

Universidade Aberta do SUS - UNASUS  
Universidade Federal de Pelotas  
Especialização em Saúde da Família  
Modalidade a Distância  
Turma 4



**Melhora da Atenção à Saúde da Criança no Polo Base Makira –  
Itacoatiara/ AM**

**Thyanne Louzada Ferreira**

Pelotas, 2014

**Thayanne Louzada Ferreira**

**Melhora da Atenção à Saúde da Criança no Polo Base Makira –  
Itacoatiara/ AM**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família Modalidade EaD da Universidade Aberta do SUS – Universidade Federal de Pelotas, como requisito à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Fernanda Vargas Ferreira

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

F383m Ferreira, Thyanne Louzada

Melhora da atenção à saúde da criança no Pólo Base  
Makira - Itacoatiara / AM / Thyanne Louzada Ferreira ;  
Fernanda Vargas Ferreira, orientadora. — Pelotas, 2014.  
86 f.

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. Saúde bucal. I. Ferreira, Fernanda  
Vargas, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

## **Dedicatória**

Dedico esse trabalho a todas as crianças indígenas do Polo Base Makira que muito auxiliaram em meu crescimento pessoal e profissional proporcionando-me uma experiência única e, ainda, em agradecimento a todos o carinho, sorrisos e abraços que recebi durante esse tempo.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente a Deus por ter guiado todos os meus caminhos até aqui.

À minha família por ter sido instrumento de Deus na minha formação pessoal e meu porto seguro.

Ao meu noivo por tantos ensinamentos, ajuda, companheirismo e dedicação em me ajudar em todos os momentos.

À minha orientadora a qual foi incansável, atenciosa e minha grande estimuladora a seguir com a pós-graduação apesar de tantos problemas enfrentados.

## Lista de Figuras

<b>Figura 1:</b> Polo Base Makira	13
<b>Figura 2:</b> Recepção do Polo Base Makira	14
<b>Figura 3:</b> Consultório odontológico	15
<b>Figura 4:</b> Consultório médico (vista panorâmica)	16
<b>Figura 5:</b> Autora durante transporte no bote até as aldeias	17
<b>Figura 6:</b> Proporção de crianças inscritas no programa na UBS	58
<b>Figura 7:</b> Proporção de crianças com consulta na primeira semana de vida	59
<b>Figura 8:</b> Proporção de crianças com monitoramento de crescimento	61
<b>Figura 9:</b> Proporção de crianças com monitoramento do desenvolvimento	63
<b>Figura 10:</b> Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade	64
<b>Figura 11:</b> Proporção de crianças com suplementação de ferro	65
<b>Figura 12:</b> Proporção de crianças com triagem auditiva	66
<b>Figura 13:</b> Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida	67
<b>Figura 14:</b> Proporção de crianças com registro atualizado	68
<b>Figura 15:</b> Proporção de crianças com avaliação de risco	69
<b>Figura 16:</b> Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância	70
<b>Figura 17:</b> Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta	71
<b>Figura 18:</b> Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária	72
<b>Figura 19:</b> Proporção de crianças cujas mães receberam orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção de cárie	73
<b>Figura 20:</b> Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias	74
<b>Figura 21:</b> Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene corporal	75

## Lista de abreviaturas/Siglas

AB – Atenção básica  
AIS - Agente Indígena de Saúde  
AM – Amazonas  
APSI – Atenção Primária a Saúde Indígena  
ASB – Auxiliar de Saúde Bucal  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CLT – Consolidação das leis trabalhistas  
DSEI – Distrito de Saúde Especial Indígena  
DST – Doença Sexualmente Transmissível  
EAD – Ensino a distância  
ESF – Estratégia Saúde da Família  
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica  
HIPERDIA – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos.  
HIV – Vírus da Imunodeficiência Adquirida  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IMC – Índice de Massa Corpórea  
MS – Ministério da Saúde  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
PBM – Polo base Makira  
PCCU – Preventivo de Câncer de Colo Uterino  
PNAB – Política Nacional de Atenção Básica  
PNI – Programa Nacional de Imunização  
PROVAB – Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica  
PSF – Programa Saúde da Família  
SESAI – Secretaria Especial de Saúde Indígena  
SIASI – Sistema de Informação da Atenção da Saúde Indígena  
SUS – Sistema Único de Saúde  
UBS – Unidade Básica de Saúde  
UFPel – Universidade Federal de Pelotas  
UNASUS – Universidade Aberta do SUS  
TCC – Trabalho de conclusão de curso

## Sumário

<b>APRESENTAÇÃO</b>	
<b>1. ANÁLISE SITUACIONAL</b>	10
1.1. Texto Inicial sobre a Situação da ESF/ AB	10
1.2. Relatório da Análise Situacional	10
1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
<b>2. ANÁLISE ESTRATÉGICA</b>	25
2.1. Justificativa	25
2.2. Objetivos e Metas	25
2.2.1 Objetivo geral	25
2.2.2 Objetivos específicos	26
2.2.3 Metas	26
2.3. Metodologia	28
2.3.1 Ações	29
2.3.2 Indicadores	41
2.3.3 Logística	47
2.3.4 Cronograma	51
<b>3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO</b>	52
3.1 Ações Previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.	53
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.	54
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.	55
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.	56
<b>4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO</b>	57
4.1. Resultados	57



4.2. Discussão	76
4.3. Relatório da intervenção para os Gestores	78
4.4. Relatório da intervenção para a Comunidade	80
<b>5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM</b>	82
<b>6. BIBLIOGRAFIA</b>	83
<b>ANEXOS</b>	84

## RESUMO

FERREIRA, Thyanne Louzada. Melhora da Atenção à Saúde da Criança no Polo Base Makira – Itacoatiara/ AM. 2014. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O cuidado com a Saúde da Criança se constitui como prioridade na Atenção Básica, sendo assim, fundamental que a atenção e a assistência sejam integrais, acolhedoras e humanizadas. Associado à necessidade de atender às singularidades, o Ministério da Saúde estruturou o Subsistema de Atenção à Saúde Indígena que gerou a construção dos polos base nas áreas indígenas. Assim, frente à realidade da região norte, esta intervenção objetivou qualificar a Saúde da Criança no Polo Base Makira, Itacoatiara/Amazonas que apresentou em sua área de abrangência 147 crianças de 0 a 72 meses. Objetivaram-se ampliação da cobertura e da adesão para 100% das crianças; registro das informações em 100% dos prontuários; mapeamento de 100% crianças de risco e promoção de Saúde para todas as crianças. Dessa forma, foram estabelecidos objetivos, metas e indicadores a fim de avaliar a intervenção que ocorreu em quatro semanas, considerando-se o processo de trabalho no polo. Como resultados, foram atendidas 120 crianças (81,6%) entre 0 e 72 meses com o aprimoramento de atividades como monitoramento do crescimento de 93 (77,5%) e desenvolvimento de 80 crianças (66,7%), vacinação de 56 crianças (46,7%), suplementação de ferro em 17 crianças (73,9%), triagem auditiva de 23 crianças (19,2%) e teste do pezinho de 51 crianças (42,5%). Destaca-se a necessidade de se investir na realização de atividades coletivas de educação em saúde, no registro de informações e na busca ativa. Pode-se concluir que embora nem todas as metas tenham sido alcançadas, houve uma melhora da Saúde da Criança Indígena no polo, provendo, assim, uma atenção e assistência qualificadas.

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

## APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso (TCC) de Pós-Graduação – Especialização em Saúde da Família – Modalidade Educação à distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e Universidade Aberta do SUS (UNASUS). Realizou-se uma intervenção intitulada “*Melhora da Atenção à Saúde da Criança no Polo Base Makira – Itacoatiara/ AM*”.

O volume está organizado em seis unidades, iniciando-se pela Análise Situacional com vistas a identificar a realidade da Saúde Indígena.

A segunda parte consiste na Análise Estratégica com o propósito de elaborar um projeto de intervenção fundamentado pelo diagnóstico situacional.

A terceira parte consta do Relatório da Intervenção que foi formatado com o intuito de traçar um panorama geral da Saúde da Criança no polo.

Na quarta parte encontram-se a Avaliação dos Resultados da Intervenção e sua Discussão ilustrando-se através de indicadores de saúde e respectivos gráficos.

Na quinta seção consta a Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem durante o curso.

Na sexta e última seção se apresentam os anexos que foram os instrumentos para realização da intervenção e a bibliografia com o fim de embasar o trabalho.

## **1. ANÁLISE SITUACIONAL**

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

Como estou lotada para o Distrito de Saúde Especial Indígena (DSEI) - Manaus pelo Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), trabalho com comunidades indígenas em dois polos diferentes, o Beija-flor que prove suporte a cinco aldeias e o Makira que abrange 11 aldeias indígenas.

Minhas equipes em ambos os polos, são compostas por dois médicos, dois enfermeiros, quatro técnicos de enfermagem, um dentista, um microscopista indígena e agentes indígenas de saúde (AIS), sendo que, quando na área, visitamos as aldeias indígenas.

Durante as visitas às aldeias, visitamos os usuários em domicílio ou comunicamos antecipadamente nossa visita e marcamos um local de encontro para todas as famílias. Trabalhamos os programas de Pré-natal, Programa de controle de hipertensão e diabetes (HIPERDIA), saúde da criança, saúde da mulher, saúde do idoso, saúde do homem e imunização, incluindo as vacinas especiais que não fazem parte do programa nacional de imunização.

Por não trabalharmos em um local fixo, não temos como separar um dia para cada programa. Nossas comunidades indígenas possuem um estoque grande e amplo de medicações, muito diferente das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Manaus.

Os integrantes de nossas equipes são muito unidos, de forma que fica muito fácil ter um entendimento e atendimento multiprofissional.

### **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Ministério da Saúde (MS) é o órgão do Poder Executivo Federal responsável pela organização e elaboração de planos e políticas públicas voltados para a promoção, prevenção e assistência à saúde dos brasileiros, tendo como missão: "Promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania". É composto por seis secretarias, responsáveis por elaborar, propor e implementar as políticas de

saúde, sendo, assim, as executoras das atividades finalísticas do órgão (MS, 2011).

A Secretaria Especial de Saúde Indígena (SESAI) é uma das seis secretarias do MS, criada para coordenar e executar o processo de gestão do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena (SasiSUS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) – em todo o Território Nacional (MS, 2011).

A SESAI tem como missão principal o exercício da gestão da saúde indígena, no sentido de proteger, promover e recuperar a saúde dos povos indígenas, bem como orientar o desenvolvimento das ações de atenção integral à saúde indígena e de educação em saúde segundo as peculiaridades, o perfil epidemiológico e a condição sanitária de cada DSEI, em consonância com as políticas e programas do SUS (MS, 2013).

Funcionalmente, a SESAI deve coordenar e avaliar as ações de atenção à saúde no âmbito do SasiSUS, além de promover a articulação e a integração com os setores governamentais e não governamentais que possuem interface com a atenção à saúde indígena (MS, 2013).

Em relação ao controle social, a SESAI promove e apóia o fortalecimento e o exercício pleno do controle social no Subsistema de Atenção à Saúde Indígena, por meio de suas unidades organizacionais (MS, 2013).

O DSEI é a unidade gestora descentralizada do SasiSUS. Trata-se de um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço etno-cultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativo-gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social (MS, 2014).

No Brasil são 34 DSEIs divididos estrategicamente por critérios territoriais e não, necessariamente, por estados, tendo como base a ocupação geográfica das comunidades indígenas (MS, 2014). Dentre os 34, há o DSEI Manaus, localizado em Manaus - Amazonas com atuação na capital e em algumas cidades vizinhas, como Itacoatiara.

Itacoatiara é um município do estado do Amazonas com um território de 8.892,038 km<sup>2</sup>, distante 260 km da capital Manaus, com uma população de 86.839 habitantes, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Consta em seu território com uma unidade básica de saúde (UBS) tradicional, nove unidades de Estratégia em Saúde da Família (ESF) e atendimento odontológico, um centro de especialidade odontológica, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um hospital geral e um polo base de saúde indígena. (IBGE, 2013)

Trabalho no Polo Base Makira, de saúde indígena, situado na zona rural do Município de Itacoatiara. Para acesso ao polo, é necessário percorrer 50 km em estrada, a partir de Itacoatiara, até às margens do rio Urubu onde se embarca em um bote e se chegamos ao local em 20 minutos. É um polo sob a direção e coordenação do DSEI Manaus e vinculada ao SUS com sistema de referência localizado principalmente nos municípios de Itacoatiara e Manaus. Apresenta peculiaridades locais e culturais, o que gera diferença entre um polo base e uma UBS, considerando a estrutura, a organização e as atividades.

O polo possui uma única equipe composta por dois médicos, dois enfermeiros, quatro técnicas de enfermagem, uma odontóloga, um técnico de saúde bucal, dez AIS, uma microscopista, um motorista terrestre e um fluvial. Os dois médicos possuem contrato pelo PROVAB, Programa do Ministério da Saúde e os demais integrantes são contratados em regime de trabalho conforme a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) pela Organização não-governamental Missão Evangélica Caiuá. Trabalhamos com a Atenção Primária em Saúde Indígena (APSI), com modelo semelhante à de uma ESF e com alguns procedimentos de urgência básicos como suturas e traumas leves.

Devido a se caracterizar como uma região rica em rios, nosso principal meio de transporte é o fluvial, em um bote de alumínio com motor de 50 HP e capacidade para cinco pessoas além do motorista, com o qual fazemos visitas a dez aldeias. Utilizamos ainda transporte terrestre disponibilizado pelo DSEI Manaus, juntamente com transporte fluvial, para visitas a uma aldeia. No total, o polo abrange onze aldeias indígenas.

O polo base Makira é uma construção situada às margens do Rio Urubu no Amazonas, sendo que, em decorrência dos regimes de seca e cheia do rio,

utiliza-se uma escada de acesso, visto que, se forma uma grande lacuna entre as águas e a terra firme. Nossa população necessita se deslocar em botes a fim de dirigir-se ao polo, o que já delinea uma barreira aos usuários com alguma limitação físico-funcional.



Figura 1: Polo Base Makira. Fonte: Autor, 2014.

O polo base se distingue de uma UBS por apresentar uma área voltada à atenção em saúde e uma outra com dormitórios e cozinha para o dia-a-dia da equipe. Tais singularidades originam-se da dificuldade de acesso e da distância do município de Itacoatiara, o que gera, por consequência, a estada da equipe no polo.

Do ponto-de-vista estrutural, o polo é uma construção antiga, em madeira, com uma grande varanda nas laterais e de frente uma linda vista do rio. Todo o piso é de cerâmica antiderrapante, incluindo a varanda. O polo é recoberto por telhado, sem uma laje, sendo todos os ambientes internos forrados à base de PVC.

É constituído por um consultório médico, que funciona também como sala de arquivo e de medicação; um consultório odontológico, funcionando também como sala de esterilização; uma enfermaria com quatro leitos (atualmente desativada) e um banheiro para usuários; uma sala de microscopia com um microscópio; uma farmácia com uma pequena janela para a recepção, por onde é realizada a dispensação de medicamentos; três dormitórios, sendo um deles com área informatizada para armazenamento de dados; um banheiro

para funcionários, uma copa grande e uma cozinha com área de serviço acoplada.

Quase todos os ambientes contêm janelas amplas, com telas de proteção contra mosquitos, com exceção do banheiro de funcionários, que apresenta apenas uma abertura no forro de PVC provendo acesso ao telhado. A iluminação dos ambientes é de luz natural durante o dia, no entanto, com pouca luz artificial durante a noite, dificultando o atendimento médico e exame clínico em ocasionais urgências simples noturnas.

Ademais, o polo não apresenta ambientes como salas de esterilização, nebulização, escovário, lavagem e descontaminação de material, reuniões e educação em saúde, utilidades, vacina e para os AIS, sinalizando precariedade quanto à estrutura interna para o atendimento adequado à população. Tais déficits interferem na realização de atividades de prevenção na comunidade. Ademais, a ausência de sala para os AIS se justifica pelo fato de que os agentes moram nas aldeias, comparecendo de forma não frequente ao polo.

Tratando-se de materiais de consumo e permanentes, há uma escassez no polo Makira, destacando-se antropômetro, estetoscópio de Pinard, foco de luz, geladeira para vacina, nebulizador, negatoscópio, oftalmoscópio, otoscópio, sonar, esfigmomanômetro de mercúrio, mesa para recepção e cadeiras para os usuários. Ainda, existe uma insuficiência e/ou baixa quantidade, ilustrando-se através de uma autoclave não funcional, balança, glicosímetro, mesa de exame clínico, microscópio e apenas dois tensiômetros digitais.



Figura 2: Recepção do Polo Base Makira. Fonte: Autor, 2014.



Nosso consultório odontológico compõe-se de poucos materiais como uma cadeira odontológica sem refletor, um mocho odontológico, instrumentais para exame clínico e urgência, um sugador não funcional e um pequeno compressor. Como possíveis justificativas para a insuficiência de materiais e para o déficit em relação à manutenção, por exemplo, decorra da distância entre o polo e o DSEI em Manaus, bem como pela ausência de meios de comunicação como telefone e internet. Ademais, a qualidade do sinal é baixa, o que tende a comprometer a interação entre os profissionais e a gestão.



Figura 3: Consultório odontológico. Fonte: Autor, 2014.

Em relação à medicação, existe no polo uma variedade comparando-se às UBSs da capital, todavia, ainda há uma escassez a determinados medicamentos como digoxina, anticoncepcionais orais e injetáveis, bem como lidamos com uma quantidade insuficiente de fármacos como anti-hipertensivos e analgésicos. Tal situação nos instiga a realizar alianças com os municípios próximos, de outras esferas governamentais, contudo, acredito que o mais correto seria que a SESAI fornecesse meios para uma atenção à saúde de forma integral.

Ao considerarmos a população indígena, é importante comentar que seguimos o calendário vacinal específico, que inclui vacina para varicela e Pneumocócica 23 valente. Trabalhamos ainda com testes rápidos para o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Hepatite B, Sífilis e Malária, o que é positivo, devido à dificuldade de transporte para os municípios próximos. No

entanto, para os demais exames laboratoriais, de imagem e encaminhamentos a especialistas e pronto-socorro, os usuários necessitam comparecer aos municípios mais próximos para um agendamento.

Uma outra limitação que encontramos é a utilização de um mesmo ambiente para consulta médica, armário de prontuário e sala de medicação, interferindo no atendimento médico e na privacidade do usuário. Dentre possíveis resoluções podemos pensar em biombos, entretanto, o ideal seria separar as funções em ambientes específicos.



Figura 4: Consultório médico (vista panorâmica). Fonte: Autor, 2014.

Em linhas gerais, o polo Makira está distante da estrutura adequada de uma UBS/ESF, no entanto, por não ser utilizado com frequência pelos usuários, uma vez que, a maior parte das consultas são intra-domiciliares, o mesmo se apresenta disponível para um pequeno número de atendimentos. Ainda, como prioridades citam-se uma sala de nebulização com balas de oxigênio; escovário para educação em saúde bucal; sala de lavagem e descontaminação principalmente de materiais odontológicos; sala de vacina, uma vez que, a imunização é o maior foco da saúde indígena; construção de novas salas para arquivo e sala da medicação para possibilitar privacidade à consulta médica, considerando medidas a curto/médio prazo.

Ademais, outros fatores interferem quanto à disponibilidade de equipamentos e à administração do polo pelo DSEI, como a burocracia para a aquisição, a distância do polo ao município mais próximo e o meio de transporte fluvial. Dessa forma, acredito que a união da equipe, o despertar de nosso espírito crítico, a comunicação com a comunidade indígena e lideranças das aldeias nos ajudaria a promover um engajamento frente aos gestores.

Trabalhamos prioritariamente com visitas domiciliares devido à estrutura do polo e à distância das aldeias, o que gera, por consequência, adaptações de locomoção como a via fluvial através de um bote com motor 50 HP que atinge as aldeias em torno de dez minutos, ao passo que, os usuários utilizam outros botes que tendem a aumentar o tempo de deslocamento e geram maior desgaste físico e mental.



Figura 5: Autora durante transporte no bote até as aldeias. Fonte: Autor, 2014.

Ainda quanto à adesão dos usuários, a equipe de enfermagem e os AIS realizam buscas ativas, identificando usuários com restrição de locomoção, por exemplo, a fim de agendar visitas domiciliares. No entanto, esse cuidado não é exclusivo para esse perfil de usuário, pois, a equipe apresenta, em sua rotina, visitas a locais públicos como escolas a fim de motivar usuários e familiares à atenção em saúde.

Nas visitas domiciliares são realizadas orientações, acompanhamento de problemas de saúde, aferição dos sinais vitais, consultas médica e de enfermagem, entrega de medicamentos, revisão puerperal e vacinação. Entretanto, apresentamos limitações como impossibilidade de realizar exames laboratoriais. Caso algum usuário necessite de consultas com especialistas, exames ou atendimento de urgência, os mesmos são encaminhados ao setor secundário do SUS de municípios próximos, no entanto, não utilizamos protocolos específicos para tal demanda.

Os profissionais participam de atividades de qualificação, contudo, apenas os técnicos de enfermagem e os enfermeiros tiveram acesso a essas, bem como, não existe uma rotina de reuniões, o que tende a comprometer a organização do processo de trabalho e o planejamento de ações.

O acolhimento é realizado por toda a equipe, entretanto, os profissionais que mais participam são os médicos e os enfermeiros. Ademais, é importante contextualizar que tal atitude ocorre prioritariamente em nível domiciliar, junto às consultas médicas e da enfermagem, por meio, como já mencionado, de uma identificação dos usuários realizada pelos AIS.

Nossa área abrange uma população de 794 usuários indígenas divididos em 11 aldeias e com uma estimativa de perfil demográfico de 389 do sexo masculino e 405 do sexo feminino. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB, 2011) uma equipe da ESF deve prover assistência a cerca de 2500 indivíduos (até 3000 pessoas), em sua área de abrangência. Dessa forma, apenas uma equipe de ESF é o suficiente para nossa missão, o que está em acordo com o MS.

Com relação à distribuição de população por faixa etária, apresentamos dificuldade de realizar um levantamento fidedigno, já que, não possuímos prontuários de todos os usuários. Frente a essa limitação, está previsto para o mês de julho de 2013 um censo a fim de atualizar os dados. Também não existem dados acerca do sexo, contudo, parece-me que há uma predominância de usuárias, possivelmente, pela maior procura do sexo feminino, sinalizando um maior auto-cuidado.

Nossa forma de trabalho busca seguir os programas prioritários da ESF, porém, atualmente apenas o HIPERDIA, o Pré-Natal e o PCCU estão funcionando razoavelmente; os demais programas (Puericultura, Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Prevenção de câncer de mama) se apresentam deficitários, possivelmente, pelas restrições já mencionadas.

A respeito da Puericultura, nossa forma de registro não permite o levantamento apurado dos dados do total de crianças de zero a 72 meses em nossa área até o momento. Trabalhamos com uma estimativa de 147 crianças nessa faixa etária. Nossos indicadores de qualidade de saúde em puericultura estão abaixo do esperado, por exemplo, nenhuma criança está com o número

de consultas em dia de acordo com o estipulado pelo MS, possivelmente pelo não agendamento, o que pode contribuir para a não continuidade das consultas.

Ainda, calculamos uma média de 50% de consultas de puericultura na primeira semana de vida da criança, visto que, a maioria das puérperas não se encontra em suas casas/aldeias com seus recém-nascidos. Também devido à questão geográfica, à distância entre as aldeias e o polo, à dificuldade de transporte (apenas fluvial), à escassez de combustível, as informações acerca dos partos só são repassadas à equipe após os mesmos; ademais, caso a criança esteja sadia, não há o repasse dessas informações.

Outros indicadores que se apresentam deficitários, devido a essas justificativas, são o teste do pezinho antes dos sete dias de vida e o controle de triagem auditiva. Entretanto, trabalhamos com o controle de crescimento e desenvolvimento em todas as consultas realizadas bem como o sistema de vacinação ocorre de forma satisfatória. Com relação à saúde bucal na puericultura, a dentista tem realizado apenas a parte de prevenções/orientações e atendimentos de urgências em decorrência da escassez de materiais odontológicos, esterilização e do meio de transporte.

Como possíveis resoluções acerca da puericultura, tanto da cobertura quando dos indicadores de saúde, há necessidade de implantação de atividades/ações, como a criação de um arquivo exclusivo a fim de haver um maior controle de acompanhamento das crianças e a conscientização dos AIS sobre a importância de notificar, o mais precocemente possível, a equipe de profissionais sobre os recém-nascidos.

Com relação ao atendimento pré-natal, temos atualmente cinco gestantes em nossa área, uma prevalência menor que o esperado de 12 gestantes, o que pode decorrer das possíveis justificativas como não há a procura por atendimento, especialmente na presença de amenorréia, que pode ser indicativa de gravidez, mas, não confirma seu diagnóstico e a migração das usuárias para novas aldeias.

Não seguimos nenhum protocolo, todavia, ocorre o registro mensal dos dados em prontuário e no cartão da gestante. Também como limitação à procura, não há privacidade quanto ao atendimento pré-natal em domicílio, já

que, a maioria das habitações apresenta apenas dois cômodos e geralmente a presença do médico instiga a atenção dos vizinhos, resultando em um aglomerado de pessoas. Ademais, a atenção bucal é realizada por meio de orientações, visto que, não existem materiais odontológicos suficientes para as condutas odontológicas.

Dentre as possíveis estratégias a fim de melhorar a cobertura e os indicadores, cito a capacitação dos profissionais da equipe, incluindo os AIS, a inclusão de protocolos de atendimento, a melhoria da infra-estrutura, a fim de prover maior privacidade e conforto para as gestantes e o encaminhamento o mais precoce possível acerca de possíveis casos de gravidez.

No que concerne à prevenção do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama, essas são realizadas durante os atendimentos nas aldeias seguindo os protocolos do MS, sempre que possível. Os enfermeiros realizam a coleta do exame colpocitológico e os médicos solicitam exames como mamografia, especialmente para as usuárias na faixa etária de risco, porém, devido às dificuldades de acesso, ocorre uma demora tanto na realização quanto no retorno dos resultados.

A cobertura está bem abaixo do preconizado pelo MS, uma vez que, temos barreiras culturais/étnicas e limitações geográficas, entretanto, é importante comentar que no polo não existe uma organização sistematizada dos exames de citologia oncótica e de mamografia, o que também pode influenciar na fidedignidade dos dados. A escassez de prontuários e a falta de hábito da equipe de enfermagem em realizar esse registro nos impossibilitaram de ter valores reais de cobertura prévia.

Em relação aos indicadores da qualidade do serviço, os mesmos também estão baixos, como a não informação sistematizada sobre as doenças sexualmente transmissíveis (DST), além da dificuldade na coleta e acompanhamento, ocorre uma lentidão quanto ao retorno dos exames, todavia, o ponto-chave para o diagnóstico o mais precoce possível consta no resultado advindo do laboratório, uma vez que, o mesmo não aponta se a amostra coletada é positiva ou negativa para essa neoplasia, sinalizando apenas aspectos relacionados à flora vaginal, à presença de processo inflamatório, por exemplo.

A cobertura do PCCU está abaixo das recomendações do MS, presumivelmente, pela questão do sexo dos profissionais da Enfermagem e da Medicina, já que, ainda existe uma restrição na relação profissional-usuária, especialmente sobre a genitália. Entretanto, há três meses, eu como médica junto a uma enfermeira realizamos a coleta para colpocitologia oncótica, o que pode ter influenciado sobre a adesão ao exame, pois, somente nos meses de abril e maio, realizaram-se cerca de 80 preventivos.

A partir dessas considerações, como possíveis ações a fim de incrementar a cobertura e os indicadores, constam um maior acolhimento e conscientização das usuárias quanto à importância da prevenção de neoplasias femininas, a melhora na infra-estrutura do polo, o aperfeiçoamento da equipe sob o prisma da educação em saúde, a realização de parcerias com outros laboratórios a fim de que os laudos sejam encaminhados rapidamente e com qualidade e a organização de prontuários específicos como fonte de dados.

Em relação à prevenção e controle do câncer de mama, os dados e os indicadores sinalizam uma vulnerabilidade, uma vez que, não há privacidade domiciliar quanto ao exame clínico das mamas, por exemplo, pelas justificativas já mencionadas anteriormente. Outro fator restritivo se encontra na dificuldade de realização de mamografias, visto que, tal exame está disponível nos municípios vizinhos, o que requer das usuárias deslocamentos. Tal situação repercute no diagnóstico precoce dessa neoplasia, seja benigna ou maligna.

Dessa forma, como estratégias se citam a conscientização dos familiares e comunidade em geral sobre a necessidade de privacidade nas consultas domiciliares, tanto para fins de anamnese quanto na realização do exame médico e na educação sobre o auto-exame.

Um dos programas que conseguimos implantar no polo foi direcionado aos usuários hipertensos e/ou diabéticos através da organização de arquivos de todas as aldeias, o que permitiu a realização de uma análise dos dados. Atualmente, temos 19 hipertensos e oito diabéticos em nossa área de abrangência, sendo que, como possíveis razões para tais dados decorrem da

ineficiência quanto à busca ativa, às aferições contínuas da pressão arterial e à dosagem de glicemia capilar.

Também é importante contextualizar que essa população apresenta hábitos alimentares distintos aos das grandes cidades, cuja alimentação é rica em aditivos e uma prevalência pequena de indivíduos com sobrepeso/obesos, o que também pode poderia justificar essa cobertura. Ademais, culturalmente, os usuários somente buscam atendimento médico em caso de doença que interfira nas atividades cotidianas bem como, estruturalmente, estamos sem um glicosímetro, o que limita o diagnóstico e o acompanhamento dos usuários diabéticos.

Como rotina nas consultas, sempre realizamos orientação nutricional, prática regular de atividade física e estratificação de risco cardiovascular, porém em relação aos dois primeiros itens, há grande dificuldade de aceitação devido à cultura local, o que dificulta a adesão. Também não ocorre atraso de consultas, já que, não trabalhamos com agendamento e sim com visitas domiciliares mensais.

Dentre possíveis estratégias, teorizam-se capacitação aos AIS e aos técnicos de enfermagem para a adequada execução da aferição da pressão arterial, incremento a busca ativa, aquisição de glicosímetros com sua manutenção e ações educativas acerca das possíveis complicações associadas a ambas as condições clínicas, como acidente vascular encefálico e pé diabético. Outras considerações acerca do programa se relacionam a necessidade de otimizar a realização de exame físico dos pés e avaliação bucal, pelas já mencionadas justificativas relativas à restrição de materiais odontológicos, por exemplo.

A Saúde do Idoso ocorre nesse polo, ainda que, os dados sejam estimados, considerando as circunstâncias de precariedade quanto aos registros e à ausência do cartão do idoso. Os indígenas idosos, na maioria das vezes, buscam manter suas atividades laborais na roça, somente, interrompem suas ações quando o organismo não permite a continuidade, isto é, possivelmente um fator cultural esteja associado a essa atitude.

Pode-se comentar que, como os atendimentos são domiciliares, tende haver uma cobertura adequada, além disso, estipulou-se no mínimo três



consultas por ano a cada idoso, bem como a contínua orientação acerca da nutrição e da realização de atividades físicas. Ademais, pretende-se criar um arquivo exclusivo a esses usuários, implantar os protocolos recomendados pelo MS e solicitar à gestão as cadernetas do idoso.

A Saúde Bucal acontece de forma tímida no polo, uma vez que, não possuímos estrutura adequada e manutenção rotineira dos materiais permanentes como cadeira odontológica e autoclave. Durante o período de pleno funcionamento da autoclave, a odontóloga conseguia realizar apenas procedimentos de extração e pequenas urgências em livre demanda. Atividades de prevenção de doenças bucais e orientação de higiene bucal são realizadas mensalmente para crianças na forma de palestras nas escolas, com manequins de arcada dentária e instrumentos de higiene próprios da odontóloga. A ausência de prontuários odontológicos nos impossibilitou de conhecer profundamente informações relativas à Odontologia.

Com exceção dos Programas de Pré-natal e dos hipertensos / diabéticos, dos quais possuímos os prontuários de todos os usuários, há a escassez de prontuários dos demais programas, sendo como possíveis explicações ausência do hábito da enfermagem em fazer anotações em prontuário, pouca disponibilização de uma nova folha de evolução por usuário a cada consulta médica e falta de comprometimento da equipe em reunir os atendimentos de cada usuário em um prontuário único, com constantes perdas desses, impossibilitando o levantamento da cobertura dos programas no Polo Base.

Após realizar a análise situacional do polo Base, é possível verificar que o mesmo está distante das normativas do MS, especificamente quanto a estrutura física, escassez de equipamentos e materiais, restrições de locomoção e distância entre o polo e as aldeias, por exemplo.

Entretanto, ainda que haja dificuldades, acredito que o polo apresenta, dentro das suas possibilidades, a realização de ações programáticas como o Pré-Natal e o PCCU; ao passo que, a Saúde do Idoso, a Saúde bucal, a Puericultura e a Prevenção das neoplasias femininas demandam maior atenção, dadas as suas fragilidades.

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

Comparando o texto escrito na segunda semana de ambientação com esse relatório, produto da análise situacional, eu percebo uma evolução crítica e reflexiva acerca do contexto em que trabalho. Essas doze semanas de trabalho permitiram a mim a observação atenta das circunstâncias que envolvem a rotina na Atenção básica (AB), delineando assim, as deficiências relativas ao sistema local de saúde, à própria equipe, aos usuários e à gestão. Certamente que meu senso de raciocínio-crítico já é um indício de auto-aperfeiçoamento.

Ao iniciar o curso tinha uma visão estreita sobre o funcionamento de uma UBS e da ESF, ainda que, minha formação curricular se baseie nas novas diretrizes curriculares de 2002 que priorizam a atenção em saúde em todos os níveis. Nesse momento, considero que minha visão ampliou-se, contribuindo assim, para o meu crescimento pessoal e profissional na AB, uma vez que, faz-se importante conhecer a realidade, a fim de se delinearem estratégias de intervenção em saúde coerentes com as necessidades loco-regionais. Assim, estou muito satisfeita com meus avanços.

## **2. ANÁLISE ESTRATÉGICA**

### **2.1 Justificativa**

A Atenção Integral à Saúde da Criança está organizada em três principais eixos que compreendem ações que vão da anticoncepção à concepção, à atenção ao parto e ao puerpério, passando pelos cuidados com o recém-nascido (acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento, triagem neonatal, aleitamento materno, doenças prevalentes e saúde coletiva em instituições de educação infantil) (ERDMANN, SOUSA, 2009).

Nessa perspectiva, o MS (2009) aponta que as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos e de assistência à criança pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial.

Atualmente, segundo informações no polo, existem 147 crianças de zero a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança, sendo que, apenas a vacinação e o acompanhamento de crescimento são realizados de forma parcialmente satisfatória no polo, uma vez que, os registros atuais não são fidedignos.

Dessa forma, verifica-se que há necessidade de melhoria nos indicadores de cobertura e de qualidade do serviço que se apresenta singular devido às características da SI como baixa adesão da população às consultas do programa, precariedade no registro de informações, transporte fluvial, cultura indígena e distância entre as aldeias e o polo, fundamentando-se assim, a escolha da ação programática mediante comprometimento dos genitores/cuidadores como corresponsáveis pela Atenção à Saúde da Criança, dos profissionais e dos gestores.

### **2.2 Objetivos e Metas**

#### **2.2.1 Objetivo Geral**

Melhorar a atenção à Saúde da Criança no Polo Base Makira, Itacoatiara, Amazonas.

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança
2. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança
3. Melhorar a qualidade do atendimento à criança
4. Melhorar registros das informações
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência
6. Promover a saúde

### **2.2.3 Metas**

Em virtude da ausência de creche(s) na área de cobertura do polo, foram excluídas suas atividades bem como metas. Ainda, considerando-se a necessidade local, pactuou-se na intervenção uma atividade voltada a orientações sobre higiene corporal.

Para o objetivo de ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança, as metas são:

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 100%;
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 cobertura de primeira consulta odontológica em 100% das crianças de 6 a 72 meses da área classificados como alto risco para doenças bucais.

Para o objetivo de melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança, as metas são:

5. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas;
6. Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Para o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento à criança, as metas são:

7. Monitorar o crescimento em 100% das crianças;
8. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso;
9. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso;
10. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças;
11. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade;
12. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças;
13. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças;
14. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida;
15. Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

Para o objetivo de melhorar registros das informações, as metas são:

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

Para o objetivo de mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência, as metas são:

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

Para o objetivo de promover a saúde, as metas são:

18. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança;
19. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta;
20. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças;

21. 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;
22. 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.
23. Orientar sobre higiene corporal para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde

### **2.3 Metodologia**

Com o objetivo de melhorar a atenção à Saúde da Criança no Polo Base Makira, trabalharemos com os eixos: monitoramento e avaliação das atividades propostas, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

As atividades com os usuários serão desenvolvidas durante as consultas médicas, odontológicas e de enfermagem e durante reuniões da comunidade. O monitoramento e avaliação serão desenvolvidos dentro do Polo Base em atividades individuais de médicos e/ou enfermeiros, enquanto a qualificação da prática clínica será desenvolvida durante reuniões da equipe.

As ações propostas serão desenvolvidas com crianças de 0 a 72 meses, residentes na área de abrangência do Polo, no período de 3 meses, conforme estipulado pelo curso. Os atendimentos serão realizados em domicílio ou em local em comum nas aldeias, sendo que, no Polo Base o atendimento será em livre demanda.

Para o adequado desenvolvimento das ações, adotaremos como protocolo o Caderno de Atenção Básica nº 33 do Ministério da Saúde, providenciaremos cópias de prontuários da SI, utilizaremos a ficha espelho utilizada no polo base e solicitaremos materiais aos gestores, tais como balanças cegonha, fitas métricas, cadernos e materiais de apoio para palestras (folders, banners, cartazes) sobre Saúde da Criança. Inicialmente utilizaremos

o material disponível no polo, como balança digital, enquanto aguardamos o envio dos solicitados.

### 2.3.1 Ações

**Para o Objetivo 1** - ampliar a cobertura da atenção à Saúde da Criança:

**Meta 1:** ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 100%, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar o número de crianças cadastradas no programa: os AISs, técnicos de enfermagem e enfermeiros farão busca ativa de crianças residentes na aldeia verbal e pessoalmente.

**2. Organização e gestão do serviço:** Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita: cadastrar as crianças que ainda não fazem parte do programa de saúde da criança em ficha espelho e/ou prontuário, por equipe de enfermagem.

**3. Engajamento público:** Priorizar o atendimento de crianças: convidar pais e responsáveis a comparecerem às consultas de puericultura com as crianças e fazer atendimento de livre demanda também de forma a fazer das crianças nosso principal público alvo.

Orientar as mães e a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios: orientar, de forma coletiva, pais e responsáveis da necessidade da puericultura, da necessidade de vir ao encontro da equipe mesmo em aparente bom estado de saúde, da possibilidade de prevenção de doenças durante as consultas domiciliares de enfermagem e médica;

**4. Qualificação da prática clínica:** 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: implantar o uso de protocolos de saúde do Ministério da Saúde; fazer reuniões com toda a equipe, incluindo AISs, para expor o conhecimento de cada um sobre o assunto, de forma a compartilhar conhecimento; médicos farão orientação sobre os protocolos utilizados e peculiaridades no acolhimento na saúde da criança.

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: fazer reuniões com todos os membros da equipe para orientações sobre saúde da criança como amamentação, crescimento e desenvolvimento, atenção à saúde bucal, prevenção de acidentes, dentre outros.

As capacitações serão realizadas verbalmente por médicos, enfermeiros e dentista através de seus conhecimentos adquiridos e/ou por informativos impressos do MS. Haverá possibilidade de sugestões de temas tanto por profissionais do polo quanto por moradores das aldeias.

**Meta 2:** realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida: fazer estimativas de quantos recém-nascidos teremos de acordo com a data provável do parto e comparar com os recém-nascidos cadastrados no programa através de busca ativa nos domicílios por todos os membros da equipe, incluindo AIs.

**2. Organização e gestão do serviço:** Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto: membros da equipe comparecerão a residência da puérpera para fazer o novo cadastro e convidá-la para a primeira consulta.

**3. Engajamento público:** Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança: orientar que a unidade funcionará como porta de entrada ao SUS e que a maioria das demandas da criança serão solucionadas na própria unidade; orientar que a criança também estará sendo avaliada constantemente pela equipe em relação ao seu crescimento e desenvolvimento, como forma de identificar precocemente alterações patológicas.

Orientações serão passadas individualmente para as mães ou responsáveis durante as consultas domiciliares médicas ou de enfermagem utilizando a caderneta própria de cada criança.



Também orientar a mãe sobre a importância da primeira consulta para o recém-nascido durante a primeira semana de vida: orientar as gestantes individualmente ou coletivamente sobre a primeira consulta nos primeiros sete dias como forma de acompanhar e diagnosticar possíveis doenças pós-parto e passar orientações sobre cuidados com recém-nascidos, de forma individual durante as consultas domiciliares médicas ou de enfermagem utilizando a caderneta de cada criança.

**4. Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde: capacitação através de reuniões internas entre os membros da equipe. As capacitações serão realizadas verbalmente por médicos, enfermeiros e dentista através de seus conhecimentos adquiridos e/ou por informativos impressos do MS durante reuniões da equipe.

**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, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar a saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses de idade, moradoras da área de abrangência com primeira consulta odontológica, organizar prontuários odontológicos ou listas de crianças em acompanhamento odontológico na ausência de prontuários disponíveis. O monitoramento odontológico será realizado pela dentista. Mães de crianças menores de seis meses receberão orientações de higiene bucal durante as consultas médicas e de enfermagem.

**2. Organização e gestão do serviço:** Organizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seu familiar na unidade de saúde: preparar a equipe para que o acolhimento seja realizado por todos da equipe no polo e nas consultas domiciliares, conscientizando todos os profissionais a receber os usuários, escutá-los e buscar solucionar suas queixas ou encaminhar ao profissional adequado da equipe.

Cadastrar na unidade de saúde crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade: AISs, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos

farão busca ativa domiciliar de crianças não cadastradas, criar prontuário e convidar para realizar a primeira consulta médica.

Oferecer atendimento prioritário às crianças de 6 a 72 meses de idade na unidade de saúde: agendar data semanal para atendimento exclusivo de crianças em ambos os turnos.

Organizar agenda de saúde bucal para atendimento das crianças de 6 a 72 meses de idade: separar um dia da semana, ambos os turnos, para atendimento, pela odontóloga, de crianças na forma de livre demanda e agendamento.

**3. Engajamento Público:** 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: Dentista fará palestras educativas e com informes sobre data para atendimentos.

Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos: Dentista e equipe de enfermagem farão palestras educativas para pais e responsáveis; dentista reforçará orientação durante as consultas odontológicas.

**4. Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe para realizar acolhimento das crianças de 6 a 72 meses de idade e seus responsáveis de acordo com protocolo: preparar a equipe para que o acolhimento seja realizado por todos da equipe; implantar protocolos de atendimento do Ministério da Saúde.

Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico: realizar reuniões com toda a equipe expondo os principais problemas de saúde bucal e como suspeitar. As capacitações serão realizadas verbalmente pela dentista através de seus conhecimentos adquiridos e/ou por informativos impressos do MS.

Capacitar os AIS para captação de crianças de 6 a 72 meses de idade: realizar reuniões com toda a equipe expondo os principais problemas de saúde bucal e como suspeitar.

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

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar número crianças de 6 a 72 meses que são de alto risco e realizaram a primeira consulta odontológica: deixar o retorno agendado ao final da consulta; criar uma lista de crianças de alto risco odontológico; fazer busca ativa em caso de falta ao retorno agendado.

**2. Organização e gestão do serviço:** Organizar a agenda de modo a priorizar o atendimento das crianças de 6 a 72 meses de alto risco: criar dia ou horário específico para atendimento de crianças de alto risco odontológico.

**3. Engajamento público:** Esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização dos tratamentos odontológicos das crianças de 6 a 72 meses de alto risco: através de palestras com informações sobre os riscos a essas crianças e a importância de comparecer a consulta. Esclarecimentos serão realizados pela dentista.

**4. Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento crianças de 6 a 72 meses de idade para o serviço odontológico, pelo odontólogo.

**Para o Objetivo 2** - melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança:

**Meta 5:** fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) através de análise de prontuários de puericultura semanalmente por médico.

Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças através de análise de prontuários de puericultura de forma semanal por médico ou enfermeiro e monitorar as buscas a crianças faltosas. Também realizar visitas domiciliares com a equipe monitorados por médicos e enfermeiros.

**2. Organização e gestão do serviço:** Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas: dar prioridade às consultas domiciliares de

crianças ausentes, uma vez que a equipe médica só trabalha com consultas domiciliares ou em locais improvisados nas próprias aldeias. Médico e enfermeiro organizarão as visitas domiciliares.

**3. Engajamento público:** Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança: através de palestras durante a espera para consulta; através de orientação individual em cada consulta médica ou de enfermagem.

**4. Qualificação da prática clínica:** Fazer treinamento de AIS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança: com palestras para os AISs e orientações da periodicidade de consultas para cada faixa etária realizadas por equipe médica ou de enfermagem.

**Meta 6:** fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar a periodicidade das consultas através de avaliação semanal de prontuários por médico ou enfermeiro.

Monitorar os faltosos através de avaliação semanal de prontuário identificando a data para retorno por médico ou enfermeiro e as buscas por revisão semanal por médico e enfermeiro.

**2. Organização e gestão do serviço:** Organizar as visitas domiciliares para busca de faltosos: como já trabalhamos com visita domiciliares, vamos priorizar a visita a usuários faltosos, mediante ação do médico ou enfermeiro.

**3. Engajamento público:** Ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento abrindo espaço para dúvidas, reclamações e sugestões durante as palestras.

**4. Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe para esclarecer a comunidade sobre a importância do atendimento em saúde bucal e das ações preventivas, semanalmente.

Capacitar os AIS para realização de buscas as crianças faltosas ao tratamento odontológico: orientando a periodicidade das consultas de rotina pela dentista nas reuniões semanais e comunicando quais usuários estão em tratamento odontológico e deverão retornar com mais frequência.

**Para o Objetivo 3** - melhorar a qualidade do atendimento à criança:

**Metas 7, 8:** monitorar o crescimento e o desenvolvimento em 100% das crianças, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento e a avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo por meio de anotações nas curvas de crescimento do prontuário individual ou caderneta de cada criança e na ficha-espelho, com revisão semanal por médico ou enfermeiro.

**2. Organização e gestão do serviço:** Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), como calibragem das balanças e solicitar a aquisição de antropômetro para usuários menores de dois anos. Ainda, garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento, identificando-as durante as consultas médicas.

Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário, além das versões atualizadas dos gráficos de altura/idade, peso/idade, altura/peso e índice de Massa Corpórea (IMC)/idade, perímetro cefálico/idade e marcos do desenvolvimento e suas interpretações em local de fácil acesso para equipe.

**3. Engajamento público:** Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade: conversas individuais durante as consultas; ensinar os pais a fazer as marcações na curva de crescimento da caderneta a fim de estimular o engajamento e o comprometimento. Também informar sobre as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária durante as consultas individuais e apontar na caderneta a área relacionada aos marcos do desenvolvimento.

**4. Qualificação da prática clínica:** Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas a ser realizado pelo médico ou enfermeira, bem como capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança. Também padronizar a equipe por meio do treinamento teórico e prático das recomendações alocadas no protocolo de

referência e realizar treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento e dos marcos do desenvolvimento no cartão da criança.

**Metas 8 e 9:** monitorar 100% das crianças com déficit de peso e 100% das crianças como excesso de peso, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar as crianças com déficit/excesso de peso por meio de um levantamento de crianças com baixo e alto peso por todos da equipe, priorizando-se a atenção durante as consultas domiciliares.

**2. Organização e gestão do serviço:** Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica). Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

**3. Engajamento público:** Compartilhar com os pais e/ou responsáveis as possíveis repercussões do excesso ou déficit de peso, buscando enfatizar a necessidade de uma alimentação saudável e um contínuo acompanhamento no polo e/ou visita domiciliar.

**4. Qualificação da prática clínica:** Capacitar para o preenchimento e interpretação das informações relativas ao excesso/déficit de peso na caderneta da criança.

**Meta 10:** vacinar 100% das crianças de acordo com a idade, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas por meio de uma ação coletiva entre médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem com um levantamento semanal da caderneta de cada criança durante as consultas. Também monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura através de análise de prontuário ao completar os 72 meses por médicos, enfermeiros ou técnicos de enfermagem.

**2. Organização e gestão do serviço:** Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação por solicitações à gestão municipal. Realizar levantamento semanal de demanda

de vacinas com análise de prontuários por enfermeiros ou técnicos de enfermagem.

Monitorar temperaturas das caixas de gelo até total aplicação das vacinas, providenciando-se gelo, caixas de isopor e termômetros para o controle da temperatura, sob responsabilidade dos enfermeiros.

Encaminhar crianças com vacinas pendentes ao município de Itacoatiara em caso de falta de estrutura local para armazenamento das vacinas.

**3. Engajamento público:** Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança durante a consulta estimulando-se a continuidade do esquema vacinal.

**4. Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento realizada por médicos ou enfermeiros.

**Meta 11:** realizar suplementação de ferro em 100% das crianças, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro: enfermeiros irão anotar no prontuário de todas as crianças que estão fazendo suplementação.

**2. Organização e gestão do serviço:** Garantir a dispensação do medicamento (suplemento) por meio de solicitações mensais para suprir as necessidades profiláticas e de tratamento supostas. Caso haja demora na solicitação de medicamentos e no seu envio ou ausência no polo, encaminhar o usuário às farmácias do município.

**3. Engajamento público:** Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro e a adequada administração através de orientações individuais e durante as consultas.

**4. Qualificação da prática clínica:** Capacitar a equipe sobre as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do MS pelo médico.

**Metas 12 e 13:** realizar triagem auditiva em 100% das crianças e realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva e o teste do pezinho realizado por médicos e enfermeiros na caderneta da criança e prontuário.

**2. Organização e gestão do serviço:** Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo e teste do pezinho, sendo que, os enfermeiros têm tentado abrir canal de comunicação com a gestão municipal a fim de encaminhar a realização desses testes.

**3. Engajamento público:** Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do “teste da orelhinha” e “teste do pezinho” e período de realização, durante as consultas com médico e enfermeiro. Também orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida nas consultas de pré-natal.

**4. Qualificação da prática clínica:** Incorporar a triagem auditiva e o teste do pezinho no protocolo de Saúde da Criança com encaminhamento para o município capacitando-se a equipe segundo as recomendações do MS a ser realizada pelo médico.

**Meta 14:** concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar a proporção de crianças entre 6 a 72 meses de idade que acessaram o serviço odontológico e com o tratamento odontológico concluído por meio de uma revisão dos prontuários odontológicos realizado por dentista ou enfermeiro.

**2. Organização e gestão do serviço:** Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento, ação a ser realizada pela dentista. Também, junto ao gestor, garantir o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.

**3. Engajamento público:** Esclarecer a comunidade sobre a importância de concluir o tratamento odontológico por meio de orientações individualizadas durante a consulta odontológica registrada em documento específico.



**4. Qualificação da prática clínica:** Treinar a equipe para diagnosticar e encaminhar para tratamento as principais alterações bucais nas crianças como traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária com reunião discutida com a dentista. Ainda, capacitar a equipe de saúde a monitorar a adesão das crianças ao tratamento odontológico por meio de reuniões da dentista com a equipe e discussão sobre o tema.

Para o Objetivo 4 - **melhorar o registro das informações:**

**Meta 15:** manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde no prontuário no DSEI Manaus e na ficha-espelho. Também preencher o Sistema de Informação da Atenção da Saúde Indígena (SIASI)/folha de acompanhamento que será realizado pela técnica de enfermagem responsável sobre a alimentação mensal do SIASI.

**2. Organização e gestão do serviço:** Pactuar com a equipe o registro das informações durante o dia a dia e nas reuniões, bem como definir responsável pelo monitoramento dos registros.

**3. Engajamento público:** Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas através de palestras e orientação individual durante os atendimentos.

**4. Qualificação da prática clínica:** Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde: médicos e enfermeiros treinarão a equipe através de demonstração durante reuniões.

Para o Objetivo 5 - **mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência:**

Meta 16: realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade: médicos irão identificar durante as consultas de rotina e dar prioridade a esses casos nos atendimentos subseqüentes.

Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso: médicos ou enfermeiros farão revisão de prontuário de crianças trimestralmente.

**2. Organização e gestão do serviço:** Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco: visitando primeiramente essas crianças durante as visitas domiciliares. Identificar na ficha espelho as crianças de alto risco: médicos e enfermeiros irão identificar crianças de alto risco nas consultas de rotina.

**3. Engajamento público:** Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância através de palestras e orientações individuais.

**4. Qualificação da prática clínica:** Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade: médicos farão a capacitação através de reuniões com a equipe e discussão sobre o tema.

Para o Objetivo 6 – **promover a saúde:**

**Metas 18 - 22:** dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança; colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta; fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças; fornecer orientações sobre higiene corporal para 100% das crianças e mães durante os atendimentos da equipe; 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; 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, serão necessárias as ações de:

**1. Monitoramento e avaliação:** Monitorar de forma periódica o registro das orientações sobre as atividades relativas à promoção de saúde por meio de revisão em prontuário e ficha-espelho, a ser realizado por médico e enfermeiro, semanalmente.

**2. Organização e gestão do serviço:** Orientar de forma individual e/ou visitas domiciliares durante consulta médica/enfermagem e acolhimento, os pais/responsáveis pela criança quanto a esses temas de Promoção de Saúde.

**3. Engajamento público:** Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância da prevenção de acidentes, orientações nutricionais e de higiene corporal, prevenção de cáries e de hábitos de sucção nutritiva e não-nutritiva e do aleitamento materno na primeira consulta, através de palestras e orientações individuais e/ou nas visitas domiciliares por médico, enfermeiro, dentista e técnicos de enfermagem.

**4. Qualificação da prática clínica:** Fazer a capacitação dos profissionais para prevenção de acidentes, orientações nutricionais e de higiene corporal, prevenção de cáries e de hábitos de sucção nutritiva e não-nutritiva e do aleitamento materno na primeira consulta por médicos, enfermeiros e dentistas em encontros semanais no polo.

### 2.3.2 Indicadores

Os indicadores são os principais parâmetros para avaliar regularmente a intervenção, pois, eles permitem visualizar sua evolução. São eles:

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

Indicador 4: 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 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. Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

Indicador 6: Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.

Numerador: Número total de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosas na consulta odontológica.

Denominador: Número de consultas não realizadas pelas crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosas na consulta odontológica.

Meta 7. Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Indicador 7: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

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

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

Meta 8. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Indicador 8: 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 9. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Indicador 9: Porporção 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 10. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Indicador 10: 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 11. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Indicador 11: 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 12. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

Indicador 12: 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 13. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Indicador 13: 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 14. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Indicador 14: 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 15. Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

Indicador 15: 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 16. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Indicador 16: 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 17. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Indicador 17: 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 18. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Indicador 18: 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 19. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Indicador 19: 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 20. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Indicador 20: 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 21. 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 21: 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 22. 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 22: 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.

Meta 23: Orientar sobre higiene corporal para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Indicador 23: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de higiene corporal.

Numerador: Número de responsáveis das crianças de 0 a 72 meses idade com orientação individual sobre hábitos de higiene corporal.

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

### **2.3.3 Logística**

Como anteriormente ao início do planejamento de intervenção no programa Saúde da Criança não dispúnhamos do prontuário da maioria dos usuários, nossa primeira ação será criar um prontuário para cada criança e separá-los por aldeias para um melhor acompanhamento.

Para direcionar a intervenção adotaremos o Caderno de Atenção Básica n. 33 – Saúde da Criança do MS. Utilizaremos o cartão da criança e a ficha espelho de Prontuário Indígena da criança (feminino e masculino) produzida pela SESAI e disponíveis no DSEI de Manaus/AM. A ficha espelho de Prontuário indígena de Saúde traz espaços para identificação do usuário, anotações e intercorrências do parto, quadros para acompanhamento vacinal e gráficos de peso/idade, IMC/idade, peso/comprimento (0 a 2 anos) e peso/altura (2 a 5 anos).

A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de desenvolvimento infantil, saúde bucal, suplementação de ferro, exames de triagem auditiva e teste do pezinho, informações que serão detalhadas em ficha complementar elaborada por médico.

Todas as fichas complementares serão impressas no DSEI Manaus, sendo que, para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso.

Para organizar o registro específico do programa, os enfermeiros ou técnicos de enfermagem revisarão os prontuários de todas as crianças cadastradas no Programa Saúde da Criança e transcreverão todas as informações relevantes disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizarão o primeiro monitoramento identificando-as com anotação sobre consultas médicas e odontológicas em atraso, vacinas em atraso.

A equipe do Polo Base já está ciente da análise situacional e da definição do foco para a intervenção. Dessa forma, começaremos a intervenção com a Capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica n. 33 – Saúde da Criança para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às crianças indígenas locais.

Esta capacitação ocorrerá no Polo Base, por cinco dias, com duração de duas horas diárias ao final do expediente. Cada membro da equipe receberá um Caderno impresso para ler e discutir os itens nas reuniões com esclarecimentos fornecidos por médicos e enfermeiros. Os cadernos serão impressos no DSEI Manaus.

Todo o monitoramento da ação será realizado mensalmente por médico ou enfermeiro com revisão das fichas espelho e complementares de crianças cadastradas identificando as crianças faltosas, com atrasos no número de consultas médicas e odontológicas e atraso vacinal. No mesmo momento, faremos a atualização da planilha de coleta de dados.

Será informado ao AIS de cada aldeia as crianças faltosas para que haja contato com pais/responsáveis a fim de socializarem a necessidade de comparecerem ao polo ou que estejam presentes na próxima visita médica à

aldeia, pré-agendada com antecedência para que todos possam estar cientes e comparecerem ao local marcado.

Como nossa forma de atendimento na área indígena é planejada como visitas domiciliares ou em local comunitário na aldeia, a prioridade às crianças terá como força de trabalho a divulgação dos AISs frente aos pais/responsáveis.

Os atendimentos médicos acontecerão uma vez por mês em cada aldeia e os de enfermagem duas vezes por mês. As buscas ativas dos usuários ausentes da aldeia no dia do atendimento médico serão realizadas por enfermeiros e/ou AISs de cada aldeia, convidando-os a comparecerem às próximas consultas médicas mensais.

Para que ocorra a vacinação, será realizado um levantamento de dados semanal da quantidade de vacinas necessárias para que seja solicitado à secretaria de saúde do município de Itacoatiara reposição. Como não temos geladeira para o armazenamento, essas serão armazenadas em caixas de gelo buscando o máximo possível de monitoramento adequado dos técnicos de enfermagem.

Todas as crianças com vacinação pendente serão convidadas a comparecerem ao polo em data pré-agendada para a vacinação. As vacinas que não forem utilizadas serão devolvidas ao município. Na impossibilidade de levar as vacinas ao polo por imprevistos no condicionamento, os responsáveis das crianças serão orientados a levá-las ao município para vacinar.

Para medidas antropométricas durante as visitas às aldeias utilizaremos o material já presente no polo base: balança digital solar, antropômetro e fita métrica. Não faremos, inicialmente, novas aquisições. Quando os usuários comparecerem ao polo base, será realizada a pesagem em balança infantil, em decorrência de que não será viável o transporte dessa às aldeias. Todas as medidas serão anotadas na caderneta da criança e na ficha espelho por técnicos de enfermagem.

Todas as gestantes serão orientadas durante as consultas médicas e/ou de enfermagem de terceiro trimestre do pré-natal a dirigirem-se à maternidade em Itacoatiara ou Manaus durante o trabalho de parto e solicitarem a realização dos testes de triagem auditiva e teste do pezinho no recém-nascido

antes da alta hospitalar, pela maior praticidade e facilidade. Durante consulta puerperal serão questionadas sobre os testes e em caso de não terem realizado, será feita a solicitação para realizarem no município de Itacoatiara.

Para o atendimento odontológico, será solicitado novamente ao DSEI Manaus a manutenção da cadeira odontológica, da autoclave e aquisição de materiais odontológicos. A triagem será realizada pela odontóloga durante as consultas domiciliares ou em local comunitário na aldeia, assim como palestras de saúde bucal e principais problemas dentários. Pela impossibilidade de deslocar os equipamentos do polo base, será realizado o agendamento assim que houver condições de atendimento após resposta de nossas solicitações.

O agendamento ocorrerá mediante a reserva de uma semana por mês para crianças, com atendimento nos dois turnos. Durante as consultas, a dentista dará orientações individuais aos pais ou responsáveis sobre cuidados com os dentes.

Como forma de engajamento público, serão realizadas palestras, por médico ou enfermeiro, com a população de cada aldeia em local e data agendados para o atendimento médico.

Na primeira semana da intervenção as palestras terão como objetivo orientar sobre a importância do acompanhamento de saúde da criança enferma e sadia convidando-os à adesão ao projeto, assim como será aberto espaço para os questionamentos e sugestões da comunidade.

Nas semanas seguintes da intervenção serão realizadas as palestras de higiene bucal e corporal, alimentação saudável e amamentação e prevenção de acidentes por médicos ou enfermeiros. As orientações individuais aos pais ou responsáveis serão realizadas durante as consultas médicas e de enfermagem.



### 3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Primeiramente, antes de descrever a intervenção, faz-se necessário abordar aspectos singulares que nortearam a minha prática. Minha atuação ocorreu em área indígena, junto ao polo, por intermédio do DSEI – Manaus, distinguindo-se de UBS e ESF em nível estrutural, organizacional e cultural.

Tal situação não interferiu no principal objetivo da intervenção, o de trabalhar pela implementação da Saúde da Criança baseado no modelo de ações programáticas preconizado pelo MS, ainda que, houvesse peculiaridades relativas à Saúde Indígena.

Para ilustrar esse ponto, destaco que, devido à organização de trabalho dos médicos do PROVAB junto ao DSEI, a atuação apresentou um caráter itinerante, pois, o polo apresenta ligação com onze aldeias indígenas, sendo utilizado, assim, como referência aos usuários. Ainda, normalmente, era realizada uma semana sequencial de atendimento, uma vez por mês, a fim de atender o máximo número de aldeias possível. Também, além de atender no polo, também visitava o Polo Beija-Flor, sinalizando, dessa forma, um constante deslocamento por via fluvial.

Esse panorama gerou consequências no tempo de intervenção, pois, o curso propõe 12 semanas de intervenção, todavia, devido a essa situação especial, foram realizadas quatro semanas de intervenção, entre outubro e dezembro de 2013, correspondendo, assim, aos três meses previstos na especialização.

Para maiores esclarecimentos sobre a organização cronológica, vou tecer algumas considerações: em relação às duas primeiras semanas de intervenção fui alocada para área indígena por duas semanas seguidas devido à falta de transporte para atendimento na primeira semana, sendo que, a reunião prevista com toda a equipe e todas as lideranças indígenas ocorreu dia 22 de outubro. Como resultado, atendi dois dias no polo, o que requereu, na semana seguinte, um reajuste no cronograma, pois, na segunda semana, final de outubro (25/10 a 31/10), a fim de finalizar os dias de prática em área indígena, foi possível prestar atendimento em duas aldeias.

Baseado nessas premissas, o relatório de intervenção versa sobre a intervenção ocorrida em quatro semanas, equivalendo-se aos três meses.

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

Quanto às ações previstas no projeto que foram realizadas, destacam-se o monitoramento do número de crianças cadastradas no programa, das que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida, das que tiveram avaliação do desenvolvimento e curva de crescimento, das com vacinas atrasadas, das que realizaram triagem auditiva e teste do pezinho, das que receberam suplementação de ferro, dos registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade e do número de crianças de alto risco existentes na comunidade.

Além disso, conseguimos realizar o cadastro de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita, implantar ficha espelho, priorizar o atendimento, principalmente as de alto risco, orientar os pais/responsáveis e a comunidade sobre o programa e seus benefícios, organizar acolhimento das crianças, fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, acompanhar mensalmente as crianças com déficit ou excesso de peso e orientar sobre a importância da higiene bucal, prevenção e detecção precoce da cárie dentária.

De acordo com o SIASI, na área de abrangência do polo constavam 147 crianças, sendo que, no início da intervenção havia 116 crianças cadastradas no Programa de Saúde da Criança, totalizando, ao final da intervenção, 120 crianças, expressando, assim, uma ampliação da cobertura.

Também uma atividade realizada foi uma maior adesão devido à prioridade conferida às crianças menores de 72 meses e por um constante convite aos pais/responsáveis; enfatizando-se ainda, que a atenção deveria se direcionar a crianças saudias ou não. Entretanto, ressalta-se que como o regime de trabalho e a forma de atendimento eram diferenciados, não foi possível realizar agendamento de consultas; porém, a fim de minimizar essa dificuldade, comunicava-se aos AIS, previamente à visita, uma data pré-

estabelecida para que os pais/responsáveis se deslocassem, se possível, ao polo para a Atenção à Saúde da Criança.

Outras atividades realizadas na intervenção foram a verificação do peso e do comprimento (estatura) nas consultas médicas e de enfermagem para fins de identificação e de acompanhamento de possíveis anormalidades. No entanto, as avaliações do desenvolvimento e do risco foram realizadas somente na consulta médica, que pode ser justificado pelo não envolvimento dos profissionais da enfermagem nessa ação e/ou precariedade de registro, já que, não foram encontradas anotações relativas a essas avaliações.

Deve-se comentar ainda que a equipe da enfermagem não apresentava de forma rotineira a atividade de registrar as informações tanto na ficha espelho quanto nos prontuários, que foi realizada, assim, pela médica da intervenção.

Também as capacitações da equipe não ocorreram segundo o calendário previsto devido à divisão da equipe em duas subequipes, como forma de alternar períodos de trabalho e folga, dificultando, assim, o cumprimento do cronograma. Houve tentativas de reuniões semanais entre os membros da equipe que estavam presentes no polo, porém, não houve adesão.

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

Entre as atividades previstas, porém, não realizadas, destacaram-se a busca ativa pelos AIS, teste do pezinho, triagem auditiva, suplementação de sulfato ferroso, vacinação como rotina, atividades educativas médicas coletivas em saúde e Saúde Bucal.

Como possíveis limitações se citam para a busca ativa dos AISs colaboração parcial, brigas interfamiliares nas aldeias que prejudicaram o envolvimento e desempenho desses profissionais, distância entre as aldeias e dessas com os municípios vizinhos.

Quanto à suplementação de sulfato ferroso, havia uma escassez de fármacos no polo, sendo que, foi solicitado ao DSEI a reposição de medicamentos, porém, sem resultado positivo.



Em relação às vacinas, além de uma deficiência quanto ao armazenamento, já que, não existe geladeira no polo, também houve uma precariedade quanto à variedade de vacinas. Uma outra possibilidade envolveria um aspecto cultural, já que, em muitas comunidades, há dificuldade na aceitação da vacina pelos índios.

No que tange à SB, houve a interferência de fatores relativos à escassez de materiais e insumos para a prática odontológica, impossibilidade de deslocamento de bens duráveis como cadeira odontológica fora do polo e pouca colaboração da dentista frente à intervenção.

Ao se considerar os testes de triagem auditiva e do pezinho, pode-se justificar que a precariedade de registro das informações pode ter sido um fator interferente em relação aos indicadores referentes a esses testes, visto que, conforme já mencionado, não havia como rotina essa atividade no polo.

Ainda, deve-se comentar que o teste do pezinho pode ser realizado também em unidades de saúde, todavia, as mesmas devem apresentar condições adequadas para a coleta e principalmente armazenamento das amostras que devem ser alojadas em geladeira; dessa forma, teoriza-se que se houvesse condições favoráveis à realização do teste do pezinho, possivelmente, o indicador relativo a esse serviço de saúde seria positivo.

As atividades educativas coletivas em saúde relativas à Medicina não foram realizadas, mesmo após tentativas, uma vez que, a população / comunidade não aderiu à proposta de palestras, sinalizando que o interesse estava voltado à assistência. Também pode-se sugerir que a não realização dessas atividades decorreram da participação não efetiva dos AIs que são elos de ligação os usuários e os profissionais de saúde.

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

No decorrer da construção do projeto houve o primeiro contato com os instrumentos que o curso disponibiliza, a ficha espelho e a planilha de coletas de dados que geraram dificuldades iniciais pelo não “manuseio”, todavia à

medida que intervenção avançava, houve uma maior compreensão sobre o funcionamento da planilha de coleta de dados.

#### **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.**

Em termos de incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, acredito que haja uma necessidade de qualificação profissional para fins de empoderamento e atualização das recomendações advindas do MS acerca do foco da intervenção e dos demais programas. Também creio que um maior conhecimento dos trabalhadores de saúde em relação às funções atribuídas a cada profissional da AB poderá ser uma estratégia que gere uma maior conscientização sobre o processo de trabalho em um polo indígena.

Entretanto, ainda que tenham existido dificuldades para qualificação do programa no polo e que existam particularidades na SI, houve uma melhora na cobertura e em algumas atividades do serviço de saúde, os quais podem ser um germen para que a Saúde da Criança se estabeleça, uma vez que, tais indicadores evoluíram em decorrência da participação de alguns trabalhadores de saúde que possivelmente tenham compreendido a importância de propiciar uma atenção integral e qualificada às crianças.

## 4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

### 4.1 Resultados

A intervenção foi realizada com o foco na Saúde da Criança, com crianças de zero a 72 meses que residissem na área de cobertura do PBM, em Itacoatiara - Amazonas.

Abaixo constam os objetivos, metas, indicadores e seus respectivos resultados; ressalta-se que devido à ausência de creche próximo à unidade, foi excluída sua atividade da intervenção, não havendo, por consequência, indicadores relacionados. Houve, entretanto, a inclusão de uma ação referente a orientações sobre higiene corporal.

Destaca-se que a intervenção ocorreu quatro semanas, em que cada semana corresponderia a um mês, com a ressalva de que o primeiro mês ocorreu em duas semanas, já mencionado anteriormente e que alguns indicadores resultaram em 0% ou 100%, em que se optou pela não exposição desses gráficos.

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

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

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

**Descrição Dos Resultados:** De acordo com o SIASI, o total de crianças estimadas para área de abrangência do PBM era de cerca de 147 crianças. No primeiro mês de intervenção conseguiu-se atingir 116 crianças (78,9%), sendo que, o número aumentou para 118 (80,3%) no segundo mês e se finalizou o terceiro mês com 120 crianças (81,6%) (Figura 1).

Dessa forma, não houve o alcance da meta proposta, sendo destacadas como possíveis justificativas o não comparecimento das crianças às consultas agendadas pelos AISs, à precária busca ativa e à deficiência no registro de atividades no polo.

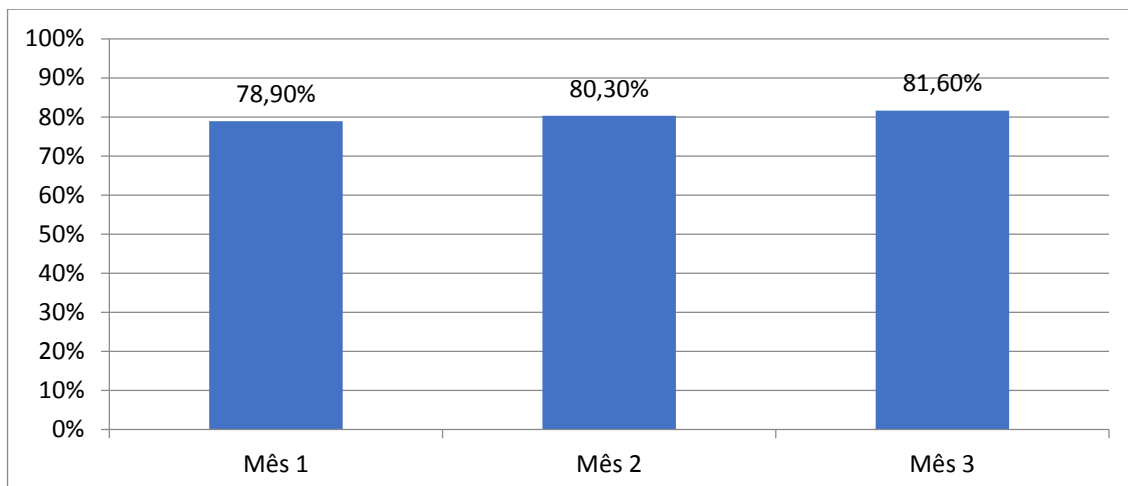


Figura 6: Proporção de crianças inscritas no programa na UBS. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

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

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

**Descrição dos resultados:** Durante a intervenção, atingiram-se três crianças, uma (1) em cada mês, correspondendo, respectivamente, a 0,9%, 0,8% e 0,8%, conforme a Figura 2.

Infelizmente, os dados relativos a essa atividade estão muito abaixo da meta prevista, tendo como possíveis explicações a restrição de meios de comunicação na região do polo, que se reflete na dinâmica das mensagens entre os trabalhadores de saúde; dificuldade nos meios de transporte, uma vez que, há a dependência pela via fluvial que, por sua vez, requer a utilização de botes; a migração das puérperas entre as aldeias com os recém-nascidos e à precariedade de dados nos prontuários, limitando o levantamento de gestantes no último trimestre para uma busca ativa.

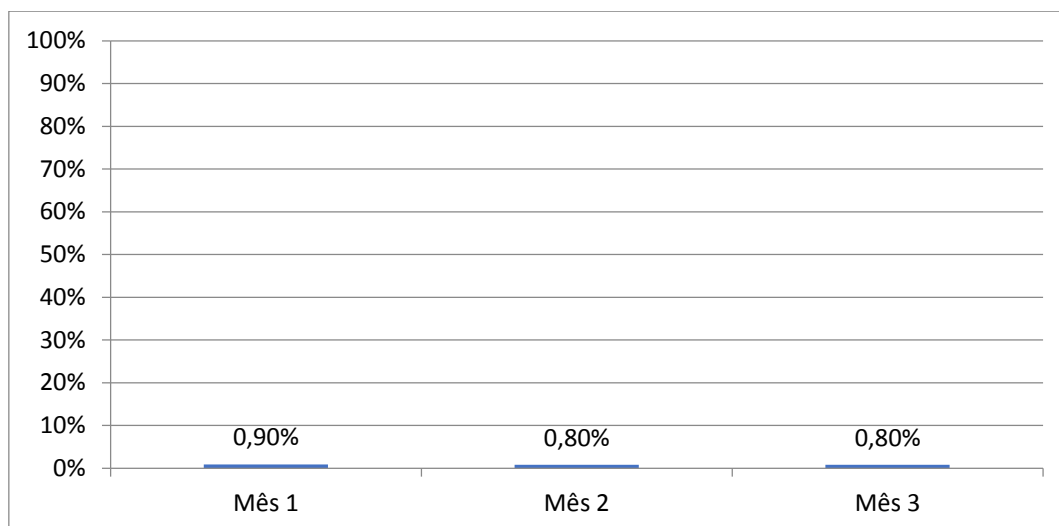


Figura 7: Proporção de crianças consultadas na primeira semana de vida. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

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

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

**Descrição dos resultados:** Não houve resultados devido à não concretização da ação planejada, já que, não houve adesão completa da odontóloga à intervenção por razões relativas à precária disponibilidade de insumos e à deficiência na manutenção de materiais permanentes, executando apenas atividades educativas de prevenção. Dessa forma, não houve atendimento odontológico de nenhuma criança no polo. Quando necessário, essas foram encaminhadas para realizar atendimento nas UBS dos municípios próximos.

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

**Indicador:** Proporção de crianças de 6 a 72 meses classificadas como alto risco de saúde bucal.

**Descrição dos resultados:** Não foi possível atingir a meta proposta em decorrência da não realização de consultas odontológicas, todavia, durante as consultas médicas, foi realizada uma rápida avaliação da cavidade oral dos usuários. Tal fato não possibilitou a formatação de gráficos, já que, no denominador do indicador deveria constar apenas as crianças que realizaram

consulta odontológica, justificando, assim, a ausência de dados, embora, essa ação tenha sido realizada de forma parcial.

**Objetivo 2:** Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

**Meta 5:** Fazer busca ativa de 100 % das crianças com menos consultas que o preconizado pelo Ministério da Saúde.

**Indicador:** Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas às consultas no programa de saúde da criança.

**Descrição dos resultados:** Não foi possível atingir a meta proposta em decorrência da grande quantidade de usuários em cada aldeia, o que interferiu também no tempo disponível para a busca ativa. Ademais, nem sempre houve colaboração total dos AISs, embora, fossem solicitado que esses profissionais avisassem às famílias que tivessem entre seus membros crianças entre zero e 72 meses, saudáveis ou não, a comparecerem ao polo ou estarem disponíveis em uma visita domiciliar. Assim, as produções dos AIS basicamente restringiam-se à verificação de peso das crianças visitadas, não sendo detalhado se identificavam crianças que estavam ausentes das consultas médicas e da enfermagem no polo.

**Meta 6:** Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área com primeira consulta odontológicas, faltosas às consultas.

**Indicador:** Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas.

**Descrição dos resultados:** Não foi possível realizar essa atividade devido às características da Saúde Bucal no polo ilustrado pela deficiência de materiais e insumos, bem como pelo não agendamento odontológico, que pode propiciar um controle sobre usuários faltosos ou não às consultas, resultando assim na ausência de busca ativa pelos AISs.

**Objetivo 3:** Melhorar a qualidade do atendimento à criança

**Meta 7:** Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

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

**Descrição dos resultados:** O monitoramento do crescimento das crianças aumentou no decorrer da intervenção, iniciando-se com 16 usuários (13,8%) no primeiro mês, 62 crianças (52,5%) no segundo mês e 93 (77,5%) no terceiro mês (Figura 3).

Ainda que não se tenha atingido a meta proposta, pode-se considerar que essa atividade se tornou rotina no polo, possivelmente, em decorrência do aumento da cobertura, da melhora na qualidade no serviço de saúde e da ficha espelho que possibilitou a coleta de dados e sua posterior extração.

Ressalta-se que os dados que possibilitaram a formação do indicador e seu gráfico foram oriundos da colaboração entre os trabalhadores de saúde da Medicina e da Enfermagem, especialmente, durante as visitas.

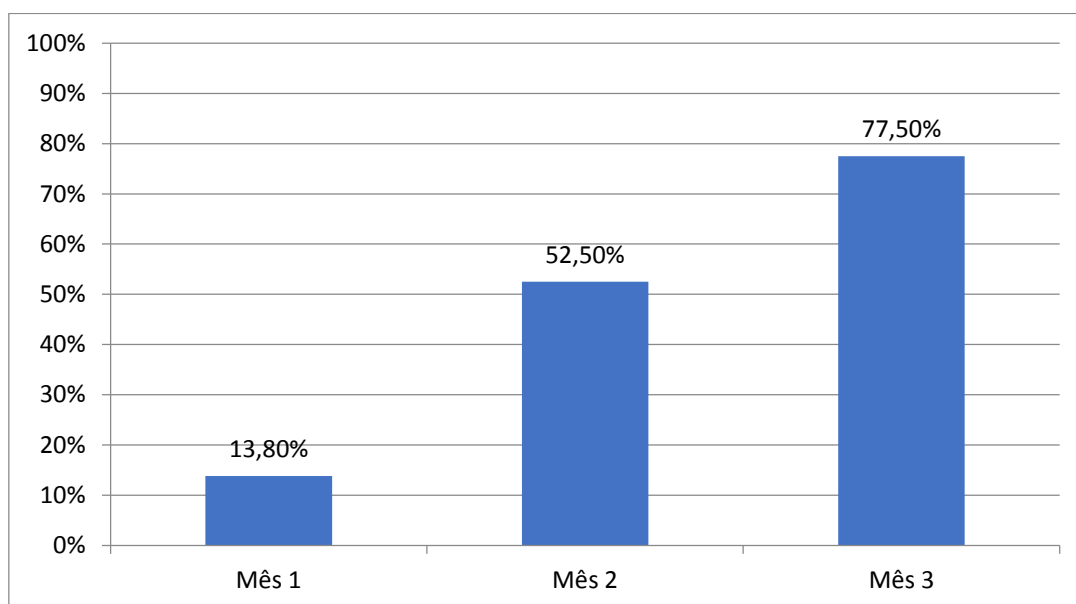


Figura 8: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

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

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

**Descrição dos resultados:** A meta proposta de 100% foi atingida, uma vez que, todas as crianças que foram identificadas foram acompanhadas ao longo da intervenção. Durante o primeiro mês, atingiu-se uma (1) criança, no segundo mês, foram identificadas quatro (4) e no final, cinco (5) crianças.

A colaboração junto com a Enfermagem permitiu realizar o monitoramento especialmente durante as visitas domiciliares. Ao se considerar esses resultados, pode haver a impressão de que as crianças estão bem

nutridas, contudo, deve-se relacionar a essa atividade a baixa estatura devido à alta frequência na saúde indígena, podendo refletir uma possível desnutrição crônica cuja alimentação é rica em carboidratos e alimentos não nutritivos.

**Meta 9:** Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

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

**Descrição dos resultados:** Ao longo da intervenção houve uma evolução na identificação de crianças com excesso de peso, alcançando-se, por conseguinte, a meta proposta, possivelmente, em decorrência das visitas domiciliares e da cooperação entre os trabalhadores de saúde. Dessa forma, no primeiro e segundo meses, atingiram-se duas (2) crianças em cada mês e no terceiro mês, três (3) usuários.

Apesar do alcance da meta, pode-se considerar uma possível sub-identificação, uma vez que, não houve a identificação das crianças faltosas ao polo que poderiam estar com excesso de peso e por sua vez, a busca ativa pelos AIS não ocorreu de forma integral.

**Meta 10:** Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

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

**Descrição dos resultados:** Foram alcançadas no primeiro mês 16 crianças (13,8%); no segundo mês, 32 (27,1%) e no último mês, 80 (66,7%), em acordo com a Figura 4.

Não foi possível atingir a meta proposta devido à falta de colaboração de todos os trabalhadores de saúde no polo frente à realização da avaliação bem como por questões de organização.



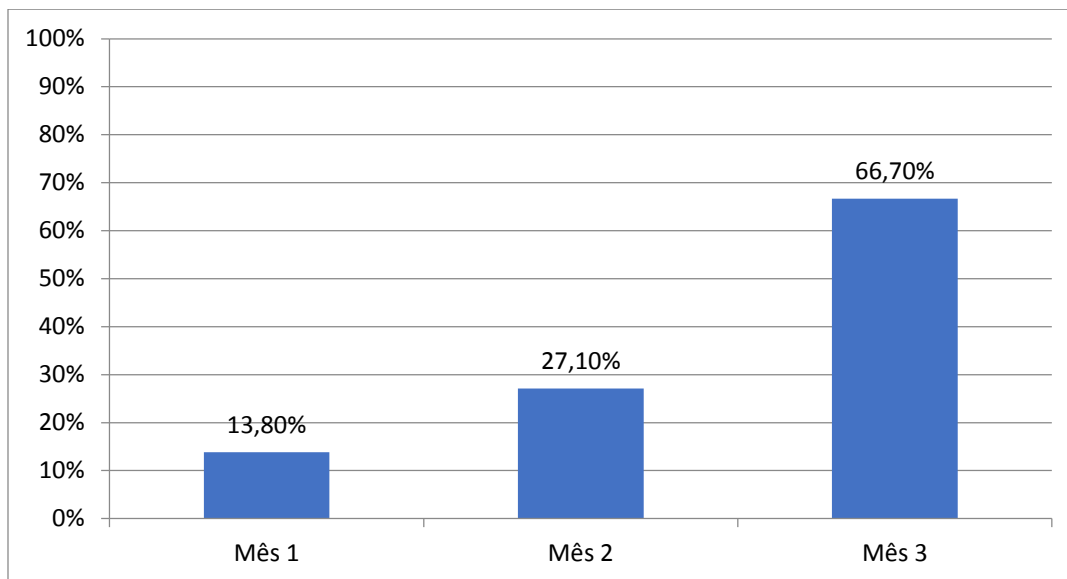


Figura 9: Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

**Meta 11:** Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

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

**Descrição dos resultados:** Os resultados evidenciam um progresso na qualidade desse serviço ilustrado pelo alcance de 12 crianças (10,3%) no primeiro mês, seguido de 25 (21,2%) e 56 (46,7%), respectivamente, no segundo e terceiro meses (Figura 5).

Ainda que não se tenha atingido a meta proposta, teoriza-se que esses resultados podem ser interpretados sob a luz de que, mesmo com restrições de armazenamento e de deficiências quanto ao registro de informações, cerca de metade das crianças acompanhadas na intervenção estavam com esquema vacinal em dia.

Também devido à área de abrangência do polo, ainda existe uma escassez no número de cartões, que à medida que forem fornecidos e utilizados de forma integral, poderão gerar um impacto positivo acerca do esquema de vacinas necessário à criança.

Assim, deve-se ressaltar a necessidade de que ocorram campanhas de vacinação no polo a fim de abranger um maior número de usuários associado à sensibilização de pais/responsáveis sobre a importância das vacinas e da compra de geladeira para fins de adequado armazenamento.

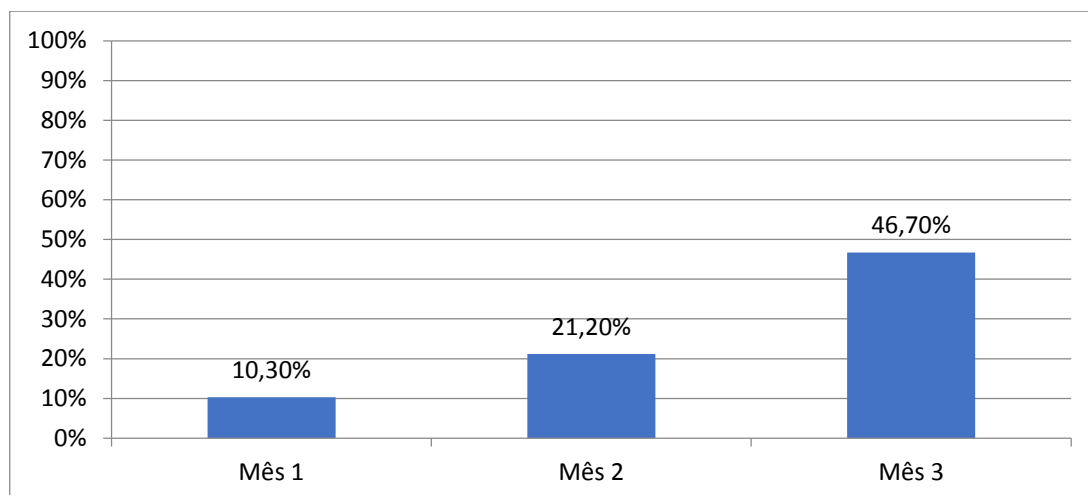


Figura 10: Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

**Meta 12:** Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

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

**Descrição dos resultados:** Durante a intervenção, no primeiro e segundo meses, três (3) crianças (12%) em cada mês, receberam prescrição de suplemento de ferro e no último se atingiram 17 usuários (73,9%) (Figura 6).

Não se alcançou a meta proposta, principalmente, pela escassez de sulfato ferroso em gotas no polo base, o que prejudicou sua recomendação a todas as crianças de 6 a 18 meses.

Assim, optou-se por prescrevê-lo apenas para crianças com diagnóstico de anemia; entretanto, cabe ressaltar que foi solicitado ao DSEI maior fornecimento do sulfato ferroso e que os pais/responsáveis foram orientados a se dirigirem às UBSs, ainda que, existam limitações como extensas distâncias, precário meio de transporte e a cultura que não envolve ainda o uso profilático dessa medicação.

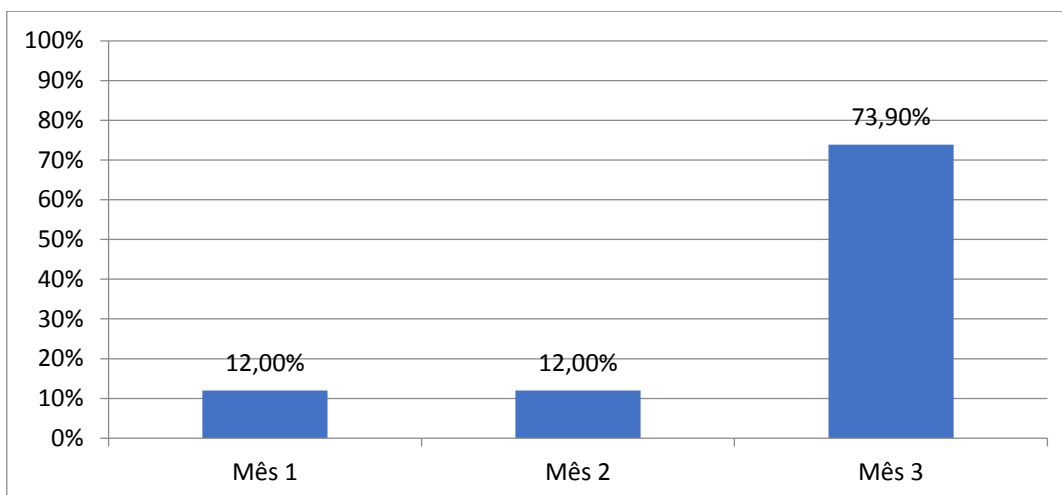


Figura 11: Proporção de crianças com suplementação de ferro. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

**Meta 13:** Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

**Indicador:** Proporção de crianças com triagem auditiva.

**Descrição dos resultados:** Não se atingiu a meta proposta ilustrado pelos resultados que se mostram discretos, pois, no primeiro mês, três (3) crianças (2,6%) apresentavam registros de triagem auditiva; no segundo mês, seis (6) (5,1%) e, ao final da intervenção, 23 crianças (19,2%) (Figura 7).

Dentre as possíveis justificativas pode-se considerar que o déficit no registro de informações prévios à intervenção, a dificuldade de acesso ao exame pelos pais/responsáveis, débil conhecimento acerca do exame e realização de partos domiciliares foram fatores interferentes nessa atividade.

Assim, a fim de melhorar esse serviço, as mães de crianças menores de seis meses que ainda não haviam realizado o teste receberam orientações e solicitação do exame para que o realizassem no município mais próximo.

No entanto, infelizmente, até o final da intervenção, não houve nenhum retorno, possivelmente, pela forma de organização da ação em semanas e pelo número elevado de aldeias indígenas.

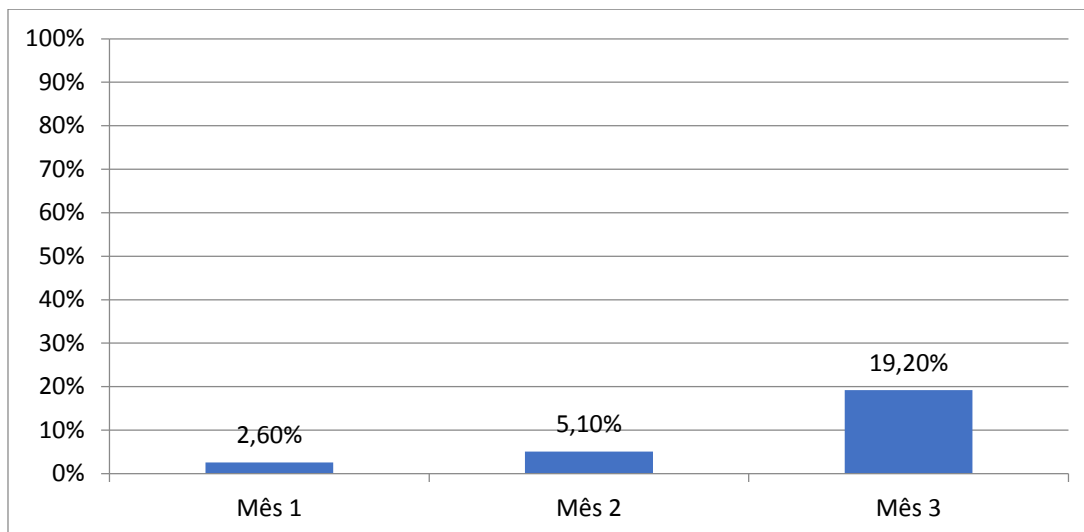


Figura 12: Proporção de crianças com triagem auditiva. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

**Meta 14:** Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

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

**Descrição dos resultados:** Foram identificados no primeiro mês de intervenção, quatro (4) crianças (3,4%); no segundo mês, 11 (9,3%) e no último mês, 51 (42,5%) (Figura 8), não se atingindo, portanto, a meta projetada.

Como possíveis explicações se citam a cultura do parto no domicílio, ainda muito comum nessa realidade, dificultando, por sua vez, a realização do teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida, embora, segundo o MS, seja possível realizar esse exame no primeiro mês de vida; dificuldades de locomoção com transporte fluvial e precariedade nos registros.

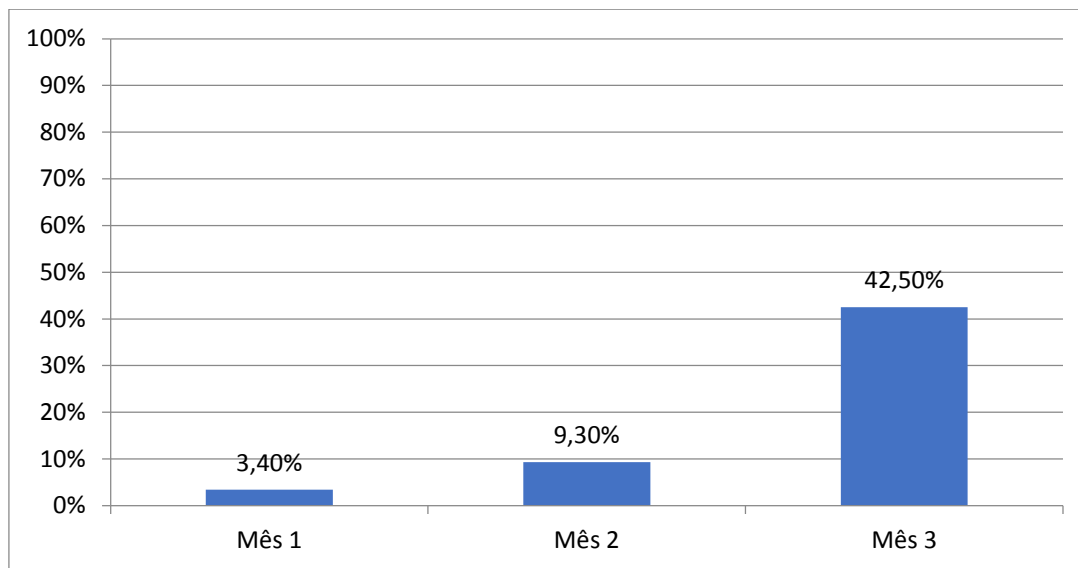


Figura 13: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

**Meta 15:** Concluir o tratamento odontológico em 100% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador:** Proporção de crianças de 6 a 72 meses que tiveram tratamento odontológico concluído.

**Descrição dos resultados:** Conforme mencionado, a SB se mostrou precária no polo devido à falta de materiais para as consultas e falta de manutenção da autoclave e cadeira odontológica, o que impossibilitou o agendamento de consultas odontológicas ou tratamentos de urgência. Dessa forma, não foi possível atingir a meta proposta.

**Objetivo 4:** Melhorar registros das informações

**Meta 16:** Manter registro na ficha espelho de saúde da criança de 100% das crianças que consultam no serviço.

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

**Descrição dos resultados:** Não houve o alcance da meta proposta, principalmente, no início da intervenção, período marcado pelo processo de criação e de organização dos prontuários. Dessa forma, no primeiro mês, nove (9) crianças (7,8%) tiveram registro adequado; no segundo mês, 12 (10,2%) e 61 (50,8%) no terceiro mês (Figura 9).

Os registros só puderam ser atualizados na primeira consulta de cada criança após o início da intervenção em virtude da necessidade de informações presentes nos cartões da criança a fim de repassá-las à ficha espelho e prontuário. Ainda, houve crianças que compareceram à consulta sem o cartão, impossibilitando o registro completo.

Deste modo, foi considerado como registro adequado apenas as crianças que possuíam no prontuário e ficha espelho informações relativas aos dados pessoais, dados do nascimento, realização ou não de exames de triagem e vacinas.

Outro fator influente derivou do déficit de registro dessa atividade pelos demais trabalhadores de saúde, embora, tenham sido repassadas orientações acerca da importância e da necessidade de registrar toda e qualquer atividade no polo.

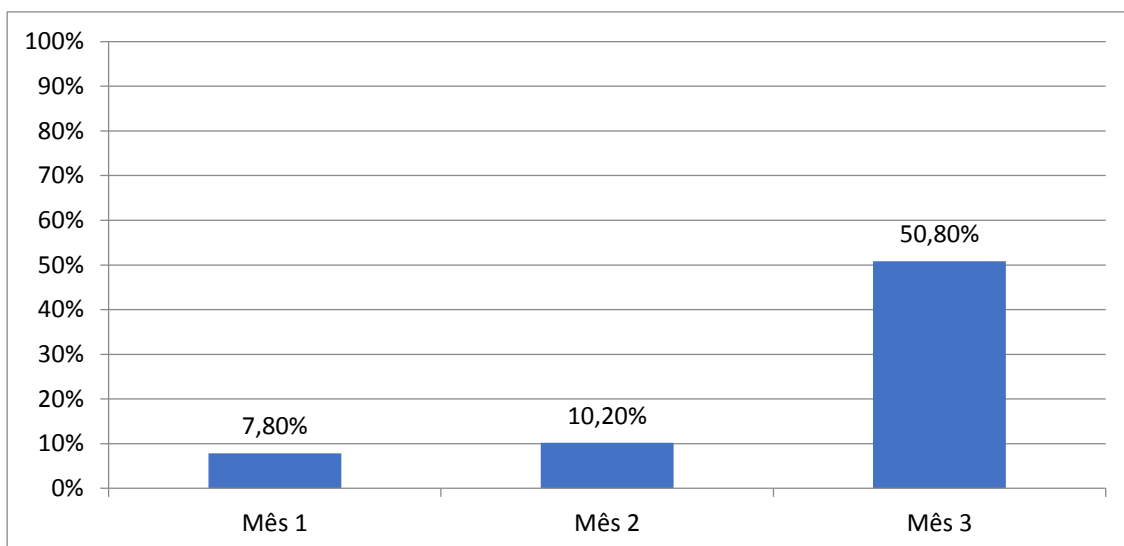


Figura 14: Proporção de crianças com registro atualizado. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

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

**Meta 17:** Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

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

**Descrição dos resultados:** Foi realizada avaliação de risco em 16 crianças (13,8%) no primeiro mês da intervenção, seguido por 33 (28%) no segundo mês e de 57 (60,8%) no último mês (Figura 10).

Houve um aumento na realização dessa atividade, apesar do não alcance da meta proposta, sendo que, como fatores interferentes se citam a não organização na realização dessa atividade e o precário registro de informações.

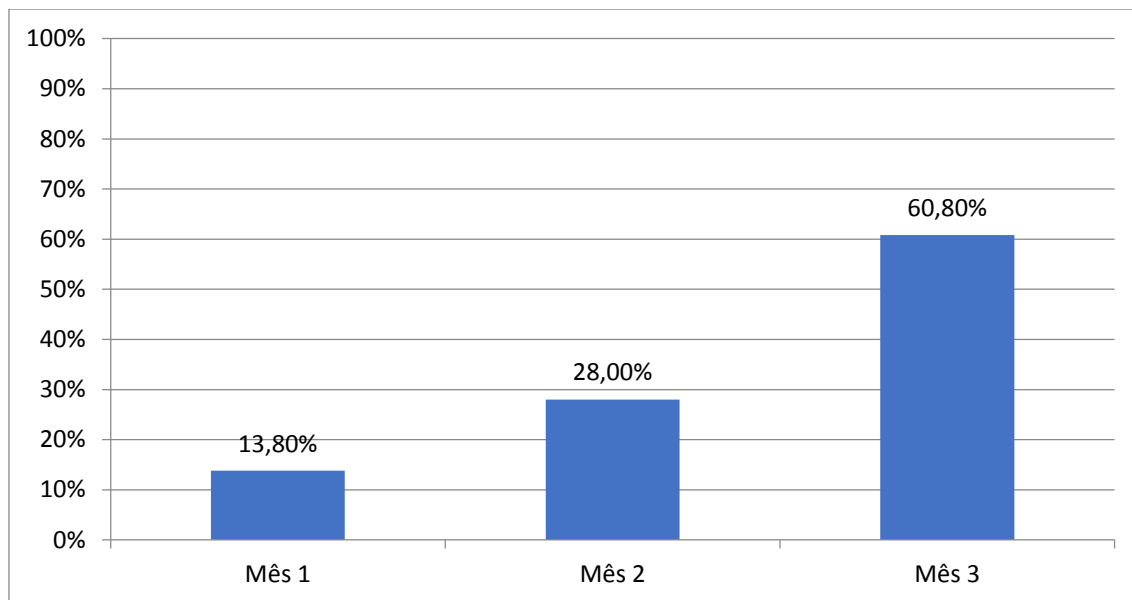


Figura 15: Proporção de crianças com avaliação de risco. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

#### **Objetivo 6:** Promover a saúde

**Meta 18:** Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

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

**Descrição dos resultados:** Não se atingiu a meta evidenciado pelos dados, em que no primeiro mês, não houve essa atividade, se iniciando, assim, no segundo mês, 10 crianças (8,5%) e no último mês 15 usuários (12,5%) (Figura 11).

Como possíveis explanações para tais resultados se citam a dificuldade de realização de atividades educativas coletivas em saúde, já que, houve propostas, porém, os usuários não aderiram, e por consequência, não compareceram às palestras. No primeiro mês, a atividade aparece como não realizada devido a estratégia sem sucesso que tentamos: realizar orientações coletivas. Não houve a adesão da comunidade em nenhuma aldeia, uma vez

que os usuários chegavam à consulta e solicitavam rápido atendimento sem espaço dialógico para a realização de palestras. Deste modo, optou-se, a partir do segundo mês, pelo repasse das informações durante as consultas individuais, embora, não tenha conseguido transmiti-las a todos os pais/responsáveis por questões de organização de um roteiro prévio.

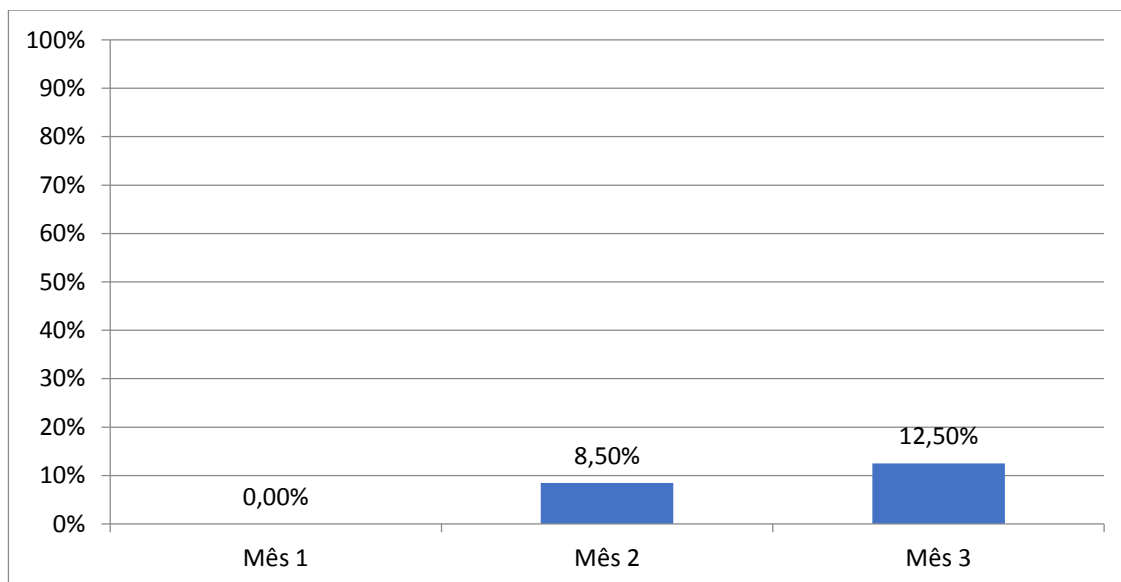


Figura 16: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

**Meta 19:** Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

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

**Descrição dos resultados:** No primeiro mês, três (3) crianças (2,6%) foram colocadas para mamar na primeira consulta; no segundo mês, seis (6) (5,1%) e sete (7) (5,8%) no último mês (Figura 12).

Infelizmente, o aleitamento materno geralmente não é sustentado exclusivamente nos primeiros seis meses, apesar das orientações do MS. Associadamente, a maior parte dos usuários atendidos na intervenção não se encontrava na faixa etária recomendada pelo MS, não sendo possível atingir a meta proposta. Como resultado, foi possível realizar essa ação em apenas duas (2) crianças na primeira consulta; sendo que, para os demais, essa ação ocorreu nas consultas seguintes. Deve-se ressaltar que no denominador do



indicador não consta a faixa etária preconizada, todavia, acredita-se que seja até os seis meses de vida.

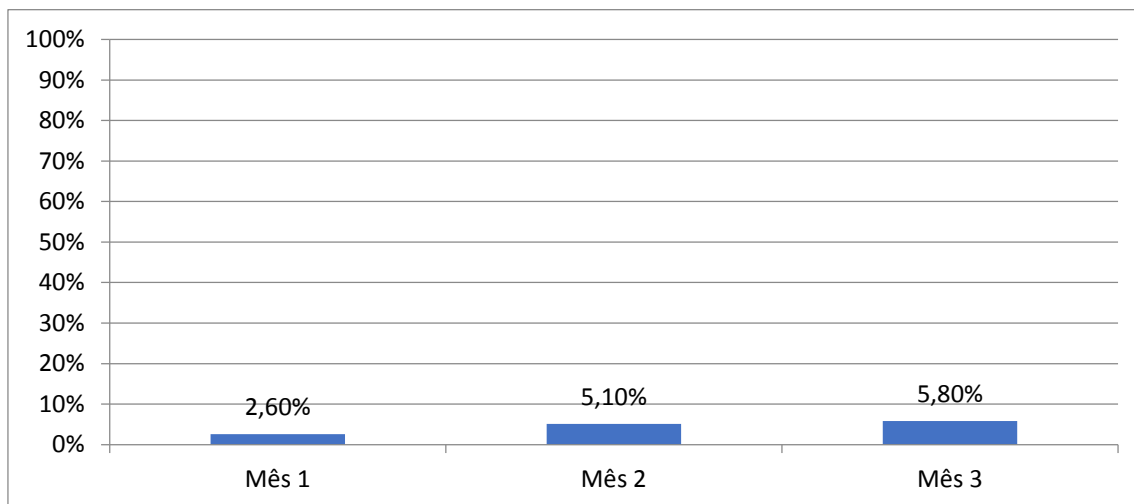


Figura 17: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

**Meta 20:** Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

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

**Descrição dos resultados:** Como a nutrição é uma grande preocupação local, houve orientações no primeiro mês a oito (8) crianças (6,9%), aumentando-se para 22 usuários (18,6%) no segundo mês e 71 (59,2%) no terceiro mês (Figura 13).

Como o déficit de comprimento/estatura é um achado frequente na região a suspeita de possível desnutrição crônica instigava a necessidade de repassar essas informações.

Ainda assim, esse serviço poderia ter sido mais qualitativo se houvesse um registro adequado dessa atividade, uma vez que, alguns trabalhadores de saúde realizavam tal ação, porém, não a documentavam, o que se reflete nos resultados.

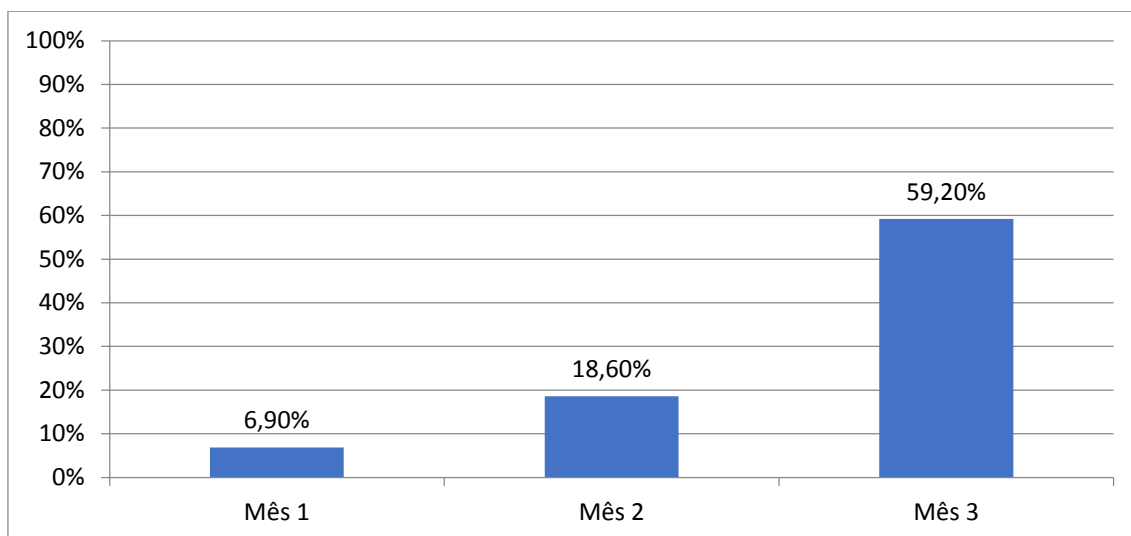


Figura 18: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

**Meta 21:** 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:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações individuais sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

**Descrição dos resultados:** Não foi possível atingir a meta proposta, ilustrado pela evolução da atividade, em que no primeiro mês, se atingiram duas (2) pais/responsáveis (1,7%), passando para 15 (12,7%) no segundo mês e 66 (55%) ao final da intervenção (Figura 14).

Apesar de palestras realizadas pela odontóloga não se atingiu a meta, embora, durante as consultas médicas tenha ocorrido o repasse dessas informações. Também para fins de justificativa, não houve o registro nos prontuários odontológicos, o que pode comprometer a qualidade desse serviço no polo.

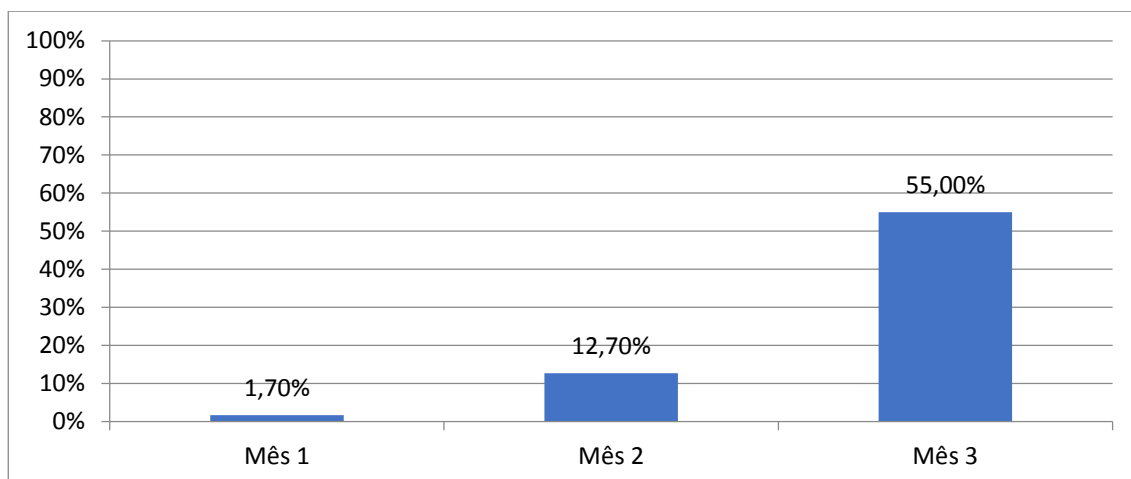


Figura 19: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações individuais sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

**Meta 22:** 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:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

**Descrição dos resultados:** Infelizmente, não foi possível alcançar a meta proposta, demonstrado pelos resultados em que no primeiro mês se atingiram três (3) crianças (2,6%), seguido de sete (7) (5,9%) e de nove (9) (7,5%) no último mês (Figura 15).

Como possíveis explicações para esses resultados se apontam o não direcionamento das palestras da odontóloga, que enfatizou orientações de higiene bucal, mesmo após diálogo. Dessa forma, durante as consultas médicas, procurou-se transmitir tais orientações aos pais/responsáveis. Porém, devido à ausência de um roteiro acerca de todas as orientações a serem repassadas nas consultas ou visitas domiciliares, houve um prejuízo na qualidade desse serviço.

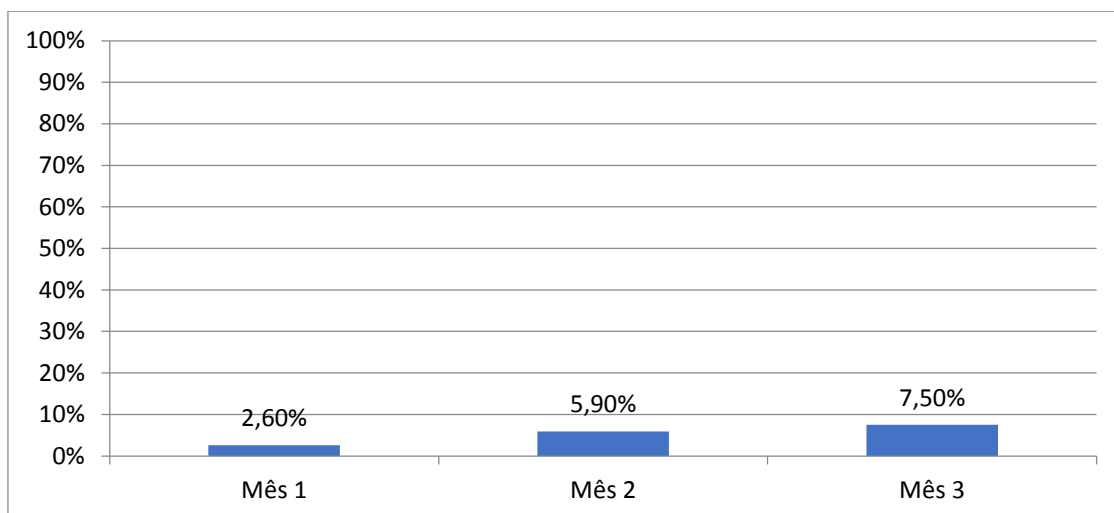


Figura 20: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

**Meta 23:** Orientar sobre hábitos de higiene corporal para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

**Indicador:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene corporal.

**Descrição dos resultados:** Não foi possível alcançar a meta proposta, demonstrado pelos resultados em que no primeiro mês se atingiram quinze (15) crianças (12,9%), seguido de trinta e dois (32) (27,1%) e de cinquenta e cinco (55) (45,8%) no último mês (Figura 16).

Como possíveis explicações para esses resultados se apontam a dificuldade em reunir a comunidade para realizar as palestras. Dessa forma, durante as consultas médicas e de enfermagem, procurou-se transmitir orientações de higiene corporal às crianças e aos pais/responsáveis. Porém, devido à ausência de um roteiro acerca das orientações, também houve um comprometimento da qualidade desse serviço, não abrangendo a universalidade das crianças.

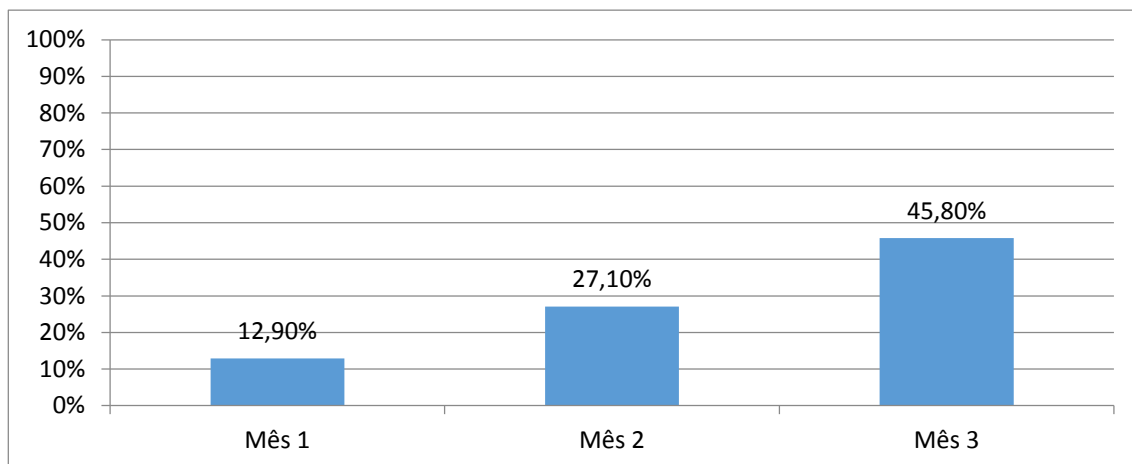


Figura 21: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene corporal. FONTE: Planilha de coleta de dados, 2013.

## 4.2 Discussão

A qualificação da Saúde da Criança no PBM resultou em melhorias como aumento da cobertura e no registro de informações bem como gerou um maior interesse da equipe frente à atenção à criança, que deve ser acolhedora, humanizada e integral, uma vez que, o Programa de Atenção à Criança deve atender às necessidades globais da saúde infantil em que a perspectiva da integralidade concretiza-se por um processo horizontal e dialógico, acompanhado de uma compreensão e abordagem à criança como um ser em crescimento e desenvolvimento (ERDMANN, SOUSA, 2009).

Assim, é possível considerar que houve um despertar da maioria dos trabalhadores de saúde, uma vez que, atividades como monitoramento do crescimento e vacinação se tornaram mais comuns no polo, delineando, uma abordagem mais geral, ilustrando-se por meio da identificação de crianças desnutridas e/ou doentes, ainda que, com peso corporal adequado.

Em relação aos registros, previamente à intervenção, havia uma precariedade, todavia, em decorrência dos instrumentos do curso como a ficha espelho e a planilha de coleta de dados, foi possível organizar os dados, estimulando ainda a utilização do Cartão da Criança como referência para os pais/responsáveis e membros da equipe.

No que concerne à participação da comunidade, foi possível verificar que a mesma sinalizou uma compreensão, ainda que discreta, do significado da Atenção à Saúde da Criança, pois, preconizou-se que crianças saudáveis também requerem atendimentos, procurando, dessa forma, universalizar essa ação por meio da promoção e prevenção, em conformidade com Erdmann e Sousa (2009) que contextualizam que as atitudes de cuidado não dizem respeito somente às tecnologias e saberes e saberes limitados ao processo saúde-doença; amplia-se na perspectiva de uma dinâmica construção de vínculos e de responsabilização em um verdadeiro encontro de terreno fértil para exercitar o falar, o ouvir, o comunicar-se, o criar e o agir.

Ademais, a realização de orientações primordialmente individuais às mães/pais/responsáveis buscou instigar a corresponsabilização frente aos

cuidados relativos à saúde dos filhos, o que também foi um ponto positivo advindo da intervenção.

A Intervenção poderia ter sido facilitada se já na Análise Situacional eu tivesse dialogado com a equipe quanto às atribuições de cada membro, resultando, possivelmente, em uma maior cooperação, comprometimento e apoio. Também teria solicitado aos gestores previamente à intervenção insumos e materiais permanentes, buscando assim, otimizar o tempo e dinamizar as atividades componentes do foco Saúde da Criança. Ademais, buscaria uma colaboração com os demais trabalhadores do polo na realização de ações educativas, estimulando, por sua vez, a promoção de saúde.

A viabilidade da ação se tornar rotina no polo pode ocorrer, porém, como principal fator se deve buscar um maior compromisso dos gestores e dos membros da equipe frente às atividades da Saúde da Criança.

Dessa forma, a fim de encaminhar sua incorporação ao polo, faz-se importante despertar o interesse e a importância da função dos AIS; estimular o envolvimento e o compromisso da equipe de saúde e principalmente das lideranças indígenas; buscar parcerias a fim de multiplicar os conhecimentos da saúde como professores, agentes indígenas de saneamento, instituições de nível superior e escolas técnicas e conscientizar a comunidade e os trabalhadores de saúde acerca da importância das práticas curativo-preventivas através de palestras.

Por fim, ao considerar que se faz necessário trabalhar coletivamente para que a Saúde da Criança se fortaleça associado à qualificação do Pré-Natal e Puerpério, já presente no polo, porém, de forma deficitária, ilustrado pelo baixo número de consultas, ausência de equipamentos como o sonar e não realização de todos os exames laboratoriais que são vitais para a identificação precoce de infecções.

Assim, penso que a melhora desse programa também causará um impacto positivo na Saúde da Criança, já que, se buscará uma maior qualidade no serviço de saúde tanto para a gestante quanto para o conceito, assim como a realização de ações que gerem promoção, prevenção, recuperação e reabilitação.

### 4.3 Relatório da intervenção para gestores

Entre outubro e dezembro de 2013 foi realizada uma intervenção direcionada à Saúde da Criança no Polo Base Makira a fim de melhorar os atendimentos, promover atividades de educação como orientações e palestras, qualificar os profissionais segundo as recomendações do Ministério da Saúde (MS), estimular a participação da comunidade e incrementar o serviço de saúde no polo.

A intervenção gerou resultados positivos no polo, como por exemplo, criação de um prontuário específico para as crianças; recomendações aos Agentes Indígenas de Saúde (AISs) para convidar pais e/ou responsáveis das crianças, sadias ou não, para consultas no polo; identificação de crianças com vacinas em atraso; utilização da Caderneta da Criança; orientações sobre alimentação saudável e sobre a importância de realizar os testes do pezinho e da orelhinha.

Também houve um aumento na cobertura ao programa Saúde da Criança, pois, no decorrer da intervenção atendemos 120 crianças, sendo que, segundo estimativas do Sistema de Informação da Atenção da Saúde Indígena (SIASI) havia uma previsão de 147 crianças residentes na área de abrangência do polo.

Entretanto, a fim de atingirmos um maior número de crianças bem como melhorarmos a qualidade do serviço de saúde, faz-se necessário que haja um suporte em relação ao deslocamento dos profissionais às aldeias, pois, nas visitas domiciliares, além do atendimento, deve haver orientações aos familiares, por exemplo, porém, em decorrência da distância, não foi possível aumentar o número de visitas. Também sugerimos que haja um melhoramento na disponibilidade de insumos, materiais permanentes, como geladeira para as vacinas, e medicações, facilitando assim, o trabalho da equipe do polo junto aos usuários, aumento da cobertura e eficácia dos atendimentos.

Ainda, uma possível estratégia para melhorar a Saúde da Criança e outros focos como Pré-Natal e Puerpério e Saúde do Idoso, seria investir na reforma do polo, pois, o mesmo se tornaria referência para a comunidade, permitindo ainda, que os trabalhadores da Medicina, Enfermagem e



Odontologia atuassem de forma conjunta, bem como possibilitaria uma maior organização do serviço através de agendamento.

Associado, pensamos ainda que a contratação de um médico para atuar apenas na área de abrangência do polo, pois, mesmo que constem cerca de 794 moradores, os mesmos estão alocados em distintas aldeias, influenciando, assim, no tempo e na distância de deslocamento. Dessa forma, esse profissional enfatizaria sua prática junto aos usuários e familiares da comunidade adscrita ao polo, melhorando, a atenção à saúde.

Baseado nessas considerações de que a intervenção da Saúde da Criança, ainda que, com dificuldades, resultou em benefícios aos usuários, a fim de que se consolide no polo, deve haver envolvimento dos usuários nas atividades no polo, constante qualificação dos profissionais e apoio da gestão frente às demandas que caracterizam a Saúde Indígena no país, pois, à medida que houver uma maior disponibilidade de insumos e materiais, bem como revisões periódicas dos meios de transporte fluvial e adequações na estrutura do polo, mais facilitada será a atuação dos trabalhadores de saúde e maior a sensibilização e adesão dos usuários.

#### 4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

A atuação no Polo Base Makira foi realizada entre outubro e dezembro de 2013 se caracterizando como um período de intenso aprendizado cujo principal objetivo foi qualificar a Saúde da Criança incorporando-a à realidade local a fim de que as crianças possam ser acompanhadas com atenção, cuidado e acolhimento.

A intervenção voltada às crianças bem como pais/responsáveis resultou em melhorias como criação de prontuários para registro das atividades; orientações para os Agentes Indígenas de Saúde (AISs) acerca da importância de estimular os pais a levarem as crianças para consulta no polo, independente se doentes ou não; promoção do uso do Cartão da Criança; identificação de crianças com vacinação atrasada; avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil; orientações sobre o “teste do pezinho” e “teste da orelhinha” e avaliação de Saúde Bucal.

Também como resultados positivos se citam uma maior participação dos pais/responsáveis, uma vez que, aumentou o número de atendimentos a crianças bem como uma maior adesão, ou seja, houve uma continuidade nas consultas, o que permitiu acompanhá-las no decorrer da intervenção.

No entanto, é importante ressaltar que a intervenção pode ser uma “semente” para que o programa Saúde da Criança se consolide, sendo necessários ajustes, por exemplo, tornar o polo uma referência aos atendimentos da Medicina, da Enfermagem e da Odontologia, isto é, utilizá-lo para as consultas e agendamento tanto para as crianças quanto para os demais usuários como idosos e adolescentes, por exemplo.

Uma outra possível estratégia para melhorar o serviço de saúde seria a contratação de profissionais médicos para atuarem somente em determinado polo, ou seja, esses trabalhadores atenderiam somente à população da área de abrangência, não tendo que dividir o tempo entre dois polos, qualificando assim o foco e a atenção.

Ademais, um maior suporte de medicamentos ao polo seria uma importante ação de saúde para toda a comunidade, assim como, um maior envolvimento da comunidade, participando de atividades educativas como

palestras realizadas pelos trabalhadores de saúde em um esforço coletivo constante junto à gestão.

Dessa forma, como médica do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB) agradeço à comunidade das aldeias da área de abrangência do Polo Base Makira pelo apoio às ações da equipe bem como peço que persistam na luta para melhorar cada vez mais a Saúde Indígena, pois, como dizem: “Unidos somos mais fortes!”

## **5. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM**

Ao iniciar o curso, possuía uma visão estreita sobre as atividades a serem desenvolvidas na ESF. Apesar de não ter atuado em uma UBS/ESF, e sim em um Polo Base de Saúde Indígena, pude compreender e desenvolver de maneira satisfatória as atividades propostas para a ESF.

À medida que o curso avançava, notei um aprimoramento na capacidade crítico-reflexiva acerca da Saúde Indígena, especificamente do Polo Makira, considerando-se aspectos como infra-estrutura, processo de trabalho e organização do polo através do compartilhamento de relatos de distintos profissionais nos espaços dialógicos do curso e nos documentos que a especialização apresentava semanalmente.

Ainda, como processo de aprendizado, além de identificar possíveis determinantes sociais no processo de saúde-doença, consegui adquirir embasamento para propor modificações junto à equipe profissional e à gestão.

Dessa forma, acredito que a especialização tenha maximizado o desenvolvimento do meu raciocínio e da importância de trabalhar em equipe, objetivando a melhorar as necessidades da comunidade.

## 6. Referências

BRASIL. **Por dentro do Ministério da Saúde: orientações aos novos servidores.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 50 p.

\_\_\_\_\_. **Caderno de Atenção Básica nº 33: Saúde da Criança - Crescimento e Desenvolvimento.** 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

\_\_\_\_\_. **Funasa: 20 anos no coração do Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. **Atenção à Saúde da Criança de 0 a 12 anos.** Porto Alegre: Ministério da Saúde, 2009.


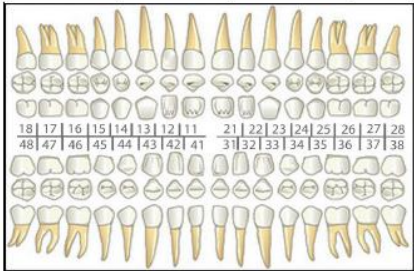
\_\_\_\_\_. **Secretaria Especial de Saúde Indígena.** Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/secretaria-sesai>> Acesso em: 14 fev 2014

ERDMANN A. L.; SOUSA F. G. M. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde**, v.33, n.2, p.150-160, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). In: Amazonas - Itacoatiara - infográficos: dados gerais do município. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=130190>> Acesso em: 08 set. 2013

**ANEXOS**

## ANEXO A – FICHA-ESPELHO DA SAÚDE DA CRIANÇA

	Nome: _____ Data de nascimento: _____																																								
<b>FICHA ESPELHO COMPLEMENTAR</b>																																									
<b>Testes do período neonatal:</b>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;"> <b>Manobra de Ortolani</b>            ( ) negativo ( ) positivo         </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <b>Teste do reflexo vermelho</b>            ( ) normal ( ) alterado         </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <b>Teste do pezinho ( ) não ( ) sim</b>            Realizado em: __/__/__         </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">           Fenilcetonúria ( ) normal ( ) alterado            Hipotireoidismo ( ) normal ( ) alterado            Anemia falciforme ( ) normal ( ) alterado            Observações: _____         </td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"> <b>Triagem auditiva ( ) não ( ) sim</b>            Realizado em: __/__/__            Testes realizados: ( ) PEATE ( ) EOA            Resultados: OD ( ) normal ( ) alterado                              OE ( ) normal ( ) alterado         </td> </tr> </table>	<b>Manobra de Ortolani</b> ( ) negativo ( ) positivo	<b>Teste do reflexo vermelho</b> ( ) normal ( ) alterado	<b>Teste do pezinho ( ) não ( ) sim</b> Realizado em: __/__/__	Fenilcetonúria ( ) normal ( ) alterado Hipotireoidismo ( ) normal ( ) alterado Anemia falciforme ( ) normal ( ) alterado Observações: _____	<b>Triagem auditiva ( ) não ( ) sim</b> Realizado em: __/__/__ Testes realizados: ( ) PEATE ( ) EOA Resultados: OD ( ) normal ( ) alterado OE ( ) normal ( ) alterado	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5" style="text-align: center;">Avaliação odontológica</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="padding: 2px;">Data</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Nome do profissional</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Orientação de saúde bucal: sim ou não</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Criança de alto risco: sim ou não</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Procedimentos realizados</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Data da próxima consulta</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>	Avaliação odontológica					Data					Nome do profissional					Orientação de saúde bucal: sim ou não					Criança de alto risco: sim ou não					Procedimentos realizados					Data da próxima consulta				
<b>Manobra de Ortolani</b> ( ) negativo ( ) positivo																																									
<b>Teste do reflexo vermelho</b> ( ) normal ( ) alterado																																									
<b>Teste do pezinho ( ) não ( ) sim</b> Realizado em: __/__/__																																									
Fenilcetonúria ( ) normal ( ) alterado Hipotireoidismo ( ) normal ( ) alterado Anemia falciforme ( ) normal ( ) alterado Observações: _____																																									
<b>Triagem auditiva ( ) não ( ) sim</b> Realizado em: __/__/__ Testes realizados: ( ) PEATE ( ) EOA Resultados: OD ( ) normal ( ) alterado OE ( ) normal ( ) alterado																																									
Avaliação odontológica																																									
Data																																									
Nome do profissional																																									
Orientação de saúde bucal: sim ou não																																									
Criança de alto risco: sim ou não																																									
Procedimentos realizados																																									
Data da próxima consulta																																									
Produzido por Thayanne Ferreira – Médica do Provac do Polo Base Makira																																									

Consultas Clínicas									
Data									
Nome do profissional que atendeu									
Idade (anos e ou meses)									
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)									
Estatura em cm (elevada, adequada, baixa e muito baixa para a idade)									
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)									
IMC em kg/m <sup>2</sup> (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)									
Desenvolvimento (provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado)									
Criança com risco: sim ou não									
Uso de Sulfato ferroso: sim ou não									
Aleitamento materno: exclusivo, predominante, complementar, desmamada									
Orientação sobre alimentação complementar: Não, sim ou Não se aplica									
Orientação por palestra: tema da palestra									
Data da próxima consulta									

Produzido por Thayanne Ferreira – Médica do Provac do Polo Base Makira





**ANEXO C – 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