

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**Especialização em Saúde da Família**  
**Modalidade a Distância**  
**Turma nº 9**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 72 MESES, NA UBS  
ANTONIO DO NASCIMENTO FERREIRA, NOVA OLINDA DO NORTE/AM.**

**ANIA RICARDO CAMPANA**

**Pelotas, 2016**

**ANIA RICARDO CAMPANA**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA DE 0 A 72 MESES, NA UBS  
ANTONIO DO NASCIMENTO FERREIRA, NOVA OLINDA DO NORTE/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: Jandro Moraes Cortes

Pelotas, 2016.

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

C186m Campaña, Ania Ricardo

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 Meses, na UBS Antonio do Nascimento Ferreira, Nova Olinda do Norte/AM / Ania Ricardo Campaña; Jandro Moraes Cortes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

91 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

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 Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

## Resumo

CAMPAÑA, Ricardo Ania. **Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses, na UBS Antonio do Nascimento Ferreira, Nova Olinda do Norte/AM.** 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Saúde da Criança é cada dia mais importante para a população, com o acompanhamento desde os primeiros dias de vida, inclusive como condição para que se possam garantir futuras gerações de adultos e idosos mais saudáveis. Realizamos a intervenção em saúde da criança de 0 a 72 meses, pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de saúde da zona rural Antonio do Nascimento Ferreira do município Nova Olinda do Norte, estado do Amazonas, com um total de 261 crianças cadastradas, que se constituíram em nossa população-alvo, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde ofertada as crianças nessa faixa etária. O trabalho foi desenvolvido no período de três meses. A meta de ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança entre 0 e 72 meses foi cumprida totalmente, pois foram atendidas 261 (100%). Delas 106 crianças no primeiro mês (40,6 %), 194 no segundo (74,3 %) e 261 no terceiro (100 %). A comunidade ganhou uma importante ferramenta para melhorar o estado de saúde das crianças. Segundo o avanço deste projeto, a população adquiriu muitos conhecimentos sobre algumas doenças e como fazer prevenção delas, por exemplo, da cárie bucal, prevenção da desnutrição, alimentação saudável e prevenção de acidentes. Com a intervenção ganhamos na melhoria do atendimento, pois antes este não era realizado de forma planejada, e não existia controle nenhum das crianças faltosas, existindo atraso em todo o que fosse relacionado com o Programa de Saúde da Criança. É importante salientar que a comunidade ficou ciente dos benefícios do Programa de Saúde da Criança e dos seus direitos. A intervenção ficou incorporada na rotina do serviço, podendo ser expandida a outras ações programáticas, pois a equipe ficou preparada para desenvolver futuras intervenções.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde; saúde da família; saúde da criança; puericultura; saúde bucal.

## Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa da UBS.	p58
Figura 2	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.	p59
Figura 3	Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.	p59
Figura 4	Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.	p60
Figura 5	Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.	P61
Figura 6	Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.	p62
Figura 7	Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.	p63
Figura 8	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.	p64
Figura 9	Proporção de crianças com triagem auditiva.	p65
Figura 10	Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.	p66
Figura 11	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	p66
Figura 12	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.	p67
Figura 13	Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.	p68
Figura 14	Proporção de crianças com registro atualizado.	p69
Figura 15	Proporção de crianças com avaliação de risco.	p70
Figura 16	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância	p71
Figura 17	Proporção de crianças colocadas para mamar na 1ª consulta.	p72
Figura 18	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações	p72

	nutricionais de acordo com a faixa etária.	
Figura 19	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.	P73

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AM	Amazonas
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CSPI	Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HTA	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio da Saúde da Família
PCD	Planilha Coleta de Dados
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

## Sumário

Apresentação .....	6
1 Análise Situacional .....	7
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	7
1.2 Relatório da Análise Situacional .....	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	21
2 Análise Estratégica .....	22
2.1 Justificativa .....	22
2.2 Objetivos e metas .....	24
2.3 Metodologia .....	26
2.3.1 Detalhamento das ações .....	26
2.3.2 Indicadores .....	40
Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança. ....	40
2.3.3 Logística .....	44
3 Relatório da Intervenção .....	50
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados .....	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços .....	57
4 Avaliação da intervenção .....	58
4.1 Resultados .....	58
4.2 Discussão .....	75
5 Relatório da intervenção para gestores .....	78
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	80
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem .....	82
Referências .....	83
Anexos .....	85

## **Apresentação**

Trata-se de um TCC apresentado ao Curso de Especialização em Saúde de Família, Educação a Distância, da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

O foco de nossa intervenção teve como objetivo principal a melhoria da atenção á saúde da criança de o a 72 meses, na UBS Antonio do Nascimento Ferreira, do município Nova Olinda do Norte, AM.

No conteúdo se encontra: Análise Situacional; Análise Estratégica, o Relatório da Intervenção e Avaliação da Intervenção, incluindo também, os gráficos dos indicadores, e a Ficha Espelho e a PCD nos anexos. Colocamos as referencias bibliográficas utilizadas.

## **1 Análise Situacional**

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

Estrutura da Unidade Básica Antônio do Nascimento Ferreira.

Localizada na Zona Rural do município de Nova Olinda do Norte, situada à margem direita do Rio Abacaxis, presta atendimento a 11 comunidades distantes e com difícil acesso. O único meio de transporte é fluvial em lanchas, canoas, rabetas (lanchas de pequeno tamanho) e barcos. Conta com uma população de 1.850 habitantes distribuídos em 426 famílias.

A unidade está composta por uma sala de espera, um consultório médico, um consultório odontológico, uma pequena farmácia, um quarto para observação e um banheiro de pacientes. Para o lado esquerdo e separado por uma parede fica um quarto com quatro camas pessoais, uma cozinha e um banheiro. Apresenta um quintal amplo. Ao lado direito, fica uma escola e ao lado esquerdo fica uma casa, atrás fica um cemitério e a frente, a única rua que tem a comunidade.

O trabalho na primeira quinzena de cada mês é realizado pela médica clínica geral e a técnica de enfermagem e, na segunda quinzena pela enfermeira, a dentista e a técnica em higiene bucal.

A Atenção Primária à Saúde é a porta de entrada do sistema de saúde e está baseada no atendimento integral e no fácil acesso para a população. Nela utilizamos a Estratégia de Saúde da família, baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde para ajudar na redução da mortalidade infantil, redução da mortalidade por diarreia e infecções respiratórias, das hospitalizações, também ajuda a satisfazer as necessidades e demandas da população.

Como aplicamos tudo isso em nosso serviço?

Trabalhamos em equipe de um jeito planejado. Na Unidade Básica de Saúde trabalhamos 5 pessoas: enfermeira, técnica de enfermagem, odontóloga, técnica de odontologia e uma médica clínica geral. Atendemos 11 comunidades rurais e cada uma tem um atendimento direto pelo agente de saúde que, trabalha em conjunto conosco e visita toda sua comunidade, identificando os problemas de saúde e encaminha para a nossa unidade.

Damos prioridade para o atendimento planejado para as pessoas com doenças crônicas e com fatores de risco. Oferecemos consulta para grávidas e crianças, ou seja, o pré-natal e a puericultura. Depois de ter conhecidos os principais problemas da comunidade, damos palestras que fundamentalmente vão dirigidas a mudar hábitos e estilos de vida para melhorar a saúde das pessoas. Também são realizadas campanhas de vacinação, freqüentemente.

Cada pessoa logo após ser atendida, já leva sua medicação da UBS. Realizamos planejamento familiar. Também fazemos visitas domiciliares periodicamente, priorizando os pacientes acamados. Encaminhamos os pacientes com urgências médicas para o hospital da cidade.

Fazemos avaliação individual, em família, na comunidade e no território e, desse jeito, estabelecemos novos planos para melhorar a saúde das pessoas; por exemplo, nosso território é rodeado de rios e o acesso à água potável é difícil e muitas pessoas utilizam essa água para tudo, inclusive para tomar e desse jeito são muito freqüentes as doenças diarréicas e também parasitárias, pois é costume aqui nas comunidades, que as crianças fiquem muito tempo sem calçados na rua. Também existem muitas crianças com desnutrição, pois a alimentação não é adequada. Das doenças crônicas a que mais prevalece é a Hipertensão Arterial e baseado nisso, são dirigidas nossas palestras, para tentar mudar alguns costumes, como a ingestão exagerada de café e comer muitos peixes salgados.

Fazemos pesquisa e prevenção de alguns tipos de câncer, como o câncer de colo do útero, mediante a realização do exame papanicolau, exame físico em busca de patologias na mama, entre outros.

Com todas as ações de saúde realizadas, cada dia aumenta ainda mais nosso vínculo com a comunidade e já quase a equipe é vista como uma família a

mais dentro da comunidade. Por isso, sempre é convidada para participar das atividades culturais, que têm sido feitas como dia das mães e dia da mulher. Tudo isso é bom na hora do nosso atendimento para as pessoas terem maior confiança para contar seus problemas.

Em conclusão, toda nossa estratégia vai dirigida a melhorar a Saúde da Família.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Nova Olinda do Norte está situado no estado do Amazonas, região Norte do país e possui uma população de 34.498 habitantes segundo IBGE. O sistema de saúde municipal é bem estruturado, contando com 12 UBS com ESF (sendo 5 na zona urbana e 7 na zona rural), 2 NASF (sendo um deles para atendimento dos pacientes da zona urbana e o outro para a zona rural). Cada NASF tem assistente social, educador físico, farmacêutico, fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista. Além disso, na cidade há também uma fonoaudióloga. Tem um hospital na cidade, e dois laboratórios para a realização de exames complementares. O município conta somente com atenção especializada de obstetrícia e ginecologia, cirurgia e ultrassonografia. A cada três meses, em média, é realizado um mutirão, quando vêm outras especialidades para atendimento como oftalmologia, urologia, dermatologia e neurologia. Não tem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), mas cada UBS tem um odontólogo, que faz atendimentos para a população.

Trabalho na UBS Antônio do Nascimento Ferreira, na zona rural Abacaxi, e ficamos vinculados com a UBS Maria Estelvina da zona urbana, para onde encaminhamos os usuários, para vacinação e agendamento dos exames complementares, pois cada UBS da zona rural tem uma UBS de referência na zona urbana. Damos atendimento para 11 comunidades, sendo que 10 ficam distantes da unidade. Temos vínculo com a escola rural Maria Madalena, que fica localizada do lado da nossa unidade, e contamos com o apoio do gestor e dos professores inteiramente, na hora de realizar qualquer palestra ou outra atividade relacionada com temas de saúde. Nossa equipe é composta pelo odontólogo e técnica de saúde

bucal, enfermeira, técnica de enfermagem e médico clínico geral. Além disso, temos uma auxiliar de limpeza e o motorista da ambulância que fica na beira do rio para traslado dos pacientes encaminhados e para nosso transporte até a cidade a cada 15 dias. Também temos o apoio de 11 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que ficam em contato direto conosco.

Do ponto de vista da estrutura física, nossa unidade é composta por uma sala de espera, um consultório médico, um consultório odontológico, uma pequena farmácia, uma sala de observação e um banheiro para os usuários. Para o lado esquerdo e, separado por uma parede fica um quarto com 4 camas pessoais, uma cozinha e um banheiro. Vale ressaltar que a equipe reside na própria unidade durante os quinze dias de trabalho de cada equipe. Apresenta um quintal amplo. Ao lado direito fica uma escola e ao lado esquerdo fica uma casa, atrás fica um cemitério e ao frente à única rua que tem a comunidade. A UBS tem um quintal amplo e nele fica o compressor e a fossa para os esgotos sanitários e existe um buraco no final para queimar o lixo com exceção do material perfuro cortante usado, que é depositado em pequenas caixas de papelão, próprias para esse objetivo. Não possuímos: sala de reunião, sala de vacinação ou para curativos, sala para os ACS, escovódromo, área para o compressor, expurgo, sala de esterilização, sala para lavagem e descontaminação, negatoscópio. A sala de espera é pequena e conta somente com cinco cadeiras. Não temos internet, nem telefone em nossa unidade, o que se constitui num problema quando precisamos realizar alguns encaminhamentos.

Temos um problema com o horário noturno que não é bem respeitado pelas pessoas da comunidade onde fica a unidade, pois à noite devem ser atendidas somente as emergências médicas. Ocorre de usuários aparecerem para solicitar um anticoncepcional ou um analgésico para uma dor leve de menstruação, quando a unidade permanece aberta durante todo o dia. Os profissionais que trabalham na zona rural também moram dentro da unidade, pois a UBS embora seja só uma, tem uma parte para trabalhar do lado direito e outra parte para residir durante a quinzena de trabalho separada simplesmente por uma parede com uma porta, mas a comunidade não entende que somos pessoas com as mesmas necessidades que as outras pessoas. Procuramos sensibilizar a comunidade nesse sentido, através de palestras para que compreendam. A educação é o mais importante facilitador de

saúde. O horário fica disponível na UBS, só falta especificar que de noite o atendimento é só para as emergências.

Temos uma equipe interdisciplinar de trabalho com um território definido de atuação, com planejamento das atividades de promoção à saúde e prevenção de agravos e praticamos o cuidado familiar. São realizadas atividades extramuros como visitas domiciliares e reuniões com a comunidade e palestras na escola. A unidade foi construída neste lugar, pois não gera impacto ambiental. A ambiência é boa, pois a atenção é acolhedora e humana para todos.

Temos privacidade, temos um bebedouro na sala de espera, o corredor da entrada da unidade é amplo, a ventilação é adequada, os pisos são laváveis e de superfície lisa, a cobertura interior do teto tem umidade porque tem algumas filtrações e chove com frequência, as portas tem maçanetas de alavancas. As janelas são de madeira, não temos lavatório na consulta e, temos que lavar as mãos na mesma pia de lavar o material usado. Todo o financiamento é realizado pela prefeitura e a Secretaria de Saúde. Também nas reuniões de saúde no conselho municipal, falamos as dificuldades estruturais e solicitamos sempre um maior apoio da Secretaria de Saúde, da Fundação de Vigilância e da Prefeitura Municipal para que todos os problemas sejam resolvidos.

Quanto às atribuições da equipe, temos poucos problemas, pois os profissionais cumprem com as suas atribuições e todos participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe. Nossa equipe realiza a identificação de indivíduos, famílias e grupos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Tuberculose, Hanseníase). Realizamos ainda atendimentos de urgências / emergências, cuidados no domicílio, nas escolas e internação domiciliar. Nossa atuação é norteada por protocolos. Fazemos notificação das doenças notificáveis e busca ativa delas e buscamos realizar atividades coletivas a fim de promover a participação da comunidade por meio do controle social.

Toda a equipe sempre controla os insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS. Mensalmente, realizamos a reunião da equipe. Um dos problemas que temos é a falta de uma recepcionista, de forma que os usuários entram diretamente para a consulta e, em certas ocasiões ficamos dando

atendimento com a porta fechada e, os outros usuários que vão chegando precisam tocar a porta ou bater palmas para que nos possamos ouvir e perceber a sua presença. Nesse momento, interrompemos o atendimento que está sendo realizado e nosso trabalho é afetado. Ou então, a enfermeira termina fazendo esse papel de acolher previamente os usuários para vão para atendimento. Nossa equipe faz um importante esforço para brindar um atendimento integral, mesmo com as muitas dificuldades que conseguimos no caminho.

Nossa área de abrangência conta com uma população de 1.850 habitantes, distribuídos de acordo com a tabela abaixo, existindo um predomínio do sexo feminino, que representa 53% da população total.

Idade (anos)	Sexo Feminino	Sexo Masculino	Total.
-1	11	14	25
1-4	98	88	186
5-9	81	69	150
10-14	134	118	252
15-19	89	84	173
20-39	115	120	235
40-49	237	204	441
50-59	156	133	289
+60	59	40	99
Total	980	870	1850

Fonte: Secretaria de Saúde Nova Olinda do Norte/IBGE 2010.

Em relação a outras UBS do município, possuímos uma população pequena em nossa área de abrangência, considerando que temos uma equipe e levando em conta as diretrizes do Ministério da Saúde (MS). O grande desafio está, na verdade, na distância das comunidades que fazem parte de nossa área de abrangência, com a barreira geográfica do rio e, o transporte é muito difícil em lanchas ou canoas e, às vezes as pessoas não tem como comprar gasolina para utilizar esse transporte e só aparecem quando, já estão complicados ou não aparecem nas datas agendadas programadas. Temos como estratégia para viabilizar a atenção da população, as visitas domiciliares para cada comunidade, mas temos como dificuldade que somente podemos fazer uma visita no mês, pois a secretaria de saúde e a prefeitura

têm estabelecida uma quantidade determinada para nosso trabalho e, também o combustível esta sendo racionado.

Não temos excesso de demanda espontânea, e todos os usuários que buscam nossa unidade, recebem seus cuidados em saúde no mesmo dia. O acolhimento é feito do melhor jeito e na própria consulta, pois não temos recepcionista, fato que dificulta o nosso atendimento, mas ofertamos um bom acolhimento e atendimento e a população fica satisfeita. Demanda espontânea em excesso, somente aconteceu em quatro ou cinco ocasiões. E quando ocorre, trabalhamos até mais tarde do horário estabelecido. Regularmente, também de noite aparecem usuários da escola que, fica do lado da UBS, com alguma “dor de cabeça” leve ou, outro sintoma “pouco significativo” do ponto de vista clínico e, são atendidos somente depois de tocar a porta e, são bem acolhidos por qualquer integrante de nossa equipe.

Ao atender uma criança, o profissional de saúde não pode vê-la como um ser isolado, mas como parte de seu contexto familiar, com características e funcionamento próprios. É importante estarmos atentos na relação que os membros da família estabelecem com a criança, na maneira como se dispõem a cuidar dela, em seu percurso escolar desde os primeiros anos, enfim, na forma como ela é recebida e endereçada ao mundo.

Segundo o Caderno de Atenção Básica voltado à Saúde da Criança do MS, na Atenção Primária de Saúde (APS) temos uma forte preocupação com a primeira semana de vida da criança. Na APS espera-se garantir a visita domiciliar do agente de saúde ao binômio mãe e recém-nascido no contexto da família, para orientação de todos sobre o cuidado de ambos, bem como para ofertar as ações programadas para a primeira semana de saúde na APS, se possível oportunizando tudo num mesmo momento, consultas para ambos (mãe e recém-nascido), estimulando a presença do pai sempre que possível, incentivo ao aleitamento materno, imunizações, coleta de sangue para o teste do pezinho.

Depois, até a criança completar 2 anos, o objetivo é o acompanhamento cuidadoso do crescimento e do desenvolvimento, pela equipe de saúde (inclusive em busca de faltosos), com um olhar biopsicossocial, não só para a criança, mas também, para as condições do contexto de saúde e de vida de sua mãe e família.

De acordo com o Caderno das Ações Programáticas (CAP), temos estimadas para nossa área de abrangência, 39 crianças menores de um ano, com uma cobertura de 64%. Com relação aos indicadores de qualidade, apresentamos 64% de consultas em dia de acordo com o protocolo do MS, 36% de consultas em atraso, 60% de testes do pezinho feitos até os sete dias de vida, 76% de vacinas em dia. Alcançamos 100% das crianças com monitoramento e desenvolvimento, bem como nas orientações sobre aleitamento materno e prevenção de acidentes. Temos 52% das crianças com avaliação de saúde bucal.

Nossa equipe de saúde tem o trabalho planejado, temos classificadas as crianças das comunidades segundo riscos em geral, sempre baseados nos problemas da criança, da mãe e da família. O trabalho nas zonas rurais do Amazonas é muito difícil, pois algumas gestantes se deslocam para a cidade para ter o bebê no hospital de onde saem com as crianças, com vacinas realizadas e na cidade mesma, levam o recém-nascido para a realização do teste do pezinho que deve ser feito entre os 3 e 7 dias de nascido, mas não voltam para a zona rural pois ficam na cidade até cadastrar o bebê, para receber a ajuda do governo com o Programa Bolsa de Família (programa social do governo federal de redistribuição de renda) e, nesses casos, o atendimento conosco começa depois do primeiro ou segundo mês de nascido.

Na cidade, existe uma UBS de referência para cada UBS da zona rural. Outras gestantes não vão para a cidade e têm o bebê com as parteiras nas suas próprias casas. Ocorre que essas puérperas não levam o bebê para as vacinas realizadas no hospital (BCG e Hepatite B) ao nascer, nem para a realização do teste do pezinho; elas só vão quando já está próximo a completar um mês de nascido e, então levam eles para vacinar e algumas levam a criança para o teste do pezinho e outras não conseguem realizar o teste por chegar muito atrasadas em relação à data estabelecida, que pode ser feito até um mês de idade, nos casos que não foi feito entre os 3 e 7 dias. Decorridos um ano e oito meses que estou trabalhando nessa UBS, somente consegui fazer Puericultura de um recém-nascido de 15 dias numa ocasião. Não temos os protocolos de atendimento de Saúde da Criança na UBS, mas eu uso o meu particular que recebi quando cheguei ao Brasil, quando começou o Programa Mais Médicos e também uso o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança, mas só eu realizo puericultura. A enfermeira somente faz na quinzena que

eu não estou trabalhando e, realiza o exame de colo de útero para detecção de câncer uterino e atende à demanda espontânea e ao programa de planejamento familiar. O papel dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é muito importante em cada comunidade, pois ele fica em contato direto com a população e se preocupa por tudo o que se refere à criança e à família, também realizam o cadastro no Programa Bolsa Família e no SISVAN. Em nossa UBS, indicamos sulfato ferroso profilático para as crianças com mais de 6 meses, para a prevenção da anemia, orientamos todas as mães sobre a importância da vacinação, da prevenção de acidentes e do cuidado da saúde bucal. Trabalhando juntos, sempre vamos conseguir melhorar a saúde das crianças e, da população em geral e, vamos conseguir a redução da morbimortalidade infantil e, vamos ajudar na potencialização do desenvolvimento da criança.

Com relação à atenção ao pré-natal e puerpério, podemos dizer que ainda existem problemas em nossa UBS, pois não se realiza a imunização das gestantes, já que não contamos com esse serviço, elas tem que se deslocar por longa distancia até a cidade para serem vacinadas. Não existem protocolos de atendimento pré-natal na unidade, mas eu utilizo o Caderno de Atenção Básica - Atenção ao pré-natal de baixo risco do MS que foi me entregue quando iniciou o Programa Mais Médicos e, meu trabalho é baseado em todos os protocolos.

Em nossa unidade, não se realizam testes rápidos (teste de gravidez, HIV, VDRL, etc.) e as gestante têm de fazê-los na cidade. De acordo com o CAP, temos estimadas 19 gestantes para nossa área de abrangência, com uma cobertura de 97%. Quanto aos indicadores de qualidade, apresentamos apenas 11% de pré-natal iniciado no primeiro trimestre. No entanto, temos 100% de consultas em dia (uma vez iniciado o pré-natal), bem como na solicitação dos exames preconizados na primeira consulta, na prescrição de sulfato ferroso e na orientação sobre aleitamento materno exclusivo. Precisamos melhorar indicadores como a vacinação antitetânica e contra hepatite B (ambas em 56%) e avaliação de saúde bucal em 44%. Fico preocupada com a atenção ao pré-natal e puerpério na zona rural do Amazonas, pois as mulheres chegam para atendimento geralmente no segundo trimestre da gestação e, em ocasiões no terceiro trimestre, quando apenas conseguimos resolver alguns problemas antes do parto (como anemia) e a situação com o acompanhamento do puerpério é ainda pior, pois a maioria das famílias tem uma

casa na zona rural e outra na cidade aonde vão todos os finais de mês para receber o Bolsa Família e, por outro lado, temos as gestantes que se deslocam até a cidade para esperar chegar a hora do parto e lá ficam um ou dois meses e quando voltam para atendimento na UBS, já passou o período do puerpério.

Também existem parteiras nas comunidades que fazem o trabalho de parto sem nenhuma supervisão da equipe de saúde, porque ficam muito longe da UBS e nestes casos, as puérperas demoram em ir até a cidade para a administração das vacinas de BCG e Hepatite B para a criança, e em todas as reuniões com os ACS falamos sempre que eles têm que ficar atentas com essas situações, porque são as pessoas que ficam em contato direto com a população que atendem. Agregam-se a todos esses fatores de riscos que as condições socioeconômicas são mínimas em muitas famílias. Nossa equipe busca ofertar um adequado acompanhamento pré-natal, sempre estabelecemos uma escuta aberta com a usuária do jeito que ela possa falar com segurança.

O acolhimento é bom, fazemos orientação nutricional, administramos ácido fólico e sulfato ferroso desde o primeiro controle pré-natal para evitar a anemia e também nesse controle fazemos classificação dos fatores de risco para trabalhar na vigilância deles e poder atuar rapidamente ante qualquer complicação. Realizamos a busca ativa das gestantes faltosas e atividades de promoção na comunidade e na escola sobre as doenças sexualmente transmissíveis, complicações da gestação na adolescência, uso de métodos anticoncepcionais. Podemos dizer com satisfação que, não temos nenhuma morte materna nem neonatal, no ano 2014 e tampouco até o mês em curso do ano 2015.

Com relação ao Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama nossa principal ferramenta é fazer prevenção. Em 1 ano e 10 meses trabalhando na mesma UBS, nunca tive nenhuma paciente com os cânceres citados. Especificamente, quanto ao controle do Câncer de Colo de Útero, temos algumas dificuldades em nossa unidade e também no município. Na UBS não contamos com os protocolos para acompanhamento desta doença, mas tenho-os de minha propriedade e uso quando preciso.

O Programa é bem cumprido pela enfermeira e, por mim e, neste mês a técnica de enfermagem começou a nos ajudar. De acordo com o CAP, existem 392

mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos e, portanto que devem ser pesquisadas para este tipo de câncer, com 100% de cobertura. Temos registros de planejamento familiar, onde fica escrito o uso de anticoncepcionais os quais também ajudam no controle de fatores de risco do câncer de Útero. Com relação aos indicadores de qualidade temos 76% dos exames citopatológicos em dia, assim como a avaliação de risco para câncer de colo de útero. Apresentamos 100% de mulheres com orientação sobre prevenção e sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST's). No entanto, temos 24% dos exames citopatológicos com mais de seis meses de atraso.

Evitamos as doenças sexualmente transmissíveis com o uso do preservativo. Desde que a paciente comece o atendimento conosco, fazemos a avaliação de riscos para planejar a frequência dos próximos controles. Temos registro de exame citopatológico e, também o resultado do exame preventivo de colo de útero fica no prontuário de cada paciente. O problema é a demora em chegar o resultado do exame preventivo citopatológico de colo de útero, em ocasiões chegam até 6 meses após a coleta.

Particularmente fico muito preocupada, pois de 100% dos exames feitos, 99% chegam com o resultado que informa "INFLAMATÓRIA" e somente 1% chega normal. Será questão do laboratório? Ou será que realmente todas essas pacientes tem inflamação no colo do útero? A amostra para o exame é coletado na nossa UBS na zona rural, logo é removido para a cidade de Nova Olinda, e posteriormente é encaminhado para análise na capital (Manaus), sendo que todo esse processo contribui para demora do resultado. Os ACS ajudam muito para trazer de volta as mulheres faltosas, e essa é parte de nossa estratégia para não perder o seguimento delas.

Quanto ao Programa de Controle de Câncer de Mama, podemos dizer que o maior problema é que no município não temos corpo técnico capacitado para fazer os laudos das mamografias e, as imagens são enviadas para a capital e logo há demora em chegar o resultado. De acordo com o CAP, temos 91 mulheres na faixa entre os 50 e 69 anos (com 100% de cobertura) e que devem, portanto, ser pesquisadas para este tipo de câncer. Em nossa UBS temos registro das mamografias, mas não apresentamos exames alterados até então. Possuímos

apenas 34% de mamografias em dia e, temos 66% de mamografias com mais de 3 meses de atraso. Por outro lado, temos 100% das mulheres com avaliação para risco e orientações para prevenção do câncer de mama. Trabalhamos com os protocolos de meu uso pessoal do mesmo jeito que nos outros programas. Os exames clínicos das mamas são feitos pelos profissionais médicos e enfermeiros. Sempre fazemos avaliação dos riscos para tomar a conduta posterior.

O diagnóstico precoce destas doenças oncológicas é uma estratégia que possibilita terapias mais simples e efetivas, ao contribuir para redução do estágio de apresentação do câncer. É importante que a população em geral e, os profissionais de saúde reconheçam os sinais de alerta dos cânceres mais comuns passíveis de melhor prognósticos se descobertos no início. Para a divulgação dos sinais de alerta do câncer, aproveitamos as reuniões com o ACS e também ofertamos palestras na comunidade sobre a importância da prevenção e de buscar a unidade de saúde rapidamente antes da presença de alguns destes sinais.

Com relação ao Programa de atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), sempre que é diagnosticado um usuário hipertenso ou diabético, fazemos avaliação do risco cardiovascular e ficam estabelecidas as posteriores consultas e realizamos orientação de hábitos alimentares saudáveis, atividades para controle do peso corporal, realização de atividades físicas, e sobre os malefícios do consumo de álcool e do tabagismo. Tendo em conta a distância a que se encontram os pacientes para chegar até a unidade, apoiamos-nos muito nos Agentes Comunitários de Saúde e são eles precisamente, que correm atrás dos usuários faltosos ou com atraso nos exames.

Temos como grande desafio, que nossa equipe é rural e o atendimento é somente “o básico”; não contamos com oftalmologista nem na zona rural nem na cidade, sendo esta especialidade de muita importância para o acompanhamento nestas doenças e, no diagnóstico da retinopatia diabética e hipertensiva. Também não contamos com nenhum professor de Educação física e nem nutricionista, mas temos apoio na cidade, nestas esferas. Não temos vacinação na unidade e os pacientes têm que ir até a cidade que fica bem distante e às vezes nem vão. Temos uma estimativa de 329 hipertensos em nossa área de abrangência, com apenas 22% de

cobertura (correspondendo a 74 usuários com mais de 20 anos, residentes na área e acompanhados na UBS).

Com relação ao DM, de acordo com o CAP, existem 94 diabéticos em nossa área de abrangência, mas são apenas acompanhados 28 (considerando aqueles diabéticos com 20 ou mais), correspondendo a uma cobertura de 28%. Com relação aos indicadores de qualidade, temos 100% de hipertensos avaliados com relação ao risco cardiovascular, bem como aqueles que receberam orientações sobre a prática regular de atividade física. No entanto, temos 41% de atrasos de mais de sete dias nas consultas agendadas e 65% de hipertensos com avaliação de saúde bucal. 70% dos hipertensos têm exames complementares periódicos em dia.

Com relação aos indicadores de qualidade do DM, apresentamos 100% dos diabéticos com avaliação de risco cardiovascular, bem como exame físico dos pés, palpação de pulsos tibiais posteriores e pediosos e, medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses. Da mesma forma, 100% dos diabéticos têm orientações sobre alimentação saudável e, prática regular de atividade física. No entanto, temos 31% de diabéticos com consultas em atraso por mais de sete dias e, apenas 69% com exames complementares periódicos em dia, além de 57% com avaliação de saúde bucal.

Estas doenças podem ser tratadas e controladas com mudanças no estilo de vida, com medicamentos de baixo custo e de poucos efeitos colaterais. Penso ser indispensável a disciplina e corresponsabilidade do usuário para estas mudanças e, no tratamento para evitar as complicações. O cuidado da pessoa com HAS deve ser multiprofissional. O objetivo do tratamento é a manutenção de níveis pressóricos, conformes às características do paciente e tem por finalidade reduzir o risco de doenças cardiovasculares, diminuir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. O acompanhamento das pessoas com Diabetes Mellitus na Atenção Básica, inclui o apoio para mudança de estilos de vida, o controle metabólico e a prevenção das complicações crônicas.

Ainda com algumas dificuldades, os programas de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus são bem acompanhados por nossa equipe (incluindo bons registros) e, quando precisamos de alguma outra especialidade para fazer interconsulta dos usuários, o hospital da cidade tem um sistema para marcar

na capital, o encaminhamento feito na UBS, que se chama SISREG e o paciente continua seu atendimento pelo SUS.

Com relação à Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, nossa equipe tem estruturada de forma programática as ações e, realiza promoção do envelhecimento ativo e saudável. Segundo o CAP, são estimados 111 idosos (próximo da nossa realidade com 99 idosos), com mais de 60 anos para nossa área de abrangência, com uma cobertura de 89%.

Temos boa cobertura e penso que temos também, bons indicadores de qualidade. Todos (100%) possuem a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa (CSPI), realizamos avaliação multidimensional rápida (61%), em cada controle é feita avaliação do risco para morbimortalidade (100%) e, dos indicadores de fragilidade na velhice (100%), fazemos orientação nutricional e sobre a prática de atividades físicas, diagnóstico e tratamento do tabagismo, do sedentarismo, da obesidade e do alcoolismo (esses últimos todos em 100%).

Nossa atividade fica focada em tudo aquilo que melhore a qualidade de vida da pessoa idosa. Em cada visita domiciliar, explicamos aos familiares como reconhecer sinais de risco de depressão, Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Temos 74 idosos hipertensos e 26 diabéticos em nossa área de abrangência. Trabalhamos também em função de evitar as internações hospitalares das pessoas idosas e, em ocasiões quando as condições são ótimas fazemos internação domiciliar. Os idosos com seqüelas de doenças são encaminhados para reabilitação, e todas nossas condutas são baseadas nos protocolos estabelecidos. Com ajuda do Agente Comunitário de Saúde, conhecemos os lares onde existem maus-tratos contra o idoso, de forma a incrementarmos as visitas e darmos orientações à família. Tentamos ajudar na inserção da pessoa idosa na vida socioeconômica da comunidade.

Em cada atividade cultural feita no bairro, estas pessoas têm um importante papel, por exemplo, no dia das mães, os idosos dançaram músicas antigas como valsas e, fica muito bonito observar como eles nestes espaços desfrutam e, se sentem felizes sendo isso muito bom para uma saúde mental ótima. O SUS no ano 2006, pela primeira vez, assumiu como meta prioritária a atenção da população idosa no país e, cada ano tem se incrementado as ações de saúde nessa área.

Observamos isso no Pacto pela Vida. Fazemos nossa Política de Saúde de contribuir para que, mais pessoas alcancem idades avançadas com o melhor estado de saúde possível.

Trabalhamos a maioria das vezes sem energia, comunicação, transportes, mas temos muito amor por nossa profissão e, continuaremos trabalhando até conseguir algumas mudanças favoráveis dos indicadores de saúde nos diversos programas de saúde.

Temos como maior recurso a educação em saúde, de todos os habitantes e contamos com uma equipe com muita vontade de trabalhar, exaltamos o trabalho dos ACS que ficam em contato direto com a população e, nos retroalimentam constantemente, de todos os problemas nas comunidades ajudando a direcionar nossas ações.

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

O texto sobre ESF/APS apresenta uma descrição sobre a estrutura da Unidade Básica de Saúde, localização, integrantes, população da área de abrangência e como é o funcionamento da UBS. No Relatório da Análise Situacional, observamos uma descrição ampla do município, em relação aos programas de saúde.

Apresenta-se uma descrição mais profunda da UBS, da estrutura física dela e uma descrição, de forma detalhada, de todas as ações programáticas de cumprimento pela equipe de saúde, assim como, algumas das dificuldades para a execução delas, o cumprimento das atribuições dos profissionais, distribuição da população segundo gênero e faixa etária. Além disso, fala sobre como lidamos com a demanda espontânea. Escrevemos de forma diferente, livremente, na hora de fazer a descrição da UBS e posteriormente com o CAP, ganhamos uma importante ferramenta para escrever sobre a UBS de forma sistematizada.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

Cada criança que nasce não é parte de um contexto vazio, mas sim de um ambiente familiar repleto de esperança, crenças, valores e metas, que influenciarão a formação deste sujeito em desenvolvimento (DE BEM; WAGNER, 2006). A equipe de saúde deve ainda compreender e orientar os pais sobre a formação de vínculos e, o fortalecimento da parentalidade (DEMOTT, 2006). A meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida e à saúde ainda não foi alcançada, pois persistem desigualdades regionais e sociais inaceitáveis.

A UBS Antonio do Nascimento Ferreira, se encontra localizada na zona rural Abacaxis do município Nova Olinda do Norte, no estado Amazonas. Conta com uma população de 1.850 habitantes na área de abrangência, distribuída em 11 comunidades. A equipe de trabalho esta composta por: um medico clínico geral, uma técnica de enfermagem, uma enfermeira, uma odontóloga e uma técnica em saúde bucal, que trabalham diretamente na unidade e, 11 Agentes Comunitários de Saúde que trabalham em cada uma das comunidades da nossa área.

A equipe em geral faz reuniões mensalmente e, debatemos vários temas e estabelecemos prioridades segundo os problemas de saúde que mais afetam a população. Daí, decidimos trabalhar no foco de intervenção de Saúde da Criança, tendo em conta que existem grandes problemas de saúde, em geral com as crianças na faixa etária de zero a 72 meses. Nossa população alvo é de 289 pacientes, destes 149 são do sexo feminino e 140 são do sexo masculino, muitas delas estão com atraso na vacinação, nos controles de acompanhamento na puericultura e também existe agravo de doenças por hábitos inadequados de alimentação e de higiene, entre outros. Temos um 68,1% de cobertura, e temos o objetivo de atingir o 100% logo após a intervenção, mas não podemos falar do mesmo jeito da qualidade, que é pouca, pois existem muitas de crianças faltosas na área, ainda com atraso na suplementação de ferro e com doenças agudas como as doenças gastrointestinais (vômitos, diarreias), pelos cuidados inadequados da criança, também existe muito parasitismo intestinal por maus hábitos de higiene e, o antigo

costume de andar descalços na zona rural e, o não tratamento da água de consumo da criança, em ocasiões até tomam a água diretamente do rio mesmo.

Há muito tempo que nossa equipe desenvolve ações de promoção, como palestras na escola da comunidade, campanhas contra verminose administrando tratamento com doses única de albendazol, e suplementação de ferro, além disso, os ACS sempre ajudam para trazer para as consultas as crianças faltosas, mas ainda devemos continuar trabalhando, pois os problemas persistem. Contamos com o apoio do gestor e, os professores da escola, na hora de realizar as palestras na comunidade, pois sempre são feitas no quintal da escola e, eles ampliam nossa intervenção nos diferentes temas.

Nossa intervenção é de muita importância no contexto da UBS, pois com o nosso trabalho desejamos melhorar o estado de saúde das crianças da área, diminuindo, desse jeito a morbimortalidade infantil. Temos muitas dificuldades para realizar o nosso trabalho, pela distancia que existe entre as comunidades e a unidade básica de saúde e, mediadas pelo rio, isso implica em utilizar meios de transporte, motorista e combustível, mas com todos os problemas existentes, o trabalho tem que ser viabilizado, de qualquer jeito, contando com o apoio da secretaria de saúde.

Toda nossa equipe esta envolvida na realização da intervenção para melhorar a atenção à saúde da criança, tentando mudar hábitos e estilos de vida na população, e na família que fica em contato direto com a criança e, para que sejam cumpridos todos os protocolos do programa de saúde da criança, já seja de vacinação, teste do pezinho, da orelinha, atendimento imediato na primeira semana de vida do recém nascido, entre outros.

## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à saúde ofertada às crianças de 0 a 72 meses na UBS Antônio do Nascimento Ferreira, em Nova Olinda do Norte/AM.

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

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100% das crianças entre zero e 72 meses residentes na área de abrangência da UBS.

**Objetivo 2:** Melhorar a qualidade do atendimento das crianças.

Meta 2.1. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida em 100% das crianças.

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

Meta 2.3. Monitoramento dos 100% das crianças com déficit de peso.

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.11. Realizar primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses.

**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 o registro das informações.

4.1.Meta: Manter registro das informações na ficha de acompanhamento/espelho de 100% das crianças cadastradas no Programa e treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na UBS.

**Objetivo 5:** Avaliar as crianças de risco pertencentes à área da UBS.

Meta 5.1: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no Programa Saúde da Criança.

**Objetivo 6:** Promover a Saúde das Crianças.

Meta 6.1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas definindo o papel dos membros da equipe.

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

Meta 6.3. Fornecer orientações nutricionais e sobre higiene bucal em 100% das crianças.

Meta 6.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal e prevenção da cárie para 100% das crianças.

## 2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido, no período de 12 semanas, na Unidade Básica de Saúde (UBS) Antônio do Nascimento Ferreira, no município de Nova Olinda do Norte/AM.

Participará da intervenção a equipe de saúde, sendo nosso público-alvo composto por 261 crianças, entre zero e setenta e dois meses de idade.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

**Meta1. 1:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

#### **Ações:**

##### Monitoramento e Avaliação

Monitoraremos o número de crianças cadastradas no programa: planejamos cumprir o monitoramento com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

##### Organização e Gestão do Serviço.

Cadastraremos a população de crianças entre zero e 72 meses da área (Ficarão cadastradas pelos ACS, logo pegaremos a informação deles).

Priorizaremos o atendimento de crianças. Na hora de chegar, as crianças na UBS, vão ser atendidas sem demora de forma prioritária. A enfermeira colocará na parede a informação desta prioridade.

##### Engajamento Público.

Orientaremos a Comunidade sobre o Programa de Saúde da Criança e quais os seus benefícios. Faremos a orientação através de palestras realizadas por todos os membros da equipe.

##### Qualificação da Prática Clínica.

Capacitaremos à equipe sobre: acolhimento da criança, políticas de humanização e adesão dos protocolos, Saúde da Criança, sobre as informações que devem ser fornecidas para as mães e à comunidade em geral (cada final de mês na reunião mensal da equipe, junto aos 11 ACS, vamos debater diferentes temas e entre eles “Saúde da Criança”). A médica clínica geral e, a enfermeira serão as responsáveis de fazer os debates estes temas.

## **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.

### **Ações:**

#### Monitoramento e Avaliação.

Monitoraremos o percentual de crianças que ingressaram no Programa Saúde da Criança na primeira semana de vida. Esse dado será obtido com a informação dos ACS. Geralmente, a primeira consulta da primeira semana de vida é realizada na cidade na UBS de referencia nossa, pois as mães quase sempre vão ter o bebê no hospital da cidade e, não voltam para a zona rural até passar mais de uma semana do nascimento.

#### Organização e Gestão do Serviço.

Faremos busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço, na primeira semana após a data provável do parto, através dos ACS nas próprias comunidades de atuação deles.

#### Engajamento Público.

Informaremos às mães, sobre a importância da realização da primeira consulta da criança, na primeira semana de vida. Será explicado, nos controles das grávidas, pela médica e enfermeira.

#### Qualificação da Prática Clínica.

Capacitaremos a equipe, em todos os temas relacionados com a criança e, já falados no objetivo anterior, explicando a importância da primeira consulta da

criança na primeira semana de vida. A capacitação será feita pela médica e pela enfermeira.

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

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação.

Monitoraremos o percentual de crianças com avaliação de curva de crescimento. Sempre é feito em cada controle de puericultura, seja pela enfermeira ou médica e, continuaremos fazendo este procedimento.

Organização e Gestão do Serviço.

Garantiremos material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Contamos com todos esses equipamentos na UBS, garantido pela secretaria de saúde. Teremos versão atualizada do protocolo impresso e, disponível para que toda a equipe possa consultar. Não contamos com os protocolos ainda mais trabalhamos utilizando eles do Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança. A enfermeira em seu papel de gerente da UBS fará solicitação dos protocolos à Secretaria de Saúde.

Engajamento Público.

Informaremos e compartilharemos com os pais e / ou responsáveis pelas crianças sobre as condutas esperadas, em cada consulta e, sobre como ler a curva de crescimento e identificar sinais de anormalidade. Todas estas ações serão feitas em cada controle de puericultura, seja pela médica ou pela enfermeira.

Qualificação da Prática Clínica.

Realizaremos capacitação das técnicas para realização de medidas de peso e comprimento/altura. Já a equipe foi treinada, mas repetiremos a cada 3 meses e também ensinaremos como preencher o cartão de saúde da criança e interpretar as curvas de crescimento. A enfermeira executará essa ação.

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

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

**Ações:**Monitoramento e Avaliação.

Monitoraremos as crianças com déficit ou excesso de peso. Continuaremos realizando essa ação na UBS, em cada controle de puericultura, feito pela enfermeira ou pela médica clínica geral, pois acompanhamos as crianças com problemas no peso e avaliaremos como vão evoluindo, faremos orientações para as mães sobre alimentação saudável.

Organização e gestão de serviço.

Garantiremos material para realização das medidas antropométricas. Temos na UBS e a Secretaria de Saúde irá garantir o que for necessário. Teremos os protocolos disponíveis para todos os membros da equipe poder consultar. Já foram solicitados à Secretaria de Saúde pela enfermeira. Criaremos um sistema de alerta na ficha de acompanhamento para identificar as crianças com problema no peso. Colocaremos uma linha descontínua vermelha aonde existe problema no peso. Será feito pela médica e a enfermeira.

Engajamento Público.

Informaremos aos pais ou responsáveis pela criança sobre a curva de crescimento. A médica e a enfermeira informarão em cada controle de puericultura.

Qualificação da Prática Clínica

Faremos treinamento da equipe sobre como interpretar as curvas de crescimento do cartão da criança (de comprimento em cada reunião mensal da equipe pela médica e a enfermeira).

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

**Ações:**Monitoramento e Avaliação

Monitoraremos o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo. Em cada controle avaliaremos o desenvolvimento psicomotor da

criança de acordo a faixa etária. A ação será realizada pela médica e pela enfermeira.

#### Organização e Gestão de serviço.

Quando exista algum retardo no desenvolvimento, encaminharemos para o especialista do nível superior. Vamos fazer um sistema de alerta com linhas vermelhas na ficha para identificar quando exista esse problema. A ação será feita pela médica e pela enfermeira.

#### Engajamento Público.

Informaremos os pais ou responsáveis pela criança sobre as habilidades que deve se desenvolver em cada faixa etária e as condutas esperadas (médica e enfermeira).

#### Qualificação da Prática Clínica.

Capacitaremos à equipe em desenvolvimento de acordo com a idade da criança e sobre o preenchimento da ficha de desenvolvimento. Capacitação na reunião mensal da equipe pela médica e pela enfermeira.

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

#### **Ações:**

#### Monitoramento e Avaliação.

Monitoraremos o percentual de crianças com vacinas atrasadas e atualizadas. É o ACS quem se ocupará de ir atrás das crianças com dificuldades na vacinação e, logo (médica e enfermeira) em consulta e visitas domiciliares reforçamos essa ação.

#### Organização e Gestão de Serviço

Faremos encaminhamento para a UBS de referencia nossa para vacinação, pois em nossa UBS não se oferece esse serviço por não existir as condições. O encaminhamento será feito pela médica, enfermeira e a técnica de enfermagem.

#### Engajamento Público

Orientaremos aos pais ou responsáveis pela criança sobre o calendário vacinal. (Médica, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS).

#### Qualificação da Prática Clínica

Capacitar à equipe na leitura do cartão da criança e da ficha espelho. A médica e a enfermeira farão debate desse e, outros temas na reunião mensal da equipe.

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

#### **Ações:**

#### Monitoramento e Avaliação

Monitoraremos o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro com ajuda do ACS para garantir a suplementação de todas em cada controle de puericultura.

#### Organização e Gestão de Serviço

Será realizada articulação mediada pela médica da unidade a fim de garantir junto à Secretaria de Saúde a dispensação do medicamento mensalmente.

#### Engajamento Público

Em cada consulta da criança seja de puericultura ou de algum agravo de doença, orientaremos aos pais sobre a importância da suplementação de ferro e também, explicaremos as possíveis reações secundárias deste medicamento e a conduta ante qualquer reação (médica e enfermeira).

#### Qualificação da Prática Clínica.

Manteremos a capacitação em recomendações de sulfato ferroso do Ministério da Saúde. Eu como a médica da equipe sempre me mantenho estudando esse e muitos outros temas, através de várias fontes bibliográficas.

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

#### **Ações:**

### Monitoramento e Avaliação

Monitoraremos o percentual de crianças que realizarem triagem auditiva em cada controle.

### Organização e Gestão de Serviço

A realização deste teste é garantida pela Secretaria de Saúde. Neste momento, o município tem problema com o instrumento utilizado para a realização deste teste, sem possível solução. Falaremos com a secretária de saúde para dar opções para a realização do teste em algum município próximo. A médica será quem vai falar sobre este problema.

### Engajamento Público

A médica e a enfermeira farão orientações aos pais e responsáveis pela criança sobre a importância do teste.

### Qualificação da Prática Clínica

Faremos incorporação da triagem auditiva no protocolo de Saúde da Criança, mediante articulação com a Secretária de Saúde, realizando capacitação da equipe para orientar adequadamente, nossos usuários sobre a importância da realização do exame.

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

### **Ações:**

### Monitoramento e Avaliação

Monitoraremos o percentual de crianças que realizaram teste do pezinho antes dos 7 dias de vida, através da informação do ACS e quando alguma criança nasceu na zona rural mesma e não realizou teste até os 7 dias. Insistiremos para fazer ele no máximo antes do mês de vida (a médica e a enfermeira reforçarão esta ação).

### Organização e Gestão de Serviço

Garantiremos a realização deste teste através da enfermeira da UBS de referência. Explicaremos para as mães que não pensam voltar para a zona rural

antes dos 7 dias, ir à UBS de referencia da nossa UBS na cidade e fazer o teste. Nesta unidade existem as condições e o material para a realização do teste (a ação será orientada pela médica e à enfermeira).

#### Engajamento Público

Orientaremos as grávidas e a comunidade sobre a importância de realizar o teste para o diagnóstico oportuno de varias doenças (médica e enfermeira).

#### Qualificação da Prática Clínica

Avaliaremos se a enfermeira e a técnica de enfermagem estão aptas para a realização do teste (a Secretária de Saúde fará a avaliação).

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

#### **Ações:**

#### Monitoramento e Avaliação

Monitoraremos a avaliação da necessidade de tratamento odontológico das crianças de 6-72 meses em cada controle de puericultura. (Médica e Enfermeira).

#### Organização e Gestão de Serviço

Organizaremos acolhimento das crianças de 6-72 meses de idade e seu familiar e oferecemos atendimento prioritário delas, serão atendidas na hora que chegam á UBS. A Técnica de Saúde Bucal agendará o atendimento para a consulta de odontologia e, é ela junto a odontóloga que controlam a necessidade de atendimento.

#### Engajamento Público

Informaremos a comunidade através de palestras sobre a importância de avaliar a saúde bucal da criança de zero a 72 meses (Odontóloga, Médica Clínica Geral e Enfermeira).

#### Qualificação da Prática Clínica.

A Odontóloga capacitará a equipe para avaliar a necessidade de tratamento odontológico.

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

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação

A Saúde bucal das crianças será monitorada sistematicamente, pela equipe em cada controle de puericultura feito pela médica ou pela enfermeira.

Organização e Gestão do Serviço

As crianças de 6-72 meses serão cadastradas para atendimento odontológico e, ficará explicado que tem prioridade e nesse mesmo dia já são incluídas na agenda. O acolhimento será organizado pela técnica de Saúde Bucal.

Engajamento Público

Faremos palestras na escola e na comunidade sobre o atendimento prioritário das crianças de 6-72 meses e, sobre a importância do atendimento para a saúde geral (Médica, Enfermeira e técnica de enfermagem).

Qualificação da Prática Clínica.

A equipe está capacitada para o acolhimento, cadastrar e encaminhar para o odontologista.

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

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

**Ações:**

Monitoramento e Avaliação

Monitoraremos o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia). A técnica de enfermagem levará esse controle através

do prontuário e, a ficha espelho e ficará arquivada de forma rotativa no mês da próxima consulta igual às vacinas e, desse jeito é fácil de saber quem esta em atraso na consulta, ou seja, as crianças faltosas.

#### Organização e Gestão do Serviço

Faremos visitas domiciliares em busca das crianças faltosas e nesse momento faremos uma nova agenda. (ACSs, Médica, enfermeira e técnica de enfermagem).

#### Engajamento Público

Faremos palestras na comunidade sobre a importância do acompanhamento regular da criança (toda a equipe).

#### Qualificação da Prática Clínica

Os ACS já estão treinados há muito tempo e conhecem através da caderneta quais são as crianças em atraso. A enfermeira continuará fazendo treinamento dos ACS.

#### **Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1:** Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho de 100% das crianças cadastradas no Programa Saúde da criança.

#### **Ações:**

#### Monitoramento e Avaliação

Monitoraremos os registros de todos os acompanhamentos da criança na UBS. (Médica e Enfermeira).

#### Organização e Gestão do Serviço

Preencheremos de forma sistemática em cada controle de puericultura a caderneta da criança e a ficha espelho. A enfermeira como gerente de todas as atividades do posto continuará levando todos os registros da unidade, mas ficará a disposição da equipe no arquivo.

#### Engajamento Público

Nas palestras na comunidade informaremos sobre os direitos dos pacientes e sobre seus registros. (Toda a equipe).

### Qualificação da Prática Clínica

A equipe já está treinada sobre o preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento da criança na UBS e quando existe alguma troca de ACS de alguma comunidade faremos novo treinamento. (Enfermeira).

**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.

#### **Ações:**

#### Monitoramento e Avaliação

Faremos monitoramento do número de crianças de alto risco existentes na comunidade e destas quais ficam com atraso na puericultura e nos apoiaremos nos ACS para trazer elas para o atendimento. O monitoramento será feito pela médica e à enfermeira.

#### Organização e Gestão do Serviço

Vamos dar prioridade às crianças de alto risco para o atendimento e na ficha espelho/acompanhamento ficarão identificadas como de alto risco. (Médica e Enfermeira).

#### Engajamento Público

Faremos palestras na comunidade sobre os fatores de risco para morbidade na infância e sempre falaremos o tema sobre o parasitismo intestinal por as costumes que tem as pessoas na zona rural de andar descalços todo o tempo e além disso tomar água de rio e sem tratar adequadamente. (Toda a equipe fará palestras em diferentes ocasiões).

### Qualificação da Prática Clínica

A equipe de saúde fica capacitada sistematicamente na identificação de fatores de risco e sempre na reunião mensal as dúvidas ficam esclarecidas. A reunião mensal é dirigida pela enfermeira como gerente do posto.

**Objetivo 6.** Promover a saúde das crianças

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

**Ações:**

#### Monitoramento e Avaliação

Monitoramos o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário e na ficha de acompanhamento/espelho.

#### Organização e Gestão do Serviço

Cada membro da equipe conhece seu papel na prevenção de acidentes na criança.

#### Engajamento Público

Nas palestras na comunidade falamos sobre a prevenção de acidentes na infância e além disso contamos com o apoio do presidente da comunidade que tem um alto falante e nos ajuda para informar a hora das palestras.

#### Qualificação da Prática Clínica

Orientamos a equipe em cada reunião mensal sobre os principais acidentes que ocorrem na infância e como fazer prevenção e aqui em nosso médio rural com nossa geografia cheia de rios por todos os lados sempre falamos sobre como evitar acidentes de afogamento.

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

**Ações:**

#### Monitoramento e Avaliação

Monitoramos as atividades de educação em relação ao assunto e também as crianças mamando na primeira consulta. Levamos o controle das crianças que ficam com aleitamento materno de 0-2anos.

#### Organização e Gestão do Serviço

Cada membro da equipe conhece seu papel na promoção do aleitamento materno e aqui na zona rural não temos muitos problemas em relação à amamentação porque geralmente a população é muito carente e com renda familiar baixa e então amamentam muito tempo, às vezes até mais de dois anos, pois como de todos são conhecidas, uma das vantagens do aleitamento materno é que não é custoso e fica sempre disponível.

#### Engajamento Público

Orientaremos as mães e familiares sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal. Toda a equipe, já seja na puericultura na UBS ou nas visitas domiciliares.

#### Qualificação da Prática Clínica

Capacitaremos a equipe na reunião mensal sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de pega. (Médica e Enfermeira).

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

#### **Ações:**

#### Monitoramento e Avaliação

Faremos monitoramento do registro das orientações no prontuário. (A enfermeira fará esta ação periodicamente).

#### Organização e Gestão do Serviço

Definiremos para cada membro da equipe seu papel na orientação nutricional (médica e a enfermeira).

### Engajamento Público

Orientaremos as mães e sua rede de apoio sobre a alimentação saudável e adequada para a criança (toda a equipe seja em consulta na UBS ou em visitas domiciliárias).

### Qualificação da Prática Clínica

Continuaremos os debates com a equipe sobre orientação nutricional adequada de acordo a idade da criança. (Médica e Enfermeira).

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

### **Ações:**

Forneceremos orientações sobre higiene bucal e prevenção da carie para 100% das crianças. (Odontologista, Médica Clínico Geral e enfermeira).

### Monitoramento e Avaliação

Monitoraremos as orientações sobre higiene bucal (odontóloga).

### Organização e Gestão do Serviço

Definiremos o papel de todos os membros da equipe na orientação sobre higiene bucal e etiologia e prevenção da carie (odontóloga).

### Engajamento Público

Orientaremos as mães e sua rede de apoio sobre higiene bucal e prevenção da carie (toda a equipe).

### Qualificação da Prática Clínica

Faremos orientações / capacitação dos membros da equipe sobre higiene bucal e prevenção da carie (odontóloga).

Como podemos observar todas nossas metas vão dirigidas aos 100% da população alvo e poderia parecer muito difícil, mas contamos com um Agente Comunitário de Saúde em cada comunidade (11 ACS) que nos ajudarão em nosso

trabalho e além deles contamos com o resto dos integrantes da equipe da UBS. Algumas ações vão ser realizadas na UBS, na consulta, como aquelas que serão desenvolvidas nos controles de puericultura e outras serão feitas na comunidade como as visitas domiciliares e as palestras. Todas as reuniões e as capacitações da equipe são realizadas na UBS.

### **2.3.2 Indicadores**

#### **Objetivo 1. Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.**

**Meta 1.1** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

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

#### **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.

**Indicador 2.1.** Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 2.2.** Proporção de crianças com monitoramento de crescimento. Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde/Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 2.6.** Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.

Numerador: número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 2.7.** 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.

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

**Indicador 2.8.** Proporção de crianças com triagem auditiva. Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 2.9.** Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida.

Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 2.10.** Proporção de crianças de 6 e 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.

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

**Indicador 2.11.** Proporção de crianças de 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.

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

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

**Indicador 3.1.** Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança. Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas/Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

**Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações.

**Meta 4.1.** Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho de 100% das crianças cadastradas no Programa Saúde da Criança.

**Indicador 4.1.** Proporção de crianças com registro atualizado. Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**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.

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

Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco /Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Objetivo 6.** Promover a saúde das crianças.

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

**Indicador 6.1.** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura/ Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 6.2.** Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

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

**Indicador 6.3.** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária/Denominador:

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

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

**Indicador 6.4.** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária. Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade.

### 2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Saúde da Criança adotamos o Manual Técnico de Saúde da Criança do Ministério de Saúde, 2012.

Utilizamos a ficha-espelho de crianças disponíveis no município. Estimamos alcançar com a intervenção, 289 crianças de zero a 72 meses de idade. Fizemos contato com o gestor municipal para disponibilizar as 261 fichas-espelho necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção foi utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, a medida que as crianças forem trazidas pelas mães para puericultura e para atendimento clínico geral, foi preenchida a ficha espelho utilizada na intervenção.

A ficha-espelho foi complementada pela enfermeira e pela técnica de enfermagem, com base nos registros existentes no prontuário da criança e, no sistema de controle da vacinação das crianças na Unidade Básica de Saúde (UBS), que é preenchido após as mães levarem as crianças para vacinar na cidade e retornar para realização de puericultura em nossa UBS.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. A partir da definição do foco começamos a realizar reuniões semanais para conversar sobre o Manual Técnico de Saúde da Criança

que será utilizado durante a intervenção. Estas reuniões de capacitação da equipe estão ocorrendo semanalmente na própria UBS, aos sábados de 8 às 10 horas da manhã, no horário tradicionalmente utilizado para reunião da equipe. Cada membro da equipe está estudando uma parte do Manual Técnico e, expondo o conteúdo aos outros membros da equipe. Na reunião semanal da equipe participam a enfermeira, a técnica de enfermagem, a médica clínica geral e o ACS da comunidade, onde está localizada a UBS.

Os outros 10 ACS participarão na reunião mensal de toda a equipe, pois ficam muito longe da UBS, e não tem gasolina disponibilizada para transporte semanal, somente mensal, e por esse motivo a reunião mensal tem 4 horas de duração, pois nessa reunião se debatem vários temas em relação ao nosso foco de intervenção. Esta atividade ocorrerá ao longo de toda a intervenção, mantendo o espaço para esclarecer dúvidas relativas no projeto de intervenção. Tais atividades serão realizadas na UBS, sob a responsabilidade da enfermeira e da médica clínica geral.

Semanalmente, a enfermeira examinará as fichas-espelho das crianças identificando aquelas que estão com consultas, exames ou vacinas em atraso. O ACS fará busca ativa de todas as crianças faltosas, estima-se 4 por semana, totalizando 16 por mês. Ao fazer a busca, já agendará a consulta da criança segundo horário já disponibilizado pela enfermeira.

As atividades planejadas incluem diversas atividades como as capacitações direcionadas a todos os membros da equipe de saúde acerca de temas como o acolhimento da criança, a adoção de protocolos, informações que devem ser ofertadas às mães e à comunidade em geral, importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança, treinamento sobre as técnicas para realizar medidas de peso e comprimento/altura e saber interpretar as curvas de crescimento, treinamento para preencher o cartão e a ficha-espelho e saber realizar a leitura deles.

Envolverá ainda, a capacitação sobre o desenvolvimento de acordo com a idade da criança, sobre as recomendações do sulfato ferroso, importância da triagem auditiva, verificação se as enfermeiras estão aptas para realização do teste do pezinho, como fazer avaliação da necessidade de atendimento odontológico e o

acolhimento nesta consulta, treinamento dos ACS em busca das crianças faltosas através da caderneta, treinamento da equipe no preenchimento de todos os registros necessários no acompanhamento da criança, capacitação na identificação dos fatores de risco para morbimortalidade, informar sobre os principais acidentes na infância, sobre o aconselhamento do aleitamento materno, orientações nutricionais de acordo a idade da criança e sobre higiene bucal e prevenção da cárie. Todas estas atividades serão desenvolvidas na UBS na frequência e, nos horários anteriormente falados e com a direção da enfermeira e a médica clinica geral.

O acolhimento das crianças é realizado por todos os membros da equipe de saúde. Crianças de alto risco e, com problemas agudos serão atendidas prioritariamente, cada uma delas, sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

É realizada previamente articulação com o presidente da comunidade (líder comunitário) onde fica a UBS, a fim de que realizar estratégias a fim de informar a comunidade sobre a existência do programa de Saúde da Criança na unidade, divulgando, engajando a população e aproximando a comunidade do serviço e da equipe de saúde.

Utilizamos, além das conversas realizadas individual e coletivamente, o alto falante como meio de comunicação para informar a população sobre a hora que vamos realizar reunião para orientar a comunidade sobre o programa de Saúde da criança e quais os benefícios, incluindo a importância da saúde bucal, sobre a importância do acompanhamento regular da criança, sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros, fatores de risco para morbimortalidade na infância, sobre prevenção de acidentes, alimentação saudável e higiene dos alimentos e adequado tratamento da água.

Informamos às mães e responsáveis pela criança as facilidades oferecidas na UBS para realização da atenção a criança e sobre a importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança, sobre como ler a curva de crescimento e identificar anormalidades, sobre as habilidades que deve desenvolver a criança em cada faixa etária, sobre o calendário vacinal, sobre suplementação de ferro, importância da realização do teste do pezinho e de triagem auditiva, importância do aleitamento materno, alimentação saudável, higiene dos alimentos, tratamento adequado da água de consumo e sobre higiene bucal.

Todas as atividades com a comunidade foram realizadas no quintal da escola da comunidade e dirigidas pela doutora e a enfermeira, uma vez no mês, de preferência os últimos domingos de cada mês.

Em relação ao Monitoramento e Avaliação e Organização e Gestão do Serviço em nosso foco de intervenção sobre Saúde da criança podemos dizer que as atividades estão estreitamente relacionadas, vamos cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área com a ajuda do ACS e estabeleceremos o atendimento prioritário delas, na primeira semana de trabalho na intervenção, fizemos busca ativa de crianças que não tiveram comparecido no serviço na primeira semana de vida, garantir material para realização das medidas antropométricas para conhecer crianças com déficit ou excesso de peso, ter versão atualizada dos protocolos de saúde da criança com ajuda da secretaria de saúde solicitada pela enfermeira, criar sistema de alerta na ficha para identificação das crianças com problema no peso pela médica clínico geral e encaminhamento pela enfermeira ou médica, de todas as crianças para vacinação, de acordo com a necessidade e faixa etária.

A enfermeira, como gerente da UBS, garantiu com o gestor municipal a dispensação do sulfato ferroso, garantir a realização de teste do pezinho e teste de triagem auditiva, organizar acolhimento para atendimento odontológico das crianças de 6 a 72 meses pela técnica de saúde bucal, o ACS fará visita domiciliar para buscar crianças faltosas e agendara para elas de acordo o estabelecido pela enfermeira e se continuarem faltando às consultas depois da visita do ACS, então serão visitadas pela doutora e enfermeira. Preencher a ficha-espelho pela doutora e enfermeira e definir responsável pelos registros. Priorizaremos para atendimento as crianças de alto risco e ficaram identificadas na ficha-espelho, a equipe deve ter definido o papel na prevenção de acidentes, na promoção do aleitamento materno, na orientação nutricional e sobre higiene bucal. Faremos registro das atividades e monitoramento e avaliação com a importante ajuda dos ACS.

## Cronograma

Atividades	Sem.1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde sobre os protocolos de Saúde da Criança e demais ações relativas à intervenção.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	X															
Cadastramento de todas as crianças de 0-72 meses no Programa de Saúde da Criança.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática Saúde da Criança solicitando apoio sobre as demais estratégias que serão implementadas.	X				X				X			X				X
Atendimento Clínico das Crianças.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo de mães que receberão orientações sobre Programa			X				X				X				X	



### **3 Relatório da Intervenção**

Desde que a equipe tomou a decisão de realizar nossa intervenção em Saúde das Crianças de zero a 72 meses de idade, todos ficamos com muita vontade de trabalhar para cumprir o principal objetivo na melhoria em nossa unidade, e cada um cumpriu ativamente com o seu papel.

Mesmo não tendo a quantidade total da população-alvo, a Secretária de Saúde nos deu uma estimativa de 289 crianças cadastradas em 2014. Foi então que nossa equipe decidiu atingir a meta de 100 % das crianças. No final da intervenção percebemos que em 2015, a população alvo foi de 261 crianças, não ficando nenhuma sem se cadastrar e sem atendimento clínico, sendo que as duas últimas foram atendidas no próprio domicílio e até lá levamos a balança e a fita métrica e nosso trabalho foi completado.

Em vários diários falamos do imenso problema da geografia amazonense na zona rural, principalmente da dificuldade de combustível para chegar até a UBS e do mesmo jeito para nossa equipe chegar até as comunidades. Não cansamos de falar em nossos diários do valioso papel dos agentes de saúde que moram nas 11 comunidades da área de abrangência da unidade.

A população do Amazonas é muito carente em relação aos serviços de saúde e muitas famílias vivem em condições de pobreza extrema. A cada ano acontece a

enchente e o nível da água do rio fica tão elevado que muitas casas ficam alagadas e aumentam as doenças diarréicas e respiratórias. Por esse motivo a situação é triste de se observar, mas há algo a nosso favor, com o qual ficamos muito gratos que é a humildade destas pessoas que em ocasiões aparecem no posto com alguma fruta para nos agradar e como um jeito de provar que ficam contentes com o nosso trabalho.

Conhecemos que mudar hábitos e estilos de vida vai demorar muitos anos, porém, com o trabalho em equipe continuamente e sem cansar, vamos obter resultados a curto, mediano e longo prazo. Ficamos muito gratos com o apoio das lideranças comunitárias e também do gestor da escola da comunidade e o grupo de mães recebeu orientações em vários temas relacionados à saúde das crianças.

Para realizar a intervenção estabelecemos várias ações de acordo com os objetivos que foram detalhados nos quatro eixos e avaliados nos indicadores: 1) Monitoramento e Avaliação; 2) Organização e Gestão do Serviço; 3) Engajamento Público; e 4) Qualificação da Prática Clínica.

Para cumprir o objetivo 1 - Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança várias ações foram realizadas, dentre elas destacamos:

- Monitoramos o número de crianças cadastradas no programa de zero até 72 meses de idade, totalizando 261 atendimentos clínicos, que abrangem 100% de nossa área;
- Orientamos a comunidade sobre o Programa de Saúde da Criança através de palestras. A equipe foi capacitada em todos os protocolos e sobre as informações que foram fornecidas às mães. O indicador 1.1 foi cumprido integralmente.

Para cumprir o objetivo 2, realizamos várias ações, das quais destacamos:

- Melhorar a qualidade do atendimento à criança (algumas delas foram cumpridas completamente, parcialmente, e outras ficaram sem cumprir).

### **3.1 Ações previstas e não desenvolvidas.**

Em relação à realização da primeira consulta na primeira semana de vida (indicador 2.1) ficamos insatisfeitos, pois não conseguimos cumprir essa ação, já que as

maiorias das grávidas vão para a cidade para ter seu bebê e voltam quase sempre entre os 10 e 15 dias, pois ficam na casa de algum familiar para evitar se expor ao rio com uma criança de tão pouca idade. No último mês de intervenção conseguimos atender em consulta a duas crianças na primeira semana de vida e já aí observamos que nosso trabalho começou a dar frutos. Por esse motivo, temos que dar mais palestras no período da gestação para que as grávidas entendam a importância desta primeira consulta.

### **3.2 Ações previstas e desenvolvidas.**

Em relação ao indicador 2.2 sobre a proporção de crianças com monitoramento do crescimento, podemos falar que foi um sucesso e todas as ações foram cumpridas e obtivemos 100 % de avaliação do crescimento das crianças. Em cada controle foi observada a curva de crescimento, a UBS conta com a ajuda de balança, antropômetro e fita métrica, por isso ficou fácil cumprir as ações. Informamos aos pais sobre como ler a curva de crescimento na caderneta e identificar as anormalidades. A equipe junto aos ACSs foi treinada sobre as técnicas para a realização das mensurações.

As ações em relação ao indicador 2.3 sobre a proporção de crianças com déficit de peso foram cumpridas em 100 %. No primeiro mês tivemos 3 crianças com peso baixo, 11 no segundo e 12 no terceiro, sendo que 100 % delas foram monitoradas. Como já falamos anteriormente, temos todo o equipamento para avaliar o peso e por isso essa ação foi de fácil cumprimento. Cada agente de saúde acompanhou as crianças da comunidade deles à puericultura em uma ou duas transportações para evitar gastos maiores em combustível e os pais também colaboraram.

Dessa mesma maneira foram cumpridas as ações estabelecidas no indicador 2.4 sobre a proporção de crianças com excesso de peso e podemos dizer que não temos esse problema de saúde.

Foi monitorado o desenvolvimento em 100 % das crianças (indicador 2.5), sendo avaliado em cada controle o desenvolvimento neurocognitivo pela doutora ou pela enfermeira. Avaliamos o desenvolvimento psicomotor de cada criança de acordo a faixa etária. Informamos aos pais sobre as habilidades que devem desenvolver em

cada faixa etária e as condutas esperadas. A equipe foi capacitada em relação a esse aspecto.

Realizamos varias ações para garantir a vacinação das crianças, que não é feita em nossa unidade e sempre tivemos que encaminhar para a cidade e logo após checarmos no controle seguinte. Das 261, 242 têm a vacinação em dia atingindo um percentual de 92,7 %. Nossa maior satisfação teria sido que 100 % ficassem com vacinação em dia, mas temos algumas dificuldades e as mães nos relataram que em ocasiões vão para a cidade que fica tão longe e a vacina está em falta nesse dia e isso dificulta o completo cumprimento deste indicador. Essa situação já foi levada à secretaria de saúde e, às vezes, o município precisa esperar o abastecimento pela capital e tudo isso contribui no atraso da vacinação. Em cada visita domiciliar nossa equipe revisa a caderneta da criança e faz uma avaliação das vacinas.

As ações em relação ao indicador 2.7(proporção de crianças entre 6 e 24 meses com suplementação de ferro) foram cumpridas em 100 %. Não temos problema, pois sempre há sulfato ferroso na UBS e cada mãe sai do posto levando sempre a suplementação de seu filho.

Em relação ao indicador 2.8 (teste de triagem auditiva) (ação prevista e não desenvolvida), temos muitas dificuldades, visto que não está sendo realizado em quase nenhum município de Amazonas e não existe previsão para a realização deste teste. Nosso papel foi falar com a Secretária de Saúde e com o Prefeito do município e neste momento não tem solução possível.

As ações em relação à realização do teste do pezinho estão se cumprindo atualmente, mas dá para observar que muitas mães, antigamente, não receberam orientação adequada e é por esse motivo que muitas crianças que ficaram sem realizar esse teste tem idade entre 3 e 6 anos e ainda não tínhamos começado nosso trabalho na unidade que iniciou no ano 2013. Anteriormente, a população das comunidades rurais não tinha atendimento e muitas grávidas ficavam sem fazer pré-natal. Agora cada criança que nasce já sai do hospital com o teste feito, mas devemos trabalhar muito junto aos ACSs para observar quais grávidas têm o bebê em casa e não vão logo para a cidade realizar o teste e são essas crianças as que ficam geralmente sem fazer o procedimento.

Em 100% das crianças foi avaliada a necessidade de atendimento odontológico (indicador 2.10), pois logo após a consulta de puericultura recebem atendimento pela odontóloga, o problema é que às vezes não tem energia na UBS e as mães não ficam conformadas com a palestra da odontóloga, porque passam por muito trabalho para chegar até o posto e a criança precisa do tratamento de alguma cárie e então vão embora e demoram a voltar e daí podemos observar que somente um 84,1% das crianças iniciou o atendimento odontológico (indicador 2.11). Também existem mães que não entendem o porquê da criança aos 6 meses, às vezes, ainda sem dente, tem que receber atendimento, então temos que aumentar ainda mais nossas palestras neste tema.

Temos cumpridas todas as ações em relação à busca ativa das crianças faltosas em 100 % e toda a equipe esta engajada nesta atividade (indicador 3.1). Foram realizadas várias palestras na comunidade sobre a importância do acompanhamento regular da criança na UBS. Realizamos visita domiciliar imediata quando existe alguma criança faltosa e é o agente comunitário a pessoa responsável no controle, acompanhando essa criança e a mãe.

Todas as crianças ficam com registro atualizado (100 %) precisamente porque não temos crianças faltosas neste momento e o registro fica atualizado na hora do atendimento clínico, preenchendo a ficha-espelho e a caderneta própria (indicador 4.1). Toda a equipe está treinada no preenchimento.

A avaliação de risco é feita em cada criança pela equipe (indicador 5.1) e é cumprida em 100 %. Esta é uma ação que depende de todos; damos prioridade para o atendimento das crianças de alto risco. Na comunidade, fizemos palestras sobre os fatores de risco para morbidade na infância, como evitar o parasitismo intestinal e sobre o tratamento adequado da água para tomar.

Todas as crianças foram colocadas para mamar durante a primeira consulta (indicador 6.2), algumas foram observadas pela equipe, e outras que já não estão sendo amamentada, a mãe nos deram a informação. Levamos controle das crianças que ficam com aleitamento materno de zero a dois anos. Explicamos a importância deste.

Temos vários indicadores com 100% de cumprimento nas ações e que dependem completamente de nosso labor educativo e que, para nós, são de fácil cumprimento, pois a equipe é grande e todos fazem um ótimo trabalho. Entre os principais, destacamos:

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

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

-Indicador 6.4. Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Todas as ações anteriormente descritas foram incorporadas na rotina de nosso serviço e devem continuar se cumprindo continuamente e a equipe fica com a maior disposição de seguir trabalhando para melhorar a saúde da criança.

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

Foi difícil a coleta de algumas informações, pois não ficavam nos prontuários das crianças, por exemplo, conhecer se a criança foi colocada para mamar durante a primeira consulta, mesmo sabendo-se que já era uma criança fora da idade de amamentação, nesses casos tivemos que confiar e acreditar na informação que nos deram algumas mães, em outros casos, a equipe conseguiu realizar essa observação diretamente. As fichas espelho que ficavam anteriormente na unidade, estavam incompletas e realizamos novas fichas.

O fechamento da PCD foi fácil, e do mesmo jeito foi o cálculo dos indicadores, porque é uma planilha eletrônica que automaticamente realiza essas ações. A maior dificuldade no preenchimento desta planilha foi que começamos trabalhando com uma população-alvo estimada de 289 crianças, (dado obtido da secretaria de saúde do cadastro do ano anterior) e no final, percebemos que nossa população de estudo era realmente 261 crianças, então o papel dos ACSs aqui foi decisivo, pois foram casa por casa em busca de alguma nova família que tivesse feito mudança para nossas comunidades da área de abrangência e, chegamos à conclusão que, não ficou nenhuma criança sem se cadastrar e sem atendimento clínico na UBS.

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

A intervenção ficou incorporada à rotina do serviço e a comunidade já ficou ciente da importância do acompanhamento das crianças na unidade básica de saúde. Contamos com o apoio das lideranças comunitárias (presidente, vice-presidente, pastores das igrejas, e o gestor da escola).

A equipe ficou na maior disposição de continuar o trabalho para melhorar o estado de saúde das crianças, dando ênfase e insistindo em algumas das ações que não ficaram completamente desenvolvidas, descritas anteriormente, por exemplo, na realização do teste do pezinho em cada criança nascida em nossa área e, conseguindo o atendimento delas na primeira semana de vida.

Aqui é de muita importância o papel do ACS, em cada uma das comunidades, através do controle de cada gestante que fique perto da data de parto, pois para a equipe que trabalha na UBS, fica bastante difícil pela distância entre a UBS e elas, e a dificuldade com o combustível.

A equipe continuará nosso trabalho de educação, explicando às mães sobre a importância da vacinação na prevenção de doenças e do atendimento odontológico adequado, começando-o aos 6 meses de vida.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção tratou da melhoria da atenção em saúde ofertada às crianças de 0 a 72 meses na UBS Antonio do Nascimento Ferreira, da zona rural Vila de Abacaxis, do município Nova Olinda do Norte. Na área de abrangência existiam 289 crianças no ano 2014 e foi com esse dado obtido da secretaria municipal de saúde, que iniciamos nossa intervenção, essa seria nossa população-alvo. Ao final da intervenção, foram cadastradas 261 crianças no total, morando na nossa área de abrangência, para uma cobertura de 100%. A ação que mais auxiliou neste cadastramento foi a ajuda dos agentes comunitários de saúde (ACSs) que trouxeram até a unidade as crianças para o atendimento clínico, em barco ou lanchas e, também, os pais que ajudaram com o combustível, pois o posto fica bem distante das comunidades, tendo o rio como barreira.

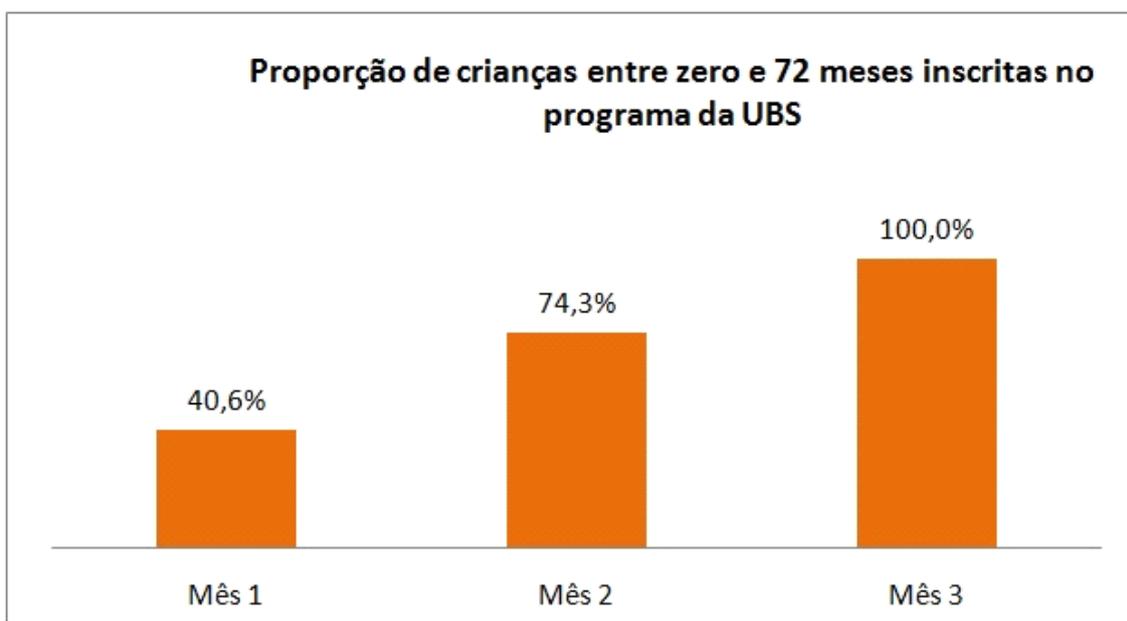
O objetivo geral da intervenção de Melhorar a atenção em saúde ofertada às crianças de 0 a 72 meses na UBS foi cumprido completamente e a continuação farei o detalhamento dos objetivos específicos com as metas, ações e indicadores.

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.

**Meta1. 1:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 100 % das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde (cumprida em 100%).

**Indicador:** 1.1 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.

Observamos no gráfico Nro 1 o indicador (1.1), de acordo com o atendimento em cada mês da intervenção.



Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

A meta de ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança entre zero e 72 meses foi cumprida totalmente, pois foram atendidas 261 (100%). Delas 106 crianças no primeiro mês (40,6 %), 194 no segundo (74,3 %) e 261 no terceiro (100 %). Os ACSs afirmaram que nestes três meses da intervenção não ficou nenhuma criança sem se cadastrar.

Para o cumprimento do objetivo 2, estabelecemos varias metas.

**Objetivo 2.** Melhorar a qualidade do atendimento à criança .

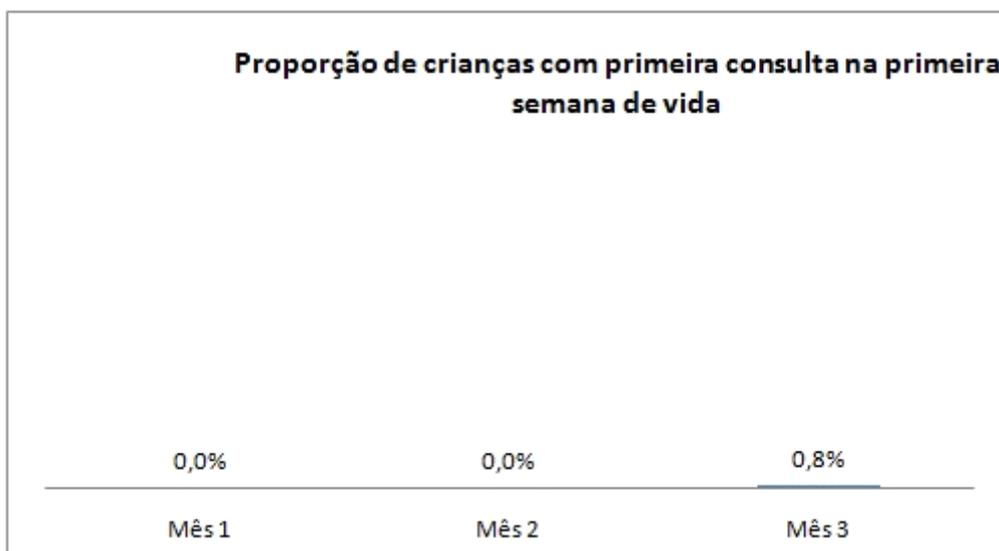
**Meta 2.1:** Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas (não foi cumprida).

**Indicador 2.1.** 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.

Geralmente as gestantes vão para a cidade para ter seu bebê e não voltam para a zona rural até a criança ter mais de 15 dias como já explicamos nos diários, pelo perigo do rio, até a realização do teste do pezinho e a colocação das vacinas

pela distância entre a cidade e as comunidades. No mês 1 e 2 não realizamos atendimento nesta primeira semana, mas no terceiro mês já começamos recolher frutos de nossa intervenção e foram atendidas duas crianças na primeira semana de vida (0,8%).

No gráfico Nro 2, observamos o indicador 2.1.

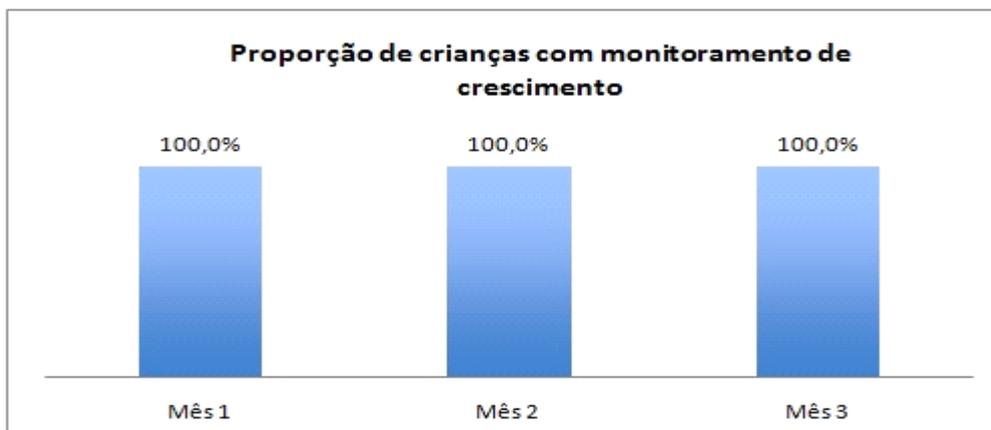


Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

**Meta 2.2:** Monitorar o crescimento em 100% das crianças. (cumprida em 100%).

**Indicador 2.2.** Proporção de crianças com monitoramento de crescimento. Numerador: Número de crianças que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliados/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Cada criança recebeu atendimento clínico e foi avaliada. Até no terceiro mês foram atendidas 261 e em todas foi avaliado o crescimento. No gráfico 3, observamos como evoluiu o indicador 2.2.



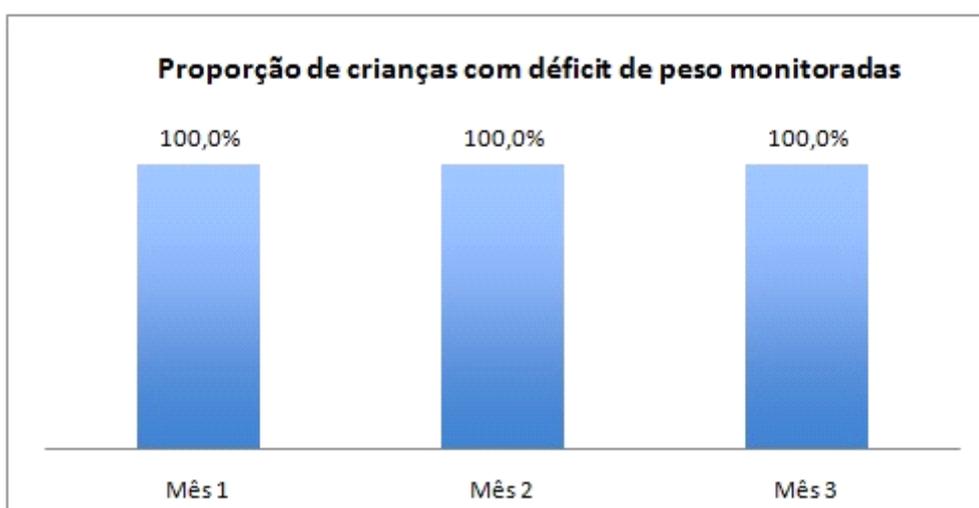
Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

**Meta 2.3:** Monitorar 100% das crianças com déficit de peso. (cumprido em 100%).

**Indicador 2.3.** Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas. Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde/Denominador: Número de crianças com déficit de peso.

No primeiro mês foram monitoradas 3 crianças com déficit de peso (100 %). No segundo mês, 11 crianças (100 %); e, no terceiro mês, 12 crianças com déficit de peso (100 %).

No gráfico Nro 4 observamos o indicador 2.3. Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.



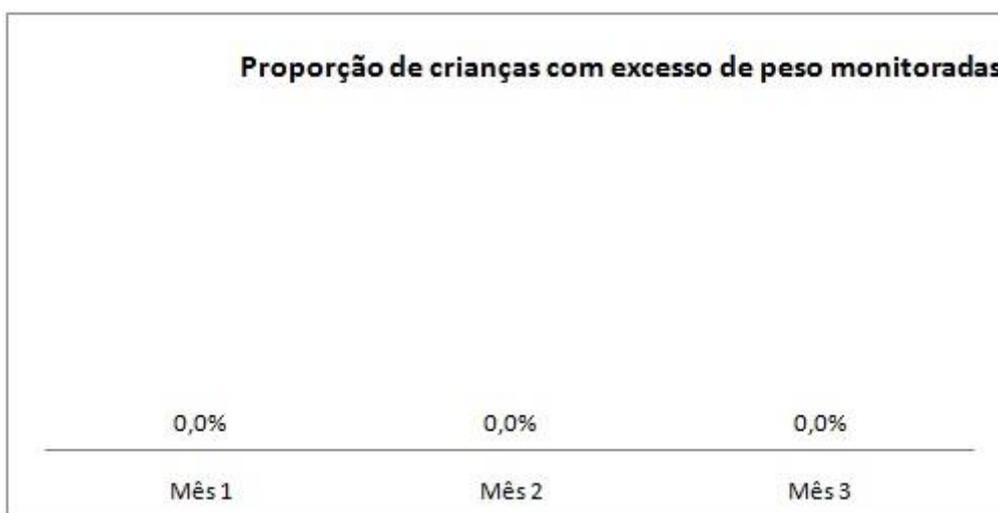
Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

**Meta 2.4:** Monitorar 100% das crianças com excesso de peso. (não precisamos cumprir essa meta porque não tivemos esse problema de saúde).

**Indicador 2.4.** Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.  
Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitorado pela equipe de saúde/Denominador: Número de crianças com excesso de peso.

Podemos dizer que não tivemos crianças com excesso de peso, motivo pelo qual o indicador tem 0 % de crianças monitoradas com esse problema de saúde.

No gráfico Nro 5 observamos o indicador 2.4. Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.



**Meta 2.5:** Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças. (cumprida em 100%).

**Indicador 2.5.** Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.  
Numerador: Número de crianças que tiveram avaliação do desenvolvimento/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Esta meta foi de fácil cumprimento, pois foram atendidas 261 (abrangendo 100%). Foi monitorado o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo. Em cada controle foi avaliado o desenvolvimento psicomotor de acordo com a faixa etária. Em todas as consultas de puericultura foram informados

aos pais, sobre as habilidades que deve desenvolver a criança em cada etapa e as condutas esperadas. A equipe foi capacitada pela doutora em cada reunião semanal sobre esses aspectos. No gráfico seguinte observamos o indicador 2.5.

No gráfico Nro 6 observamos o indicador 2.5.



Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

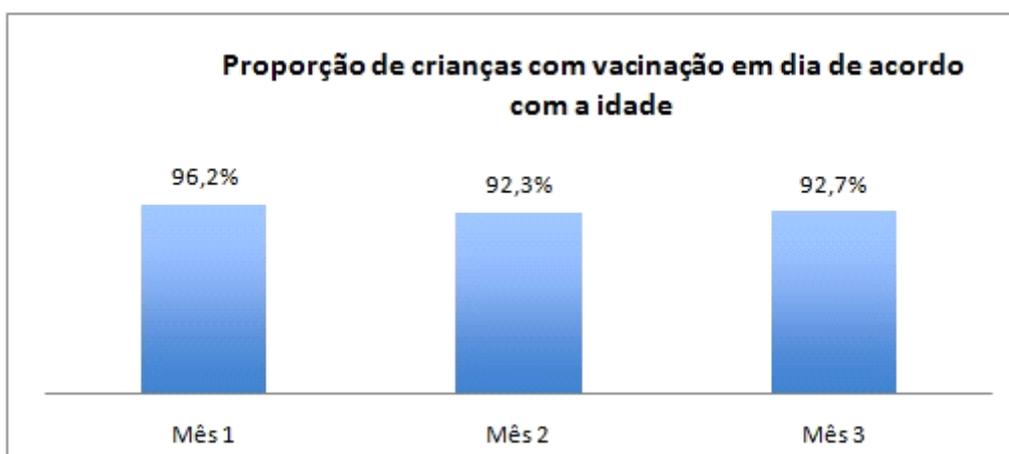
**Meta 2.6:** Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade. (foi atingida parcialmente, pois 92,7% (242) das crianças ficam com vacinação em dia).

**Indicador 2.6.** 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.

A meta foi atingida parcialmente, pois 92,7% das crianças ficam com vacinação em dia (242). Com ajuda dos ACSs monitoramos o percentual de crianças com vacinas atrasadas e atualizadas, e as que apresentavam atraso foram encaminhadas pela

equipe para a cidade porque a UBS não oferece esse serviço. Os pais receberam orientações pela equipe sobre o calendário vacinal e a importância do cumprimento dele.

No gráfico Nro 7 observamos o indicador 2.6.



Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

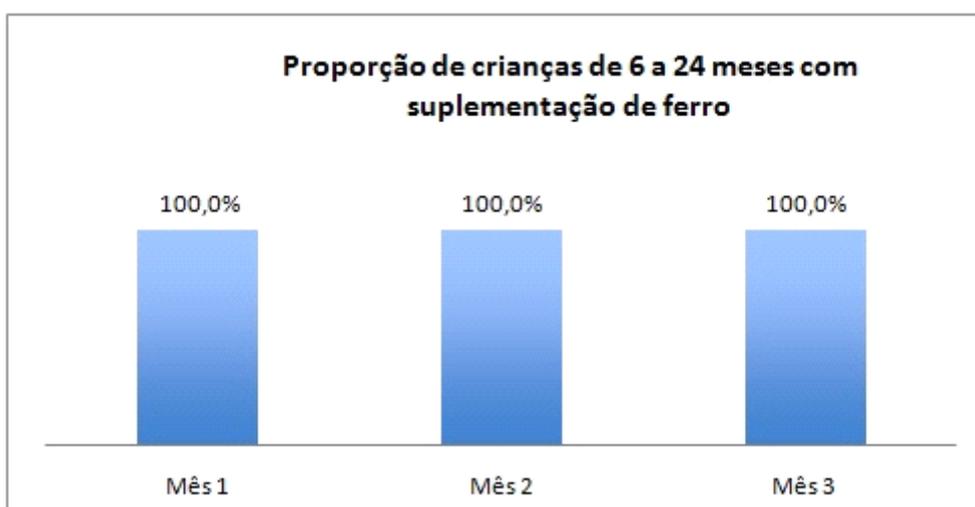
**Meta 2.7:** Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses. (cumprida em 100%).

**Indicador 2.7.** 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.

A meta foi cumprida completamente por que cada criança atendida nessa faixa etária recebeu a suplementação.

No primeiro mês foram atendidas 37 crianças de 6 a 24 meses; 60, no segundo mês; e 67 no terceiro mês, atingindo 100% de suplementação em cada um dos 3 meses.

No gráfico Nro 8 observamos o indicador 2.7.



Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

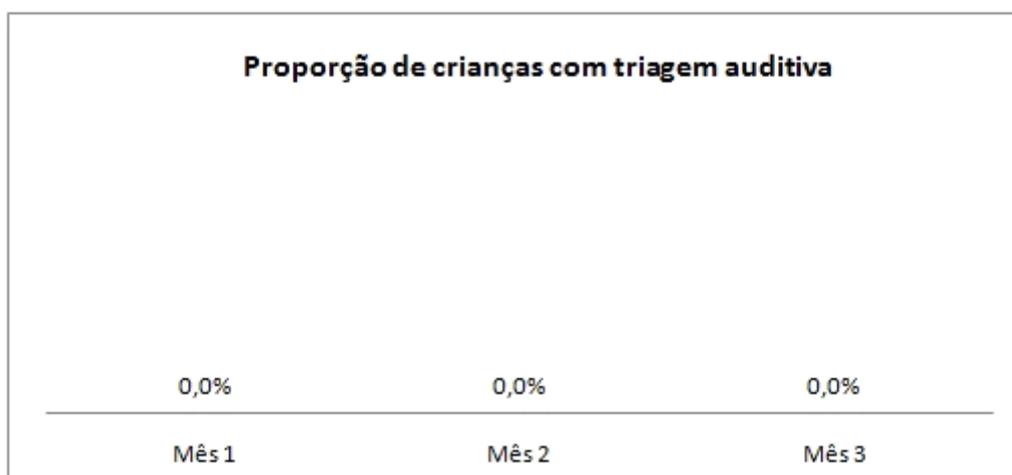
**Meta 2.8.** Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

**Indicador 2.8.** Proporção de crianças com triagem auditiva. Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Essa meta não foi cumprida porque o município não conta com o equipamento para a realização deste teste há muitos anos, nem tem previsão para a sua realização. Eu, como médica da unidade e à frente da intervenção, falei com a secretária de saúde e com o prefeito do município e neste momento não tem

solução possível. Mas a equipe tenha estabelecida varias ações e foram cumpridas mesmo sem sucesso.

No gráfico Nro 10 observamos que não foi cumprido o indicador (2.8).



Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

**Meta 2.9.** Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida. (cumprida parcialmente).

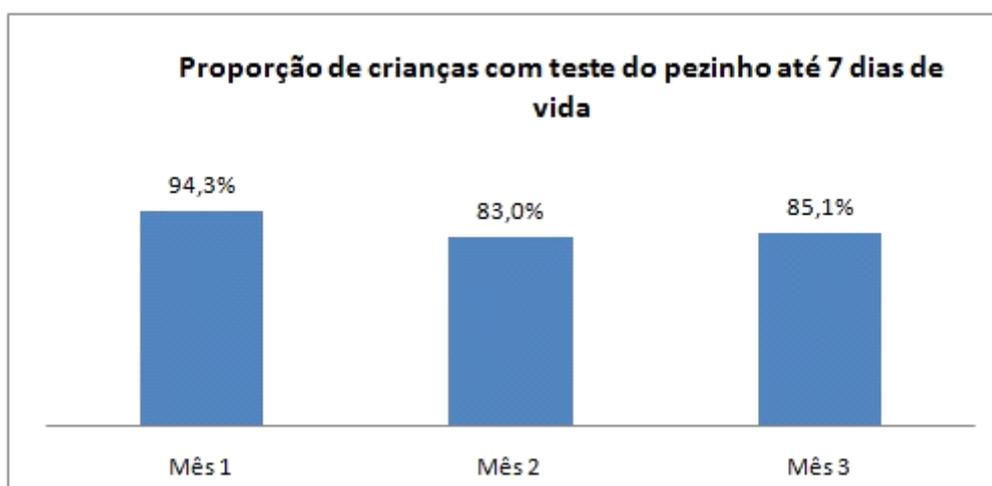
**Indicador 2.9.** Proporção de crianças com teste do pezinho até 7 dias de vida. Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

No primeiro mês de atendimento, percebemos que 94,3% das crianças tinham o teste feito (100 crianças), 83,0% no segundo mês (161) e 85,1% no terceiro mês

(222). Observamos o indicador 2.9 no gráfico abaixo e percebemos que em cada mês foi diminuindo a porcentagem, pois pouco a pouco fomos obtendo os dados de que já eram crianças nascidas anteriormente e não dava para realizar o trabalho educativo com as mães delas.

Neste indicador vamos obter um bom resultado somente nos meses seguintes quando as pacientes que estão grávidas agora tenham seus filhos, pois elas estão recebendo educação por toda a equipe. Os agentes comunitários ficam fazendo controle da data de parto de cada grávida que vai para a cidade para ter seu bebê, ou das que têm eles nas casas próprias com as parteiras para que levem seus filhos nos primeiros 7 dias de nascido para realizar o teste.

No gráfico Nro 10 observamos o indicador 2.9.



Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

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

**Indicador 2.10.** Proporção de crianças de 6 e 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.

Um total de 251 crianças de 6 a 72 meses foram avaliadas (100%).

No gráfico Nro 11 observamos indicador 2.10.



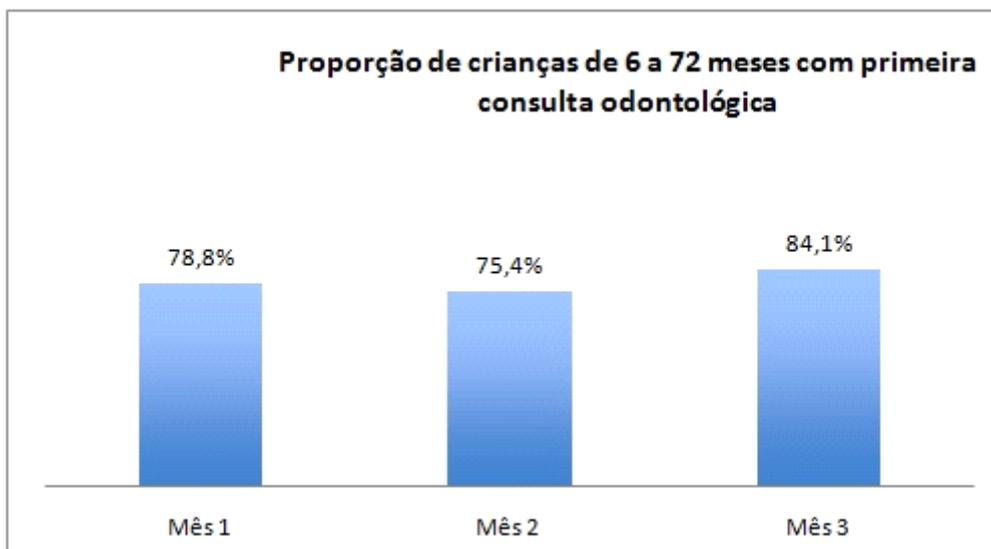
Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

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

**Indicador 2.11.** 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.

No primeiro mês foram atendidas em consulta de odontologia, 82 crianças (78,8%), no segundo mês 141 (75,4%) e 211 no terceiro mês (84,1%). Logo após do controle de cada uma delas, pela doutora ou a enfermeira na puericultura, foram atendidas em consulta de odontologia, em ocasiões existiu dificuldade pela falta de energia e às vezes as mães tiveram que voltar em mais de uma ocasião. Os ACSs junto à equipe realizaram busca ativa das crianças com falta a consulta de odontologia.

No gráfico Nro 12 observamos o indicador 2.11.



Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

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

**Meta 3.1:** Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas. (cumprida em 100%).

**Indicador 3.1.** Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança. Numerador: Número de crianças faltosas ao programa buscadas/Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

No primeiro mês, tivemos 5 crianças faltosas; 6, no segundo mês e, 6 no terceiro mês e foi realizada busca ativa do 100 % delas.

No gráfico Nro 13 observamos o indicador 3.1.



Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

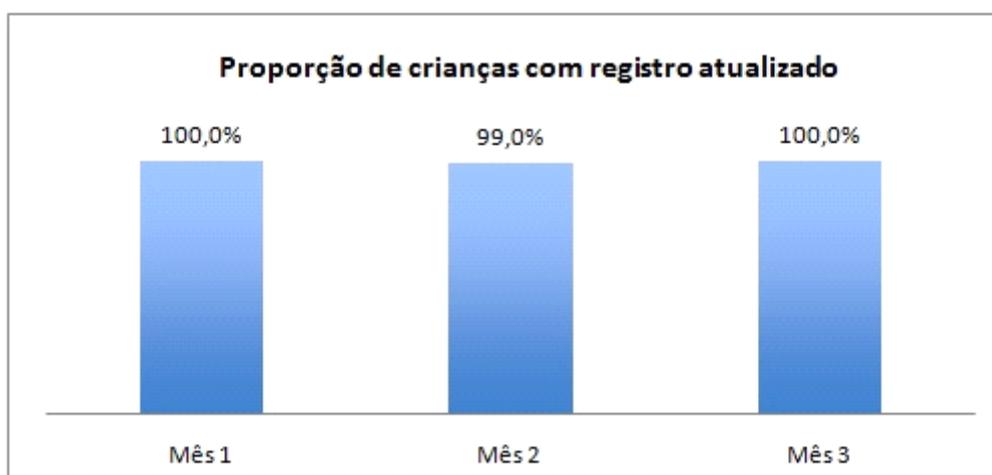
**Objetivo 4.** Melhorar o registro das informações

**Meta 4.1:** Manter registro na ficha de acompanhamento/espelho de 100% das crianças cadastradas no Programa Saúde da Criança. (cumprida em 100%).

**Indicador 4.1.** Proporção de crianças com registro atualizado. Numerador: número de fichas- espelho com registro atualizado/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Foram atendidas 261 crianças e ficou atualizada a ficha de cada uma delas. No segundo mês, obtivemos 99% de atualização do registro, pois duas crianças estavam faltosas e não conseguimos preencher a ficha, mas esse problema foi resolvido no terceiro mês, porque elas assistiram ao controle. O preenchimento foi realizado pela doutora e a enfermeira.

O indicador 4.1 é observado no gráfico Nro 14.



Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

**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. (cumprida em 100%).

**Indicador 5.1.** Proporção de crianças com avaliação de risco. Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco /Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Foi realizada avaliação de risco nos 100 % dos atendimentos (261). Foi muito importante a ajuda dos agentes comunitários para conhecer com maior profundidade os riscos de algumas crianças dentro do próprio lar e na comunidade, além dos outros riscos ao nascer e durante o crescimento e desenvolvimento. Foram realizadas várias palestras na comunidade, pela doutora, sobre os fatores de risco para morbidade na infância, e falamos da importância dos corretos hábitos de higiene e o adequado tratamento das águas para a prevenção do parasitismo intestinal e das doenças diarréicas. Na UBS ficou estabelecido em reunião da equipe, o atendimento prioritário das crianças de risco.

No gráfico Nro 15 observamos o indicador 5.1.



Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

Como objetivo 6, estabelecemos promover a saúde das crianças; e, para o cumprimento dele, várias metas foram desenvolvidas e cada uma delas com diferentes ações.

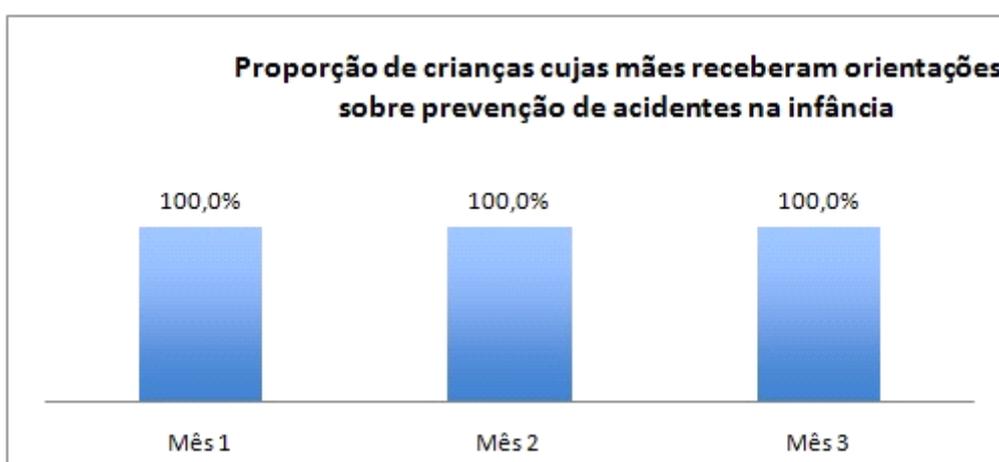
**Objetivo 6.** Promover a saúde das crianças. Aqui estabelecemos varias ações.

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

**Indicador 6.1.** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura/ Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Cada mãe recebeu orientações, essa meta foi de muito fácil cumprimento porque depende inteiramente do nosso labor educativo. A equipe toda faz trabalho educativo constantemente. A enfermeira e a doutora deram palestras na comunidade sobre a importância da prevenção de acidentes no lar e também na própria comunidade. Nestas localizações há rio e em anos anteriores têm existido afogamentos, além de acidentes por mordeduras de animais venenosos como as cobras.

No gráfico 16 observamos o indicador 6.1.



Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

**Meta 6.2.** Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta. (cumprida em 100%).

**Indicador 6.2.** Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Numerador: Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencente à área de abrangência da unidade de saúde.

Cada membro da equipe conhece seu papel na promoção do aleitamento materno, e aqui na zona rural não temos muitos problemas em relação à amamentação, porque geralmente a população é muito carente e com renda familiar baixa, e então amamentam muito tempo, às vezes até mais de dois anos, pois como de todos são conhecidas, uma das vantagens do aleitamento materno é que não é custoso e fica sempre disponível.

Em algumas ocasiões realizamos observação direta das crianças colocadas para mamar e em outras obtivemos a informação das próprias mães e dos agentes de saúde, pois têm crianças dentro de nossa população-alvo que já têm mais de dois anos e só através de perguntas foi que deu para saber esse aspecto. O dado obtido foi de 100% das crianças atendidas (261) e que todas receberam aleitamento materno e foram colocadas a mamar na primeira consulta.

No gráfico Nro 17 observamos o indicador 6.2.



Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

**Meta 6.3.** Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças. (cumprida totalmente).

**Indicador 6.3.** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação nutricional de acordo com a faixa etária/Denominador:

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

Foram atendidas 261 crianças e 260 mães receberam orientação (100%), há uma mãe que tem gêmeas.

O indicador 6.3 se observa no gráfico Nro 18.



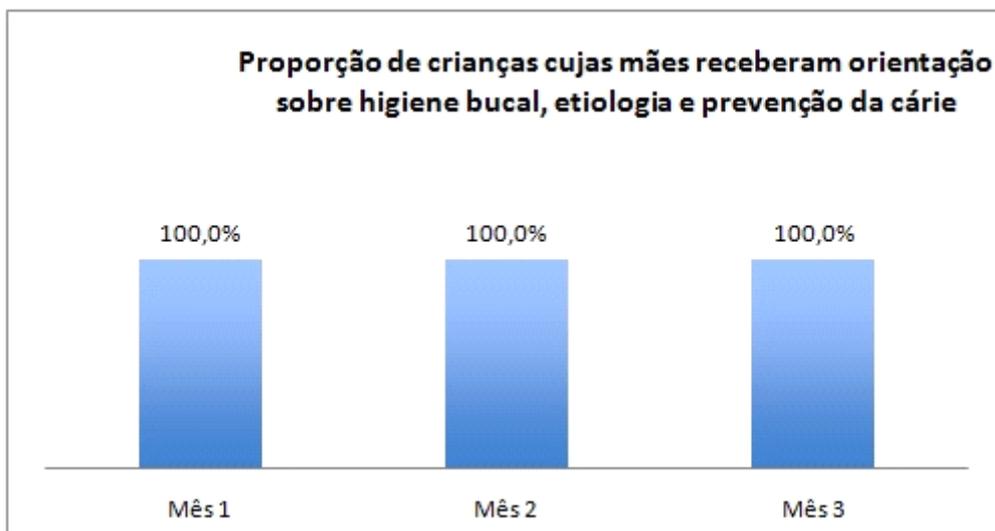
Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

**Meta 6.4.** Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária. (cumprida em 100%).

**Indicador 6.4.** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária. Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária/Denominador: Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A meta foi cumprida em 100%(260 mães receberam orientação). Em cada controle de puericultura foi feito esse trabalho educativo, foi explicado para cada mãe à importância da prevenção das caries. A odontóloga teve um papel ativo neste labor. Foram realizadas palestras na comunidade sobre o tema.

O indicador 6.4 se observa no gráfico Nro 19.



Fonte: UBS Antonio do Nascimento Ferreira.

## 4.2 Discussão

A intervenção na minha UBS contribuiu com a ampliação da cobertura da atenção às crianças de zero a 72 meses na área de abrangência, a melhoria dos registros e qualificação da atenção, com destaque para a ampliação do atendimento odontológico, pois antes da intervenção a população alvo não tenha atendimento odontológico de forma monitorada e sistemática, como ocorreu com a implementação deste projeto.

A equipe se capacitou para o cumprimento dos protocolos de Saúde da Criança do Ministério de Saúde. Esta atividade foi gerenciada pela doutora e pela enfermeira. Os agentes de comunitários de saúde, a técnica de enfermagem, de saúde bucal e a odontóloga fizeram ao final da intervenção, um teste para medir os conhecimentos adquiridos, os resultados foram satisfatórios. Por todo o

anteriormente explicado, consideramos que a intervenção foi de muita importância para a equipe. O serviço em geral melhorou muito depois deste projeto, ficando com uma maior qualificação e constituindo uma guia para outras ações programáticas.

Ficaram bem estabelecidas as funções de cada integrante da equipe, dentre destas funções temos as seguintes: captação e o acompanhamento das crianças, verificação das condições gerais da mãe e da criança no domicílio, avaliação das situações de risco, fornecer e preencher o cartão da criança, ações de vigilância do recém nascido, verificação do cartão da criança, orientação sobre o uso adequado da medicação, verificação do entendimento e adesão às orientações, orientar sobre o aleitamento materno e cuidado da higiene, buscar faltosos, agendar consulta, realizar atendimento individual pela médica ou a enfermeira, realizar visita domiciliar, avaliar crescimento, desenvolvimento e dieta, preencher gráfico de peso, estatura e perímetro cefálico, prontuário, orientar a estimulação psicomotora e atividade física adequada a cada faixa etária, orientar sobre os riscos e as formas de prevenção de acidentes em cada faixa etária, indicar aplicação de vacinas em atraso, solicitar exames complementares, registrar os achados de exame, diagnóstico e conduta, e prescrever medicamentos pela enfermeira ou a doutora, orientar sobre alimentação, vacinação, desenvolver atividades de educação para saúde em grupos, com a participação dos pais ou responsáveis pela criança, realizar ações em saúde bucal pela equipe e atendimento odontológico pela dentista.

A maioria das ações podem ser realizadas pela equipe toda, com exceção das que já foram especificadas. A intervenção acabou tendo impacto também no programa de saúde de pré-natal e puerpério, por que as mulheres já estão sendo orientadas, para a realização do teste do pezinho durante a gestação e outras condutas na criança.

A atividade de atenção as crianças, anteriormente a nossa intervenção, era quase completamente realizada pela doutora clinico geral e a enfermeira. Depois, toda a equipe ficou motivada com as atividades planejadas no cronograma e com as metas. O atendimento em geral melhorou muito. Trabalhando em equipe, conseguimos manter os registros atualizados e atender a demanda espontânea. A classificação das crianças de risco foi muito importante para o atendimento prioritário delas.

Percebemos um grande impacto da intervenção na comunidade, as mães das crianças ficam contentes com o atendimento pela equipe em geral, e com a prioridade que ficou estabelecida para o atendimento das crianças de colo e, as que apresentam risco, sendo esse aspecto de boa compreensão por todos. Além do mais, pois a demanda espontânea na zona rural é pouca, pela distancia das comunidades e pelo alto custo do combustível e, então fica todo o atendimento planejado e, logo cumprido pelos agentes comunitários que são os que trazem até a UBS, as crianças agendadas e também os casos com algum tipo de morbidade. A cobertura é boa.

A intervenção poderia ter tido ainda mais sucesso, se a prefeitura do município desse um maior apoio à secretaria de saúde, com o combustível para a realização da visita domiciliar pela equipe e, para o transporte dos pacientes pelos agentes comunitários, até a unidade básica de saúde, porque todas as comunidades ficam bem distantes do posto e com o rio como barreira até nós. Também, seria muito importante, conscientizar à prefeitura sobre a importância de fazer o teste de triagem auditiva para conseguir o aparelho para a realização deste teste. Em caso de realizar a intervenção novamente, perguntaria em primeiro lugar, qual seria a possibilidade de ajuda da prefeitura e da Secretaria de Saúde para que alguns indicadores como o teste de triagem auditiva não ficassem sem uma possível solução.

A intervenção ficou incorporada à rotina do serviço, e a comunidade já ficou ciente disso e da importância do acompanhamento das crianças na unidade básica de saúde. Contamos com o apoio das lideranças comunitárias (presidente, vice-presidente, pastores das igrejas, e o gestor da escola).

Foi difícil a coleta de algumas informações, pois não ficavam nos prontuários das crianças, por exemplo, para conhecer se a criança foi colocada para mamar durante a primeira consulta, mesmo nós sabendo que já era uma criança fora da idade de amamentação, nesses casos tivemos que confiar e acreditar na informação que nos deram algumas mães, em outros casos a equipe conseguiu realizar essa observação.

Nos meses seguintes, o atendimento das crianças continuará do jeito que ficou estabelecido na intervenção e, também pretendemos implementar o programa de pré-natal na unidade básica de saúde.

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

Prezado Secretário Municipal de Saúde:

Durante os meses de setembro a dezembro, como parte integrante do PMMB, ao cursar a especialização em saúde da família da UNASUS-UFPEL, coordenei a implementação e melhoria da ação programática em saúde da criança.

Antes da intervenção eram atendidas 178 crianças, e após 3 meses, passamos atender a 261 crianças, balizados pelos protocolos oficiais do Ministério da Saúde do Brasil.

A intervenção em Saúde da Criança de 0 a 72 meses realizada na UBS Antonio do Nascimento Ferreira, teve 261 crianças como população alvo. Com o trabalho da equipe em conjunto, atingimos nossas metas propostas, tanto de aumento de cobertura de 68,1% para 100%, quanto de 100% de qualidade na maior parte dos indicadores. A equipe ficou mais bem qualificada profissionalmente e, a comunidade aumentou os conhecimentos no Programa de Saúde da Criança e seus benefícios, assim como fazer prevenção de diferentes doenças.

Melhoramos, em geral, a atenção em saúde da criança em nossa área de abrangência, elas ficaram com monitoramento do crescimento e do desenvolvimento em dia, estabelecemos o controle das crianças com atraso na vacinação e as mães ficaram cientes da importância desta, do aleitamento materno, da suplementação de ferro, da realização da primeira consulta e do teste do pezinho na primeira semana de vida, aprenderam como fazer a correta escovação dos dentes na criança e, educá-las na aprendizagem desta atividade para evitar a carie bucal, conheceram ainda sobre alimentação saudável e prevenção de acidentes.

Desde o início, tínhamos conhecimento que esse projeto ia ser difícil pelas dificuldades econômicas com que conta o município. A Secretaria de Saúde nos

ajudou com os dados iniciais e, com as fichas espelhos prontas na hora de começar nossa intervenção.

A Prefeitura municipal poderia ter dado mais apoio na utilização de combustível para a realização das visitas domiciliares, tivemos em muitas ocasiões que apoiarmos nos agentes comunitários de saúde e nos pais das próprias crianças para atender o total delas, que às vezes tiveram que fazer um grande esforço para chegar até o posto em canoas pouco confortáveis.

Existem alguns aspectos que, se melhorados, poderiam ajudar a qualificar ainda mais o serviço, como o estabelecimento de uma sala de vacinação na própria unidade para evitar o traslado das mães até a cidade, a qual fica bem distante. É necessária a compra do equipamento para a realização do teste de triagem auditiva no município e, a Prefeitura e a Secretaria de Saúde estão cientes deste aspecto.

Pretendemos implementar a intervenção em outras ações programáticas como o pré-natal e puerpério, que esta tão relacionada com a saúde da criança diretamente, mas precisaríamos de um maior apoio da prefeitura do município.

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

Realizamos a intervenção em saúde da criança de 0 a 72 meses, pertencente à área de abrangência da Unidade Básica de saúde Antonio do Nascimento Ferreira, com um total de 261 crianças cadastradas, que se constituíram em nossa população alvo.

A comunidade ganhou uma importante ferramenta para melhorar o estado de saúde das crianças. Segundo o avanço deste projeto, a população adquiriu muitos conhecimentos sobre algumas doenças e como fazer prevenção delas, por exemplo, da carie bucal, prevenção da desnutrição, alimentação saudável, prevenção de acidentes, dentre outros.

Com a intervenção ganhamos na melhoria do atendimento, pois antes este não era realizado de forma planejada, e não existia controle nenhum das crianças faltosas, existindo atraso em todo o que fosse relacionado com o Programa de Saúde da Criança, como a vacinação, teste do pezinho, atendimento odontológico, suplementação de ferro. O trabalho educativo era pouco, agora ao incrementar nosso labor educativo preventivo, diminuíram as doenças diarreicas e estamos realizando acompanhamento das crianças com desnutrição para melhorar o estado nutricional delas, evitando assim as complicações. Aumentou o atendimento odontológico nas crianças desde os 6 meses de idade, antes as mães não entendiam o porquê iniciar esse controle nesta consulta com tão pouca idade.

Tivemos algumas dificuldades para atingir nossas metas que também; dificultaram a chegada das mães das crianças na hora a UBS para receber atendimento, dentre delas temos o rio como barreira fundamental, que nos separa das comunidades e a distancia até a cidade, para o cumprimento do esquema de vacinação, por exemplo.

É importante salientar que a comunidade ficou ciente dos benefícios do Programa de saúde da Criança e dos direitos delas, da importância da realização da primeira consulta na primeira semana de vida da criança e também da realização do teste do pezinho, a importância de conhecer como vai evoluindo o crescimento e desenvolvimento da criança, da suplementação de ferro na prevenção da anemia, e do aleitamento materno. E por estes motivos que é cada vez mais importante a participação de todos os usuários nas atividades da UBS.

Percebe-se que a comunidade conhece que a intervenção ficou incorporada na rotina do serviço. A unidade está trabalhando para manter as mesmas prioridades que foram estabelecidas neste projeto, na hora do atendimento das crianças avaliadas como risco e as de colo.

É importante que a comunidade continue nos apoiando para que a atenção à saúde na UBS seja cada vez melhor, através dos líderes comunitários (o pastor da igreja Evangélica, o presidente da comunidade e o gestor da escola) que podem seguir colaborando com o trabalho educativo, fazendo atividades em forma de brincadeiras com as crianças sobre a correta escovação dos dentes, a importância de não andar descalços, da lavagem freqüente das mãos, na prevenção de acidentes na zona rural, como os afogamentos no rio, as mordidas de cobras e picadas de insetos.

Também, estabelecemos uma aliança com estes líderes para que nos informem sobre qualquer problema que observem em algum lar que possa danar a criança, como a violência de qualquer tipo.

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

Iniciei o curso de Especialização em Saúde da Família, no dia primeiro de maio do ano de 2014, com muito entusiasmo, pois ia ser uma nova experiência em minha vida, por não ter feito nunca antes curso nenhum pela Educação a Distância.

Minhas expectativas iniciais foram satisfeitas completamente, eu aumentei meus conhecimentos sobre o Programa de Saúde da Família no Brasil, interagindo com os meus colegas e professores no ambiente virtual de aprendizagem e trocamos muitas experiências, incrementei o meu trabalho nos fatores de risco das doenças, e também achei muito educativos e interessantes, todos os casos clínicos apresentados, lendo sempre o SAIBA MAIS.

Com a intervenção realizada junto a minha equipe, em Saúde da Criança, conseguimos fazer um amplo trabalho educativo, diminuindo as doenças diarreicas e respiratórias e, dessa forma, diminuindo também as hospitalizações por complicações destas doenças.

Mantivemo-nos acompanhando todas as crianças com desnutrição ao longo da intervenção, para poder agir sobre as possíveis causas que contribuíram com esse problema de saúde e melhorar o estado nutricional das crianças, evitando futuras complicações. Em geral, conseguimos dar um melhor atendimento integral baseado no princípio da atenção primária à saúde.

## Referências

### Livros

1-ANDRADE, M. Dicas do bebê. Aleitamento Materno. Caderno de Atenção Básica, n.39, Saúde da Criança. Crescimento e Desenvolvimento. Brasília, 2013.

2-AERTS, D. R.; GIUGLIANI, E. R. Vigilância do estado nutricional da criança. In: DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R (Ed.). **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**.3. ed. Porto Alegre: Artmed; 2004, p.180-189.

### Revistas e Manuais

3-EUCLYDES, M. Nutrição do Lactante, base científica para uma alimentação adequada. Revista atual, 2ª ed, p.259-339, 2010.

4-ROMANI, S. A. M.; LIRA, P. I. C. Fatores determinantes do desenvolvimento infantil. **Rev. Bra. Saúde Matern. Infant.** Recife, v. 4, n. 1, p. 101-110, 2005. Suplemento.

5-BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual para a utilização da caderneta de saúde da criança**. Brasília: Editora MS, 2005b.

6-\_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro**. Brasília: Editora MS, 2005.

## Páginas de internet

7-MEIRELLES, M. Pediatria Brasil. Tudo sobre Infância e Adolescência. [pediatriabrasil@yahoo.com](mailto:pediatriabrasil@yahoo.com), 2012.

8-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília, 2004<sup>a</sup>. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicações/agenda\\_compro\\_criança.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicações/agenda_compro_criança.pdf) Acesso em : 4 maio 2012.

9- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Calendário básico de vacinação da criança.** Disponível em <[http://portal.saude.gov.br/portal/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=2146](http://portal.saude.gov.br/portal/visualizar_texto.cfm?idtxt=2146)>. Acesso em: 7 maio 2012b.

10-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde bucal.** Brasília: Editora MS, 2006. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/dab/cnsb/>>. Acesso em: 10jul. 2008.

11-CURITIBA. Secretaria da Saúde de Curitiba. Protocolo integrado de atenção à saúde bucal. Curitiba, 2004. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/protocolo/bucal.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2008

## 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>  
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

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



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

	Mês 1	Mês 2	Mês 3
Número total de crianças entre zero e 72 meses residentes na área e acompanhadas na unidade de saúde			



## OBSERVAÇÕES

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

\*estimativa de crianças residentes na área por faixa etária

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



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



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

## Anexo C-Ficha espelho



**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: _____		Outra: Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____
		Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____	<b>VPO</b> Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____		Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____				Outra: Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____
			Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____		Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____					Outra: Data: ___/___/____ Lote: _____ Ass: _____

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

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) 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