

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 8**



**Trabalho de Conclusão de Curso**

**Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 à 72 meses na USF N° 56,  
DISA Norte, Manaus/AM**

**Yetzan Gómez León**

**Pelotas, 2015**

**Yetzan Gómez León**

**Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 à 72 meses na USF N° 56,  
DISA Norte, Manaus/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: Mônica Vohlbrecht

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS  
Catalogação na Publicação

L579m León, Yetzan Gómez

Melhoria da Atenção à Saúde da Criança de 0 à 72 Meses na USF N° 56, Disa Norte, Manaus/AM / Yetzan Gómez León; Monica Bergmann Correia Vohlbrecht, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

92 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Saúde da Criança 4. Puericultura 5. Saúde Bucal I. Vohlbrecht, Monica Bergmann Correia, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Este trabalho está dedicado a população brasileira e, em especial, a todas as crianças, porque elas são a esperança do mundo.

## **Agradecimentos**

Quero agradecer a meus colegas de trabalho na USF N° 56 por todo o apoio, esforço e trabalho durante e depois da intervenção, as orientadoras que durante o curso com paciência, ajudaram a este trabalho, aos líderes comunitários, a cada pessoa da comunidade que fizeram parte desta intervenção. A todos muito obrigado.

## Resumo

LEÓN, Gómez Yetzan. **Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 à 72 meses na USF N° 56 DISA Norte, Manaus/AM.** 2015. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano.

O Programa Saúde da Criança é um dos principais implementados na atenção primária à saúde. A intervenção apresenta a perspectiva de melhorar a atenção às crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família N° 56, do distrito Norte, município Manaus, Amazonas. A partir de uma análise situacional realizada nesta unidade foi constatada a baixa cobertura de 75%, já que eram acompanhadas 38 das 51 crianças menores de 1 ano estimadas para a área. Assim foi planejado um projeto de intervenção com duração de 12 semanas entre os meses de junho a agosto 2015, com o propósito de atuar de forma estratégica e organizada no grupo programático de crianças de 0 à 72 meses e oferecer orientações a família, por meio de ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, contemplando a realidade situacional da unidade. A intervenção para este grupo de atenção aborda aspectos relacionados a cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco, promoção de saúde, ações relacionadas ao programa. Ao terminar a intervenção se alcançou os seguintes resultados: Ampliação da cobertura do Programa de Saúde da Criança para 89,1%, pois foram cadastradas 123 crianças das 138 estimadas. Após o cadastramento da área houve melhora significativa, anteriormente a cobertura era de 75% (38 crianças menores de um ano das 51 estimadas), 55,3% (68) das crianças realizaram sua primeira consulta na primeira semana de vida e 66,7% (82) das crianças tiveram o monitoramento do crescimento realizado. Melhorou-se o acolhimento e sistematização do atendimento, assim como a qualidade dos registros e do atendimento em geral, os serviços de saúde bucal nas consultas programas, vacinação e consulta de enfermagem. Estas ações permitem a captação precoce e o acompanhamento das crianças, onde podemos detectar a tempo alguma alteração do crescimento, desenvolvimento, algumas doenças que podem ser diagnosticadas e tratadas. Durante estas ações de saúde vinculamos a família, o resultado do trabalho foi positivo para as crianças, família e comunidade, pois houve mudança no estilo de vida e aumentou o conhecimento das mães nos cuidados das crianças, na prevenção de acidentes e de algumas doenças. A equipe foi capacitada, adquiriu mais experiência na atenção à saúde das crianças. O serviço melhorou no que tange ao acolhimento das crianças, qualidade no atendimento e engajamento público.

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

## Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de crianças de 0-72 meses inscritas no programa da saúde, USF N° 56 do Distrito Norte Manaus/AM, 2015.	43
Figura 2	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. USF N° 56 do Distrito Norte Manaus/AM, 2015.	44
Figura 3	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. USF N° 56 do Distrito Norte Manaus/AM, 2015.	45
Figura 4	Proporção de crianças com déficit de peso monitorado USF N° 56 do Distrito Norte Manaus/AM, 2015.	46
Figura 5	Proporção de crianças com excesso de peso monitorado USF N° 56 do Distrito Norte Manaus/AM, 2015.	47
Figura 6	Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento USF N° 56 do Distrito Norte Manaus/AM, 2015.	48
Figura 7	Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. USF N° 56 do Distrito Norte Manaus/AM, 2015.	48
Figura 8	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.	49
Figura 9	Proporção de crianças com triagem auditiva. USF N° 56 do Distrito Norte Manaus-Amazonas, 2015.	50
Figura 10	Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. USF N° 56 do Distrito Norte Manaus-Amazonas, 2015.	51
Figura 11	Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.	52
Figura 12	Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com primeira	53

	consulta odontológica na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.	
Figura 13	Proporção da busca ativa realizada as crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.	54
Figura 14	Proporção de crianças com registro atualizado da USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.	55
Figura 15	Proporção de crianças com avaliação de risco na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/Amazonas, 2015.	56
Figura 16	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.	57
Figura 17	Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/Amazonas, 2015.	58
Figura 18	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com faixa etária na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.	59
Figura 19	Proporção de cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com faixa etária. USF N° 56 do Distrito Norte Manaus-Amazonas, 2015.	60
Figura 20	Figura 20. Fotografia do acompanhamento das crianças da USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.	61



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

ACS -	Agente comunitário da Saúde
AM	Amazonas
APS -	Atenção Primária à Saúde
CAP -	Caderno de Ações Programáticas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CEO	Centro de especialidades odontológicas
EAD	Ensino à distância
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMM -	Programa Mais Médicos
SACA	Serviço de avaliação, Controle e Auditoria
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
SAMU	Serviço de atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de pronto Atendimento

## Sumário

Apresentação .....	9
1 Análise Situacional .....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	18
2 Análise Estratégica .....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas .....	23
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Detalhamento das ações .....	25
2.3.2 Indicadores .....	38
2.3.3 Logística.....	42
2.3.4 Cronograma .....	47
3 Relatório da Intervenção.....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas .....	48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas .....	52
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	52
4 Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados .....	53
4.2 Discussão.....	71
5 Relatório da intervenção para gestores .....	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade .....	79
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	83
Referências .....	85
Anexos .....	86

## **Apresentação**

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, Ensino à Distância (EaD), da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. O volume está organizado em cinco estruturas que contemplam cada uma das unidades que compõe o curso. O projeto foi desenvolvido por meio das práticas de cuidado participativas, ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, sob forma de trabalho em equipe, considerando a dinamicidade existente no território em que vive essa população. Utiliza aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção à ação programática, além de promoção à saúde relacionada à ação programática.

A proposta pedagógica inicia-se com a descrição da Análise Situacional da Unidade Básica de Saúde da Família em relação às características da população, estrutura da unidade e processo de trabalho.

Em seguida, apresenta-se a Análise Estratégica e a elaboração do Projeto de Intervenção que serve de base para as ações futuras na unidade de saúde. Na terceira parte mostra-se o relatório da intervenção com base nas ações realizadas ao longo de 12 semanas de intervenção, no qual são descritas as ações planejadas para a intervenção que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou não. Assim, segue a avaliação dos resultados alcançados com a intervenção, analisando os dados e avaliando se as metas foram atingidas ou não.

Na quarta parte é realizada a discussão dos resultados, em seguida é a apresentado o relatório da intervenção para gestores e comunidade. Por último, a Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem abordando o

desenvolvimento do trabalho no curso em relação às expectativas iniciais, o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso. Em seguida os anexos, nos quais encontramos os instrumentos utilizados durante a intervenção.

## **1 Análise Situacional**

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

A Unidade Básica de Saúde N° 56 fica na zona Norte de Manaus do estado Amazonas, atende uma população de 2.422 pessoas, está formada por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família, integrada por um médico, uma enfermeira, técnico de enfermagem, um cirurgião dentista, técnico em odontologia, uma vacinadora e seis agentes comunitários de saúde. A USF está constituída estruturalmente por uma sala de consulta de medicina geral, onde se atende de segunda a quinta, uma sala de enfermagem que atende de segunda a sexta, consultório odontológico que oferece atendimento de segunda a sexta.

Quando o usuário chega a unidade de saúde é atendido na recepção, onde se preenchem seus dados, logo é acolhido pela equipe, técnico de enfermagem, passando por uma triagem, nos quais são verificados sinais vitais como pressão arterial, peso, altura, glicose em usuários diabéticos ou com suspeita de diabetes e nos casos de maior urgência são encaminhados para consulta médica com prioridade, os demais ficam na sala de espera, a qual tem várias cadeiras, clima adequado, água potável para beber, para que o usuário fique a vontade até serem atendidos. A partir daí se estabelece uma atenção integral conforme demanda espontânea na primeira consulta e depois é feito um acompanhamento pela equipe de saúde e se precisar de algum atendimento mais complexo, ou de urgência o usuário é encaminhado até o hospital de referência.

A farmácia da USF tem algum dos principais medicamentos que os usuários necessitam principalmente para tratar Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, analgésicos, entre outros medicamentos, se não tiver algum, são orientados a recorrer a farmácia de outras UBSs ou farmácias populares. As consultas odontológicas programadas têm um dia de atendimento, demanda espontânea. A

sala de vacina funciona todos os dias, os agentes comunitários de saúde realizaram visitas domiciliares diariamente.

Na USF se realizam diferentes atividades para a comunidade, durante aguardam o atendimento ficam na sala de espera, na qual se realizam atividades, conversas educativas, de diferentes temas, de medicina geral, odontologia, vacinação, dirigido aos diferentes grupos etários. E para ambos os sexos oferecemos folhetos com informação de saúde, orientamos sobre o uso de camisinha na prevenção de DSTs, prevenção de gravidez não desejada, promovemos uso de métodos anticoncepcionais nas usuárias com risco, a comunidade participa de forma ativa em cada atividade. A USF trabalha em equipe diretamente na comunidade, na promoção de saúde, prevenção de acidentes, doenças, existe boa relação dependendo das necessidades da comunidade, realizamos atendimento domiciliar clínico geral a usuários acamados, usuários idosos e outros.

Oferecemos atenção integral a família, identificamos os problemas de saúde e criamos planos de solução conjuntamente com a família e a comunidade. Com a integração da equipe com a comunidade melhora a qualidade de vida das pessoas, temos que diminuir a prevalência de algumas doenças crônicas como a Hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, estas doenças com maior incidência na comunidade como mostram os registros da USF, olhando os registros como prontuários vejo que existem ausências a consulta, irregularidades no acompanhamento de alguns usuários. Por parte da equipe o trabalho esta organizado temos os dias do atendimento programado para as crianças, atenção pré-natal, saúde da mulher, saúde do homem, HIPERDIA, promovemos os diferentes programas na comunidade, todos funcionam na USF, realiza-se citologias para prevenção do câncer do colo do útero, indicação de mamografias nos grupos de risco, já a comunidade tem conhecimento dos programas, há participação dos líderes da comunidade. Outras das situações que atrapalhamos é com relação ao funcionamento do trabalho na USF e principalmente afeta os usuários e a demora para marcar a realização dos exames complementares e a marcação de consultas para especialistas.

## 1.2 Relatório da Análise Situacional

A USF N° 56 tem dois anos de inaugurada se encontra na zona norte do município de Manaus/AM, em uma zona rural chamada Lago Azul, tem uma população de 2.422 usuários cadastrados. O relevo desta região é irregular, existindo rios perto dela comunidade. A estrutura da USF conta com uma recepção, uma sala de espera, uma sala de vacina, uma sala de injeção, uma sala de agentes comunitários, uma sala para consulta de medicina, uma para consulta de enfermagem, uma para consulta de odontologia, três banheiros, uma sala de nebulização, uma farmácia e uma cozinha, mas falta coisas para que seja uma ótima atenção. Nossa equipe é de 12 pessoas, a USF presta serviços de medicina, odontologia, vacinação, enfermagem, técnico enfermagem, agente comunitário de saúde, farmácia, recepção, unidade de serviços hospitalares e de urgência ficam longe da USF.

Fazendo uma análise ponderada dos instrumentos, disponibilidade de equipamentos, materiais de trabalho e disponibilidade de serviços especializados, além de dificuldades com a indicação de exames complementares, percebemos que nossa USF tem vários problemas que afetam o nosso trabalho e desempenho dos profissionais que compõem a equipe de saúde básica. Os usuários muitas vezes não podem realizar as avaliações pertinentes pelo déficit, a falta de especialistas. São muitos os problemas que temos que melhorar para prestar uma atenção de excelência como precisa a população.

Não existe um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, de instrumentos, mobiliários, isso afeta a todos porque não se pode trabalhar com equipamento defeituoso. São serviços que não podem ser dados aos usuários, por exemplo, esta semana estragou o glicosímetro e os diabéticos não realizaram o controle de glicemia antes da consulta. O equipamento de sonar para escutar a frequência cardíaca fetal, importante na consulta pré-natal esta danificado e reportado para conserto há três meses. Nota-se que essas dificuldades podem ser resolvidas com a manutenção e reposição sistemática de equipamentos por parte da administração municipal de saúde.

A USF não tem meios de transporte e alguns lugares ficam longe e as agentes comunitárias, enfermeira e médicos tem que andar para chegar a casa dos

usuários, outras vezes usuários com dificuldade para caminhar tem que assistir a consulta, se existisse um transporte da comunidade ajudaria.

A disponibilidade de medicamentos e insumos na USF é insuficiente não temos antibióticos, anti-inflamatórios, vitaminas, antidepressivos e outros, faltam medicamentos de amplo uso em doenças crônicas e outras doenças frequentes em nossa população, nós prescrevemos os medicamentos e muitas vezes os usuários retornam desesperados porque não encontram os medicamentos, alguns de baixos recursos não podem comprar. É muito difícil para o usuário fazer o tratamento corretamente.

Outra dificuldade é o encaminhamento aos especialistas, demora muito para os usuários serem atendidos. Não contamos com a maioria das especialidades, temos baixa cobertura, não flui o encaminhamento oportuno para que o usuário seja atendido a tempo, muitas vezes as doenças evoluem para outros graus sem ser avaliados por especialistas. Precisamos de uma sala maior para realizar atividades de promoção de saúde com os usuários. Outra coisa fundamental é a segurança da unidade que não tem, se precisa de vigilante, para reparar a cerca que esta ruim, a unidade já foi assaltada. Há poucas instituições na comunidade, duas igrejas, a escola ainda esta em construção, um terminal de ônibus pequeno, postos de venda pequenos. A população se divide em três comunidades.

Trabalhamos em equipe para identificar os problemas que tem os usuários, o total de população de 2.422 usuários, com predomínio do sexo feminino, temos um total de 795 mulheres em idade fértil de (10-49 anos). Dessas mulheres temos 513 com idade entre 25-64 anos, temos 376 homens entre 25-45 anos. Menores de um ano de idade temos 50, menores de 5 anos são 105, entre as idade de 5-14 anos temos 545. Pessoas com 60 anos ou mais temos 73, as principais doenças que temos identificadas são Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Melitus, Hiperlipidêmica, Parasitismo intestinal, faço referência para esta informação pelos registros da USF.

A cobertura de saúde da criança é deficiente, neste momento temos 38 (75%) crianças cadastradas na USF, dessa forma é necessário melhorar a atenção ao recém-nascido na primeira semana, que pode ser em consulta ou nas visitas domiciliares, dando orientações para as mães e propiciando um melhor ambiente para o recém-nascido. A estimativa do CAP é de 51 crianças menores de um ano residentes na área de abrangência, é importante fazer um trabalho preventivo com



este grupo etário já que identificamos algumas doenças a exemplo de anemias por déficit de ferro, parasitismo, diferentes tipos de alergias, crianças com baixo peso entre outras.

Não conhecemos os indicadores na atenção da criança nesse momento em nossa unidade, assim não é suficiente a atenção prestadas às crianças, elas precisam de um controle especial porque estão em uma constante evolução. É importante captar precocemente 100% das crianças na comunidade, dar adequado seguimento, vacinar 100% de nossas crianças, eliminar o baixo peso ao nascer, anemias, parasitismo e outros problemas comuns na infância.

Quanto à atenção ao pré-natal, a cobertura está boa, pois, a estimativa do CAP é de 36 gestantes, mas, na USF são acompanhadas 54 gestantes em controle de pré-natal. Entretanto, destas apenas 36 gestantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, atingindo apenas 67%, segundo o CAP. Das consultas de acordo com o CAP só 48 cumprem com o estabelecido atingindo 89%. Com solicitação de exames laboratoriais preconizados na primeira consulta foram apenas 37 gestantes atingindo 69% da estimativa do CAP. Com vacina contra hepatite B e vacina antitetânica 54 gestantes estão vacinadas atingindo 100%. Prescritas com suplemento de sulfato ferroso conforme o protocolo 54 gestantes que representa 100%. Com exame ginecológico por trimestre 42 gestantes que representa um 78%. Com avaliação de saúde bucal 38 gestantes que representa 70%. Com orientação para aleitamento materno exclusivo 54 gestantes que representa 100%. Nossa equipe trabalha integralmente no cuidado das gestantes, médico, odontólogo, agentes comunitários, enfermeira, vacinadora e técnicos, tudo para oferecer uma boa atenção. Quanto ao puerpério a estimativa é de 51 partos nos últimos 12 meses, mas, 68 mulheres são acompanhadas na USF.

A cobertura de prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama é boa, mas tem que trabalhar mais com todos os grupos de idades nas escolas, comunidade, em todas as residências, com toda mulher, porque cada dia é mais freqüente as doenças malignas em mulheres jovens, é necessário realizar conversas educativas para trocar fatores de risco e estabelecer maior consciência nelas para realização dos exames de controle preventivo quando indicado.

Na USF o indicador de cobertura para prevenção do câncer do colo de útero é de 95%, 488 mulheres acompanhadas para prevenção do câncer do colo de útero das 513 estimadas pelo CAP. O indicador de cobertura para a prevenção do câncer

de mama é de 79%, 93 mulheres acompanhadas, das 118 estimadas pelo CAP. Temos um total de 03 usuárias com exame cito patológico alterado, 02 delas tem seguimento de acordo o protocolo e uma esperando ser avaliada de acordo a protocolo, estas usuárias identificadas precocemente, estão assintomáticas recebendo tratamento. Em nossa área não temos casos identificados com câncer de mama, mas temos que examinar 100% das mulheres com fatores de risco, estimular a realização do autoexame de mama e para as maiores de 40 anos realizar mamografia. Nosso trabalho será melhorar, quanto sejamos capazes, a consciência em nossa comunidade de prevenir a tempo as doenças do câncer de colo de útero e de mama, trabalhar para modificar desde cedo os fatores de risco cada dia mais freqüente, como exemplo podemos pensar em ações de educação sobre sexualidade na adolescência, esclarecimento sobre as doenças sexualmente Transmissíveis (DST), obesidade, tabagismo, alcoolismo, drogas, mau controle nas doenças crônicas, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes e outras. A estimativa do CAP é de 118 mulheres na faixa etária de 50 e 69 anos residentes na área de abrangência, enquanto 93 (79%) são acompanhadas.

O total de usuários com Hipertensão Arterial é 82 atingindo 19% do estimado pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), pois a estimativa é de 429 usuários com essa patologia na área de abrangência da unidade. Apenas 13 usuários com Diabetes Melitus são acompanhados, atingindo 11% do estimado, já que a estimativa do CAP é 123. É comum identificar situações de tabagismo, drogas não permissíveis, alcoolismo, maus hábitos de alimentação, gravidez na adolescência, índice de escolaridade baixo, condições de muitas residências em mau estado estrutural. Nossa equipe trabalha para minimizar os fatores de risco e oferecer melhor qualidade de vida.

É necessário fazer pesquisa em nossa comunidade, pois há muitos usuários com hipertensão arterial e Diabetes Melitus assintomáticos, usuários com incapacidade, acamados, muitos que não têm sido captados e ainda não tem acompanhamento por nós, temos que visitar nossa comunidade com agentes comunitários de saúde e fazer pesquisa a todo usuário adulto nas suas residências, visitar centros de trabalho, instituições e escolas. Há muitas pessoas que trabalham durante o dia devemos dar atenção médica para eles também em horários diferenciados, desta forma vamos encontrar muitas pessoas com esta doença. Por estas razões falo que ainda nosso trabalho não é bom, que devemos integrar nossa

comunidade e captar 100% de nossos usuários com doenças crônicas não transmissíveis.

Nosso trabalho com os usuários que temos avaliados é bom, orientamos, indicamos exames complementares, oferecemos conversas educativas sobre nutrição, prática de exercício físico, prevenção de acidentes, sobre diferentes riscos que podem ser graves complicações, encaminhamos caso seja necessário a outras especialidades, indicamos uma terapia adequada e acompanhamos sempre na USF e em visitas a sua residência.

Examinando o questionário avaliei que se pode fazer muitas coisas para melhorar a cobertura e atenção dos usuários com HAS e DM, criar centros de atendimento e orientação a usuários com doenças crônicas não transmissíveis, precisamos de nutricionista e educador físico, reabilitadores em nossa área para estimular e ajudar a nossos usuários. Criar ambientes saudáveis em nossa comunidade livre de tabagismo e alcoolismo.

Em nossa USF temos um total de 73 idosos maiores de 60 anos de idade que representa 50% do estimado para nossa população, já que segundo o CAP a estimativa é de 145. Temos que aumentar a captação em nossa comunidade destas pessoas que precisam de acompanhamento e avaliação, muitos moram sozinhos outros com pessoas que trabalham e outros que suas famílias se ocupam pouco deles, por isso temos que fazer pesquisa com nossos agentes comunitários e dar atenção a usuários idosos, incitando a família a seu cuidado.

Avaliamos a cobertura de saúde da pessoa idosa em nossa USF como boa, com os usuários que temos identificados, os acompanhamos, os orientamos, fazemos atividade de promoção, prevenção na comunidade para acidentes nas residências, indicamos exames complementares para prevenir a tempo as complicações de doenças crônicas como DM e HAS com alta incidência em idosos. Temos em nossa unidade 73 idosos que fazemos acompanhamento a 100% com caderneta de saúde do idoso, 52 usuários tem realizado avaliação multidimensional rápida, 71% do estimado, acompanhamento em dia para 52 usuários, 71% do estimado, nota-se que podemos chegar a 100% fazendo consulta domiciliar na área de abrangência. Os idosos com HAS temos 16 que representa 16% do estimado, idosos com Diabetes Melitus temos 07 que representa 0% do estimado, avaliados de risco para morbimortalidade 46 usuários que representa 63% do estimado, também podemos trabalhar mais em equipe para aumentar nossas avaliações de risco em

idosos. Orientações nutricionais para hábitos alimentares saudáveis a 73 idosos que representa 100% do total de usuários que acompanhamos. Orientações para atividade física regular a 73 idosos que representa 100% do total de usuários que acompanhamos. Avaliação de saúde bucal em dia é realizada para 32 idosos que representa 44% do total estimado, temos que aumentar o trabalho de saúde bucal em nossa população maior de 60 anos de idade.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade de atenção aos idosos na USF.

1-Ampliar os perfis de profissionais na USF, como assistente social, educador físico, nutricionista, psicólogo, para que o trabalho seja integral na comunidade, perto do usuário.

2-Temos que ampliar as ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento no cuidado aos idosos.

3-Precisamos em nossa comunidade de espaços adequados para realizar atividades com usuários idosos como física, de saúde mental, para prevenir algumas doenças.

Estamos trabalhando em equipe para oferecer uma boa atenção aos usuários revertendo os indicadores de morbimortalidade para que fiquem positivos, que todas nossas grávidas tenham um parto exitoso e que todo o recém-nascido evolua para a vida, que todo idoso tenha as melhores atenções para que não tenha complicações, acompanhando a todo usuário com doenças crônicas. O desejo é de trabalhar fazendo prevenção nos jovens para diminuir a gravidez na adolescência, que toda mulher que faça exames preventivos a tempo para diminuir as doenças neoplásicas de colo uterino, exames de mamografia, exames de mama para prevenir câncer de mama. Tudo se pode fazer com muito trabalho em equipe na comunidade, com a família, aumentando a cobertura da saúde da criança.

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

Comparando o texto da situação da USF/APS em meu serviço da segunda semana de ambientação com o relatório da análise situacional, considero que o relatório elaborado tem melhor qualidade e aprofundamento. O relatório descreve de

forma mais detalhada a estrutura física da unidade com base em temas aprendidos de como deve ser a estrutura e o funcionamento da unidade.

O primeiro comentário que se faz necessário é que o texto inicial já é capaz de detectar certas deficiências da Unidade, entretanto essa detecção acontece mais a partir de sensações empíricas e não baseadas em comparações a padrões mínimos aceitáveis.

Depois de preencher os questionários disponibilizados pelo curso foi possível refletir com mais profundidade sobre os déficits de recursos materiais e humanos e sobre as atribuições dos profissionais. A metodologia do curso permitiu que a aprendizagem pessoal fosse maior e que fosse identificada uma série de problemas que inicialmente não apareceram, para que assim, pudesse traçar metas para resolvê-los ou pelo menos trabalhar em conjunto para minimizá-los.

Assim, posso inferir que a aprendizagem foi possível, pois muitos dos profissionais inseridos na USF não sabiam sobre as atribuições de cada membro da equipe e faltavam ações por realizar. Como de forma geral a estrutura física é boa, não conhecíamos os requisitos que faltavam e com a análise situacional, foram identificados para gerar uma mobilização na equipe, a fim de melhorar a qualidade do atendimento a todos os usuários. No relatório foi detalhado o funcionamento dos diferentes grupos e foi decisivo para escolher o grupo programático de saúde da criança para fazer a intervenção.

A partir deste projeto nossa equipe de saúde encontra-se mais preparada e com base e fundamentos para futuras intervenções que abarquem todos os grupos e usuários de nossa área de abrangência.

## **2 Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A taxa de mortalidade infantil (referente às crianças menores de um ano) caiu muito nas últimas décadas no Brasil. Graças às ações de diminuição da pobreza, ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família e a outros fatores, os óbitos infantis diminuíram de 47,1 a cada mil nascidos vivos, em 1990, para 15,6 em 2010. Entretanto, 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. Além disso, 68,6% das mortes de crianças com menos de um ano acontecem no período neonatal (até 27 dias de vida), sendo a maioria no primeiro dia de vida. Assim, um número expressivo de mortes por causas evitáveis por ações dos serviços de saúde. À equipe de saúde da família compete cadastrar a todas as crianças de 0 a 72 meses da área de abrangência para acompanhar, identificar fatores de risco existentes para tentar modificá-los, dar tratamento adequado àquelas com alguma doença para prevenir complicações, encaminhar aos especialistas em caso que seja necessário, por isso a importância da intervenção educativa em todos os níveis da primária (BRASIL, 2013).

A USF N° 56 é localizada na zona norte de Manaus estado do Amazonas. A estrutura física da USF é boa, tem um consultório médico, um consultório dentário, consultório de enfermagem, sala de vacina, tem sala de procedimentos, lavagem e esterilização, sala de agentes comunitários de saúde, também possui um banheiro para trabalhadores e dois para usuários, incluindo para portadores de deficiência, farmácia e cozinha. Tem um corredor na frente a sala de espera com cadeiras e bebedor de água, a unidade toda está climatizada e com boa iluminação. A equipe de saúde da família é constituída por um médico, uma enfermeira, dois técnicos de

enfermagem, um dentista, uma auxiliar de consultório dental e seis agentes comunitários de saúde. Todos realizam atendimento as crianças. A USF tem uma população cadastrada de 2.422 habitantes, divididas em oito microáreas distantes, algumas destas microáreas são de difícil acesso em período de chuvas. Na área de abrangência de 51 crianças menores de um ano como indicador de cobertura temos 38 cadastradas demonstrando 75% da estimativa, os indicadores de qualidade estão baixos de acordo com o Caderno de Ações Programáticas (CAP). Estes valores demonstram que ainda falta aumentar a pesquisa ativa para a captação de crianças na primeira semana de vida e posterior acompanhamento pela equipe de saúde na área. As ações de promoção que já são desenvolvidas na comunidade, com os líderes da comunidade, nas consultas, nas visitas domiciliares pelos agentes comunitários de saúde.

A intervenção é de muita importância, pois pretendemos melhorar a qualidade de atenção as crianças de 0 à 72 meses, começando por melhorar nossa forma de atuação focada no processo de promoção e educação para a comunidade, a família e as mães. É fundamental que entendam a importância deste programa pela equipe de saúde, todos os benefícios em relação à saúde que vai ter a criança, a melhora na qualidade de vida. É importante o cadastramento das crianças desde a primeira semana de vida por isso é importante a ajuda e entendimento da família, são vários os fatores de risco a que se expõem as crianças. É nosso compromisso com a intervenção modificar estilos de vida e permitir que a população conheça a grande importância deste programa de Saúde da Criança, incentivando as mães a assistir as diferentes consultas programadas, a importância da vacinação e avaliação odontológica. Ademais, é necessário programar o agendamento de consultas e aproveitar o encontro com as mães e crianças para formar grupos para conseguir a atenção integral. Toda a equipe estará trabalhando de forma unida para conseguir alcançar as metas propostas. Já começamos a informar a população sobre o programa. A maior dificuldade é a falta de agentes comunitários de saúde em duas microáreas.

Depois de realizar a Análise da situação de saúde da Unidade de Saúde da Família (USF) observamos a incidência de patologias devido ao inadequado manejo no atendimento preventivo nas idades pediátricas, especificamente de 0-72 meses de idade. Reunimo-nos e chegamos à conclusão que para ter uma população saudável é necessário dirigir nosso trabalho preventivo, curativo e sistemático às

crianças. Por isso selecionamos o Foco de intervenção Saúde da Criança para desta forma melhorar o atendimento, adequá-lo às necessidades de acordo com os protocolos de atendimentos, mas é importante priorizar na USF os problemas mais significativos e que nos afetam. A atenção à saúde da criança deve envolver todos os profissionais de saúde, a família e a comunidade.

São várias doenças que diagnosticamos nas crianças que antes só era diagnosticada nos adultos, tais como doenças crônicas, endócrinas metabólicas, exemplo disso é o Diabetes Melitus, Hipertensão Arterial Sistólica, Desnutrição protéica calórica, Obesidade e anemias. Muitas destas doenças passam sem nos darmos conta porque estamos longe da realidade e ficamos com as doenças mais freqüentes, com as infecções respiratórias virais, parasitismo e outras. Realmente é muito interesse este foco de intervenção porque vai dar bons resultados, em geral uma população saudável com uma atenção oportuna, diminuição dos índices de complicações.

A cobertura do programa de atenção à saúde da criança é deficiente, neste momento não temos dados na USF para preencher o CAP. A estimativa do CAP é de 51 crianças menores de um ano residentes na área de abrangência, é importante fazer um trabalho preventivo com este grupo etário já que identificamos algumas doenças a exemplo de anemias por déficit de ferro, parasitismo, diferentes tipos de alergias, crianças com baixo peso, entre outras. É importante captar precocemente 100% das crianças na comunidade, dar adequado seguimento, vacinar 100% de nossas crianças, eliminar o baixo peso ao nascer, anemias, parasitismo e outros problemas comuns na infância.

A intervenção na Saúde da Criança vai nos permitir relacionar mais famílias, superar modos e estilos de vida desde os primeiros dias de vida, motivar a sua família a interagir conosco. Algumas doenças evitáveis são ocasionadas pelo desconhecimento, por exemplo, a má alimentação, meio ambiente inapropriados pela família para uma criança, a falta de adesão às consultas. A equipe de saúde precisa estimular à comunidade a levar a criança para a consulta de puericultura e realizar o adequado monitoramento das ações. É necessário aumentar as captações de recém-nascidos na primeira semana, vacinar 100% das crianças, diminuir a mortalidade, o baixo peso, parasitismo, anemias, os acidentes domésticos, pois, são situações evitáveis que podem ser esclarecidas em ações de educação em saúde.



## **2.2 Objetivos e metas**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na USF N° 56, DISA Norte, Manaus/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 95% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3: Melhorar 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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

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

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

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

Meta 6.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

## **2.3 Metodologia**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na USF N° 56, no Município de Manaus, AM. Participarão da intervenção todas as crianças de 0 a 72 meses de idade residentes na área de abrangência da USF.

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Baseia-se em uma ferramenta de trabalho, na qual dará a visão de como vai ser realizada a intervenção do plano proposto na unidade relacionada e na área de abrangência adstrita. Dessa forma, espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção contemplando todas as metas e indicadores propostos para a Atenção à Saúde da criança de 0-72 meses de idade.

### 2.3.1 Detalhamento das ações

OBJETIVO 1 Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança.

META 1.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 95% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de crianças cadastradas no Programa de Atenção as Crianças da unidade básica de saúde.

- Revisar semanalmente o fichário que contém os cadastros de crianças de 0 a 72 meses pelo médico da unidade.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir o registro de crianças de 0 a 72 meses cadastradas na USF: será usada a ficha-espelho para cada criança e o prontuário. Todos os profissionais da unidade vão ter acesso para contribuir com o cadastro das ações feitas. Designar um integrante da equipe de saúde que realizará a revisão semanal junto ao médico, dos novos cadastros de crianças e monitorar a cobertura de acordo com a meta.

- Melhorar o acolhimento das crianças na USF: toda a equipe vai participar no acolhimento das crianças, mas todos os usuários serão atendidos, mesmo aqueles que procurem a unidade por outras razões. Será aproveitada a oportunidade para o cadastro das crianças e promoção sobre saúde das crianças em consulta com o médico da unidade.

- Garantir o material adequado para o atendimento das crianças na US (Esfigmomanômetro para criança, estetoscópio para crianças, fita métrica, balança). A unidade já têm estes materiais, sem necessidade de aquisição de outros.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa Saúde das Crianças da unidade de saúde.

- Informar a comunidade, a família as mães sobre a importância do Programa Saúde das Crianças.

Desde que a criança seja cadastrada, a família e a mãe vão ser informadas sobre a importância do programa, os benefícios, orientações gerais que depois serão mais explícitas nas consultas, atividades, conversas educativas e encontros com grupos. Quem ficará responsável por isso será o médico através do atendimento de ocorrerá de acordo com o cronograma do Ministério da Saúde, de acordo com a idade de cada criança.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar aos ACSs e a equipe da USF para cadastrar todas as crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência, com os dados completos das crianças e os contemplados na caderneta proveniente na maternidade.

- Capacitar a equipe da unidade básica de saúde para orientar as mães sobre os cuidados das crianças desde as primeiras semanas de vida.

A capacitação será realizada nas primeiras cinco semanas da intervenção, mas se for preciso, em outro momento também será feita pelo médico da unidade.

### 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.

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorizar diariamente os registros das visitas domiciliares feitas durante o dia e os registros de consulta, para determinar as crianças com menos de um ano de idade, avaliar semanalmente o total de crianças atendidas com uma semana de vida na USF. Quem ficará responsável por essa ação é o médico da unidade que solicitará que o ACSs busque a criança e a mãe na sua residência, convidando-a a comparecer na unidade na primeira semana de vida da criança para consulta. Atividade que será priorizada e realizada diariamente.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

-Garantir uma adequada recepção às crianças. Ter todos os meios disponíveis para a consulta. O médico será o responsável pela realização dos cadastros das crianças que ainda não forem cadastradas.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade, a família e as mães sobre a importância da consulta na primeira semana de vida, atividade realizada por toda equipe de saúde em cada contato com os responsáveis pela criança.

## QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

-Capacitar a equipe sobre as medidas antropométricas das crianças, peso, altura, circunferência cefálica e torácica.

-Capacitar sobre os sinais vitais das crianças, valores normais de frequência cardíaca e respiratória.

A capacitação será realizada nas primeiras cinco semanas da intervenção. Mas se for preciso, em outro momento também será feita pelo médico da unidade.

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

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

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

Meta 2.5. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças

## MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

-Monitorar a curva de crescimento das crianças.

-Monitorar a curva de peso das crianças.

-Monitorar o desenvolvimento Psicomotor das crianças.

-Revisar semanalmente todas as fichas para suprimir falhas eventuais ou registros inadequados, serão usados os prontuários e a ficha-espelho, pelo médico da unidade, o qual passará todas as informações para a planilha de coleta de dados que fará o cálculo dos indicadores.

-Avaliar mensalmente o crescimento das crianças.

-Avaliar mensalmente as crianças com déficit de peso.

-Avaliar mensalmente as crianças com excesso de peso.

-Avaliar mensalmente as crianças com transtorno do desenvolvimento.

## ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade a família e as mães sobre o processo de crescimento das crianças de acordo com sua idade, padrões genéticos e hereditários, biótipo constitucional, orientar também sobre o baixo peso e sobrepeso que pode ser dado por transtorno da alimentação, ou alguma doença associada. Também orientar sobre o desenvolvimento psicomotor que vai de acordo com a idade da criança. Atividade realizada pelo médico em cada consulta de rotina da criança.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe de saúde para a realização de avaliação do crescimento das crianças.

-Capacitar a equipe para realizar medição antropométrica e determinar baixo peso e sobrepeso.

-Capacitar a equipe para realizar avaliação do desenvolvimento das crianças. A atividade que será feita pelo técnico de enfermagem, médico da equipe de saúde, direcionada aos ACSs e demais componentes da equipe. Esta atividade será feita nas primeiras seis semanas da intervenção.

Meta 2.6: Monitorar 100% da vacinação das crianças de acordo com a idade.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

-Monitorar as crianças que tem que ser vacinadas dependendo da idade e dos protocolos do Ministério de Saúde. Realizar-se-á avaliação da vacinação em cada consulta as crianças.

-Monitorar as crianças de 6 meses a 24 meses que estão recebendo a suplementação de ferro. Realizar-se-á avaliação da suplementação de ferro em cada consulta as crianças.

Atividades realizadas pela enfermeira da unidade, semanalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

-Agendar previamente as crianças para vacinar.

-Garantir na USF a existência das vacinas.

-Garantir na farmácia da USF a existência de suplemento de ferro para as crianças, em situação que exista falta dar receita para pegar em outra USF ou farmácia popular. Atividade realizada pela enfermeira da equipe, semanalmente.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

-Informar a comunidade, a família e as mães sobre a importância da vacinação das crianças na prevenção de doenças, que é de muita importância, que o esquema de vacina atualizado.

-Informar a comunidade a família e as mães sobre a importância da suplementação de ferro das crianças de 6 meses a 24 meses de idade, é importante para evitar a anemia por déficit de ferro. Essa informação será dada nas diferentes atividades de educação em saúde feitas nas consultas, visitas domiciliares e atividades de grupos por todos os profissionais de saúde.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACSs para conhecimento do esquema de vacinação padronizado pelo Ministério da Saúde. Capacitar os ACSs para oferecer orientações as famílias e as mães sobre a importância da vacinação. Além disso, sobre a suplementação de ferro na idade de 6 a 24 meses de idade e sua importância. Esta atividade será feita na USF, o técnico de enfermagem oferecerá orientações às ACSs na USF, nas primeiras cinco semanas da intervenção para que esses sejam capazes de passar as informações às mães.

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

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a necessidade de atendimento odontológico das crianças de 6 meses a 72 meses de idade.

-Monitorar as crianças com a primeira consulta odontológica de 6 a 72 meses de idade.

-Avaliação das necessidades do atendimento odontológico das crianças de 6 a 72 meses, com consulta programada, como também as crianças com atendimento espontâneo, vamos revisar as cadernetas das crianças e os prontuários. Atividade realizada pelo médico e pela enfermeira da unidade, semanalmente.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade, as famílias e as mães sobre a importância do atendimento odontológico programado desde cedo, importante na prevenção de cáries, mau oclusão dentária. Orientações sobre higiene bucal, atividades realizadas pelo médico e enfermeira da unidade, nas consultas programadas.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para oferecer orientações sobre promoção, prevenção e perfil odontológico, além da importância das consultas odontológicas nas crianças, de 6 meses a 72 meses, sobre a importância da higiene bucal. Realizaremos a capacitação na primeira semana. A capacitação da equipe vai ser dada pelo cirurgião dentista da USF.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) das crianças de 0 a 72 meses de idade através da revisão semanal dos registros realizada pelo médico e enfermeira da unidade.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar visitas domiciliares para buscar crianças faltosas as consultas, em conjunto com os ACSs.

- Agendar consultas às crianças faltosas, em conjunto com o enfermeiro da USF, semanalmente.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO



- Informar a comunidade, as famílias e as mães sobre a importância da realização das consultas programadas pela equipe de saúde e a periodicidade da mesma, preconizada pelo Ministério da Saúde. Essa informação será dada nas diferentes atividades de educação em saúde feitas nas consultas individuais, nas visitas domiciliares e atividades de grupos, pela equipe da unidade.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os ACSs para a orientação das mães de crianças de 0 a 72 meses das consultas programadas, da importância para a qualidade de vida, estas orientações serão feitas durante as consultas e atividades de grupo por toda a equipe de saúde.

#### OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a qualidade do registro das crianças de 0 a 72 meses da USF, em conjunto com o técnico de enfermagem da unidade. Esse monitoramento será feito semanalmente com a revisão da ficha específica dessas crianças. Os dados contidos nas fichas serão transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica, que calcula automaticamente os indicadores. A avaliação desses indicadores será realizada mensalmente.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Manter as informações do SIAB atualizadas. A ação ficará sob a responsabilidade da técnica de enfermagem e ACSs da equipe de saúde.

- Fazer ficha de acompanhamento. Utilizaremos um modelo de ficha específica, disponibilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel, contendo todas as informações da criança.

- Pactuar com a equipe de saúde o registro das informações, no qual todos os profissionais utilizem a ficha específica da criança e registrem todas as ações que foram realizadas durante o atendimento.

- Definir um responsável pelo monitoramento das informações, neste caso, o profissional médico.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta na criança.

- Durante as visitas domiciliares e consultas atualizar-se-á a informação dos registros, nas crianças com primeira consulta se realizará os registros. Os ACSs e o técnico enfermagem realizarão as adequações.

### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade, a família e as mães sobre seus direitos acerca da manutenção dos registros de saúde, das crianças e acesso à segunda via, se necessário. Assim como orientar para que tenham seus documentos em dia, neste caso o cartão do SUS. Realizaremos essas orientações durante as consultas individuais, nas visitas domiciliares e nas reuniões de grupo, atividade realizada por toda a equipe.

### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para o preenchimento dos registros e no acompanhamento as crianças. Nas primeiras seis semanas capacitaremos a equipe, o médico é o responsável.

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

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

### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de crianças cadastradas com realização da avaliação dos riscos. O monitoramento será feito através da revisão semanal das fichas específicas das crianças.

### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar a agenda para atendimento das crianças com riscos.

- Priorizar o atendimento das crianças avaliadas como de alto risco. Uma vez feita a primeira consulta, a criança vai voltar com a consulta agendada, seguindo o protocolo e individualizando cada caso atendido, atividade realizada pelo médico.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a comunidade, as famílias e as mães sobre os riscos, forma de modificar o risco, se pode modificar, ou como atenuar o risco, por isso é importante as consultas programadas das crianças na USF. A interação da comunidade com a família e a USF.

- Orientar a comunidade, a família e as mães sobre a importância do controle de fatores de risco modificáveis, ambientais, alimentares e sociais.

- Todas as orientações serão feitas em todo o contato com os familiares da criança por toda a equipe.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe de saúde para realizar estratificação do risco.

- Capacitar a equipe sobre a importância de fazer o registro da avaliação.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Esta capacitação também vai ser na primeira semana, quarta semana, sétima semana e décima semana, pois as crianças serão avaliadas de forma integral. A avaliação de risco também será feita na primeira consulta com controle em todas as consultas. Quem ficará responsável será o médico da unidade.

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.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

-Monitorar as crianças com risco de acidentes na infância. Avaliar os riscos, oferecer orientações para prevenir os acidentes.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de orientar a família e a mãe na prevenção de acidentes.

-Os ACSs durante as visitas domiciliares devem identificar os fatores de risco de acidentes e orientar a família para que tomem medidas de controle.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade, a família e as mães sobre a importância de prevenir acidentes nas crianças, muitos destes acidentes podem ser fatais ou podem ter sequelas para toda a vida. As orientações serão dadas durante as visitas domiciliares e consultas por toda a equipe.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para oferecer orientações na prevenção de acidentes nas crianças de 0 a 72 meses. Realizaremos a capacitação desde a primeira semana, a quarta semana, a sétima semana e décima semana. Estaremos avaliando a incidência de acidentes nas crianças mensalmente. Os ACSs são os responsáveis pelas notificações.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

-Monitorar as crianças colocadas a mamar na primeira semana de vida. A avaliação será feita semanalmente através da revisão das fichas e observação na consulta.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

-Orientar as mães sobre a importância do aleitamento materno desde o nascimento das crianças, exclusivo até o sexto mês, depois complementado. Só pode ser modificado por orientações do médico. As orientações serão feitas nas consultas, nas visitas domiciliares e nas conversas educativas por toda a equipe.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade, família e as mães sobre a importância do aleitamento materno desde a primeira semana de vida, as diferentes atividades de

orientação serão feitas durante as consultas individuais, visitas domiciliares e atividades de grupos específicos, tendo como responsáveis toda a equipe.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe de saúde na importância do aleitamento materno exclusivo desde a primeira semana de vida. As capacitações serão realizadas nas reuniões da equipe pelo médico da unidade.

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

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de orientação nutricional as crianças, através da revisão semanal das fichas específicas. A avaliação será realizada mensalmente pelo médico da unidade.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

- Oferecer orientações coletivas sobre esquema de lactação das crianças dependendo da idade, do peso, do crescimento, promovendo o aleitamento materno exclusivo até os seis meses depois pode ser complementado. Promover alimentação saudável nas visitas domiciliares e consultas de atividades de grupo. Atividades realizadas por toda a equipe.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade, família e as mães sobre a importância da alimentação saudável às crianças, dependendo da idade da criança, o peso, o crescimento e a avaliação nutricional. As diferentes atividades de orientação serão feitas durante as consultas individuais, visitas domiciliares e atividades de grupos específicos, tendo como responsáveis toda a equipe.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe de saúde na prática do esquema de lactação da criança de 0 a 72 meses de idade

- Capacitar a equipe na prática de alimentação saudável.

As capacitações serão realizadas nas reuniões da equipe pelo médico da unidade.

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie de acordo com a faixa etária, através da revisão semanal dos registros contidos nas fichas específicas das crianças. Vamos revisar os prontuários e os registros odontológicos. Atividade realizada pelo médico e enfermeira da unidade.

#### ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Planejar em cada consulta as orientações encaminhadas as mães referentes à criança.

- Envolver a equipe de odontologia nesta atividade em conjunto com a secretaria de saúde.

- Garantir em conjunto com a secretaria de saúde o material de odontologia para o atendimento das crianças.

Atividades realizadas pela enfermeira semanalmente.

#### ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a família sobre a importância da higiene bucal, a prevenção de cárie nas crianças, a importância de assistir as consultas programadas pelo dentista, também são importantes as orientações por parte da equipe, atividades realizadas em cada contato com o responsável da criança.

#### QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e prevenção de cáries em conjunto com a equipe de odontologia da USF. Realizaremos a capacitação durante o período reservado para a reunião de trabalho da equipe de saúde. A capacitação da equipe vai ser dada pelo cirurgião dentista da USF.

Desempenhar um bom trabalho na saúde da criança, reverter os indicadores para que todos sejam positivos é importante ter um controle sobre as crianças, desde seu nascimento com uma captação precoce na primeira semana de seu nascimento, realizar teste do pezinho, orientar cuidados com o umbigo, ter toda a informação referente ao parto registrada nos prontuários, ter 100 cadernetas de recém-nascidos, caderneta de vacinação para ter cadastradas 100% das crianças de 0 a 72 meses. Com a equipe de saúde vamos acompanhar o crescimento da criança, vamos identificar os fatores de risco, as doenças que tem, podemos organizar nosso trabalho para dar maior atenção as crianças que apresentam mais dificuldade. É necessário ampliar a cobertura assistencial em dias da semana para que possam assistir um maior número de crianças, principalmente entre as idades de 0 a 72 meses. É importante que nossa equipe de saúde realize conversas educativas, os agentes comunitários visitem as famílias e nos levem as dúvidas, quem precisa ser atendido na área.

Também é importante que todas as crianças tenham a consulta odontológica entre os 6 meses e os 72 meses de idade para realizar avaliação, receber orientações de saúde bucal, uma das coisas mais importante é a vacinação de 100% das crianças no tempo indicado para que fiquem imunizadas, protegidas de um grupo de doenças. Sempre nas consultas é importante realizar corretamente as medidas antropométricas peso, altura, circunferência cefálica, circunferência torácica para poder avaliar o crescimento, identificar as crianças de baixo peso, sobrepeso e obesas. Em cada consulta avaliar o desenvolvimento psicomotor como vai evoluindo as funções psicomotoras dependendo da idade.

Com relação a alimentação é importante que cada mãe entenda que o melhor alimento nos primeiros seis meses de idade é aleitamento materno exclusivo, assim a criança estará mais protegida de infecções gastrointestinais, respiratórias e de todo tipo, a mãe neste tempo vai conhecer melhor o seu filho. Pouco a pouco se vai dando alimentos dependendo da idade da criança ou a necessidade que tenha. Sempre deve ser orientada pelo médico, já com um ano de idade a criança pode comer de tudo, sempre se deve orientar uma alimentação saudável com frutas, vegetais e peixe. As consultas de puericultura são para dar todo tipo de orientações referente as crianças que são planejadas pelo médico, a enfermeira, odontóloga e vacinadora. Fala-se com sua família sobre prevenção de acidentes, estilos de vida

saudável, prevenção de doenças, indicação de suplemento de ferro para prevenir anemias por déficit de ferro nas crianças de 6 a 24 meses.

As crianças faltosas serão visitadas sua família para ver o que está acontecendo e falar com eles da importância do atendimento e controle de sua criança pela equipe de saúde. As crianças com problemas de saúde que precisem de atendimento por outros especialistas serão encaminhados. Ainda serão realizadas orientações para a sua família, monitorando de pertinho sua saúde seu desenvolvimento, exames complementares em dia, com visita de sua casa e nos terrenos, ter um olhar epidemiológico, estimulando a troca de estilos de vida inapropriados. Nossa principal meta é ter crianças saudáveis desde seu nascimento, ajudar a ter um crescimento adequado a sua idade, os que tenham uma doença congênita ou adquirida ajudar para que não existam complicações e que tenham todos os cuidados e atenções correspondentes as metas, diminuir o baixo peso, diminuir as anemias, parasitismo intestinal, os acidentes nas residências e as infecções respiratórias.

### **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 95% 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) avaliado.

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

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

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

Numerador: Número de crianças com déficit de peso 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 monitoradas 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: Monitorar 100% da vacinação 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 da saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 4.1: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas de acompanhamento/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 consulta de puericultura.

Denominador: Número total de crianças inscritas no programa pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde primeira consulta de puericultura.

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, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

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

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

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

### **2.3.3 Logística**

O Protocolo adotado será do Ministério da saúde; saúde da criança 2013, o qual está a disposição de toda a equipe da unidade, de maneira impressa. Quanto ao registro específico, as ações serão registradas para viabilizar o funcionamento,

se utilizarão as fichas-espelhos, prontuários e demais registros na unidade, do controle do atendimento odontológico, na vacinação, são registros que ajudam a orientar nós, mas com este trabalho vamos atualizar. Para a realização destas ações precisaremos de folhas de papel, impressora, canetas e computador em bom estado técnico. Para o acompanhamento da intervenção utilizaremos uma planilha eletrônica de coleta de dados, disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL. No final de cada semana será feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas serão digitados para a planilha eletrônica de coleta de dados. Essa atividade será feita por o médico da equipe de saúde da USF.

No início será feita a capacitação da equipe pelo médico e enfermeira da USF. Primeiramente se pactuará com o gestor sobre o horário a ser realizada e os recursos materiais e humanos. Para isso, necessitaremos de retroprojetor e de um local adequado para realizar o estudo. Também precisaremos de folhas de papel, computador e impressora para dar a cada integrante da equipe uma cópia dos principais aspectos do programa, segundo o protocolo e as atribuições de cada profissional. Pretendemos abordar também como deve ser feito o acolhimento, o cadastro e como orientar a população sobre o funcionamento do programa.

O cadastro será feito pelo médico. Serão cadastradas todas as crianças da área de abrangência. Para isto será necessário a realização de visitas domiciliares para captar crianças que nunca comparecem às consultas ou são atendidos em outra unidade de saúde. O acolhimento é feito primeiramente pela recepcionista, depois passa para a sala de procedimento onde se realiza escuta inicial pelas técnicas de enfermagem ou enfermeira, sendo realizada a medição, peso e altura. Para um bom desenvolvimento destas atividades é preciso contar com os recursos necessários como balança com fita métrica. Daí a criança é passada para consulta de enfermagem ou médica. Nesse processo, uma vez que a criança chega a unidade por meio de demanda espontânea e seja acolhido pela equipe de saúde, será aproveitada a oportunidade para a realização de consulta, exame físico e avaliação de riscos.

Avaliar-se-á a necessidade de atendimento odontológico dependendo da idade e serão dadas orientações precisas, avaliação da caderneta de vacina para ver como está o estado de atualização, vamos perguntar tudo o referente a criança, alimentação, desenvolvimento psicomotor, imediatamente vai ser agendada a

próxima consulta segundo o protocolo. Todas estas informações serão registradas no prontuário e na ficha elaborada especificamente para o programa.

As ações de promoção e prevenção serão feitas por toda a equipe, aproveitando cada encontro com o usuário. Realizaremos conversas sobre saúde nas diferentes comunidades, buscando parcerias com os líderes comunitários. Apresentaremos o projeto de intervenção e falaremos sobre a importância da adesão ao programa Saúde da Criança. Em cada oportunidade divulgaremos as informações necessárias sobre o funcionamento, frequência e lugar de realização das diferentes atividades. Para isto, usaremos como meio de comunicação o site da unidade, o telefone e uso de cartazes colocados em diferentes lugares dentro e fora da unidade.

Em cada conversa se falará acerca da importância da captação das crianças na primeira semana de vida, assistência na consulta, aleitamento materno desde o nascimento, prevenção de acidentes, importância das consultas programadas de odontologia, alimentação saudável dependendo da faixa etária.

Organizaremos a agenda para a busca de crianças faltosas depois de fazer uma avaliação do cadastro vamos ver que algumas crianças estão faltando a consulta, revisaremos o SIAB, isso ajudará para orientar nosso trabalho de busca. Os ACSs serão os responsáveis desta ação. Precisaremos de folha para o registro, canetas, água, fita métrica e telefone.

Monitoramento Regular: Todas as semanas o médico, enfermeira, vacinadora e recepcionista, vão revisar todos os registros de atenção da criança com que estamos trabalhando, prontuários, ficha-espelho, da saúde da criança, planilha eletrônica disposta pelo curso e vamos comparar os resultados com o registro de planejamento das ações da criança, vamos intercambiar com os agentes de saúde experiências e resultados de seu trabalho na semana, quantas crianças vão ser captadas nas microáreas, quantas crianças tem sido atendidas integralmente pela equipe de saúde, assim como sua família. Para esta atividade vamos precisar de folhas, canetas e computador.

Todas as crianças já chegam a nossa área de saúde com teste de pezinho realizado na maternidade, mas nós vamos verificar se as profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptas para realizar teste de pezinho, vamos perguntar a cada técnica de enfermagem a técnica para realizá-lo, e os dias em que se realiza. É importante que saibam que o teste do pezinho é feito na criança logo

após o seu nascimento, conforme estabelece o Programa Nacional de Triagem Neonatal, pois permite a detecção da fenilcetonúria e do hipotireoidismo congênito e de hemoglobinopatias doenças que podem ser tratadas prevenindo o retardo mental, a pesquisa de hemoglobinopatias, inclui a detecção de anemia falciforme e do traço falciforme. O teste deve ser feito a partir do terceiro dia de vida da criança até o sétimo dia se pode realizar a coleta. Para realizar esta ação se precisará de literatura atualizada, protocolos de saúde da criança do Ministério de Saúde, internet, um manequim infantil para que elas realizem a prática. Responsáveis desta atividade serão o médico e as enfermeiras.

Monitorar número de crianças existentes na comunidade, verificando as crianças identificadas com todos os registros realizados e os fatores de riscos identificados, doenças diagnosticadas fica por parte da equipe o monitoramento das crianças que assistam as consultas planejadas, nós vamos visitar seus domicílios no terreno para avaliar tudo referente à sua saúde e crescimento, as equipes de visitas e monitoramento às crianças será sistemática, serão utilizados materiais como papel, canetas, estetoscópio. Responsáveis desta ação é a enfermeira e os agentes comunitários de saúde.

Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha de acompanhamento. Os acidentes são motivos de consultas, principalmente acidentes no domicílio. Desde o nascimento a criança se vê exposta a fatores de risco que podem provocar um acidente. Muitas mães dormem com sua criança e muitos desafortunadamente podem ser asfixiados, outros lesionados, outra causa frequente é a introdução de objetos estranhos nas cavidades naturais causando asfixia, infecções, muitas crianças se expõem a fontes de energia elétrica, a altas temperaturas de calor, queda de alturas inapropriadas causando graves lesões. Nossa equipe de saúde junto com a família vai identificar onde existem fatores de risco desencadeadores de acidentes na criança, para educarem a família nessa ordem de prevenção e monitorar que sejam trocados. Precisa-se de profissionais capacitados para identificar e monitorar os riscos de acidentes e trabalhar na prevenção. Os agentes comunitários, técnicos de enfermagem e enfermeira são responsáveis por esta ação. As crianças identificadas com todos os registros realizados e os fatores de riscos identificados, doenças diagnosticadas fica por parte de equipe o monitoramento das crianças que assistam as consultas planejadas, nos vamos visitar seus domicílios no terreno para avaliar tudo referente

à sua saúde e crescimento, as equipes de visitas e monitoramento às crianças será sistemático, papel, canetas, estetoscópio, serão utilizados nas ações. Responsáveis por esta ação serão a enfermeira e os agentes comunitários de saúde.





### **3 Relatório da Intervenção**

Após 12 semanas de trabalho intenso para realizar a intervenção, estamos felizes por ter alcançado a maioria dos objetivos e metas elaborados para este importante trabalho. Quando começamos existiam muitas dúvidas sobre o desenvolvimento de todas as atividades que seriam realizadas durante este período, assim como o grau de mobilização e apoio da população, líderes das diferentes comunidades, gestor de saúde e toda a equipe que tinha que participar, já que nunca tinha sido feito na unidade um trabalho como este e ainda mais diante das dificuldades que enfrentamos. No início do projeto foi necessário realizar todo o processo de organização para que o fluxo das diferentes atividades acontecesse de acordo com o planejado, já que precisávamos de vários recursos para a intervenção.

Nesse momento é importante esclarecer que inicialmente teve-se a ideia de realizar a intervenção em 16 semanas, no entanto, antes mesmo de finalizar o projeto, soubesse da necessidade de redução do período de intervenção, tendo em vista as férias do especializando, assim a coordenação do curso optou por reduzir o período para que se adequasse ao cronograma já estabelecido para a Turma 8 da especialização em saúde da família.

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

Durante a primeira semana a principal dificuldade foi em relação ao trabalho nos diferentes bairros, tendo em vista que a população está distribuída de forma dispersa. Fizemos isso durante quase toda a intervenção, já que só tínhamos poucos agentes comunitários de saúde na unidade devido as férias, afastamento do médico, férias do dentista e técnica de saúde bucal, depois o técnico de

enfermagem, a recepcionista saíram de férias também. Logo, a equipe não estava completa isso fez com que o trabalho fosse mais intenso.

Na unidade existem três agentes comunitários de saúde para dez áreas, foi tudo novo para todos porque tivemos que começar a incorporar a intervenção na rotina diária algo que precisava de muita organização para não afetar o resto dos atendimentos, para uma população de 2.422 habitantes e muitas pessoas de fora da área de abrangência que se atende na unidade, pois, é uma população movimentada em fase de crescimento por novos moradores do interior de Manaus.

Todo este trabalho se realizou com uma equipe incompleta, foi insuficiente muitas vezes para um bom desempenho do trabalho, mesmo assim conseguimos. Realizamos cada uma das atividades que tínhamos planejado no cronograma, o processo de capacitação feito pelo médico e a enfermeira da equipe de forma dinâmica durante a maioria das semanas, fundamentalmente dirigido para uma adequada atualização dos protocolos de saúde que se utilizariam durante o projeto, assim como outras atividades de capacitação para agentes de saúde em relação aos atendimentos das crianças, referente as crianças saudáveis, também para identificar as alterações nas crianças doentes ou com crescimento inadequado, promoção e prevenção de saúde. De forma geral, as reuniões da equipe foram realizadas durante as segundas-feiras, em que ficavam organizadas todas as atividades que seriam desenvolvidas na semana e se avaliava os indicadores da semana que haviam terminado.

As diferentes ações que estavam planejadas para o projeto de intervenção foram desenvolvidas quase em sua totalidade, as atividades de promoção e prevenção foram realizadas todas as semanas na unidade e na comunidade durante as visitas as residências, obtendo resultados satisfatórios em relação aos cuidados das mães com as crianças, a captação das crianças na primeira semana de vida, orientação sobre aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de idade, prevenção de acidentes domiciliares, a alimentação das crianças dependendo da idade, a assistência as consultas programadas, higiene bucal, prevenção de cáries dentais, indicação de suplemento de ferro as crianças de 6 meses a 24 meses de idade para prevenir anemia por déficit de ferro, atualização do esquema de vacinação das crianças, captação e controle das crianças com baixo peso e sobrepeso e outros fatores de risco importantes para prevenir doenças e complicações posteriores nas crianças.

A busca ativa dos usuários faltosos a consulta foi desenvolvida pelos agentes comunitários de saúde, médico, enfermeira e pelo técnico de enfermagem no princípio da intervenção, nas visitas domiciliares, os diferentes registros de informação uma vez por mês foram revisados de forma detalhada pela enfermeira, recepcionista e técnica de enfermagem para ver se coincidia toda a informação coletada durante o mês. Apresentamos dificuldades pelo déficit de agentes comunitários de saúde, além disso, durante um mês o dentista e a técnica de dentista estavam de férias, assim não conseguimos avaliar as crianças agendadas com as consultas programáticas e necessidade de atendimento odontológico. Ficamos sem enfermeira duas semanas por problema de saúde, na semana oito da intervenção chegou outra enfermeira para trabalhar com a equipe.

Em relação às facilidades, foi bom o apoio por parte do distrito de saúde ante qualquer situação apresentada, mas algumas deficiências ficaram para dar solução. Algo muito importante que se ganhou durante a intervenção foi uma equipe de coletas de exames complementares na unidade, era difícil para a população ir longe das unidades para realizar exames complementares, depois sair a busca dos resultados.

Durante a intervenção a campanha de vacina foi importante pelo apoio de muitas pessoas na comunidade e gestores de saúde, além da participação de muitas crianças. Outras deficiências que não foram superadas foi com relação a assistência de especialistas que continua sendo um objetivo para a saúde deste estado. Demora muito marcar uma consulta para as diferentes especialidades. Esta situação esta pendente para solução pelas ofertas de especialidades para os médicos desta região do Norte. Em matérias de insumos desde o começo nunca existiu falta, algo muito positivo que facilitou uma boa avaliação dos usuários que por dia iam as consultas, também o apoio dos diferentes líderes dos bairros foi maravilhoso eles foram fundamentais na hora de mobilizar toda a população para as atividades de promoção e prevenção de saúde.

Apesar de não conseguimos ampliar a cobertura de atenção à saúde da criança para 95%, chegamos a 89,1% das crianças inscritas no programa devido ao déficit de agentes comunitários de saúde para realizar a intervenção, há áreas muito distantes que precisam de conhecimento da área para visitar as crianças, se fez o plausível, mas não foi possível durante a intervenção, o que acontece é que outra

unidade de saúde fica mais próxima a esta área e as pessoas procuram atendimento lá, o transporte para eles é melhor.

Para realizar a intervenção, tínhamos previsto captar 100% das crianças na primeira semana de vida captamos na primeira semana de vida 66,7%, as crianças sem complicações ficam de alta das maternidades na primeira semana de vida e nós realizamos o planejamento para captar as crianças na unidade ou na residência, em diferentes ocasiões visitamos as residências e a mãe junto com a criança não estavam morando naqueles lugares, ficavam em outra parte quase sempre na casa de uma família, passando o puerpério lá, além de outras ocasiões em que se agendou consulta e a mãe não ia a consulta.

Não conseguimos monitorar 100% das crianças com déficit de peso, monitoramos 50%, as crianças com baixo peso muitas não estavam cadastradas, não assistiam a consulta, a família estava com falta de orientação e graças à intervenção dedicamos tempo para instruir as famílias, sobre a alimentação das crianças, realização de exames complementares, indicação de vitaminas, orientamos acompanhamento sistemático nas consultas programadas, com participação nas campanhas de imunização, oferecemos atendimento a 75% das crianças com sobrepeso. Não se cumpriu com o previsto pelas mesmas causas que explicamos anteriormente, desconhecimento dos pais do programa saúde da criança para crianças com sobrepeso, ineficácia na assistência as consultas programadas e falta de agente comunitário de saúde para chegar às áreas mais distantes e de difícil acesso.

Das crianças faltosas as consultas, monitoramos 56,1%, não conseguimos fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas devido à falta de agente comunitário de saúde, também por falta de informação verdadeira nos prontuários, pois os endereços não coincidiam em ocasiões as crianças moravam em outro domicílio, dentro da mesma zona de abrangência. Das crianças de 0 a 72 meses de idade com necessidade de atendimento odontológico, se realizou avaliação a 32,3% das crianças de 100% que foi previsto. No principio da intervenção havia dificuldade com a autoclave que ficou com defeito por várias semanas e depois ficou um mês de férias o dentista e a técnica de odontologia.

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

Em relação às ações previstas e que não foram desenvolvidas podemos dizer que não houve essa situação. Tivemos ações que não atingimos a expectativa, mas todas foram realizadas mesmo que de forma parcial.

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

A coleta e sistematização de dados relativos à intervenção assim como fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores, transcorreu de acordo com o planejado sem dificuldades.

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

As diferentes ações e atividades foram incorporadas na rotina diária sem problemas, sempre planejando as atividades para não afetar o resto dos atendimentos, o volume de consulta foi um pouco elevado referente ao atendimento de crianças pela atividade de promoção desde o início da intervenção.

Agora, para dar continuidade, vai ser necessário continuar com o apoio da equipe em todas as áreas porque eu sou o único médico na unidade. Também faço referência ao déficit de agente comunitários na última semana se incorporou um agente comunitário de saúde, considero que a incorporação das atividades educativas promovidas pela comunidade e gestores de saúde melhoraram consideravelmente os atendimentos de forma integral para as crianças que criam um vínculo com a unidade de saúde.

## **4 Avaliação da intervenção**

### **4.1 Resultados**

Nossa intervenção teve como tema a Saúde da Criança de 0-72 meses de idade da USF N° 56 do Distrito Norte do município Manaus do Estado do Amazonas. Durante o período da intervenção foi realizado um levantamento na área adstrita a USF observando que existem 138 crianças entre 0-72 meses de idade, o que não condiz com a estimativa da planilha de coleta de dados que é de 121 crianças e nem com os dados do CAP, mas como isso reflete a nossa realidade, já que foi realizada uma insistente busca desses usuários pela comunidade. A intervenção foi realizada na USF que conta com oito áreas com um total de 2.422 usuários em sua população. Depois de 12 semanas de trabalho chegou o momento de expor os resultados obtidos conforme aos objetivos estabelecidos que são os seguintes:

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

Meta 1.1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 95% das crianças entre 0-72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Indicador 1.1: Proporção de criança entre 0-72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

Depois de terminar a intervenção alcançamos os seguintes indicadores de cobertura para as crianças de 0-72 meses inscritas no programa de saúde da USF: Mês 1: 40 (29%); Mês 2: 93 (67,4%); Mês 3: 123 (89,1%) (Figura 1).

Nota-se pela figura 1 que houve um aumento gradativo do cadastramento dessas crianças na intervenção, é importante destacar que nos afetou o déficit de agentes comunitários de saúde nas áreas.

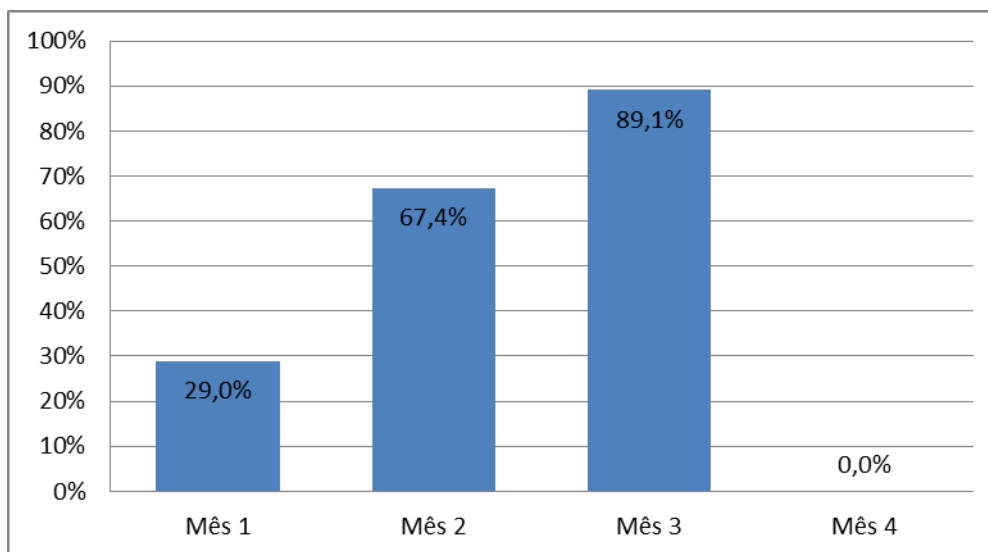


Figura 1: Proporção de crianças de 0-72 meses inscritas no programa da saúde, USF N° 56 do Distrito Norte Manaus/AM, 2015.

Metas relativas ao 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.

Em relação a esse indicador alcançamos no mês 1 40 crianças inscritas, delas 23 (57,7%) com consultas na primeira semana, no mês 2: 93 crianças inscritas, delas 52 (55,9%) com consulta na primeira semana, mês 3: 123 crianças inscritas, delas 68 (55,3%) com consulta na primeira semana. A proporção de crianças com consulta na primeira semana de vida foi estável durante a intervenção.

Para alcançar este indicador foi necessário intensificar as visitas domiciliares diárias, a interação dos agentes comunitários de saúde com a comunidade, oferecendo orientações às famílias e explicando a importância das consultas desde a primeira semana de vida. Também nota-se que o cadastro destas crianças desde o nascimento ajudou a ter o controle e agendar a consulta programada. O déficit de agentes comunitários não permite que as crianças na primeira semana de vida fossem cadastradas e as mães orientadas a assistir a consulta.



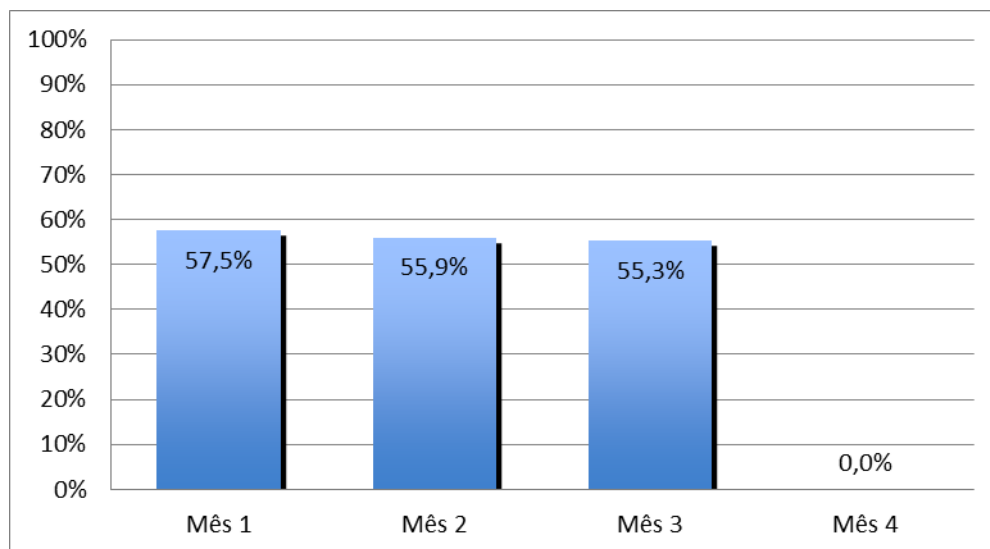


Figura 2. Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida da USF N° 56 do Distrito Norte Manaus/AM, 2015.

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

No mês 1 de 40 crianças cadastradas se monitorou 27 (67,5%), no mês 2 se cadastrou 93 crianças, monitorando-se 64 (68,8%), no mês 3 se cadastrou 123 crianças, monitorando-se 82 (66,7%), nota-se que no terceiro mês houve uma diminuição desse indicador.

Em relação a este indicador não alcançamos monitorar 100% do crescimento das crianças que tínhamos previsto, devido a deficiência de recursos humanos para dar seguimento. Cadastramos as crianças nas consultas medicas.Muitas após forem convidadas para consulta com o objetivo de realizar exame clinico,as mensurações de peso, altura e não realizarem o acompanhamento segundo preconizado pelo Ministério da Saúde.

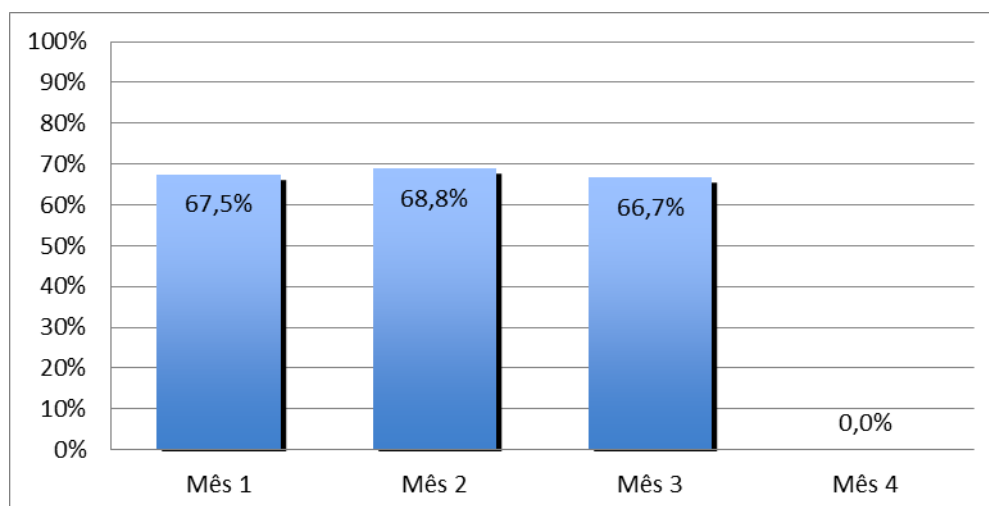


Figura 3. Proporção de crianças com monitoramento do crescimento da USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

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

Este indicador foi cumprido em 50%, ficou abaixo da meta prevista. No mês 1 de 03 crianças inscritas com déficit de peso, 02 (66,7%) foram monitoradas. Mês 2 de 16 crianças inscritas com déficit de peso, 07 (43,8%) foram monitoradas. Mês 3 de 22 crianças inscritas com déficit de peso, 11 (50%) foram monitoradas.

Este indicador é importante como os outros, a equipe se esforçou em identificar as crianças com déficit de peso durante a intervenção, realizamos capacitação para os agentes comunitários de saúde para identificar as crianças com transtorno no peso o que nos ajudou na realização dessa ação. A falta de pessoal, dos agentes comunitários principalmente não permitiu visitar todas as crianças com déficit de peso nas áreas, faltou orientação as famílias, para que levassem as crianças as consultas programadas para acompanhamento também.

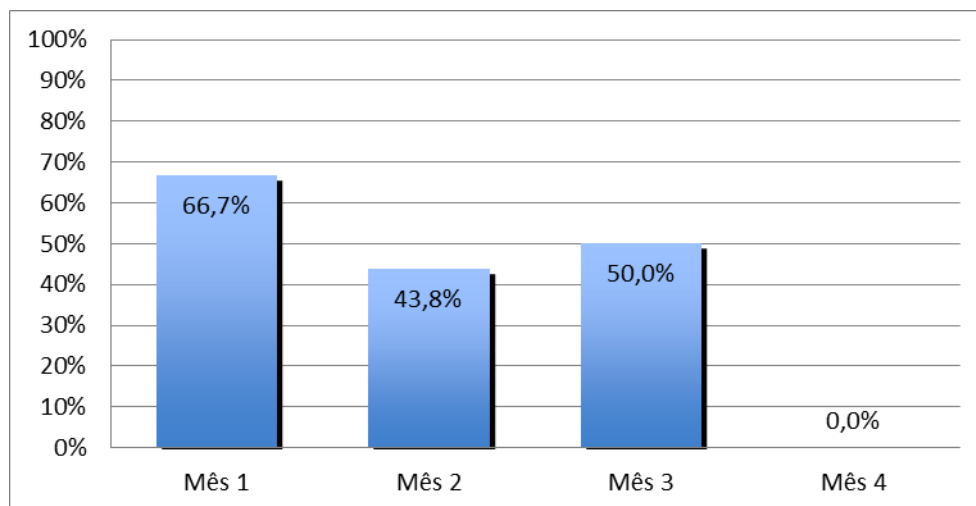


Figura 4. Proporção de crianças com déficit de peso monitorado da USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

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

Este indicador obteve um resultado favorável no início da intervenção, depois resultou em uma estabilidade. No mês 1 de 02 crianças inscritas com excesso de peso, as 02 (100%) foram monitoradas. Mês 2: de 4 crianças com sobrepeso inscritas 03 (75%) foram monitoradas. Mês 3: de 4 crianças com sobrepeso inscritas 03 (75%) foram monitoradas.

Realizou-se capacitação para a equipe para identificar as crianças com excesso de peso, já os agentes comunitários de saúde nas consultas diárias nas residências identificavam as crianças e agendavam a consulta para fazer mensurações antropométricas e confirmar o diagnóstico. Além disso, se falava com a família para identificar as possíveis causas de patologias. Observa-se que a falta de agentes comunitários de saúde não permitiu visitar algumas áreas distantes, quando visitamos algumas destas áreas não tínhamos a informação por desconhecimento da área do endereço das crianças, o que dificultou bastante o trabalho.

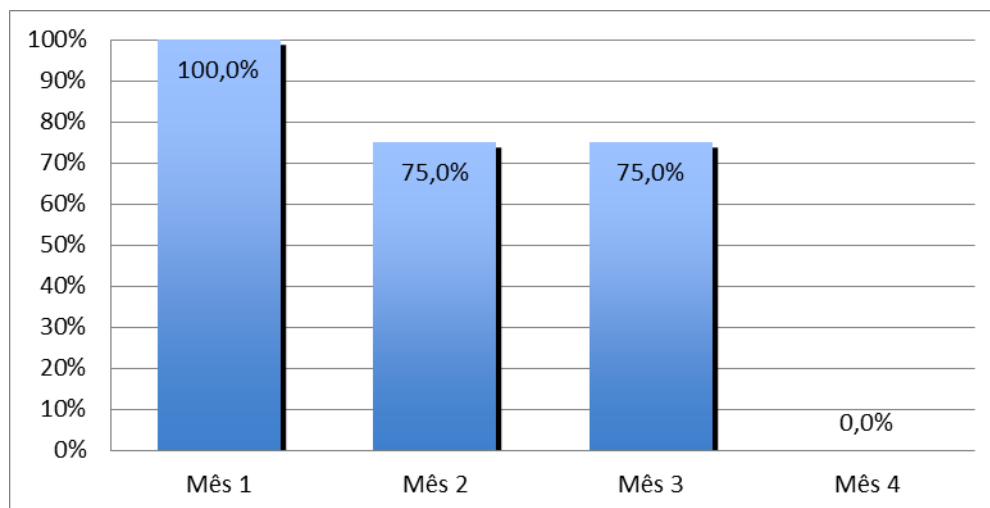


Figura 5. Proporção de crianças com excesso de peso monitorado da USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

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

Este indicador foi avaliado pelo médico e a enfermeira com ajuda dos agentes comunitários de saúde. Durante a intervenção foi estável. No mês 1 de 40 crianças inscritas, 29 (72,5%) tiveram avaliação do desenvolvimento. Mês 2: de 93 crianças inscritas, 66 (71%) tiveram avaliação do desenvolvimento. Mês 3: de 123 crianças inscritas 89 (72,4%) tiveram avaliação do desenvolvimento.

Monitorar o desenvolvimento das crianças dependeu de capacitação constante por parte da equipe, a enfermeira e técnico de enfermagem já com experiência complementada com a prática diária e capacitações aos agentes comunitários de saúde, através do diálogo com a mãe, muitas vezes. Nota-se que já podemos monitorar a informação e com a experiência sobre o exame físico da criança.

Um ponto que atrapalhou para a adequação desse indicador foi o déficit de agentes comunitários de saúde e de profissionais em algum momento da intervenção não permitiu monitorar o desenvolvimento das crianças, além disso, houve crianças que forem agendadas a consulta e não compareceram, deixando assim o indicador abaixo do esperado.

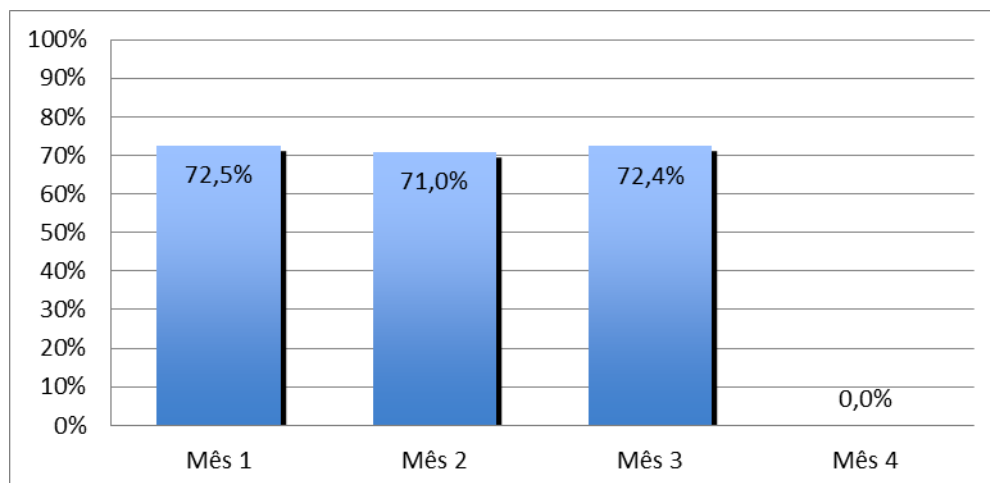


Figura 6: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

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

No mês 1 de 40 crianças inscrita no programa 34 (85%) com vacinação atualizada. Mês 2: de 93 crianças inscritas no programa 76 (81,7%) estão com a vacinação atualizada. Mês 3: de 123 crianças inscritas no programa 102 (82,9%) estão com a vacinação atualizada.

A equipe no início da intervenção foi capacitada para o reconhecimento da vacinação das crianças dependendo da idade. As responsáveis pela vacinação das crianças foi a técnica de enfermagem, no terceiro mês os responsáveis foram além do técnico de enfermagem, em conjunto com os agentes comunitários de saúde e líderes comunitários, se atualizou a vacinação em várias crianças durante a intervenção. Não se cumpriu este indicador com o percentual pretendido pela ausência das crianças a unidade, algumas das crianças moram em lugares de difícil acesso, nós visitamos suas residências, mas o pouco tempo da intervenção não foi suficiente para vacinar a todas as crianças.

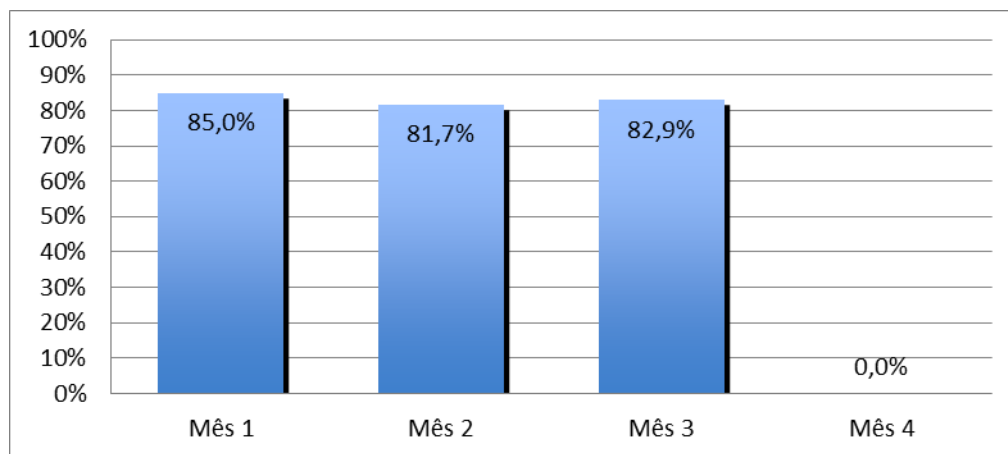


Figura 7. Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

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

No Mês 1 de 22 crianças inscritas, 15 (68,2%) estavam fazendo suplementação. Mês 2: de 47 (63,8%) crianças inscritas 30 estavam fazendo suplementação. Mês: 3 de 58 crianças inscritas 43 (74,1%) estavam fazendo suplementação.

Este indicador não foi cumprido na unidade, pois durante toda a intervenção havia falta de sulfato ferroso na unidade, em ocasiões havia e felizmente eram dados, nós indicamos para as crianças, os pais deveriam pegar em outra farmácia, mas ficava distante, nós nas visitas domiciliares supervisamos se a criança estava realizando a suplementação de ferro já indicadas e algumas vezes não estavam sendo suplementadas por não ter medicamento.

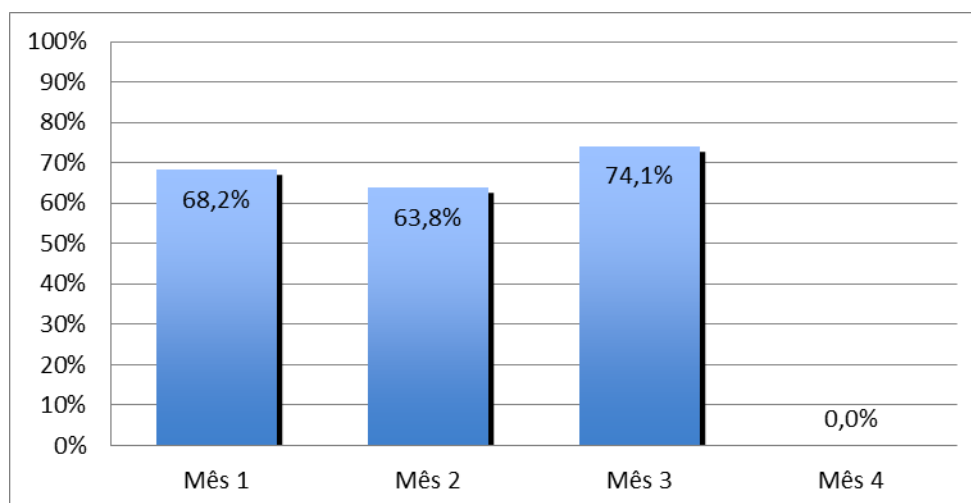


Figura 8. Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

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

No Mês 1 de 40 crianças inscritas 26 (65,0%) realizam triagem auditiva. Mês 2: de 93 (68,8%) crianças inscritas 64 realizaram triagem auditiva. Mês 3: de 123 crianças inscritas 88 (71,5%) realizaram triagem auditiva. Este indicador não foi cumprido por completo porque em algumas crianças não se realizou nas maternidades a triagem auditiva, algumas cadernetas não tem o registro e a mãe não lembra.

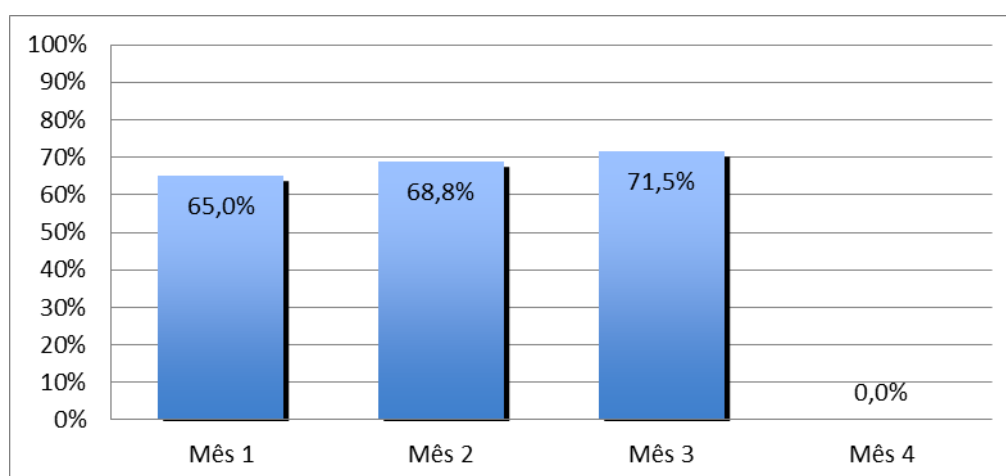


Figura 9. Proporção de crianças com triagem auditiva na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

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

No Mês 1 de 40 crianças inscritas 40 (100%) tem realizado o teste do pezinho antes do sétimo dia de vida. Mês 2: de 93 crianças inscritas 84 (90,3%) tem realizado o teste do pezinho antes do sétimo dia. Mês 3: de 123 crianças inscritas 109 (88,6%) tem realizado o teste do pezinho antes do sétimo dia.

Este indicador tem a importância de avaliar quantitativamente as crianças com teste de pezinho realizado nos primeiros sete dias de vida, a maioria das crianças já tem feito o teste desde as maternidades, algumas poucas que tiveram parto extra hospitalares no interior e que agora são da área de abrangência não realizaram teste do pezinho antes dos sete dias, também crianças nascidas em serviços de urgências com alta hospitalar e que não retornaram para suas casas e ficam longe dos serviços médicos, outras cadernetas não tem registro do teste e as mães não lembram.

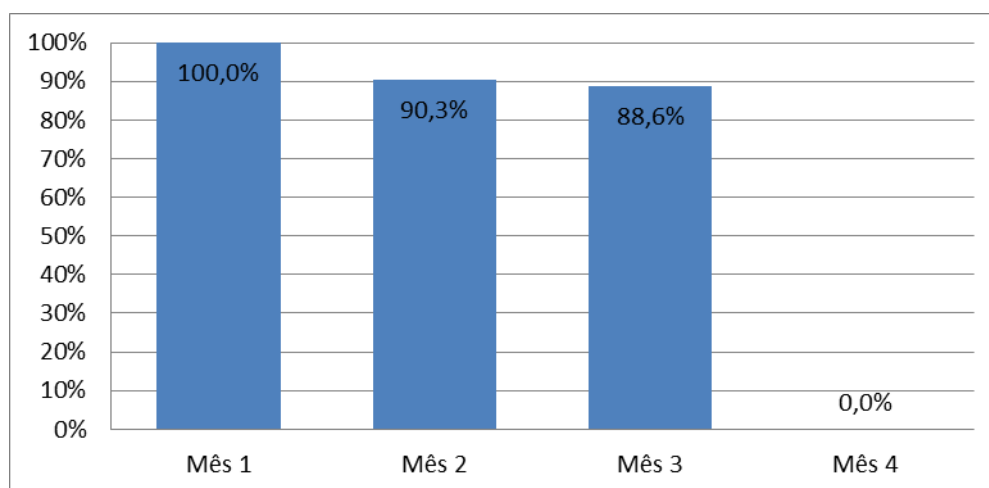


Figura 10. Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

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

No mês 1 de 35 crianças avaliadas, 10 (28,6%) estão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Mês 2: de 75 (28%) crianças acompanhadas 21 estão com avaliação da necessidade de atendimento



odontológico. Mês 3: de 99 crianças inscritas 32 (32,5%) tem avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Desde o início da intervenção a consulta de odontologia foi afetada em várias ocasiões, no princípio foi a autoclave que não funcionava, depois o dentista e a técnica do dentista saíram de férias durante um mês. Mas no final da intervenção ficou mais estável o serviço odontológico. Além disso, a necessidade do atendimento para a unidade é maior do que o dentista consegue realizar.

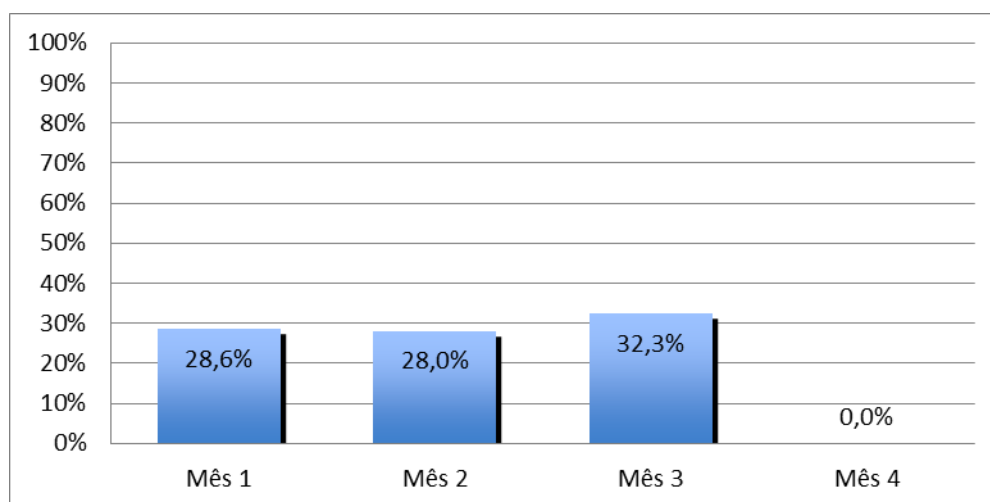


Figura 11. Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com avaliação de necessidade de atendimento odontológico na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

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.

No mês 1: de 35 crianças cadastradas 9 (25,7%) foram acompanhadas. Mês 2: de 75 crianças cadastradas 19 (25,3%) receberam acompanhamento odontológico. Mês 3: de 99 crianças cadastradas 24 (24,2%) receberam a primeira consulta odontológica.

Este indicador não se cumpriu como foi estabelecido, mas se viu um aumento das consultas para as crianças de 6 a 72 meses de idade no último mês da intervenção, o déficit de dentista e de técnico de dentista é o problema maior enfrentado. Além disso, as mães não tem conhecimento da importância desta consulta nesta idade.

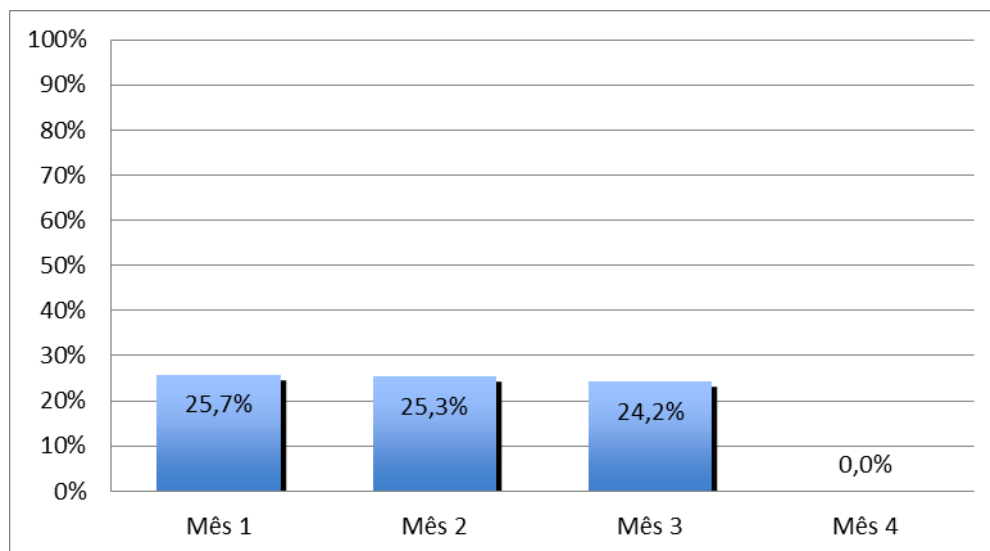


Figura 12. Proporção de crianças entre 6 e 72 meses com primeira consulta odontológica na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

Metas relativas ao objetivo 3. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

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

No Mês 1: de 19 crianças faltosas se buscaram 16 (84,2%). Mês 2: de 41 crianças faltosas se buscaram 25 (61%). Mês 3: de 57 crianças faltosas se buscaram 32 (56,1%), como pode ser observado na figura 13.

Este indicador é deficiente, a busca ativa de crianças faltosas, na unidade há falta de agente comunitário de saúde nas áreas, também durante a intervenção algumas de férias, doentes, não foi possível chegar aos domicílios das crianças sem os agentes comunitários.

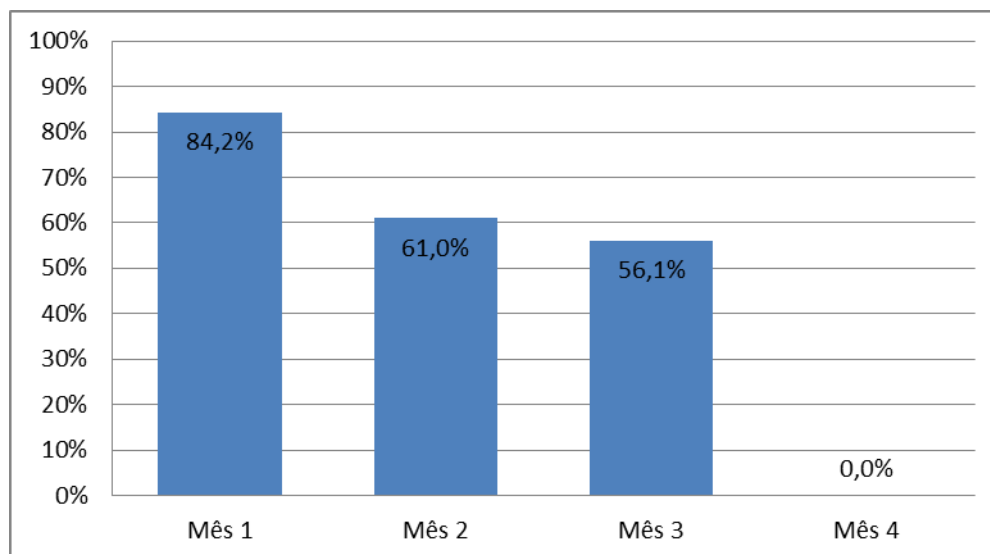


Figura 13. Proporção da busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança na USF N° 56 do Distrito Norte, Manaus/AM, 2015.

Metas relativas ao objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

No mês 1: de 40 crianças inscritas 31 (77,5%) estão com registro adequado. No Mês 2: de 93 crianças inscritas 62 (66,7%) estão com registro adequado. Mês 3: de 123 crianças inscritas 85 (69,1%) estão com o registro adequado.

Com este indicador tive dificuldade para chegar a 100% como previsto, pois muitas atividades estavam sendo realizadas na unidade e tínhamos poucos profissionais, mas o preenchimento das informações foi com qualidade.

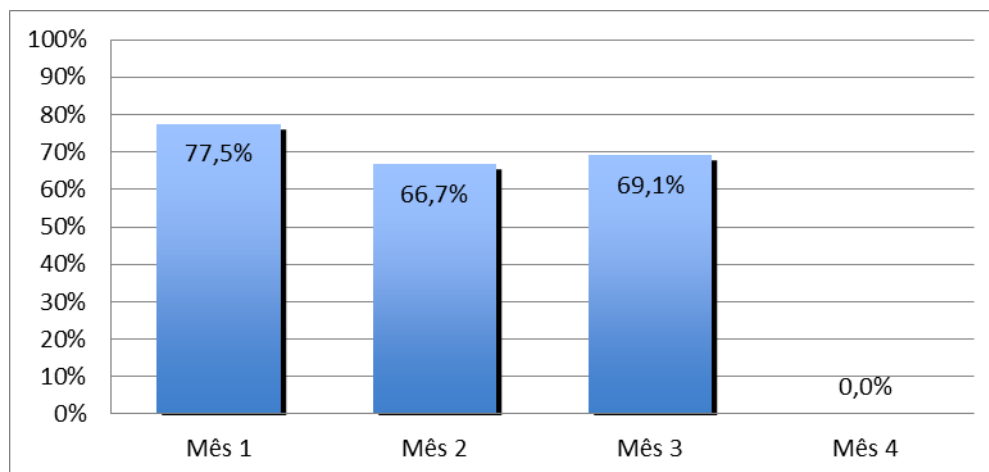


Figura 14. Proporção de crianças com registro atualizado da USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

Metas relativas ao 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.

O indicador comportou-se durante a intervenção da seguinte forma: Mês 1 de 40 crianças acompanhadas 40 (100%) foram avaliadas quanto ao risco. Mês 2 de 93 crianças acompanhadas 83 (89,2%) foram avaliadas quanto ao risco. Mês 3 de 123 crianças inscritas 110 (89,4%) foram avaliadas quanto ao risco.

A estratificação do risco para as crianças é determinante para prevenir acidentes, doenças e complicações futuras. Durante a intervenção conseguimos realizar a estratificação na maioria dos acompanhados. O trabalho nas diferentes comunidades feito pelas agentes de saúde foi importante para informar de forma geral as diferentes mães das crianças sobre fatores risco, também foi positivo para obter estes resultados o trabalho com os grupos que foi feito uma vez por mês, assim como o apoio por parte do gestor para viabilizar a realização dos exames complementares que precisavam algumas crianças para realizar uma adequada avaliação.

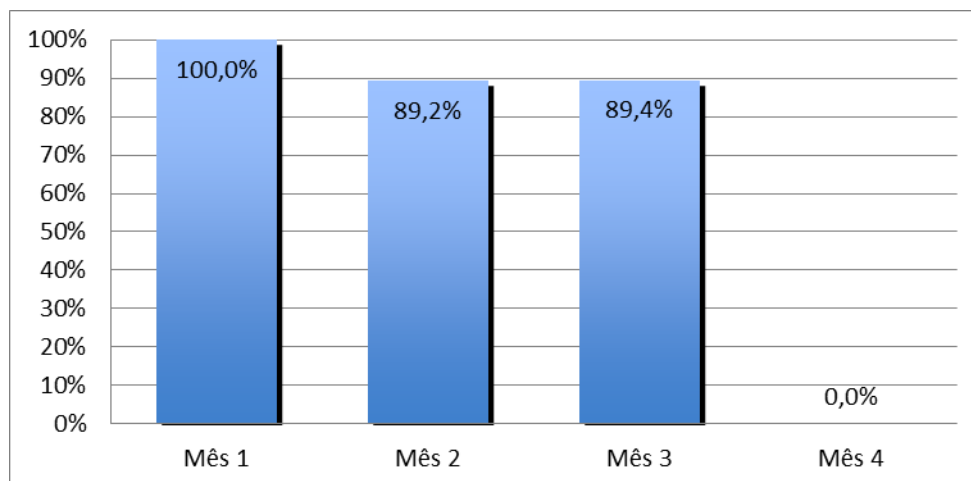


Figura 15. Proporção de crianças com avaliação de risco na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/Amazonas, 2015.

#### Metas relativas ao 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.

No Mês 1 de 40 crianças acompanhadas, 40 (100%) mães receberam orientações. Mês 2 de 93 crianças acompanhadas 86 (92,5%) mães receberam orientações. Mês 3 de 123 crianças inscritas 113 (91,9%) mães receberam orientações.

Este indicador em relação as metas que nos planejamos foi cumprido parcialmente quantitativamente, mas qualitativamente foi bom, a maioria dos usuários acompanhados receberam tais orientações. A orientação as mães para prevenir acidentes desde que nasce a crianças, todos os riscos que podem evitar nos domicílios, eliminar as barreiras arquitetônicas nos domicílios, orientamos sobre a prevenção de acidentes automobilísticos nas ruas, orientamos sobre os acidentes por intoxicações com substâncias. As crianças são vulneráveis aos acidentes motivo pelo qual desde o começo da intervenção focamos nosso trabalho em ações de promoção em saúde.

A reunião de equipe foi um dos aspectos mais importantes para obter estes resultados, onde realizamos todo o processo de capacitação para poder cumprir de forma satisfatória tudo o que está relacionado com a prevenção de acidentes na infância. Utilizamos cada espaço para realizar estas atividades, sendo que foi

fundamental o trabalho em equipe e o desempenho de cada um dos membros da equipe.

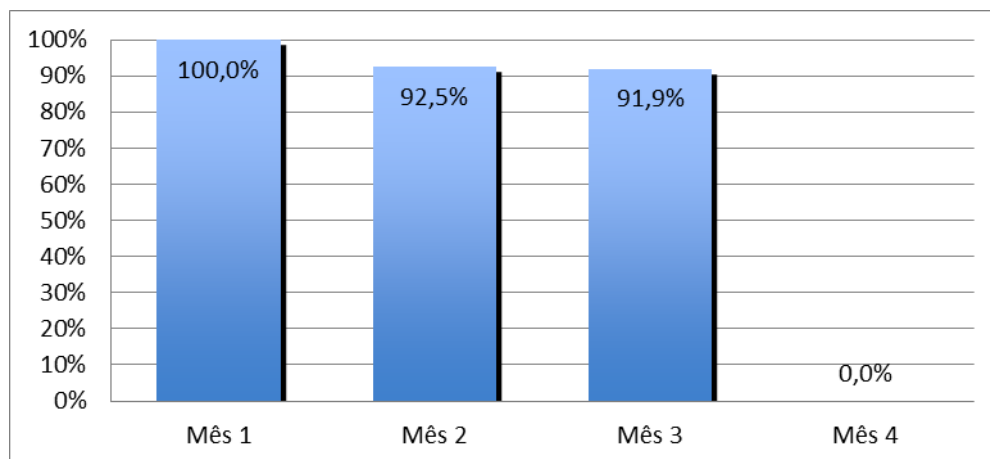


Figura 16. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

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

O indicador comportou-se da seguinte maneira: Mês 1 de 40 crianças acompanhadas, 24 (60%) foram colocadas para a mamar na primeira consulta. Mês 2 de 93 crianças acompanhadas 56 (60,2%) foram colocadas a mamar. Mês 3 de 123 crianças acompanhadas 75 (61%) foram colocadas para mamar.

Este indicador durante toda a intervenção foi estável, nós realizamos várias atividades, conversas educativas para as mães sobre a importância do aleitamento materno, orientamos em cada consulta e em visitas domiciliares por parte da equipe. Os agentes comunitários de saúde, enfermeira e o médico fizeram várias ações para estimular o aleitamento materno desde o nascimento. Muitas mães se negam pelos estudos, trabalho, outras falam que a criança rejeita o peito, nas consultas o médico e a enfermeira colocam para mamar as crianças, orientamos também sobre a importância do aleitamento materno.

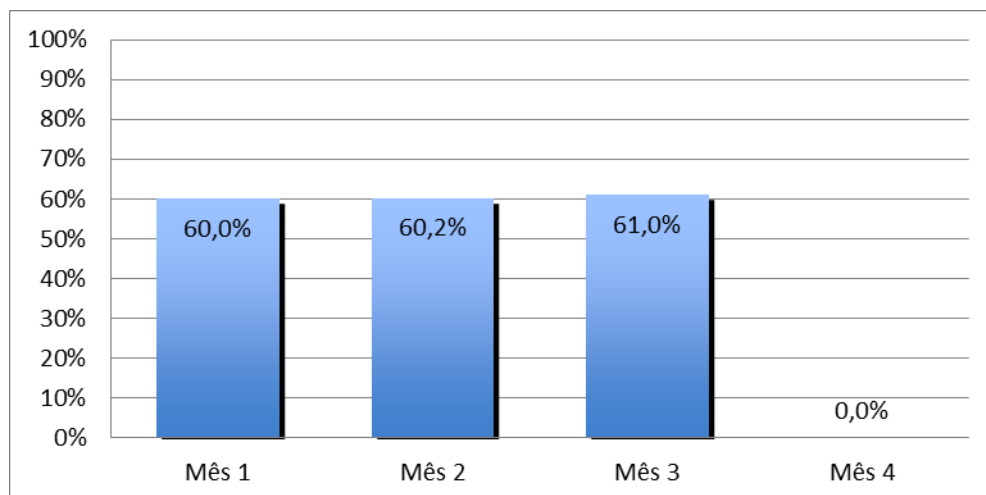


Figura 17. Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta na USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/Amazonas, 2015.

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

O indicador comportou-se da seguinte maneira: Mês 1 de 40 crianças assistidas, 39 (97,5%) estão com registro nutricional. Mês 2 de 93 crianças acompanhadas 89 (95,7%) estão com registro nutricional. Mês 3 de 123 crianças acompanhadas 117 (95,1%) estão com registro nutricional.

Este indicador quantitativamente não se cumpriu, mas qualitativamente sim, nós treinamos a equipe e os agentes comunitários de saúde para que nas visitas domiciliares orientassem as mães sobre a nutrição da criança dependendo da faixa etária da criança, desde o nascimento com o aleitamento materno que pode continuar até os dois anos, complementado com outros alimentos a partir dos 6 meses de idade, que de maneira gradual se incorporam os alimentos da criança, sempre mantendo a higiene dos alimentos o jeito de preparação, as quantidade e fórmulas. Nós, em cada consulta, orientamos as mães, fazemos conversas, trocamos experiências. O crescimento vai depender da correta nutrição. Há alimentos que são vitais para as crianças no crescimento.

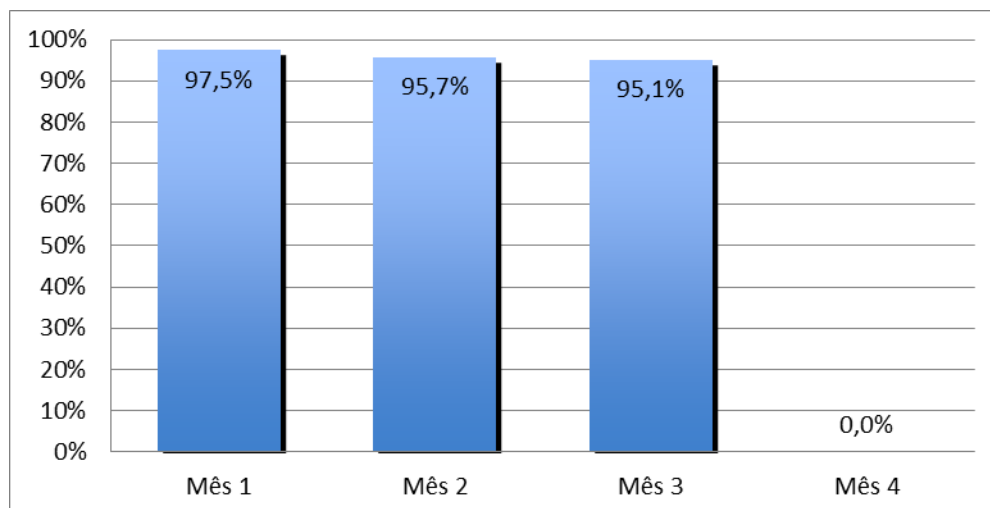


Figura 18. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com faixa etária na USF N° 56 do Distrito Norte, Manaus/AM, 2015.

Meta 6.4. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

O indicador comportou-se da seguinte forma durante a intervenção: Mês 1 de 40 crianças assistidas no programa 40 (100%) mães receberam orientações. Mês 2 de 93 crianças acompanhadas 84 (90,3%) mães receberam orientações. Mês 3 de 123 crianças acompanhadas 105 (85,4%) mães receberam orientações.

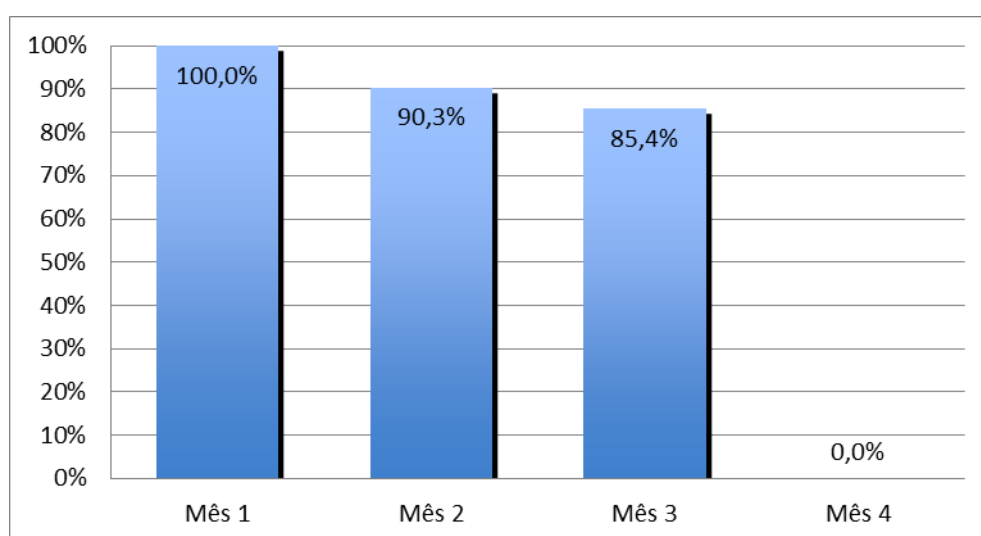




Figura 19. Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie da USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

A higiene bucal é importante desde o nascimento da criança por isso o dentista e o médico treinaram a equipe para oferecer orientações as mães sobre higiene bucal e prevenção de cáries. É importante a higiene de todos os objetos de uso pessoal das crianças. A alimentação saudável nos primeiros anos é importante a ingestão de leite, alimentos ricos em cálcio e minerais, escovar os dentes no mínimo de 4 vezes ao dia depois de cada refeição, assistir a consultas programadas do dentista desde os 6 meses de idade, evitar os alimentos que precipitem formação de cáries. Estas e outras orientações foram oferecidas as mães e crianças em cada consulta e visitas nas residenciais.



Figura 20. Fotografia do acompanhamento das crianças da USF N° 56 do Distrito Norte. Manaus/AM, 2015.

## 4.2 Discussão

A intervenção na USF N° 56 teve duração de 12 semanas entre os meses de Maio a Julho 2015, a qual permitiu a ampliação da cobertura de crianças

cadastradas na USF, sendo todas as ações desenvolvidas em conformidade com o cronograma. A atenção as crianças atendidas no período foi qualificada, de modo que se realizou captações a recém-nascidos na primeira semana de vida, avaliando a realização da triagem neonatal, oferecendo orientações as mães e as famílias, realizaram exames clínicos apropriados, com atualização de acordo com o protocolo estabelecido pela Unidade.

A intervenção propiciou a melhoria da atenção à saúde das crianças. Com relação à coleta e sistematização dos dados, este se constituiu de fato um desafio inicial, considerando que não tínhamos controle sobre as crianças, muitas não tinham um adequado acompanhamento outras crianças sem acompanhamento. Deste modo, para coletar todos os dados de cada criança buscamos inicialmente os prontuários e, semanalmente, conferimos e preenchemos cada um dos dados nas fichas-espelhos, realizando-se esta ação referente às consultas planejadas das crianças, atualizando os dados já existentes desde a consulta anterior.

Nesse contexto, de sistematização de dados, o cadastro de crianças foi realizado por toda a equipe, com especial participação dos agentes comunitários de saúde, recepcionista, o técnico de enfermagem e o médico. Só constavam cifras na unidade, só poucos com registros e com nomes, muitos desatualizados e esquema de vacina desatualizada. Portanto, foi necessário organizar o serviço para realizar o cadastramento dessas crianças e preencher a ficha-espelho com todos os dados da planilha. À medida que foi passando o tempo e o trabalho foi avançando, notou-se grande melhoria na qualidade dos registros, pois todas estas ações foram registradas no prontuário individual. A melhora no registro permitiu que o trabalho fosse mais completo, pois quando precisávamos de dados como para avaliar peso, altura, desenvolvimento, alimentação nas idades anteriores, essa informação estava disponível.

Nesta perspectiva, foi garantido um melhor acompanhamento das crianças, realizando exame físico, orientamos exames complementares a crianças a partir de 12 meses para complementar com o exame físico o diagnóstico de anemia, parasitismo intestinal ou alguma infecção que esteja cursando assintomático. As crianças faltosas às consultas foram visitadas falamos com a mãe e a família para que a crianças assistam a consulta e seja acompanhada pelo programa saúde da criança, aproveitamos e explicamos a importância do programa. Os agentes comunitários de saúde são responsáveis diretos para que cada criança de suas

áreas sejam visitadas e cadastradas. Anteriormente à intervenção, quando procedíamos à realização das visitas domiciliares muitas das crianças não eram registradas, tampouco se procurava realizar captações na primeira semana de vida, o controle nas crianças com baixo peso e sobrepeso deficiente, mostrando mais uma vez que um dos principais problemas da unidade era o registro inadequado das fichas de acompanhamento dos usuários. As visitas domiciliares retornaram a ser rotina uma vez por semana na unidade por parte do médico, enfermeira e agentes comunitários que é diário, no período de intervenção foi dirigido as crianças com maior dificuldade e faltosas. A participação das mães e crianças durante as rodas de conversas do médico, enfermagem e o dentista foi de vital importância, em cada atividade de promoção de saúde aumentava o número de pessoas.

Nesse contexto, todas as crianças que foram cadastradas nas consultas receberam atendimento integral, com realização de exame clínico completo, avaliação antropométrica, orientações gerais as mães, orientações nutricionais, orientações na prevenção de acidentes, identificação da necessidade de atendimento odontológico e promoção das consultas odontológicas programadas. As atividades de promoção e prevenção foram desenvolvidas e a adesão ao serviço foi melhorando. Tornou-se possível engajar a comunidade nas ações de saúde, assim como aumentar a adesão às consultas programadas.

Para a equipe, a intervenção permitiu que muitos integrantes atualizassem conceitos sobre o Programa Saúde da Criança de 0 a 72 meses. Os funcionários também se encontram mais qualificados quanto ao fornecimento de informações sobre este tipo de atendimento na USF, pois se sentem mais seguros em repassar o conhecimento, o que inclui os agentes comunitários em suas visitas domiciliares, respaldados pelos conhecimentos discutidos nas reuniões de equipe, embasados nos protocolos utilizados pelo Ministério da Saúde e adotados pela intervenção.

Já em relação ao serviço, cabe destacar a melhoria na qualidade do atendimento as crianças, desde o acolhimento, realização da consulta e acompanhamento das orientações. O registro das informações também é um aspecto que foi melhorado e devemos continuar trabalhando para sua constante progressão e veracidade, pois percebemos falhas neste sentido desde o início e, sem dúvida, o registro é importante para todos os que trabalham na Unidade.

A intervenção para a comunidade foi importante, além de proporcionar a melhoria da atenção prestada, as crianças e as orientações dadas as mães e as

famílias. De modo geral, a comunidade não tinha muito conhecimento da importância do programa, ao final perceberam que aumenta a qualidade de vida das crianças. Como se tornou rotina a visita domiciliar uma vez por semana, aumentou o engajamento dos profissionais com os usuários.

Nesse sentido, a organização do projeto de intervenção contribuiu com a indução de atitudes ativas dos atores envolvidos frente à necessidade de trabalhar coletivamente com a USF e pensar em mecanismos que pudessem de fato melhorar a qualidade do atendimento.

Com certeza, existe a intenção entre a equipe de incorporar as ações da intervenção à rotina da unidade, pois os resultados demonstraram a importância de dar continuidade no processo de organização e gestão do serviço. Há uma tendência dos profissionais de se acomodarem quando passa o período de intervenção, por isso é necessário dar importância a análise dos resultados positivos advindos deste projeto. Assim, pretendemos manter ações como reunião de equipe que serve tanto para gerar informação, como para debater temas de relevância relativos ao trabalho, temas de capacitação e para estar mais unidos como equipe.

Outro elemento que pretendemos dar continuidade na unidade é a promoção à saúde através de ações de educação permanente realizadas por todos os integrantes da equipe. Ademais, o projeto de intervenção proporcionou aos participantes momentos adequados de reflexão frente à necessidade de melhoria do registro das informações e discussão sobre suas práticas e as possibilidades de realização de ações de promoção da saúde acerca do Programa Saúde da Criança e sua importância.

Continuamos trabalhando em função de aumentar a cobertura desse programa para 100% e promover atenção de qualidade as crianças com as respectivas consultas de seguimento, avaliando-o de forma integral e propiciando um melhor engajamento público e acolhimento. Também trabalharemos para continuar aumentando a participação social, já que a comunidade foi parte decisiva, a família como representante das crianças.

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

Prezado gestor,

Com o início do curso de especialização em saúde da família em nossa unidade básica de saúde da família N° 56 na zona norte de Manaus começamos a aplicar todo um conjunto de instrumentos e ferramentas que ajudaram a organizar o sistema de trabalho e posteriormente realizar um diagnóstico das principais dificuldades, não só em relação a estrutura da unidade, também quanto ao atendimento as crianças de 0-72 meses de idade na área de abrangência pertencente a nosso centro de trabalho, doenças que poderiam evitar-se intervindo nos fatores de risco, assim levando em conta o número elevado de crianças sem acompanhamento adequado outras sem acompanhamento traçamos como objetivo desenvolver na unidade um projeto de intervenção com a finalidade de melhorar a qualidade da atenção das crianças de 0-72 meses de idade da USF N° 56 na zona norte de Manaus.

O projeto de intervenção foi organizado em 12 semanas de trabalho, nas quais organizamos todas as atividades a serem realizadas através de um cronograma com um responsável específico por cada atividade, antes de começar as atividades tínhamos algumas dificuldades que foram informadas para vocês, que precisavam ser resolvidas para que tudo o que foi planejado fosse cumprido, temas como falta de materiais de insumos, alguns medicamentos, falta de agentes de saúde, equipe de trabalho incompleta, transportação para visitas domiciliares, assim como organização para os atendimentos dos usuários no nível secundário, foram uma das principais dificuldades. Depois de resolvidas organizamos o trabalho de

acordo com os quatro eixos propostos pelo curso que vão ao encontro da proposta de atendimento do Ministério da Saúde, são eles Qualificação da Prática Clínica; Engajamento Público; Organização e Gestão do Serviço e Monitoramento e Avaliação das ações.

Utilizamos para realizar a intervenção em Saúde da Criança de 0-72 meses de idade na USF N° 56 o Caderno de Atenção Básica Saúde da criança: Crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2013), além dos diferentes registros existentes na unidade, cadernetas de vacinação, os prontuários, fichas-espelhos. Entre outros aspectos, tínhamos na unidade o número suficientes de agentes de saúde para trabalhar nas oito microáreas que faziam parte da unidade, foi realizado o rastreamento de crianças pertencentes a área de abrangência sem acompanhamento na USF, assim como foi realizada busca ativa daquelas que durante a semana não compareciam nas consultas programadas, obtivemos uma melhoria na cobertura destas crianças e na qualidade do atendimento prestado as mesmas, com a identificação de crianças sem acompanhamento ou deficiente de acompanhamento.

Promovemos a captação das crianças na primeira semana de vida que antes da intervenção era de 24,2% depois com as captações na primeira semana foi aumentando, não alcançamos a meta desejada pelo déficit de agentes comunitários de saúde, mas ao terminar a intervenção chegamos a 55,3%, 68 crianças das 123 que foram cadastradas no programa. Estas captações cada dia aumentaram a população junto a USF, estamos atuando na mesma direção que é melhoramento no atendimento das crianças desde o nascimento, para que nas consultas de puericultura falassem sobre os fatores de risco, avaliamos o crescimento as crianças e àquelas com baixo peso ou sobrepeso indicamos os exames complementares correspondentes para acompanhar e identificar as causas para melhorar a qualidade de vida.

As orientações nutricionais oferecidas atingiram 95,1% (117) das mães dependendo da faixa etária das crianças, 85,4% (105) das mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cáries, apesar do déficit de dentista na USF se realizou várias atividades de promoção de saúde na parte odontológica.

Pelo apoio dos gestores de saúde se alcançou que fizessem coletas de exames complementares na USF todas as semanas, realmente a população

agradece muito, 100% das crianças envolvidas na intervenção receberam exame clínico geral. No caso da cobertura mesmo que tenha aumentado não alcançamos a meta que planejamos no início de 95% das crianças, alcançamos 123 (89,1%) crianças, já que tivemos dificuldades com o número de agentes comunitários de saúde para realizar o trabalho em cada bairro, mesmo assim conseguimos acompanhar durante o projeto de intervenção 89,1% das crianças de 0-72 meses de idade na área de abrangência o que denota grande avanço.

De forma geral, consideramos que os resultados da intervenção foram positivos, já que se trabalhou intensamente em cada uma das metas dispostas a cumprir pela equipe, a comunidade agradeceu. Nota-se o melhoramento integral das crianças, as famílias com mais conhecimento do programa de saúde das crianças, há interação entre as mães das crianças e a unidade, tem diminuído os acidentes no domicílio durante a intervenção.

Tendo em visto que nunca se tinha feito um trabalho com estas características na unidade, conseguimos mudar hábitos e estilos de vida, algo que pensávamos ser quase impossível no início do projeto. Isto pode perceber-se fundamentalmente nas consultas, onde o número de crianças doentes diminuiu consideravelmente, o número de crianças com anemia, parasitismo, baixo peso, sobrepeso. Hoje posso dizer que as mães estão muito melhor informadas, que as crianças estão sendo melhor atendidas e que cada dia será melhor, que a saúde das crianças é primordial na sociedade. Neste sentido, pode-se avaliar que, para o projeto de intervenção acontecer efetivamente.

É importante destacar que foi fundamental contar com o apoio da gestão na disponibilização de insumos e impressos, como também na receptividade para avaliar os resultados da intervenção. Salieta-se também a importância da gestão na organização de capacitações e espaços de educação permanente com discussões pertinentes para o processo de trabalho das equipes, além de assessorar a unidade na implantação efetiva de uma atenção à saúde sistematizada, envolvendo gestores, trabalhadores e comunidade. Um maior envolvimento desses atores na oferta de educação permanente facilitaria as ações de planejamento em saúde nas comunidades e o enfrentamento das dificuldades identificadas pela equipe na operacionalização dos diversos programas oferecidos pela unidade de saúde. Em relação a gestão considero que o apoio foi muito importante para o projeto, uma vez feito o diagnóstico dos problemas estão sendo

resolvidos e esperamos contar sempre com esse apoio para as demais atividades que se seguem.



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

Prezada comunidade,

Com a realização da análise situacional em nossa unidade de saúde encontramos um conjunto de dificuldades quanto ao funcionamento da USF N° 56 da zona norte de Manaus de forma geral. Mas nos chamou a atenção de forma significativa o atendimento as crianças de 0-72 meses de idade, os baixos níveis de captações na primeira semana de vida, os baixos níveis de consulta deste grupo etário, também os motivos de consultas das crianças, um grupo de doenças que podem ser evitáveis.

A partir do encontrado resolvemos realizar um projeto de intervenção com a finalidade de melhorar a atenção às crianças de 0-72 meses de idade, assim o trabalho foi encaminhado de acordo com o que o Ministério da Saúde preconiza. Para cumprir com todas as atividades a serem realizadas, estabelecemos um processo de capacitação para todos os membros da equipe de saúde utilizando os protocolos do ministério de saúde para o adequado atendimento as crianças e orientações as mães das crianças com a finalidade de melhorar o atendimento, isto foi positivo, já elevou o nível de conhecimento dos profissionais envolvidos na intervenção, os quais conseguiram satisfatoriamente levar tudo o que foi aprendido para as comunidades.

O trabalho foi organizado através de objetivos, metas e ações seguindo ao cronograma elaborado para a intervenção. Quanto aos objetivos específicos: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança/Melhorar a qualidade do

atendimento à criança/ Melhorar o registro das informações/Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência/Promover a saúde das crianças.

Considero importante ressaltar que depois de 12 semanas de intervenção os resultados de forma geral foram significativos para a comunidade, já que em primeiro lugar conseguimos ampliar a cobertura do programa saúde das crianças, melhoramos o acolhimento, assim como aumentamos o número de atendimentos para as crianças, sempre que foi preciso avaliação odontológica algum tipo de orientação necessária foi recebida na hora, realização de exames, encaminhamentos, voltando a mãe e a criança para sua casa orientada, com todas as dúvidas esclarecidas.

Em relação a outros aspectos, tratamos de indicar os medicamentos existentes na farmácia da unidade e farmácia popular partindo dos protocolos de tratamentos para tratar algumas doenças, no caso do sulfato ferroso indicado para prevenção da anemia, assim estava o medicamento mais próximo e com melhor preço.

Conseguimos incorporar a todas as atividades de promoção e prevenção de saúde a grande maioria das mães e crianças que moravam nas diferentes comunidades. Alguns líderes da comunidade se ativaram e nos orientaram nas áreas, ajudaram as mães com crianças a chegar a nós, organizaram locais na comunidade para realizar atividades, conversas educativas sobre atendimento as crianças, também ajudaram a fazer busca ativa de crianças faltosas em lugares distantes, ajudaram a informar a população de nosso trabalho, sobre a importância dessa intervenção. Em ocasiões identificavam uma criança doente, ou com suspeita de doença e informavam a nós.

É importante frisar que se pensa que deve existir mais apoio entre os diferentes líderes das áreas para unificar a comunidade, melhorar o fluxo de informações nos diferentes bairros pelos problemas que sempre tivemos com os agentes de saúde. Considero que, em termos de informações, ainda temos que melhorar, porque existem muitos casos de desinformação nos diferentes bairros e muitos não conseguem entender a importância do programa de saúde das crianças, que não é só para assistir as crianças doentes, também se faz acompanhamento integral na USF a criança com aparente saúde.

Continuaremos trabalhando junto a comunidade, orientando e trocando informações, adequando nosso trabalho as necessidades. Precisamos da integração

para melhorar a qualidade de vida das crianças, por isso seu apoio é importante, porque pode inferir diretamente e constantemente nas dificuldades encontradas nessa ação programática e em outras que podem ser implementadas na unidade. Além de resolver aquelas deficiências que repercute contra a saúde, a exemplo disso a contribuição de ambiente saudável, orientar as famílias com desconhecimento do programa saúde das crianças.

Queremos uma comunidade que participe das atividades da USF, que apoie os programas do Ministério da Saúde, os programas do Distrito de Saúde. Vamos a continuar trabalhando agora com direções mais concretas, com aliados importantes da comunidade, com a equipe mais preparada e integrada, vamos continuar com os métodos de trabalho que tem sido eficientes, um trabalho organizado, planejado, integral, mas precisamos da comunidade, que seja parceira, que andemos juntos.

As diferentes ações e atividades vão ser incorporadas na rotina diária sem problemas, sem afetar o resto dos atendimentos, diferentemente do início do trabalho que o volume de consultas foi um pouco elevado, agora para dar continuidade vai ser necessário continuar com o apoio do gestor de saúde, pois só há um médico na unidade, algo que dificulta o trabalho, mas com uma boa organização por parte da equipe sai tudo bem.

A incorporação das atividades de promoção e prevenção melhoraram consideravelmente, os atendimentos e qualidade de vida das crianças de forma integral, as mães tem mais conhecimento que o atendimento contínuo e programado aumenta qualidade de saúde. Garantimos o registro das crianças cadastradas no programa, mantendo-os atualizados, em consonância com a proposta do eixo de Monitoramento e Avaliação dos Serviços de Saúde. Organizamos ainda, visitas domiciliares para buscar as crianças faltosas.

Adicionalmente, a organização da capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde propiciou a melhoria na definição da atribuição de cada membro da equipe e na qualificação da prática clínica. Foram organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável dependendo da faixa etária, falamos sobre a importância do aleitamento materno, orientações para as mães sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Para monitorarmos as ações de saúde e assegurarmos o engajamento público neste processo utilizamos os registros da unidade como instrumentos de análise da qualidade do serviço para avaliação das ações. Uma das principais

vantagens da comunidade é que os profissionais estão capacitados para atendê-los e todos serão atendidos de modo acolhedor, visando à integralidade do usuário. Agora as consultas são feitas de forma mais integral que inclui avaliação da necessidade de atendimento odontológico e tem maior quantidade de profissionais capacitados. Também aumentamos a oferta de exames, pois antes só faziam de forma particular, ou em outras unidades longe da comunidade, mas agora são indicados e realizados na mesma USF. A intervenção também proporcionou o aprofundamento do conhecimento das mães e famílias para ter um melhor cuidado com as crianças.

A intenção é continuar trabalhando para melhorar o atendimento e fazer da experiência da intervenção o motor impulsor de uma série de ações que possam garantir melhor qualidade de vida as crianças da USF. De forma geral, o saldo para a comunidade foi positivo já que como nós destacamos no início do projeto conseguimos melhorar a qualidade da atenção das crianças de 0-72 meses de idade que foi nosso objetivo principal, de 138 previstos atendemos 123 crianças.

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

Fazendo uma reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem, desde que inicie o curso tive dificuldades, eu sentia temor de não chegar ao final, não sabia qual seria a atitude da equipe e da população, depois de ver as necessidades e os futuros resultados posso dizer que as expectativas eram muitas e altas.

O medico não pode falar que sabe tudo, sempre há alguma coisa a aprender, sempre há coisas que investigar, já com a experiência de trabalhar em dois países com uma população diferente, com situações de saúde diferentes, constituía um obstáculo no pessoal para melhorar o atendimento das crianças na comunidade, mas eu sabia que só não podia, precisava do apoio integral da equipe, precisava conhecer mais a comunidade.

Nas primeiras semanas o tempo não era suficiente, acho que agora tampouco, mas a diferença é que temos maior experiência e podemos atuar mais rápido. Utilizei muitas horas de sono para estudar, fazer tarefas o dia não era suficiente, a constante comunicação com os colegas que também estavam dispendo o tempo todo. Eu não tinha a experiência desta modalidade de estudo a distância, eu dou graças as orientadoras que estiveram compartilhando, orientando durante todo este tempo, aos colegas de equipe aos líderes da comunidade as famílias por permitir chegar a suas residências.

Este curso me fez crescer, cada dia sentia a necessidade de saber mais sobre atendimento as crianças na atenção básica à saúde, observava que não tinha um total domínio anteriormente, me ajudando a entender melhor o funcionamento do SUS de forma integral, ou seja, desde a estrutura adequada da USF, atribuições dos profissionais, funcionamento da unidade, acolhimento e direitos dos usuários entre muitos outros aspectos que ajudaram a melhorar meu trabalho.

Eu estudei as doenças de maior prevalência nas idades pediátricas com maior prevalência na comunidade, meu objetivo era orientar bem os usuários, queria que resolvesse sua situação de saúde, estudamos sobre os temas de prática clínica, todos importantes, no âmbito pessoal gostei muito, assim como dos testes de qualificação cognitiva, o intercambio de conhecimentos e ideias nos fórum também foi muito produtivo e ajudaram a ter um melhor desempenho semana a semana nas diferentes atividades.

A atualização dos diferentes protocolos de tratamento me serviram para realizar uma melhor avaliação e controle das diferentes doenças que diariamente chegava na unidade. Trabalhar junto à orientadora foi positivo, pois demonstrou que é possível ter uma boa orientação, assim como trabalhar em equipe para dar solução a determinadas situações mesmo à distância.

A intervenção foi o aspecto que marcou de forma meu trabalho e desenvolvimento profissional, já que graças a ele consegui conhecer mais a comunidade, seus problemas, sabia como viviam as crianças e que fazer para ajudar, mudar muitas coisas que antes do curso não sabia, desta forma se integrou ainda mais o equipe, a qualidade de vida das crianças melhorou, as mães aprenderam a atender melhor as suas crianças, tudo isto foi conseguido pelo processo de aprendizagem que alcancei durante 12 semanas da intervenção e ao longo do curso, meus conhecimentos cresceram muito em aspectos como investigação científica, já que com o projeto tive que estudar novos documentos e artigos para conseguir entender melhor o trabalho que estava realizando. Já chegamos a um nível que com o trabalho de todos e irá crescer ainda mais, vamos continuar oferecendo o melhor de nós para ter crianças na comunidade com melhor saúde, continuaremos aprendendo das experiências que cada dia enfrentemos nas unidades de saúde.

## **Referências**

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria de atenção a saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. -1. ed.;1.reimp- Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 272 p.

## **Anexos**



## Anexo A - Documento do comitê de ética



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

---

OF. 15/12  
Pelotas, 08 de março 2012.

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

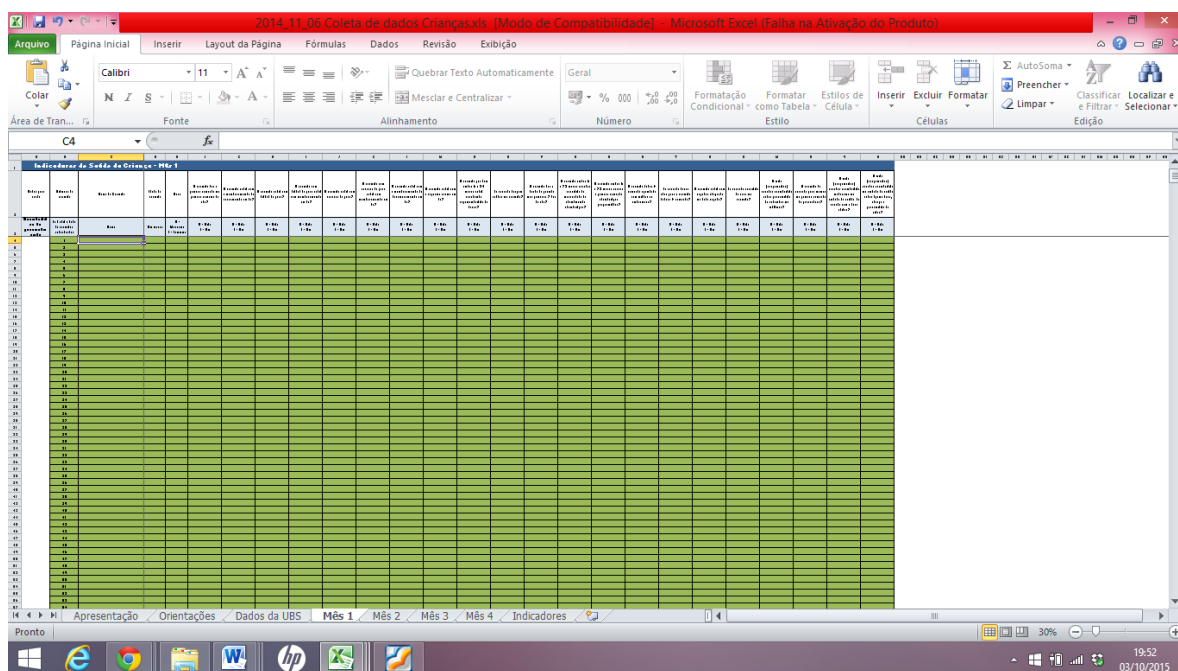
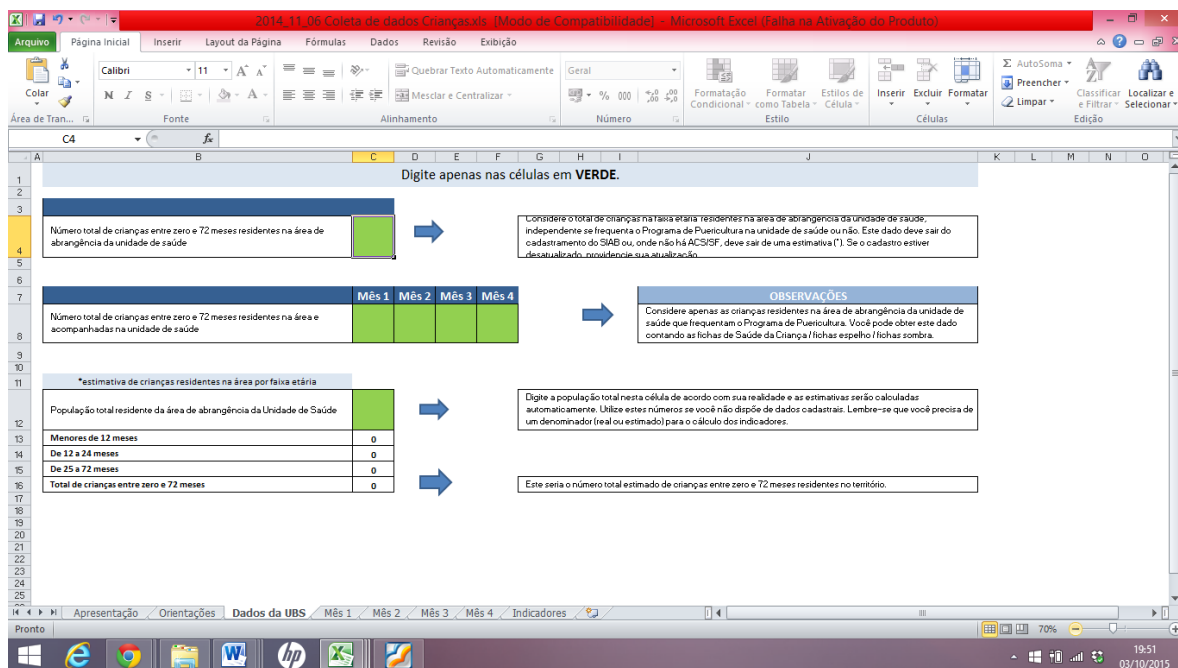
*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora;

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

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

## Anexo B - Planilha de coleta de dados





## **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 USF:

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