



**Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN**  
**Secretaria de Educação à Distância – SEDIS**  
**Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde - LAIS**  
**Programa de Educação Permanente em Saúde da Família – PEP SUS**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**RELATO DE EXPERIÊNCIA VIVIDO APÓS A REALIZAÇÃO DE  
MICROINTERVENÇÕES EM ACOLHIMENTO À DEMANDA  
ESPONTÂNEA E À DEMANDA PROGRAMADA E EM ATENÇÃO À SAÚDE  
DA CRIANÇA, CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE ABDEL KARDEC (PEREIRO), MUNICÍPIO DE SANTA  
QUITÉRIA, CEARÁ.**

**FABRICIA SOUZA SILVA**

---

**NATAL/RN**  
**2021**

---

---

RELATO DE EXPERIÊNCIA VIVIDO APÓS A REALIZAÇÃO DE  
MICROINTERVENÇÕES EM ACOLHIMENTO À DEMANDA ESPONTÂNEA E À  
DEMANDA PROGRAMADA E EM ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA,  
CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE ABDEL  
KARDEC (PEREIRO), MUNICÍPIO DE SANTA QUITÉRIA, CEARÁ.

FABRICIA SOUZA SILVA

Trabalho de Conclusão apresentado ao  
Programa de Educação Permanente em  
Saúde da Família, como requisito parcial  
para obtenção do título de Especialista  
em Saúde da Família.

Orientador: ANA EDIMILDA  
AMADOR

---

NATAL/RN  
2021

---

---

### **Agradecimentos**

Agradeço primeiro a Deus por ter me mantido na trilha certa durante estas microintervenções realizadas em serviço, com saúde e forças para chegar até o final.

Sou grato aos meus pais por sempre me incentivarem e acreditarem que eu seria capaz de superar os obstáculos que a vida me apresentou.

Ao meu marido Thiago Damasceno que acima de tudo é um grande amigo, sempre presente nos momentos difíceis com uma palavra de incentivo.

Também agradeço a Equipe da UBS Abdel Kardec que contribuíram para idealizar os planos operativos como também para por em prática as microintervenções realizadas.

---

---

“Dedico este projeto de pesquisa à meu esposo Thiago B. Damasceno cuja presença foi essencial para a conclusão deste trabalho. Grato pela sua compreensão com as minhas horas de ausência. Te amo.”

---

## **RESUMO**

Este trabalho parte de um relato de intervenção vivido e realizado após a identificação e avaliação de alguns problemas encontrados na Unidade Básica de Saúde Abdel Kardec, através de microintervenções propostas pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) como pré-requisito para a especialização em Saúde da Família, para que projetos de melhorias pudessem ser planejados e executados. Identificou-se as principais fragilidades da equipe com o objetivo de melhorar o acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada, bem como criar estratégias para intensificar a atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento. Foram obtidos resultados positivos através das mudanças no acolhimento, com uma boa aceitação da equipe e usuários. Referente à atenção a saúde da criança, apesar dos resultados positivos da microintervenção, as consultas eletivas foram suspensas devido à situação atual de pandemia, porém, logo que se normalize a equipe tem o desejo de seguir aperfeiçoando os métodos e estratégias, fazendo ajustes frequentes para alcançar: “um atendimento de qualidade, universal, equânime e integral”.

## SUMÁRIO

1. Introdução .....	7
2. Relato de Microintervenção 1:.....	8
• Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada. ....	8
3. Relato de Microintervenção 2: .....	12
• Atenção à Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento. ....	12
4. Considerações finais .....	17
5. Referências .....	18
6. Apêndices .....	19
• Folhetos entregues as gestantes no pré-natal. ....	19
• Mitos e verdades sobre amamentação. ....	19
• O que é puericultura? .....	19
7. Anexos .....	21
• Controle de produção mensal por equipe. ....	21
• Sala de situação em saúde da UBS Abdel Kardec (Pereiros). ....	22

## 1. INTRODUÇÃO

A Unidade Básica de Saúde Abdel Kardec, onde se realizou as microintervenções, se localiza no município de Santa Quitéria, estado do Ceará, no qual possui uma população estimada 43.703 habitantes, conforme dados do IBGE de 2019.

A UBS atende á aproximadamente 4.000 (quatro mil) famílias cadastradas. Conta com duas Equipes de Saúde da Família formadas por um médico generalista, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, onze ACS, uma cirurgiã-dentista e um técnico em saúde bucal, além de uma atendente de farmácia, duas recepcionistas, dois auxiliares em serviços gerais, dois vigias e a coordenadora. Também contamos com algumas residentes, uma de enfermagem, uma em nutrição, uma em assistência social, uma psicóloga e uma fisioterapeuta. Estas atuam na UBS pelo menos um a dois dias na semana.

Ao avaliarmos a unidade como um todo, se decidiu intervir no acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada e na atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento. Observou-se que apenas com as demandas espontâneas, muitos dos pacientes deixavam de ser acompanhado adequadamente devido ao inconveniente de terem que madrugar em filas e ainda com a incerteza de conseguir uma ficha para atendimento. Essa situação levava a maioria dos usuários a buscarem outras alternativas para solucionar seus problemas, como por exemplo, a automedicação e a consulta em balcões de farmácias o que geralmente resolve um problema e causam outros.

Em relação à atenção à saúde da criança, crescimento e desenvolvimento identificamos que após o término do pré-natal com o parto seguido do puerpério, as pacientes (mães) se afastam da unidade de saúde. Muitas nem se quer sabem que o/a filho (a) necessita fazer esse acompanhamento individual. Observo também a falta de orientação sobre amamentação, cuidados com a criança e da busca ativa por parte da equipe.

Os objetivos das intervenções no acolhimento foram organizar a equipe, a forma de trabalho, agendamentos, resolver o máximo de demandas tanto para programadas como para espontâneas e responsabilizar a equipe por uma adequada acolhida e escuta aos usuários. Para a atenção à saúde da criança foi realizar a busca ativa para a continuidade ou início da puericultura, informar e orientar as futuras mães logo no período gestacional, nas consultas de pré-natal, sobre a importância desse acompanhamento do programa de puericultura.

A microintervenção um foi bem desafiadora ao mudar toda a forma de trabalho das equipes anteriores na qual a população também estava acostumada, porém, se alcançou resultados positivos e uma boa aceitação por parte de toda a equipe e da maioria dos usuários. A microintervenção dois foi mais facilmente implantada não só trazendo bons resultados para as ações propostas como também fortalecendo o vínculo familiar com a equipe.

## 2. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 1

### **Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada.**

Muitos dos usuários que buscam a Unidade Básica de Saúde não necessitam apenas de um cuidado médico ou de enfermagem, mas também de atenção, educação, gentileza, que talvez não recebam no próprio lar pelos familiares ou mesmo vivem sozinhos. “O acolhimento é uma prática presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, nos atos de receber e escutar as pessoas, podendo acontecer de formas variadas (“há acolhimentos e acolhimentos”) (MS, 2011)”.

A UBS Abdel Kardec também conhecida como Pereiros por ser o nome do bairro onde se localiza a unidade, tinha muitos problemas em relação ao acolhimento, problemas que já vinham de longas datas. Desde a equipe que o administrava, estrutura da unidade, demanda programada, demanda espontânea, forma de trabalhar em geral.

Tomamos como base para realizarmos a Microintervenção, as três funções especiais que a Atenção Primária à Saúde deve cumprir, segundo (Mendes, 2002):

- **Resolução:** visa resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população;
- **Organização:** visa organizar os fluxos e os contrafluxos dos usuários pelos diversos pontos de atenção à saúde, no sistema de serviços de saúde;
- **Responsabilização:** visa responsabilizar-se pela saúde dos usuários em quaisquer pontos de atenção à saúde em que estejam.

Diante destes, tivemos como objetivos:

- **Organizar:** Primeiro a equipe, logo, a forma de trabalho a ser implantada (dias de atendimento, agendamentos, horários, material de trabalho).
- **Resolver:** Que nenhum usuário saia da unidade sem uma adequada resolução para seu problema, o que não pode ser programado, as eventualidades, os imprevistos. “É importante que a demanda apresentada pelo usuário seja acolhida, escutada, problematizada, reconhecida como legítima (MS, 2011).”

**Responsabilizar:** Os usuários devem ser recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas desnecessárias; Fazer o trabalho de hoje, hoje.





Figura 1 Reunião com a Equipe para elaboração do plano operativo.

Nossa UBS atende á aproximadamente 4.000 (quatro mil) famílias cadastradas. Conta com duas Equipes de Saúde da Família formadas por um médico generalista, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, onze ACS, uma cirurgiã-dentista e um técnico em saúde bucal, além de uma atendente de farmácia, duas recepcionistas, dois auxiliares em serviços gerais, dois vigias e a coordenadora. Também contamos com algumas residentes, uma de enfermagem, uma em nutrição, uma em assistência social, uma psicóloga e uma fisioterapeuta. Estas atuam na UBS pelo menos um a dois dias na semana.

Devido à troca de administração do município, de todas as equipes de saúde, de coordenadores e também o meu remanejamento para outra UBS, o plano operativo referente ao Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada só foi possível coloca-lo em prática no mês de janeiro/2021. Foi necessário fazer vários ajustes semanalmente, até nosso objetivo ser alcançado. Os responsáveis pela ação foram principalmente as recepcionistas, enfermeiras e médica.

O nosso “Acolhimento à demanda espontânea” é realizado diariamente nos dois turnos por uma de nossas enfermeiras e com a ajuda da residente em enfermagem as terças e quartas pela manhã. O primeiro contato é feito através das recepcionistas, que identificam qual a demanda do usuário e orienta a melhor forma de resolução. Quando a demanda pode esperar, imediatamente é agendado o dia, o horário e o profissional (médica ou enfermeiro) que realizará a consulta. Quando a demanda apresenta certa urgência, ou aquele usuário não quer retornar em outro momento, mesmo que não seja necessário o atendimento naquele dia, ele é encaminhado para consulta de enfermagem. Para essas demandas que são atendidas diariamente, são distribuídas fichas por ordem de chegada.

Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado (fazendo com que os usuários formem filas na madrugada), nem é possível (nem necessário) encaminhar todas as pessoas ao médico. (MS, 2011)

Os atendimentos pelas enfermeiras (consultas) funcionam como forma de triagem. Aqueles casos que não podem ser resolvidos por elas, são imediatamente encaminhados para o atendimento médico do dia, ou a depender do caso é realizado um pré-atendimento com solicitação de exames, por exemplo, e logo o paciente é agendado para retorno com o médico em outro dia, portando os exames em mãos se for o caso.

Não devemos esquecer, também, que mesmo os usuários que são acompanhados regularmente pelas ações programáticas podem apresentar exacerbações em seu quadro clínico e demandar atenção em momentos que não o de acompanhamento agendado. Perde-se legitimidade perante eles uma unidade que os acompanha na atividade programada e não os acolhe no momento de agudização. Constrói-se a imagem na sociedade de que “a unidade básica de saúde só serve para quando a pessoa estiver saudável; se estiver doente, tem é que ir a um pronto-atendimento ou hospital”. Dessa concepção até se pensar na UBS como um serviço de menor relevância e de qualidade inferior é “um pulo”. (MS, 2011)

Para a demanda programada foi implantado um sistema de agendamento para a atenção médica, atenção odontológica, especialidades, e de uma das enfermeiras, no qual é utilizadas agendas com horários fracionados de 20/20, 30/30 ou até 40/40 minutos a depender do tipo de atendimento e da ação programática (Doenças crônicas não transmissíveis, puericultura, pré-natal, exames preventivos, atendimento domiciliar).

Referente ao atendimento de enfermagem, os atendimentos dos programas possuem dias específicos seguindo o cronograma que já existia pela enfermeira que antes atuava na UBS. Decidimos manter o cronograma, pois a população já seguia esse ritmo de atendimento há algum tempo.

Já referente à atenção médica, não foi estipulado dias específicos para atendimento, com exceção apenas para as visitas domiciliares que são realizadas todas as quintas-feiras no período da tarde. Também foram separados dois horários específicos, um pela manhã e o outro à tarde, com um período de tempo de 40 minutos, de segunda à quarta, e nas quintas apenas pela manhã, para o atendimento pré-natal, sendo estas prioridades. Ao não estipular os dias específicos para os programas, no caso das consultas médicas, levamos em consideração que todos possuem uma rotina, com dia e horários diferentes trazendo sempre alguma dificuldade a um ou outro usuário.

A atenção odontológica também é por agendamento, cinco pacientes pela manhã e cinco pacientes no período da tarde, existindo duas vagas para atendimentos de urgências (demanda espontânea).

Para as especialidades, Psicóloga, com atendimentos nas segundas manhãs e tardes, para Nutricionista, as terças e quartas pela manhã, Fisioterapeuta e Assistente social as quartas pela manhã.

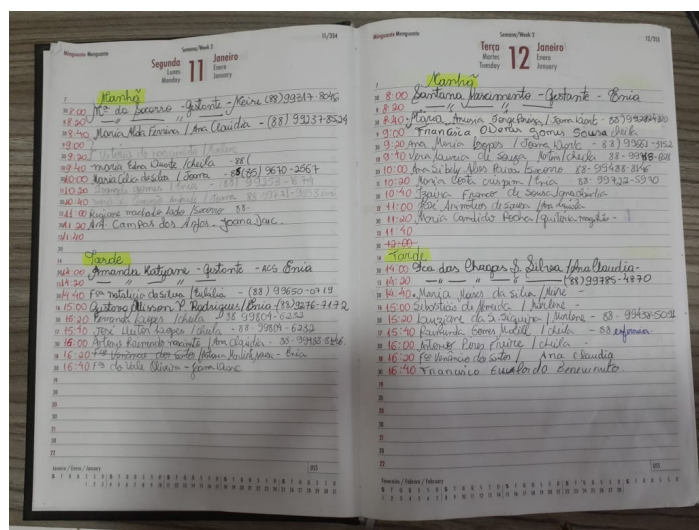


Figura 2 Agendamento para consultas médica

No mês de janeiro/2021, mesmo com o processo de adaptação da equipe e dos usuários, foram realizadas 243 consultas médicas, 236 consultas de enfermagem, 164 consultas odontológicas entre outras.

A maior dificuldade é a grande demanda para o atendimento médico, sendo difícil não manter uma longa espera, de dias, para os pacientes das ações programadas. Porém, em consultas com os pacientes, recebi vários feedbacks positivos a cerca das estratégias implementadas pela UBS. Muitos, há anos não se dirigiam à unidade devido à dificuldade para conseguir um atendimento, saíam transtornados por nem se quer ter esperança de serem atendidos em outro dia. Estes buscavam atendimentos em balcões de farmácias ou até mesmo no hospital que é a referência municipal para urgências e emergências, superlotando o serviço com demandas que não se enquadram para o atendimento de um serviço terciário.

Outra dificuldade é o paciente entender que alguns casos ou mesmo problemas, podem ser resolvidos pela enfermeira, sem necessidade de um profissional médico.

E também temos, como em todo órgão, unidade ou estabelecimento que trabalha diretamente com pessoas, com o público, a dificuldade de aceitação por alguns, estes até o momento uma pequena minoria.

A grande satisfação da nossa equipe desde o início da microintervenção é ver o usuário saindo da unidade com a sua queixa resolvida ou com data para sua resolução. Por exemplo, aqueles usuários que só procura a unidade quando está se sentindo muito mal, aquelas senhoras “poliqueixosas” que aparece todo dia na unidade, diante de algum usuário que apresenta vários problemas de saúde.

A UBS juntamente com a equipe continuará aperfeiçoando os métodos e estratégias para um melhor “Acolhimento à demanda espontânea e à demanda programada” e buscando atingir a 100% da nossa área de atuação com o máximo de aceitação possível dos usuários.

### 3. RELATO DE MICROINTERVENÇÃO 2

#### **Atenção à Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento.**

O acompanhamento do desenvolvimento da criança na atenção básica objetiva sua promoção, proteção e a detecção precoce de alterações passíveis de modificação que possam repercutir em sua vida futura. Isso ocorre principalmente por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança (MS, 2012).

Observou-se na unidade de saúde, que após o término do pré-natal, com o parto seguido do puerpério, as pacientes (mães) se afastam da UBS, retornando apenas para a vacinação das crianças. Muitas, não sabem que os filhos necessitam também um acompanhamento para avaliação do seu “Crescimento e Desenvolvimento”. Isso também se dá pelo descaso da própria equipe de saúde, em não realizarem a busca ativa pelos usuários em questão.

Tivemos como objetivos para esta microintervenção **realizar a busca ativa** das crianças para a continuidade ou início da puericultura. **Informar e orientar** as futuras mães logo no período gestacional, onde temos a oportunidade de realizar esta ação durante as consultas pré-natais, sobre temas como: comunicar a equipe de saúde logo pós-parto, a importância dos exames de triagem neonatal, importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno exclusivo, mitos sobre aleitamento, cuidados de higiene com a mãe e a criança, medicações, vacinação e quando buscar a UBS, entre outros.

Segundo os últimos dados coletados, a unidade de saúde tem um público-alvo de 446 crianças adscritas. Sendo estas:

<b>CRIANÇAS</b>	<b>TOTAL</b>
Menores de 6 meses	32
6 meses a < de 1 ano	55
1 a < 2 anos	81
2 a < 3 anos	78
3 a < de 4 anos	70
4 a < 5 anos	61
> 5 anos	69

Tabela 1 Total de crianças adscritas na UBS segundo a secretaria de saúde do município. Dados coletados por ACS - dezembro 2020.

Tivemos também como alvo para esta microintervenção 20 gestantes, em idade

gestacional diferente, abordadas durante as consultas de pré-natal, onde é fundamental a construção e o fortalecimento desse vínculo familiar com a equipe para dar seguimento ao acompanhamento não só da criança, mas de toda a família.



Figura 3 Consulta de pré-natal.

A equipe que pôs em prática a ação, composta pelas enfermeiras, agentes comunitários de saúde (ACS) e médica da unidade, utilizaram como base para início dos planos operativos os prontuários de pré-natal e puericultura, estes eram mantidos separados dos demais prontuários. Também levamos em conta os cadastros e conhecimentos dos ACS para nos atualizarmos e executarmos as ações.

Identificamos através dos prontuários de pré-natal que varias das pacientes já haviam dado à luz, muitas destas, há más de mês, sendo estes não atualizados e mantidos entre os demais prontuários das que ainda aguardavam o parto. Deparamo-nos com mães e crianças que nem se quer foram acompanhadas no período mais crítico de um pós-parto, o puéperio, através das visitas domiciliares. Com isso, observamos ao primeiro contato que muitas já haviam desistido do aleitamento materno exclusivo, algumas em aleitamento misto e outras com fórmula infantil. Também vimos que os lactentes já eram medicados com chás, culturalmente passado pelas mulheres mais velhos da família (avós, tias, sogras), e por medicamentos vendidos em balcões de farmácias.

As visitas domiciliares são recomendadas às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto e, posteriormente a esse período, a periodicidade deve ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas e considerando-se os fatores de risco e de proteção. Cabe lembrar que a visita domiciliar não é apenas uma atribuição do agente comunitário, pois toda a equipe faz uso dessa prática, podendo a primeira consulta do recém nascido (RN) e da puérpera ocorrer em domicílio, conduzida pelo(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a) (MS, 2012).

O profissional de saúde precisa estar preparado para garantir as orientações adequadas, principalmente no primeiro contato, na visita, pois é comum ouvirmos considerações como:

meu leite é fraco, não tenho leite suficiente, preciso trabalhar, dou mingau porque a criança não dorme, dou chá porque está com “espremedeira” ou não para de chorar, meu peito rachou e não consigo ou não posso amamentar.

Com a aproximação da equipe de saúde do contexto de vida das famílias, a visita domiciliar torna-se um instrumento importante para a troca de informações vinculadas às necessidades particulares de cada indivíduo, favorecendo, desta forma, atividades educativas e mais humanizadas. A visita domiciliar é uma das atribuições das equipes de saúde de atenção básica e é uma das principais atividades preconizadas para o agente comunitário de saúde pelo Ministério de Saúde (MS, 2012).

Além de reforçar a importância dessa primeira consulta do RN em domicílio, acrescentamos às consultas de pré-natais temas importantes para a saúde da criança, tirando às dúvidas das mães e orientando a maneira correta sobre aleitamento, exames de triagem, vacinação, medicações, cuidados de higiene e incentivando-as para usarem a internet não apenas para redes sociais, mas também para que busquem informações a respeito dos temas, já que hoje em dia essa é uma ferramenta muito utilizada pela população. Essas ações são importantes para que após o parto, as mães, já tenham sedimentado todas as informações podendo oferecer o melhor para seus filhos.

Devido o último ano (2020) ter sido um ano muito atípico, onde os atendimentos eletivos foram suspensos devido à pandemia, nossas crianças estavam sem acompanhamento de puericultura, todos os prontuários desatualizados. Ao analisarmos um a um, e somados a estes as crianças que haviam nascido nos últimos meses e ainda não iniciados o acompanhamento, realizamos um agendamento por horários, com intervalos de 30 e 30 minutos, com o intuito de não causar aglomerações diante do cenário atual que estamos vivendo, trazendo como prioridade as crianças que nasceram por último.

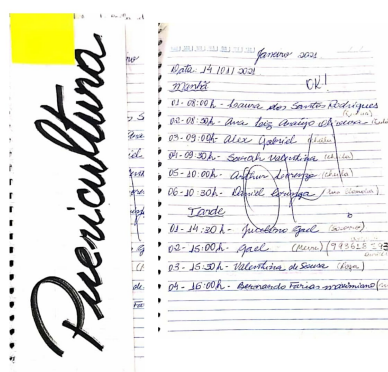


Figura 3 Agenda de puericultura da UBS.

O melhor método de acompanhamento do crescimento infantil é o registro periódico do peso, da estatura e do IMC da criança na Caderneta de Saúde da Criança. (MS, 2012) A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Ministério da Saúde recomendam a utilização dos



valores de referência para o acompanhamento do crescimento e do ganho de peso das curvas da OMS de 2006 (para crianças menores de 5 anos) e 2007 (para a faixa etária dos 5 aos 19 anos) (Saúde).

Acrescentamos aos prontuários de puericultura folhas espelho das páginas 68 a 74 (acompanhamento da criança e consultas recomendadas) da Caderneta de Saúde da Criança, tornando as consultas mais praticas para os profissionais de saúde. É importante ressaltar também que ao completar dois anos, o prontuário da criança é unido à pasta dos demais integrantes da família.

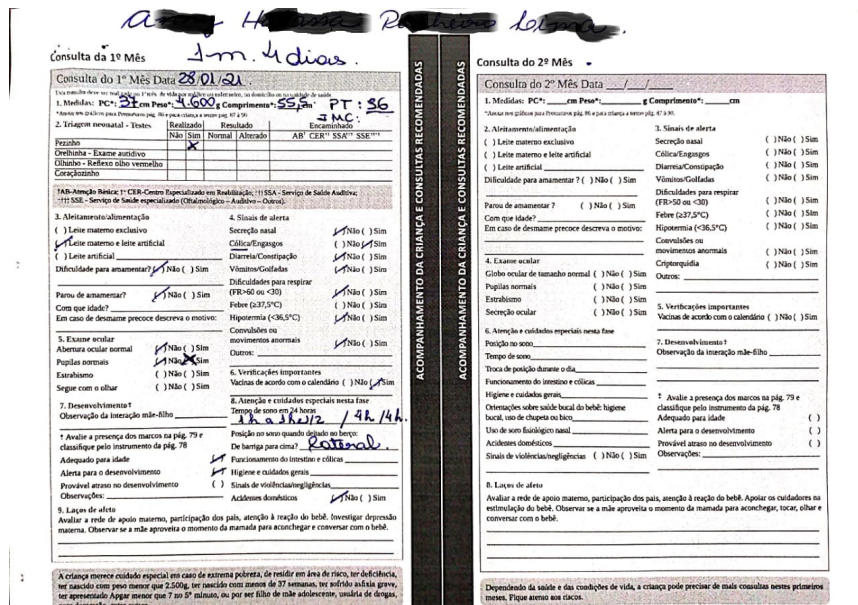


Figura 4 Folha espelho da Caderneta de Saúde da Criança.

Realizamos no mês de janeiro (2021) 29 consultas pré-natais e 52 consultas de puericultura. Onde observamos o interesse das pacientes, principalmente as mães de primeira viagem, sobre os temas referentes à criança, se demonstraram cheias de dúvidas. Algumas comentavam e reconheciam erros que cometeram com os filhos anteriores. Já referente às puericulturas realizadas, identificamos várias situações que poderiam ter sido evitadas se as mães tivessem sido orientadas antes, como é o caso do aleitamento. Dos 32 lactentes menores de 6 meses, apenas 13 permanecem em aleitamento materno exclusivo.

Apesar dos resultados positivos da microintervenção, nossas consultas eletivas novamente foram suspensas devido o grande aumento de contaminação pelo Covid-19 no município, sendo decretado novamente “lockdown” após uma explosão de casos confirmados, 450 em 13 dias, acarretando superlotação nas redes de atendimento à saúde.

Diante da situação a secretaria de saúde emitiu nota às unidades de saúde para que se priorizem apenas pré-natais de alto risco, puericultura somente de crianças em situação de vulnerabilidade, ambos previamente agendados, e também a suspensão das visitas domiciliares.

Daremos continuidade às ações a medida do possível, com as orientações e informações

às gestantes que comparecerem a UBS. Também estamos mantendo atendimento remoto à comunidade para tirar dúvidas e resolver os problemas que estiverem ao nosso alcance.

É de interesse de a equipe manter as ações propostas pela microintervenção, logo que a situação se normalize. Visto que, para termos resultados positivos, deve-se trabalhar constantemente, buscando sempre reparar os erros, fazendo ajustes frequentes, nunca desistindo do que se deseja alcançar: “um atendimento de qualidade, universal, equânime e integral”.



#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estas microintervenções têm como objetivo principal a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica, incentivando os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território.

A microintervenção parte de um processo de identificação e avaliação de um problema ou problemas prioritários da unidade básica de saúde, relacionados às temáticas dos módulos que foram abordados no curso de Especialização em Saúde da Família, com uma proposta de ação que foi executada pelo especializando e a equipe de saúde. Logo, este trabalho foi baseado no relato da experiência com uma descrição reflexiva das intervenções vividas.

Os resultados alcançados através das ações implantadas foram muito satisfatórios, com uma excelente interação da equipe e uma boa participação e aceitação dos usuários adscritos. Realmente se conseguiu fazer melhorias e dar mais qualidade ao serviço em questão.

A maior dificuldade encontrada na UBS é a grande demanda para o atendimento médico, já que esta é a unidade com a maior população adscrita do município e conta com apenas um médico atuando, sendo difícil não manter uma longa espera, até de dias, para os pacientes das ações programadas, sem contar a demanda espontânea, já que não dá para escolher os casos de urgência apresentados pelos usuários. Outro problema encontrado, apesar dos resultados positivos, mesmo em tão pouco tempo de planejamento e atuação, foi a “pandemia” interrompendo e suspendendo as consultas eletivas e visitas domiciliares, trazendo a incompreensão de muitos pacientes.

É de interesse de a equipe manter as ações de intervenção logo que a situação se normalize. Visto que, para termos bons resultados, deve-se trabalhar constantemente, buscar sempre reparar os erros, fazer ajustes frequentes, nunca desistir do que se almeja, a melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica e pôr em prática os princípios do SUS: a universalidade, equidade e integralidade no acesso à saúde.

## 5. REFERÊNCIAS

Mendes, E. V. (2002). *Os sistemas de serviços de saúde : o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.

MS, M. d. (2011). *Acolhimento à demanda espontânea- volume I*. Brasília: Ministério da Saúde.

MS, M. D. (2012). *Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento*. Brasília: Ministério da Saúde.

Saúde, M. d. (s.d.). <https://aps.saude.gov.br/>. Acesso em 4 de fevereiro de 2021, disponível em Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS). Vigilância Alimentar e Nutricional. SISVAN: <https://aps.saude.gov.br/ape/vigilanciaalimentar/curvascrescimento>

Barreto, A. (17 de agosto de 2019). <https://www.sbp.com.br>. Acesso em 20 de janeiro de 2021, disponível em Sociedade Brasileira de Pediatria: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/oito-mitos-e-verdades-sobre-aleitamento-materno/>

## 6. APÊNDICES

### Folhetos entregues as gestantes no pré-natal.

- Mitos e verdades sobre amamentação

JBS ABDEL KARDEC – PEREIRO

#### MITO OU VERDADE SOBRE AMAMENTAÇÃO

##### 1. Algumas mulheres têm leite fraco

**MITO.** No início da amamentação o primeiro leite, chamado de colostro, é aquoso, o que pode dar a impressão de que o leite é fraco. Entretanto isso não é verdade, uma vez que a substância é rica em anticorpos essenciais para garantir a saúde da criança.

##### 2. Amamentação ajuda a prevenir o câncer de mama

**VERDADE.** A amamentação completa diminui de 3 a 4% o risco da mulher desenvolver o câncer de mama devido a substituição de tecido glandular por gordura nas mamas.

##### 3. A amamentação deve ser exclusiva até os seis meses

**VERDADE.** Para garantir a saúde dos bebês e imunizá-los contra diversas doenças. Após esse período, inicia-se a inclusão de alimentos na dieta da criança, conforme orientação do pediatra, que ocorre até os dois anos de idade.

##### 4. O bebê deve mamar a cada duas ou três horas

**MITO.** A criança em aleitamento materno exclusivo deve mamar em livre demanda, ou seja, na hora que quiser. Porém, após 3 horas de jejum, aumenta o risco de hipoglicemia, devendo-se oferecer a mama ao recém-nascido para minimizar o risco.

##### 5. Apenas a pega incorreta pode desencadear fissura nos mamilos

**MITO.** Outros fatores como clima, resíduos de detergente nas roupas, loções aplicadas na região da mama, sabonetes, talco, produtos para cabelo, desodorante ou perfume, podem influenciar no ressecamento dos seios. O uso incorreto de bombinhas para

extrair o leite também pode causar o aparecimento de rachaduras, pois certos equipamentos, quando utilizados de forma mais brusca, podem ferir o tecido mamário e romper os capilares. Por isso, recomenda-se colocar o dedo mínimo no canto da boca do bebê para ele soltar o vácuo que está fazendo na mama, antes de retirá-lo.

##### 6. Existe uma posição ideal para amamentar

**VERDADE.** O fundamental é que mamãe e bebê estejam confortáveis e relaxados.

##### 7. Quem tem prótese de silicone não pode amamentar

**MITO.** O silicone não interfere na qualidade do leite materno, pois as próteses ficam localizadas abaixo das glândulas mamárias.

##### 8. Amamentar não deixa os seios flácidos

**VERDADE.** "É importante ressaltar que a flacidez dos seios ocorre em função da gravidez e não da amamentação, portanto, o fato de não amamentar para evitar o problema não tem fundamento", finalizam as especialistas.

#### Bibliografia

Barreto, A. (17 de agosto de 2019). <https://www.sbp.com.br>. Acesso em 20 de janeiro de 2021, disponível em Sociedade Brasileira de Pediatria: <https://www.sbp.com.br/impressao/detalhe/nid/oitos-mitos-e-verdades-sobre-aleitamento-materno/>

Por Dra. **Fabírcia Souza**

- O que é puericultura?

## **UBS ABDEL KARDEC – PEREIRO**

### **O QUE É PUERICULTURA?**

É o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de cinco anos, considerando a família e o contexto social no qual estão inseridos.

### **QUAL O OBJETIVO?**

O Programa de **Puericultura** objetiva acompanhar o crescimento e desenvolvimento de um indivíduo, sua cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, **orientar** a implantação da alimentação complementar e prevenir as desordens que mais afetam as crianças durante os primeiros dezoito meses de vida.

### **QUANDO SE INICIA?**

Deve ser realizada desde os primeiros dias de vida, **se** estendendo até o final da adolescência.

### **QUANTAS CONSULTAS DEVEM SER FEITAS?**

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário.

### **QUAL O PROFISSIONAL QUE REALIZA A CONSULTA?**

Enfermeiro (a) e/ou médico (a).

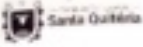
### **COMO AGENDAR AS CONSULTAS?**

É importante que ao nascimento da criança, a mãe comunique aos profissionais da saúde, ACS ou enfermeira para que a unidade tenha conhecimento da chegada do recém nascido. Logo, a cada consulta a mãe será comunicada previamente o dia e hora da consulta através desses profissionais, sem ter que se preocupar em ir até o posto ou enfrentar filas.

**Dra. Fabírcia Souza**

## 7. ANEXOS

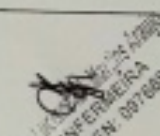
### 1. Controle de produção mensal por equipe.


 PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA QUITÉRIA  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
 COORDENADORIA DE ATENÇÃO BÁSICA

### CONTROLE DE PRODUÇÃO MENSAL POR EQUIPE

UBS: Abdel Cardec  
 REF. AO MÊS: Jan/2021      ANO: 2021      DATA DA INFORMAÇÃO: 04/02/2021

PROCEDIMENTOS	QUANTIDA.	PROCEDIMENTOS	QUANTIDA.
	MÉDICO	ENFª	TOTAL ATEND.
	<u>Fabrizio</u>	<u>Erica, Luccas, Naldy</u>	
ATENDIMENTOS INDIVIDUAIS	243	136	613
VISITAS DOMICILIARES	-	05	05
CONSULTA AGENDADA PROGRAMADA / CUIDADO CONTINUADO	159	29	188
CONSULTA AGENDADA	74	21	196
ESCUTA INICIAL / ORIENTAÇÕES	-	2	02
CONSULTA DO DIA	60	51	142
URGENCIA	2	11	13
ATENDIMENTO HAS	53	58	111
ATENDIMENTO DIABETES	28	9	27
ATENDIMENTOS OBESOS	-	-	-
ATENDIMENTO RN 1ª SEMANA	-	-	-
ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL	05	24	29
COLETA CITOPATOLÓGICA	-	04	04
VACINAS	-	123	123
ADM. MEDICAMENTO ENDOVENOSO	01	ATENDIMENTO EM DOMICILIO	02
ADM. MEDICAMENTO INTRAMUSCULAR	19	ATIV. COLETIVA - EDUCAÇÃO EM SAÚDE	02/40 pessoas
ADM. MEDICAMENTO VIA ORAL	02	ATIV. COLETIVA - AVALIAÇÃO EM GRUPO	02/14 pessoas
ADM. PENICILINA TRATAMENTO SIFILIS	-	ATIV. COLETIVA - AVALIAÇÃO /PROCEDIMENTO COLETIVO	-
VERIFICAÇÃO DE PRESSÃO	381	AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA	50
GLICEMIA CAPILAR	86	COLETA PARA EXAME CITOPATOLÓGICO	04
CURATIVO ESPECIAL	-	COLETA PARA EXAME LABORATORIAL	-
CURATIVO SIMPLES	30	ATENDIMENTO DE URGENCIA	07
DRENAGEM DE ABCESSO	-	TAPOTAMENTO NASAL ANTERIOR E / OU POSTERIOR	-
EXAME DE PE DIABÉTICO	-	TERAPIA PARA REIDRATAÇÃO ORAL	53
NEBULIZAÇÃO / INALAÇÃO	-	TESTE DO PEZINHO	02
SUTURA SIMPLES	-	TRIAGEM OFTALMOLÓGICA	-
RETIRADA DE CERUIME	-	RETIRADA DE PONTOS DE CIRURGIA	01
RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	-	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	-

  
 DA UNIDADE UBS: Abdel Cardec  
 ENFERMEIRA  
 COREN: 097688

### 2. Sala de situação em saúde da UBS Abdel Kardec (Pereiros).

SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE DAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE -														
	EULÁLIA	ROSA	ENIA	CHEILA	MARLENE	JOANA	ANA CLÁUDIA	SOCORRO	MEIRE	MARTA	ANA MARIA			TOTAL
NASCIDOS VIVOS NO MÊS	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0			1
PREMATURIDADE	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0			1
RN pesados ao nascer	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0			1
RN peso <2500g	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
C MENOR DE 6 MESES	3	1	3	6	5	4	4	5	1	0	0			32
R Aleitamento exclusivo	1	0	0	2	2	3	1	3	1	0	0			13
I Aleitamento misto	2	1	3	4	3	1	3	2	0	0	0			19
A 6 MESES a < 1 ANO	4	1	5	8	8	9	4	9	5	1	1			55
N Com as Vacinas em dia	4	1	5	8	8	9	4	9	5	1	1			55
C Pesadas	4	1	5	8	8	9	4	9	5	1	1			55
A Desnutridas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
S 1 a < 2 ANOS	1	7	16	4	15	3	5	14	8	7	0			80
Com vacinas em dia	1	7	16	4	15	3	5	14	8	7	0			80
Pesadas	1	6	16	4	16	3	5	14	8	7	0			80
Desnutridas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
2 a < 3 ANOS	3	5	10	10	23	6	3	12	5	1	0			78
3 a < 4 ANOS	3	4	10	7	4	7	3	19	10	3	0			70
4 a < 5 ANOS	2	3	12	5	6	7	6	11	6	3	0			61
<b>5 ANOS</b>	<b>6</b>	<b>11</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>26</b>	<b>11</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>			<b>TOTAL</b>
CADASTRADAS	0	1	2	3	1	0	1	4	4	4	0			20
G Acompanhadas	0	1	2	3	1	0	1	4	4	4	0			20
E Com vacina em dia	0	1	2	3	1	0	1	4	4	4	0			20
S Consulta de PN no mês	0	1	2	3	1	0	1	4	4	4	0			20
T PN iniciado 1ª TRI	0	1	2	3	1	0	1	4	4	3	0			19
A 10 a 14 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
N 15 a 19 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
T Maior de 20 anos	0	1	2	3	2	0	1	4	4	4	0			21
E Gestantes a TERMO	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0			1
S Gestantes de Alto Risco	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0

ABORTOS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
<b>TOTAL</b>														<b>0</b>
Diabéticos cadastrados	10	6	18	13	48	16	7	16	16	3	3			156
C Diabéticos acompanhados	10	6	18	13	48	16	7	16	16	3	3			156
R Insulinoterapia	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0			6
Ô Hipertensos cadastrados	51	36	75	68	56	85	27	30	30	28	7			493
N Hipertensos acompanhados	51	36	75	68	56	85	27	30	30	28	7			493
I TB cadastrados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
C TB acompanhados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
O HAN cadastrados	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0			2
S HAN acompanhados	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0			2
<b>TOTAL</b>														<b>TOTAL</b>
Deficientes físicos	26	10	0	4	5	7	2	0	0	4	0			58
Deficientes mentais	2	1	0	9	4	5	1	4	4	0	0			30
Doentes mentais	11	8	4	4	5	16	3	6	6	6	0			69
C Atendidos no CAPS	13	8	4	8	4	16	3	12	12	5	0			85
R Deficientes auditivos	3	0	2	3	2	2	1	1	1	0	0			15
Ô Deficientes visuais	7	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0			9
N Alcoolistas	3	5	0	1	4	6	16	2	2	1	0			40
I Doença de Chagas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0			2
C Cardiopatas	0	0	2	3	5	7	2	0	0	7	0			26
O Colostomizados	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1	0			4
S Fumantes	25	12	30	59	63	51	13	68	68	25	10			424
Acamados	2	1	6	1	2	0	1	0	0	0	1			14
Em diálise	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0			2
Oncológicos	0	0	0	1	1	2	1	0	0	1	0			6
Oncológicos em TTO	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			3
<b>TOTAL</b>														<b>TOTAL</b>
Menores de 28 dias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
Por diarreia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
Por IRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
Por outras causas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
Menores de 01 ano	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
Por diarreia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
Por IRA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
Por outras causas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0
Menores de 02 anos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0			0

