordo com os controles e as visitas programadas, como já disse, que na UBS não existia como tal um dia para as

puericulturas, e assim, poucos registros foram preenchidos e atualizados fato que mudou bastante.

## **4.2 Discussão**

A intervenção realizada com a Saúde das Crianças na UBS Ivaneide, pode ampliar os conhecimentos sobre a importância das puericulturas para toda a comunidade bem como a equipe de Saúde, desde as recepcionistas, técnicos de enfermagem, ACS, farmacêuticos, faxineiras, odontólogos e técnicos de odontologia e a própria Secretaria de Saúde. Além disso, foi possível atingir a cobertura de 100% de atenção a todas as crianças entre 0 e 72 meses, propiciou uma melhoria dos registros através do preenchimento dos livros que nunca foram preenchidos. Houve também uma atenção qualificada, dando relevância na importância dos testes do pezinho, avaliação de fatores de riscos e a importância da alimentação conforme a faixa etária. Obtivemos a construção de um infantômetro que não eram suficientes, além da busca de balanças por parte da secretaria de saúde.

A intervenção exigiu que a equipe de saúde, principalmente as ACS, se preparasse nos temas correspondentes, assim como ter conhecimentos e buscar temas para a realização de palestras. A equipe se uniu e realizou um bom trabalho, aprofundou-se nos indicadores que estavam com mais dificuldades, através de um cronograma melhor, com intuito de facilitar o trabalho de todos sem interferir na demanda espontânea da UBS.

Antes da intervenção as puericulturas não eram do conhecimento da comunidade, pois, quem fazia os atendimentos era a enfermeira pelos poucos profissionais (médicos) que existiam na UBS, depois da intervenção foi feita uma programação para deixar dias específicos na semana para os atendimentos e controles das crianças propiciando com isto, um serviço integral e mais organizado para os usuários.

A área de abrangência da equipe está muito satisfeita com os controles programados para a Saúde das Crianças. Houve um acompanhamento das crianças através da captação pelas ACS e atendimento pela enfermeira, médica e consulta odontológica. No entanto, outras demandas ainda estão falhas, por exemplo a atenção a saúde dos idosos ou a atenção as pessoas que são dos seringais, pois

geram insatisfações devido a espera na UBS, uma vez que não há dias específicos para isto.

A intervenção poderia ter sido melhor com a participação íntegra das ACS que faltaram devido a falta de pagamento em alguns períodos da intervenção e conseqüentemente, houve redução na captação dos usuários faltosas, através das visitas domiciliares. Outro fator que que prejudicou uma resposta ainda melhor com esta intervenção foi e é a falta de profissionais e a alta demanda espontânea que em alguns momentos gerou queixas.

Esta intervenção já foi incorporada a rotina do serviço. Implantamos um dia na semana para os controles para o atendimento pela médica e outro dia para avaliação pela enfermeira com um número reduzido para uma melhor abrangência das grávidas dos seringais, assim poderemos dar um acolhimento melhor a este grupo. Ampliaremos o trabalho de conscientização para a comunidade.

O próximo passo é levar a intervenção para o resto das equipes e o outro posto de saúde com o objetivo de trabalhar juntos priorizando o atendimento e diminuindo pouco a pouco a alta demanda espontânea. Trabalharemos agora com a intervenção do pré-natal, pois é muito importante para o cuidado das grávidas, uma maior cobertura na consulta na primeira semana de vida da criança assim como garantir a prevenção de doenças.

## **5 Relatório da intervenção para gestores**

Foi realizada na UBS Ivaneide uma intervenção sobre a Saúde das Crianças entre zero e 72 meses (6 anos) de idade, em um período de 16 semanas, na área pertencente a área de trabalho. Em decorrência da saúde deste grupo estar esquecida nesta unidade, realizamos este trabalho para resgatar alguns objetivos norteadores do SUS como a prevenção e identificação de fatores de riscos que podem determinar uma doença, para assim, intervir o mais cedo possível e evitar complicações que podem colocar em perigo a vida do paciente.

A puericultura refere-se aos controles de crianças saudáveis para prevenir doenças.

Preparamos fichas espelhos suficientes para começar e disponibilizamos dois dias na semana para atender as crianças que previamente já foram programadas, tudo isso com previa reunião realizada pela equipe com todos os trabalhadores da UBS para ajudar na intervenção e informar adequadamente a população.

As puericulturas são realizadas com a qualidade precisa atendendo a valoração nutricional, vacina, desenvolvimento psicomotor (que avalia qualquer retardo no desenvolvimento da criança) alimentação e saúde bucal. Realizamos visitas domiciliares às crianças, com intuito de avaliar como vivem, como são cuidados, os riscos de acidentes, a higiene da casa e pessoal. No âmbito da UBS realizamos palestras com diversos temas acerca da importância na prevenção de doenças nesta idade. Em cada consulta ou em visita domiciliar sempre é transmitido educação aos pais sobre alimentação, como podem estimular o desenvolvimento de seus filhos como educa-los com medidas de higiene adequada.

Tivemos dificuldades nos meses que as agentes de saúde não trabalharam por falta de pagamento e isso acarretou em um trabalho sem a devida qualidade

requerida, principalmente na busca ativa dos faltosos, causando um atraso para alcançarmos a meta proposta.

Trata-se de uma população difícil pela idiosincrasia e suas características, foi uma intervenção onde tivemos que falar muito, que visitar muitas casas para atingirmos o apoio dos pais em levarem as crianças aos atendimentos nos dias planejados, também foi difícil e, ainda é, para o resto da população que desejam ser atendidas nos dias que são para as puericulturas.

Ao observarmos os resultados gerados para o teste do pezinho no 1º mês 4 (26,7%) das 15 acompanhadas, no 2º mês 24 (48%) das 50, no 3º mês 23 (46%) das 50 acompanhadas e no 4º mês 24 (46,2%) das 52 acompanhadas. Percebemos através destes resultados que mesmo havendo crianças que a realizaram não atingimos a totalidade de 100%. O Município não disponibiliza o teste do pezinho que é um exame que deve ser realizado no 5º dia do nascimento dos bebês, cujo objetivo é identificar 5 doenças e atuar cedo no tratamento destas. Solicitamos a sua devida atenção para este exame, com a intenção de pensar na implantação deste no nosso Município, uma vez que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Somado a isso, dispomos de problemas na Saúde Bucal, pela falta de odontólogo, para cobrir toda a demanda espontânea, assim é necessário a contratação de novos profissionais.

Seria muito bom dar continuidade a intervenção no serviço, mas para isso precisamos da colaboração e apoio dos gestores de saúde na divulgação, na ajuda de canoas e botas quando muitas dessas áreas estejam alagadas para não interromper os acompanhamentos e para propiciar nosso apoio nesses casos. Esta intervenção é de suma importância para o Município, uma vez que permite ter um acompanhamento das crianças, lançando medidas preventivas em idades precoces e assim, minimizando doenças, os encaminhamentos, assim reduz custos, e consequentemente reduz a mortalidade infantil.

Estou disposta a receber propostas e tirar dúvidas para melhorar a intervenção, pois trata sobre a Saúde das Crianças do Município e elas, merecem a devida atenção por todos nós! Estou muito grata com a participação de todos vocês, quero dizer também que esta intervenção é como a porta de entrada para melhorar e alcançar outros programas e seria muito bom contar com o apoio de todos vocês. Obrigada.



## **6 Relatório da Intervenção para a comunidade**

Na UBS Ivaneide a equipe de saúde fez uma intervenção sobre a Saúde das Crianças com idades entre 0 e 72 meses (6 anos) na área pertencente a área de trabalho. O principal motivo a implementar esta ação foi porque a saúde deste grupo estava esquecida. E uns dos principais trabalhos de uma equipe na atenção básica é a prevenção e identificação de fatores de riscos que podem levar em uma doença. Para assim, intervir cedo e evitar complicações que podem pôr em perigo a vida dos usuários de saúde.

A puericultura refere-se aos controles de crianças saudáveis para prevenir doenças.

Foram feitas visitas nas casas das crianças para convidá-las juntamente com os pais a participarem de avaliações e orientações de saúde. Assuntos como alimentação, vacina, desenvolvimento psicomotor (que avalia qualquer retardo no desenvolvimento da criança), saúde bucal, higiene pessoal. Também oportunizamos que a crianças pudesse ser agendada de forma organizada para as consultas.

Ao finalizar a intervenção alcançamos um maior conhecimento por parte dos pais, avaliamos, identificamos e tratamos os fatores de riscos, e assim, evitamos doenças. Além disso, prevenimos possíveis encaminhamentos, o que é muito bom, uma vez que o município possui atendimento com pediatra nem conta com todos os exames para realizar um diagnóstico preciso.

As crianças que estavam com déficit de peso foram pouco a pouco resgatando seu peso ideal assim como os que apresentaram excesso de peso conseguimos que emagrecessem de forma saudável. Foi mostrado como ter uma alimentação saudável ajudamos alguns pais na elaboração de alimentos mostrando que não é preciso colocar muitos temperos nos alimentos. Conseguimos aumentar o acompanhamento para 100% das crianças da área. Apresentamos várias mães que falaram sobre as mudanças e a importância que perceberam com os controles,

sendo muito importante para a nossa equipe ter o apoio e incentivo da comunidade para com este trabalho.

A intervenção será incorporada a rotina UBS. Vamos implantar um dia na semana para os controles para o atendimento pela medica e outro dia será para avaliação pela enfermeira. Ampliaremos o trabalho de conscientização para a comunidade.

Muito grata pela participação de vocês nestas 16 semanas, no entanto, não paramos por aqui, contamos com o apoio de todos para ajudar a divulgar esta intervenção para os demais membros desta comunidade. Obrigada!

## **7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem**

Para mim o curso foi o meio pelo qual consegui organizar meu trabalho na Unidade Básica de Saúde, pois, antes de começar me sentia perdida não sabia como organizar meus atendimentos pela demanda espontânea tão grande que existe. Quando comecei tudo foi ficando mais fácil me sentia mais orientada, soube rapidamente o que fazer diante das dificuldades, aprendi sobre as funções de cada trabalhador da unidade.

Acredito que todo o profissional da saúde deveria fazer o curso para abrir mais o ponto de vista do paciente como um todo onde não só é o homem doente ou saudável é ver e conhecer tudo o que o rodeia.

A forma como o curso encontra-se organizado, torna bastante clara e fácil de conduzir as atividades. Os casos interativos e o fórum de dúvidas clínicas me ajudaram muito. Certamente me sinto mais preparada graças ao curso. Muito OBRIGADA!

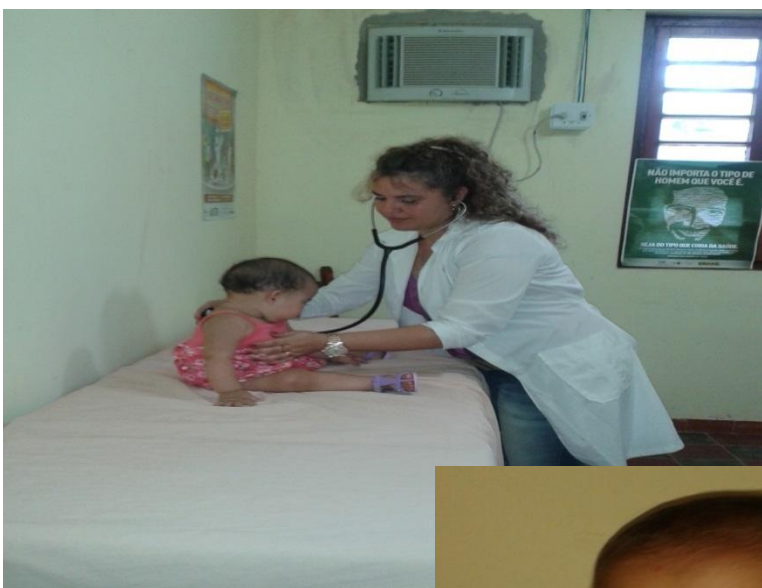
## **Referências**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica No. 33. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Brasília-DF 2013.

## **Apêndices**

## Apêndice A - Imagens da intervenção





## **Anexos**



## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Pro<sup>a</sup> Ana Cláudia Gestal 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

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 2										
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?	
<b>Orientações de preenchimento</b>	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	
	42	José Carlos De Oliveira	46	1	1	0	0	0	0	

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1									
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança está com registro adequado na ficha espelho?	Foi realizada avaliação de risco na criança?	A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância?	A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura?	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional na unidade de saúde de acordo com a faixa etária?	A mãe (responsável) recebeu orientação na unidade de saúde sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?	
<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	
	1	Antonio Cidone Oliveira De Souza	1	1	1	1	1	1	



## **Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias**

Eu, Anett Margarita Rizo Parra, medico com RMS 1300027 e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

\_\_\_\_\_

Nome

Contato:

Telefone: ( )

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_,  
Documento \_\_\_\_\_ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante

**Anexo E- Consentimento informado aos pais**

CONSENTIMENTO INFORMADO AOS PAIS PARA VISITAS DOS GESTORES DE SAUDE NA CONSULTA DA CRIANÇA.

Por este médio eu Dra. Anett M. Rizo Parra peço licença ao pai da criança---  
-----, para permitir a visita do senhor  
(rã) -----que  
participara da puericultura do seu filho.

Assinatura:- -----

----