

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UNASUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS

ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MODALIDADE A DISTÂNCIA

TURMA 4



**Melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na Unidade Básica  
de Saúde Diamantino Augusto Macedo, Feijó – Acre**

**Kárita Danielle Manuaro dos Santos**

**Pelotas, 2014**

**Kárita Danielle Manuaro dos Santos**

**Melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na Unidade Básica  
de Saúde Diamantino Augusto Macedo, Feijó – Acre**

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

**Orientadora: Daniela Nunes Cruz**

**Pelotas, 2014**

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

S237m Santos, Kárita Danielle Manuaro dos

Melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na Unidade Básica de Saúde Diamantino Augusto Macedo, Feijó - AC / Kárita Danielle Manuaro dos Santos ; Daniela Nunes Cruz, orientadora. — Pelotas, 2014.

79 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da criança. 4. Puericultura. 5. Saúde bucal. I. Cruz, Daniela Nunes, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

## **Dedicatória**

Dedico este trabalho à população da minha querida cidade de Feijó, em especial aos pequeninos que pude ofertar um atendimento mais humanizado.

## **Agradecimentos**

Agradeço a Deus por ter me concedido muitas vitórias em um ano repleto de experiências, aos meus amigos de Feijó, minha amiga Enfermeira Madalena que é um grande exemplo profissional e sempre teve vontade de fazer a diferença em um lugar tão longinquo. À Dayanne, recepcionista que sempre procurava incentivar às mães a levarem seus filhos para consulta de puericultura e alegrava os dias. À minha família por sempre se fazer presente, mesmo que de forma virtual, MÃE você é o maior exemplo de honestidade e perseverança que conheço; meus irmãos amo vocês, João onde você estiver quero sempre ser motivo de orgulho para você.

*“É graça divina começar bem. Graça maior é persistir na caminhada certa. Mas a graça das graças é não desistir nunca”.*

Dom Hélder Câmara

## Lista de Figuras

Figura 1: Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no Programa da Unidade de Saúde .....	50
Figura 2: Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.....	51
Figura 3: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica programática .....	52
Figura 4: Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco de saúde bucal .....	53
Figura 5: Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no Programa saúde da criança.....	54
Figura 6: Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.....	55
Figura 7: Proporção de crianças com vacinação em dia para idade.....	56
Figura 8: Proporção de crianças com triagem auditiva.....	57
Figura 9: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.....	58
Figura 10: Proporção de criança de 6 a 72 meses que tiveram tratamento odontológico concluído.....	59
Figura 11: Proporção de crianças com registro atualizado.....	59
Figura 12: Proporção de crianças com avaliação de risco.....	60
Figura 13: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.....	61
Figura 14: Proporção de crianças colocadas para mamar durante primeira consulta.....	61
Figura 15: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.....	62
Figura 16: Proporção de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.....	63
Figura 17: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.....	64

## Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
DAM	Diamantino Augusto Macedo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FAA	Fora da Área de Abrangência
GECA	Gastroenterocolite Aguda
HIPERDIA	Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
IRA	Infecção Respiratória Aguda
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
PA	Pressão Arterial
PCCU	Preventivo de Câncer de Colo do Útero
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PSF	Programa de Saúde da Família
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas



## Sumário

Apresentação	
<b>1. Análise Situacional</b> .....	13
1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF.....	13
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3 Comentário Comparativo sobre o Texto Inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	19
<b>2. Análise Estratégica</b> .....	20
2.1 Justificativa.....	20
2.2 Objetivos e Metas .....	21
2.2.1 Objetivo Geral .....	21
2.2.2 Objetivos Específicos.....	21
2.2.3 Metas.....	22
2.3 Metodologia.....	24
2.3.1 Ações.....	24
2.3.2 Indicadores.....	32
2.3.3 Logística.....	38
2.3.4 Cronograma.....	42
<b>3 Relatório da Intervenção</b> .....	44
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	44
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	46
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coleta de dados, cálculo dos indicadores.....	47
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	48

<b>4. Avaliação da Intervenção .....</b>	<b>50</b>
4.1 Resultados.....	50
4.2 Discussão.....	64
4.3 Relatório da intervenção para os gestores.....	67
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade.....	69
<b>5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....</b>	<b>71</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>73</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>74</b>
Anexo A: Ficha espelho .....	75
Anexo B: Documento do Comitê de ética.....	76
Anexo C: Planilha de coleta de dados.....	77

## Resumo

SANTOS, Kárita Danielle Manuaro dos; CRUZ, Daniela Nunes. **Melhoria da atenção à saúde das crianças de 0 a 72 meses na Unidade Básica de Saúde Diamantino Augusto Macedo, Feijó – Acre.** 2014. 79 fls. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família - UnaSUS, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social da Universidade de Pelotas, Pelotas-RS, 2014.

Promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde da criança é uma tarefa árdua, mas não impossível. O envolvimento da equipe multiprofissional é crucial para execução de ações da saúde da criança e trazem como resultados: redução da mortalidade infantil, aumento do período de aleitamento materno exclusivo, prevenção de acidentes e diminuição da incidência das patologias mais prevalentes. A execução deste projeto de intervenção em puericultura ocorreu na USF Diamantino Augusto Macedo (DAM) no município de Feijó, Acre. Teve como objetivo geral promover a melhoria da qualidade à atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses da USF DAM. Através do embasamento teórico promovido pelo curso, usamos como metodologia de atendimento as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde que constam no caderno Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento. A intervenção ocorreu em um período de 12 semanas (novembro de 2013 a janeiro de 2014) na forma de consultas, monitoramento do crescimento e desenvolvimento e de prevenção e orientações às mães ou responsáveis. O acompanhamento em puericultura correspondeu a 116 (79,5%) crianças; a busca ativa foi realizada em 25 (86,2%) dos 29 faltosos; o calendário de imunizações estava atualizado em 104 das 116 crianças (89,7%). A profilaxia para anemia foi realizada com suplementação de sulfato ferroso em 116 (100%) das crianças entre 6 e 18 meses; 113 (97,4%) dos responsáveis pelas crianças receberam orientações sobre acidentes da infância e sobre hábitos alimentares para faixa etária; as atividades relacionadas a creche não puderam ser realizadas pois não há no município, ou seja, nenhum responsável recebeu orientação de forma coletiva na creche. A intervenção propiciou ampliação da cobertura assistencial de puericultura na população adscrita com 0 a 72 meses de idade; maximização das ações relacionadas a imunizações, suplementação de ferro e vitamina A, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, orientações sobre aleitamento materno,

alimentação na infância, prevenção de acidentes, orientações sobre etiologia e prevenção da cárie, prevenção de oclusopatias evitando hábitos de sucção não nutritivos e identificação de distúrbios metabólicos (desnutrição e obesidade). Diante do exposto, nota-se que a implantação do programa de puericultura foi um grande avanço para a população infantil local e poderá servir como suporte para que outras áreas também realizem o atendimento de acordo com protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde. A continuidade das ações, o acompanhamento longitudinal e individualizado renderá bons frutos e resultará melhoria dos indicadores de saúde da população.

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

## **Apresentação**

O presente trabalho teve como objetivo principal promover a melhoria da qualidade da atenção à saúde da criança na Unidade Básica de Saúde (UBS) Diamantino Augusto Macedo (DAM), no município de Feijó – Acre. O trabalho foi desenvolvido de novembro de 2013 a janeiro de 2014.

O trabalho foi dividido em seis seções. A primeira seção corresponde à descrição da análise situacional realizada na Unidade Básica de Saúde DAM, assim como informações relacionadas ao município de Feijó, estrutura da UBS e população local.

Na segunda seção será exposta a descrição da análise estratégica, apresentando os objetivos, as metas, a metodologia utilizada e as ações propostas para a intervenção.

A terceira seção contempla o relatório de intervenção, descrição das ações executadas e das não executadas, os percalços encontrados e as facilidades, assim como a possibilidades da continuidade da puericultura seguindo protocolo como rotina no serviço.

Na quarta seção apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados, além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade discorrendo sobre a experiência da intervenção para os atores principais da intervenção, os usuários do serviço.

Na quinta seção será apresentada uma reflexão crítica sobre o meu processo pessoal de aprendizagem.

E na sexta seção serão apresentadas as referências bibliográficas, anexos e apêndices utilizados como modelo para a execução da intervenção.

## **1. Análise Situacional**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia de Saúde da Família (ESF)**

Trabalho em Feijó, município localizado na região central do estado do Acre. Segundo o censo do Instituto brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a população é de 32 261 habitantes, sendo o quinto município mais populoso do estado e sua área é de 24 202 km<sup>2</sup>, sendo umas das maiores cidades brasileiras em área, é o segundo maior município do estado em extensão territorial. A cidade está localizada na margem direita do Rio Envira, que é principal meio de escoamento de produção dos ribeirinhos, 5.640 ribeirinhos somente no rio Envira, que vivem em pequenas comunidades nas margens do rio, geralmente localizados bem longe do centro urbano. Como a maior parte dos rios amazônicos, o nível das águas é sazonal.

No município existem 7 UBS, destas, no momento, 3 delas contam com serviço de saúde bucal. Trabalho no posto cujo nome é Diamantino Augusto Macedo, nossa equipe é composta por uma médica (eu), uma enfermeira, 3 técnicos em enfermagem, 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), 1 recepcionista, 1 atendente de farmácia e 1 zeladora.

A estrutura física é razoável, possui 12 cômodos (recepção, consultório médico, sala de curativo, sala de vacina, sala de teste do pezinho, 2 consultórios de enfermagem, 3 banheiros, farmácia, e cozinha) e é de propriedade da prefeitura. É um posto de referência, inaugurado há mais de vinte anos. Há uma alta procura por atendimento, tanto da população da área abrangente (cerca de 480 famílias – cadastro está desatualizado) quanto da população proveniente da área rural. Aproximadamente 40% dos atendimentos são de usuários fora da área de abrangência.

A oferta de medicamentos é razoável, mas mesmo assim não conseguimos cobrir o mês inteiro porque a população assistida é extremamente pobre e totalmente dependente dos medicamentos ofertados pela rede pública. As atividades desenvolvidas na unidade são: consulta

médica, consulta de enfermagem, aplicação de vacinas, teste do pezinho. O atendimento médico é diversificado todos os dias (crianças, adultos e idosos). Atingimos todos os públicos (pessoas da área urbana, rural e todas as faixas etárias).

Os usuários não são ativos no conselho municipal. No momento 3 unidades estão sem médicos e, após regularizar essa situação, pretendemos estratificar e organizar o atendimento de uma melhor forma. É uma população acolhedora e simples. Ainda falta saneamento básico, então, todos os dias atendo crianças com IRA (Infecção respiratória aguda), GECA (gastroenterocolite), parasitose.

O percentual de mães que amamentam exclusivamente até os seis meses é extremamente baixo. Nos adultos as queixas mais presentes são: dor lombar e dispepsia (maioria exerce trabalho braçal e come muita farinha). Acredito que muito temos a melhorar para ofertar a essa população tão necessitada uma melhor qualidade no serviço e principalmente exercer um papel fundamental focado na prevenção.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Feijó é o segundo maior município acriano em extensão territorial e o quinto mais populoso. Segundo o censo (IBGE 2010) a população é de 32 261 habitantes. A cidade está localizada na margem direita do Rio Envira, que é principal meio de escoamento de produção dos ribeirinhos. Existe cerca de 5.640 ribeirinhos somente no rio Envira, que vivem em pequenas comunidades nas margens do rio, geralmente localizados bem longe do centro urbano.

No município existem 7 UBS, todas com Estratégia da Saúde da Família (ESF) implantadas. Nenhuma UBS conta com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 3 das 7 unidades disponibilizam atendimento em saúde bucal. O município apresenta deficiência de especialistas. Há somente 1 ginecologista para referenciar usuários para o atendimento, sendo realizado solicitação de Tratamento Fora do Domicílio (TFD).

O hospital local funciona para atendimentos ambulatoriais, urgência, emergência e maternidade. A estrutura física e a disponibilidade de medicamentos são precárias. A disponibilidade de exames complementares é relativamente morosa (atualmente demora em torno de 3 semanas) e exames fundamentais para acompanhamento na Atenção Básica não são realizados como hemoglobina glicada, urocultura e eletrólitos.

A USF Diamantino Augusto Macedo é urbana, entretanto porcentagem considerável dos atendimentos são de pessoas fora da área de abrangência, geralmente ribeirinhos. A equipe da ESF é composta por 1 médica (eu), 1 enfermeira, 3 técnicos em enfermagem, 6 ACS, 1 recepcionista, 1 atendente de farmácia e 2 zeladoras. A estrutura física é em alvenaria, possui 12 cômodos (recepção, consultório médico, sala de curativo, sala de vacina, sala de teste do pezinho, 2 consultórios de enfermagem, 3 banheiros, farmácia e cozinha) e é de propriedade da prefeitura. A sala de vacinas é adequada, bem climatizada e há controle rigoroso da temperatura.

Esta UBS possui a mesma estrutura física há mais de vinte anos e apresenta algumas inadequações: não é preparada para atender cadeirantes e idosos (faltam corrimões, pisos antiaderentes, corredores largos), não há sala de espera. A construção de um espaço dedicado para atividades em grupo é uma deficiência que pode ser retificada. Os demais problemas de estrutura física, uma reforma ou uma construção de uma nova UBS, poderá resolver os problemas.

Medidas como realização de visitas domiciliares são realizadas, visita às pessoas impossibilitadas de comparecer a UBS, imunizações, pré-natal. Contudo, o atendimento realizado é majoritariamente baseado em medidas paliativas. O mapeamento e territorialização da área são realizados pelos ACS. A notificação compulsória de doenças a agravos é realizada. Ocorrem poucas reuniões de equipe. Não seguimos protocolos e as atividades realizadas nem sempre têm seguimento. Têm de ser maximizadas as ações em saúde, como as reuniões grupais (hipertensos, gestantes), busca de usuários faltosos e exercitar as atividades preventivas para colher resultados futuros.

A população adstrita é estimada em 2.017 habitantes, 988 do gênero masculino e 1.029 do feminino. A estrutura e tamanho da equipe é adequada



para a população da área. A demanda espontânea é elevada, cerca de 40% dos atendimentos são de pessoas fora da área de abrangência (FAA), geralmente ribeirinhos. Um aspecto positivo é o atendimento à população FAA, apesar da alta demanda, sempre procuramos atender esses usuários, pois muitos viajam até 5 dias, via fluvial de difícil acesso, para chegar ao perímetro urbano. Há o projeto de criar um centro dedicado para atender somente a população residente na área rural, pois cerca de 50% da população feijoense não reside na área urbana.

No quesito prevenção nos encontramos praticamente na estaca zero, não há protocolo ou caderno específico de registro para nenhuma ação executada. Na saúde da criança (idade compreendida entre 0 e 72 meses) as atividades executadas são: teste do pezinho, imunizações e consultas (geralmente relacionadas a problemas de saúde agudos). Há implementado o programa de suplementação com sulfato ferroso nas crianças entre 6 e 18 meses.

A partir das informações coletadas no Caderno de Ações Programáticas – Saúde da criança, foi identificado indicador de cobertura populacional para crianças menores de 1 ano em torno de 8%. Não foi possível coletar informações sobre os indicadores de qualidade, devido não existir controle do mesmo. O único indicador disponível foi a realização do teste do pezinho, todos os testes são realizados na UBS Diamantino Augusto Macedo. Os exames vão para o laboratório Natividade, localizado em Rio Branco, e os resultados dos exames retornam para a Unidade.

Com relação ao pré-natal, os dados disponíveis são insuficientes para avaliar a qualidade do atendimento, as gestantes não saem com a próxima consulta de pré-natal agendada, nem todas recebem orientações sobre aleitamento materno, a média de consultas é inferior ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (mínimo de 6 consultas). Os dados coletados no Caderno de Ações Programáticas – Pré-natal e puerpério identificou uma cobertura populacional em torno de 30% das gestantes da área.

Um tocante delicado é a questão da solicitação dos exames da primeira consulta. Os exames de laboratório não demoram muito, mas as

sorologias demoram bastante (uns quatro meses). Muitas vezes elas trazem os exames com a criança no colo. Outro ponto, as usuárias da área rural geralmente chegam para consultar com quase 20 semanas de gestação.

A prevenção do Câncer de colo do útero (PCCU) possui baixa cobertura, praticamente tudo a ser melhorado, é inferior a 10%. A coleta procede da seguinte forma: usuária procura atendimento para coleta de PCCU nos 2 dias da semana disponíveis, é realizada coleta e fica registrado no caderno de procedimentos de enfermagem (nome da usuária, idade, endereço e procedimento realizado), um único caderno para todos os procedimentos realizados, uma linha para cada usuária. Não há nem como avaliar os indicadores.

Pode ser criado 1 caderno específico e exclusivo para preenchimento dos preventivos e com quesitos necessários para avaliação e seguimento adequado e 1 planilha de controle no programa excel. Por exemplo, se uma usuária fez a coleta do PCCU em 2010 e 2011 (ambos normais), só deve retornar para nova coleta em 2014, mas como não há controle devemos admitir que a estimativa de cobertura possui uma margem de erro relativamente alta. Para não perder o seguimento do livro de controle deve ter uma parte destinada somente a essas usuárias e com um agendamento no período de retorno, por exemplo, se há necessidade de repetir o preventivo em seis meses já deve ficar agendado. Em função da sub-utilização das informações, não foi possível coletar dados que subsidiassem os indicadores de qualidade para esta ação programática.

Com relação ao controle de câncer de mama infelizmente partiremos do ponto zero. Não há a oferta deste tipo de serviço pela Atenção Básica e nem especializada no município. Há mamografia disponível no município (particular) desde março de 2013. Devemos estratificar e sistematizar o exame clínico das mamas. Referenciar as usuárias que têm indicação (e não tem como pagar pela mamografia) à capital. Realizar o exame clínico das mamas em mulheres em idade reprodutiva e reproduzir esses ensinamentos para que sejam realizados nas outras unidades também.

A atenção aos hipertensos e diabéticos ocorre através da distribuição de medicamentos, ações de atenção como palestras são realizadas

esporadicamente. Os dados disponíveis possibilitaram somente conhecer o número de usuários hipertensos. Não funciona na unidade o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (HIPERDIA) e não há um acompanhamento rigoroso com os usuários. Observa-se que os indicadores de cobertura populacional para hipertensos está em torno de 40% e diabéticos aproximadamente 44%. A cobertura deve ser melhorada e não é possível avaliar nenhum indicador de qualidade.

Atualmente, tem funcionado da seguinte forma: quando a medicação do hipertenso está acabando o mesmo vai até a UBS, é aferida a Pressão Arterial (PA) e mensurado circunferência abdominal, anotado na caderneta e o mesmo é liberado com medicação para mais três meses. O usuário só passa por avaliação médica na presença de alguma queixa ou quando PA está elevada. O usuário diabético vai à UBS, é submetido à glicemia capilar e recebe medicação para três meses. Busca ativa na população é uma ação a ser cogitada, palestra ou oficina e oferta de exame de rastreio seria um bom início. Implantar de fato o HIPERDIA auxiliará muito também.

Não são realizadas ações de prevenção à saúde dos idosos, apesar de ter sido coletado dados que identificam indicadores de cobertura populacional para idosos em torno de 86%. Foi possível identificar somente o número de hipertensos e diabéticos, pois não há uma avaliação multidimensional e ações em saúde com os idosos sendo o público alvo. Diversos aspectos podem ser melhorados. Ações específicas com o grupo de idosos objetivando melhorar qualidade de vida, interação entre os mesmos, troca de experiências e oficinas abordando os problemas mais comuns nos idosos (hipertensão, diabetes, prevenção de quedas, osteoporose, alimentação, atividades físicas).

Não há equipe de saúde bucal implantada na UBS, a oferta deste serviço é fundamental, podemos observar que a população prefere extrações do que a restauração (mesmo quando viável). A disponibilização deste serviço, com adoção de medidas esclarecedoras que mesmo sendo simples (como a forma de escovação adequada, importância do uso do fio dental) fazem muita diferença. A oferta de serviços para resolver os problemas agudos irá proporcionar melhora da qualidade de vida da população.

A realidade é que tudo se encontra em um estágio embrionário, o maior desafio é conscientizar e convencer a equipe que os melhores resultados obtidos se dão através da prevenção, criar um novo paradigma local, aplicar nas unidades cadernos/formulários específicos para grupos distintos, pois os focos das ações são diferentes. Executar ações em saúde trabalhando com grupos específicos e disseminando conhecimento. Envolver a equipe nessa luta por um melhor Sistema de Saúde.

### **1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional**

Ao ler a tarefa enviada na segunda semana de ambientação sobre a situação da ESF/APS e este relatório concluo que houve progresso considerável no que condiz ao conhecimento adquirido, olhar clínico, estou bem mais crítica. Achava que estava razoável a forma como a estratégia é executada (ações paliativas), não conhecia muitos critérios de avaliação, os direitos dos usuários; hoje vejo as diversas deficiências que temos, mas também tenho uma direção. Como resolver tantos problemas? Como envolver a equipe? Como exercer realmente a Medicina de Família e Comunidade? Como melhorar a qualidade de vida das pessoas? Como ser uma médica de excelência na atenção primária? Não tenho todas as respostas, mas sei qual estrada seguir: trabalhar com dedicação, respeito ao próximo, buscar aplicar protocolos, exercer ações em saúde e depois colher os frutos. Podemos traçar diversas atividades para serem iniciadas, estratificar quais atividades devem ser prioridades para desenvolver na UBS DAM.

## **2. Análise Estratégica**

### **2.1 Justificativa**

A capacitação teórico-prática e a supervisão da educação continuada das equipes de saúde da família e de Atenção Básica é de fundamental importância para a plena inserção de todos os profissionais no cuidado com a criança. Assim, o trabalho com a criança e a família pode ser realizado com todo o potencial que a equipe multiprofissional detém (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, ACS, equipe de apoio como o pediatra e demais profissionais).

A abordagem deve ter como eixo a visão global da criança, enfocando a identificação daquela com maior vulnerabilidade e risco, de forma a orientar a priorização do atendimento para a criança com algum sinal de gravidade, o aconselhamento da mãe/família e a responsabilização pela continuidade da assistência com acompanhamento até a solução dos problemas apresentados (BRASIL, 2009).

A execução de ações da saúde da criança são fundamentais e trazem como resultados: redução da mortalidade infantil, aumento do período de aleitamento materno exclusivo, prevenção de acidentes, diminuição da incidência das patologias mais prevalentes, tais quais desnutrição, diarreias, anemias carenciais e doenças respiratórias (BRASIL, 2009).

A população alvo do projeto de intervenção são crianças de 0 a 72 meses, na área adstrita da UBS Diamantino Augusto Macedo, que possui uma estimativa de 146 crianças. As atividades executadas até o momento são: teste do pezinho, imunizações e consultas (geralmente relacionadas a problemas de saúde agudo). A partir das informações coletadas no Caderno de Ações Programáticas – Saúde da criança, foi identificado indicador de cobertura populacional para crianças menores de 1 ano em torno de 8%. A cobertura é muito baixa, muitos indicadores não foram possíveis de serem avaliados pela inexistência de informações. O atendimento é resumido à resolução de problemas agudos, o que compromete a qualidade da oferta dos serviços

prestados. Há implementado o programa de suplementação com sulfato ferroso nas crianças entre 6 e 18 meses.

A implementação desta ação programática (saúde da criança) será um grande progresso para melhoria da qualidade dos serviços ofertados à população, bem como dos indicadores epidemiológicos. A maior dificuldade será a realização dos serviços de saúde bucal, tendo em vista a existência de somente 4 UBS que ofertam tal atendimento e a sobrecarga existente deste serviço no município. Ao ser explicitado que a implementação da ação programática irá melhorar os indicadores de saúde, a equipe em geral demonstrou interesse em ser peça ativa para consolidação das ações em saúde.

A intervenção tem uma importância fundamental, tendo em vista a precariedade de ações preventivas e de acompanhamento de acordo com os grupos (ex: crianças, gestantes, idosos). A necessidade de ações voltadas para o foco de intervenção visando melhoria da qualidade dos serviços prestados e dos indicadores é a maior ferramenta motivadora para tal tarefa. Através das orientações e ações vamos minimizar os índices das doenças mais prevalentes e evitáveis na faixa etária: desnutrição, anemia, síndromes diarreicas. Maximizar a puericultura, acompanhando o crescimento e desenvolvimento, promover saúde e não somente combater a doença, esse é o foco.

## **2.2 Objetivos e Metas**

### **2.2.1 Objetivo Geral**

Promover e melhoria da qualidade da atenção à saúde da criança na UBS Diamantino Augusto Macedo, Feijó, AC.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

- Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança;
- Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança;

- Melhorar a qualidade do atendimento à criança;
- Melhorar registros das informações;
- Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência;
- Promover a saúde.

### **2.2.3 Metas**

Relativas ao objetivo *Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança*, espera-se alcançar as seguintes metas:

1. Ampliar a cobertura de atendimento para 100% dos infantes de 0 a 72 meses da área de abrangência;
2. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas;
3. Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade;
4. Ampliar 100% da cobertura de primeira consulta odontológica e a cobertura para os usuários classificados como alto risco para doenças bucais compreendidos entre 6 a 72 meses de idade moradoras da área.

Relativas ao objetivo *Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança*, espera-se obter:

5. Busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas clínicas.

Relativas ao objetivo *Melhorar a qualidade do atendimento à criança*, busca-se atingir:

6. Monitorar 100% das crianças quanto ao crescimento;
7. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso;
8. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso;
9. Monitorar 100% das crianças quando ao desenvolvimento;
10. Vacinar 100 % das crianças de acordo com a idade;

11. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças;
12. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças;
13. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida;
14. Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

Relativas ao objetivo *Melhorar registros das informações*, espera-se conseguir:

15. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança de 100% dos infantes que consultam no serviço.

Relativas ao objetivo *Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência*, almeja-se:

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

Relativas ao objetivo *Promover a saúde*, aspira-se:

17. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança;
18. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta;
19. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças;
20. Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde;
21. Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.



## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Ações**

Visando Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade de saúde para 100% realizaremos no eixo do “Monitoramento e avaliação” o monitoramento do número de crianças cadastradas no programa. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” realizaremos o cadastramento da população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, priorizando o atendimento de crianças. Já no eixo “Engajamento Público” iremos orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios. Para o eixo da “Qualificação da Prática Clínica” iremos capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde e capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Visando ampliar a cobertura da primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas, no eixo “Monitoramento e Avaliação”, iremos monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” faremos busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto. No eixo Engajamento Público” informaremos às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança e no eixo da “Qualificação da Prática Clínica” capacitaremos a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde e capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Para ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade, realizaremos contato com as equipes de saúde bucal das outras UBS visando parcerias, pois na UBS Diamantino Augusto Macedo não dispomos de equipe de saúde bucal. Tentaremos realizar as ações preconizadas conforme cada eixo pedagógico.

No eixo “Monitoramento e Avaliação” buscaremos monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica, através da ficha de referência e contra referência. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” não será possível desenvolver as ações sugeridas pois não ocorrerá na UBS que a puericultura será implantada. No eixo “Engajamento Público” iremos informar a comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças de 6 a 72 meses de idade e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde e esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. E no eixo “Qualificação da Prática Clínica” iremos capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico de outra UBS, capacitar os ACS para captação de crianças de 6 a 72 meses de idade.

Visando ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais, no eixo “Monitoramento e Avaliação” iremos monitorar o número crianças de 6 a 72 meses que são de alto risco e realizar a primeira consulta odontológica em outra UBS. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” iremos organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco e encaminhar para outra UBS. No eixo “Engajamento Público” esclareceremos a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos das crianças de 6 a 72 meses de alto risco. E no eixo da “Qualificação da Prática Clínica” capacitaremos a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses e seus responsáveis, bem como capacitaremos a equipe para realizar cadastramento,

e agendamento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco para o programa para atendimento em outra UBS.

Visando realizar a busca ativa em 100% das crianças faltosas às consultas, no eixo “Monitoramento e Avaliação” iremos monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo emitido pelo Ministério da Saúde (consultas em dia), número médio de consultas realizadas pelas crianças e monitorar as buscas a crianças faltosas. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” iremos organizar as visitas domiciliares para busca das crianças faltosas e organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas. Com relação ao eixo “Engajamento Público” informaremos à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança e no eixo da “Qualificação da Prática Clínica” faremos treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através do preenchimento correto dos itens que compõe a caderneta da criança.

Objetivando monitorar o crescimento em 100% das crianças, no eixo “Monitoramento e Avaliação” iremos monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” garantiremos material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Estará disponível versão atualizada do Caderno de Saúde da Criança impressa e em formato pdf no computador da UBS para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

No eixo “Engajamento Público”, será elucidado aos pais e/ou responsáveis pelas crianças às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social. Será esclarecido ainda aos responsáveis sobre o direito que toda criança tem de ser acompanhada pela equipe de saúde e ter os dados registrados na cadernete, ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade e estimularemos os pais ou responsáveis para presença em todas as consultas. No eixo da “Qualificação da Prática Clínica” faremos treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, com padronização da equipe e treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Visando monitorar 100% das crianças com déficit de peso, no eixo “Monitoramento e Avaliação” vamos acompanhar e monitorar as crianças com déficit de peso. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” iremos garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Obteremos versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

No eixo “Engajamento Público”, compartilharemos com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social e informaremos aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade. No eixo da “Qualificação da Prática Clínica”, faremos treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, com padronização da equipe para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Com o objetivo de monitorar 100% das crianças com excesso de peso, no eixo “Monitoramento e Avaliação” iremos monitorar as crianças com excesso de peso. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” garantiremos material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica) e versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário e uma versão em pdf disponível no computador da UBS.

No eixo “Engajamento Público”, compartilharemos com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de saúde da criança para que possam exercer o controle social e informá-los sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade. E no eixo da “Qualificação da Prática Clínica”, faremos treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas com padronização da equipe e treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Objetivando monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças, no eixo “Monitoramento e Avaliação” iremos monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neurocognitivo. No eixo “Organização e Gestão do Serviço”, garantiremos encaminhamento para crianças com atraso

no desenvolvimento para diagnóstico e referenciamento para tratamento especializado.

No eixo do “Engajamento Público” compartilharemos com os pais e/ou responsáveis pela criança às condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social, informando-os sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária. No eixo da “Qualificação da Prática Clínica” capacitaremos a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança e para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Com objetivo de vacinar 100% das crianças de acordo com a idade, no eixo “Monitoramento e Avaliação” iremos monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas e o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” garantiremos com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação e atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas, realização do controle da cadeia de frio, adequado controle de estoque para evitar falta de vacina e controle da data de vencimento do estoque. No eixo “Engajamento Público”, orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança. No eixo da “Qualificação da Prática Clínica” capacitaremos a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.

Almejando realizar suplementação de ferro em 100% das crianças, no eixo “Monitoramento e Avaliação” vamos monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” garantiremos a dispensação do sulfato ferroso para todas as crianças com faixa etária compreendida entre 6 e 18 meses. No eixo “Engajamento Público”, orientaremos os pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro. E no eixo “Qualificação da Prática Clínica” capacitaremos a médica para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso preconizadas pelo Ministério da Saúde de acordo com peso ao nascer.

Visando realizar triagem auditiva em 100% das crianças, no eixo “Monitoramento e Avaliação” monitoraremos o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva. No eixo “Organização e Gestão do Serviço”,

iremos buscar junto à Secretaria Municipal de Saúde os insumos necessários para a realização de teste auditivo. No eixo “Engajamento Público”, orientaremos pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste. E no eixo “Qualificação da Prática Clínica”, a médica assistente será atualizada sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

Visando realizar o teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida, no eixo “Monitoramento e Avaliação” monitoraremos o percentual de crianças que realizaram teste do pezinho antes dos 7 dias de vida. No eixo “Organização e Gestão do Serviço”, iremos reforçar à equipe a necessidade de realização do teste até 7 dias de vida e informar às mães que há uma funcionária exclusiva para execução desta ação.

No eixo “Engajamento Público”, iremos reforçar as orientações, particularmente às gestantes durante o pré-natal da maior sensibilidade do teste do pezinho quando realizado até 7 dias de vida. E no eixo da “Qualificação da Prática Clínica”, iremos procurar habilitar outros profissionais para a realização do teste para evitar possíveis a dependência da execução do teste por somente um único profissional.

Objetivando concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática, no eixo “Monitoramento e Avaliação” monitoraremos a proporção de crianças entre 6 a 72 meses de idade que acessaram o serviço odontológico e que tem o tratamento odontológico concluído. No eixo “Organização e Gestão do Serviço”, iremos organizar e encaminhar os usuários para outra UBS para realização da consulta programática e solicitar no encaminhamento que as mesmas sejam contra-referenciadas informando quantas consultas serão necessárias para a conclusão do tratamento.

No eixo “Engajamento Público”, esclareceremos a comunidade sobre a importância de iniciar e concluir o tratamento odontológico. E no eixo “Qualificação da Prática Clínica”, a médica irá avaliar em todas as crianças a cavidade oral e referenciar para atendimento odontológico em outra UBS.

Almejamos atingir 100% do registro na ficha espelho de saúde da criança e caderneta de vacinação. No eixo “Monitoramento e Avaliação” iremos

monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde. No eixo “Organização e Gestão do Serviço”, vamos averiguar se todas as cadernetas estão atualizadas e preencheremos na ficha espelho o calendário vacinal da criança consultada. No eixo “Engajamento Público”, orientaremos a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas. E ao eixo da “Qualificação da Prática Clínica”, treinaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

Visando realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa, ao eixo “Monitoramento e Avaliação” iremos monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade e averiguar se o acompanhamento está sendo realizado ou alguma consulta está em atraso. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” as crianças classificadas como alto risco terão prioridade no atendimento e terão um acompanhamento com maior frequência na UBS. No eixo “Engajamento Público” forneceremos orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância. E no eixo “Qualificação da Prática Clínica” capacitaremos os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbidade e mortalidade.

Objetiva-se ofertar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança, no eixo “Monitoramento e Avaliação” monitoraremos o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha espelho de acordo com a faixa etária, como risco de quedas, sufocamentos, afogamentos. No eixo “Organização e Gestão do Serviço”, definiremos o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância. No eixo “Engajamento Público”, orientaremos a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância. E no eixo “Qualificação da Prática Clínica” informaremos os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

Objetiva-se colocar 100% das crianças lactentes para mamar durante a primeira consulta. No eixo “Monitoramento e Avaliação”, monitoraremos as atividades relacionadas ao aleitamento, o percentual de crianças que foram

amamentadas durante primeira consulta e a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos. No eixo “Organização e Gestão do Serviço, definiremos o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno. No eixo “Engajamento Público”, orientaremos as mães e incentivaremos os responsáveis sobre a suma importância do aleitamento materno para a saúde, enfatizando os benefícios mútuos gerados para a mãe e o lactente. No eixo “Qualificação da Prática Clínica” capacitaremos a equipe sobre a técnica adequada de amamentação e os benefícios provocados para o binômio mãe-filho.

Visando fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças, ao eixo “Monitoramento e Avaliação” monitoraremos o registro das orientações na ficha espelho anexa ao prontuário. Ao eixo “Organização e Gestão do Serviço”, definiremos o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional. Com relação ao eixo “Engajamento Público”, orientaremos a mãe sobre a alimentação adequada para crianças e a forma que deve ser introduzida gradualmente os alimentos para que ao final do primeiro ano de vida a alimentação já seja semelhante ao do ciclo familiar. No eixo “Qualificação da Prática Clínica”, faremos a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Visando orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% dos responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde, ao eixo “Monitoramento e Avaliação”, monitoraremos as atividades educativas individuais. No eixo “Organização e Gestão do Serviço”, organizaremos tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Ao eixo do “Engajamento Público”, orientaremos familiares e crianças os cuidados necessário com higiene bucal, objetivando prevenir ou ao menos realizar a detecção precoce da cárie dentária, discutindo estratégias para sua adoção e esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos. No eixo “Qualificação da Prática Clínica”, capacitaremos a equipe para oferecer orientações de higiene bucal e sobre prevenção e detecção precoce da cárie dentária.



Almejaremos orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde, ao eixo “Monitoramento e Avaliação”, iremos monitorar as atividades educativas individuais. No eixo “Organização e Gestão do Serviço” organizaremos tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. No eixo “Engajamento Público”, orientaremos familiares sobre o uso apropriado de hábitos de sucção não nutritiva, discutindo estratégias para adoção. E ao eixo “Qualificação da Prática Clínica”, capacitaremos a equipe para oferecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva.

### **2.3.2 Indicadores**

**Meta 1:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 100%.

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

Numerador: Número de crianças 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.

**Meta 2:** Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

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

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

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

**Meta 3:** Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 100% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

**Indicador 3:** 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.

**Meta 4:** Ampliar cobertura de primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área classificadas como alto risco para doenças bucais.

**Indicador 4:** Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco com primeira consulta odontológica.

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses de idade classificadas como alto risco moradores da área de abrangência que realizaram primeira consulta odontológica.

Denominador: Número de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco moradoras da área de abrangência.

**Meta 5:** Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

**Indicador 5:** Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

Numerador: Número de crianças buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa

**Meta 6:** Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

**Indicador 6:** Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

**Meta 7**: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

**Indicador 7**: 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 inscritas no programa com déficit de peso.

**Meta 8**: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

**Indicador 8**: 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 inscritas no programa com excesso de peso.

**Meta 9**: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

**Indicador 9**: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

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

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

**Meta 10**: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

**Indicador 10**: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

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

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

**Meta 11**: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

**Indicador 11**: Proporção de crianças com suplementação de ferro.

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

Denominador: Número de crianças entre 6 e 18 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta 12**: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

**Indicador 12**: 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 13**: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

**Indicador 13**: 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 14**: Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador 14**: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.

Numerador: Número de crianças entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído.

Denominador: Número total de entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

**Meta 15**: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança a vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

**Indicador 15**: Proporção de crianças com registro atualizado.

Numerador: número de fichas-espelho com registro adequado.

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

**Meta 16**: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa

**Indicador 16**: 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.

**Meta 17**: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

**Indicador 17**: 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 18**: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

**Indicador 18**: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

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

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

**Meta 19**: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

**Indicador 19**: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

Numerador: registro de orientação nutricional.

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

**Meta 20**: Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

**Indicador 20**: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Numerador: Número de responsáveis das crianças entre 0 e 72 meses de idade com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

Denominador: Número total de crianças de 0 e 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.

**Meta 21**: Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

**Indicador 21**: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Numerador: Número de responsáveis das crianças de 0 a 72 meses idade com orientação individual sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

No município de Feijó não há creche e nem equipe de saúde bucal na UBS Diamantino Augusto Macedo, logo as metas listadas abaixo, mesmo que preconizadas, não puderam ser desenvolvidas quando aplicadas à realidade local:

1. Ampliar a cobertura de ação coletiva de exame bucal com finalidade epidemiológica para estabelecimento de prioridade de atendimento (identificação das crianças de alto risco) em 100% das crianças de 6 a 72 meses de idade da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência;
2. Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas;
3. Realizar a escovação supervisionada com creme dental em 100% das crianças com idade entre 36 a 72 meses frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde;
4. Fornecer orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde;
5. Fornecer orientações nutricionais para 100% das crianças e seus responsáveis frequentadores da(s) creche(s) foco(s) da intervenção da área de abrangência da unidade de saúde.

### **2.3.3 Logística**

O foco da intervenção é Saúde da Criança e para realizá-la vamos adotar o Caderno Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Para a coleta das informações serão utilizadas a ficha espelho disponibilizada pela Universidade

Federal de Pelotas (UFPEL) e a caderneta da saúde da criança. O objetivo é ampliar a cobertura para 100% das crianças acompanhadas na UBS. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Toda a equipe de saúde será capacitada sobre o processo de arquivamentos dos dados, tendo conhecimento e autonomia para participar ativamente do processo de arquivamento. Na primeira consulta os dados pessoais e os dados contidos na caderneta da criança serão preenchidos pela recepcionista na ficha espelho e anexado ao prontuário convencional (caso a criança já tenha sido consultada previamente). O calendário vacinal será atualizado (caso exista atrasos) pelo técnico em enfermagem (responsável exclusivamente pelo programa de imunizações). Os dados serão consolidados na planilha específica no atendimento da criança, uma cópia do arquivo ficará disponível no computador da Unidade.

Para organizar o registro específico do programa saúde da criança, o qual será exclusivo para puericultura da população adscrita, será organizado por ordem alfabética e irá contemplar as seguintes informações: nome, idade, gênero, data da última vacinação e da previsão para próxima imunização, se tem Bolsa Família e mês da próxima consulta. Vamos buscar no livro de registro de atendimentos convencional todas as crianças com idade compreendida entre 0 e 72 meses que foram atendidas desde janeiro de 2013, através do registro do caderno de atendimentos e nos cadastros das famílias. Os ACS farão busca ativa orientando e agendando consulta para as crianças, pois praticamente todas as informações só serão possíveis de ser coletadas através de consulta. Será reservado um período de 1 dia para atendimento prioritário para crianças (12 fichas) na quarta-feira no período vespertino.

No período de atendimento exclusivo, os ACS irão agendar previamente a consulta e passar os dados da criança a ser atendida. A mesma ao comparecer a UBS acompanhada por seu responsável passará pela pré-consulta no qual serão mensurados os dados antropométricos, calendário vacinal, tais dados serão preenchidos na ficha espelho e posteriormente irá ser atendida pela médica. Na consulta cada usuário será submetido à avaliação de



crescimento e desenvolvimento, suplementação da Vitamina A, do sulfato ferroso e agendamento para próxima consulta.

Os usuários que porventura procurarem a UBS com sintomas agudos serão atendidos, respeitando o limite de 4 consultas, respeitando a consulta de até 16 usuários. Caso alguma criança com consulta agendada não compareça a UBS sua vaga ficará disponível. Os ACS farão busca ativa e nova consulta será agendada para a semana subsequente, caso o motivo da ausência seja algum problema de saúde a consulta será realizada no dia posterior.

A enfermeira já recebeu orientação de comunicar as gestantes, durante as consultas de pré natal, que o teste do pezinho deve ser feito preferencialmente até o 7º dia de vida do neonato e na ocasião será realizada a primeira consulta médica. Os ACS já receberam a orientação de informar as mães para levarem a caderneta da vacinação em todas as consultas das para acompanhamento e crescimento do desenvolvimento, verificar se o calendário de imunizações está atualizado e questionar se as crianças entre 6 e 18 meses estão inseridas no programa de suplementação do sulfato ferroso e entre 6 e 59 meses na suplementação da vitamina A. Orientar e fornecer tabela com os alimentos que podem ser ofertados conforme a idade e da importância do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.

O caderno de Atenção Básica Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento será a referência para a capacitação da equipe, para facilitar o uso desta fonte já está disponível em pdf o caderno no computador da UBS. A capacitação será realizada na UBS, sob orientação da diretora da unidade (enfermeira) e da médica. Será realizada nas terças e quintas após o atendimento, serão reservadas 2 horas visando não prejudicar o atendimento convencional e não tornar a capacitação cansativa.

Durante o treinamento para a qualificação da prática clínica os seguintes quesitos serão trabalhados:

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde;
- Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde;

- Capacitar a equipe para manutenção da atualização do cadastro;
- Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo;
- Capacitar os ACS para captação de crianças de 6 a 72 meses de idade, fornecer orientações sobre alimentação saudável ofertando a tabela com os alimentos que podem ser ministrados de acordo com a idade, orientar sobre aleitamento materno e práticas de correção da pega inadequada, prevenção de acidentes e quedas;
- Cantar atualizado o cadastro dos usuários em registro adequado, das crianças em atraso com as consultas, fortalecer os vínculos com os pais orientando sobre a importância da participação no programa, acolher de forma cordial e respeitosa todos os usuários, fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança;
- Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança;
- Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento;
- Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento;
- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde;
- Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade;
- Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção;
- Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega";
- Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança;
- Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade;





### **3 Relatório da Intervenção**

#### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente**

Foi realizada a intervenção em puericultura das crianças entre 0 e 72 meses da população adscrita da UBS Diamantino Augusto Macedo, localizada no município de Feijó - Acre. A intervenção realizada teve duração de 12 semanas e observamos uma evolução favorável da qualidade da assistência prestada após o acompanhamento realizado.

Realizamos a capacitação da equipe para qualificarmos as ações em puericultura utilizando como base o Caderno de Atenção Básica “Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento”. Os ACS passaram a compreender que o acompanhamento das crianças não consiste somente em pesar as crianças com faixa etária compreendida de 0 a 24 meses. Os membros da equipe compreenderam que a promoção da saúde tem como base um atendimento qualificado e com um acompanhamento regular. Cada profissional soube qual papel deveria exercer e que não houve o mais importante, todos se complementavam.

Foi realizada ações de engajamento público com lideranças comunitárias. Conversei com algumas pessoas mais conhecidas no bairro, objetivando expandir a notícia que a puericultura estava sendo desenvolvida na UBS Diamantino Augusto Macedo. A Organização Não-Governamental (ONG) Humanita Brasilis também colaborou conosco, o representante dela no município de Feijó (“seu Gonzaga”) nos forneceu barras de cereais com vitaminas e leite para alimentação complementar, o qual ofertamos para as crianças com déficit de peso (tanto da área adscrita quanto da população fora de área).

Na viagem de atendimento aos ribeirinhos encontrei uma das crianças que foi contemplada com a oferta de leite, fiquei feliz em observar uma melhora no aspecto geral da criança e ganho de peso. No entanto, não podemos resolver todos os problemas, pois há intempéries que impedem o

acompanhamento longitudinal no que condiz às crianças fora de área (só podem ir à cidade/perímetro urbano nos primeiros meses do ano, pois após o meio do ano a navegabilidade se torna difícil).

O atendimento clínico das crianças foi realizado conforme previsto. Houve um período por semana exclusivo para puericultura. Dessa forma, ficou marcante que esta ação estava sendo desenvolvida de forma regular e contínua. Nos demais dias, as crianças também foram atendidas conforme a procura. No período da intervenção atendemos mais de 300 crianças, destas 116 fazem parte da população alvo.

A avaliação de dados antropométricos como peso, altura/comprimento, Índice de Massa Corporal (IMC) foi realizada e os dados mensurados preenchidos na ficha espelho e na caderneta de saúde da criança, sendo possível detectar se a criança se apresentava eutrófica, com déficit ou excesso de peso. Nas crianças fora dos padrões considerados normais foi realizado um agendamento de novas consultas em um menor intervalo, visando a continuidade do atendimento.

Algumas mães não compareceram no dia do agendamento porque na realidade não compreendiam o motivo de levar seu filho(a) que julgava estar bem de saúde para uma consulta médica, ou seja, não compreendiam o que é puericultura e a importância do acompanhamento regular visando exercer promoção à saúde, detectar problemas que possam ser desenvolvidos precocemente e agir prontamente.

A busca ativa foi mais intensa nas semanas finais da intervenção, o número de usuários que compareciam na consulta agendada foi caindo; então fomos às casas. Íamos pela manhã e mesmo assim o sol era escaldante, em boa parte das casas que visitamos a cobertura é com zinco e é mais quente ainda. Concluímos que parte dos faltosos já realizava acompanhamento com pediatra em Rio Branco e as mães achavam desnecessário ir até a UBS para acompanhamento da puericultura, alguns não compreendiam o objetivo do programa e outras mães não foram por negligência.

Há fatos marcantes, um deles foi atender uma criança com um ano de idade que só tinha sido submetido a 1º dose de hepatite B e BCG e mora na

cidade, esta criança foi levada pelo pai, enfatizei a importância de ter o calendário vacinal atualizado.

Um aspecto positivo que encontrei foi que depois de algumas semanas de intervenção algumas mães já entravam no consultório com a carteira de saúde atualizada, especialmente a suplementação de vitamina A, a qual foi massificada. As mães detinham conhecimento da imunização, mas não da suplementação da Vitamina A e do ferro profilático, exceto algumas crianças que receberam vitamina A em junho de 2013 na campanha que houve.

A atualização do calendário vacinal não atingiu 100% porque algumas vacinas estavam em falta na UBS. Diante destas peculiaridades o responsável pelo programa de imunizações ia buscar no município de Tarauacá, quando não havia disponível no município vizinho, a única opção era esperar a chegada das vacinas em falta, provenientes de Rio Branco.

A inserção de dados na planilha eletrônica e o monitoramento da intervenção foi realizada semanalmente. Diante da dificuldade de acesso a internet o envio das informações nem sempre foi obedecido conforme o previsto.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente**

A palestra na escola de educação infantil não foi realizada, como comecei a intervenção atrasada 5 semanas, quando chegou na data prevista para realizá-la as crianças já estavam de férias. Foi realizada uma palestra de saúde bucal para essas crianças promovida pela dentista que estava ministrando um curso no Senac de Auxiliar de Saúde Bucal. A orientação às mães ou responsáveis ocorreu de forma individual no âmbito da UBS.

A triagem auditiva não foi realizada no município de Feijó. A avaliação só é realizada em Rio Branco (capital do Estado). Geralmente as mães com maior poder aquisitivo vão até a capital para ter o parto na Maternidade de referência. Segundo informações fornecidas pelas mães, 3 usuários foram

submetidos a avaliação e todos nasceram na capital. Foi reforçada a necessidade e importância da realização deste exame juntamente com o exame do olhinho que também não é realizado, pois não há no município pediatra, mas foi esclarecido que um clínico capacitado pode realizar o Teste do olhinho.

Não há creche no município de Feijó e nem equipe de saúde bucal no DAM, logo algumas metas e atividades preconizadas não puderam ser desenvolvidas quando aplicadas à realidade local. O SENAC promoveu uma ação coletiva de saúde bucal no final de outubro de 2013, algumas crianças de 5 anos participaram. Estava previsto a realização de uma tarde de lazer, com a realização de palestra e oficinas a ser aplicada na escola de educação infantil existente no município, no entanto quando fomos realizar a ação as crianças já estavam no período de férias.

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

O acompanhamento odontológico foi bastante prejudicado, as poucas crianças que realizaram a primeira consulta odontológica programática gozavam de boa saúde bucal. Procurei saber a classificação de alto risco bucal das crianças e ao examinar cavidade oral encaminhava para odontologista e solicitava contra referência. Foi neste ponto que confundi os indicadores na planilha. Ao analisar para retificar o erro observei que as crianças que constavam como alto risco de saúde bucal não foram submetidas à consulta odontológica, logo, passaram a não compor mais a planilha.

A parte de saúde bucal foi uma das dificuldades encontradas para executar e preencher a planilha de coleta de dados, interpretei de forma equivocada. Alguns outros aspectos que merecem ser enfatizados: durante a anamnese, nos atendimentos de crianças com faixa etária de 8 a 12 as mesmas deveriam ter sido colocadas para mamar na primeira consulta, no entanto as mães relatavam que as crianças já haviam sido desmamadas; outro quesito foi o teste do pezinho, muitas mães submeteram seus filhos para a



realização do mesmo, no entanto foi realizado depois da primeira semana de vida.

O cadastro desatualizado prejudicou o mapeamento e cadastro das crianças, teoricamente todas as micro-áreas deveriam ter sido atualizadas em 2013, mas somente uma estava. A ACS atualizou os dados e informou sobre os novos moradores e a idade dos mesmos, inclusive foi a micro-área que teve 100% de cobertura.

### **3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço**

A rotina pode ser incorporada ao serviço e espero que seja dada continuidade ao trabalho iniciado. Devemos intensificar as ações de pré-natal, orientando as gestantes sobre a importância mútua que o aleitamento materno possui, orientando como realizar a manipulação do mamilo para desenvolver melhor os tubérculos de Montgomery e minimizar as fissuras mamilares que possam surgir, realizar a primeira consulta programática na primeira semana de vida para avaliar a pega, os reflexos e orientar aos familiares presentes e dar apoio a mãe.

Através da melhoria das ações no pré-natal certamente teremos um maior percentual de crianças sendo levadas pela mãe para a primeira consulta ambulatorial do recém-nascido antes dos 7 dias de vida e na oportunidade já submeter à criança ao teste do pezinho e para a própria consulta puerperal. Muitas destas mães trazem consigo mitos que prejudicam o exercício do aleitamento e até mesmo com relação ao uso do sulfato ferroso. Em geral não sabem dos direitos que seus filhos possuem relacionados ao acompanhamento e a periodicidade de consultas preconizadas durante a infância.

A ausência da equipe de saúde bucal prejudicou bastante a execução dos serviços relacionados, como também limita o acesso aos outros usuários, os quais têm que se deslocar para outra UBS que se encontra saturada. Há a previsão de ser instalada a equipe de Saúde Bucal neste ano de 2014 no Diamantino, isso facilitará a execução das ações em saúde bucal no local para

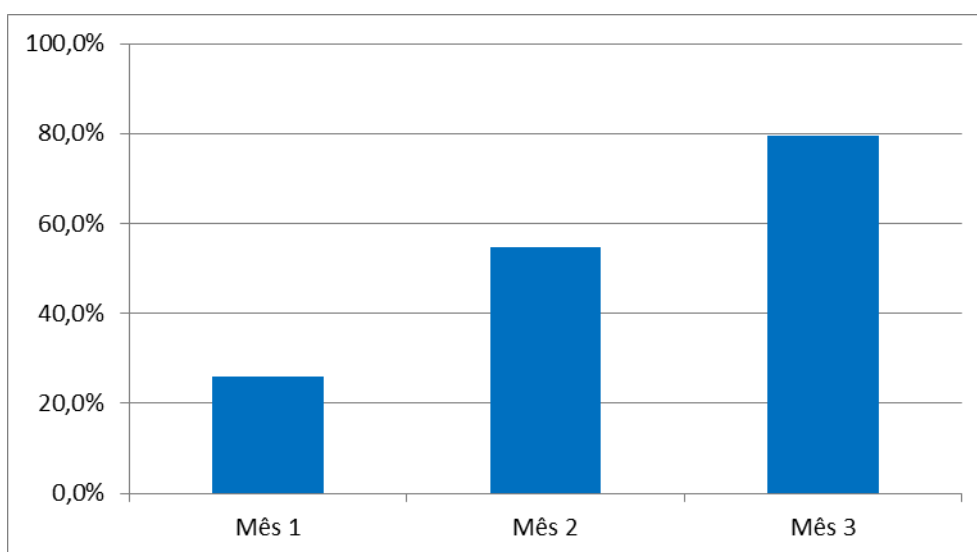
toda a população adscrita. Profissionais dispostos a fazer a diferença no local serão de grande valia para o aprimoramento e melhoramento da prestação dos serviços à comunidade.

Alguns membros da equipe não apresentaram um envolvimento com a equipe e a dedicação ficou aquém do necessário para executar as ações. Foi necessário a diretora da UBS realizar reuniões para enfatizar a tarefa que estava sendo executada e a importância do papel que cada membro da equipe tem para progresso do trabalho. Estratégias visando maior empenho e envolvimento de toda a equipe devem ser estudadas visando continuidade e melhoria progressiva da qualidade dos serviços prestados.

## 4. Avaliação da Intervenção

### 4.1 Resultados

Foram avaliadas ao longo das 12 semanas de intervenção 116 crianças, 38, 42 e 36 crianças em cada mês de intervenção, respectivamente. A população alvo é composta por 146 crianças. Logo, através da ação programática obtivemos uma cobertura de 79,5% (Figura 1).

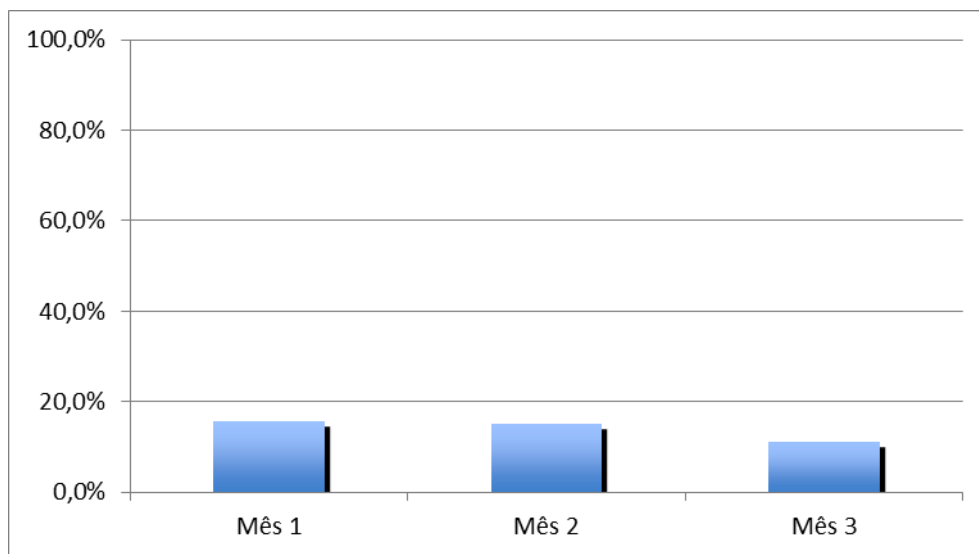


**Figura 1 – Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscrita no Programa da Unidade de Saúde**

Estimamos atingir 100% para a ampliação da cobertura da atenção à saúde de crianças entre 0 e 72 meses da unidade saúde. A meta estimada não foi atingida, mas nota-se que houve uma ampliação considerável de cobertura, pois antes da intervenção não havia nenhum registro acerca das ações realizadas. Nas últimas semanas de intervenção houve uma queda no comparecimento às consultas previamente agendadas, tivemos que atuar na busca ativa em mais dias que o previsto com a finalidade de maximizar a assistência da puericultura a todos.

Com relação à consulta na primeira semana de vida, foi perguntado às mães se seu filho foi consultado na primeira semana de vida e obtivemos os seguintes resultados: 6 (15,8%) das 38 mães das crianças avaliadas no 1º mês responderam positivamente, 12 das 80 crianças que foram atendidas (15%) até

a 8ª semana da intervenção e 13 das 116 crianças (11,2%) avaliadas ao final das 12 semanas de intervenção (Figura 2).

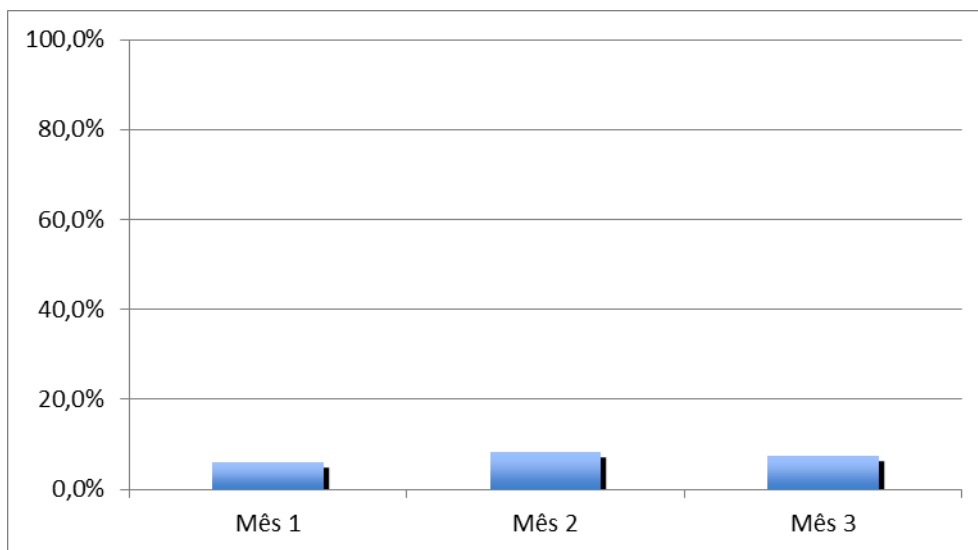


**Figura 2 – Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida**

Foi estabelecida meta de 100% para este indicador de primeira consulta na primeira semana de vida para as crianças entre 0 a 72 meses, logo a meta não foi atingida durante a intervenção, pois o período curto de intervenção e a falta de agendamento prévio em algumas tardes que não foi realizada pelos ACS pois os mesmos estavam em um curso de saúde bucal.

Das mães ou responsáveis que informaram que seus filhos tiveram consulta na primeira semana de vida, somente uma procurou UBS para consulta médica, pois foi orientada durante o pré-natal; as demais consideraram como consulta o fato de estarem internadas por terem sido submetidas à cesariana e seus filhos foram avaliados no decorrer dos dias que as mães permaneceram internadas. O baixo percentual de consultas na primeira semana de vida é devido ao fato das consultas serem somente com intuito curativo, para resolução de problemas agudos.

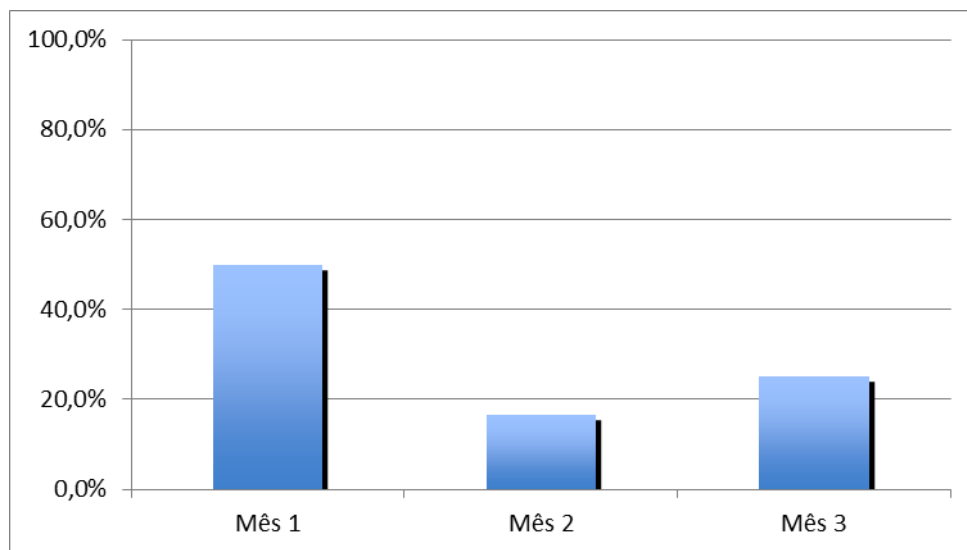
Somente 8 crianças realizaram a primeira consulta odontológica programática. No final do primeiro mês 2 (5,9%) foram avaliadas, ao final de 8 semanas de intervenção 6 (8,3%) foram avaliadas e ao final da intervenção totalizamos 8 (7,5%) consultas odontológicas programáticas (Figura 3).



**Figura 3 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica**

Havíamos estabelecido meta em 100% para crianças entre 6 e 72 meses com primeira consulta odontológica, contudo, na UBS Diamantino Augusto Macedo não há odontologista, logo as mães tiveram que procurar atendimento odontológico em outras unidades. Durante as consultas todas as crianças tiveram cavidade oral examinada e algumas por ter cáries foram referenciadas ao dentista e solicitado contra referência.

No primeiro mês, das duas crianças avaliadas uma foi considerada como alto risco de saúde bucal (50%), ao final do 2º mês 6 pacientes haviam sido avaliados e nenhuma das 6 crianças avaliadas no segundo mês foi classificada com alto risco, o que nos remete a 16,6% das crianças como alto risco. No 3º mês tivemos mais 2 crianças avaliadas e desta 1 foi classificada como de alto risco, logo, ao final da intervenção, das 8 crianças avaliadas 2 foram consideradas como alto risco pelo odontologista, correspondendo a um percentual de 25% (Figura 4).



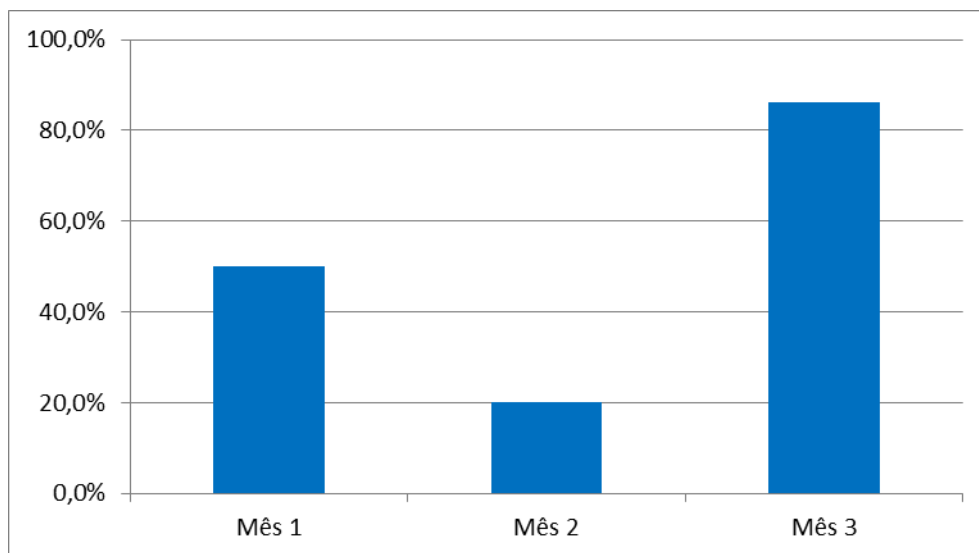
**Figura 4 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco de saúde bucal**

A ausência de equipe de saúde bucal no DAM e a sobrecarga de atendimento odontológico para as UBS que dispõem do profissional dificultou a realização dos agendamentos para ações preventivas. Optamos por encaminhar os pacientes e diante da dificuldade para consulta muitos não foram avaliados. As prioridades dos atendimentos realizados são para problemas agudos e a maioria dos procedimentos realizados são extrações dentárias. Em decorrência da pequena amostra submetida à consulta odontológica os resultados obtidos podem conduzir a um viés, pois as 2 crianças consideradas como alto risco já foram encaminhadas pela médica ao odontologista por apresentar cáries, se toda a amostra pudesse ter sido submetida a primeira consulta programática provavelmente esse percentual seria menor.

Da população atendida, no primeiro mês de intervenção tivemos 50% de cobertura na busca ativa, duas não compareceram a consulta na data agendada, 1 procurou UBS por conta própria 3 dias após a data agendada para consulta e na outra foi realizada busca ativa. No segundo mês de intervenção, o número de crianças faltosas contabilizavam 5 e em 1 foi realizado busca ativa totalizando 20%. Com relação às outras 4 crianças faltosas, não foi necessário realizar buscar ativas pois as mães ou responsáveis procuraram a UBS para consultar em outra data que não estava agendada a consulta (e antes da data

prevista para realizar busca ativa na residência dos faltosos) e foram atendidas no mesmo dia que procuraram o atendimento médico.

Ao final do 3º mês de intervenção contabilizamos 29 faltosos e em 25 foi realizada a busca ativa, obtivemos uma cobertura de 86,2% (Figura 5).



**Figura 5 – Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no Programa de saúde da criança**

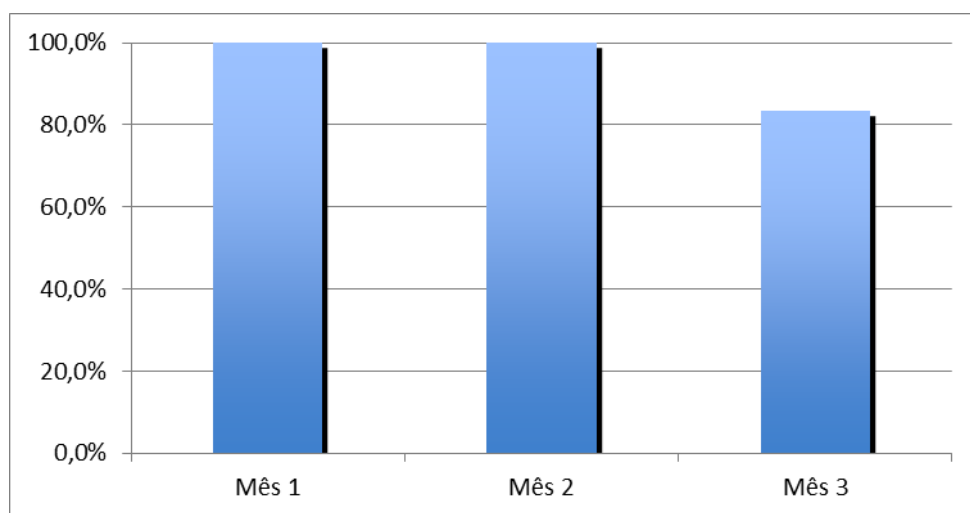
A meta estabelecida para este indicador foi de 100% para buscar os faltosos para a consulta, mas não conseguimos atingir a meta. Contudo, fica claro execução das buscas e a relevância da atividade exercida buscando atingir toda a amostra com um maior cuidado com os pacientes faltosos.

Não foi realizada busca às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas. No DAM não há equipe de saúde bucal. Diante desta peculiaridades referenciamos os pacientes para outra UBS e não tivemos o controle dos faltosos.

Todas as crianças avaliadas tiveram o peso e a altura (ou o comprimento nos menores de 2 anos) mensurados durante consulta programática de puericultura nos três meses da intervenção. Isso nos remete a uma cobertura de 100%, atingindo assim, a meta estabelecida para este indicador. A facilidade encontrada para esta ação está relacionada ser uma variável que pode ser realizada em todas as consultas e garantidas pelo médico assistente.

Ao final das 4 primeiras semanas de intervenção identificamos 3 crianças com déficit de peso e realizamos o monitoramento de todas,

totalizando uma cobertura de 100%. No segundo mês de intervenção não identificamos novas crianças com déficit de peso, mantendo o número total em 3 e a cobertura em 100%. Ao final das 12 semanas de intervenção foram identificadas 6 crianças com déficit de peso da população adscrita, destas, 5 foram monitoradas (83,3%), ocorrendo um agendamento para retorno mais precoce do que o preconizado para as consultas programáticas pelo Caderno de Saúde da Criança (Figura 6). A sexta criança não foi possível realizar o acompanhamento, pois sua mãe não retornou com o mesmo e o ACS informou que a mesma havia se deslocado para área rural (passar uns meses na colônia).



**Figura 6 – Proporção de crianças com deficit de peso monitoradas**

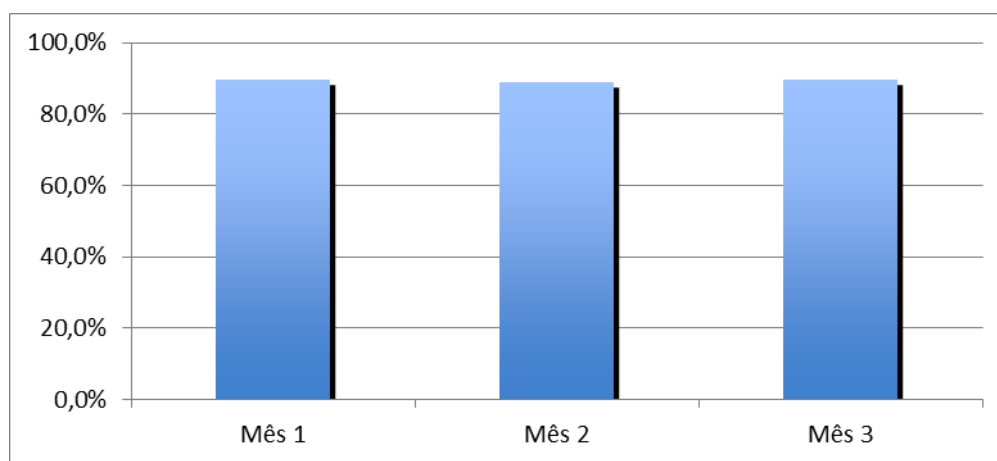
Havíamos estabelecido meta de 100% para este indicador, nesse sentido considero que obtivemos êxito com esta ação atingindo a meta nos 2 primeiros meses em função da identificação realizada no atendimento e acompanhamento contínuo.

Foram identificadas 2 crianças com excesso de peso, 1 no primeiro mês de intervenção e 1 no segundo mês. Ambas continuaram sendo monitoradas. Obtivemos cobertura de 100% nos 3 meses. As mães foram orientadas com relação aos hábitos alimentares saudáveis, orientações sobre atividades ociosas que as crianças deviam deixar de desenvolver e diminuição do tempo de exposição ao televisor. Atingimos a meta estabelecida, tendo em vista a eficácia do acompanhamento longitudinal.



Todas as crianças atendidas foram avaliadas no quesito desenvolvimento, atingimos cobertura de 100% neste indicador. Esta excelente cobertura foi possível tendo em vista que são ações que dependem da avaliação no consultório. Buscamos efetuar todos os quesitos possíveis de serem avaliados na consulta ambulatorial ou visita domiciliar.

No que se refere a proporção de crianças com vacinação em dia para a idade, no primeiro mês de intervenção 34 das 38 crianças (89,5%) estavam com vacinação em dia, no segundo mês 71 das 80 crianças (88,8%) e no terceiro mês 104 das 116 crianças (89,7%) estavam com vacinação em dia (Figura 7).

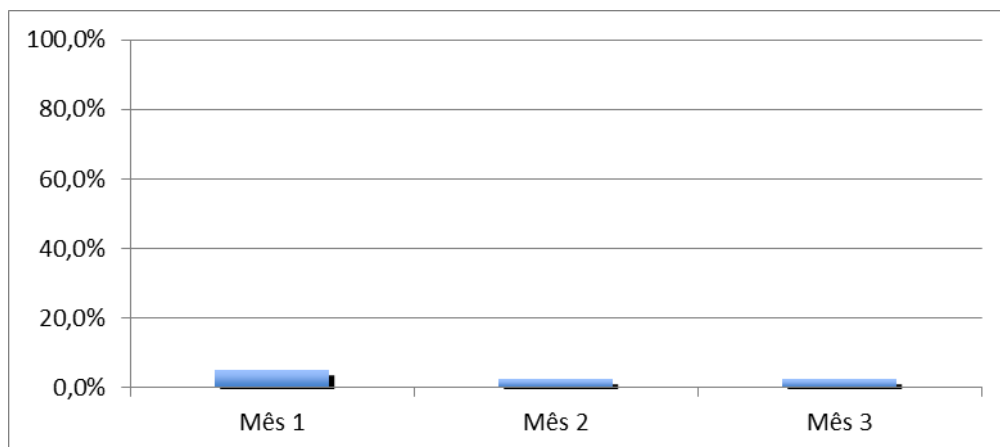


**Figura 7 – Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade**

A cobertura não foi maior porque em algumas oportunidades havia vacinas em falta, então não teve como atualizar naquele momento a imunização, logo não atingimos a meta preconizada de 100% para vacinação. Nestas situações as mães foram orientadas para retornar após o tempo previsto de chegada das vacinas.

Para todas as crianças com faixa etária compreendida entre 6 a 18 meses foi prescrito ferro profilático na dose de 1mg/kg/dia de ferro elementar. Para as crianças com baixo peso ao nascer e entre 6 e 12 meses foi prescrito na dose de 2mg/kg/dia. Também foi realizada suplementação com Vitamina A para todas as crianças com faixa etária compreendida de 6 a 59 meses. Nesse sentido, tivemos no primeiro mês 11 crianças que receberam a prescrição do ferro profilático, no segundo mês atendemos 17 crianças, e no terceiro mês 26 crianças, atingindo assim a meta e a cobertura de 100% para este indicador.

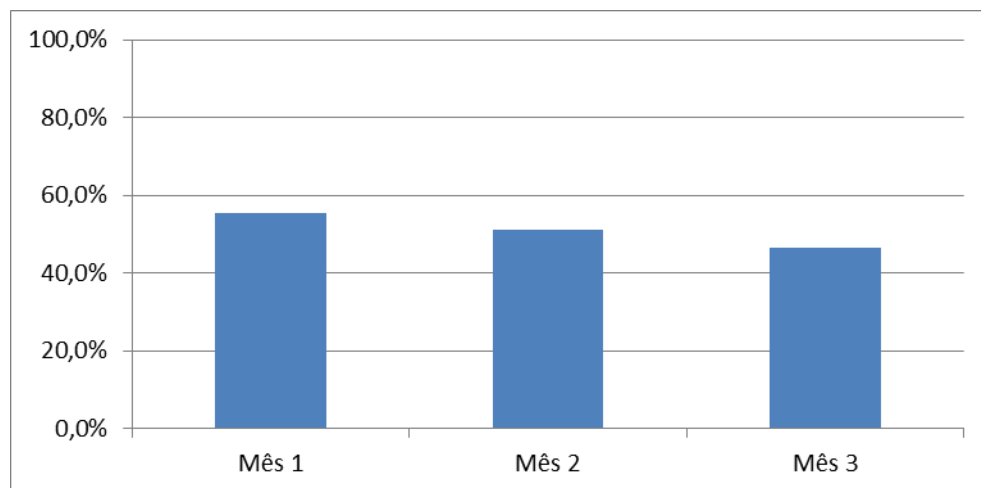
A triagem auditiva foi realizada em 3 crianças. Ao final do primeiro mês 2 das 38 crianças atendidas no primeiro mês de intervenção (5,3%) foram submetidas à realização deste exame. Ao final do segundo mês o número de crianças submetidas a triagem continuou em 2 (do total de 80 crianças), correspondendo a 2,5%; ao final do terceiro mês contabilizamos 3 crianças submetidas a triagem auditiva, correspondendo a cobertura de 2,6% (Figura 8).



**Figura 8 – Proporção de crianças com triagem auditiva**

Todas as três nasceram na capital (Rio Branco) e foram submetidas ao exame. Não foi disponibilizado o material e nem auxílio de fonoaudiólogo para realização do exame no município de Feijó. Foi uma variável que ficou a desejar, pois não conseguimos atingir a meta preconizada de 100% para a realização deste exame.

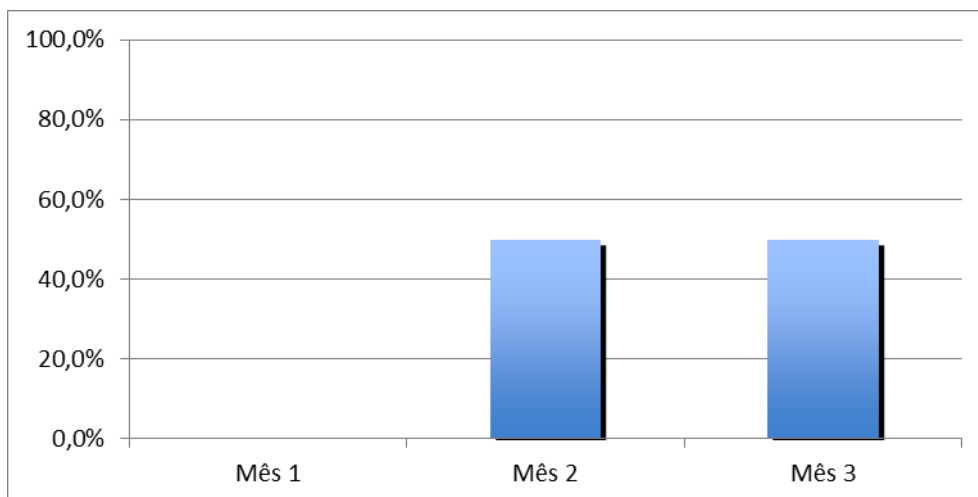
Um percentual considerável das crianças não foi submetida ao teste do pezinho na primeira semana de vida, conforme relato dos pais e avaliação clínica. Das 38 crianças atendidas no primeiro mês, 21 (55,3%) realizaram o teste do pezinho na primeira semana de vida. Quarenta e uma das 80 atendidas até segundo mês (51,3%) e 54 das 116 atendidas ao final da intervenção, equivalendo a 46,6% (Figura 9).



**Figura 9 – Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida**

Inicialmente foi perguntado a cada responsável se a criança consultada foi submetida à realização do teste do pezinho, a resposta foi “sim” em 111 das 116 entrevistadas, entretanto 57 crianças realizaram o teste do pezinho após a primeira semana de vida. Cinco não foram submetidas ao teste, destas, 4 foram levadas pelas mães após 30 dias de vida e 1 a mãe referiu não levar para o exame por ter “pena de maltratarem” a criança e por desconhecimento dos benefícios e possibilidade de detecção precoce de doenças como hipotireoidismo e fenilcetonúria.

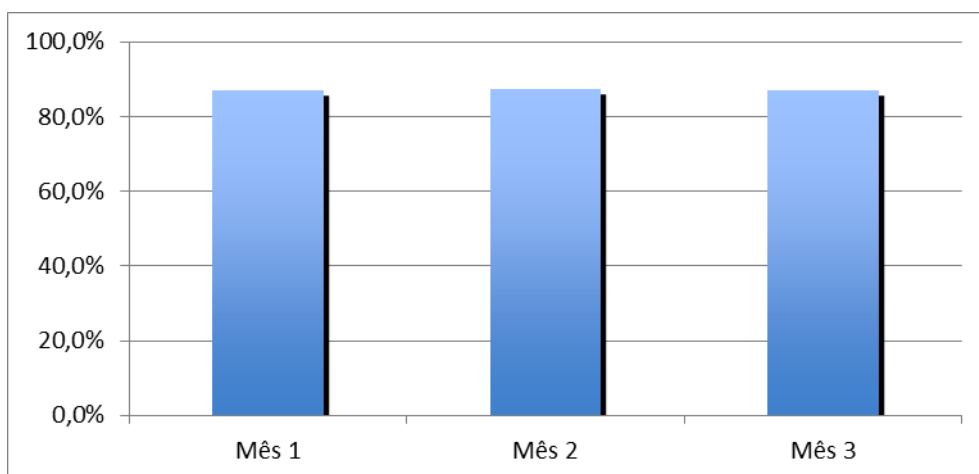
Tivemos 8 crianças submetidas à consulta odontológica programática. Ao final do primeiro mês nenhuma (0%) das 2 crianças avaliadas tiveram tratamento odontológico concluído; no decorrer das 8 semanas, 6 crianças foram avaliadas e 3 (50%) tiveram tratamento concluído e ao final da intervenção 4 (50%) das 8 crianças concluíram tratamento odontológico (Figura 10).



**Figura 10 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses que tiveram tratamento odontológico concluído**

Logo, a meta preconizada de 100% de oferta de tratamento odontológico concluído para as crianças de 6 a 72 meses não foi atingida, devido à duração prevista do tratamento e o período de intervenção.

Com relação ao registro atualizado das crianças, nas primeiras 4 semanas, 33 das 38 crianças estavam com registro atualizado (86,8%); no 2º mês de intervenção 70 das 80 crianças tinham a ficha espelho com preenchimento completo (87,5%); e ao final da intervenção 101 das 116 crianças estavam com todos os dados contemplados na ficha espelho (87,1%) (Figura 11).

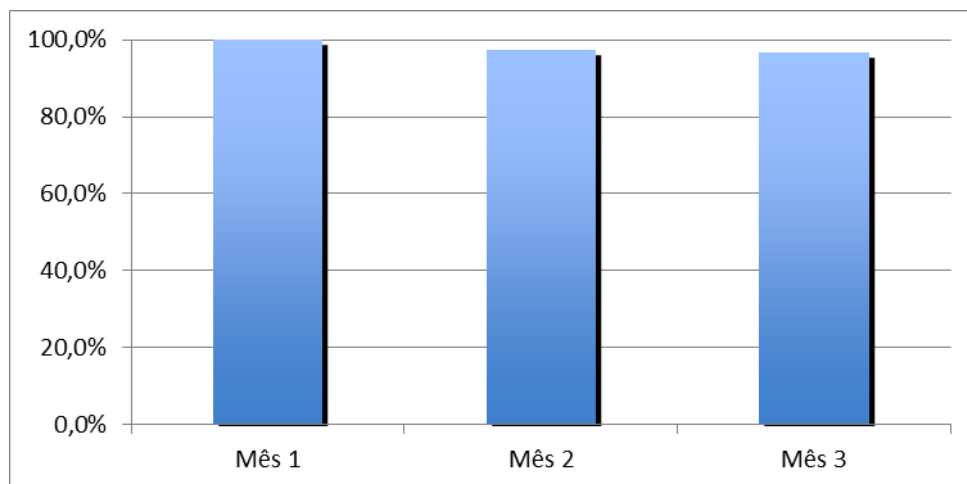


**Figura 11 – Proporção de crianças com registro atualizado**

Algumas variáveis que ficaram em branco na ficha: data exata do teste do pezinho (a mãe não se lembrava da data e tinha perdido o comprovante ofertado quando se faz o teste); ausente alguma informação sobre a

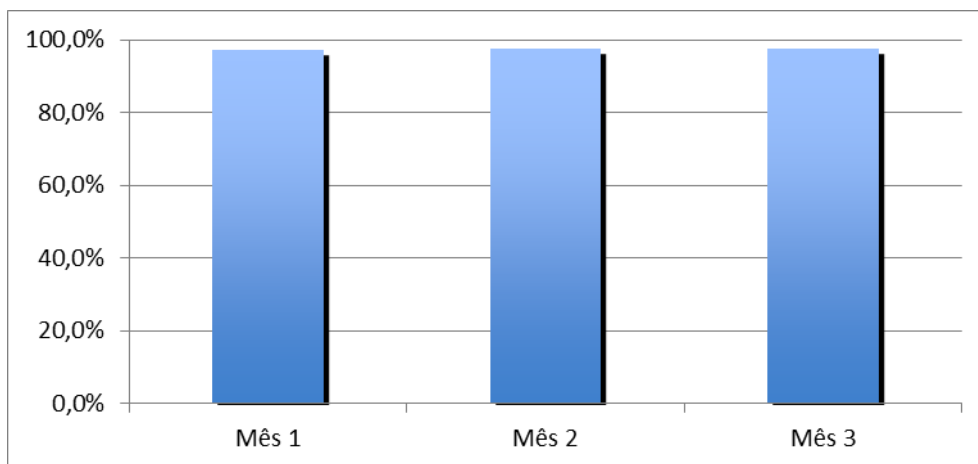
imunização, algumas mães não levaram a caderneta na consulta, pois o ACS já tinha solicitado a caderneta de saúde para preencher a ficha espelho e, ao preencher a ficha deixou de anotar alguma informação; algumas cadernetas simplesmente não constavam os dados do nascimento da criança (como peso ao nascer, comprimento ao nascer, perímetro cefálico), logo não foi possível atingir a meta estabelecida de 100% para os registros atualizados das crianças.

No primeiro mês a avaliação de risco foi realizada nas 38 crianças (100%). Até a 8ª semana de intervenção 78 das 80 crianças avaliadas foram submetidas à avaliação de risco (97,5%). Ao final das 12 semanas de intervenção 112 (96,5%) das 116 crianças foram submetidas à avaliação de risco (Figura 12).



**Figura 12 – Proporção de crianças com avaliação de risco**

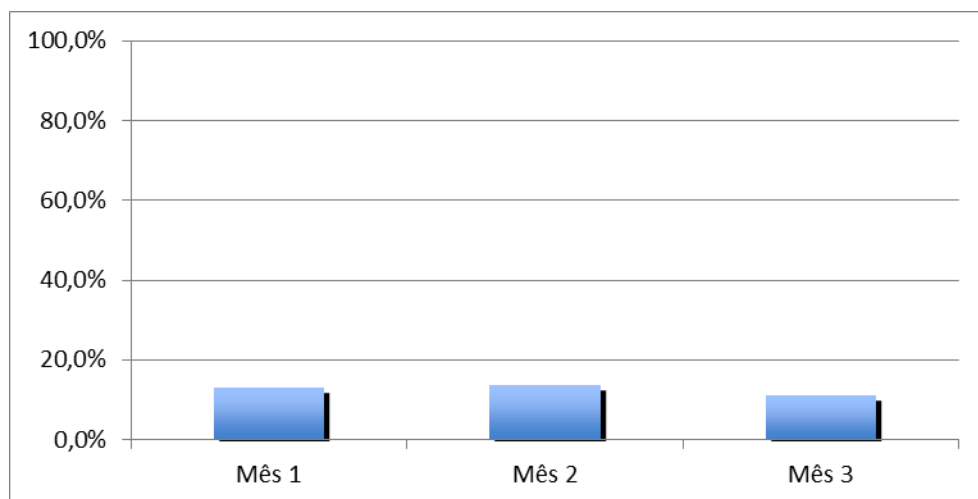
Com relação às orientações às mães e/ou responsáveis sobre prevenção de acidentes na infância de acordo com a faixa etária das crianças, ao final do primeiro mês 37 (97,3%) das 38 mães foram orientadas, no segundo mês 78 (97,5%) das 80 e ao final da intervenção 113 (97,4%) das 116 mães e/ou responsáveis (Figura 13).



**Figura 13 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância**

Cada mãe foi orientada com relação ao risco de quedas, queimaduras, sufocação, afogamentos, medicamentos, acidentes de trânsito, intoxicação, segurança em casa, atropelamentos.

Nas 4 primeiras semanas da intervenção 5 das 38 crianças foram colocadas para mamar (13,2%); no segundo mês de intervenção 11 das 80 crianças foram amamentadas na consulta (13,8%) e ao final da intervenção 13 das 116 crianças foram colocadas para mamar na consulta de puericultura (11,2%) (Figura 14).

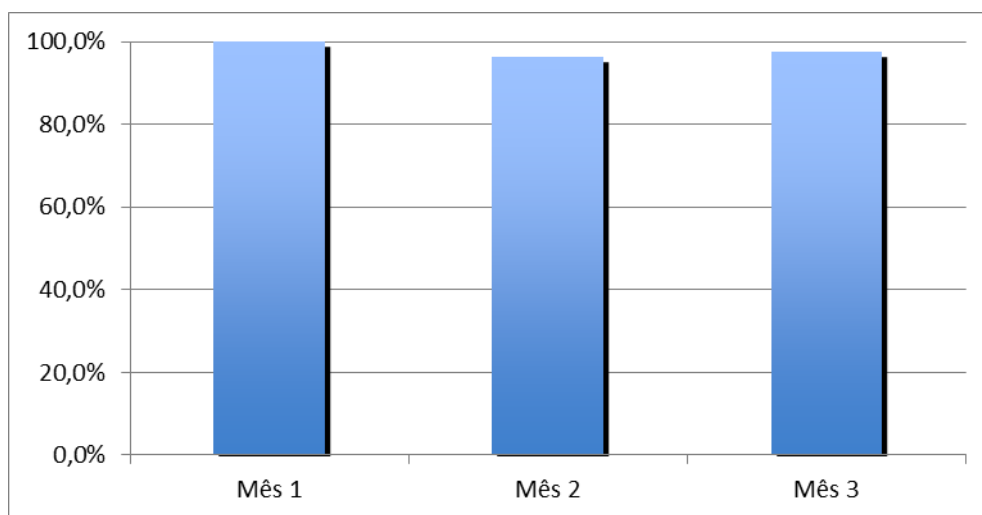


**Figura 14 – Proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira semana**

Dentre as crianças que já haviam sido desmamadas, nenhuma foi colocada para mamar na primeira consulta. Em determinadas situações as crianças com faixa etária de 0 a 6 meses que deveriam estar em aleitamento

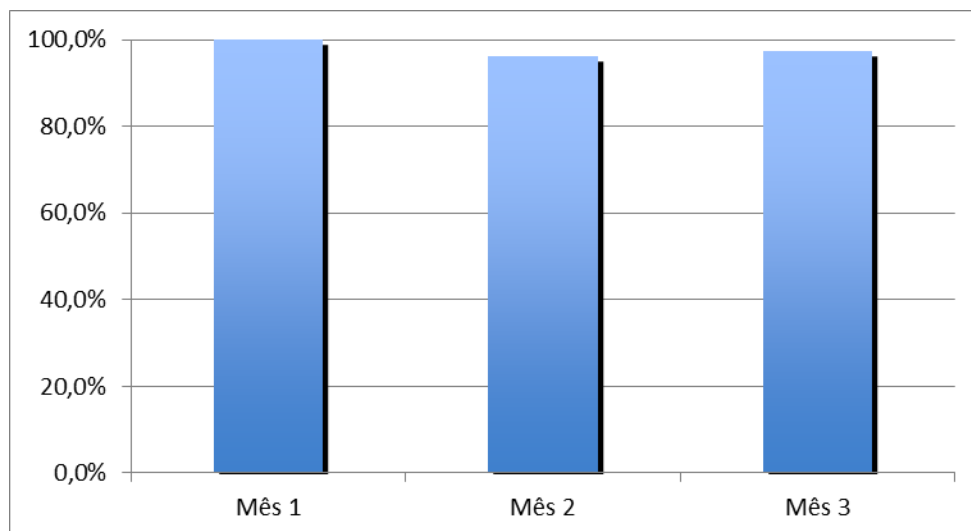
materno exclusivo não foi possível colocar para mamar, pois já haviam sido desmamadas. Foi observado um desmame muito precoce. Há um desconhecimento sobre os benefícios sobre o aleitamento materno e a crença que o leite de vaca é mais nutritivo.

Nas primeiras 4 semanas de intervenção todos os 38 (100%) responsáveis receberam orientações nutricionais; no segundo mês 77 (96,2%) dos 80 responsáveis haviam recebido as orientações e ao final da intervenção 113 (97,4%) das 116 mães e/ou responsáveis haviam sido esclarecidas e orientada sobre informações nutricionais: esquema alimentar para crianças amamentadas e não amamentadas, prevenção de anemia e da obesidade, suplementação de ferro, vitamina A e vitamina K (ao nascer) (Figura 15).



**Figura 15 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária**

As orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie procederam da seguinte forma: 38 (100%) no primeiro mês, 77 (96,2%) dos 80 no segundo mês e ao final da intervenção 113 (97,4%) das 116 mães receberam as orientações (Figura 16).

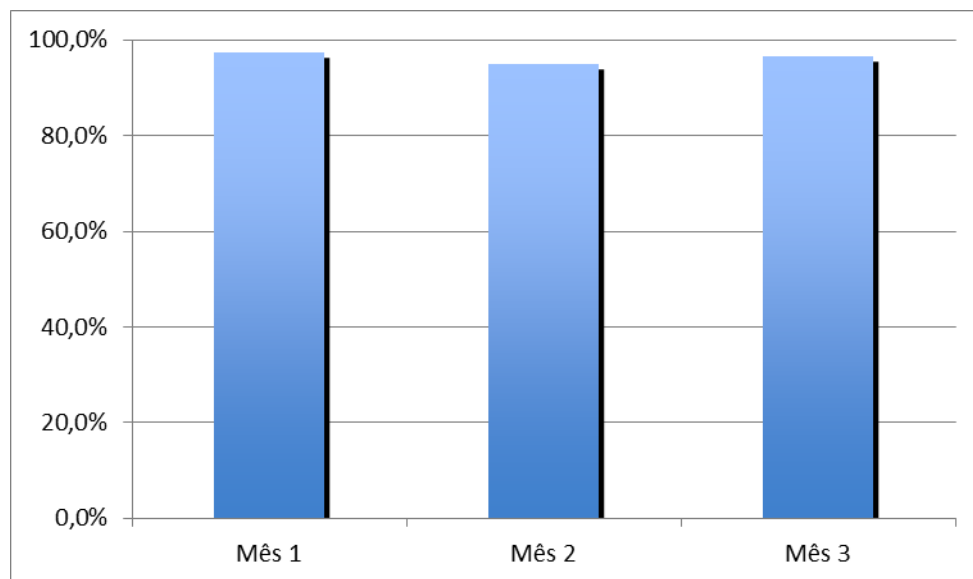


**Figura 16 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie**

As recomendações ocorreram de acordo com a faixa etária: de zero a 3 anos foi esclarecido sobre amamentação, alimentação (evitar açúcar em frutas e sucos), higiene bucal (bebês sem dentes remover os resíduos com fralda embebida em água potável ao menos 1 vez ao dia, bebês com dentes incisivos em erupção usar gaze ou fralda umedecida em água potável 2 vezes ao dia, e bebês em fase de erupção dos molares usar escova dental macia 2 vezes ao dia), desestimular uso de bicos e chupetas. Na faixa etária de 3 a 6 anos foram realizadas orientações sobre alimentação, higiene bucal (escovação supervisionada, sendo a noturna realizada pelos pais), uso de fluoretos (estimular hábito do uso de creme dental fluoretado).

O hábito de sucção sem fins nutritivos é bastante comum, fazendo parte das fases iniciais da vida. Os hábitos bucais deletérios podem interferir no crescimento e no desenvolvimento normal dos maxilares, favorecendo o aparecimento de mal oclusões e alterações nos padrões normais de deglutição e fonação, dependendo de fatores como: duração, frequência, intensidade e padrão facial. As mães foram orientadas conforme os percentuais demonstrados: 37 de 38 no primeiro mês (97,3%), 76 de 80 no segundo mês (95%) e 112 de 116 no terceiro mês (96,5%) (Figura 17). As mães foram orientadas sobre hábitos de sucção nutritiva (principalmente seio materno) e não nutritivas (dedo e chupetas) na prevenção de oclusopatias.





**Figura 17 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias**

## 4.2 Discussão

A intervenção na UBS Diamantino Augusto Macedo propiciou ampliação da cobertura assistencial de puericultura na população adscrita com 0 a 72 meses de idade. Antes da intervenção não era possível ter acesso a nenhum dado relacionado à puericultura, pois não havia um registro que contemplasse dados referentes aos indicadores de saúde.

Através da puericultura foram maximizadas ações relacionadas a imunizações, suplementação de ferro e vitamina A, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, orientações sobre aleitamento materno, alimentação na infância, prevenção de acidentes, orientações sobre etiologia e prevenção da cárie, prevenção de oclusopatias evitando hábitos de sucção não nutritivos e identificação de distúrbios metabólicos (desnutrição e obesidade).

A intervenção exigiu capacitação da equipe usando como ponto de referência as recomendações do Caderno Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Ocorreu uma capacitação multiprofissional envolvendo a recepcionista, técnico de enfermagem, enfermeira, médica e os ACS.

Pontos de capacitação comum a todos os membros da equipe foram: acolhimento da criança, Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde; capacitação da equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde; capacitação da equipe para manutenção da atualização do cadastro; capacitação da equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo, preenchimento correto da ficha espelho.

A recepcionista realizou o acolhimento da criança e do responsável, enfatizando a importância do programa de puericultura para a população e comunicando que as mães que conhecessem crianças da área adscrita que ainda não tivessem sido submetidas à consulta solicitasse ao ACS da sua área o agendamento ou se dirigisse a UBS munidas da caderneta de saúde da criança. Também ficou responsável pelo registro dos atendimentos e guardar os prontuários.

Os ACS realizaram o levantamento do número de crianças de 0 a 72 meses, realizaram o agendamento prévio das consultas para o atendimento exclusivo de puericultura, preencheram os dados relacionados às condições de nascimento (contidas na caderneta) e o registro das vacinas na ficha espelho. Auxiliaram na busca ativa e na detecção de situações peculiares que necessitassem de intervenção médica (como crianças desnutridas ou mães que se negaram comparecer a UBS).

Os técnicos em enfermagem realizaram a mensuração do peso, atualizaram a suplementação de vitamina A e o calendário de imunizações.

A enfermeira, que também exerce a função de diretora da Unidade, convocou reuniões com a equipe, solicitando maior empenho no agendamento das consultas e na busca ativa dos faltosos. Também promoveu melhoria no pré natal, orientando sobre o benefício do aleitamento materno para ambos (mãe e filho) e sobre as manobras no mamilo para melhor desenvolvimento dos tubérculos de Montgomery e técnica correta de amamentação. Esclareceu ainda que o teste do pezinho deve ser realizado idealmente entre o 3º e 7º dia

de vida e neste momento a crianças já seria submetida à primeira consulta de puericultura.

A médica realizou o atendimento das crianças, realizando monitoramento do crescimento e desenvolvimento, forneceu aos responsáveis orientações sobre o aleitamento materno, alimentação na infância, cuidados com higiene bucal, prevenção de acidentes. Realizou o exame físico, mensurou o perímetro cefálico, altura (ou comprimento nos menores de 2 anos), IMC e transcreveu os dados obtidos para a ficha espelho e caderneta de saúde. Indicou a suplementação com vitamina A para as crianças com 6 a 59 meses, e ferro profilático com 6 aos 18 meses, complementou dados que algumas vezes não estavam preenchidos na ficha espelho. Verificou em cada caderneta quando seria a próxima data para vacinação, esclareceu o início do sulfato ferroso e vitamina A, a partir dos 6 meses para as mães das crianças que ainda não tinham atingido essa idade. Realizou agendamento da próxima consulta conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Estas ações tiveram um impacto na melhoria da qualidade da puericultura, as mães foram beneficiadas com o fornecimento de importantes informações; melhoria na qualidade do registro das informações e controle dos mesmos; elevação dos indicadores relacionados à imunização, suplementação de Vitamina A e ferro profilático.

Antes da intervenção o atendimento das crianças se caracterizava apenas pelo atendimento para resolução de problemas agudos. A melhoria dos registros relacionados às crianças e a possível análise de diversos indicadores permitiu realizar avaliação de risco e detecção precoce de problemas de saúde, como desnutrição e anemia. O atendimento longitudinal com envolvimento da equipe proporcionou melhoria do acolhimento.

As mães e/ou responsáveis se mostraram satisfeitos com o atendimento diferenciado que as crianças receberam. Os resultados da intervenção ainda são discretos e serão evidentes com a continuidade do atendimento e esclarecimento para toda a população. Como não há o hábito de serem recepcionados com ações preventivas, alguns usuários não compreendiam uma pessoa se consultar sem apresentar queixa alguma. Esta cultura já instalada merece uma atenção continuada para ser modificada.

Ao analisar tudo que já foi realizado, observamos alguns percalços e isso nos auxilia para melhorarmos o atendimento e guiar novas estratégias de ações programáticas. A intervenção teria sido facilitada se antes mesmo de iniciar os atendimentos tivéssemos realizado um encontro com a comunidade esclarecendo o programa e seus benefícios, alguns pais levavam os filhos sem entender o real objetivo do programa.

A atenção à saúde bucal será facilitada quando tiver odontologista atendendo na UBS (previsão para 2014), pois mesmo encaminhando as crianças com cáries nem sempre eles procuravam atendimento odontológico e no retorno referiam que ainda não tinha ido pela falta de tempo e/ou dificuldade em agendamento, mesmo com o encaminhamento. Podemos melhorar ainda ações relacionadas a execução de palestras, buscando elaborar um calendário e cumpri-lo, abordando os temas mais pertinentes de acordo com a população alvo.

Com a continuidade do trabalho precisamos atingir as crianças que ainda não estão cadastradas no programa e manter o atendimento das crianças que já realizam o acompanhamento. Maximizar a cobertura das micro-áreas, em especial a que apresentou os menores índices tendo em vista que a ACS estava de férias no último mês na intervenção e isso prejudicou o agendamento pela ACS e a busca ativa aos faltosos.

A incorporação da rotina ao serviço acarretará melhoria substancial da saúde da população e poderá servir como modelos para a implementação de outras ações de acordo com protocolos (como acompanhamento de hipertensos e diabéticos, pré-natal e puerperio).

### **4.3 Relatório da intervenção para os gestores**

Prezado Gestor do município de Feijó-Ac,

Durante 12 semanas foi realizado o atendimento em puericultura nas crianças com faixa etária de 0 a 72 meses na Unidade Básica de Saúde Diamantino Augusto Macedo. Tivemos um grande avanço nos indicadores de saúde das crianças da população adscrita.

Realizamos a capacitação da equipe para qualificarmos as ações em puericultura utilizando como base o Caderno de Atenção Básica “Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento”. A equipe passou a compreender que a promoção da saúde tem como base um atendimento qualificado e com um acompanhamento regular e cada profissional exerce um papel importante e complementar no funcionamento da UBS.

Foram realizadas ações de engajamento público com lideranças comunitárias. Realizamos a expansão através da conversa com figuras conhecidas do local. Ao identificar crianças com déficit de peso ofertamos leite e cereais para alimentação complementar.

O atendimento clínico das crianças foi realizado conforme previsto. Houve um período por semana exclusivo para puericultura. Dessa forma ficou marcante que há esta ação sendo desenvolvida de forma regular e contínua. Nos demais dias crianças também foram atendidas conforme a procura. No período da intervenção atendemos mais de 300 crianças, destas 116 fazem parte da população alvo. Foi realizada busca ativa nas situações em que o usuário não compareceu, fomos às casas para realizar o acompanhamento dos faltosos.

Dentre os expressivos valores que podemos citar foi o atendimento de 116 das 146 da área adscrita, correspondendo a uma cobertura de 79,5%, 38 (26%) crianças no 1º mês, ao final do 2º mês 80 (54,7%) e ao 3º mês 116 (79,5%). Nós tínhamos uma cobertura nula de puericultura, não existiam quaisquer dados disponíveis para avaliar como parâmetro. Ao realizar a puericultura maximizamos a cobertura vacinal, a suplementação de vitamina A e ferro profilático, identificamos crianças com fatores de risco e vulneráveis, como distúrbios nutricionais, enfatizamos a importância do aleitamento materno, o período ideal para realização do teste do pezinho, prevenção de acidentes, os cuidados de higiene. Isso traz como reflexo mais adiante a melhoria dos indicadores de saúde e da qualidade do serviço prestado, uma população satisfeita. Essa ação pode ser expandida para outras UBS, toda a população merece um atendimento qualificado.

Não foi possível realizar a triagem auditiva em nenhuma criança nascida no município de Feijó, não há os insumos necessários e nem a

atuação de um fonoaudiólogo para auxiliar. Também encontramos dificuldades para acompanhar as crianças com distúrbios nutricionais. Tendo em vista que o NASF será implantado no município e será fundamental a atuação de toda a equipe na busca do desenvolvimento das ações multiprofissionais.

Será de suma importância a implantação da equipe de saúde bucal no Diamantino Augusto Macedo. Tivemos muitas dificuldades para executar as ações nesta área, referenciamos os usuários com maiores necessidades e mesmo assim foi muito difícil ter um controle destas referências e não poderemos ofertar o atendimento a toda a população alvo. Com a instalação da saúde bucal no Diamantino teremos uma assistência facilitada para a comunidade local, as ações de saúde bucal foram difíceis pela ausência do profissional no local.

Um aspecto positivo que encontrei foi que depois de algumas semanas de intervenção algumas mães já entravam no consultório com a carteira atualizada, especialmente a suplementação de vitamina A, a qual foi massificada. As mães detinham conhecimento da imunização, mas não da suplementação da Vitamina A e do ferro profilático, exceto algumas crianças que receberam vitamina A em junho de 2013 na campanha que houve.

As ações de saúde em muito auxiliam para esclarecer à população da importância do serviço prestado. Espero que haja continuidade do trabalho ofertado e possamos maximizar as ações preventivas.

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

Queridos amigos,

É com muita alegria que escrevo a vocês, o povo que me acolheu, eu espero ter realizado no ano de 2013 um bom trabalho para vocês, ser médica para mim é um presente de Deus. Ter trabalhado em Feijó foi um grande prazer para mim. 2013 foi um ano de muito trabalho e quero explicar para todos o que foi a puericultura, o atendimento das crianças, o dia de atender meninos e meninas.

A saúde não é só procurar o médico quando estamos doentes, o bom é evitar a doença, nem sempre isso é possível, mas muitas vezes podemos evitar muitas coisas fazendo coisas simples, como lavar as mãos antes de comer. Esta foi a principal estratégia do nosso atendimento para os seus filhos, atuarmos em ações preventivas, através de orientações, consultas periódicas objetivando evitar o adoecimento diante de doenças preveníveis. Isso foi ofertado pelo convite e agendamento realizado pelos agentes comunitários de saúde.

Durante 3 meses eu fiz atendimento somente com crianças nas tardes das quartas-feiras, talvez alguns acharam ruim procurar atendimento e na tarde só as crianças saudáveis iam ter consulta. O nosso trabalho é sempre manter as crianças saudáveis, os seus filhos e parentes. Fizemos consultas de qualidade para vocês, para os seus filhos, vocês merecem o melhor.

Acompanhamos as suas crianças através dos dados antropométricos. Mas o que são dados antropométricos? É aquela parte da consulta que a gente mede a cabeça e o tamanho da criança e depois marcava na carteira de saúde. Olhamos as carteiras de vacinas para saber se estava tudo em dia, devo parabenizar muitas de vocês mães por cuidarem bem dos seus filhos. Também orientamos contra acidentes na infância como prevenção de quedas, o cuidado que temos que ter para que crianças não tenham contato com fogo.

Orientamos aos responsáveis sobre vitamina A que é dada a cada 6 meses, orientamos sobre aleitamento materno, o leite de cada uma de vocês mães é o ideal para os seus filhos. Passei receita de sulfato ferroso para prevenir anemia e expliquei o prejuízo que uma aparentemente simples anemia pode causar.

Encaminhei algumas crianças para o dentista e expliquei que não é porque são os dentes de leite que não devemos cuidar bem.

Eu espero de coração que vocês tenham gostado do trabalho que foi feito e desejo muita saúde a todos vocês.

Abraços,

Kárita

## 5. Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem

A experiência vivenciada no ano de 2013 no município de Feijó foi única e a realização da pós-graduação pela UFPel foi bastante positiva e me auxiliou na tomada de muitas decisões e atualização com relação aos temas mais prevalentes na Atenção Primária à Saúde (APS). A disponibilização de materiais excelentes e enriquecedores, a obrigatoriedade de executar leituras certamente foram de grande valia. Os casos clínicos e os testes de qualificação cognitiva (TQC) foram as atividades teóricas mais agradáveis de executar, em minha opinião.

Pude refletir e crescer pessoal e profissionalmente diante do contato com um universo diferenciado. No início no ano de 2013 somente duas UBS estavam com médicos e até o mês de junho havia UBS que não disponibilizavam atendimento médico, o trabalho estava sobrecarregado, ficava difícil pôr em prática o que estava estudando e sendo orientada, era uma situação delicada. Essas adversidades que nos impulsionam a crescer, pois a partir daí que devemos executar as ações conforme a realidade local, muitas das ações que devemos exercer e decisões não estão em livros e aí que vem todo o discernimento e como devemos aplicar o conhecimento adquirido diante das limitações.

A maioria dos usuários que atendia diariamente não era da população adscrita. O déficit de generalistas e a ausência de especialistas no município me proporcionou ter contato com usuários de todas as classes sociais, um rico universo de realidades distintas. O atendimento realizado em ramais e aos ribeirinhos me fez entrar em contato com uma população muito carente e vulnerável e me conduziu a reflexões profundas. Uma população acolhedora e que muitos reconheceram o meu trabalho.

Fico feliz ao saber que ofertei à população um atendimento diferenciado. Pude ver a evolução favorável de muitos usuários e o carinho e gratidão nos olhos de cada um. Em momentos difíceis essas lembranças são alavancadoras para continuar. A vontade de fazer o diferencial em um lugar tão longínquo e com necessidades básicas era a minha energia para exercer o



trabalho com alegria, cordialidade e dedicação. Conheci pessoas maravilhosas em Feijó e que quero levar para toda vida.

Não posso deixar de mencionar quantas vezes forem necessárias sobre o papel fundamental que minha orientadora exerceu, realmente essa me orientou, foi ativa, atuante, me aconselhou, cobrou e soube compreender todas as dificuldades pessoais e profissionais que passei no período que estava em Feijó.

Hoje me vejo como uma pessoa mais madura, uma médica mais sensível. A experiência vivenciada foi ótima e deixará saudades. Espero que a população sempre receba um atendimento de qualidade.

## **Bibliografia**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Gerência de Saúde Comunitária Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos**. Porto Alegre, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – Censo demográfico 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=120030&search=||info%20gr%20-%20informa%20-%20completas>> Acesso em: 22 setembro 2013

**ANEXOS**



## Ficha espelho - verso

### ANEXO B: Documento do Comitê de Ética



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

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

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

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

Prezada Pesquisadora;

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

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

### ANEXO C: Planilha de Coleta de dados

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	<b>Indicadores de Saúde da Criança - Mês 3</b>										
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança entre 6 e 72 meses frequenta creche foco da intervenção na área de abrangência da unidade de saúde?	A criança participou de ação coletiva de exame bucal?	A criança realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança foi classificada como alto risco de saúde bucal?	A criança faltou à consulta agendada?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
694		691		0							
695		692		0							
696		693		0							
697		694		0							
698		695		0							
699		696		0							
700		697		0							
701		698		0							
702		699		0							
703		700		0							
704	Soma automática					13	0	0	8	2	29
705	Total de crianças entre 6 e 72 meses			106			0		8		
706	Total de crianças entre 6 e 18 meses			26			0				
707	Total de crianças entre 36 e 72 meses			52			0				

**Planilha de coleta de dados - Aba da planilha de coleta de dados com as informações a serem colhidas mensalmente (colunas A a K).**

	A	B	C	L	M	N	O	P	Q	R
1	<b>Indicadores de Saúde da Criança - Mês 3</b>									
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta?	Número de consultas odontológicas não realizadas	Número de buscas realizadas às crianças faltosas às consultas odontológicas	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 = Nenhuma	0 = Nenhuma	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
690		687		0						
691		688		0						
692		689		0						
693		690		0						
694		691		0						
695		692		0						
696		693		0						
697		694		0						
698		695		0						
699		696		0						
700		697		0						
701		698		0						
702		699		0						
703		700		0						
704	Soma automática			25	0	0	116	6	5	2

**Planilha de coleta de dados - Aba da planilha de coleta de**

**dados com as informações a serem colhidas mensalmente (colunas L a R).**

	A	B	C	S	T	U	V	W	X	Y
1	<b>Indicadores de Saúde da Criança - Mês 3</b>									
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 18 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi realizada triagem auditiva na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança participou de ação coletiva de escovação supervisionada com creme dental?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
690		687		0						
691		688		0						
692		689		0						
693		690		0						
694		691		0						
695		692		0						
696		693		0						
697		694		0						
698		695		0						
699		696		0						
700		697		0						
701		698		0						
702		699		0						
703		700		0						
704	Soma automática			2	116	104	26	3	54	0

**Planilha de coleta de dados - Aba da planilha de coleta de dados com as informações a serem colhidas mensalmente (colunas S a Y).**

	A	B	C	Z	AA	AB	AC	AD	AE	AF
1	<b>Indicadores de Saúde da Criança - Mês 3</b>									
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança está com tratamento odontológico concluído?	A criança está com registro adequado na ficha espelho?	Foi realizada avaliação de risco na criança?	A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância?	A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura?	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional individual na unidade de saúde de acordo com a faixa etária?	A mãe (responsável) recebeu orientação coletiva na creche sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
690		687		0						
691		688		0						
692		689		0						
693		690		0						
694		691		0						
695		692		0						
696		693		0						
697		694		0						
698		695		0						
699		696		0						
700		697		0						
701		698		0						
702		699		0						
703		700		0						
704	Soma automática			4	101	112	113	13	113	0

**Planilha de coleta de dados - Aba da planilha de coleta de dados com as informações a serem colhidas mensalmente (colunas Z a AF).**

	A	B	C	AG	AH	AI
1	<b>Indicadores de Saúde da Criança - Mês 3</b>					
2	Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A mãe (responsável) recebeu orientação <b>individual</b> na unidade de saúde sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?	A mãe (responsável) recebeu orientação <b>individual</b> na unidade de saúde sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias?	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional <b>coletiva</b> na creche?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
689		686		0		
690		687		0		
691		688		0		
692		689		0		
693		690		0		
694		691		0		
695		692		0		
696		693		0		
697		694		0		
698		695		0		
699		696		0		
700		697		0		
701		698		0		
702		699		0		
703		700		0		
	<b>Soma</b>					

**Planilha de coleta de dados - Aba da planilha de coleta de dados com as informações a serem colhidas mensalmente (colunas AG a AI).**



