

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DA CONSULTA DA CRIANÇA NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA EM VÁRZEA GRANDE

Jeyneffer Ribeiro Pontes¹; Karolaine da Silva Ribeiro²; Orientadora Ms. Ingrid Leticia Fernandes dos Santos³.

¹⁻² Estudantes do Curso de Enfermagem do Centro Universitário de Várzea Grande-MT.

³ Professora Orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso Ms. Ingrid Leticia Fernandes dos Santos

RESUMO

Introdução: Considerando a importância do acompanhamento das consultas das crianças e da necessidade de se ter meios adequados para isso, realizou-se um estudo com **Objetivo:** Avaliar as condições destinadas à consulta da criança menor de 1 ano de idade nas unidades de saúde da família do município de Várzea Grande-MT. **Métodos:** Estudo descritivo e avaliativo das condições destinadas à consulta da criança nas Unidades de Saúde da Família (USF) do município de Várzea Grande-MT no ano de 2021. Foram analisadas 9 USF e 19 profissionais da saúde. Coleta realizada por meio da observação sistemática e entrevista semiestruturada e foram analisadas a adequabilidade da estrutura física, insumos e profissional que atende a criança. **Resultados:** Evidenciou-se que as dimensões não são satisfatórias na maior parte das unidades, os recursos materiais e insumos dos 9 itens indispensáveis apenas 3 (cadeiras, mesas de escritório e mesa de exame) estavam presentes em todas as unidades. No perfil profissional constatou-se 1 a 5 anos de formação e atuação em saúde da família e formação satisfatória para a atuação. **Conclusão:** Comprovou-se a necessidade de investimentos de gestão para infraestrutura, insumos e educação permanente.

Palavras-chave: Consulta; Saúde da Criança; Avaliação em Saúde; Estratégia de Saúde da Família.

INTRODUÇÃO

¹ Acadêmica de enfermagem do UNIVAG. jeynefferpontes@gmail.com.

² Acadêmica de enfermagem do UNIVAG. karolaine_8457@hotmail.com.

³ Professora orientadora do Trabalho de Conclusão de Curso. ingrid.santos@univag.edu.br.

A Consulta da criança é vista como uma estratégia de atendimento muito importante para realizar o acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento infantil com o principal objetivo de obter a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde como um todo (SAPAROLLI; ADAMI, 2010).

A caderneta de saúde da criança preconiza uma rotina de consultas com total de 7 consultas até o primeiro ano de vida, sendo a primeira semana, 1 mês, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses e 12 meses. O Ministério da Saúde afirma ser fundamental levar a criança até os serviços de saúde mesmo que a criança não esteja doente para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2020). Diante disso, o crescimento e desenvolvimento são considerados pilares da saúde infantil, pois existem evidências científicas que comprovam que um cuidado integral durante esse processo auxilia na prevenção de doenças na infância, pois através do acompanhamento é possível identificar precocemente problemas ou riscos para a saúde de acordo com o desenvolvimento adequado para sua idade (BRASIL, 2020).

De acordo com Política Nacional de Atenção Básica, os enfermeiros e médicos realizam a consulta da criança, onde tem como finalidade avaliar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, podendo prescrever medicamentos, solicitar exames complementares e encaminhar a outros serviços de saúde quando necessário, respeitando as disposições legais da profissão e as diretrizes (BRASIL, 2017).

Embora seja muito importante realizar a consulta da criança existem algumas dificuldades encontradas pelos profissionais dentro das unidades ao realizar o atendimento como, por exemplo, falta de materiais e salas adequadas para consulta da criança, uma vez que, macas infantis, balança e otoscópio são insuficientes e não são exclusivos da sala de consulta da criança (SAPAROLLI; ADAMI, 2010).

As unidades que não possuem uma estrutura ampla e de qualidade com materiais e insumos necessários para realização da consulta, resultam em uma assistência de baixa qualidade. Com o déficit de instrumentos e locais para a operacionalização da consulta, os profissionais de saúde trabalham com limitações e improvisos durante o atendimento, podendo gerar riscos tanto para o profissional quanto para quem está recebendo atendimento (CASSIA; CHRISTINA; NEI, 2011).

Então, dispor de todos os materiais necessários, durante a consulta destinada a criança, se torna imprescindível para obter dados fidedignos ao calcular os índices de crescimento, desenvolvimento e mortalidade infantil.

A partir disso, o direito à vida e a saúde de forma integral e humanizada podem ter algumas delimitações que fazem com que a criança não receba um auxílio ou um cuidado qualificado. Essas delimitações que dificultam esse acesso integral são reflexos da falta de

estrutura da unidade, equipamento e insumos necessários para a operacionalização do cuidado (BRITO; WANICK, 2016).

Diante disso, surgiu o seguinte questionamento: Como estão as condições e a situação das unidades de saúde para a consulta de crianças menores de 1 ano de idade na estratégia de saúde da família no município de Várzea Grande-MT.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo e avaliativo das condições destinadas à consulta da criança nas unidades de saúde da família do município de Várzea Grande-MT. Foram incluídas no estudo todas as Unidades Básicas de Saúde da Família (USF) do município. E os dados foram coletados por meio de formulário de observação sistemática contendo todas as variáveis relacionadas as condições de estrutura física, mobiliários e insumos, conforme preconizado pelo MS. Para traçar o perfil dos profissionais foi coletado por meio de entrevista estruturada contendo as variáveis de formação, experiência e capacitação no atendimento a criança, além de variáveis relacionadas ao vínculo empregatício com a unidade.

A coleta de dados foi realizada no mês de Junho de 2021. Para avaliar a adequabilidade das condições dos consultórios foi utilizado os critérios do Manual de Estrutura Físicas das Unidades Básicas de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008).

Na análise de dados utilizou-se a metodologia descritiva das variáveis onde foram calculadas as frequências absolutas (n) e relativas (%) por meio da tabulação pelo Microsoft Excel versão 2010.

Os critérios para submeter à pesquisa envolvendo seres humanos foram alinhados com a resolução 466/12 e de acordo com a Norma Operacional 001/13 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). E a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do UNIVAG sob parecer de nº 47273021.0.0000.5692.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As unidades de saúde com a Estratégia de Saúde da Família no município de Várzea Grande possuem abrangência territorial de dois ou mais bairros por unidade, podendo atingir até cinco bairros em apenas uma unidade. Foram analisadas as nove Unidades de Saúde da Família (USF), nelas foram entrevistados 19 profissionais de saúde, sendo eles 4 profissionais médicos e 15 enfermeiros. Os resultados foram organizados da seguinte forma:

Área física e instalações dos consultórios

A tabela 1, descreve as características das áreas físicas e instalações das unidades pesquisadas. Evidenciou-se que a maior parte das unidades pesquisadas (77,8%) não

possuem à área mínima e dimensão conforme o recomendado pelo MS. Todas (100%) as unidades possuem os itens de iluminação natural ou artificial, climatização, revestimento lavável em pisos, paredes e tetos e revestimento liso nas paredes dos consultórios. Os demais itens a maior parte das unidades possuem, os quais são itens indispensáveis preconizado pelo MS. A falta de pia em uma unidade também foi observada.

Tabela 1: Número e percentual de USF que possuem ou não características das áreas físicas e instalação dos consultórios, com os itens recomendados para a consulta pelo Ministério da Saúde em Várzea Grande no ano de 2021.

Itens Recomendados	n° de Unidades			
	Sim	%	Não	%
Área mínima de 9 m ² com dimensão de 2,50m	2	22,2	7	77,8
Iluminação Natural ou Artificial	9	100,0	0	-
Ventilação Natural	8	88,9	1	11,1
Climatização	9	100,0	0	-
Pisos, paredes e tetos de revestimento laváveis	9	100,0	0	-
Paredes de revestimento liso	9	100,0	0	-
Os puxadores das portas que atende a Pessoas	6	66,7	3	33,3
Portadoras de Deficiências				
Pias	8	88,9	1	11,1

Dados coletados de nove USF do Município de Várzea Grande em 2021.

No presente estudo foi verificado que a maior parte das unidades possuem os itens de área física e instalações dos consultórios preconizados pelo MS, isso corrobora com estudo realizado, em outras unidades na capital paulista onde os autores apresentam ter disponibilidades dos itens preconizado referente ao ambiente dos consultórios de forma satisfatória (SAPAROLLI; ADAMI, 2010). Diferente dos dados obtidos desta pesquisa, outro estudo descritivo que avaliou a estrutura destinada a consulta na Atenção Básica (AB) na zona urbana do Município de Pelotas-RS, onde foi descrito que a maior parte dessas unidades retrataram precariedade destacando a planta física mais deficitária, no entanto apresentou tamanho dos consultórios satisfatório, não havendo impedimento na assistência (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

Apesar de a área mínima não estar adequada na maior parte das unidades analisadas e ainda existirem itens que não se adequam em todas as unidades, os agendamentos e consultas são realizadas regularmente nas unidades do Município de Várzea Grande, assim como apontou o estudo de Pelotas citado acima (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001). No cenário nacional, Estratégia de Saúde da Família tem apresentado melhoria nos quesitos de eficiência e qualidade dos serviços apesar de apresentar números significativos de unidades com estrutura física inadequada e até locais improvisados (BRASIL,

2008), como é o caso das unidades de Várzea Grande que ainda não passaram pela reforma ou construção de local próprio.

É importante ressaltar que a estrutura não pode ser um fator dificultador das práticas em saúde das equipes, logo, as áreas físicas devem considerar fatores como fluxos de atendimento, demanda de paciente e de funcionários e atividades mínimas desenvolvidas nas unidades (BRASIL, 2013).

A ambiência também é instrumento facilitador do processo de trabalho assistencial, pois otimiza os recursos, proporciona atendimento humanizado, qualificado e acolhedor (BRASIL, 2017). Nesse aspecto todas as unidades de Várzea Grande seguem o padrão preconizado de ventilação artificial, climatização e iluminação, e apenas 1 das unidades os consultórios não possuíam ventilação natural. Ribeiro, Gomes e Thofern (2014) confirmam que na saúde o ambiente compreende um espaço acolhedor, saudável e confortável, e que através dele é possível associar a humanização, pois a sua concepção prevê a valorização tanto da assistência de saúde quanto dos componentes que compõe o ambiente, conforme citados acima. As condições do ambiente são utilizadas para conceder bem-estar e confortabilidade ao paciente, e a sua qualidade (ar, acústico e luminoso) determina condições de conforto, para poder escutar da melhor forma a assistência prestada e sem que haja alteração de cor e irritabilidade ao paciente (BRASIL, 1994).

A existência de ventilação natural proporciona a salubridade nos ambientes e circulação de ar, sendo eles através das janelas ou ventilação indireta como os exaustores. A presença de ventilação natural é fundamental para a renovação do ar no espaço referente a dissipação de contaminantes do ambiente garantindo a segurança ao profissional e ao paciente e servindo de conforto térmico, respeitando as características climática local (PETRINI, 2020). Vale a pena salientar que a única unidade avaliada no presente estudo que não apresentou ventilação natural faz parte daquelas que ainda funcionam em locais improvisados como supracitados.

No critério de acessibilidade, a estrutura física da USF deve haver compatibilidades no qual permitam o acesso de pessoas com limitações e deficiência, como portas com dimensões ampliadas e maçanetas do tipo alavanca (BRASIL, 2008). Diante disso evidenciou que mais da metade das unidades avaliadas possuíam os critérios para atender Pessoas Portadoras de Deficiência (PPD), dados precisos que seguem o preconizado pelo MS, no entanto outro estudo contradiz com o seguimento desses critérios supracitados, onde a maioria das UBS não possuíam infraestrutura adequada para atender PPD, justifica-se que as prevalências arquitetônicas precisam ser vencidas, pois evidenciam dados preocupantes por não atender às normatizações (HILGEMBERGA; LEMOSB; GOMES, 2018).

Referente à existência de pias dentro dos consultórios para higienização das mãos pode-se observar que a maior parte dos consultórios possuem pias para a higienização das

mãos, resultado parecido com o estudo de Saparolli e Adami (2010) que analisou as UBSF do projeto QUALIS na capital paulista, que apontou as instalações de pias nos consultórios eram satisfatórias quanto a sua existência na maioria dos consultórios, faz-se necessário salientar que nesse estudo, assim como em Várzea Grande, os profissionais realizavam a higienização das mãos em outro local nos consultórios em que não havia pia. E mais uma vez os dois estudos apontam para o problema gerado pelo fato de as unidades funcionarem em um ambiente adaptado e não com instalações físicas específicas para serviços de saúde.

Recursos materiais e insumos

Dos recursos de materiais e insumos foi analisada sua existência e a funcionalidade para a prestação da consulta a criança em nove Unidades Básicas de Saúde com a Estratégia de Saúde da Família.

A tabela 2 apresenta o número e percentual das unidades que possuem recursos materiais e insumos completos e funcionais. Dos 14 itens apresentados, 9 itens são considerados indispensáveis pelo MS e dentre esses indispensáveis, apenas 3 (cadeiras, mesas de escritório e mesa de exame) estavam presentes em todos (100%) os consultórios das nove unidades. Havendo déficit em 44,4% nas unidades dos seguintes materiais: lanterna clínica, balde cilíndrico, balança infantil e de 55,6% de estetoscópio e otoscópio infantil. Além da indisponibilidade das Cadernetas de Saúde da criança que não constava em nenhuma unidade (100%). Em contrapartida todas as unidades (100%) apresentaram termômetro digital, lanterna clínica e escada de dois degraus. Quanto ao esfigmomanômetro infantil 77,8% das unidades não dispõem deste material nos consultórios.

Tabela 2: Número percentual de USF que possuem ou não características dos recursos materiais e insumos dos consultórios, com os itens recomendados para a consulta pelo Ministério da Saúde em Várzea Grande no ano de 2021.

Recursos Materiais e Insumos	Recomendado	Consultórios	
		Completo %	Incompleto %
Balança Infantil	1*	55,6	44,4
Esfigmomanômetro Infantil	1*	22,2	77,8
Estetoscópio Infantil	1*	44,4	55,6
Régua Antropométrica	1*	88,9	11,1
Otoscópio Infantil	1*	44,4	55,6
Termômetro Digital	1	100,0	-
Lanterna Clínica	1	55,6	44,4
Fita para medidas antropométricas	1	100,0	-
Caderneta da Criança	1*	-	100,0
Escada dois degraus	1	100,0	-
Cesto de lixo	1	100,0	-
Balde cilíndrico	1	55,6	44,4
Cadeiras	3*	100,0	-
Mesa para exame	1*	100,0	-

Mesa de escritório	1*	100,0	-
--------------------	----	-------	---

Dados coletados de nove USF do Município de Várzea Grande em 2021.

* Itens indispensáveis segundo o MS.

Verificou-se neste estudo que dos materiais e insumos necessários para o atendimento a consulta da criança apenas 7 itens constavam em todos os nove consultórios, desta forma, é possível afirmar que as unidades observadas, não cumprem em sua totalidade com os critérios avaliados quanto à existência desses recursos. Este fato pode influenciar diretamente na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, pois a falta de materiais e equipamentos adequados dificulta o processo de trabalho do profissional da saúde (VIEIRA et al., 2019; PINTO; ASSIS; PECCI, 2019).

Quanto aos recursos materiais e insumos, o estudo Pedraza e Santos (2017) demonstraram que todas as equipes participantes dispunham dos equipamentos antropométricos necessários para medir e apenas quatro não tinham balança para pesar crianças. Nas consultas observadas, todas as crianças tinham prontuário e apresentaram a Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Comparando-se com os resultados obtidos nesta pesquisa, muitas unidades de saúde analisadas não possuíam todos os equipamentos necessários para realizar a consulta da criança o que difere do estudo a cima, quanto à existência desses materiais e se igualam apenas no quesito da ausência de balança para pesar as crianças e a CSC.

A mensuração do peso é uma das unidades de medida imprescindível para a avaliação antropométrica das crianças. Diante disso, é possível afirmar que as unidades analisadas neste estudo que não possui a balança pediátrica não alcançam a integralidade da consulta da criança e avaliação do crescimento e desenvolvimento, pois, a pesagem contribui para a avaliação nutricional infantil, que auxilia na detecção precoce de problemas e intervenções que visem ações efetivas para a redução de complicações nutricionais (BRANDÃO; ARAÚJO; MOREIRA-ARAÚJO, 2020; CATRAIO; BAPTISTA; PEREIRA, 2020).

Considerando os dados de registro acima essencial para o acompanhamento da criança o estudo evidenciou que os profissionais não dispunham da caderneta da criança que é considerado um documento indispensável e único segundo o MS, onde devem ficar registradas todas as informações sobre o atendimento a criança nos serviços de saúde para o acompanhamento desde o seu nascimento até os 9 anos de idade (BRASIL, 2020). A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) deve ser utilizada durante a consulta de puericultura, por se tratar de instrumento fundamental para a comunicação multiprofissional, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, vigilância, promoção e proteção à saúde da criança (VIEIRA et al. 2019). Logo a ausência desse instrumento de avaliação impossibilita a realização da anotação na caderneta, fazendo com que as informações

necessárias para acompanhar o crescimento e desenvolvimento infantil não esteja à disposição dos profissionais e familiares da criança.

O presente estudo evidenciou a inexistência de esfigmomanômetro infantil na maior parte das unidades, diante disso, outro estudo afirma que a prática de aferir a Pressão Arterial (PA) não é considerada comum nas consultas pediátricas principalmente no atendimento de crianças até um ano de idade nas UBS (LAURINDO, 2019).

Comparando-se com os dados obtidos nesta pesquisa, observou-se que as estruturas físicas estão adequadas de acordo com os critérios de avaliação, porém com relação à existência dos recursos materiais como lanterna clínica, balde cilíndrico, balança, estetoscópio e otoscópio infantil apresentavam-se insuficiente em quase metade dos consultórios de atendimento nas UBS observadas o que se torna algo preocupante com relação à eficiência da consulta prestada a essa população.

Perfil dos entrevistados

Do perfil profissional 78,9% dos entrevistados são enfermeiros, cerca de 47,4% possuem experiência de 1 a 5 anos na área de Saúde da criança e 42,1% dos entrevistados possuem tempo de atuação de 1 a 5 anos na Estratégia de Saúde da Família. Com relação à formação profissional 94,7% dos entrevistados possuem bacharelado em seu curso e referente à natureza do vínculo empregatício com a unidade de pesquisa 78,9% são contratados e 89,5% tem jornada de 40 horas semanais.

Tabela 3 - Caracterização de percentual do perfil dos profissionais das nove Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família Várzea Grande – MT 2021.

Variáveis	n	(%)
Entrevistado		
Enfermeiros	15	78,9
Médicos	4	21,1
Tempo de experiência profissional na área de Saúde da Criança		
Até 1 ano	3	15,8
De 1 a 5 anos	9	47,4
Mais de 5 anos	7	36,8
Tempo de atuação na estratégia de saúde da família		
Até 1 ano	6	31,6
De 1 a 5 anos	8	42,1
Mais de 5 anos	5	26,3
Capacitação para atuar em saúde da criança		
Sim	12	63,2
Não	7	36,8
Pós-graduação		
Sim	10	57,9
Não	9	42,1
Formação Profissional		
Licenciatura	-	-

Graduação	18	94,7
Mestrado	-	-
Doutorado	1	5,3
Vínculo empregatício		
Efetivo	4	21,1
Temporário	-	-
Contratado	15	78,9
Jornada de trabalho semanal		
40 horas	17	89,5
32 horas	2	10,5

Dados coletados de profissionais médicos e enfermeiros de nove USF do Município de Várzea Grande em 2021.

Sobre o tempo de formação e de atuação em saúde da família, este estudo observou que os profissionais não possuem mais que cinco anos, o que pode influenciar na prestação do cuidado, isso pode ser fator limitante uma vez que profissionais com pouca experiência têm limitações com relação ao conhecimento e experiência em lidar com as especificidades da criança, provando necessidade maior de investimento em educação permanente nessa área (FAVARO et al, 2020; LOPES; BRITO; LEITE, 2017; DIAS et al, 2020).

Quanto à natureza do vínculo empregatício nas unidades, conclui-se que a maioria dos profissionais são contratados e que mais da metade dos profissionais entrevistados cumprem o regime de 40 horas semanais para todos os profissionais, com exceção dos médicos conforme determinado pela Portaria N°2.488 de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde.

Profissionais segundo cursos e especializações

Quanto aos cursos e capacitações dos 19 profissionais entrevistados destaca-se a relevância para atuações voltadas a Atenção Primária à saúde na assistência à criança, com as seguintes capacitações: onde 36,8% dos profissionais apresentam o curso de Vacinação, Saúde da Família onde apenas 15,8% profissionais possuem o curso, curso de AIDPI correspondendo a 10,5% dos profissionais e curso de puericultura realizado por 5,3% profissionais. Ressalta-se que alguns dos entrevistados podem ter apresentado mais de um curso de especialização por profissional. Quanto à pós-graduação destaca-se relevância onde 20% dos profissionais apresentaram pós em saúde da família.

Tabela 4 – Distribuição do percentual dos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde, segundo cursos de especialização e capacitação concluídos.

Variáveis	n	(%)
Cursos de capacitação*		
Vacinação Infantil	7	36,8
Saúde da Família	3	15,8

AIDPI	2	10,5
Triagem Neonatal	2	10,5
Bolsa Família	1	5,3
Programa de Saúde na Escola	1	5,3
Nutrição	1	5,3
Crescimento e Desenvolvimento	1	5,3
Puericultura	1	5,3
Pós-Graduação*		
Saúde da Família	4	20,0
Enfermagem do Trabalho	3	15,0
Urgência e Emergência	3	15,0
Auditoria Pública	2	10,0
Pediatria	1	5,0
Gestão Pública	1	5,0
Medicina da Família e Comunidade	1	5,0
Psiquiatria	1	5,0
Didática do Ensino Superior	1	5,0
Estética	1	5,0
Residência de Saúde do Adulto e Idoso	1	5,0
Segurança do Paciente	1	5,0

Dados coletados de profissionais médicos e enfermeiros de nove USF do Município de Várzea Grande em 2021.

*podendo haver mais de um curso por profissional.

Os dados de formação e capacitação dos entrevistados faz paralelo com outro artigo referente à deficiência de curso para capacitações e pós-graduação, pois os autores abordam a partir da perspectiva de ótica dos profissionais entrevistados, o relato em apresentar dificuldades para realizar a prática assistencial devido à falta de capacitação para as atividades direcionado ao cuidado (MOURA; VARGENS, 2002).

Essas dificuldades limitam o profissional a ter um olhar para integralidade quanto à conduta para tratamento e cuidado, pois o profissional que apresenta conhecimento insuficiente quanto às necessidades da população não consegue correlacionar o atendimento do indivíduo a sua realidade (PINTO; ASSIS; PECCI, 2019). O profissional precisa entender a importância do conhecimento para a prestação da assistência, avaliação e detecção de alterações que requerem intervenções e acompanhamento.

Com relação à capacitação em vacinação o resultado do presente estudo é preocupante uma vez que a maior parte dos profissionais entrevistados eram enfermeiros, ter profissionais capacitados para avaliar a situação vacinal da criança e intervir oportunamente é de extrema importância para atingir os objetivos da consulta de puericultura, e as capacitações continuadas contribuem fortemente como demonstrado no estudo de Almeida et al (2014) e Ferreira et al (2017) que evidenciou que enfermeiros capacitados com constância tinham conhecimento maior que os não capacitados.

Em relação à capacitação na Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) apenas dois profissionais estão capacitados, e esse também tem potencial para ser

uma das dificuldades das condições necessárias para o atendimento à criança, uma vez que faz parte da consulta o rastreamento das doenças prevalentes. A não capacitação dos profissionais também foi apontada no estudo realizado em Cuiabá (município vizinho do estudado) em que a maior parte dos profissionais também não tinham capacitação (SANTOS; GAÍVA; SALGE, 2018).

CONCLUSÕES

Constatou-se nesse estudo que a avaliação da estrutura disponível das unidades, bem como suas instalações estão de acordo com os critérios de avaliação da pesquisa. No entanto, referente aos critérios de existência dos materiais e insumos para o atendimento da consulta da criança nas USF selecionadas foi considerado insuficiente tendo em vista o descumprimento dos critérios normativos utilizados para a avaliação das unidades analisadas.

O perfil dos profissionais foi considerado como satisfatória para o atendimento da consulta destinada a criança no que diz respeito à experiência profissional em saúde da criança e da família, e especialização, no entanto com relação aos processos de educação continuada não.

Conclui-se que há necessidade de investimento em nível de gestão para prover estrutura física, materiais e insumos adequados para todas as unidades de saúde bem como promover atualizações de forma continuada na área de saúde de criança para todos os profissionais da atenção primária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, G. et al. Conhecimento e prática de profissionais sobre conservação de vacinas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. vol. 6. Rio de Janeiro, 2014.
- BRANDÃO, S. A. M.; ARAÚJO, M. A. M.; MOREIRA-ARAÚJO, R. S. R. Excesso de peso e consumo de alimentos em pré-escolares. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 9, 2020.
- BRASIL. Conselho Nacional De Saúde. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução Nº 466**, Seção 1 – Página 59, de 12 de dezembro de 2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 340, de 4 de março de 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. 2. ed. Ministério da Saúde. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Ministério da Saúde. Brasília, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Criança**. 2ª ed. Ministério da Saúde. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **A experiência da diretriz de Ambiência da Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação-Geral de Normas. **Normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Brasília, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Estado da Saúde. **Caderno de Atenção à Saúde da Criança Primeiro Ano de Vida**. Curitiba, 2020.

BRITO, E; WANICK, S. A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na estratégia saúde da família. **Revista de enfermagem**, UFPE. Recife, 2016.

CASSIA, I; CHRISTINA, A; NEI, E. Influências da infraestrutura de centros de saúde nas práticas profissionais: percepções de enfermeiros. **Cienc. Cuid. Saúde**. Mato Grosso, 2011.

CATRAIO, I.; BAPTISTA, G.; PEREIRA, A. Prevalência e Classificação da Má Nutrição em Crianças Menores de Cinco Anos do Município de Benguela – Angola. **Revista Multidisciplinar CESP**, 2020.

DIAS, G. et al. A primeira experiência profissional do enfermeiro na Atenção Básica. **Rev. Enferm. Contemp**. Salvador, 2020.

FAVARO, L. et al. Percepção do enfermeiro sobre assistência às crianças com necessidades especiais de saúde na atenção primária. **Rev Min Enferm**. 2020.

FERREIRA, V et al. Acesso à Sala de Vacinas da Estratégia saúde da Família: aspectos organizacionais. **Rev enferm UFPE**. Recife, 2017.

HILGEMBERGA, A.; LEMOSB, J.; GOMES, J. Evidências preliminares da atenção à saúde das pessoas portadoras de deficiência nas unidades básicas de saúde em uma cidade do estado do paraná, Brasil. **Rev. Aten. Saude**. v. 16, n. 55. São Caetano do Sul, 2018.

LAURINDO, L. B. M. PRESSÃO ARTERIAL SISTEMICA EM CRIANÇAS NA ATENO BÁSICA. 2019. Disponível em:<

<https://repositorio.ufpi.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/2276/3.%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20FichaCat.docx.pdf?sequence=1>> Acesso em: 18/06/2021.

LOPES, B. C. S.; BRITO, M. F. S. F.; LEITE, M. T. S. Conhecimento dos Enfermeiros sobre a Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Revista Renome**, v. 6, 2017.

MOURA, A.C.L.; VARGENS, O.M.C. A consulta de enfermagem na rede básica de saúde: um estudo sob a ótica das enfermeiras. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 85-89, mai/ago 2002.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. S. Avaliação da vigilância do crescimento nas consultas de puericultura na Estratégia Saúde da Família em dois municípios do estado da Paraíba, Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 26, 2017.

PETRINI, G. O impacto da alteração do zoneamento bioclimático brasileiro em projeto padrão: o caso das unidades básicas de saúde tipo I. **UNESP**. Bauru, 2020.

PINTO, C. J. M.; ASSIS, V. G.; PECCI, R. N. Educação nas unidades de atenção básica: dificuldades e facilidades. **Rev Enferm UFPE online**, v. 13, n. 5, 2019.

RIBEIRO, J.; GOMES, G.; THOFEHRN, M. B. Ambiência como estratégia de humanização da assistência na unidade de pediatria: revisão sistemática. **Rev. Esc. Enferm. USP**. v. 48. São Paulo, 2014.

SANTOS, I. L. F.; GAÍVA, M. A. M.; SALGE, A. K. M. Utilização da Estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 20, 2018.

SAPAROLLI, E.; ADAMI, N. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. São Paulo: **Editora Rev. Esc. Enfermagem**. USP, 2010.

SILVEIRA, D.; SANTOS, I.; COSTA, J. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2001.

VIEIRA, D. et al. Processo de Trabalho de Enfermeiros na Vigilância do Desenvolvimento Infantil. **Rev Min Enferm**. João Pessoa, 2019.