

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA. NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

Adriana Almeida Moreira

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA SENSIBILIZAÇÃO PARA PUERICULTURA
E USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA PELOS PROFISSIONAIS E
FAMÍLIAS DE BELA VISTA DE MINAS, MINAS GERAIS**

IPATINGA

2020

Adriana Almeida Moreira

**PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA SENSIBILIZAÇÃO PARA PUERICULTURA
E USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA PELOS PROFISSIONAIS E
FAMÍLIAS DE BELA VISTA DE MINAS, MINAS GERAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Especialização
Gestão do Cuidado em Saúde da Família,
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para obtenção do
Certificado de Especialista.

Orientador: Profa Dra Selme Silqueira de
Matos

Ipatinga

2020



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NESCON

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aos dezessete dias do mês de outubro de 2020, a Comissão Examinadora designada pela Coordenação do Curso Especialização Gestão do Cuidado em Saúde da Família – CEGCSF se reuniu online para avaliar o Trabalho de Conclusão de Curso da aluna **ADRIANA ALMEIDA MOREIRA** intitulado: “PROJETO DE INTERVENÇÃO PARA SENSIBILIZAÇÃO PARA PUERICULTURA E USO DA CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA PELOS PROFISSIONAIS E FAMÍLIAS DE BELA VISTA DE MINAS, MINAS GERAIS”, requisito parcial para a obtenção do Título de Especialista em Gestão do Cuidado em Saúde da Família. A Comissão Examinadora foi composta pelas professoras: Dra. SELME SILQUEIRA DE MATOS e Dra. NAYARA RACI BALDONI. O TCC foi aprovado com a nota 83.

Esta Folha de Aprovação foi homologada pela Coordenação do CEGCSF no dia dezessete, do mês de outubro, do ano de dois mil e vinte e devidamente assinada pelo seu Coordenador, Prof. Dr. Tarcísio Márcio Magalhães Pinheiro

Belo Horizonte, 05 de maio de 2021.

PROF. DR. TARCÍSIO MÁRCIO MAGALHÃES PINHEIRO
Coordenador do Curso de Especialização Gestão do Cuidado Saúde da Família



Documento assinado eletronicamente por **Tarcísio Marcio Magalhaes Pinheiro, Coordenador(a) de curso de pós-graduação**, em 06/05/2021, às 15:29, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0709179** e o código CRC **2722EAFF**.

Referência: Processo nº 23072.222955/2021-19

SEI nº 0709179

Dedico esse trabalho à minha família que sempre me apoia em cada conquista e às famílias de Bela Vista de Minas onde realizo meu trabalho e me realizo a cada dia como pessoa e profissional.

Agradeço a Deus por mais uma conquista e realização profissional;

Agradeço à equipe que me apoiou e se fortaleceu junto comigo no decorrer do curso;

Agradeço à equipe da UFMG pelas orientações.

“O sucesso é a soma de pequenos esforços - repetidos dia sim, e no outro dia também.”

Robert Collier

RESUMO

O crescimento é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida e é considerado um dos melhores indicadores de saúde da criança, uma vez que sofre influência direta dos fatores ambientais, assim como o acesso aos serviços de saúde, cuidados gerais e higiene. A Caderneta de Saúde da Criança é um instrumento importante no acompanhamento da saúde de cada indivíduo, pois traz informações desde a gravidez, parto, recém nascido até os 10 anos de idade; orientações sobre alimentação saudável, saúde auditiva, visual e bucal, prevenção de acidentes, desenvolvimento global, espaço para anotações de intercorrências clínicas, tratamentos efetuados programas de suplementação e vacinação. Por esse motivo o presente trabalho objetiva apresentar um projeto de intervenção para melhoria da abordagem da atenção à saúde da criança no município de Bela Vista de Minas, estado de Minas Gerais. A autora do presente trabalho considera que o projeto de intervenção trará melhorias para os profissionais e comunidade ao trabalhar maior frequência das famílias na puericultura; melhor interação e comunicação entre a rede de atendimento da equipe multiprofissional e entre estes e as famílias das crianças, além de promover e estimular ainda mais a educação permanente entre os membros da equipe. Para a elaboração deste projeto de intervenção, a equipe realizou diagnóstico situacional, seguido de planejamento estratégico. Foi realizado um levantamento bibliográfico, utilizando artigos científicos na base de dados *Scientific Eletronic Library Online*, Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, publicações do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde. Diante desses fatos, foi proposto plano de ação visando impactar positivamente nos profissionais e na comunidade as informações contidas nesse instrumento. Conclui-se que a equipe de Estratégia de Saúde da Família apresenta importante papel no campo de intervenções na saúde da criança e que poderá contribuir ainda mais no acompanhamento e desenvolvimento.

Descritores: Saúde da criança. Vacinação. Atenção Primária de Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

Growth is a dynamic and continuous process that occurs from conception until the end of life and is considered one of the best indicators of child health, since it is directly influenced by environmental factors, as well as access to health services, care general and hygiene. The Child Health Handbook is an important tool in monitoring the health of each individual, as it brings information from pregnancy, childbirth, newborn to 10 years of age; guidance on healthy eating, hearing, visual and oral health, accident prevention, global development, space for notes of clinical complications, treatments carried out supplementation and vaccination programs. For this reason, this paper aims to present an intervention project to improve the approach to child health care in the municipality of Bela Vista de Minas, state of Minas Gerais. The author of the present study considers that the intervention project will bring improvements to professionals and the community, by working more frequently with families in childcare; better interaction and communication between the service network of the multiprofessional team and between them and the families of the children, in addition to promoting and further stimulating permanent education among team members. To prepare this intervention project, the team carried out a situational diagnosis, followed by strategic planning. A bibliographic survey was carried out, using scientific articles in the Scientific Eletronic Library Online database, Virtual Library of the Center for Education in Collective Health, publications by the Ministry of Health and the Department of Health. In view of these facts, an action plan was proposed to positively impact professionals and the community the information contained in this instrument. It is concluded that the Family Health Strategy team plays an important role in the field of child health interventions and that it can contribute even more in the monitoring and development.

Descriptors: Child health. Vaccination. Primary Health Care . Family Health Strategy.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – População cadastrada na área de abrangência da unidade de saúde Maria Marcelina no município de Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais	15
Tabela 2 - Condições de saúde registradas nas planilhas dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família Maria Marcelina em Bela Vista de Minas, estado de Minas Gerais	16
Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Maria Marcelina, em Bela Vista de Minas, Minas Gerais	18
Quadro 2 - Distribuição de crianças por faixa etária e sexo na Unidade Saúde da Família Maria Marcelina em Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais	27
Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “A maioria das famílias não comparecem na puericultura na ESF e levam as crianças no atendimento em condições agudas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Marcelina, do município Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais	29
Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Profissionais não preenchem todos os registros na Caderneta de Saúde da Criança”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Marcelina, do município Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais	31
Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “ACS’s não acompanham dados das crianças na CSC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Marcelina, do município Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais	32
Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “ACS’s não acompanham dados das crianças na CSC”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Marcelina, do município Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CD	Crescimento e Desenvolvimento
CSC	Caderneta de Saúde da Criança
DECS	Descritores das ciências da Saúde
DM	Diabetes Melittus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEB	Índice de Desenvolvimento de Educação Básica
Km	Kilômetro
Km ²	Kilômetro Quadrado
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
SES	Secretaria do Estado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TFD	Tratamento Fora do Domicílio
UBS	Unidade Básica de Saúde
VD	Visitas Domiciliares

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais do município de Bela Vista de Minas	12
1.2 O sistema municipal de saúde de Bela Vista de Minas	13
1.3 Aspectos da comunidade	15
1.4 A Unidade Básica de Saúde Maria Marcelina	16
1.5 A Equipe de Saúde da Família Maria Marcelina da Unidade Básica de Saúde Maria Marcelina	17
1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Maria Marcelina	17
1.7 O dia a dia da equipe Maria Marcelina	17
1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	18
1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	18
2 JUSTIFICATIVA	20
3 OBJETIVOS	21
3.1 Objetivo geral	21
3.2 Objetivos específicos	21
4 METODOLOGIA	22
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	24
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	27
6.1 Terceiro passo: descrição do problema selecionado	27
6.2 Quarto passo: explicação do problema	28
6.3 Quinto passo: seleção dos nós críticos	28
6.4 Sexto ao décimo passo: desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (sétimo ao décimo passo)	28

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	34
REFERÊNCIAS	35
APÊNDICE A	37

1 INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos gerais do município de Bela Vista de Minas

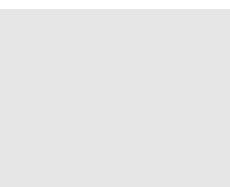
O município de Bela Vista de Minas é uma pequena cidade situada no Estado de Minas Gerais, às margens do Córrego do Onça, distando a 100 km de Ipatinga e a 120 km de Belo Horizonte e o seu acesso é feito através da BR-381. Possui área territorial de 109,143 km². De acordo com Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019), a população estimada em 2018 era de 10.248 habitantes.

O IBGE (2019) informa ainda que o pequeno município resultou de um desmembramento das cidades, pertencente à Comarca de Rio Piracicaba até dezembro de 2008 e em 2009 houve mobilização popular, e então Bela Vista de Minas, passou a pertencer a Comarca de Nova Era. Nesse município a construção de uma capela em ponto bem elevado de onde se descortinava bela a agradável vista, e foi dedicada a São Sebastião, tendo originado o nome São Sebastião da Bela Vista. A partir de 1962 o topônimo foi alterado para Bela Vista de Minas. Apresenta terras férteis, que influenciou na formação da cidade. Outro fator do crescimento local foi a fundação da Companhia Siderúrgica Belgo-Mineira em João Monlevade, com distancia de apenas cinco quilômetros do povoado. Proprietários rurais abriram fazendas e loteamentos que se transformaram em ruas, avenidas e praças. As atividades comerciais e agropecuárias se tornaram as principais fontes de renda. São Sebastião da Bela Vista era o nome anterior oriundo do nome do Padroeiro e do local onde se edificou o povoado. Possui também igrejas católicas e evangélicas. Como lazer a população frequenta bares e praças. Gentílico: belavistano (IBGE, 2019).

A cidade é dividida em 12 bairros: Bandeirantes, Lages, Serrinha, Córrego Fundo, M. Marcelina, Senhor do Bonfim, Boa Esperança, Capela Branca, JK, Mato Grosso dos Anjos, Taquaril e Caminho Grande. Possui rede de comércios como supermercados, farmácias, confecções em geral. Entretanto a maioria da população se referencia a João Molevade para a maioria dos seus afazeres.

Possui densidade demográfica de 91,66 km². A média salarial é era de 2,4 salários mínimos em 2017. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 12.6% (IBGE, 2019).

Ainda, segundo o IBGE, 2019 a taxa de escolarização de 6 a 14 anos é de 100%, o Índice de Desenvolvimento de Educação Básica (IDEB) é de: 6,1 no ensino fundamental; 3,9 nos anos finais do ensino fundamental na rede pública. Existem sete estabelecimentos escolares no município na rede pública; o Produto Interno Bruto (PIB) per capita é de R\$ 14.826,73. A taxa de esgotamento sanitário adequado é de 86,5%. Domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) são de 31,6%. Domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 53,3 %. A taxa de mortalidade infantil é de 8,4 óbitos por mil nascidos vivos. O destino do lixo: coletado pelo sistema municipal é de 89,8% (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2010). A renda média per capita é de R\$ 432,73 – a média em Minas Gerais é de 733,24. (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2010).



1.2 O sistema municipal de saúde de Bela Vista de Minas

Em conformidade com a Secretaria Estadual de Saúde (SES) (2019), o sistema municipal é composto por:

- Atenção Primária à Saúde (APS): quatro equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que cobrem 100% da população do município. Na avaliação do 2º Ciclo obteve nota: acima da média no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ - AB).

- Pontos de Atenção à Saúde Secundários: uma policlínica que recebe especialistas a cada 15 dias

- Pontos de Atenção à Saúde Terciários: um setor de urgência e emergência

- Sistemas de Apoio:

- Diagnóstico e Terapêutico: Exames laboratoriais são coletados no município através de convênios com a prefeitura, porém as amostras para análise são encaminhadas ao município vizinho e entregues à população no próprio posto de coleta. Exames radiográficos e ultrassons também são realizados em João Monlevade.

- Assistência Farmacêutica: uma farmácia básica centralizada.

- Informação em Saúde: Secretaria de Saúde.
- Sistemas Logísticos: Transporte em Saúde: possui setor de Tratamento Fora do Domicílio (TFD).
- Acesso Regulado à Atenção: junto à secretaria de Saúde.
- A taxa de cobertura vacinal em menores de 1 ano:
 - Pentavalente: 95,47%
 - Pneumocócica: 98,69%
 - Poliomielite: 95,17

Com relação aos prontuários clínicos, em cada unidade de saúde é utilizado prontuário clínico não informatizado e o Cartão de Identificação dos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) é realizado na secretaria de saúde e nas unidades de ESF.

Apresenta quatro equipes de ESF's e posto de saúde que atende como pronto atendimento, com horário de atendimento das 07h:00min às 23h:00min, onde são acolhidas as queixas agudas e realiza pequenos procedimentos como retirada de nevos, pequenos lipomas, por exemplo, enquanto os casos mais complexos que necessitam de cirurgias ou internações são encaminhados a João Monlevade.

Nas equipes de ESF's os médicos atendem todos os ciclos de vida e os encaminhamentos aos especialistas são levados pelo próprio usuário no setor de serviço complementar e aguarda na demanda reprimida a liberação de vagas. Alguns especialistas como cirurgião geral, ginecologista, pediatra e ortopedista vêm no município a cada 15 dias para atender as consultas reguladas pela Secretaria Municipal de saúde. As demais especialidades são encaminhadas à João Monlevade, também organizados por essa secretaria.

Existe uma equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composta por assistente social, psicóloga, nutricionista e fisioterapeuta. Existem dentistas na rede de atenção primária à saúde. Existem salas de imunização e há controle de zoonoses. Possui uma farmácia básica centralizada.

Exames laboratoriais são coletados no município através de convênios com a prefeitura, porém as amostras para análise são encaminhadas ao município vizinho e entregues à população no próprio posto de coleta. Exames radiográficos e ultrassons também são realizados em João Monlevade. Na cidade há alguns consultórios particulares de clínico e especialidades.

1.3 Aspectos da comunidade

1.3.1 Aspectos Socioeconômicos

A comunidade atendida pela equipe da ESF Maria Marcelina apresenta diversidades já que atende área urbana e rural.

A área urbana apresenta pessoas com padrão de vida mais elevado, maior número de usuários com planos de saúde, ruas pavimentadas com coleta de lixo três vezes na semana. Acesso a escolas e lazer. Formado em sua maioria por famílias que seus membros trabalham ou já se aposentaram na Siderúrgica em João Monlevade.

A área rural possui características próprias de pessoas trabalhadoras na lavoura, com maior dificuldade de acessos aos serviços de saúde e educação, que acontece na sua maioria pelo transporte municipal, menor escolaridade entre os adultos, com seus determinantes e condicionantes.

1.3.2 Aspectos demográficos

Tabela 1 – População cadastrada na área de abrangência da unidade de saúde Maria Marcelina no município de Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais:

Faixa Etária/Ano	Masculino	Feminino	Total
< 1	12	18	30
1-4	33	42	75
5-14	66	78	144
15-19	105	120	225
20-29	126	135	261
30-39	135	152	287
40-49	168	179	347
50-59	191	208	399
60-69	66	70	136
70-79	58	63	121
≥ 80	39	46	85
TOTAL	1660	1943	2080

Fonte: Cadastro da população da área de abrangência, 2019.

1.3.3 Aspectos epidemiológicos

É possível conhecer o perfil epidemiológico da população da área de abrangência da ESF por meio da coleta de dados disponíveis no cadastro individual da população. Segue a tabela com dados disponíveis no cadastro:

Tabela 2 - Condições de saúde registradas nas planilhas dos Agentes Comunitários de Saúde na equipe de Saúde da Família Maria Marcelina em Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais:

Condição de Saúde	Quantitativo (nº)
Hipertensos	369
Diabéticos	194
Pessoas com câncer	121
Pessoas que fazem uso de álcool e drogas	80
Pessoas com sofrimento mental	36
Pessoas com doença cardíaca	14
Gestantes	12
Acamados	9
Pessoas que tiveram Acidente Vascular Cerebral (AVC)	7
Pessoas que tiveram infarto	5
Pessoas com doença renal (insuficiência renal, outros)	4
Pessoas com doenças respiratórias (asma, DPOC, enfisema, outras)	3
Pessoas com hanseníase	0
Pessoas com tuberculose	0
Fumantes	Não informado

Fonte: ESUS, 2019.

A principal causa de internação é por doenças crônicas, cirurgias e há 121 pessoas com casos de câncer. Sazonalmente acontecem internações por doenças respiratórias, de acordo com observações diárias na ESF.

1.4 A Unidade Básica de Saúde Maria Marcelina

A Unidade de Saúde Maria Marcelina é referência para parte da área urbana e parte da zona rural.

A ESF está em estrutura própria do município, ampla e bem conservada. Possui consultórios profissionais, sala de espera e recepção com espaço suficiente para acolher a demanda, cozinha, sala de imunização e sala de triagem neonatal, sala de curativo, sala dos ACS's, onde também são realizadas as reuniões de equipe, banheiro diferenciado para funcionários, usuários também para portadores de necessidades especiais, está adequado com acesso, porta larga mas não tem barras de apoio. Os recursos físicos de materiais de consumo e materiais permanentes atendem a necessidade da Unidade básica de Saúde (UBS), como

glicosímetro, estetoscópio, esfigmomanômetro, entre outros básicos. A UBS tem identificação externa, mural de recados e agenda dos profissionais.

1.4 A Equipe de Saúde da Família Maria Marcelina da Unidade Básica de Saúde Maria Marcelina

A equipe é formada por uma médica, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma recepcionista e cinco ACS's.

A médica e a enfermeira residem em municípios vizinhos enquanto os demais funcionários são residentes na comunidade.

Dos cinco ACS's, dois cursam nível superior, a recepcionista tem escolaridade de nível médio.

1.6 O funcionamento da Unidade de Saúde da Equipe Maria Marcelina

O horário de funcionamento é de segunda a sexta-feira, das 07h:00 min às 16h:30min sábados para atender a população que trabalha no mesmo horário de funcionamento, min, sem intervalo para almoço. Esporadicamente há atendimento noturno e aos principalmente trabalhadores rurais. Semanalmente a unidade é fechada às 15h30min às quartas-feiras para reuniões entre a equipe ou educação permanente.

1.7 O dia a dia da equipe de Estratégia de Saúde da Família Maria Marcelina

A agenda médica segue padronização para atendimentos de doenças crônicas como hipertensão arterial sistólica (HAS) e diabetes *mellitus* (DM), saúde mental, no momento não há portadores de hanseníase ou tuberculose. A agenda de pré-natal também é programada como saúde da mulher. As consultas de enfermagem seguem padrão da agenda médica, pois os atendimentos são complementados de acordo com a conduta de cada profissional.

Toda sexta-feira a médica se desloca à comunidade rural. A enfermeira e as técnicas se revezam a cada quinze dias. As ACS das microáreas é quem organizam as agendas.

Quando algum usuário necessita de atendimento em dia diferente de sexta-feira, ele se dirige à cidade.

Segue no apêndice A o cronograma de atendimento da equipe Maria Marcelina, Bela Vista de Minas, Minas Gerais.

1.8 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade:

Primeiro passo: identificação dos problemas de saúde:

Estimativa rápida: problemas identificados na área de abrangência e equipe da ESF Maria Marcelina em Bela Vista de Minas/MG:

1. População não segue a agenda programática
2. Alto número de paciente com HAS
3. Baixa adesão à puericultura na ESF e baixa utilização da Caderneta de Saúde da Criança
4. Alto número de pessoas com câncer
5. Atenção secundária em município vizinho, com demanda reprimida.

1.9 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção. Segundo passo: classificação e priorização de problemas

Quadro 1 - Classificação de prioridade para os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Maria Marcelina, em Bela Vista de Minas, Minas Gerais:

Problema identificado	Importância*	Urgência**30	Capacidade*** de enfrentamento	Seleção/ Priorização****
População não segue a agenda programática	Alta	8	Parcial	1
Alto número de hipertensos	Alta	7	Parcial	2
Baixa adesão à puericultura na ESF e baixa utilização da caderneta de saúde da criança por parte dos profissionais	Alta	6	Parcial	3
Alto número de pessoas com câncer	Alta	5	Fora	4
Descontinuidade do serviço dentro do município	Média	4	Fora	Fora

Fonte: autoria própria, 2020.

Legenda:

* Alta, média ou baixa

**Total de pontos distribuídos em “Urgência” deve totalizar 30

*** Total, parcial ou fora

**** Seleção/ Priorização

Todos os problemas elencados são relevantes para a comunidade, inclusive muitos obtiveram pontuação de urgência e importância semelhantes, entretanto,

para o caso dos HAS , já existem programas relativos, para a agenda programática, estamos trabalhando o acolhimento na equipe e a orientação pelos ACS's em suas visitas domiciliares (VD). Com relação ao número expressivo de pessoas com câncer, é um problema que apresenta diversas causas e fatores que exige uma forma mais abrangente de ser trabalhado. E a atenção secundária encaminhada a outro município esta fora da intervenção por parte da equipe, pois trata-se de município de pequeno porte.

Diante de tais considerações, a equipe optou por trabalhar saúde da criança, pois apresenta aspectos que podem ser influenciados pela ação da equipe.

2 JUSTIFICATIVA

Em Bela vista de Minas o atendimento às crianças é prestado pela equipe de saúde da família e compartilhado pelo médico pediatra que vai até o município. Algumas crianças também recebem atendimento de médico da rede particular. A referência em especialidades acontece fora do município. Existe também atendimento de equipe multiprofissional como dentista, assistente social, psicólogo, entre outros. Por isso foi citada a importância da rede de atendimento é essencialmente a comunicação entre os diversos setores para que cada profissional informe e seja informado sobre o atendimento prestado nos vários pontos de atenção da rede municipal e de referência.

Atentar-se ao desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida é de essencial importância, pois é nesta etapa do início da vida extrauterina que acontece maior amadurecimento e crescimento do tecido nervoso, estando, dessa forma, mais sujeito aos agravos (BRASIL, 2019).

Com essas considerações e de acordo com os problemas identificados no diagnóstico da comunidade adscrita à equipe de Saúde da Família Maria Marcelina, em Bela Vista de Minas-Minas Gerais definiu esse tema a ser trabalhado, buscando implementar ações junto à comunidade e demais profissionais considerando que a referida população não segue a agenda programática, levando baixa adesão à puericultura na ESF e baixa utilização da Caderneta de Saúde da Criança.

Assim, este estudo se justifica pela importância do cumprimento dessa agenda para contribuir no crescimento e desenvolvimento das crianças da área de abrangência dessa comunidade.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Apresentar um projeto de intervenção para melhoria da abordagem da atenção à saúde da criança no município de Bela Vista de Minas, estado de Minas Gerais.

3.2 Objetivos específicos

Realizar o diagnóstico situacional município de Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais.

Propor às famílias o comparecimento na puericultura na ESF;

Propor aos profissionais de saúde e cuidadores/educadores de crianças, a utilização da caderneta de saúde da criança como instrumento de trabalho e elo de comunicação entre profissionais e famílias;

Propor às famílias e agentes comunitários de saúde a utilização da caderneta de saúde das crianças durante as visitas domiciliares.

4 METODOLOGIA

Para a realização do plano de intervenção foram realizados os seguintes passos:

- Diagnóstico situacional por meio do método da estimativa para identificar os principais problemas existentes no território da unidade e a seguir foi feita a priorização tendo como referencial a capacidade da equipe para enfrentar o problema.
- Utilização do Planejamento Estratégico Situacional para estimativa rápida para identificação dos problemas observados na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família Maria Marcelina, foi definido o problema prioritário e identificado os nós críticos, seguido do planejamento das ações em conformidade com FARIA, CAMPOS, SANTOS (2018).
- Foram realizadas consultas à Biblioteca Virtual em Saúde do Nesccon, além de documentos de órgãos públicos (secretaria de saúde, Ministério da Saúde) e de outras fontes de artigos científicos como *Scientific Electronic Library Online* (SciELO, Lilacs para revisão bibliográfica).
- Para redigir o texto foram seguidas as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) em conformidade com a disciplina de Iniciação à metodologia Científica.
- Utilizou-se os Descritores das ciências da Saúde-DECS:
Saúde da criança.

Vacinação.

Atenção Primária de Saúde.

Estratégia de Saúde da Família.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A Caderneta de Saúde da Criança

Os instrumentos para registrar as informações sobre a saúde da criança são empregados há muitos anos em vários países e procuram gerar maior envolvimento das famílias no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. (AMORIM *et al*, 2018). No Brasil, a Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é a ferramenta preconizada pelo Ministério da Saúde desde o ano de 2005, com o objetivo de acompanhar a saúde, o crescimento e o desenvolvimento da criança até os 10 anos de idade, visando favorecer o diálogo entre a família e os profissionais de saúde. (AMORIM *et al*, 2018).

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (2019): “para cuidar da criança, educar e promover sua saúde e seu desenvolvimento integral é importante a parceria entre os pais, a comunidade e os profissionais de saúde, de assistência social e de educação.”

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) apresenta-se como ferramenta essencial de vigilância, por ser o documento onde devem ser registrados os dados e eventos mais significativos para a saúde da criança, permitir o diálogo entre a família e os diversos profissionais que atendem a criança e principalmente por pertencer à criança e à família, e que deve com elas transitar pelos vários serviços e graus de atenção demandados no cuidado com a saúde (ALVES *et al*, 2005).

“Os registros devem ser efetuados por todos os profissionais de saúde que assistem à criança. Embora todos os cenários da atenção à saúde devam se responsabilizar pela verificação e o preenchimento da CSC, é particularmente nas maternidades e nos serviços de atenção primária que o adequado manejo deste instrumento constitui-se em permanente desafio, por serem estes os locais onde grande parte das informações é gerada. O registro correto e completo das informações, além do diálogo com a família sobre as anotações realizadas são requisitos básicos para que a CSC cumpra seu papel de instrumento de comunicação, educação, vigilância e promoção da saúde infantil. A adequada utilização da CSC pelos profissionais possibilita maior valorização e apropriação do instrumento pela família, favorecendo sua maior adesão e co-responsabilização pelas ações de vigilância.” (ALVES *et al*, 2009. p.584).

AMORIN *et al* (2018) informam que a versão da CSC utilizada atualmente é organizada em duas partes: uma destinada à família e outra destinada aos profissionais de saúde. Informam que os dados sobre gravidez, parto e puerpério e dados sobre o recém-nascido devem ser preenchidos pelos profissionais de saúde na maternidade e que os itens sobre a vigilância infantil devem ser preenchidos pelos profissionais de saúde nos serviços de saúde utilizados pela criança.

Esse relato é corroborado por Alves e colaboradores (2018) quando informam que a versão mais atualizada da CSC foi apresentada em 2018 e vai muito além das informações antropométricas e de vacinação: consta informações de fácil entendimento em relação à educação para a saúde:

- ✓ direitos dos pais e das crianças ,
- ✓ os primeiros dias de vida,
- ✓ amamentando o bebê,
- ✓ dez passos para alimentação
- ✓ saudável de crianças menores de 2 anos e de 2 a 10 anos,
- ✓ suplementação de ferro e vitamina A,
- ✓ estimulando o desenvolvimento com afeto,
- ✓ vigiando o crescimento da criança,
- ✓ vacinação – direito da criança, dever dos pais/cuidadores,
- ✓ saúde bucal,
- ✓ saúde ocular e auditiva,
- ✓ cuidados com a criança, cuidando da segurança da criança: prevenindo acidentes e violências.

Os mesmos autores informam também que para os profissionais constam espaços para informar e ser informado sobre:

- ✓ dados e procedimentos sobre a saúde da criança,
- ✓ são apresentados os itens: dados sobre gravidez,
- ✓ parto e puerpério, dados de nascimento,
- ✓ vigilância do desenvolvimento,
- ✓ principais fatores de risco e alterações físicas que se associam a problemas do desenvolvimento,
- ✓ situações especiais: síndrome de Down, autismo,
- ✓ vigilância do crescimento infantil, vigiando a pressão arterial,

- ✓ registros de procedimentos da saúde bucal, saúde ocular e auditiva,
- ✓ registros de suplementação de ferro e vitamina A,
- ✓ registro de vacinas,
- ✓ registro da alimentação da criança e
- ✓ registro das intercorrências: doenças, relatórios de internações, acidentes, alergias e outros.

5.2 A Atenção Primária à Saúde no cuidado às crianças

A atenção primária à saúde e as ações de vigilância constituem a base da organização da atenção à saúde infantil (ALVES *et al*, 2009). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) define a atenção primária à saúde como o acesso das famílias e suas crianças aos cuidados de saúde no território, com a potencialidade de identificar riscos e vulnerabilidades locais pela proximidade com o cotidiano das pessoas e sua realidade.

De acordo com publicação do Ministério da Saúde, Brasil (2012), as equipes da Estratégia de Saúde da Família incidem na aproximação da equipe com a comunidade e releva a importância do vínculo nas ações de saúde.

Em conformidade com a PNAB (Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, 2011, p.9) e a Unidade Básica:

[...] É desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A atenção básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral.

5.3 As redes de atenção à saúde

O Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, regulamenta a Lei nº 8.080/90, e define que “o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada”.

O Ministério da Saúde assegura que para se obter os objetivos do sistema de saúde e cumprir de forma efetiva e qualificada as suas funções da Atenção Básica

como porta de entrada preferencial, coordenação do cuidado e resolutividade, é necessário oferecer maior qualificação, autonomia e responsabilidade a todos (as) os (as) trabalhadores (as) que atuam neste âmbito de atenção. Informa também que é fundamental criar possibilidades para o trabalho compartilhado (BRASIL, 2016).

5.4 Educação permanente para os profissionais de saúde

Os autores Gonçalves *et al.* (2014) relatam que vários fatores são impeditivos para uma apropriada assistência à saúde no que tange a atenção primária de acordo com a realidade do país: precário funcionamento dos mecanismos de referência e contra-referência; falta de esclarecimento pelos profissionais da AB quanto aos fluxos de acesso aos demais pontos de atenção, falta de compromisso de alguns profissionais no cumprimento das normas técnicas e com os resultados esperados; condições de trabalho precárias, salários defasados, problemas na relação quantitativa de equipe/população entre outros.

Amorim et al (2018) informam que diversos estudos já foram realizados a fim de avaliar o preenchimento dos dados da CSC pelos profissionais e muitos apresentaram-se insuficientes e variáveis.

De acordo com o Ministério da Saúde (2017):

A Educação Permanente em Saúde (EPS) se configura como uma proposta de aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações. A EPS se baseia na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. Caracteriza-se, portanto, como uma intensa vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço, por meio da proposta do aprender a aprender, de trabalhar em equipe, de construir cotidianos e eles mesmos constituírem-se como objeto de aprendizagem individual, coletiva e institucional (BRASIL, 2017, p.1).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

Neste plano de ação foi apresentada a educação permanente para a equipe e demais profissionais para valorizar as informações disponíveis na CSC, sensibilizar para o preenchimento dos dados e consultar informações oferecidas pelos colegas nos vários pontos de atenção em que a criança será atendida.

6.1 Terceiro passo: descrição do problema

A saúde da criança é um dos principais pilares de atendimento na atenção primária à saúde, em conformidade com Alves *et al.* (2009) que relatam que a atenção primária e as ações voltadas para a vigilância à saúde são a base da atenção à saúde infantil.

A equipe de saúde deve estar atenta ao crescimento e desenvolvimento e seguir protocolos para amenizar os agravos nesta fase tão importante da vida e promover informações à família sobre os cuidados rotineiros com a criança e acompanhar seu desenvolvimento e crescimento gradual.

ACSC é uma importante ferramenta de trabalho nas ações de vigilância, e instrumento para registrar os dados e eventos mais significativos para a saúde infantil, possibilitando o diálogo entre a família e os vários profissionais que atendem a criança; e por pertencer à família, com ela transita pelos diversos serviços e níveis de atenção utilizados no cuidado com a saúde (BRASIL, 2016).

Segue quadro do número de crianças por faixa etária e sexo na Unidade Saúde da Família Maria Marcelina em Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais.

Quadro 2 - Distribuição de crianças por faixa etária e sexo na Unidade Saúde da Família Maria Marcelina em Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais:

Faixa etária/ano	Masculino	Feminino	Total
Menores de 1 ano	12	18	30
De 1 a 4 anos	33	42	88
De 5 a 10 anos	66	78	131
Até 10 anos	111	138	249

Fonte: E-sus, 2019.

6.2 Quarto passo: explicação do problema

Na ESF Maria Marcelina são cadastradas 249 crianças até 10 anos de idade. Contudo a equipe não acompanha com frequência o crescimento e desenvolvimento (CD), pois as famílias comparecem em consultas com Pediatras presentes no município a cada 15 dias e em casos de queixas agudas procuram o ambulatório de pronto atendimento, sendo baixa a adesão à puericultura e a utilização da CSC que deveria conter registros do CD como rotina, e as condições agudas e atendimento da equipe multiprofissional. Dessa forma, a equipe além de não acompanhar as crianças em seu desenvolvimento e condições agudas, também não é informada através da caderneta de saúde da criança sobre quais condutas foram tomadas.

6.3 Quinto passo: seleção dos “nós críticos”

1. A maioria das famílias não comparece na puericultura na ESF e leva as crianças no atendimento em condições agudas;
2. Profissionais não preenchem todos os registros na CSC;
3. ACS's não acompanham dados das crianças na CSC.
4. As famílias não apresentam a CSC nos atendimentos nem na visita domiciliar.

6.4 Sexto ao décimo passo: desenho das operações sobre os nós críticos (operações, projeto, resultados esperados, produtos esperados)

Programando as ações, foram identificados os nós críticos, recursos necessários, produtos esperados e os recursos necessários a concretização das operações. (FARIA, CAMPOS, SANTOS, 2018).

Em seguida é apresentado o quadro do sexto ao décimo passo separadamente para cada nó crítico.

Serão apresentados nos quadros a seguir com desenho das operações sobre nó crítico – operações, projeto, resultados e produtos esperados, recursos necessários e críticos (sexto passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo).

Quadro 3 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “A maioria das famílias não comparecem na puericultura na ESF e levam as crianças no atendimento em condições agudas”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Marcelina, do município Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais:

Nó crítico 1	A maioria das famílias não comparecem na puericultura na ESF.
6º passo: operação (operações)	Conscientizar sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.
6º passo: projeto	Acompanhar é importante!
6º passo: resultados esperados	Aumento de 50% a presença das crianças menores de 2 anos na puericultura, em conjunto com equipe multiprofissional: dentista, nutricionista, entre outros. Convite para as famílias através dos ACS's em suas visitas domiciliares.
6º passo: produtos esperados	Agenda fixa de puericultura para a médica e enfermeira com presença da comunidade. Verificar horário alternativo um sábado por mês para as mães que trabalham durante a semana.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: médica e enfermeira à disposição de acordo com programação, ACS, técnica de enfermagem e recepcionistas envolvidos na ação e captação; equipe multiprofissional com cronograma definido. Financeiro: cartazes, pincéis, fotos, informativos, Político: Divulgação em outros setores, em supermercados e farmácias, que tem grande fluxo das famílias; igrejas.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Profissionais da atenção primária. Político: Secretário de Saúde Financeiro: Coordenação da atenção primária à saúde
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Cognitivo: Profissionais da atenção primária. Motivação favorável. Político: Secretário de Saúde. Motivação: Indiferente. Estratégia (ações de estímulos): mostrar o plano de ações e informar que haverá pontos positivos no relacionamento da gestão com a população, trazendo benefícios para a comunidade e proximidade com a gestão. Financeiro: Coordenação da atenção primária à saúde. Motivação: Indiferente. Estratégia (ações de estímulos): mostrar o plano informando que os gastos serão mínimos.
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Gerente da ação: Enfermeira e um ACS Prazo: 60 dias para o início das atividades
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Agenda fixa de puericultura da médica e da enfermeira e cronograma para os demais profissionais para o período de 6 meses. Avaliar após esse período se houve adesão por parte da população, se houve maior comparecimento nas datas programadas. Enfermeira e um ACS fará a contagem geral com relatórios de atendimento. Cada ACS deverá identificar quantas crianças há

	na sua respectiva área de abrangência e quantas compareceram na Unidade de Saúde nas datas programadas. Rever esta ação após 6 meses de trabalho.
--	--

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Quadro 4 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Profissionais não preenchem todos os registros na Caderneta de Saúde da Criança”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Marcelina, do município Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais:

Nó crítico 2	Profissionais não preenchem todos os registros na Caderneta de Saúde da Criança (CSC).
6º passo: operação (operações)	Conscientizar os profissionais sobre a importância do registro das consultas na caderneta de Saúde da Criança (CSC). Capacitar os profissionais para conhecerem sobre a utilização da caderneta e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.
6º passo: projeto	Todo registro conta!
6º passo: resultados esperados	Aumento da adesão às anotações nas CSC pelos pediatras, outros médicos, dentistas, fonoaudiólogas, equipe de enfermagem e demais profissionais que prestarem atendimento às crianças. CSC utilizada como uma ferramenta de trabalho e um elo de comunicação entre profissionais, equipe e famílias.
6º passo: produtos esperados	Definição de uma data e local para realizar a capacitação para os profissionais.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: médica e enfermeira e coordenação da atenção primária à saúde. Convidar equipe da Gerencia Regional de saúde para participar. Financeiro: despesa com transporte da equipe da GRS, lanche no encerramento do evento. Materiais: local para a capacitação.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Profissionais da atenção primária e coordenação da atenção primária à saúde Financeiro: Coordenação da atenção primária à saúde e secretario municipal de Saúde Materiais: sala de aula de uma escola
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Cognitivo: Profissionais da atenção primária. Motivação favorável. Financeiro: Coordenação da atenção primária à saúde e Secretária municipal de saúde. Motivação: Indiferente. Estratégia (ações de estímulos): mostrar o plano informando que os gastos serão mínimos.
9º passo: acompanhamento do plano - responsáveis e prazos	Gerente da ação: Enfermeira e coordenação da Atenção primária à saúde Prazo: 30 dias para realização do evento.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações	Os ACS avaliarão as CSC nas suas VD's assim como equipe de vacinação irá verificar se há outras anotações além das vacinas, além dos profissionais da ESF quando as crianças comparecerem nas puericulturas, com planilha que consta o número de atendimentos de crianças por data, destas, quantas apresentam a caderneta de saúde da criança nos últimos 90 dias. Rever esta ação após 3 meses de trabalho, a serem discutidas nas reuniões de equipe.

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Quadro 5 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “agentes comunitárias de saúde não acompanham dados das crianças na Caderneta de Saúde da Criança”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Marcelina, do município Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais:

Nó crítico 3	Os ACS's não acompanham dados das crianças durante as Visitas domiciliares através da CSC.
6º passo: operação (operações)	Conscientizar os agentes comunitários de saúde sobre a importância de solicitar a caderneta de saúde da criança durante as visitas domiciliares, para que assim possam identificar fatores de risco nutricional, intercorrências na saúde da criança, acompanhamento com outros profissionais e manter atualizada suas fichas de acompanhamento, além de identificar crianças faltosas, e solicitar apoio da equipe. Entretanto essa atividade só será possível com sucesso da operação anterior!
6º passo: projeto	Em dia com a caderneta!
6º passo: resultados esperados	Adesão dos ACS em solicitar a CSC em cada visita domiciliar.
6º passo: produtos esperados	Utilização da CSC como uma ferramenta de trabalho e um elo de comunicação entre profissionais, equipe e famílias.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: médica e enfermeira. Orientação e apresentação da CSC aos ACS durante educação permanente na própria unidade de saúde. Materiais: uma caderneta e recursos audiovisuais sobre o tema.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Profissionais
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Cognitivo: Profissionais. Motivação favorável.
9º passo: acompanhamento do plano - responsável e prazos	Gerente da ação: Médica e Enfermeira. Prazo: educação permanente em 20 dias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações.	Enfermeira e uma ACS verificarão as fichas de acompanhamento no fechamento da produção ao final de cada mês.

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

Quadro 6 - Desenho das operações (6º passo) e viabilidade e gestão (7º a 10º passo) sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “As famílias não disponibilizam a caderneta de saúde da Criança durante as visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família Maria Marcelina, do município Bela Vista de Minas, Estado de Minas Gerais:

Nó crítico 4	As famílias não disponibilizam a CSC e os ACS's não acompanham dados das crianças durante as Visitas domiciliares através da CSC.
6º passo: operação (operações)	Conscientizar as famílias sobre a importância das informações contidas na CSC. Orientar a família que a CSC não é apenas o “cartão de vacinas” mas que deve ser conhecida pela família e levada em todos os atendimentos relativos à criança e estar disponível para acompanhamento do ACS a cada Visita domiciliar.
6º passo: projeto	Em Boa Companhia!
6º passo: resultados esperados	Adesão das famílias em apresentar a CSC em cada atendimento.
6º passo: produtos esperados	Utilização da CSC como uma ferramenta de trabalho e um elo de comunicação entre profissionais, equipe e famílias.
6º passo: recursos necessários	Cognitivo: equipe ESF Financeiro: cartazes, pincéis, fotos ilustrativas na UBS. Político: Divulgação nos comércios, igrejas.
7º passo: viabilidade do plano - recursos críticos	Cognitivo: Equipe Financeiro: Coordenação da atenção primária à saúde. Político: Secretário Municipal de Saúde
8º passo: controle dos recursos críticos - ações estratégicas	Cognitivo: Profissionais. Motivação favorável. Financeiro: Coordenação da atenção primária à saúde. Motivação: Indiferente. Estratégia (ações de estímulos): mostrar o plano informando que os gastos serão mínimos. Político: Secretário Municipal de Saúde. Indiferente. Estratégia (ações de estímulos): mostrar o plano de ações e informar que haverá pontos positivos no relacionamento da gestão com a população, trazendo benefícios para a comunidade e proximidade com a gestão.
9º passo: acompanhamento do plano - responsável e prazos	Gerente da ação: Médica e Enfermeira. Prazo: educação permanente em 20 dias.
10º passo: gestão do plano: monitoramento e avaliação das ações.	Enfermeira e uma ACS verificarão as fichas de acompanhamento no fechamento da produção ao final de cada mês.

Fonte: Elaborado pela autora, 2019.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho buscou sensibilizar todos aqueles que cuidam da população infantil, seja nas famílias, pré-escolas e em outras instituições, para observarem as informações contidas na caderneta de saúde da criança.

O presente estudo trouxe reflexão sobre o uso da caderneta de saúde da criança como instrumento de trabalho na atenção prestada na Unidade de Saúde e nos demais pontos de atenção, e a valorização desta como ferramenta essencial de comunicação entre profissionais, cuidadores e famílias.

Toda a equipe de saúde da família Maria Marcelina se envolveu na realização e contribuiu no levantamento de dados, promovendo integração da equipe, companheirismo e serviu como uma educação permanente sobre o tema, sobre o processo de trabalho e a reflexão do vínculo com a comunidade.

Este estudo envolveu assuntos como assistência integral, educação permanente e conhecimentos atualizados da Política Nacional da Atenção Básica e outros documentos e percepção sobre o tema por diversos autores, contribuindo assim para um momento de estudo e educação permanente.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. R. L.; SCHERRER, I. R. S.; SANTOS, L. C. **Atenção à saúde da criança**: aspectos básicos. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2018. 169p. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Atencao-a-saude-da-crianca-aspectos-basicos_versao_final.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

ALVES, C. R. L. *et al* . Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 25, n. 3, p. 583-595, mar. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000300013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 09 jul. 2020.

AMORIM, L. P. *et al* . Avaliação do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e qualidade do preenchimento segundo o tipo de serviço de saúde usado pela criança. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 2, p. 585-597, Fev. 2018 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200585&lng=en&nrm=iso>. acessos em 09 Jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança**: o que é, cuidados, políticas, vacinação, aleitamento. 2012. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/crianca#>>. Acesso em: 15. nov.19.

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011... Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília (DF): **D.O.U** .29.6.2011. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm. Acesso em 09 jul 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 20.maio.2020.

BRASIL. Ministério da **Saúde Protocolos da Atenção Básica**. Brasília, DF , 2016. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/dezembro/13/PAB-Saude-da-Crian--a-Provis--rio.pdf>> Acesso: 20.maio.2020

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente. **Portaria de Consolidação nº 2/GM/MS**, Anexo XL, de 28 de setembro de 2017. Disponível em: < <https://www.saude.gov.br/trabalho-educacao-e-qualificacao/gestao-da-educacao/qualificacao-profissional/40695-politica-nacional-de-educacao-permanente-neps>> Acesso: 28.maio.2020.

GONÇALVES, C. R. et al . Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro , v. 38, n. 100, p. 26-34, Mar. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 09 Jul 2020.


INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades**. Disponível em: < <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/bela-vista-de-minas>> Acesso em: 15.out.19.

DESCRITORES em Ciências da Saúde: DeCS. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2019. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org> . Acesso em: 22. nov.19

FARIA H. P.; CAMPOS, F. C. C. SANTOS, M. A. **Planejamento, avaliação e programação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, 2018. https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/PLANEJAMENTO_AVALIACAO_PROGRAMACAO_Versao_Final.pdf. Acesso em: 6 out. 2019.

MINAS GERAIS.Secretaria Estadual de Saúde. Sala de Situação Municipal. Disponível em: < <http://saude.mg.gov.br/parceiro/sala-de-situacao-municipal.E> – SUS, 2019. Acesso: 28.out.2019.

APÊNDICE A

 PREFEITURA MUNICIPAL DE BELA VISTA DE MINAS ESTADO DE MINAS GERAIS DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE: OUTUBRO/2019					
	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã (7-11)		01 Consulta Agendada/ Espontânea	02 Hiperdia+ Deman da Esp.	03 Saúde da Mulher Enf. Natália Dia de Estudos Mais Médico Dra. Adriana	04 Atendimento Zona Rural (Matogrosso)
Tarde (13-17)		Visita Domiciliar (Médica)	Saúde Mental Reunião de Equipe		Reunião SMS (Médica/ Enfermeira)
Manhã (7-11)	07 Consulta Agendada/ Espontânea	08 Consulta Agendada/ Espontânea	09 Hiperdia* +Demanda Esp	10 Preventivo (Enf. Natália)	11 Visita Domiciliar Zona Rural (Córrego Fundo)
Tarde (13-17)	Puericultura/ Demanda Espontânea Grupo Vida Leve (Nutricionista NASF)	Consulta Agendada/ Espontânea Visita Domiciliar (Enfermeira)	Hiperdia + Dem. Esp. Reunião de Equipe	Preventivo (Enf. Natália) Grupo Melhoridade	Atendimento Zona Rural (Capela Branca)
Manhã (7-11)	14 Consulta Agendada/ Espontânea	15 Consulta Agendada/ Espontânea	16 Hiperdia+ Dem. Esp.	17 Preventivo (Enf. Natália)	18 Consulta Agendada/ Espontânea
Tarde (13-17)	Puericultura/ Demanda Espontânea	Visita Domiciliar (Médica)	Saúde Mental Palestra Outubro Rosa	Preventivo (Enf. Natália)	Visita Domiciliar Zona Rural (Córrego Fundo)
Manhã (7-11)	21 Consulta Agendada/ Espontânea	22 Consulta Agendada/ Espontânea	23 Hiperdia+ Dem. Esp.	24 Preventivo (Enf. Natália)	25 Visita Domiciliar Zona Rural (Córrego Fundo)
Tarde (13-17)	Puericultura/ Demanda Espontânea	Consulta Agendada/ Espontânea Visita Domiciliar (Enfermeira)	Saúde Mental Reunião de Equipe	Preventivo (Enf. Natália)	Atendimento Zona Rural (Capela Branca)
Manhã (7-11)	28 Consulta Agendada/ Espontânea	29 Consulta Agendada/ Espontânea	30 Hiperdia+ Dem. Esp.	31 Preventivo (Enf. Natália)	
Tarde (13-17)	Puericultura/ Demanda Espontânea	Visita Domiciliar (Médica)	Saúde Mental Reunião de Equipe	Preventivo (Enf. Natália)	

Fonte:
Elaborado
pela equipe
da ESF Maria
Marcelina,
2019.