



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**

**ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MODALIDADE À DISTÂNCIA**

**TURMA 6**

Implementação da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na Unidade  
Sanitária de Barros Cassal, Barros Cassal/RS

Felipe Pozzebon Borges

Pelotas, 2015

**Felipe Pozzebon Borges**

**Implementação da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na Unidade  
Sanitária de Barros Cassal, Barros Cassal/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Bibiana Bauer Barcellos

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas  
Catalogação na Publicação

B732i Borges, Felipe Pozzebon

Implementação da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na Unidade sanitária de barros cassal, barros cassal/rs / Felipe Pozzebon Borges ; Bibiana Bauer Barcellos, orientadora. — Pelotas, 2015.

118 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da criança. 4. Puericultura. 5. Saúde bucal. I. Barcellos, Bibiana Bauer, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

Dedico esse trabalho à minha esposa, Jéssica, aos meus pais, irmãos e a toda minha família, cujo suporte foi imprescindível.

## **Agradecimentos**

À Jéssica, em especial, minha companheira inseparável, que abriu mão da profissão e todo o resto para mudar-se para outra cidade comigo e me apoiar incansavelmente durante essa jornada;

Aos meus pais, irmãos e a toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até aqui,

Aos amigos e colegas, pelo incentivo constante.

À minha orientadora, Bibiana, cuja dedicação e perfeccionismo tornaram esta obra possível.

A vocês, o meu sincero muito obrigado!

## Lista de Figuras

Figura 1	Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa da UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	76
Figura 2	Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014 .....	77
Figura 3	Proporção de crianças com monitoramento de crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	78
Figura 4	Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	79
Figura 5	Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	79
Figura 6	Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	80
Figura 7	Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	81
Figura 8	Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	81

Figura 9	Proporção de crianças com triagem auditiva crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	82
Figura 10	Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	83
Figura 11	Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas no programa de saúde da criança crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	83
Figura 12	Proporção de crianças com registro atualizado crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	84
Figura 13	Proporção de crianças com avaliação de risco crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	85
Figura 14	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	86
Figura 15	Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014 .....	87
Figura 16	Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014 .....	88
Figura 17	Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie crescimento na	

	UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	89
Figura 18	Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	90
Figura 19	Proporção de crianças com tratamento dentário concluído crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	91
Figura 20	Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas à consulta odontológica crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	92
Figura 21	Proporção de crianças com primeira consulta odontológica com registro atualizado crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	93
Figura 22	Proporção de crianças com primeira consulta odontológica que receberam orientações de saúde bucal crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	94
Figura 23	Proporção de crianças com primeira consulta odontológica cujos pais receberam orientações sobre dieta crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.....	94
Figura 24	Proporção de crianças com primeira consulta odontológica cujos pais receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias crescimento na UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014..	95



## **Lista de Abreviaturas e Siglas**

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CP	Exame Citopatológico de Colo Uterino
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EAD	Ensino à Distância
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HGT	Hemoglicoteste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pronto Atendimento
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEl	Universidade Federal de Pelotas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## Sumário

<b>Resumo .....</b>	<b>10</b>
<b>Apresentação.....</b>	<b>11</b>
<b>1 Análise Situacional.....</b>	<b>12</b>
1.1 Texto escrito na segunda semana de ambientação, em resposta à pergunta: “Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?”.....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre texto inicial sobre situação da APS e o relatório da análise situacional.....	25
<b>2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção.....</b>	<b>27</b>
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e Metas.....	29
2.3 Metodologia.....	31
2.3.1 Ações.....	31
2.3.2 Indicadores.....	59
2.3.3 Logística.....	66
2.3.4 Cronograma.....	60
<b>3 Relatório da Intervenção.....</b>	<b>71</b>
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	71
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....	72
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	73
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	74
<b>4 Avaliação da Intervenção.....</b>	<b>75</b>
4.1 Resultados.....	75
4.2 Discussão.....	96
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	99
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	102
<b>5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....</b>	<b>105</b>

<b>Referências .....</b>	<b>108</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>109</b>
Anexo A – Ficha-Espelho de Atenção à Saúde da Criança .....	109
Anexo B – Ficha-Espelho de Atenção à Saúde Bucal .....	110
Anexo C – Planilha de Coleta de Dados Saúde da Criança .....	111
Anexo D – Planilha de Coleta de Dados Saúde Bucal da Criança .....	112
Anexo E – Roteiro do atendimento de puericultura.....	113
Anexo F – Documento do Comitê de Ética .....	118

## Resumo

BORGES, Felipe Pozzebon. **Implementação da Atenção à Saúde da Criança de 0 a 72 meses na Unidade Sanitária de Barros Cassal, Barros Cassal/RS.** 2015. 120 f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso, Programa de Especialização em Medicina de Família – Modalidade à Distância, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

Este trabalho tem como objetivo implementar o programa de puericultura na Unidade Sanitária de Barros Cassal, em Barros Cassal/RS, para efetivar as ações de promoção, prevenção e recuperação das crianças na faixa etária de 0 a 72 meses. Visa garantir o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças, fazendo um atendimento contextual dos aspectos de saúde, e abordar os aspectos coletivos que possam influir. A intervenção foi realizada entre os meses de agosto a outubro de 2014. Para alcançar os resultados esperados, foi necessário o envolvimento da Equipe Saúde da Família, da Secretaria de Saúde e da comunidade. Para concretizar este projeto, foram utilizadas fichas-espelho para registro e coleta de dados e planilhas eletrônicas para análise dos dados coletados e confecção dos indicadores para avaliar cobertura e qualidade do atendimento. Foram obtidos números muito satisfatórios, analisando-se os três meses de intervenção, com cobertura de 49,4% (79 crianças) da faixa etária 0 a 72 meses residentes na área, de um total estimado de 160, baseado na pirâmide etária do IBGE (2010). . A cobertura do atendimento em saúde bucal também foi muito boa, atingindo 41% das crianças entre 6 a 72 meses (59 crianças) e indicadores de qualidade, como monitoramento do desenvolvimento neuropsicomotor, do crescimento, do ganho de peso e da cobertura vacinal, também próximos de 100%. Os resultados obtidos demonstram que o atendimento programático em puericultura pode melhorar a saúde das crianças e contribuir com a elevação da qualidade de vida dessa localidade.

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

## **Apresentação**

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde da criança da Unidade de Saúde Barros Cassal, do município de Barros Cassal-RS. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas.

A primeira parte refere-se à **análise situacional** desenvolvida na unidade 1 do curso, onde está apresentado um panorama da Unidade de Saúde de Barros Cassal, descrevendo-se detalhadamente como é o funcionamento e estrutura da Unidade, com identificação de seus pontos mais deficitários.

Na segunda parte é apresentada a **análise estratégica** por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o **relatório da intervenção** realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso, contendo informações sobre as ações previstas e realizadas, bem como sua incorporação à rotina do serviço.

Na quarta seção encontra-se a **avaliação da intervenção**, com os resultados e os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Também integram essa seção a discussão e os relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade.

A quinta e última parte contém uma **reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem** no decorrer do curso e da implementação da intervenção, incluindo o significado do curso para a prática profissional e os aprendizados mais relevantes.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de março de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas. Sua finalização ocorreu no mês de janeiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

## **1 Análise Situacional**

### **1.1 Texto escrito na segunda semana de ambientação, em resposta à pergunta: “Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?”**

A Atenção Primária à Saúde (APS) no município de Barros Cassal vem apresentando, há alguns anos, certas peculiaridades. Aproximadamente 8 anos atrás, o hospital do município, que era privado, vinha enfrentando sérios problemas econômicos, com acúmulo de dívidas e sucessivos atrasos nos salários dos funcionários e escassez de material. Sem solução para a crise financeira, os donos do hospital não viram outra saída a não ser a de fechar as portas e encerrar todas as atividades.

Desde então, o município não tem mais hospital e a lacuna de atendimento vem sendo suprida pelas duas unidades básicas de saúde (UBS). Na verdade, hoje em dia, essas unidades vem atuando muito mais como Pronto Atendimento (PA) do que como Estratégia de Saúde da Família (ESF) em si. Os atendimentos são basicamente os mesmos vistos em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), onde simplesmente os usuários tem um sintoma e procuram o atendimento para receber medicação para tal sintoma. Não há praticamente a idéia de prevenção, apenas de tratamento por demanda gerada por sintomas.

Os usuários que são atendidos em minha UBS são os oriundos da zona rural do município (a outra unidade atende os moradores da cidade), ou seja, basicamente agricultores e familiares envolvidos, em sua maioria, com o cultivo de fumo ou soja. O nível de instrução é muitíssimo baixo, sendo grande o número de analfabetos. Este nível de instrução tão baixo é algo que dificulta sobremaneira o atendimento. Os usuários tem inúmeras crenças e curandeirismos e muito baixa compreensão e aderência aos tratamentos propostos. Os usuários não tem experiência com um atendimento longitudinal, onde haja consultas regulares e onde o foco seja a prevenção. Tenho tentado fornecer consultas de retorno, porém na maioria das vezes os usuários não retornam se o sintoma desapareceu.

Apesar de todas essas dificuldades, tem sido muito bom trabalhar em Barros Cassal. A equipe de funcionários da UBS é fantástica, me acolheram muito bem e o ambiente de relacionamento no trabalho é muito bom.

A estrutura física da UBS também pode ser considerada boa. Há sala de procedimentos com fios de sutura, instrumental e as medicações mais utilizadas. Há sala de observação com eletrocardiograma(ECG) e oxigênio,talvez pelo fato de a unidade funcionar quase como pronto atendimento. Os consultórios também são adequados e limpos e contam com computador e arcondicionado.

No momento, a demanda da população é muito grande. Atendo sempre o máximo possível para cada turno (16 atendimentos) e mesmo assim muitos usuários tem de voltar para casa pois não há mais fichas. Esse grande volume é o que mais prejudica a qualidade no atendimento, pois não há tempo para um diálogo mais prolongado e um exame físico mais detalhado. O vínculo com o paciente acaba prejudicado por causa disso.Mesmo assim, tento atender sempre com bom humor e proporcionando espaço para o paciente demonstrar suas queixas eangústias.

Espero que essa questão de a demanda superar a capacidade de atendimento seja bastante amenizada com a chegada de mais uma médica na unidade (cubana), que está apenas no aguardo de seu registro profissional para iniciar suas atividades.

Enfim, embora haja muitos problemas ainda a serem resolvidos, o trabalho tem sido muito gratificante e o ótimo relacionamento com os colegas faz que o dia-a-dia seja muito mais agradável.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O município de Barros Cassal localiza-se na região centro-norte do Rio Grande do Sul, no alto da Serra do Botucaráí. Segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, apresenta uma população de 11.354 habitantes. Destes, aproximadamente 8.500 habitantes encontram-se na zona rural do município e o restante, na área urbana. O sistema de saúde do município atualmente conta com apenas duas UBS: uma do tipo ESF, que é responsável pelo

atendimento da população da área urbana; e outra, do tipo tradicional, que assiste a população que reside na zona rural (onde atuo) e realiza apenas pronto atendimento. Contudo, está ocorrendo atualmente um processo de transição para atendimento nos moldes do ESF também para a unidade da zona rural, sendo que esta será dividida em duas novas unidades: uma atenderá a metade norte da zona rural e a outra atenderá a metade sul da zona rural do município. Existe também atendimento odontológico por livre demanda nesta unidade, disponível a toda a população do município. Não há disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O antigo hospital do município, que era privado, fechou as portas por insustentabilidade econômica, decretando falência há aproximadamente 8 anos. Desde então, todo atendimento que necessite atenção hospitalar de urgência é encaminhado ao Hospital Frei Clemente, em Soledade-RS, que dista aproximadamente 38 quilômetros (30 minutos de ambulância). Encaminhamentos eletivos para especialidades médicas são realizados através de formulários específicos de referência e contra-referência. Estão disponíveis para solicitação pelo médico da UBS exames laboratoriais, eletrocardiograma, radiografias e ecografias. Exames mais especializados como tomografia computadorizada ou ressonância magnética não são disponíveis para solicitação e, caso o médico julgue necessário tais exames, deve fazer encaminhamento ao especialista.

A Unidade Sanitária de Barros Cassal localiza-se na zona urbana, no centro do município, porém é responsável pelo atendimento da população moradora da área rural. Todo o atendimento é feito exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e não há vínculo com instituições de ensino. O modelo de atenção/funcionamento da Unidade é basicamente como Pronto Atendimento, com consultas sob livre demanda. No momento, não há equipes de ESF nesta unidade, porém, como já citado, há planos para divisão desta unidade em duas novas unidades de ESF. Com relação aos profissionais de saúde, a unidade conta atualmente com quatro médicos clínicos-gerais, um gineco-obstetra, um pediatra, quatro dentistas, duas enfermeiras, uma psicóloga, uma farmacêutica, cinco técnicos de enfermagem, um técnico em saúde bucal, três recepcionistas e três auxiliares de serviços gerais. Há também 11 agentes comunitários de saúde (ACS). Porém, como a unidade não funciona como ESF, esses agentes não exercem praticamente nenhuma função.



A UBS apresenta estrutura física com características que são derivadas do fato de esta unidade não ter sido primariamente construída para ESF. Inicialmente, a construção abrigava apenas o atendimento à saúde mental, porém, com o fechamento do hospital do município, todo o prontoatendimento médico passou a ser realizado neste local. Não temos problemas de falta de manutenção. As paredes estão com pintura boa e limpa, os vidros estão todos inteiros, temos ar condicionado e computador com acesso à internet nos consultórios. O pessoal dos serviços gerais mantém a unidade sempre limpa e não faltam insumos como papel toalha e papel higiênico. Enfim, o estado de conservação atual é bastante satisfatório. Há quatro consultórios médicos, dois consultórios odontológicos, uma sala de procedimentos, uma sala de observação, uma sala de curativos, uma sala da chefia de enfermagem, uma farmácia básica, uma sala de vacina com refrigerador, uma recepção, duas salas de espera e três banheiros.

A Unidade, embora apresente estrutura física relativamente bem conservada, não está em conformidade com o manual de estrutura física da UBS fornecido pelo Ministério da Saúde (MS) em diversos aspectos. A sala de espera é insuficiente: com uma abrangência populacional de 8.500 pessoas, o espaço recomendado seria de 30 lugares, porém, em nossa UBS é de aproximadamente 15. Por causa disso, é rotina vermos usuários esperando atendimento em pé. Não existem salas para os ACS, nem para reuniões e atividades coletivas de educação em saúde. Não existe consultório com sanitário. Não há piso antiderrapante. Não há corrimãos nas rampas e corredores de acesso ao posto. Entretanto, por mais que haja inconformidades com relação ao manual de estrutura da UBS do Ministério da Saúde, pode-se dizer que a estrutura atual é, em sua maior parte, satisfatória, não ocorrendo prejuízo significativo ao atendimento e ao acesso da população aos serviços.

As prioridades, para superar ou ao menos minimizar estas deficiências, devem ser aumentar o espaço e, conseqüentemente, a capacidade para sala de espera e criar uma sala de reuniões. Em grande parte, os usuários atendidos são compostos por idosos ou pessoas debilitadas fisicamente, o que torna desumano deixá-los esperando por atendimento em pé. Infelizmente, não tenho governabilidade suficiente para a construção de espaços adicionais na unidade, portanto, resta-me sugerir redistribuição dos locais, com mudança da sala de espera para um local que possibilite a colocação de mais assentos. Já em relação à sala de reuniões, no

momento não há espaço disponível na estrutura física existente, portanto a única solução seria realmente a construção de um novo ambiente. Sinto que faz muita falta um local para que possam ser realizadas discussões para debater estratégias para combater os problemas e buscar aperfeiçoamento. Há, por parte da prefeitura, a idéia de reformar o antigo hospital e transferir o atendimento para aquela estrutura, que é, com certeza, mais ampla. Espero que essa mudança consiga suprir as deficiências apresentadas atualmente.

Com relação aos equipamentos e insumos, há em uma boa condição de equipamentos, vacinas e medicamentos. Poucas são as dificuldades que os usuários enfrentam. Com poucas exceções, não há falta de medicamentos, não necessitando assim, na maioria das vezes, que o paciente gaste dinheiro do próprio bolso para comprar em uma farmácia. Os equipamentos de trabalho estão todos funcionando, em relativo bom estado e, quando não estão, prontamente solicitamos a sua manutenção. Não há material bibliográfico (livros) na unidade, mas isso não chega a ser um grande problema, pois temos computadores com acesso à internet para consulta. Faltam fluxogramas de atendimento e cartazes espalhados pela unidade para orientação da população sobre a maioria dos problemas de saúde. Os prontuários não são arquivados por família, mas sim por paciente, e ainda não está prevista a implantação do registro eletrônico na unidade. Considero isso uma grande lástima, pois é algo que seria de extrema valia para melhorar a qualidade e agilidade no atendimento, solucionando problemas de letras ilegíveis e de dificuldade em avaliar a história médica pregressa do paciente.

Na unidade, não há profissionais que participem do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, realizando identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos. Também não há identificação de grupos de agravos (Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Tuberculose (TB), Hanseníase, entre outros) nem sinalização dos espaços sociais (comércios locais, igrejas, escolas) ou das redes sociais (grupo de mães, grupos de idosos, associação de moradores, conselho local). Não há realização de cuidado em saúde no domicílio ou em outros locais além da própria UBS. São realizados na unidade diversos procedimentos/pequenas cirurgias e atendimentos de urgência, inclusive com alguns atendimentos de emergência. Como a unidade funciona como pronto atendimento, não há realização de ações programáticas e nem visitas

domiciliares. Usuários são encaminhados a outros níveis do sistema respeitando fluxos de referência e contra-referência, porém não há protocolos para regulação destes encaminhamentos. Durante o atendimento nas especialidades, a equipe da UBS acompanha e mantém o plano terapêutico proposto pelo estabelecimento de referência, mas não há como acompanhar o usuário durante internações hospitalares ou domiciliares. Notificações compulsórias de doenças e agravos são realizadas rotineiramente pelos médicos quando há suspeita ou confirmação diagnóstica, porém não há busca ativa desses agravos.

Com relação a ações de engajamento público, há muito o que ser aprimorado, pois não há realização de atividades em grupo na UBS, não é promovida a participação da comunidade no controle social e nem se identificam parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe. Como ponto positivo, temos participação em atividades de qualificação profissional e qualificação para a gestão em saúde. Essas qualificações são multiprofissionais, executadas principalmente por enfermeiros e técnicos de enfermagem e focadas na maioria das vezes na atualização técnica. Não há atividades de qualificação para o fortalecimento do controle social. O gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS é realizado basicamente pelos enfermeiros e o dos insumos relacionados à saúde bucal, pelos odontólogos. Participam das reuniões de equipe todos os profissionais de saúde, porém, as reuniões de equipe não são realizadas com periodicidade definida; elas só ocorrem pontualmente, quando há ocorrência de algum problema mais significativo, visando apuração de responsabilidades e organização do processo de trabalho para que o problema enfrentado não se torne recorrente.

Com relação à população da área adscrita, trata-se de uma população de aproximadamente 8.500 pessoas. Após a divisão da unidade, essa população passará a ser de aproximadamente 3.200 pessoas para a equipe I, que abrange a zona rural norte do município, e que será a unidade na qual atuarei. A população dessa área é composta basicamente por agricultores e seus familiares, que retiram o sustento do cultivo de fumo e/ou prestação de serviços como “peões” aos fazendeiros locais. Talvez o cultivo do fumo explique em parte o grande número de usuários tabagistas presentes nessa população. O nível cultural e socioeconômico é muito baixo, sendo grande a proporção de analfabetos. De acordo com a estimativa baseada em dados

demográficos da distribuição da pirâmide etária brasileira, a razão entre os sexos masculino e feminino aproxima-se a 1, ou seja, distribuição igual entre os sexos. Exceção a essa igualdade encontra-se em faixas etárias mais idosas, em razão de uma maior expectativa de vida no sexo feminino e devido ao maior número de mortes por causas externas no sexo masculino. No dia-a-dia do atendimento na UBS, percebo que essa estimativa corresponde à realidade, havendo ligeiro predomínio no atendimento a pessoas do sexo feminino. Com relação à distribuição por faixa etária, englobando toda a zona rural do município, o número de pessoas com mais de 60 anos para a população abrangida pela UBS seria de 1.161, o que me parece de acordo com a realidade que vivencio no atendimento na unidade. Há um viés devido ao fato de a população idosa normalmente apresentar maior número de comorbidades e, conseqüentemente, queixas que a levam a procurar mais frequentemente o atendimento nos serviços saúde. Isso gera uma sensação de que a população idosa seria um pouco maior do que ela realmente é. Com relação à população pediátrica, a estimativa de 204 menores de 5 anos aparenta corresponder à realidade, embora não haja na UBS dados exatos sobre o número de pessoas em cada faixa etária. De acordo com o censo do IBGE, estima-se que 1,2% da população seja de crianças menores de 1 ano, ou seja, 102. Minha unidade não tem dados populacionais agrupados por faixa etária, porém esse número parece factível com a realidade que vivencio no atendimento. O número de gestantes estimado de acordo com o caderno de ações programáticas é de 127. Mais uma vez, não há disponível para acesso na UBS estatística para o número exato de gestantes. Além disso, tenho a análise da realidade prejudicada pelo fato de não realizar atendimento pré-natal na minha unidade, pois o mesmo é realizado por uma gineco-obstetra que atende uma vez por semana e concentra esse tipo de atendimento. O número de equipes para atendimento não é adequado. Até março de 2014, havia apenas uma equipe para atendimento de uma população de aproximadamente 8.500 pessoas, sendo que a população recomendada por equipe, segundo o MS, deveria ser de aproximadamente 2.000 a 3.000 pessoas por equipe, até, no máximo, 4.000 por equipe. Ou seja, a população atendida excede em mais de duas vezes a população máxima preconizada pelo MS. Com a chegada de mais uma médica cubana, a sobrecarga diminuiu, porém ainda permanece acima do máximo recomendado e se traduz em um excesso de demanda vivenciado diariamente no atendimento na UBS. Essa sobrecarga gera consultas com pouquíssimo tempo, perda na qualidade do atendimento e prejuízo na relação

profissional de saúde/paciente. Essa questão crítica tende a melhorar com o plano de divisão da unidade em duas ESF, ficando a população atendida por cada uma delas com algo entre 3000 a 4000 pessoas, ou seja, muito mais próximo do que é recomendado pelo MS. O restante da população inicial será realocado para o atual ESF urbano, que passará a ser misto.

De acordo com o exposto no caderno do MS sobre o acolhimento à demanda espontânea, encontramos que existem várias definições de acolhimento, tanto nos dicionários quanto em setores como a saúde. A existência de várias definições revela os múltiplos sentidos e significados atribuídos a esse termo, de maneira legítima, como pretensões de verdade. Ou seja, o mais importante não é a busca pela definição correta ou verdadeira de acolhimento, mas a clareza e explicitação da noção de acolhimento que é adotada ou assumida situacionalmente por atores concretos, revelando perspectivas e intencionalidades. Nesse sentido, poderíamos dizer, genericamente, que 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” – BRASIL, 2011). Em outras palavras, ele não é, *a priori*, algo bom ou ruim, mas sim uma prática constitutiva das relações de cuidado. Sendo assim, em vez (ou além) de perguntar se, em determinado serviço, há ou não acolhimento, talvez seja mais apropriado analisar como ele se dá. Seguindo o questionário de processo de trabalho identificam-se algumas características que permitem avaliar o “como se dá” o acolhimento na UBS em que atuo. Ele é realizado na recepção, basicamente pela recepcionista, e a modelagem de atendimento é coletiva. O acolhimento é realizado todos os dias, em todos os turnos. Não ocorre muita demora para que o paciente tenha sua queixa acolhida (menos de 30 minutos), porém não há seguimento de classificação de risco empregada rotineiramente para definir o encaminhamento. Tanto o médico, quanto o dentista, quanto o enfermeiro realizam atendimento de casos que necessitam abordagem imediata, prioritária ou no dia. Felizmente, não há um grande número de casos graves que demandem atendimento imediato, porém, no restante dos casos, a demanda costuma superar (em algumas vezes muito) a capacidade de atendimento instalada. Nesses casos, o excesso de demanda acaba sendo manejado, orientando os usuários a retornar outro

dia ou então, em casos mais complexos, é realizado encaminhamento para atendimento no pronto socorro de referência (Hospital Frei Clemente, em Soledade).

Em relação à saúde da criança, oficialmente não há a realização de puericultura ou qualquer outra ação programática focada na atenção infantil, apenas atendimento por livre demanda. Não há registros específicos que permitam avaliar dados para obtermos indicadores da qualidade da atenção à criança. Também não há qualquer planejamento ou monitoramento das ações e nem atividades de educação em saúde. De forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança, devemos iniciar, o mais brevemente possível, atendimento de puericultura. Sei que não será tarefa fácil, uma vez que a população atendida é rural e mora longe da unidade de saúde. Portanto, torna-se difícil convencer uma mãe a perder um dia inteiro de trabalho e pegar um ônibus passando por vários quilômetros de estrada de terra batida para levar seu filho(assintomático) para uma consulta agendada de puericultura. Para que isso seja possível, é necessária ampla campanha de conscientização sobre os benefícios dessa prática e grande empenho dos profissionais de saúde na sua realização além, é claro, de vontade política que viabilize esse programa.

O pré-natal é a única ação programática realizada na unidade com agendamento prévio de consultas. Porém, como na unidade ainda não foi implementado um sistema de prontuário eletrônico e não há registro específico para este atendimento, bem como a carteirinha do pré-natal fica com as usuáries, não há como obter dados indicativos da qualidade deste cuidado. Hoje o pré-natal é feito apenas em um único dia da semana (quarta-feira), por uma ginecologista-obstetra. Há adoção do protocolo de atendimento pré-natal recomendado pelo Ministério da Saúde e as gestantes de alto risco são encaminhadas para o serviço de referência. Porém, não é realizado monitoramento regular destas ações. Como clínico-geral, em minha unidade, não realizo atendimento pré-natal e as informações que obtive foram junto à gineco-obstetra que realiza rotineiramente este atendimento. Não há disponibilidade de números exatos, porém, pelo seu relato, parece haver uma boa qualidade no atendimento pré-natal. A maioria dos pré-natais iniciam-se no 1º trimestre. As consultas, em grande parte dos casos, estão em dia de acordo com o calendário. Na primeira consulta sempre são solicitados os exames preconizados. A vacina antitetânica, a contra Hepatite B e a prescrição de sulfato ferroso são realizadas

conforme protocolo. O exame ginecológico é realizado regularmente. Entretanto, não há orientações para realização de avaliação de saúde bucal, mas há orientação para realização de aleitamento materno exclusivo. É necessária a realização de registro mais preciso e detalhado sobre o atendimento às gestantes em acompanhamento pré-natal. Sem esses dados, fica impossível avaliar de forma confiável qual a cobertura obtida atualmente no atendimento pré-natal. Devido ao fato de o atendimento estar disponível em apenas um dia da semana não se consegue absorver toda a demanda. Um modo de realizar a ampliação deste atendimento, já que a ginecologista não tem disponibilidade de outros horários, seria através do atendimento de pré-natal também pelos médicos clínicos-gerais. Isso ampliaria a capacidade de atendimento e proporcionaria uma cobertura mais ampla à população e, com a utilização de protocolos e capacitação dos profissionais, não haveria comprometimento da qualidade.

Com relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, a unidade realiza ações com esse foco, porém não de forma programática. A abordagem ocorre apenas de forma oportunística, aproveitando a consulta gerada por uma outra demanda da paciente, quando aproveita-se para abordar o tema da prevenção destes tipos de câncer tão prevalentes. Mais uma vez, a ausência de banco de dados específico prejudica o monitoramento e a avaliação precisa da cobertura e da qualidade do atendimento. A enfermeira é a profissional responsável pela realização da coleta do material para o exame citopatológico de colo de útero (CP), que ocorre de acordo com o protocolo preconizado pelo MS. De acordo com a enfermeira que realiza a maior parte dos acompanhamentos, grande parte dos usuários está com o exame citopatológico em dia e apenas uma pequena parcela apresenta alteração no resultado do exame. A qualidade da coleta parece ser muito boa, com a grande maioria das amostras sendo satisfatória e com representatividade da junção escamo-colunar. Nas consultas, sempre que possível, é feita a orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e maneiras de prevenir doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Em relação ao câncer de mama, é ainda mais difícil de avaliar seus indicadores de cobertura e qualidade, uma vez que o rastreio do câncer de mama é registrado apenas no prontuário clínico comum da paciente, na maioria das vezes junto a consultas por outras queixas espontâneas, tornando muito difícil a localização e revisão de seus dados. Há muita semelhança nos

aspectos dos programas de rastreio do câncer de mama e do colo uterino, logo, os problemas apresentados no processo de trabalho e suas respectivas sugestões de mudanças visando a melhoria também são equivalentes. A implantação de sistema de prontuário eletrônico, com criação de banco de dados específico para acompanhamento das usuáries-alvo do programa de prevenção do colo de útero e de mama, facilitaria de sobremaneira a consulta e a atualização de todos os indicadores relativos à cobertura e à qualidade do programa. Outro aspecto que poderia ser melhorado é a ampliação dos dias da semana e de turnos em que são coletados os exames de citopatológico, organizando um protocolo para o rastreamento, embora esse seja um ponto difícil de mudar devido ao fato de a unidade funcionar como pronto atendimento à demanda espontânea. Seria de valia, também, a nomeação de profissionais que se responsabilizem pelo planejamento, gestão e coordenação do programa. É essencial manter bom vínculo profissional de saúde-paciente, com empatia e confiança. São estratégias importantes a orientação exaustiva das usuáries sobre a importância de manter aderência ao acompanhamento preventivo regular e explicar os riscos de progressão para neoplasia e de piora significativa de prognóstico que a falta de seguimento/tratamento adequados podem provocar. Além disso, é necessário incluir as usuáries em um grupo de alto risco e realizar busca ativa às faltosas.

A cobertura aos usuáries com doenças crônicas como hipertensão e diabetes não é adequada na UBS. Além de não haver um local específico para o registro, o que pode não traduzir o número real de usuáries, a maneira como está sendo conduzido o fluxo destes usuáries impossibilita uma cobertura plena. Hoje, os usuáries consultam apenas sob demanda, não há agendas para marcação de consultas programadas. O serviço não adota um protocolo ou manual técnico, e nem realiza monitoramento regular destas ações. Há preenchimento da “carteirinha” de hipertensos/diabéticos, mas só isso é insuficiente. O diabetes e a hipertensão são doenças insidiosas e, muitas vezes, oligo ou assintomáticas. Por isso, quase metade dos portadores não tem conhecimento de seu diagnóstico. Além disso, como não há grupo específico para cadastramento e acompanhamento de diabéticos e o hemoglicoteste (HGT) não é um exame feito rotineiramente nas consultas, torna-se impossível avaliar o real número de diabéticos atendidos na unidade. Para obtenção de uma melhor abordagem e cobertura a estes usuáries, torna-se indispensável a criação de uma agenda



programática para esse segmento da população, com agendamento de consultas em determinados dias e a criação de grupos específicos de portadores da doença. É fundamental também contar com participação dos diferentes membros da equipe de saúde para planejamento e monitoramento das ações e realização de atividades de educação em saúde.

A estimativa do número de idosos prevista no caderno de ações programáticas corresponde a aproximadamente 13% da população adscrita. Contudo, provavelmente pelo fato de esse grupo ser muito vulnerável e apresentar mais frequentemente problemas de saúde que demandam atendimento, na rotina da unidade a proporção de idosos atendidos parece ser muito maior do que os 13% previstos. Hoje, os usuários consultam apenas sob demanda, não há ações programáticas e não há agendas para marcação de consulta. Se o foco continuar apenas no tratamento de sintomas, estaremos perdendo a oportunidade de atuar mais efetivamente em um dos grupos que mais se beneficiaria de ações preventivas e de promoção da saúde, que é o grupo acima de 60 anos. O fato de não haver um local específico para o registro dos usuários idosos impossibilita a obtenção dos dados necessários para avaliar objetivamente a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa. Não há utilização de protocolo ou manual técnico, muito menos monitoramento regular das atividades. Da maneira como está, a atenção à saúde dos idosos realizada na unidade deixa muito a desejar. Sabemos que os idosos são mais vulneráveis às doenças em função do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais. Por isto, o atendimento a esta população deveria focar não apenas no tratamento de doenças, mas também intensamente na sua prevenção, na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida. O documento de *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento* (BRASIL, 2010) reafirma a necessidade de mudanças na linha de cuidados e da atenção a essa população, através da humanização do atendimento, bem como do fomento de inovações, através da disseminação de conhecimentos específicos para gestores e profissionais de saúde que atuam na rede, buscando parcerias e divulgando a idéia do envelhecimento ativo.

A capacidade instalada para atenção à saúde bucal é de 736 atendimentos/mês. São disponibilizadas 8 fichas para cada consultório por turno. Os mesmos funcionavam em 2 turnos mas, recentemente, o atendimento foi ampliado

para o turno da noite. Assim, houve um aumento de 96 atendimentos/mês (a capacidade anterior era de 640 atendimentos/mês). Com esta ampliação no horário, foram contempladas muitas pessoas que não podem procurar o atendimento durante o dia. Devido à grande população adscrita à unidade e levando-se em conta que este é o único local de atendimento odontológico público no município (sendo então que toda a população que necessite de atendimento odontológico é atendida nesta unidade), verifica-se que a média de procedimentos clínicos por habitante/mês está abaixo do aceitável para esta população. Isto se deve ao fato de existirem apenas dois consultórios odontológicos para atender toda a população do município. Não existe um espaço adequado para ações coletivas na UBS. No entanto, existe um escovódromo com capacidade para três crianças utilizarem simultaneamente, que fica localizado ao lado da recepção do consultório odontológico. É útil para ações isoladas, com poucas pessoas recebendo orientação individual. Não existem consultas programáticas. Os atendimentos prestados restringem-se à livre demanda. Desde que os trabalhos do PROVAB foram iniciados, procurou-se implementar o agendamento de pelo menos quatro atendimentos por turno, o que já está ocorrendo. Desta forma, pode-se iniciar um trabalho de tratamento e orientação continuado.

Sem dúvida, o maior desafio da UBS em que atuo atualmente apresenta é mudar o seu modo de atendimento, passando do foco meramente curativo, apenas com consultas sob livre demanda, para uma abordagem mais integral à saúde da população, com a adoção das já referidas ações programáticas, visando à prevenção de doenças e a promoção da saúde. Reconheço que não será fácil conscientizar uma população rural de tão baixo nível socioeconômico e cultural sobre as vantagens de se deslocar, às vezes por muitos quilômetros de estrada de terra batida, até a unidade de saúde estando assintomáticos, para a realização de consultas pré-agendadas. O esquema de consultas por demanda “sintoma-tratamento” está bastante enraizado tanto na população quanto nos próprios administradores municipais. Para que a mudança seja possível, é necessário que haja um esforço conjunto entre os profissionais de saúde e, principalmente, da administração municipal para buscar a implementação da ESF na unidade. A UBS já apresenta estrutura e insumos apropriados, resta aplicarmos essa mudança de abordagem à saúde, pois já está definitivamente comprovado que a melhora nos indicadores de saúde e no custo-

efetividade do atendimento passa obrigatoriamente pela prevenção de doenças e promoção da saúde.

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

Comparando o texto escrito na segunda semana de ambientação, em resposta à pergunta: "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" e este relatório, pude perceber de maneira muito mais clara diversos pontos sobre o funcionamento da unidade que à primeira vista passaram despercebidos mas que, com essa análise profunda e detalhada, puderam ser identificados. São incríveis as discrepâncias entre o que se preconiza nos protocolos e diretrizes do Ministério da Saúde e o que realmente é visto no dia-a-dia da UBS. Muitas vezes, pelo fato de o profissional de saúde não ter o conhecimento das normas técnicas, acaba por se acostumar com a realidade que enfrenta, achando que os problemas da unidade são algo "natural" e com isso, não realiza a cobrança junto aos gestores municipais para melhoria das condições de trabalho. Agora, já com embasamento técnico-legal, é possível realizar uma discussão com a administração pública, para avaliar estratégias e alternativas possíveis para melhorar os problemas enfrentados. Com as recomendações do MS em mãos, o profissional de saúde passa a ter argumentos e autoridade para questionar ações e planejamentos realizados pelos gestores públicos. Como exemplo prático e importantíssimo disso, posso citar o confronto que foi realizado junto à secretaria de saúde sobre o excesso populacional e de demanda que estavam sob responsabilidade de uma única unidade de atendimento, e que resultou, após muita conversa e argumentações, na divisão em dois novos ESFs, com uma equipe e infraestrutura muito mais apropriada para a demanda populacional. Com isso, obtivemos ganho importantíssimo na qualidade do ambiente de trabalho e do atendimento prestado à população.

## **2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção**

### **2.1 Justificativa**

A puericultura é a área da atenção à saúde que se dedica ao acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança. É de fundamental importância,

uma vez que é por meio dela que se criam condições de detectar precocemente os mais diferentes distúrbios das áreas do crescimento estatural, da nutrição e do desenvolvimento neuropsicomotor. A detecção precoce dos distúrbios é essencial para seu tratamento, uma vez que, quanto mais cedo se iniciarem as medidas adequadas, haverá menos sequelas e melhor será o prognóstico do quadro clínico. Várias patologias graves que se apresentam com poucos sintomas preocupantes para os pais podem ser detectadas e tratadas antes que cheguem a causar prejuízos irreversíveis. Podemos dar muitos exemplos, como a anemia ferropriva, o raquitismo, as verminoses, as deficiências vitamínicas, os erros nutricionais e inúmeras doenças próprias da infância. Além disso, o profissional de saúde pode prevenir uma série de problemas, fornecendo adequada supervisão higiênica, dietética e nutricional. Segundo o Caderno de Atenção Básica número 33 – Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento (BRASIL, 2012), 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 (BARROS, 2008). A criança deve atravessar cada estágio segundo uma sequência regular, ou seja, os estágios de desenvolvimento cognitivo são sequenciais. Se a criança não for estimulada ou motivada no devido momento, ela não conseguirá superar o atraso do seu desenvolvimento. Afinal, o desenvolvimento infantil se dá à medida que a criança vai crescendo e vai se desenvolvendo de acordo com os meios onde vive e os estímulos deles recebido. A identificação de problemas tais como atraso no desenvolvimento da fala, alterações relacionais, tendência ao isolamento social, dificuldade no aprendizado, agressividade, entre outros é fundamental para o desenvolvimento e a intervenção precoce para o prognóstico dessas crianças (MIRANDA; RESEGUE; FIGUIEIRAS, 2003). Portanto, são de relevância o diagnóstico e o acompanhamento do desenvolvimento das crianças, sendo que os principais protocolos preconizam a avaliação objetiva de habilidades motoras, de comunicação, de interação social e cognitivas nas consultas de supervisão de saúde (DRACHLER; LEITE apud DUNCAN et al., 2004)

A UBS Barros Cassal, localizada no município de Barros Cassal-RS, apresenta estrutura física adequada, com salas e consultórios em número e condições apropriadas para o atendimento à população. Existem medicações, equipamentos,

materiais e insumos disponíveis em quantidade necessária e condições próprias para uso. A equipe da unidade é formada por quatro médicos clínicos-gerais, um ginecologista-obstetra, um pediatra, quatro dentistas, duas enfermeiras, uma psicóloga, uma farmacêutica, cinco técnicos/auxiliares de enfermagem, um técnico em saúde bucal, onze ACS, três recepcionistas e três auxiliares de serviços gerais. A população da área adscrita, após divisão em dois ESFs, corresponde a aproximadamente 3.200 usuários moradores na área rural norte (ESF rural equipe 1). Apesar da UBS não possuir dados populacionais concretos, estima-se, baseado na pirâmide etária do IBGE (2010) que a população menor de 6 anos corresponda a 160 crianças, sendo 32 menores de 1 ano. Sobre a atenção à saúde da criança, não há a realização de puericultura como uma ação programática, apenas atendimento por livre demanda. Não há registros específicos que permitam avaliar a cobertura e a qualidade da atenção à criança. Também não há qualquer planejamento ou monitoramento das ações e nem atividades de educação em saúde.

De forma a alcançar indicadores satisfatórios no cuidado à saúde da criança, devemos iniciar, o mais brevemente possível, atendimento de puericultura. Como nenhuma ação nesse sentido está sendo executada, teremos que começar do zero. Uma das dificuldades a enfrentar será o fato de a população rural morar longe da unidade de saúde, que está situada na área urbana, e não ter como costume percorrer uma longa distância para consulta de rotina, sendo que a criança possivelmente esteja assintomática. Entretanto, com o envolvimento de toda a equipe, apoio da administração pública e realização de ampla campanha de conscientização sobre os benefícios dessa prática, poderemos tornar viável a implementação do programa.

## **2.2 Objetivos e Metas**

O objetivo geral da intervenção é melhorar a atenção à saúde da criança, com os objetivos específicos e respectivas metas a seguir:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

Meta1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 30% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento à criança

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

Meta 2.3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Objetivo 3: Melhorar a adesão ao Programa de Saúde da Criança

Meta 3: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

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

Meta 5: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

Objetivo 6: Promover a saúde das crianças

Meta 6.1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

Meta 6.2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

Meta 6.3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Objetivo 7: Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças

Meta 7.1: Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes à área de abrangência.

Meta 7.2: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes à área de abrangência.

Meta 7.3: Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 8: Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

Meta 8.1: Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.

Meta 8.2: Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.

Objetivo 9: Melhorar o registro das informações odontológicas.

Meta 9: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

Objetivo 10: Promover a saúde bucal das crianças.

Meta10.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Meta10.2: Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Meta10.3: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.



## 2.3 Metodologia

### 2.3.1 Ações

Para o alcance das metas a equipe realizará as seguintes ações para cada meta, de acordo com os eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Meta 1: Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 30% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de crianças cadastradas no programa.

Detalhamento: através da revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Cadastrar a população de crianças entre zero e 72 meses da área adstrita.

Detalhamento: através de mapeamento e territorialização a ser realizado pelos ACS.

- Priorizar o atendimento de crianças.

Detalhamento: disponibilizar atendimento imediato e prioridade no agendamento de consultas para o atendimento dessa população alvo

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre o programa de saúde da criança e quais os seus benefícios.

Detalhamento: informações em folder explicativo nas salas de espera e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Capacitar a equipe sobre a saúde da criança e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 2.1: Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida.

Detalhamento: através da revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Fazer busca ativa de crianças que não tiverem comparecido no serviço na primeira semana após a data provável do parto.

Detalhamento: através de visitas domiciliares dos ACS.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança.

Detalhamento: informações em folder explicativo na sala de espera e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Capacitar a equipe sobre a puericultura e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 2.2: Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento.

Detalhamento: através da revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

Detalhamento: fornecimento garantido pelo gestor público municipal após pedido da equipe.

- Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento: custos de impressão cobertos pelo gestor público municipal após solicitação da equipe.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo médico durante as consultas de puericultura.

- Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo médico durante as consultas de puericultura.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Padronizar a equipe.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 2.3: Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar as crianças com déficit de peso.

Detalhamento: através da revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

Detalhamento: fornecimento garantido pelo gestor público municipal após solicitação da equipe.

- Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento: custos de impressão cobertos pelo gestor público municipal após solicitação da equipe.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo médico durante as consultas de puericultura.

- Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo médico durante as consultas de puericultura.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Padronizar a equipe.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar as crianças com excesso de peso.

Detalhamento: através da revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica).

Detalhamento: fornecimento garantido pelo gestor público municipal após solicitação pela equipe.

- Ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário.

Detalhamento: custos de impressão cobertos pelo gestor público municipal após solicitação pela equipe.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de Saúde da Criança para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo médico durante as consultas de puericultura

- Informar aos pais e/ou responsáveis sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo médico durante as consultas de puericultura

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Padronizar a equipe.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Fazer treinamento para o preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 2.5: Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças com avaliação do desenvolvimento neuro-cognitivo.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir encaminhamento para crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento.

Detalhamento: encaminhamento pelo médico, via sistema de referência e contra-referência do SUS.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Compartilhar com os pais e/ou responsáveis pela criança as condutas esperadas em cada consulta de puericultura para que possam exercer o controle social.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo médico durante as consultas de puericultura.

- Informar aos pais e responsáveis as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo médico durante as consultas de puericultura.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Capacitar para o preenchimento da ficha de desenvolvimento.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 2.6: Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças com vacinas atrasadas.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

- Monitorar o percentual de crianças com vacinação incompleta ao final da puericultura.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir com o gestor a disponibilização das vacinas e materiais necessários para aplicação.

Detalhamento: fornecimento garantido pelo gestor público municipal

- Garantir atendimento imediato a crianças que precisam ser vacinadas (porta aberta).



Detalhamento: Priorizar o atendimento de crianças.

- Realizar controle da cadeia de frio.

Detalhamento: a encargo da chefia de enfermagem da equipe.

- Fazer adequado controle de estoque para evitar falta de vacina.

Detalhamento: a encargo da chefia de enfermagem da equipe.

- Realizar controle da data de vencimento do estoque.

Detalhamento: a encargo da chefia de enfermagem da equipe.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar pais e responsáveis sobre o calendário vacinal da criança.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo médico durante as consultas de puericultura.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe na leitura do cartão da criança, registro adequado, inclusive na ficha espelho, da vacina ministrada e seu aprazamento.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 2.7: Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir a dispensação do medicamento (suplemento).

Detalhamento: fornecimento garantido pelo gestor público municipal.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo médico durante as consultas de puericultura.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar o médico para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde.

Detalhamento: através da leitura do Caderno de Atenção Básica Número 33 do Ministério da Saúde.

Meta 2.8: Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças que realizaram triagem auditiva.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir junto ao gestor a realização de teste auditivo.

Detalhamento: fornecimento garantido pelo gestor público municipal.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar pais e responsáveis sobre a importância da realização do teste auditivo e os passos necessários ao agendamento do teste.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo médico durante as consultas de puericultura.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Orientar o médico sobre a incorporação da triagem auditiva no protocolo de saúde da criança.

Detalhamento: através da leitura do Caderno de Atenção Básica Número 33 do Ministério da Saúde.

Meta 2.9: Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o percentual de crianças que realizou teste do pezinho antes dos 7 dias de vida.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho.

Detalhamento: fornecimento garantido pelo gestor público municipal.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade, em especial gestantes, sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 7 dias de vida.

Detalhamento: informações em folder explicativo nas salas de espera e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Verificar se todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde estão aptos para realizar o teste do pezinho. Se não, providenciar a capacitação.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 3: Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

- Monitorar número médio de consultas realizadas pelas crianças.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

- Monitorar as buscas a crianças faltosas.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

Detalhamento: reservar horário para visitas dos ACS aos faltosos.

- Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

Detalhamento: reservar horários na agenda para os faltosos buscados pelos ACS.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da criança.

Detalhamento: informações em folder explicativo nas salas de espera e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Fazer treinamento de ACS na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 4: Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Preencher SIAB/folha de acompanhamento.

Detalhamento: preenchimento pela equipe de enfermagem e médico em todas as consultas de puericultura.

- Implantar ficha-espelho (da caderneta da criança).

Detalhamento: preenchimento pela equipe de enfermagem e médico em todas as consultas de puericultura.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento: enfermeira da equipe realizará esta ação semanalmente.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso à segunda via, em particular de vacinas.

Detalhamento: informações em folder explicativo nas salas de espera e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança na unidade de saúde.

Detalhamento: em reunião de equipe

Meta 5: Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

- Monitorar o número de crianças de alto risco com acompanhamento de puericultura em atraso.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Dar prioridade no atendimento das crianças de alto risco.

Detalhamento: garantir a prioridade no atendimento sob livre demanda, consultas programáticas e visitas domiciliares.

- Identificar na ficha-espelho as crianças de alto risco.

Detalhamento: preenchimento pela equipe de enfermagem e médico em todas as consultas de puericultura. A ficha-espelho será destacada com marcador fluorescente de cor vermelha.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Fornecer orientações à comunidade sobre os fatores de risco para morbidades na infância.

Detalhamento: informações durante consultas, em folder explicativo nas salas de espera e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os profissionais na identificação dos fatores de risco para morbi/mortalidade.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 6.1: Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o registro das orientações sobre prevenção de acidentes em prontuário ou ficha-espelho.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir o papel de todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância.

Detalhamento: informações durante as consultas, em folder explicativo nas salas de espera e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Informar os profissionais sobre os principais acidentes que ocorrem na infância por faixa etária e suas formas de prevenção.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 6.2: Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

#### MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar as atividades de educação em saúde sobre o assunto.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

- Monitorar o percentual de crianças que foi observado mamando na primeira consulta.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

- Monitorar a duração do aleitamento materno entre as crianças menores de 2 anos.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir o papel de todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO



- Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a importância do aleitamento materno para a saúde geral e também bucal.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo médico durante as consultas de puericultura.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 6.3: Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar o registro das orientações em prontuário ou ficha espelho.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir o papel de todos os membros da equipe na orientação nutricional.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a mãe e a sua rede de apoio sobre a alimentação adequada para crianças.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo médico durante as consultas de puericultura.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Fazer a capacitação dos profissionais para orientação nutricional adequada conforme a idade da criança.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 6.4: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar as atividades educativas coletivas.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar agenda de atendimento de forma a possibilitar atividades educativas em grupo na escola.

Detalhamento: reserva de turnos de serviço para a realização de atividades educativas.

- Identificar e organizar os conteúdos a serem trabalhados nas atividades educativas.

Detalhamento: de acordo com recomendações do Caderno de Atenção Básica Número 33 e com o que os profissionais ouvem da comunidade.

- Organizar todo material necessário para essas atividades.

Detalhamento: equipe de enfermagem e de saúde bucal providenciará os materiais.

- Organizar listas de presença para monitoramento dos escolares que participarem destas atividades.

Detalhamento: sob responsabilidade do dentista e enfermeira da equipe.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Divulgar as potencialidades das ações trans e interdisciplinares no cuidado à saúde do escolar.

Detalhamento: informações em folder explicativo e divulgação através de rádio comunitária.

- Promover a participação de membros da comunidade e da escola na organização, planejamento e gestão das ações de saúde para as crianças.

Detalhamento: informações em folder explicativo e divulgação através de rádio comunitária.

- Promover a participação de membros da comunidade e da creche na avaliação e monitoramento das ações de saúde para as crianças

Detalhamento: informações em folder explicativo e divulgação através de rádio comunitária.

- Esclarecer a comunidade sobre a necessidade do cuidado dos dentes decíduos.

Detalhamento: durante as consultas, informações em folder explicativo e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe para realização das ações de promoção em saúde de crianças de 0 a 72 meses de idade.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Capacitar os responsáveis pelo cuidado da criança na creche.

Detalhamento: treinamento pela equipe de saúde bucal, durante as ações educativas.

Também serão realizadas ações para específicas para o cumprimento das metas relacionadas à **saúde bucal**:

Meta 7.1: Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes à área de abrangência.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar e/ou avaliar periodicamente o número de crianças que necessitavam de atendimento odontológico e que tiveram a primeira consulta odontológica programática.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar a agenda para priorizar o atendimento odontológico das crianças que necessitam deste tipo de atendimento.

Detalhamento: reservar horários específicos para o atendimento odontológico de crianças.

- Agendar o atendimento odontológico logo após a identificação da sua necessidade.

Detalhamento: agendamento do atendimento no mesmo dia da avaliação odontológica.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação.

Detalhamento: durante as consultas, informações em folder explicativo nas salas de espera e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Treinar a equipe e os ACS na orientação sobre a importância de realizar a primeira consulta odontológica programática para aquelas que tiveram esta indicação após a primeira avaliação.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Revisar com os odontólogos os principais protocolos de atendimento.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 7.2: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade e pertencentes a área de abrangência

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar e/ou avaliar periodicamente o número de crianças inscritas no programa Saúde da Criança da Unidade que tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar a agenda para realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre as crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da Unidade.

Detalhamento: necessidade de atendimento odontológico será avaliada pelo odontólogo, no mesmo turno das consultas programáticas de puericultura.

- Organizar uma lista com o nome e o contato das crianças que necessitam realizar atendimento odontológico.

Detalhamento: a lista será formulada pelo odontólogo e após será repassada para as recepcionistas para agendamento do atendimento.

- Coincidir o agendamento da avaliação da necessidade de atendimento odontológico com as consultas de rotina para o monitoramento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Detalhamento: necessidade de atendimento odontológico será avaliada pelo odontólogo, no mesmo turno das consultas programáticas de puericultura.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Esclarecer a comunidade sobre a diferença entre consulta odontológica programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: durante as consultas, informações em folder explicativo nas salas de espera e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Treinar a equipe para orientar a comunidade e as famílias sobre a diferença entre consulta programática e avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Revisar com os odontólogos os protocolos de atendimento.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Capacitar os odontólogos no manejo do paciente infantil

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 7.3: Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar e/ou avaliar periodicamente o número de crianças que tiveram o tratamento dentário concluído.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

## - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar a agenda para garantir as consultas necessárias para conclusão do tratamento.

Detalhamento: Priorizar o atendimento de crianças em tratamento.

- Garantir com o gestor o fornecimento do material necessário para o atendimento odontológico.

Detalhamento: fornecimento garantido pelo gestor público municipal

## - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Esclarecer a comunidade sobre a importância de realizar quantas consultas forem necessárias para concluir o tratamento dentário.

Detalhamento: orientações fornecidas pelo odontólogo durante as consultas de atendimento odontológico.

## - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Treinar a equipe para diagnosticar e tratar as principais alterações bucais nas crianças, como: traumatismo dentário, oclusopatias e cárie dentária.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Capacitar os profissionais para o manejo da criança.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

- Capacitar a equipe de saúde à monitorar a adesão das crianças ao tratamento odontológico.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 8.1: Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.

Meta 8.2: Fazer busca ativa de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática faltosas às consultas subsequentes.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a frequência à primeira consulta odontológica programática e o cumprimento da periodicidade das consultas subsequentes previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

- Monitorar as buscas a crianças faltosas.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Organizar uma lista com o nome e o contato das crianças que faltaram às consultas odontológicas (primeira consulta odontológica programática e subsequentes).

Detalhamento: elaborada pelo odontólogo e repassada aos ACS.

- Organizar as visitas domiciliares para buscar crianças faltosas.

Detalhamento: com base na lista de crianças faltosas, visitas serão realizadas pelos ACS.

- Organizar a agenda para acolher as crianças provenientes das buscas.

Detalhamento: agenda específica para o atendimento dessas crianças.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Informar à comunidade e às mães sobre a importância do acompanhamento regular da saúde bucal da criança.

Detalhamento: em consultas, visitas domiciliares, informações em folder explicativo nas salas de espera e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA



- Capacitar a equipe para identificar as crianças que faltaram às consultas odontológicas.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe

Meta 9: Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os registros da saúde bucal da criança na UBS.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Preencher SIAB/folha de acompanhamento.

Detalhamento: preenchimento pelo odontólogo, em todas as consultas.

- Implantar registro específico para o acompanhamento da saúde bucal das crianças (tipo ficha espelho da Caderneta da Criança) para os atendimentos odontológicos.

Detalhamento: preenchimento pelo odontólogo em todas as consultas da ficha-espelho odontológica.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros odontológicos.

Detalhamento: enfermeira da equipe após repassados pelo odontólogo.

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde.

Detalhamento: informações em folder explicativo nas salas de espera e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da saúde bucal da criança.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe

Meta 10.1: Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

#### - MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os registros de orientação sobre higiene bucal aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir o papel de cada membro da equipe na orientação sobre higiene bucal.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Esclarecer a comunidade sobre a importância da higiene bucal adequada para crianças.

Detalhamento: durante as consultas, informações em folder explicativo nas salas de espera e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre higiene bucal conforme a idade da criança.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 10.2: Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os registros de orientação sobre dieta aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

- ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir o papel de cada membro da equipe na orientação sobre dieta.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe

- ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Esclarecer a comunidade sobre a importância de adotar dieta adequada para a saúde bucal das crianças.

Detalhamento: durante as consultas, informações em folder explicativo nas salas de espera e divulgação através de rádio comunitária.

- QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre dieta conforme a idade da criança.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

Meta 10.3: Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar os registros de orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias aos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Detalhamento: revisão semanal de fichas-espelho e abastecimento de planilha eletrônica de coleta de dados.

#### - ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

- Definir o papel de cada membro da equipe na orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe

#### - ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Esclarecer a comunidade sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Detalhamento: durante as consultas, informações em folder explicativo nas salas de espera e divulgação através de rádio comunitária.

#### - QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

- Capacitar os profissionais para orientar adequadamente sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Detalhamento: através de capacitação realizada em horário de reunião de equipe.

### **3.3.2 Indicadores**

Para o monitoramento e avaliação da intervenção serão utilizados os seguintes indicadores:

**Indicador 1: Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.**

Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da Unidade de Saúde.

Denominador: Número de crianças de 0 a 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

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

**Indicador 3: Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.**

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

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

**Indicador 4: Proporção de crianças déficit de peso monitoradas.**

Numerador: Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças inscritas no programa com déficit de peso.

**Indicador 5: Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.**

Numerador: Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.

Denominador: Número de crianças inscritas no programa com excesso de peso.

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

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

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

**Indicador 7: Proporção de crianças com vacinação em dia de acordo com a idade.**

Numerador: Número de crianças com vacinas em dia de acordo com a idade.

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

**Indicador 8: Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro.**

Numerador: Número de crianças que fizeram ou estão fazendo suplementação de ferro.

Denominador: Número de crianças entre 6 e 24 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador 9: Proporção de crianças com triagem auditiva.**

Numerador: Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

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

**Indicador 10: Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida.**

Numerador: Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 7 dias de vida.

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

**Indicador 11: Proporção de buscas realizadas às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.**

Numerador: Número de crianças faltosas que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas ao programa.

**Indicador 12: Proporção de crianças com registro atualizado.**

Numerador: Número de crianças com ficha-espelho com registro adequado.

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

**Indicador 13: Proporção de crianças com avaliação de risco.**

Numerador: Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

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

**Indicador 14: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.**

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

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

**Indicador 15: Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.**

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

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

**Indicador 16: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.**

Numerador: Número de crianças com registro de orientação nutricional de acordo com a faixa etária.

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

**Indicador 17: Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal cárie de acordo com a faixa etária.**

Numerador: Número de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal de acordo com a faixa etária.

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



**Indicador 18: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica programática.**

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Indicador 19: Proporção de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.**

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Denominador: Número total de crianças de 6 a 72 meses inscritas no programa Saúde da Criança e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

**Indicador 20: Proporção de crianças com tratamento dentário concluído.**

Numerador: Número de crianças de 6 a 72 meses residentes na área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática com tratamento dentário concluído.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica.

**Indicador 21: Proporção de busca ativa realizada às crianças que necessitavam de primeira consulta odontológica programática e que faltaram.**

Numerador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática que faltaram e foram buscadas

Denominador: Número de crianças que necessitavam da primeira consulta odontológica programática e faltaram.

**Indicador 22: Proporção de buscas realizadas às crianças residentes da área de abrangência da unidade de saúde.**

Numerador: Número de crianças faltosas às consultas odontológicas e que foram buscadas.

Denominador: Número de crianças faltosas às consultas odontológicas.

**Indicador 23: Proporção de crianças com registro de saúde bucal atualizado.**

Numerador: Número de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com registro de saúde bucal atualizado.

Denominador: Número total de crianças com primeira consulta odontológica.

**Indicador 24: Proporção de crianças com orientações sobre higiene bucal durante a consulta odontológica.**

Numerador: Número de crianças com orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador 25: Proporção de crianças com orientações sobre dieta.**

Numerador: Número de crianças com orientação nutricional.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador 26: Proporção de crianças cujos responsáveis receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.**

Numerador: Número de crianças cujos responsáveis receberam orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

Denominador: Número total de crianças da área de abrangência da unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

**2.3.3 Logística**

Para nortear a intervenção com foco no atendimento de puericultura será adotado como referência o Caderno de Atenção Básica Número 33 – *Saúde da Criança: Crescimento e desenvolvimento* elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Baseado nas recomendações deste caderno, será confeccionado pelo especializando um roteiro para padronização da consulta de puericultura, possibilitando coleta de todos os dados necessários, uniformizando e tornando mais ágil e efetivo o atendimento. Serão utilizadas fichas-espelho específicas (Anexo A e Anexo B), disponibilizadas pelo Departamento de Medicina Social da UFPel, contendo todos os dados necessários para obtenção dos indicadores que serão utilizados para monitoramento da cobertura e qualidade das ações prestadas. Os custos de impressão de todas as fichas-espelho e dos protocolos serão cobertos pela administração municipal, com recursos oriundos do orçamento da Secretaria Municipal de Saúde.

O preenchimento das fichas-espelho e registro específico dos atendimentos serão realizados pelos técnicos de enfermagem, na parte relativa às medidas antropométricas. As demais informações serão preenchidas pelo médico durante as consultas de puericultura. Os registros de saúde bucal serão realizados pelos cirurgiões-dentistas durante o atendimento odontológico. Semanalmente, a enfermeira da equipe de estratégia de saúde família reunirá todas as fichas-espelho e protocolos de puericultura e realizará a transcrição de todos os dados obtidos para uma planilha eletrônica de coleta de dados fornecida pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel (Anexo C e Anexo D), já formatada e com fórmulas matemáticas pré-definidas para obtenção dos indicadores almejados de maneira

instantânea, tão logo seja abastecida com os dados. Essa planilha, por motivos de segurança, terá sempre um back-up em serviço de armazenamento de dados em nuvem (*Google Drive*). Ficará também ao encargo da enfermeira o envio semanal do arquivo de back-up para o drive virtual. Mensalmente, o especializado analisará os índices obtidos pela planilha eletrônica e, de acordo com os resultados, poderá marcar reuniões com a equipe da UBS para ênfase em aspectos que não estejam transcorrendo de maneira adequada e sugestão de ações para corrigi-los.

A monitorização do número de crianças cadastradas no programa e da qualidade do atendimento será realizada semanalmente pela mesma enfermeira responsável pelo abastecimento da planilha eletrônica com os dados obtidos nas fichas-espelho. Essa ação será realizada no início de cada semana, na sala de coordenação da unidade e utilizando computador e internet da própria UBS. O cadastramento da população de crianças entre 0 e 72 meses da área adscrita também ficará a encargo da enfermeira, contando com o auxílio dos ACS. Como a unidade ainda não trabalha como ESF, esse cadastramento partirá do zero e será atualizado constantemente até que todas as comunidades que compõem a área adscrita tenham suas crianças devidamente cadastradas.

Visando engajar a comunidade e orientar sobre as vantagens e benefícios do programa de puericultura, será utilizada a Rádio Comunitária do município, cujas ondas abrangem todo o território e possui grande audiência entre a população adscrita. O programa na rádio deverá ser veiculado concomitantemente ao início da intervenção, com entrevista concedida pela Secretária Municipal de Saúde e pelo médico especializado. Haverá também disponível para leitura na sala de espera da UBS, folder explicativo sobre as vantagens e benefícios da realização programática de consultas para acompanhar o desenvolvimento das crianças. O folder será confeccionado e formatado pelo médico especializado. Os custos de impressão serão cobertos pela SMS. Parte essencial dessa sensibilização da comunidade será desempenhada pelos ACS que, no mês anterior e durante todo o período da intervenção, visitarão as famílias que possuam crianças de 0-72 meses e realizarão orientação sobre o programa e incentivarão a adesão, explicando aos responsáveis as vantagens que a criança obterá ao ter seu desenvolvimento acompanhado regularmente.

Na primeira semana da intervenção, ocorrerá capacitação dos profissionais de saúde bucal, recepcionistas, técnicos de enfermagem e ACS que participarão diretamente do atendimento à população. Essa capacitação será ministrada pelo médico-especializando, na sala de reuniões da própria UBS, com início previsto para as 15h e duração estimada de duas horas. Essa capacitação será teórico-prática e será baseada no Caderno de Atenção Básica número 33. Caso persistam dúvidas, poderão ser agendadas novas aulas em local e horários semelhantes, desta vez mais focadas nos pontos que geraram as dúvidas. O foco será em padronizar e capacitar a equipe no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização, fazer treinamento das técnicas adequadas para realização das medidas, preenchimento e interpretação das curvas de crescimento do cartão da criança, adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo MS e que informações devem ser fornecidas à mãe e à comunidade em geral sobre este programa de saúde.

Será de responsabilidade da enfermeira aspectos relativos à organização e gestão do serviço, como garantir junto ao administrador municipal de saúde material adequado para a realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), realização de vacinas, teste do pezinho, orelhinha, dispensação de medicamentos e ter versão atualizada do protocolo impressa e disponível no serviço para que toda a equipe possa consultar quando necessário. O médico utilizará parte do tempo das consultas programadas de puericultura e também das consultas geradas sob livre demanda para fortalecer o engajamento público, informando aos pais e/ou responsáveis sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança, como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade, as habilidades que a criança deve desenvolver em cada faixa etária, importância do calendário vacinal, teste da orelhinha, pezinho, suplementação de ferro e importância da avaliação da saúde bucal das crianças de 6 a 72 meses. Os cirurgiões-dentistas da UBS disponibilizarão horário para consultas odontológicas programáticas para avaliação da saúde bucal das crianças da faixa etária alvo. Visando uma maior facilidade aos usuários e conseqüentemente maior adesão, as consultas médicas e odontológicas ocorrerão preferencialmente em dias e turnos coincidentes, para possibilitar que com um único deslocamento até a UBS a criança já obtenha tanto o atendimento médico como o odontológico.

Para melhorar a adesão ao programa e avaliação de risco, a enfermeira repassará, no início de cada semana, aos ACS a lista de crianças faltosas e/ou de alto risco. Os ACS por sua vez, realizarão busca ativa às crianças faltosas ou de alto risco, com visitas domiciliares e reforço às mães sobre importância do acompanhamento regular da criança. Estes agentes também poderão identificar as crianças em atraso através da caderneta da criança. O ACS deverá solicitar/sugerir ao médico quais famílias devem ser priorizadas e mais se beneficiariam com a visita médica domiciliar.

Como promoção à saúde, serão realizadas de maneira oportuna pelo médico, durante a consulta de puericultura, orientações sobre os acidentes mais comuns na infância e sua forma de prevenção, promoção do aleitamento materno exclusivo, com observação da mamada durante a consulta e correção de possíveis alterações na “pega”. Será abordada também orientação nutricional específica para cada faixa etária, com planilha de exemplos do que seria uma dieta adequada para a idade da criança. Devido ao fato de a UBS atender a uma população de Zona Rural, onde não há um centro urbano, as residências não se localizam próximas umas das outras e há dificuldade de locomoção entre as localidades, as estratégias de educação coletiva tendem a apresentar baixa adesão. Por isso, o foco principal será na orientação familiar individual a ser realizada de forma objetiva, regular e continuada durante todas as consultas para acompanhamento do desenvolvimento da criança. As orientações terão local específico para registro e serão monitoradas semanalmente pela enfermeira para avaliação dos índices de qualidade.



Registro dos dados do atendimento, medidas, medicação em uso, vacinação, necessidade de tratamento especializado.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Atividades de educação, promoção de saúde e orientação nas consultas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

### 3 Relatório da Intervenção

#### 3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas:

Embora tenha sido necessário um esforço grande por parte da equipe e muitas correções ao longo da implementação da intervenção, conseguimos realizar na UBS todas as ações propostas para a adequada atenção à saúde da criança como preconizado pelo MS. A nosso favor, pesou o fato de que o município de Barros Cassal já contava com convênios com a Secretaria de Saúde do município vizinho, Soledade, o que garantia a realização de teste do pezinho e teste da orelhinha para todas as crianças. Outro ponto positivo foi o fato de a equipe de vacinação da UBS estar bem estruturada. A profissional que coordena e realiza as vacinas é uma entusiasta, então a cobertura vacinal que encontrei aqui na unidade também foi excelente. Ajudou bastante também a presença de uma pediatra integrando a equipe. Informalmente, ela já fazia um atendimento de puericultura aproveitando as consultas geradas sob livre demanda, então várias ações de atenção à criança já estavam sendo realizadas, porém sem registro adequado e sem consultas programadas agendadas.

Com isso, e com a dedicação que tenho empenhado na implementação da intervenção e na motivação dos colegas, estamos conseguindo efetivar todas as ações previstas no projeto, com índices de qualidade muito bons. Até o presente momento, não houve nenhuma ação planejada que não pudesse ter sido realizada.

Todavia, na primeira semana, como já previsto, pela modificação na forma de atendimento à população, passando de simples consultas sob livre demanda para um



atendimento mais integral com a implantação da estratégia de saúde da família, surgiram problemas de organização do fluxo do atendimento. As recepcionistas ficaram um pouco perdidas, sem saber a melhor forma de organizar as fichas-espelho e qual seria o melhor local para arquivar em separado o prontuário específico necessário para a intervenção. Outro problema enfrentado foi o fato de na ocasião ainda não estarem definidas as equipes que trabalhariam em cada território, já que a UBS, que atendia no modelo tradicional, foi transformada em ESF, e os profissionais foram divididos em duas equipes, cada uma responsável por uma área diferente da zona rural do município. Com isso, nas primeiras semanas não tinha definição para qual dentista encaminhar as crianças, o que acabou atrasando um pouco o início dos atendimentos odontológicos.

Contudo, após essas dificuldades iniciais, a experiência obtida gradativamente pelos profissionais com a rotina de atendimentos possibilitou visível melhora na precisão nas medições, preenchimento mais completo das planilhas e também maior agilidade. No segundo mês de intervenção cada colega já sabia seu papel dentro do projeto e, com isso, conseguimos fazer com que a intervenção andasse de maneira mais eficiente, aumentando significativamente a cobertura e mantendo bons indicadores.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas:**

Nenhuma das ações previstas na intervenção deixou de ser realizada. Porém, infelizmente, quando tudo já estava muito bem encaminhado, no último mês surgiram alguns imprevistos. A pediatra da unidade acabou saindo de férias e ficamos sem seus atendimentos durante praticamente todo o mês. Isso dificultou bastante, pois grande parte da população da faixa etária alvo consultava com ela e as mães já estavam acostumadas a essa profissional. Para evitar maior impacto sobre a intervenção, solicitei às recepcionistas que remarcassem todas essas consultas encaixando-as na minha agenda. Com isso, foi possível manter o número de atendimentos de puericultura sem uma redução tão drástica e sem comprometimento muito significativo na ampliação da cobertura. Como se já não bastasse a ausência da pediatra, durante uma viagem à Porto Alegre para realizar inscrições para algumas provas de

residência, acabei desenvolvendo quadro de apendicite aguda. Tive de ser operado e necessitei ficar afastado da unidade por uma semana. Houve a infeliz coincidência de perdermos os dois médicos que faziam o atendimento às crianças da faixa-etária alvo, concomitantemente. Sendo assim, não puderam ser realizadas as consultas programáticas durante uma semana inteira. A vida real é assim. Por mais que se planeje, não temos como prever o que vai acontecer e acabamos surpreendidos por fatos e acontecimentos inesperados. Felizmente, a intervenção vinha num ritmo muito bom, com boa cobertura e indicadores. Então o impacto sobre o resultado final foi, de certa forma, minimizado.

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

Com relação aos dados e indicadores, tivemos dificuldade em coletar alguns dados específicos, pois, como as mães não estavam habituadas a esse tipo de atendimento, grande parte não trazia na consulta a Caderneta de Saúde da Criança, o que impossibilitava o preenchimento de alguns dados da ficha-espelho, como idade gestacional ao nascimento, peso ao nascimento, APGAR, teste do pezinho, triagem auditiva, etc. Todas foram orientadas sobre a importância de trazer na próxima consulta de seus filhos a caderneta. Com relação aos dados sobre vacinação, em crianças cujas mães não traziam a caderneta, acabávamos recorrendo aos registros que ficam organizados e armazenados com a equipe da sala de vacinação para obtenção dessas informações. Outro ponto que gerou dificuldade foi a obtenção de dados peculiares à consulta de puericultura, como “colocar a criança para mamar na primeira consulta”. Essas informações, pela ausência de registro específico no prontuário, previamente à intervenção, tiveram de ser obtidas através de anamnese e questionamento direto às mães. Isso acabou gerando um viés de memória e também pela própria situação de estar perante o médico durante a consulta, pois a tendência é que elas digam que "sim" para demonstrar que cuidam adequadamente de seus filhos. Não é o ideal, mas é a única forma disponível para obtenção das informações necessárias para termos um panorama do atendimento. Com a progressão do programa, cada vez mais crianças terão o registro específico, e ficará mais rápido e

confiável a obtenção de todos os dados. Os demais aspectos na coleta dos dados funcionou muito bem. A enfermeira passa recolhendo ao final de cada dia todas as fichas-espelho e abastece as planilhas eletrônicas com as informações obtidas. Ou seja, tínhamos atualizações diárias dos indicadores da intervenção. Como já planejado na logística do projeto de intervenção, realizamos também o *upload* dessas planilhas para o *Google Drive*, para manter uma cópia (*backup*) de segurança dessas informações, que fica armazenada na nuvem, acessível de qualquer computador, evitando assim a catastrófica perda de dados por *panes* no computador ou problemas similares. As planilhas eletrônicas também funcionaram sem problemas, o que facilita de sobremaneira a visualização dos parâmetros de cobertura e qualidade no atendimento, pois basta fornecermos os dados para que os cálculos dos indicadores sejam realizados automaticamente, fornecendo os índices e respectivos gráficos, mês a mês da intervenção. Isso permitiu o acompanhamento objetivo da evolução dos resultados obtidos, e que medidas fossem tomadas caso algo não estivesse saindo como o planejado.

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

A incorporação da intervenção na rotina da unidade é um desafio que demanda grande energia e empenho por parte da equipe, principalmente do médico que a coordena. Realmente, não é fácil mudar radicalmente o trabalho que é realizado há muitos anos, sempre da mesma maneira. Mudanças, por si só, já costumam causar certas desconfiças, principalmente se resultam em “mais trabalho” na rotina. Tenho realizado reuniões e, mais do que isso, conversas individuais com os colegas de UBS desde o início da intervenção. Durante as conversas, eles sempre se mostram receptivos. Porém, no dia-a-dia, percebe-se nitidamente que, se não houver uma cobrança por parte do médico, as ações implantadas durante a intervenção tendem a ser cada vez menos realizadas. Inúmeras vezes tive que reforçar a importância de que todas as crianças da faixa etária alvo que vinham à UBS tinham que ser incluídas na intervenção e de que era necessário mantermos e realização de todas as ações propostas, com qualidade e registro adequado. Com essa cobrança, agora parece que aos poucos as coisas estão realmente sendo incorporadas no dia-a-dia, e vejo que

necessito cada vez menos intervir para que cada um faça sua parte. Essa é a esperança, tornar toda a intervenção algo que seja naturalmente realizado por toda a equipe da UBS como parte de sua rotina. Todavia, a continuidade das ações após o término da intervenção está condicionada à presença de alguém que assuma o papel de liderança que vinha sendo realizado pelo especializando. Essa pessoa pode ser um outro médico, a enfermeira-chefe da equipe ou até mesmo um gestor da administração municipal, mas é necessário que haja alguém comprometido com o projeto para cobrar resultados e corrigir problemas que porventura venham a surgir. Do contrário, há uma tendência de os profissionais, aos poucos, irem deixando de realizar algumas ações e, com isso, o programa vai se perdendo.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

**Objetivo 1:** Ampliar a cobertura do Programa de Saúde da Criança

**Meta1:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde para 30% das crianças entre zero e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade saúde.

A UBS onde foi realizada a intervenção passou por um processo de mudança no modelo de atendimento, passando de uma UBS Tradicional para uma unidade baseada na ESF. Por causa disso, não havia organização do serviço de acordo com cada ação programática e não contávamos com dados cadastrais atualizados que permitissem o conhecimento do número real de crianças de 0 a 72 meses moradoras da área de abrangência. Foi, então, utilizado o número estimado de crianças nesta faixa etária, calculado com base na proporção esperada sobre o número total da população. A proporção de crianças esperada é de 5% da população (3.200 pessoas), totalizando um número de aproximadamente 160 crianças entre 0 a 72 meses para a área adstrita à unidade.

Como partíamos do zero, a meta inicialmente prevista era relativamente modesta, almejando atingir a cobertura de 30% das crianças entre 0 e 72 meses da área de abrangência da unidade. Porém, com a estratégia de divulgação das atividades da intervenção através da rádio comunitária e aproveitando o grande

número de atendimentos gerados sob livre demanda para captação para o programa, conseguimos superar a meta, atingindo praticamente 50% de cobertura em apenas 3 meses. No primeiro mês, foram cadastradas 24 crianças (15%), no segundo mês 59 (36,9%) e no terceiro mês 79 (49,4%), conforme mostra a Fig. 1.

O número atingido pode ser considerado muito bom, porém, talvez pudesse ter sido ainda melhor se não tivéssemos enfrentado a dificuldade de lidar com população da área rural, moradora de comunidades afastadas da UBS e com dificuldade logística para deslocamento até a mesma. Outro fato que poderia ter contribuído ainda mais seria contar com o número completo de ACS. No momento há um grande déficit desses profissionais, sendo que contamos com apenas 3 microáreas cobertas por agentes, de um total de 10 microáreas. O concurso público para contratação de novos agentes está previsto para o início de 2015.

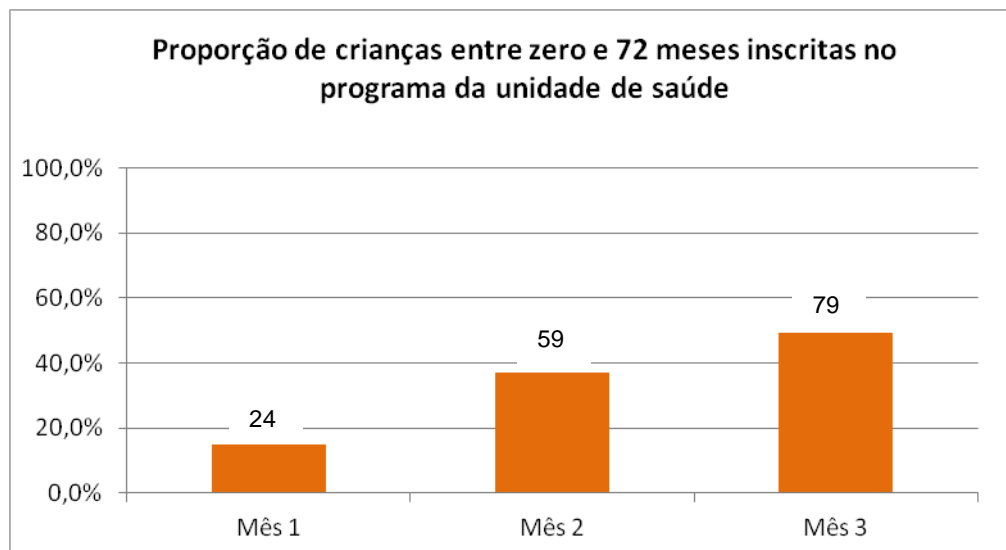


Figura 1 – Proporção de crianças entre 0 e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

## **Objetivo 2:** Melhorar a qualidade do atendimento à criança

**Meta 2.1:** Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

A prerrogativa do MS é de que a meta para todos os indicadores de qualidade seja sempre de 100%, ou seja, uma vez que a criança esteja inserida no programa da

UBS, ela deve receber um atendimento integral, que contemple todos os aspectos previstos no Caderno de Atenção Básica sobre Atenção à Saúde da Criança.

Durante a intervenção, obtivemos excelentes indicadores relativos à meta de realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas. No primeiro mês, as 24 crianças cadastradas realizaram a primeira consulta na primeira semana de vida, no segundo mês, 59 crianças (100%) e no terceiro mês, 77 (97,5%), de acordo com a Fig. 2. Esse bom resultado foi devido, principalmente, ao fato de a unidade já contar há bastante tempo com uma pediatra, que já realizava, ainda que informalmente, atendimento de puericultura à população.

Porém, devemos abrir uma ressalva: como não havia registro específico nos prontuários antigos, esse número foi baseado apenas em questionamento direto às mães durante a consulta de puericultura, sujeito, portanto, a vieses de memória e, pelo fato de estar na presença do médico, a tendência é de que as mães confirmassem os atendimentos, mesmo sem ter certeza, para mostrar que cuidavam bem de seus filhos.

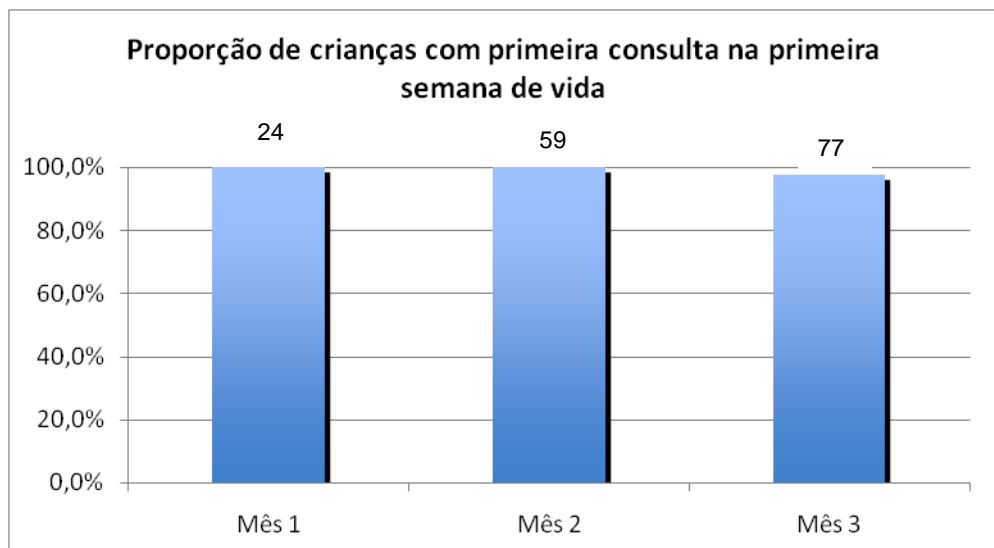


Figura 2 –Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 2.2:** Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

A meta de monitorar o crescimento em 100% das crianças foi completamente alcançada e mantida sempre em 100% durante os 3 meses da intervenção, atingindo,

portanto, as 79 crianças cadastradas no programa (Fig. 3). Para que obtivéssemos esse bom resultado, realizamos capacitação dos profissionais de enfermagem responsáveis pela realização das medidas. No início houve certa dificuldade, mas aos poucos os profissionais foram se adaptando e incorporando o processo em suas rotinas.

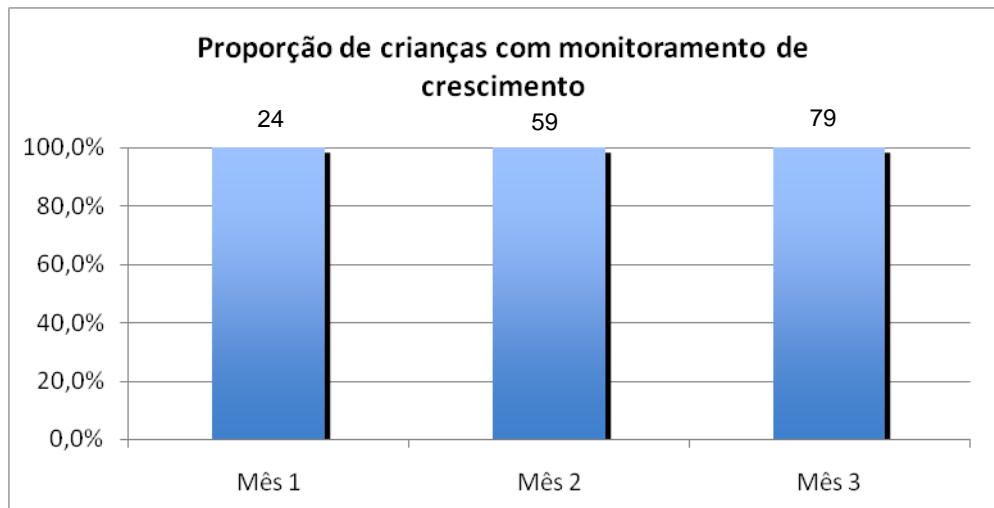


Figura 3 – Proporção de crianças com monitoramento de crescimento. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 2.3:** Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

Felizmente, foi raro encontrar crianças com déficit de peso durante a intervenção. Durante os 3 meses, apenas 1 criança apresentou peso abaixo do mínimo esperado para a idade. Essa criança foi captada para o programa durante o segundo mês, está sendo monitorada e acompanhada regularmente. Portanto, atingimos a meta de monitorar 100% das crianças com déficit de peso (Fig. 4). Tivemos uma pequena dificuldade inicial no cálculo do IMC, pois os técnicos de enfermagem não estavam acostumados a calcular essa variável. Porém, foi realizada capacitação, identificados os técnicos que apresentaram maior dificuldade e tiradas todas as dúvidas pessoalmente pelo médico especializando.

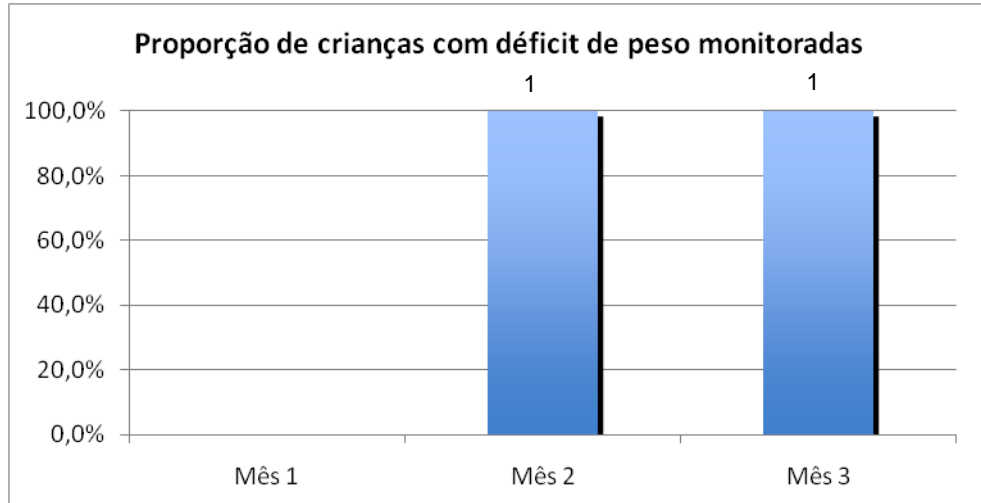


Figura 4 – Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas. UBS Barros Cassal, Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 2.4: Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.**

Como reflexo de uma tendência que vem sendo observada nas últimas décadas, com as mudanças de hábitos alimentares, vemos que o número de crianças com excesso de peso já ultrapassa o número de crianças com déficit de peso. Isso é decorrente principalmente de uma alimentação desregrada, rica em alimentos processados, frituras, gorduras, salgadinhos e refrigerantes. Durante a intervenção, conseguimos alcançar a meta de monitorar 100% das crianças com excesso de peso. No primeiro mês, não foi identificada nenhuma criança, porém, no segundo mês haviam três e no terceiro, cinco crianças com excesso de peso, que sempre estiveram monitoradas (Fig. 5).

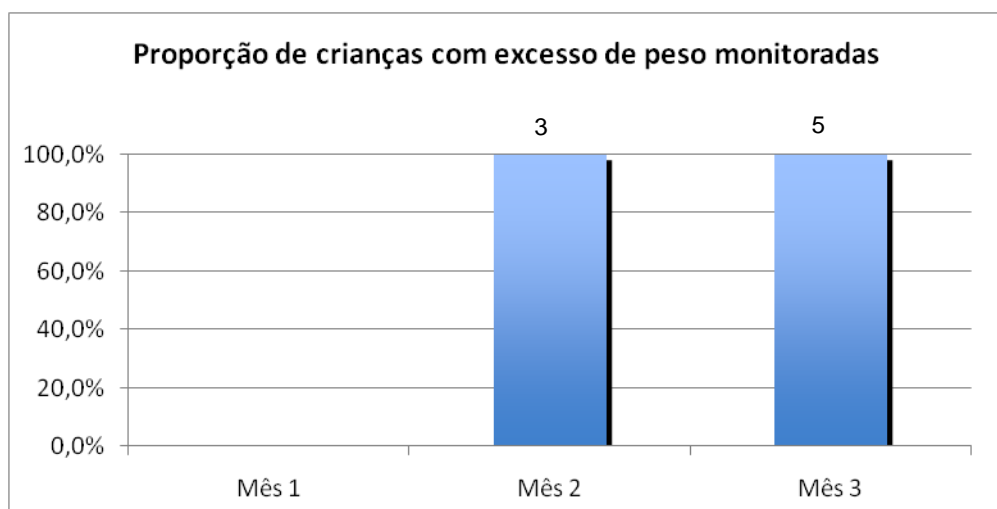




Figura 5 – Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 2.5:** Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

Também conseguimos alcançar a meta de monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças e mantê-la ao longo dos três meses (Fig. 6). Todas as 79 crianças acompanhadas pela intervenção tiveram seu desenvolvimento adequadamente registrado e acompanhado.

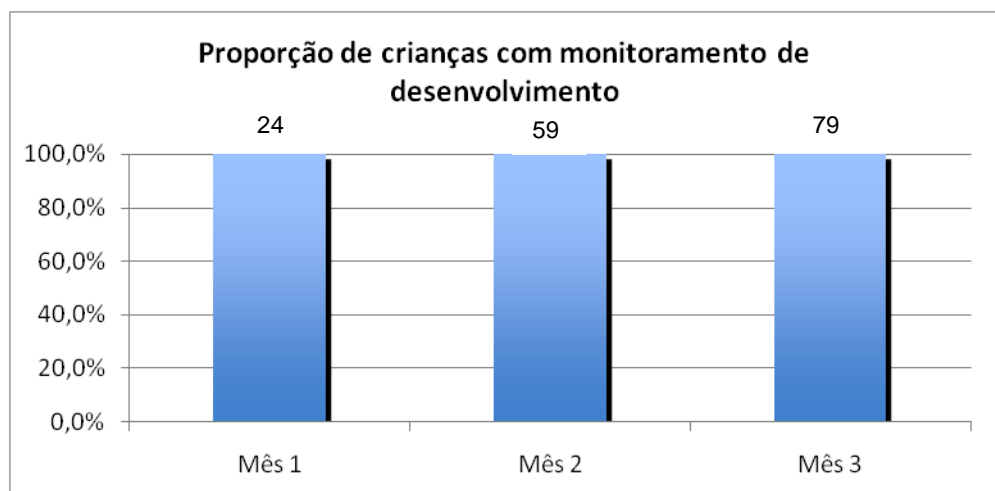


Figura 6 – Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 2.6:** Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

Em relação à vacinação, conseguimos atingir e manter a meta de vacinar 100% das crianças de acordo com a idade durante os três meses de intervenção (Fig. 7). Um fator que contribuiu para que as 79 crianças cadastradas estivessem com as vacinas em dia foi o trabalho da técnica de enfermagem responsável pela realização das vacinas, que demonstra empenho admirável em suas tarefas. Como ela já está há muitos anos na unidade, a cobertura vacinal já era excelente, e tivemos apenas que mantê-la funcionando bem.

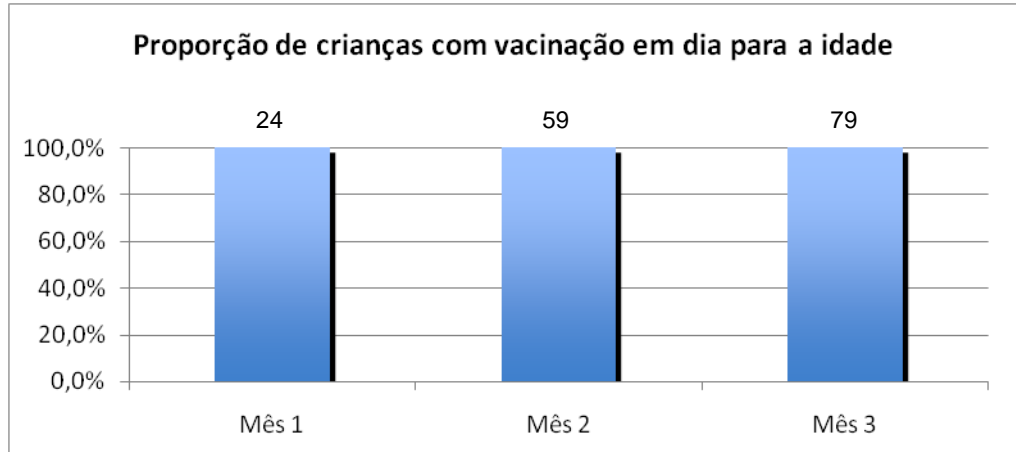


Figura 7 – Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 2.7:** Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças de 6 a 24 meses.

Em relação à suplementação de ferro em crianças de 6 a 24 meses, no primeiro mês de intervenção, haviam cinco crianças nesta idade (100%) que estavam recebendo a suplementação, no segundo mês, 17 (85%) e no terceiro mês, 24 (88,9%), não atingindo a meta de 100% (Fig. 8). Talvez uma das razões de não termos conseguido atingir 100% seja o fato de que algumas mães fornecem o suplemento durante algum tempo, mas depois acabam por não manter a aderência durante todo o período necessário, que é relativamente longo.

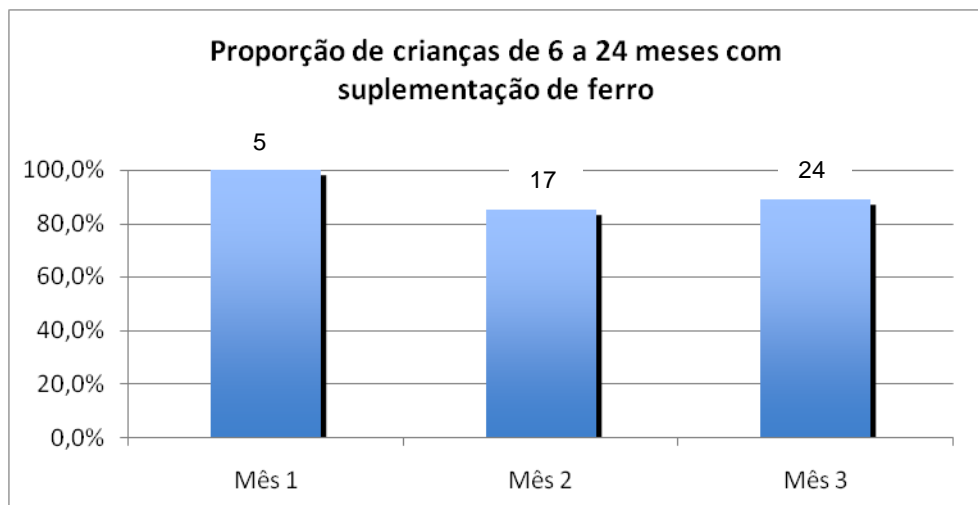


Figura 8 – Proporção de crianças de 6 a 24 meses com suplementação de ferro. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 2.8:** Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

Em relação à realização da triagem auditiva, a meta de 100% foi alcançada desde o início da intervenção e foi, portanto, realizada nas 79 crianças cadastradas no programa (Fig. 9). A nosso favor, pesou o fato de que Barros Cassal já contava com convênios com a Secretaria de Saúde do município vizinho, Soledade, o que garantia a realização de triagem auditiva para todas as crianças. Isso resolveu uma das minhas maiores preocupações, pois sabia que eu, como simples médico na UBS, não teria governabilidade suficiente para fazer esses convênios e garantir a implementação dessas ações.

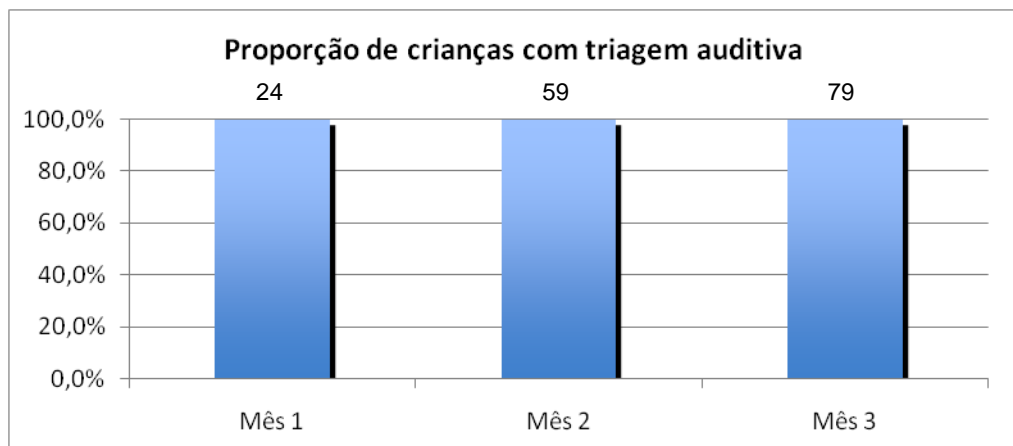


Figura 9 – Proporção de crianças com triagem auditiva. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 2.9:** Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.

Em relação à realização do teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida, também houve benefício pelo convênio com o município de Soledade. Ao longo da intervenção, apenas 1 das 79 crianças cadastradas não realizou o teste do pezinho. No primeiro mês, havia 23 crianças (95,8%) com o teste realizado, no segundo mês, 58 (98,3%) e no terceiro, 78 (98,7%), quase atingindo a meta de 100% (Fig. 10).

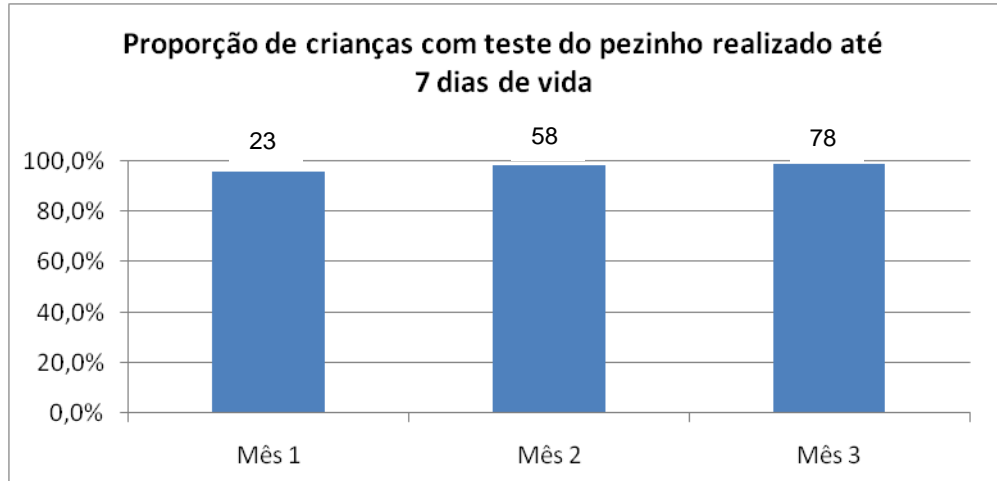


Figura 10 – Proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Objetivo 3:** Melhorar a adesão ao Programa de Saúde da Criança

**Meta 3:** Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas.

Durante toda a intervenção, apenas 1 criança faltou à consulta agendada, sendo buscada pela ACS responsável através de contato telefônico e atingindo a meta de realizar busca ativa a 100% das crianças faltosas às consultas (Fig. 11).

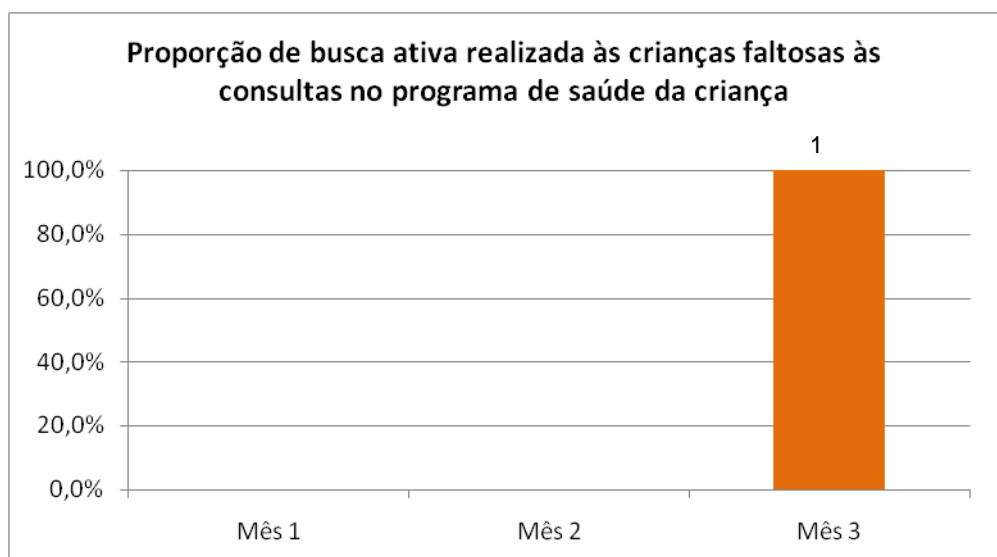


Figura 11 – Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas no programa de saúde da criança. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Objetivo 4:** Melhorar o registro das informações

**Meta 4:** Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

Uma das maiores mudanças implementadas com a intervenção na UBS foi, provavelmente, o registro de todas as ações realizadas. Antes, mesmo a pediatra realizando puericultura, os dados das consultas não eram registrados, impossibilitando uma avaliação dos indicadores de qualidade. Agora, com local específico para preenchimento na ficha espelho, podemos ter uma idéia muito mais fidedigna sobre a situação de cobertura e sobre a qualidade do atendimento prestado. O registro adequado foi incessantemente cobrado de todos os profissionais que participaram do atendimento às crianças e, com isso, atingimos a meta de manter o registro atualizado em 100% das crianças acompanhadas durante toda a intervenção (Fig. 12).

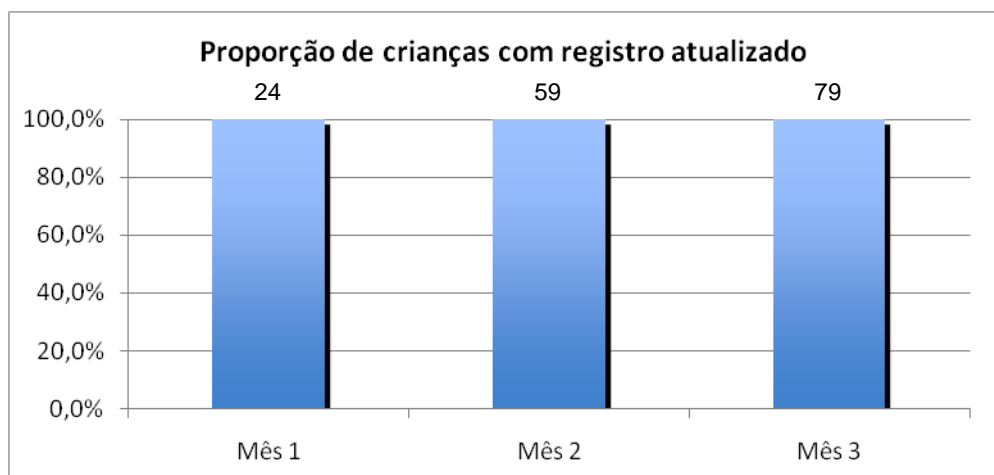


Figura 12 – Proporção de crianças com registro atualizado. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

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

**Meta 5:** Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

A avaliação de risco faz parte da consulta de puericultura e um dos principais objetivos da implantação do programa de puericultura é justamente identificar as crianças expostas a um risco aumentado e poder intervir antes que aconteça o dano, ou seja, preventivamente ou, quando isso não é possível, ao menos minimizar suas consequências, com um diagnóstico precoce. Todas as 79 crianças cadastradas tiveram a avaliação de risco realizada durante as consultas desde o primeiro mês de intervenção, atingindo a meta de 100% (Fig. 13).

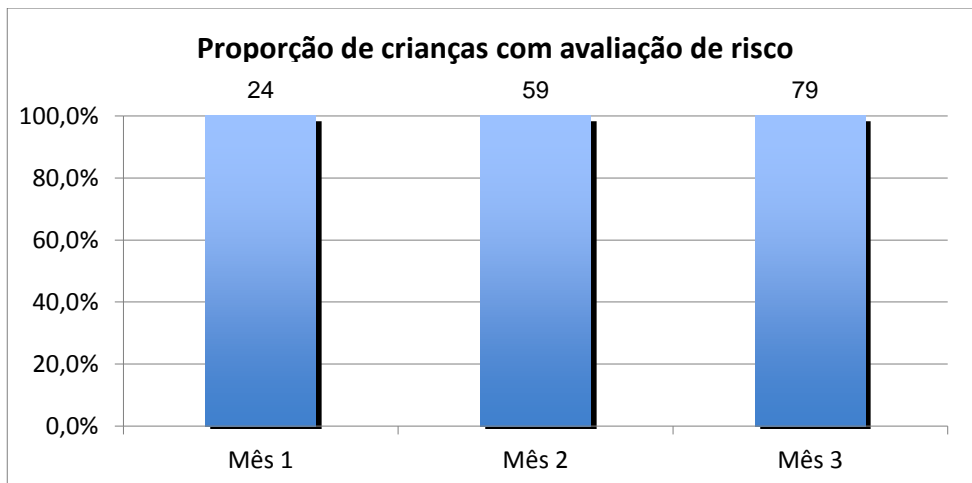


Figura 13 – Proporção de crianças com avaliação de risco. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Objetivo 6:** Promover a saúde das crianças

**Meta 6.1:** Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

A realização de orientações durante as consultas foi uma das maiores diferenças do atendimento programático em relação ao atendimento sob livre demanda do modelo tradicional. Com consultas programadas, conseguimos obter maior atenção dos pais com relação a orientações que são extremamente importantes, mas que poucos conhecem. Assim, conseguimos atingir a meta de orientar as mães de 100% das crianças sobre prevenção de acidentes na infância

(Fig. 14), repassando informações simples, mas que podem literalmente salvar uma vida, como a orientação de evitar colocar a criança para dormir na mesma cama que os pais para evitar esmagamento, ou então a orientação de colocar a criança para dormir em decúbito dorsal para evitar sufocamentos, que eram desconhecidas pela grande maioria dos pais.

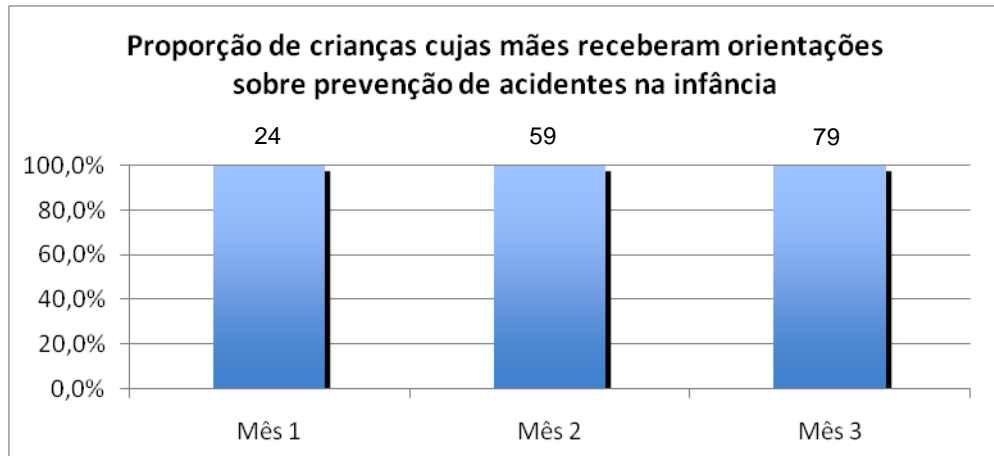


Figura 14— Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 6.2:** Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

A pediatra já realizava atendimento de puericultura na UBS há anos, porém, não existia registro específico sobre as ações realizadas durante a consulta. Em vista disso, foi muito difícil buscar a informação relativa ao número de crianças colocadas para mamar na primeira consulta, sendo a única fonte de informação as próprias mães. Não é o ideal, e isso acaba gerando um viés de memória e também pela própria situação de estar perante o médico durante a consulta, pois a tendência é que elas digam que "sim" para demonstrar que cuidam adequadamente de seus filhos. Porém, se simplesmente for colocado "não" para tudo que não há registro no prontuário, isso também não vai corresponder à realidade pois, embora não houvesse registro específico e adequado antes da intervenção, os atendimentos de puericultura já eram realizados, mesmo que informalmente. No primeiro mês, todas as 24 crianças acompanhadas haviam sido colocadas para mamar na primeira consulta (100%), no segundo mês, 54 (91,5%) e no terceiro mês, 71 crianças (89,9%), não atingindo a

meta de colocar 100% das crianças para mamar na primeira consulta (Fig. 15). Levando em conta essas peculiaridades, o indicador obtido pode ser considerado muito bom.

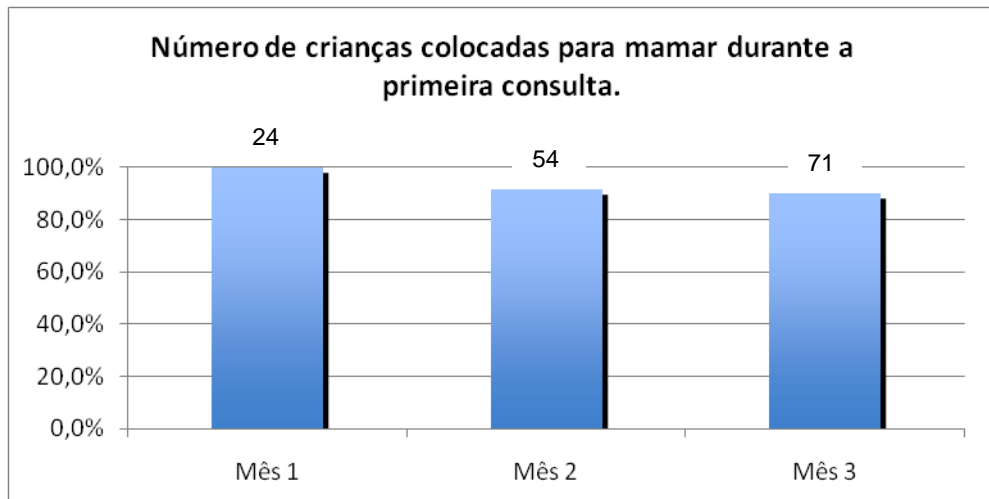


Figura 15 – Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 6.3:** Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

Os indicadores relativos às orientações são relativamente fáceis de manter dentro da meta, uma vez que não demandam grandes intervenções. A reserva de uma pequena parte do tempo de consulta para as orientações já é suficiente para que se implemente esta ação simples, porém extremamente importante. Há muitas dúvidas dos pais com relação à alimentação, principalmente em crianças menores de 1 ano. Felizmente, conseguimos atingir a meta de fornecer orientação nutricional de acordo com a faixa etária às mães de 100% das crianças ao longo de toda intervenção (Fig. 16).



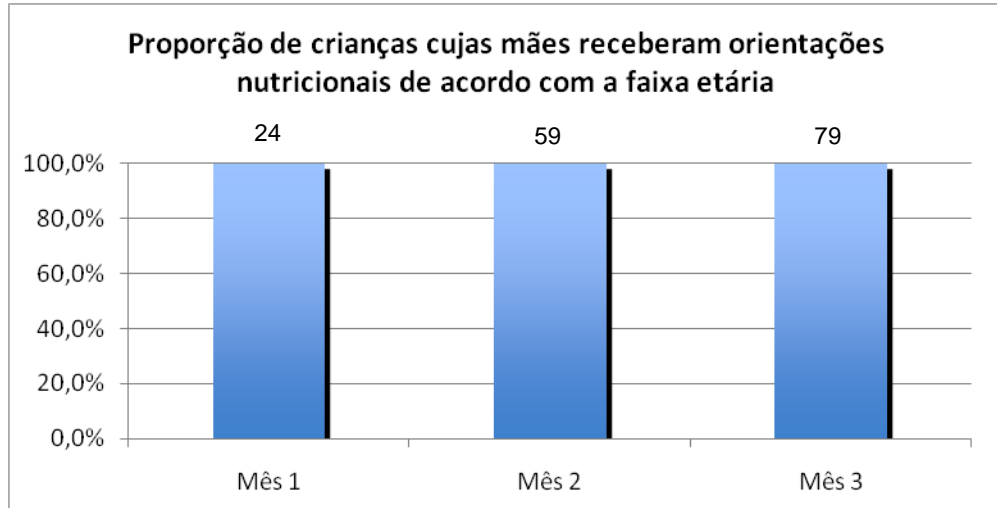


Figura 16 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 6.4:** Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% das crianças de acordo com a faixa etária.

Pode-se perceber claramente um certo desleixo de grande parte dos pais pela saúde bucal de seus filhos. Muitos não realizam escovação diária e, associado à alimentação com grande quantidade de doces, resulta em alta prevalência de cáries na população da faixa etária alvo. Justamente por isso adquire tanta importância uma orientação adequada e o reforço a cada consulta sobre a necessidade de cuidados adequados com a saúde bucal. Assim, durante todas as consultas das 79 crianças cadastradas, realizamos essas orientações, alcançando a meta de fornecer orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie às mães de 100% das crianças (Fig. 17).

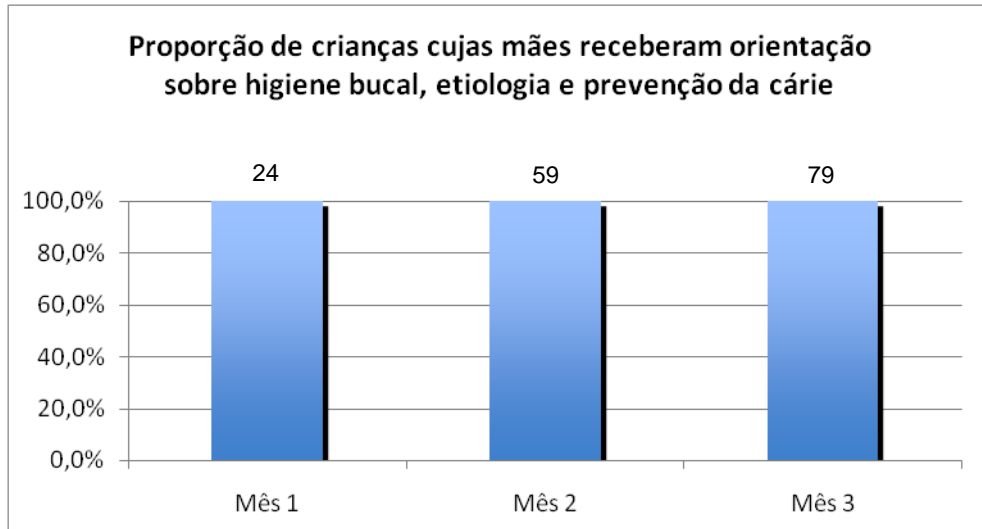


Figura 17 – Proporção de crianças cujas mães receberam orientação sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Objetivo 7:** Melhorar a qualidade da atenção à saúde bucal das crianças

**Meta 7.1:** Realizar a primeira consulta odontológica programática para 100% das crianças de 6 a 72 meses cadastradas no programa Saúde da Criança da unidade, pertencentes à área de abrangência.

A meta de realizar primeira consulta odontológica em 100% das crianças entre 6 e 72 meses foi particularmente difícil de cumprir. Por estarmos em uma fase de transição para ESF, tivemos problemas na definição dos odontólogos que ficariam responsáveis pela nossa área de abrangência. Com isso, houve um atraso de aproximadamente uma semana para o início das consultas odontológicas. Outra grande dificuldade é o fato de que a maioria dos pais ou responsáveis acaba negligenciando a atenção à saúde bucal de seus filhos, portanto, sabíamos que a única maneira de garantir a consulta odontológica para todos seria aproveitando a presença da criança na UBS gerada pela consulta médica e já realizar o encaminhamento para a consulta odontológica. Com isso, a criança, em uma única visita à UBS, já recebia os atendimentos médico e odontológico, evitando as faltas às consultas agendadas para uma data posterior, que provavelmente ocorreriam em grande proporção. Desta forma, conseguimos realizar a primeira consulta

odontológica na grande maioria das crianças da faixa etária alvo. Cabe uma ressalva, porém: essa estratégia funciona muito bem apenas quando há priorização do atendimento à população da faixa etária alvo e uma disponibilidade ampla de odontólogos (em nossa UBS, esse foi um ano atípico, onde tínhamos uma odontóloga responsável e mais um odontólogo extra para dar suporte nos períodos em que ela estava indisponível ou sobrecarregada), pois acaba restringindo muito os horários na rotina disponíveis para atendimentos sob livre demanda de outros grupos etários da área adscrita. Torna-se insustentável manter essa estratégia se houver um excesso de demanda para atendimento odontológico além da capacidade de atendimento da equipe. Nas duas últimas semanas de intervenção, não conseguimos manter essa estratégia da consulta médica e odontológica simultâneas, devido ao período de férias de nossa odontóloga. Por essa razão, as consultas odontológicas tiveram que ser agendadas para uma data posterior e acabaram ficando de fora do período da intervenção, não sendo contabilizadas nos resultados finais. No primeiro mês, 14 crianças de 6 a 72 meses (70%) realizaram a primeira consulta odontológica, no segundo mês, 44 (84,6%) e no terceiro mês, 59 (84,3%), conforme mostra a Fig. 18.

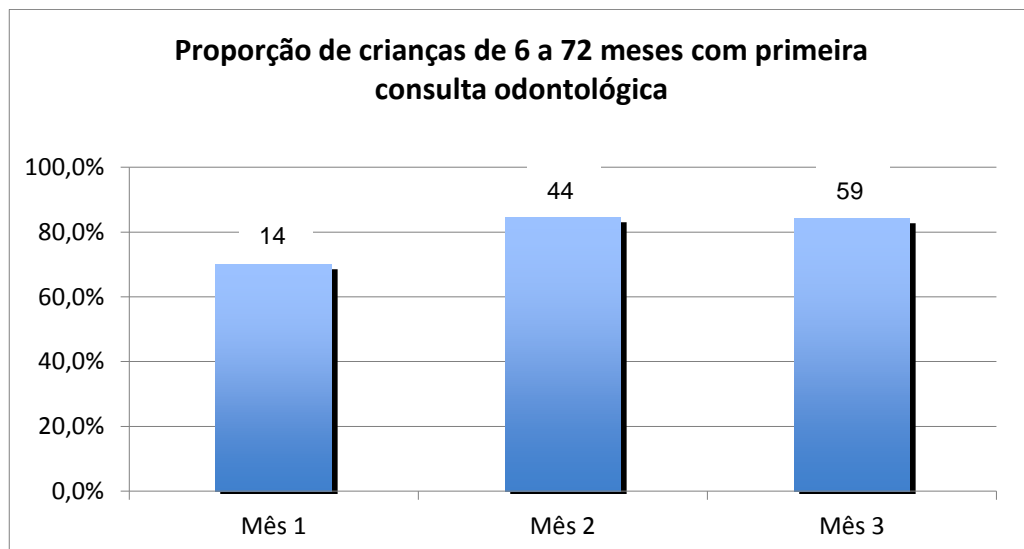


Figura 18 – Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 7.2:** Concluir o tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

A meta de concluir tratamento dentário em 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática foi uma das poucas metas que não conseguimos cumprir, ou pelo menos ficar muito próximos de cumprir. Nós focamos na realização da primeira consulta programática, ocupando grande parte da agenda dos odontólogos com esses usuários. Os usuários que tinham necessidade de tratamento odontológico na maioria das vezes realizavam o primeiro atendimento, porém necessitavam de mais de uma consulta para completar o tratamento. Então, muitos deles ainda estão com o tratamento em curso. No primeiro mês, houve 10 tratamentos concluídos (71,4%), no segundo, 32 (72,7%) e no terceiro mês, 43 crianças tiveram tratamento dentário concluído (72,9%), conforme mostra a Fig. 19. Considerando as dificuldades enfrentadas e o curto período de intervenção, podemos considerar que o resultado obtido foi muito bom.

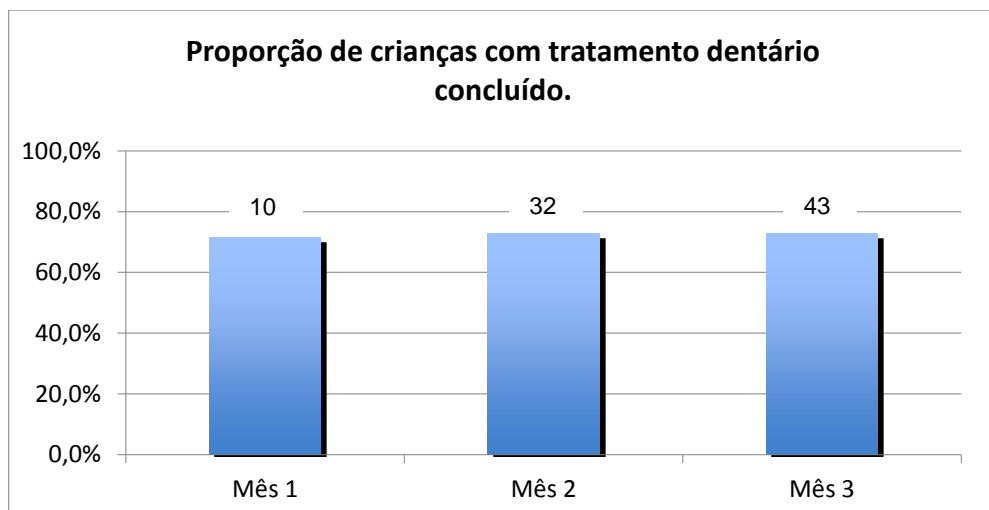


Figura 19 – Proporção de crianças com tratamento dentário concluído. UBS Barros Cassal, Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Objetivo 8:** Melhorar a adesão ao atendimento em saúde bucal.

**Meta 8:** Realizar busca ativa de 100% das crianças que necessitavam realizar a primeira consulta odontológica programática e faltaram.

Como utilizamos a estratégia de aproveitar a presença da criança na UBS, gerada na maioria das vezes por consultas sob livre demanda, para a realização também das consultas programáticas, conseguimos manter bastante baixo o número de faltosos às consultas. Assim, houve apenas uma criança faltosa à consulta odontológica, que foi buscada pela ACS responsável. Desta forma, atingimos a meta de buscar 100% das crianças faltosas à consulta odontológica (Fig. 20).

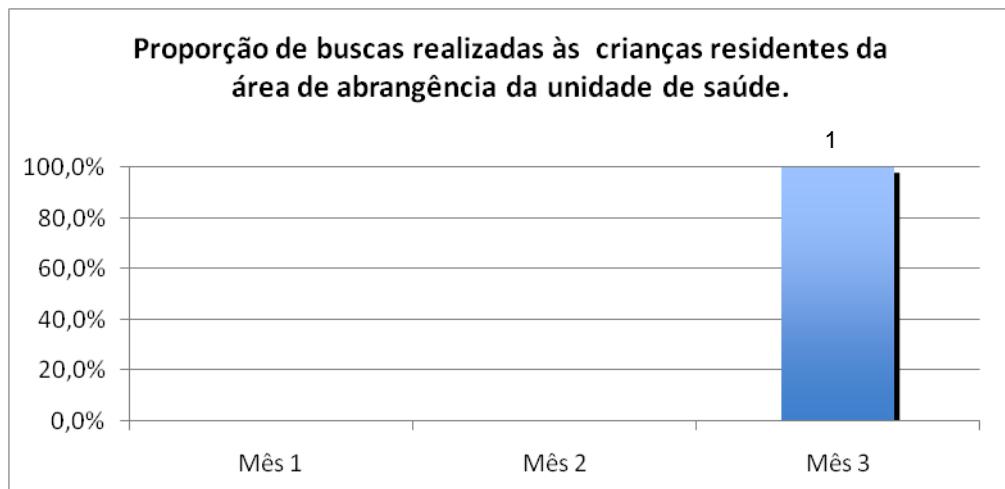


Figura 20 – Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas à consulta odontológica. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Objetivo 9:** Melhorar o registro das informações odontológicas.

**Meta 9:** Manter registro atualizado em planilha e/ou prontuário de 100% das crianças com primeira consulta odontológica programática.

O adequado registro das atividades, aliado ao foco preventivo da atenção à saúde, é o que faz a diferença da Estratégia da Saúde da Família em relação às unidades de atendimento tradicional. Os colegas odontólogos se comprometeram e se empenharam em manter sempre todos os registros completos e atualizados durante a intervenção, atingindo a meta de manter registro atualizado em 100% das crianças com primeira consulta odontológica realizada (Fig. 21).

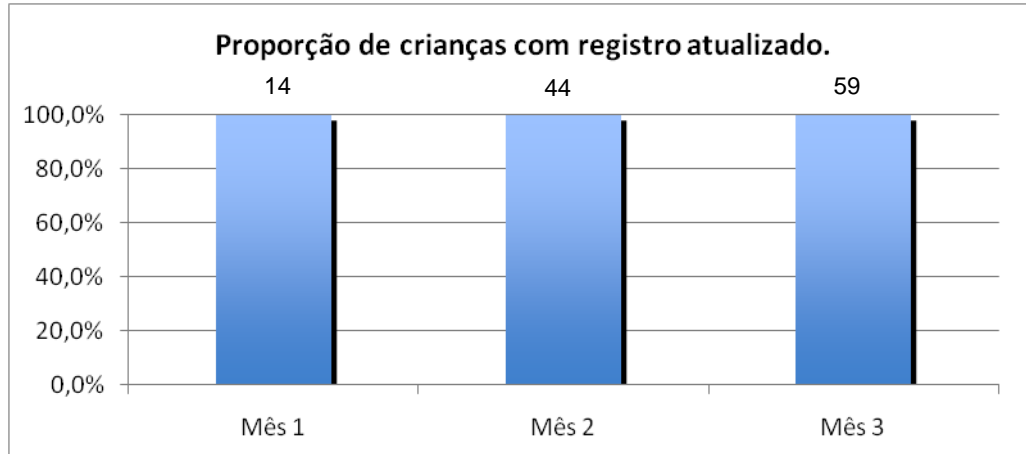


Figura 21 – Proporção de crianças com primeira consulta odontológica com registro atualizado. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Objetivo 10:** Promover a saúde bucal das crianças.

**Meta 10.1:** Fornecer orientações sobre higiene bucal para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

A meta de realizar orientações sobre higiene bucal a 100% das crianças com primeira consulta odontológica realizada também foi alcançada e mantida desde o início da intervenção (Fig. 22). Embora sejam orientações básicas, são fundamentais para uma saúde bucal adequada. É incrível a quantidade de crianças que não escova adequadamente os dentes ou que até mesmo simplesmente não escova e, por isso, esperamos que a conscientização realizada pela intervenção gere uma melhora significativa na saúde bucal da população atingida.

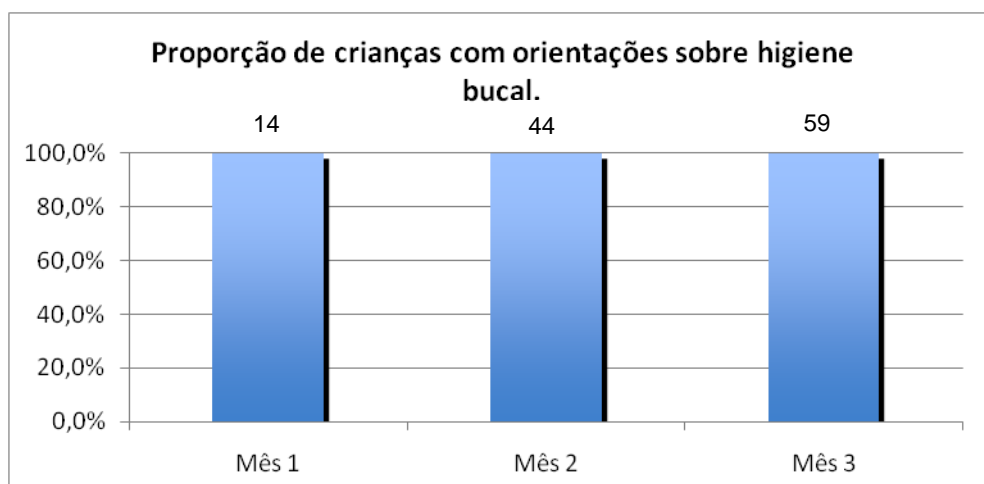


Figura 22 – Proporção de crianças com primeira consulta odontológica que receberam orientações de saúde bucal. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.  
Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 10.2:** Fornecer orientação sobre dieta para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

As orientações sobre dieta também fazem muita diferença na saúde bucal e no número de casos de cáries encontrados na população da faixa etária alvo. Torna-se importante o reforço do profissional aos pais para que evitem o excesso de doces na alimentação das crianças, algo que é uma realidade muito comum em nossa área adstrita. Assim, desde o início da intervenção, atingimos e mantivemos a meta de realizar orientações sobre dieta a 100% das crianças com primeira consulta odontológica realizada (Fig. 23).

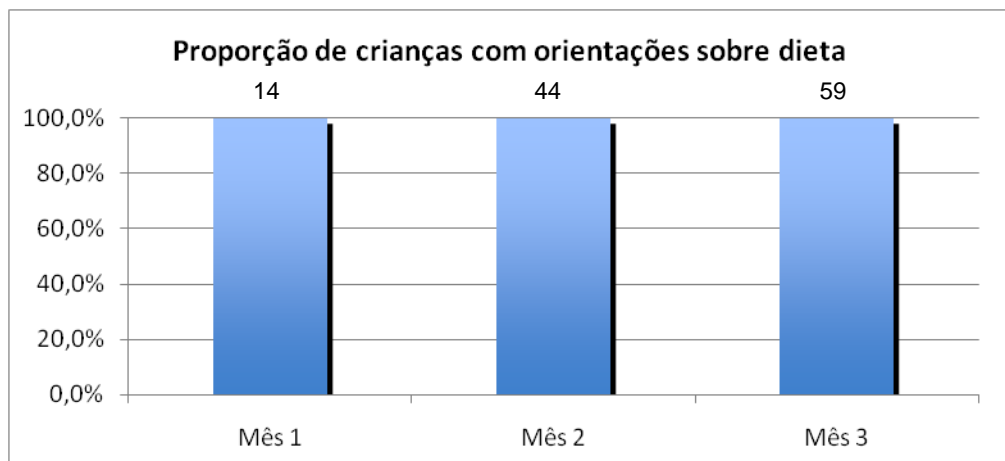


Figura 23 – Proporção de crianças com primeira consulta odontológica cujos pais receberam orientações sobre dieta. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014.  
Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

**Meta 10.3:** Fornecer orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis por crianças com primeira consulta odontológica programática.

Em relação às orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias aos responsáveis das crianças com primeira consulta odontológica realizada, houve apenas uma única criança cujos responsáveis não as receberam. Essa pequena falha ocorreu no primeiro mês, talvez pela dificuldade natural de adaptação ao novo modelo de atendimento, quando 23 crianças (92,9%)

tiveram seus pais informados a esse respeito. No restante da intervenção, foram prestadas essas orientações em todos os atendimentos, havendo 43 crianças (97,7%) no segundo mês e 58 (98,3%) no terceiro mês, ficando muito próximo à meta de 100% (Fig. 24).

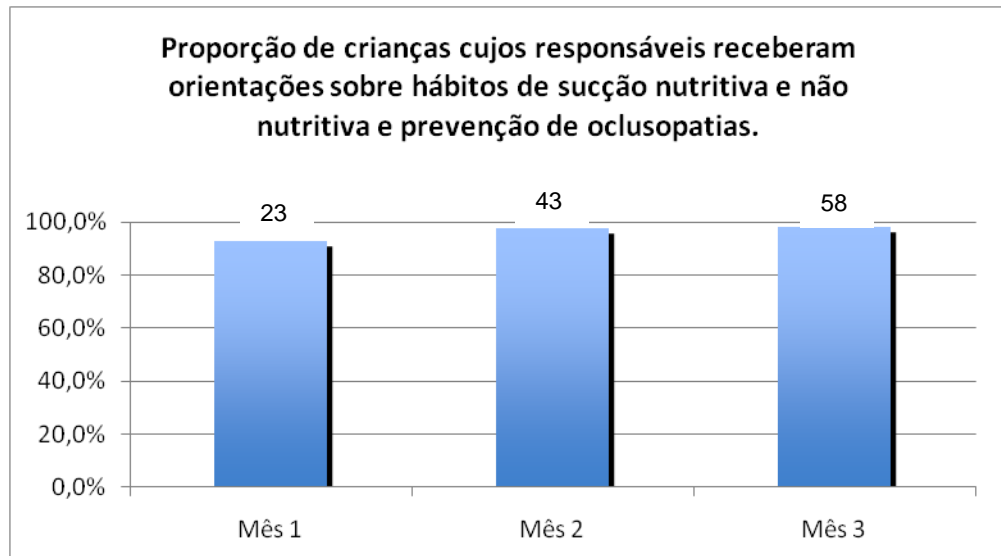


Figura 24 – Proporção de crianças com primeira consulta odontológica cujos pais receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias. UBS Barros Cassal. Barros Cassal, RS, 2014. Fonte: Planilha de coleta de dados (2014).

## 4.2 Discussão

A intervenção focada na atenção à saúde das crianças entre 0 a 72 meses, realizada na Unidade Sanitária de Barros Cassal, atual ESF – Equipe Rural 1, possibilitou ganhos importantíssimos na qualidade do atendimento prestado à população adscrita. O atendimento programático, com consultas previamente agendadas, proporciona uma mudança do foco meramente curativo, gerado pelas consultas sob livre demanda, para uma abordagem onde a prevenção recebe ênfase. Com o acompanhamento regular do desenvolvimento das crianças, podemos intervir nos fatores de risco antes que aconteçam enfermidades graves que possam gerar



sequelas permanentes. Com o registro adequado e completo proporcionado pelas fichas-espelho, é possível realizar avaliação da qualidade do atendimento prestado e avaliar pontos onde sejam necessários aprimoramentos.

Toda a equipe da UBS participou ativamente na intervenção, havendo aumento na interação e no entrosamento entre os membros da equipe. Além da capacitação específica dos profissionais, realizada para qualificar ainda mais o atendimento, a nova organização de tarefas e atribuições de responsabilidades e funções possibilitou que houvesse um maior comprometimento de todos na execução das rotinas da unidade. Com a definição das atribuições específicas de cada profissional, estes passaram a se sentir mais importantes na “engrenagem” de funcionamento da UBS e, sabendo que se não realizassem adequadamente suas funções seriam cobrados, houve um grande salto na qualidade do atendimento prestado.

O serviço sofreu grandes modificações para melhor, não somente pela intervenção em si, mas também pela mudança no modelo de atendimento. Por uma feliz coincidência, ao mesmo tempo em que ocorreu a intervenção, o serviço passou por um processo de transformação de uma Unidade de Saúde Tradicional para uma baseada na ESF. A intervenção realizada serviu também como uma espécie de “pontapé inicial”, dando início efetivamente às ações programáticas previstas para uma unidade do tipo ESF.

A comunidade da região rural do município de Barros Cassal é quem mais vai se beneficiar com a intervenção e a implantação da ESF. Antes, os usuários não tinham um médico responsável e as consultas eram apenas sob livre demanda. Assim, a cada dia que o paciente viesse consultar, acabava sendo atendido por um médico diferente. Muitas vezes recebia diferentes diagnósticos e medicações, o que gerava uma enorme confusão, pois muitas vezes era iniciado um tratamento por um médico, mas alguns dias depois o paciente voltava pra unidade, consultava com outro médico, que prescrevia um tratamento diferente e no fim das contas o usuário acabava realizando um tratamento totalmente inadequado, com risco até mesmo de interações medicamentosas perigosas. Agora o usuário sabe quem é o médico responsável pelo seu atendimento e, com isso, há um ganho substancial na longitudinalidade e

organização do atendimento, com economia para o município e melhora na qualidade e resolutividade do serviço prestado à comunidade.

Talvez uma das coisas que fizesse diferente se a intervenção fosse iniciada hoje, seria cobrar mais veementemente da gestão municipal e dos próprios colegas da unidade que os princípios preconizados pela ESF e da Intervenção em atenção à saúde da criança fossem integralmente cumpridos. Tivemos uma dificuldade inicial grande em conseguir modificar a rotina da unidade, sendo necessária uma cobrança diária dos profissionais para que realizassem todas as ações previstas na intervenção. Houve atraso por parte dos gestores com relação à definição das equipes e do mapeamento das áreas adscritas. Outro ponto onde houve falhas foi com relação aos ACS. Estamos com déficit desses profissionais e somente há previsão de realização de concurso público para novas contratações no início do próximo ano.

Apesar dos contratemplos citados acima, creio ser plenamente factível a incorporação completa da intervenção à rotina da unidade. No momento, mesmo após o período 12 semanas já ter acabado, as ações previstas na intervenção continuam a ser realizadas normalmente no dia-a-dia da unidade. Para que isso se mantenha, o fator que julgo imprescindível é a escolha de alguém para assumir o papel do especializando depois que este completar o PROVAB e deixar a unidade. Poderia ser outro médico, odontólogo, a enfermeira-chefe da equipe ou até mesmo um gestor da administração municipal, mas é necessário que haja alguém para cobrar resultados e corrigir o rumo quando problemas começarem a aparecer.

Para melhorar ainda mais a atenção à saúde no serviço, teremos que completar essa transição para ESF, que ainda está engatinhando. Iniciando outras ações programáticas além daquela já iniciada na intervenção, como as relativas aos usuários hipertensos, diabéticos e idosos. Além disso, são importantes ações como a realização de grupos para orientação de populações de risco, ações educativas/palestras em escolas da área adscrita e visitas domiciliares a usuários gravemente enfermos ou acamados, colocando em prática todos os princípios de uma ESF.

### **4.3 Relatório da Intervenção para Gestores**

À Secretária de Saúde Sra. Inês Battisti

Durante o período de agosto a outubro de 2014, a equipe da UBS Barros Cassal realizou uma intervenção voltada à saúde da criança de 0 a 72 meses. Avaliando objetivamente esses 3 meses de intervenção, podemos notar ganhos substanciais na qualidade e na eficiência dos serviços de saúde prestados à população atendida pela UBS. Além da própria intervenção, a mudança para o modelo de Estratégia de Saúde da Família também provou ser o caminho mais adequado para a organização do atendimento à saúde. O atendimento programático, com consultas previamente agendadas, proporciona uma mudança do foco meramente curativo,

gerado pelas consultas sob livre demanda, para uma abordagem onde a prevenção recebe ênfase.

Foi realizada capacitação de todos os profissionais atuantes na UBS e que tem participação no atendimento às crianças da faixa etária alvo. Dentre esses profissionais, podemos citar recepcionistas, técnicos de enfermagem, enfermeiros, odontólogos e médicos. A capacitação destes profissionais proporciona atendimento mais uniformizado, ágil e com maior qualidade. O registro passou a ser específico, utilizando planilhas especialmente confeccionadas para obtenção de todos os dados necessários para análise dos indicadores de qualidade da atenção à saúde da criança.

Como resultados destes 3 meses de trabalho, conseguimos cadastrar 79 crianças, que equivalem a 49,4% da população estimada desta idade na área da unidade. Realizamos a aferição do peso, da altura, do perímetro cefálico, do IMC e do desenvolvimento neurológico em 100% das crianças. Praticamente todas as crianças receberam vacinação de acordo com a idade e realizaram testes importantes, como o teste do pezinho e da orelhinha, que evitam o surgimento de doenças graves com sequelas permanentes. Também foi realizada orientação sobre a alimentação mais adequada para cada faixa etária, e orientações aos pais sobre como evitar os acidentes mais comuns. Além disso, foi oferecida orientação sobre higiene bucal, sobre sucção nutritiva e não-nutritiva, e atendimento odontológico para as crianças a partir de 6 meses até 6 anos. Conseguimos obter uma boa taxa de crianças com primeira consulta odontológica, atingindo 84,3% de cobertura (59 crianças) sobre um total de 70 crianças com indicação de realização desse tipo de atendimento.

Com o acompanhamento regular do desenvolvimento das crianças, podemos intervir nos fatores de risco antes que aconteçam enfermidades graves que possam gerar sequelas permanentes. Com o registro adequado e completo proporcionado pelas fichas-espelho, é possível realizar avaliação da qualidade do atendimento prestado e avaliar pontos onde sejam necessários aprimoramentos.

Um ponto muito positivo percebido durante a intervenção foi o fato de já estar muito bem organizado o serviço de imunização. A cobertura vacinal encontrada foi excelente. Além disso, estão funcionando muito bem os convênios para a realização da triagem auditiva e do teste do pezinho para todas as crianças. Outro ponto que

merece elogio é a facilidade de encaminhamento de casos de urgência/emergência para o hospital de referência, em Soledade. Sempre que houve necessidade, os encaminhamentos ocorreram sem burocracia e com muita agilidade. Não houve um único caso em todo esse período onde tenha havido negativa ou dificuldade para remoção hospitalar.

Uma grande vantagem proporcionada pelo atendimento nos moldes da Estratégia de Saúde da Família, é a melhor relação custo-efetividade. Com a definição de um médico responsável pelo grupo populacional atendido, esse profissional passa a conhecer muito mais profundamente cada paciente e suas respectivas necessidades. Com esse conhecimento é possível realizar uma consulta muito mais objetiva sem prejudicar a qualidade do atendimento. O médico conhece quais são os problemas de saúde, quais as medicações o paciente está utilizando e assim consegue arquitetar com muito mais precisão o plano terapêutico, evitando condutas desnecessárias.

Contudo, há ainda alguns pontos onde podemos avançar mais. É necessário ampliar o modelo de atendimento programático para outras populações além das crianças de 0 a 72 meses. Idosos, hipertensos, diabéticos e outros grupos de risco também deveriam iniciar acompanhamento programático, com agendamento de consultas regulares e prioridade nos atendimentos. É necessário implantar definitivamente todas as ações previstas na Estratégia de Saúde da Família, com realização de grupos educativos para populações de risco e visitas domiciliares a usuários graves ou acamados. Para que isso seja possível, é necessário que se invista na contratação dos agentes comunitários de saúde que faltam para cobrir as microáreas que ainda estão descobertas atualmente. Pode parecer um alto investimento inicial, mas com certeza se obterá o retorno no futuro.

Inicialmente, encontramos algumas dificuldades, muitas vezes inclusive com reclamações dos próprios usuários, que costumam demorar para se adaptar a mudanças, principalmente relacionadas à diminuição de fichas para atendimento por livre demanda. Mas a perseverança na implementação desse modelo de atenção integral e preventiva seguramente renderá muitos frutos. Com a prevenção, muitas doenças serão evitadas, gerando uma enorme economia aos cofres do município, com menos gastos com consultas de livre demanda, medicações, exames,

deslocamentos e internações. A melhora na qualidade também acabará sendo percebida pelos usuários, que ficarão mais satisfeitos com o serviço de saúde que recebem.

Nada mais havendo para o momento. Obrigado pela atenção.

-----

Felipe Pozzebon Borges  
Médico PROVAB - CRM -36036.  
UBS – Barros Cassal –Equipe Rural 1.

Barros Cassal, Janeiro de 2015.

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

Aos usuários dos serviços da Unidade de Saúde Barros Cassal - Equipe Rural 1-

Ao longo do ano de 2014, a Unidade Básica de Saúde Barros Cassal passou por diversas transformações que refletiram em mudanças na forma de cuidado à população. A comunidade rural do município já deve ter percebido que a unidade de saúde mudou a forma de atendimento nos últimos três meses, já que passamos a trabalhar como uma Unidade da Saúde da Família. Através deste modelo de atenção, o objetivo principal não é mais apenas tratar doenças, mas sim preveni-las, visto que é muito melhor para a saúde de todos evitar que a doença apareça do que apenas tomar remédio para tentar tratá-la.

Para que isso seja possível, é necessário que cada usuário passe a consultar regularmente com seu médico e dentista. O médico informará de quanto em quanto tempo as consultas devem ocorrer, dependendo da idade e dos problemas de saúde que o paciente tiver. Essas consultas serão com dia e hora marcada, então não será mais necessário levantar tão cedo para conseguir pegar uma ficha, pois a consulta já vai estar garantida. Nessas consultas, o médico avaliará a saúde de cada usuário, solicitando exames e ajustando os remédios quando necessário. Antes, os usuários não tinham um médico responsável a cada dia que viessem consultar, acabavam sendo atendido por um médico diferente. Muitas vezes recebiam diferentes remédios, o que gerava uma enorme confusão, pois muitas vezes era iniciado um tratamento por um médico, mas alguns dias depois o paciente voltava à unidade, consultava com outro médico, que prescrevia um tratamento diferente e no fim das contas, corria risco de ter complicações por misturar tantos remédios diferentes. Agora o paciente sabe quem é o seu médico e o médico também conhece bem melhor o seu paciente.

Os primeiros que começaram a receber esse tipo de atendimento organizado foram as crianças com menos de seis anos de idade. Durante três meses, no período de agosto a outubro de 2014, a equipe realizou uma intervenção voltada para este grupo, onde diversas ações foram desenvolvidas na busca de melhorar o cuidado à saúde da criança. Como parte das novas rotinas adotadas, as consultas agora são agendadas e em todas as consultas a criança é pesada e medida sua altura. O médico também examina mais detalhadamente a criança e conversa com os pais sobre a

alimentação, prevenção de acidentes e crescimento de seus filhos. Com isso, o médico pode perceber se uma criança não está se desenvolvendo bem, e pode tratá-la antes que surjam doenças mais graves, que podem deixar sequelas. Outra coisa muito importante, é que agora todas as crianças também consultarão com o dentista, mesmo que não tenham dor de dente, para que o dentista examine a boca, as gengivas e os dentes e explique como se faz para evitar que surjam cáries e outros problemas bucais. Se houver cárie, o dentista também já faz o tratamento.

Como resultados destes três meses de trabalho, conseguimos cadastrar 79 crianças, que equivalem a 49,4% da população estimada desta idade na área da unidade. Realizamos a aferição do peso, da altura, do tamanho da cabeça, do IMC (que avalia se a criança esta muito gorda ou magra) e do desenvolvimento neurológico em 100% das crianças. Praticamente todas as crianças receberam vacinação de acordo com a idade e realizaram testes importantes, como o teste do pezinho e da orelhinha, que evitam o surgimento de doenças graves. Também foi realizada orientação sobre a alimentação mais adequada para cada idade, como evitar os acidentes mais comuns e como realizar a higiene bucal. Foi oferecido também atendimento odontológico para as crianças a partir de 6 meses até 6 anos.

Talvez a comunidade demore um pouco para se acostumar com esse jeito novo de atendimento, visto que não vai mais ser possível ficar “escolhendo” o médico e o dentista. Além disso, em alguns dias da semana o número de fichas para consulta distribuídas vai ter que ser menor devido aos usuários que já estão agendados. No entanto, sabemos que esse modo de cuidado é muito mais vantajoso para toda comunidade. Se todos seguirem as orientações dos médicos e dentistas, usarem os remédios corretamente e comparecerem nas consultas marcadas, com certeza vamos evitar muitas doenças. Com isso, a saúde de todos vai melhorar e, com a saúde forte, temos mais disposição para o trabalho e para aproveitar a vida com nossas famílias. Contamos com a participação de todos para transformarmos Barros Cassal em uma cidade com a população muito mais saudável.

Nada mais havendo para o momento. Obrigado pela atenção.

-----  
Felipe Pozzebon Borges



Médico PROVAB - CRM -36036 .  
UBS – Barros Cassal –Equipe Rural 1.

Barros Cassal, Janeiro de 2015.

Para mim, um cirurgião recém-formado, acostumado a viver sempre dentro de um bloco cirúrgico nos últimos dois anos, trabalhar um ano inteiro como clínico soava como um desafio e, até de certa forma, uma tortura à primeira vista.

A rotina da cirurgia é bastante diferente daquela encontrada em uma UBS, principalmente no que tange às patologias enfrentadas no dia-a-dia. Outra diferença, é que durante a residência, normalmente já recebíamos o paciente encaminhado já com o diagnóstico definido, necessitando apenas da correção cirúrgica. Na atenção básica, fui confrontado com o paciente “cru”, apenas com suas queixas, muitas vezes inespecíficas e imprecisas, e obrigado a lidar com um mundo de hipóteses diagnósticas. Isso foi particularmente importante no meu processo de aprendizagem ao longo desse ano.

Muitas vezes há preconceito, principalmente em profissionais da área cirúrgica, com relação à atenção básica. Pensam que os casos são sempre simples e que não é necessário muito conhecimento para resolvê-los. Ledo engano! Atuando no dia-a-dia da unidade de saúde, pude comprovar na prática como esse pensamento é errôneo. É necessário um conhecimento muito mais amplo da medicina para que o médico que atua em uma UBS seja resolutivo. Todos os dias, chegam usuários das mais variadas faixas etárias, de recém-nascidos a idosos quase centenários, com inúmeras queixas diferentes concomitantes e, na maioria das vezes, com dificuldades de se expressarem e relatarem seus sintomas. Não é fácil extrair um diagnóstico diante de uma infinidade de possibilidades.

Atuar na atenção básica me fez um médico muito mais completo. No dia-a-dia da unidade, acompanhei usuários com patologias das mais diferentes especialidades médicas, variando desde casos de cirurgia geral, vascular, cirurgia digestiva, urologia, cirurgia torácica, pneumologia, endocrino, cardio, ortopedia, reumatologia, psiquiatria, pediatria, gineco-obstetrícia, entre outras. Pude lembrar temas que havia estudado na faculdade, mas que acabavam sendo esquecidos durante minha formação cirúrgica, pois não tinha mais contato com essas áreas. Os testes de qualificação cognitiva e, principalmente, os estudos de prática clínica e os casos clínicos disponibilizados no moodle da especialização mostraram-se excelentes maneiras de guiar o estudo. Com isso, pude estudar e me capacitar naqueles temas mais prevalentes, naqueles mais frequentes no atendimento diário da UBS. É

impressionante como esses temas mais prevalentes se repetem e, portanto, dominando-os, podemos resolver a imensa maioria dos problemas da população (alguns estudos falam algo em torno de 85-90%) já na atenção básica, com baixo custo, sem necessidade de encaminhamento para especialidades e dispensando a realização de exames caros.

Os exames complementares foram outro ponto onde aprendi muito esse ano. Estava acostumado ao ambiente hospitalar, e em um dos hospitais com mais recursos no estado – o Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Lá, tínhamos ampla disponibilidade e acesso praticamente irrestrito a qualquer tipo de exame diagnóstico. Exames laboratoriais ficavam prontos em apenas algumas horas, tomografias podiam ser realizadas no mesmo dia. Com isso, acaba-se perdendo um pouco o foco da avaliação médica tradicional, sustentada basicamente na anamnese e exame físico detalhados. Na atenção básica, consegui retomar esses preceitos básicos, com contato mais próximo com o paciente, baseando meu diagnóstico, na grande maioria das vezes, apenas em seus sinais e sintomas. Isso me fez crescer muito como médico.

Percebo também como de extrema importância e utilidade o conhecimento que adquiri sobre as políticas públicas e sobre a organização e funcionamento do SUS. Essa é uma questão que muitas vezes acaba sendo deixada de lado pelos médicos, achando que seria atribuição apenas dos gestores. Não é verdade! Nada melhor do que o profissional que enfrente diariamente a realidade muitas vezes difícil, ou até mesmo precária, do sistema público de saúde para identificar pontos que devem ser melhorados e alternativas para melhorarmos continuamente a atenção à saúde. Para que isso seja possível, é fundamental o médico ter conhecimento das “engrenagens” e de como é organizado o sistema. Só assim ele poderá assumir o papel de agente da mudança.

Enfim, considero que o aprendizado que obtive durante este ano de atendimentos na UBS e com o curso de Especialização em Saúde da Família superaram, e muito, minhas expectativas iniciais. Tenho certeza que progredi muito e concluo o curso convicto de ter me tornado um profissional mais completo e mais capacitado para contribuir com a saúde e bem-estar da sociedade.

## Referências

BARROS, Fernando C.; VICTORA, Cesar G.. **Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro 2008

BRASIL. **Acolhimento à demanda espontânea**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica 33: Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DRACHLER, M. L.; LEITE, J. C. C. **Promoção e proteção do desenvolvimento da criança**. In: DUNCAN, B. et al. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 190-199

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), *Censo 2010*.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUIEIRAS, A. C. M. **A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria**. Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro, v. 79, n. 1, p. S33-S42, 2003. Suplemento.

## Anexos

### Anexo A – Ficha Espelho de Atenção à Saúde da Criança



Especialização em  
Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA  
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Nome da mãe: \_\_\_\_\_  
 Nome do pai: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ g Comprimento ao nascer \_\_\_\_\_ cm Perímetro cefálico \_\_\_\_\_ cm Apgar: 1º min: \_\_\_\_\_ 5º min: \_\_\_\_\_ Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ dias  
 Tipo de parto \_\_\_\_\_ Tipagem sanguínea \_\_\_\_\_

Manobra de Ortolani ( ) negativo ( ) positivo Teste do reflexo vermelho ( ) normal ( ) alterado Teste do pezinho ( ) não ( ) sim Realizado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
 Fenilcetonúria ( ) normal ( ) alterado / Hipotireoidismo ( ) normal ( ) alterado / Anemia falciforme ( ) normal ( ) alterado / Observações: \_\_\_\_\_  
 Triagem auditiva ( ) não ( ) sim Realizado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Testes realizados: ( ) PEATE ( ) EOA resultados: OD ( ) normal ( ) alterado OE ( ) normal ( ) alterado

CALENDÁRIO VACINAL										
Hepatite B	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Tríplice viral	Tripl. bacteriana (Reforços Penta)	Febre amarela	Outra:
Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____
		Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	<b>Tetra viral</b> Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____		Outra: Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____
		Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	<b>VPO</b> Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____		Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____	Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____				Outra: Data: ___/___/___ Lote: _____ Ass: _____

Anexo B – Ficha Espelho de Atenção à Saúde Bucal



Especialização em  
Saúde da Família  
Universidade Federal de Pelotas

**SAÚDE BUCAL DO PRÉ-ESCOLAR**

Data do ingresso no programa \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ Número do prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_  
 Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe: \_\_\_\_\_ Nome do pai: \_\_\_\_\_

Consulta odontológica na UBS							
Data							
Idade (meses)							
Avaliação clínica individual (ver quadro)							
Relação maxilo-mandibular (compatível/alterada/não se aplica)							
Lábios e mucosas (normal/alterado)							
Freios linguais e labiais (normal/alterado/não se aplica)							
Língua (normal/alterada)							
Presença de cárie dentária (sim/não/não se aplica)							
Classificação do risco para cárie dentária (A, B ou C)							
Presença de gengivite (sim/não/não se aplica)							
Presença de maloclusão (sim/não/não se aplica)							
Caracterização das consultas (ver quadro)							
Primeira consulta odontológica programática (sim/não/não se aplica)							
Urgência odontológica (sim/não)							
Necessidade de tratamento odontológico (sim/não)							
Encaminhamento para serviço odontológico especializado (sim/não)							
Número estimado de consultas odontológicas no plano de tratamento							
Faltou a consulta odontológica agendada (sim/não)							
Realizou busca ativa (sim/não/não necessitou)							
Tratamento odontológico concluído (sim/não)							
Data prevista da consulta de retorno							
Atividades preventivo-educativas individuais (ver quadro)							
Orientação sobre amamentação/alimentação complementar (sim/não)							
Orientação sobre alimentação/uso de açúcar (sim/não)							
Orientação sobre limpeza bucal/escovação (sim/não)							
Orientação sobre prevenção de cárie dentária (sim/não)							
Orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva (sim/não)							
Orientação cronologia de erupção dentária (sim/não)							
Orientação sobre trauma dentário (sim/não)							
Orientação sobre uso de fluoretos (sim/não)							
Aplicação tópica de verniz fluoretado (sim/não)							
Assinatura do profissional							

**Anexo C – Planilha de Coleta de Dados Saúde da Criança**

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1										
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança está com o monitoramento de crescimento em dia?	A criança está com déficit de peso?	A criança com déficit de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1										
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança está com excesso de peso?	A criança com excesso de peso está com monitoramento em dia?	A criança está com o monitoramento de desenvolvimento em dia?	A criança está com o esquema vacinal em dia?	A criança que tem entre 6 e 24 meses está recebendo suplementação de ferro?	Foi realizada triagem auditiva na criança?	A criança fez o teste do pezinho nos primeiros 7 dias de vida?	A criança entre 6 e 72 meses recebeu avaliação da necessidade de atendimento odontológico?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1										
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança faltou à consulta agendada com médico ou enfermeiro?	Foi realizada busca ativa para a criança faltosa à consulta?	A criança está com registro adequado na ficha espelho?	Foi realizada avaliação de risco na criança?	A mãe (responsável) recebeu orientação sobre prevenção de acidentes na infância?	A criança foi colocada para mamar na primeira consulta de puericultura?	A mãe (responsável) recebeu orientação nutricional na unidade de saúde de acordo com a faixa etária?	A mãe (responsável) recebeu orientação na unidade de saúde sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

**Anexo D – Planilha Coleta de Dados Saúde Bucal da Criança**



## Indicadores de Saúde Bucal da Criança - Mês 1

Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança entre 6 e 72 meses realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança foi classificada como C1, ou E ou F?	A criança foi classificada como D ou E ou F?	A criança recebeu fluoroterapia?	A criança faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática?	A criança que faltou a consultas subsequentes à primeira consulta odontológica programática foi buscada?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1										
2										
3										
4										
5										
6										

## Indicadores de Saúde Bucal da Criança - Mês :

Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	A criança está com tratamento dentário concluído?	O registro de saúde bucal da criança está atualizado?	A criança recebeu orientação sobre higiene bucal?	A criança recebeu orientação sobre dieta?	A mãe ou responsável recebeu orientação sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1							
2							
3							
4							
5							

## Anexo E – Roteiro do Atendimento de Puericultura (GHC)

FOLHA DE ATENDIMENTO DE MENINOS DE 0 A 12 ANOS				
Nome da Criança	Data nascimento:	Número do Prontuário:		
<b>1 ANTECEDENTES FAMILIARES</b>				
<b>2 GESTAÇÃO E PARTO</b>				
Intercomências gestacionais, no parto ou puerpério não <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> quais? _____				
Tipo de parto vaginal <input type="checkbox"/> cesáreo <input type="checkbox"/> motivo da cesária: _____			Local do parto: _____	
<b>3 RECÊM-NASCIDO</b>				
Peso ao nascer ____ ____ ____ ____ g	Comprimento ____ ____ ____ cm	Perímetro cefálico ____ ____ ____ cm	Idade Gestacional: ____ (obs: IG < 33 s ou peso < 1.500g – avaliação com oftalmo na 6ª semana de vida)	
Apgar: ____ ____ ____ 5º minuto	Teste do pezinho [A] data da coleta: _____ Resultado (A=alterado ou Normal) Feritocetonúria: <input type="checkbox"/> Hipotireoidismo congênito: <input type="checkbox"/> Hemoglobinopátias (incluindo traço falciforme): <input type="checkbox"/>	Teste da orelhinha [B] (ideal entre 15º ao 30º dia de vida, mas pode ser encaminhado para rastreamento até os 2 anos) Resultado: <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> alterado	Intercomências neonatais:	
<b>4. ESQUEMA ALIMENTAR</b> (LM = leite materno, FI = fórmula infantil, LV = leite de vaca)				
<b>CRIANÇAS AMAMENTADAS</b>				
Período	5-7 meses	8-10 meses	10-12 meses	A partir de 12 meses
Manhã	LM	LM	LM + pão ou biscoito	LM + pão, bolo ou biscoito
Intervalo	Papa de fruta	Papa de fruta	1 fruta	1 fruta
Almoço	Papa salgada com carne	Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
Lanche	Papa de fruta + LM	Papa de fruta + LM	1 Fruta ou LM ou pão ou biscoito	Pão ou bolo ou biscoito + Leite ou leite batido com fruta
Janta	LM	Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família
Ceia	LM	LM	LM	LM
Suplementar com 1-2 mg/Kg/dia de ferro a partir do 6º mês até os 24 meses de vida				
<b>CRIANÇAS NÃO AMAMENTADAS</b>				
4-10 meses	10-12 meses	A partir 12 meses		
180-210ml FI	210ml FI	240ml LV		
Papa de fruta	1 Fruta	1 Fruta		
Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição básica da família	Refeição básica da família		
Papa de fruta	1 Fruta ou biscoito	Pão, bolo ou biscoito + LV ou LV batido com fruta		
Papa salgada com carne	Papa salgada ou refeição da família	Refeição básica da família		
180-210ml FI	210ml de FI	240ml LV		
1-2mg/Kg/dia de Fe a partir do 4º mês até 24º mês				
<b>5. CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO</b> 0 – 12 anos				situação
RN	BCG dose única Hepatite B = 1ª dose			
1m	Hepatite B = 2ª dose			
2m	Tetravalente (DTP +Hib) = 1ª dose Pólio = 1ª dose Rotavírus = 1ª dose			
4m	Tetravalente (DTP +Hib) = 2ª dose Pólio = 2ª dose Rotavírus = 2ª dose			
6m	Tetravalente (DTP +Hib) = 3ª dose Pólio = 3ª dose Hepatite B = 3ª dose			
9m	Febre amarela* = dose inicial			
12m	SRC (tríplice viral)			
15m	Pólio = reforço DTP (tríplice bacteriana) = 1ª ref			
4-6 a	DTP (tríplice bacteriana) = 2ª ref SRC (tríplice viral) reforço			
10 a	Febre amarela* reforço			
*Crianças que residam ou não viajar para área endêmica, de transição ou risco potencial				
<b>6. VACINAS NÃO DISPONÍVEIS NA REDE PÚBLICA, EXCETO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS</b>				
ver situações especiais no Protocolo Saúde 0-12 anos				
Pneumococo - 2, 4, 6, 12m				
Meningococo C - 3, 5, 12m				
Influenza – a partir dos 6m com 2 doses na primeira vacinação e depois uma dose anual				
<b>7. Primeira consulta odontológica (6 meses de idade)</b>				
data do encaminhamento: ____/____/____				
data da consulta: ____/____/____				
<b>8. HOSPITALIZAÇÕES 0-12 ANOS – “De volta pra casa”</b>				
Data: _____ Motivo: _____				
Data: _____ Motivo: _____				

PERÍODO E DATA DA CONSULTA	EXAME FÍSICO, EXAMES COMPLEMENTARES E MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ORIENTAÇÕES
1ª Consulta do RN: idade: ____/____/____	<p><b>Antropometria [D]:</b>            Peso [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] g Percentil: _____            Comprimento [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            Perímetro cefálico [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            IMC: [ ] [ ] [ ]</p> <p><b>Exame físico completo [D]</b>            Visão: reflexo fotomotor e reflexo vermelho [D]</p> <p><b>Avaliar e orientar desenvolvimento [D]:</b>            Tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa.            Pesquisar reflexos (apoio plantar, sucção, preensão palmar e dos anéis, Moro, tônico-cervical, cutâneo plantar).</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p> <p>Pontuar risco [D] (segundo Pra-nenê /SMS): _____</p>	<p>Promover e apoiar o aleitamento materno exclusivo [A]</p> <p>Estimular participação em grupos mãe-bebê que ofereçam suporte emocional e auxiliem no desenvolvimento da parentalidade [A]. Estimular desenvolvimento da parentalidade [D] e a constituição de uma rede de apoio [B]</p> <p>Estimular fortalecimento do vínculo pais-bebê - auxiliar os pais na percepção das necessidades do bebê e estimulá-los a prover os cuidados necessários [B]</p> <p>Orientar cuidados com o bebê: manter coto umbilical limpo e seco [A], orientar sobre o choro noturno [A]. Adultos devem lavar as mãos antes de manter contato com o bebê [A]</p> <p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 1x ao dia e evitar bico ou chupeta [C]</p> <p>Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) e evitar co-leito para redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento [B], banho - temperatura 37°C [B] e não deixar criança sozinha, mesmo que com pouca água [C], não dormir com o bebê em sofás ou poltronas [B] e orientar como transportá-lo em automóvel [A].</p>
1º MÊS ____/____/____	<p><b>Antropometria [D]:</b>            Peso [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] g Percentil: _____            Comprimento [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            Perímetro cefálico [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            IMC: [ ] [ ] [ ]</p> <p><b>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril – Barlow e Ortolani [D]</b></p> <p><b>Desenvolvimento: percebe melhor um rosto.</b></p>	<p>Atentar para sinais de depressão materna [B]</p> <p>Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) e evitar co-leito na redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento [B]</p> <p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 1x ao dia e evitar bico ou chupeta [C]</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança            Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D]</p>
2º MÊS ____/____/____	<p><b>Antropometria [D]:</b>            Peso [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] g Percentil: _____            Comprimento [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            Perímetro cefálico [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            IMC: [ ] [ ] [ ]</p> <p><b>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril – Barlow e Ortolani [D], ausculta cardíaca e palpação de pulsos [D], rastreamento de criptorquidia [D]</b></p> <p><b>Desenvolvimento: sorriso social, fica de braços e levanta cabeça e ombros, segue objetos com o olhar.</b></p>	<p>Atentar para sinais de depressão materna [B]</p> <p>Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) e evitar co-leito na redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento [B]</p> <p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 1x ao dia e evitar bico ou chupeta [C]</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.            Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p>
4º MÊS ____/____/____	<p><b>Antropometria [D]:</b>            Peso [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] g Percentil: _____            Comprimento [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            Perímetro cefálico [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            IMC: [ ] [ ] [ ]</p> <p><b>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril abdução dos quadris e comprimento dos membros inferiores [D], rastreamento de criptorquidia [D].</b></p> <p><b>Visão: reflexo vermelho [D], teste de cobertura e Hirschberg [D]</b></p> <p><b>Desenvolvimento: preensão voluntária das mãos, vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro, noção de profundidade.</b></p>	<p>Atentar para sinais de depressão materna [B]</p> <p>Orientar posição supina (dormir de barriga pra cima) e evitar co-leito na redução do risco de morte súbita, sufocação, esmagamento [B]</p> <p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 1x ao dia e evitar bico ou chupeta [C]</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.            Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p> <p>Se criança não estiver sendo amamentada exclusivamente, suplementar com SF 2-4 mg/Kg/dia</p>

PERÍODO E DATA DA CONSULTA	EXAME FÍSICO, EXAMES COMPLEMENTARES E MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ORIENTAÇÕES
6º MÊS _/_/_	<p><b>Antropometria [D]:</b>            Peso [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] g Percentil: _____            Comprimento [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            Perímetro cefálico [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            IMC: [ ] [ ]</p> <p>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril abdução dos quadris e comprimento dos membros inferiores [D], ausculta cardíaca e palpação de pulsos [D], rastreamento de criptorquidia [D]            Visão: reflexo vermelho [D], teste de cobertura e Hirschberg [D]            Desenvolvimento: adquire noção de permanência do objeto (mesmo fora do seu campo visual, permanecem existindo), senta sem apoio a partir do 7º mês, engatinha, reage a pessoas estranhas.</p>	<p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 2x ao dia e evitar bico ou chupeta [D] e evitar bico ou chupeta [C]</p> <p>Encaminhar para consulta odontológica</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p> <p>Suplementar alimentação com SF 2 a 4mg/Kg/dia conforme quadro 1 até os 24 meses de idade.</p>
9º MÊS _/_/_	<p><b>Antropometria [D]:</b>            Peso [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] g Percentil: _____            Comprimento [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            Perímetro cefálico [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            IMC: [ ] [ ]</p> <p>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril abdução dos quadris e comprimento dos membros inferiores [D]            Desenvolvimento: engatinha ou anda com apoio, fica de pé e sem apoio (10º mês).</p> <p>Solicitar Ht e Hb conforme quadro 1</p>	<p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 2x ao dia e evitar bico ou chupeta [D] e evitar bico ou chupeta [C]. Evitar mamadeira noturna [A] e uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos [A].</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p>
12º MÊS _/_/_	<p><b>Antropometria [D]:</b>            Peso [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] g Percentil: _____            Comprimento [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            Perímetro cefálico [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            IMC: [ ] [ ]</p> <p>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril abdução dos quadris e comprimento dos membros inferiores [D], ausculta cardíaca e palpação de pulsos [D]            Visão: reflexo vermelho [D], teste de cobertura e Hirschberg [D]            Desenvolvimento: anda sozinho (1 a e 1 a e meio), tem acuidade visual de um adulto. Balbucia.</p>	<p>Saúde Bucal: higiene bucal com gaze ou fralda limpa em água potável 2x ao dia e ir introduzindo o uso de escova dental [D] e evitar bico ou chupeta [C]. Evitar mamadeira noturna [A] e uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos [A].</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p>
15 MESES _/_/_	<p><b>Antropometria [D]:</b>            Peso [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] g Percentil: _____            Comprimento [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            Perímetro cefálico [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            IMC: [ ] [ ]</p> <p>Exame físico: rastreamento da displasia do quadril = observar marcha [D]            Desenvolvimento: corre ou sobe degraus baixos. Fala as primeiras palavras (1-2 anos)</p>	<p>Saúde Bucal: escovação feita pelos pais com escova macia 2x/dia [D]. Evitar mamadeira noturna [A] e uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos [A]. Evitar alimentos ricos em açúcar, principalmente entre as refeições [A]. Explicar aos pais sobre alimentação cariogênica e cariostática [D].</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D]</p>
2 ANOS _/_/_	<p><b>Antropometria [D]:</b>            Peso [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] g Percentil: _____            Comprimento [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            Perímetro cefálico [ ] [ ] [ ] cm Percentil: _____            IMC: [ ] [ ]</p> <p>Visão: reflexo vermelho [D]</p> <p>Desenvolvimento: diz seu próprio nome e nomeia objetos como seus, reconhece-se no espelho, fala as primeiras frases, brinca de "faz de conta", reivindica maior autonomia. Pais devem, aos poucos, ir retirando as fraldas.</p> <p>Exames: solicitar colesterol total conforme risco* [D]</p>	<p>Aconselhar atividade física (30-60min/dia, 3 a 5X/semana) [A]</p> <p>Saúde Bucal: escovação feita pelos pais com escova macia 2x/dia [D]. Evitar alimentos ricos em açúcar, principalmente entre as refeições [A]. Explicar aos pais sobre alimentação cariogênica e cariostática [D]. Fazer higiene bucal após ingestão de medicação com sacarose [B ou C?]</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p>

PERÍODO E DATA DA CONSULTA	EXAME FÍSICO E MARCOS DO DESENVOLVIMENTO	ORIENTAÇÕES
4 A 6 ANOS  _/_/_	<p><b>Antropometria [D]:</b>            Peso [ ][ ][ ][ ][ ]g Percentil: _____            Comprimento [ ][ ][ ]cm Percentil: _____            Perímetro cefálico [ ][ ][ ]cm Percentil: _____            IMC: [ ][ ]</p> <p><b>Exame físico:</b> medir pressão arterial (PA) [D]  <b>Visão:</b> acuidade visual [D]</p> <p><b>Desenvolvimento:</b> veste-se com auxílio, conta ou inventa pequenas histórias, comportamento mais egocêntrico vai dando espaço para brincadeiras com outras crianças. Aos 6 anos, começa a pensar com lógica, memória e habilidade de linguagem aumentam (entre 4 ½ - 5 anos = todos os sons estão corretos), desenvolve auto-imagem, amigos assumem importância. Meninos e meninas não se misturam.</p> <p><b>Exames:</b> solicitar colesterol total conforme risco* [D]</p>	<p>Aconselhar atividade física (30-60min/dia de 3 a 5 x na semana) [A]</p> <p><b>Saúde Bucal:</b> escovação com escova macia 2x ao dia (escovação noturna feita pelos pais) [D]. Estimular a auto-escovação supervisionada [D] = usar pasta dental fluoretada [A] na quantidade de um grão de ervilha e cuspir depois [A]. Evitar mamadeira noturna [A] e uso de açúcar nas mamadeiras de leite, chás ou sucos [A]. Evitar alimentos ricos em açúcar, principalmente entre as refeições [A]. Explicar aos pais sobre alimentação cariogênica e cariostática [D].</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p>
7 A 9 ANOS  _/_/_	<p><b>Antropometria [D]:</b>            Peso [ ][ ][ ][ ][ ]g Percentil: _____            Comprimento [ ][ ][ ]cm Percentil: _____            Perímetro cefálico [ ][ ][ ]cm Percentil: _____            IMC: [ ][ ]</p> <p><b>Exame físico:</b> medir pressão arterial (PA) [D]  <b>Visão:</b> acuidade visual [D]</p> <p><b>Desenvolvimento:</b> desenvolvimento de julgamento global de auto-valor. Maior influência dos amigos.</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p> <p><b>Exames:</b> solicitar colesterol total conforme risco* [D]</p>	<p>Aconselhar atividade física (30-60min/dia de 3 a 5 x na semana) [A]</p> <p><b>Saúde Bucal:</b> auto-escovação 2x /dia (supervisionada a noite) [D] = usar pasta dental fluoretada [A] na quantidade de um grão de ervilha e cuspir depois [A]. Orientar sobre as dificuldades de higiene na troca de dentição. Evitar alimentos ricos em açúcar, principalmente entre as refeições [A]. Explicar aos pais e à criança sobre alimentação cariogênica e cariostática [D]. Incentivar a ingestão de alimentos que estimulem a mastigação e produção de saliva [D]. Atentar para jogos e brincadeiras sem proteção pelo risco de traumatismos [D].</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.</p>
12 ANOS  _/_/_	<p><b>Antropometria [D]:</b>            Peso [ ][ ][ ][ ][ ][ ]g Percentil: _____            Comprimento [ ][ ][ ][ ]cm Percentil: _____            Perímetro cefálico [ ][ ][ ][ ]cm Percentil: _____            IMC: [ ][ ][ ]</p> <p><b>Exame físico:</b> medir pressão arterial (PA) [D]  <b>Visão:</b> acuidade visual [D]</p> <p><b>Desenvolvimento:</b> mudanças relacionadas a puberdade, estirão de crescimento (meninas aos 11 anos e meninos aos 13 anos). Menarca (meninas) e ereções e primeiras ejaculações (meninos), simbolizam maturação sexual. Diálogo é importante. Família necessita encontrar equilíbrio entre proteção e liberdade.</p> <p>Atentar para sinais e sintomas físicos e comportamentais associados a abuso ou negligência [D].</p> <p><b>Exames:</b> solicitar colesterol total conforme risco*[D] e solicitar Ht e Hb para meninas após menarca [D]</p>	<p>Aconselhar atividade física (30-60min/dia de 3 a 5 x na semana) [A]</p> <p><b>Saúde Bucal:</b> auto-escovação 2x/dia [D] = usar pasta dental fluoretada [A] na quantidade de um grão de ervilha e cuspir depois [A]. Evitar alimentos ricos em açúcar, principalmente entre as refeições [A]. Explicar aos pais e à criança sobre alimentação cariogênica e cariostática [D]. Incentivar a ingestão de alimentos que estimulem a mastigação e produção de saliva [D]. Atentar para jogos e brincadeiras sem proteção pelo risco de traumatismos [D].</p> <p>Avaliar necessidade de orientar anticoncepção [D]. Orientar para o não uso de tabaco [D] e bebidas alcoólicas [B]</p> <p>Orientar para prevenção lesões não intencionais conforme calendário de aconselhamento em segurança.</p>

\* solicitar colesterol total às crianças e adolescentes cujos pais ou avós apresentaram doença cardiovascular precoce (antes de 55 anos para homens e 65 anos para mulheres) ou cujos pais tenham níveis de colesterol acima de 240mg/dl. Também recomenda-se pesquisar pacientes cuja história familiar é desconhecida ou com outros fatores de risco para doença cardiovascular, incluindo obesidade, hipertensão ou diabetes.

**Quadro 1. Classificação das crianças conforme idade, presença de fatores de risco para anemia e conduta diante da necessidade de suplementação e rastreamento<sup>2,3,4,5</sup> [D]**

Classificação	Conduta
<b>GRUPO 1 (&lt; de 12 meses)</b> A. Crianças em aleitamento materno (exclusivo até os 6 meses)  B. Crianças em uso de fórmulas com leite de vaca não enriquecidas com ferro  C. Prematuros saudáveis e bebês pequenos para idade gestacional (PIG)  D. Prematuros com história de hemorragia perinatal; gestação múltipla; ferropenia materna grave durante a gestação (Hb <8); hemorragias uteroplacentárias; hemorragias neonatais (ou múltiplas extrações sangüíneas)	A. 1-2 mg/kg/dia de ferro dos 6 aos 24 meses. Se não tiver sido suplementada, solicitar hemograma entre 9 e 12 meses.  B. 1-2 mg/kg/dia de ferro dos 4 aos 24 meses. Se não tiver sido suplementada, solicitar hemograma entre 9 e 12 meses.  C. 2mg/kg/d após 1 mês de vida, por 2 meses, depois reduzir para 1-2mg/kg/d, até 24 meses. Solicitar hemograma aos 15 meses.  D. 2-4 mg/kg/dia de ferro dos 2 aos 6 meses, quando deve ser solicitado hemograma. Se normal, reduzir a dose para 1-2mg/kg/dia até os 24 meses; se anemia, manter dose de tratamento. Nova pesquisa de anemia aos 15 meses.
<b>GRUPO 2 (risco em &gt; 24 meses)</b> Dieta pobre em ferro (vegetarianos, excesso de laticínios [mais de 2 copos de leite por dia ou equivalente] e carboidratos, baixa ingestão de frutas e verduras), picas, infecções frequentes, hemorragias frequentes ou profusas (epistaxes, sangramentos digestivos), cardiopatas congênitas cianóticas, uso prolongado de AINE e/ou corticóides por via oral, fatores ambientais (pobreza, acesso limitado a alimentos)	Solicitar hemograma e agir conforme o resultado. Sugere-se pesquisa anual neste grupo de risco até os 5 anos de idade. Tratar anemia com 3mg/kg/dia de ferro e aconselhar os pais sobre dieta rica em ferro.
<b>GRUPO 3 (meninas &gt; 11 anos)</b> Mulheres não grávidas em idade fértil - rastrear para anemia a cada 5 - 10 anos.	Solicitar hemograma e agir conforme o resultado. Se anemia, tratar com 60-120mg/dia de ferro.

Atenção: crianças advindas de áreas endêmicas de malária devem primeiro ser tratadas adequadamente para malária para depois receber suplementação de ferro.

**Quadro 2. Aconselhamento para prevenção de lesões não intencionais por faixa etária**

1 a 6 m	Automóvel: assento especial para lactentes, no banco traseiro, de costas para motorista. Nunca no colo. Sono: proteger o berço e o cercado com grades altas e 6 cm entre cada ripa. Banho: verificar primeiro a temperatura da água (ideal 37°C). Jamais deixá-la sozinha na banheira, mesmo com pouca água. Queimaduras: não fumar nem tomar ou segurar líquidos quentes com a criança no colo. Brinquedos: somente brinquedos grandes e inquebráveis.
6 a 24 m	Objetos: tirar do alcance objetos cortantes, pequenos ou pontiagudos. Brinquedos: somente brinquedos resistentes, inquebráveis e atóxicos. Automóvel: assento especial para criança, no banco traseiro e sempre voltado de costas para motorista. Sono: cobertores leves e travesseiros firmes. Afastar fios, cordões e sacos plásticos. Alimentação: não dar grãos, caroços, sementes ou pipoca. Quedas: proteger arestas pontiagudas dos móveis. Portões com trinco automático na entrada de escadas e rampas, cozinha e banheiro, além de redes de proteção em sacadas e janelas. Proibir andador. Não colocá-la em caminho de supermercado nem deixá-la sozinha. Eletricidade: eliminar fios elétricos desencapados e vedar os orifícios das tomadas. Produtos domésticos: não deixar produtos de limpeza e remédios ao alcance. Trancá-los em armários ou locais de difícil acesso.
1 a 2 a	Objetos: tirar do alcance objetos cortantes, pontiagudos ou que possam ser engolidos. Quedas: proteger escadas e janelas e cantos dos móveis. Moradia: instalar barreiras de acesso na porta da cozinha e manter fechada a porta do banheiro. Automóvel: em assento especial para criança e no banco traseiro. Afogamento: Brincar na água supervisionada por adulto. Proteger piscinas - cerca de 1,40 m de altura ao seu redor, acesso por portão automático. Não deixar brinquedos dentro da piscina. Pontos elétricos a distância mínima de 30 m da borda. Produtos domésticos: trancar produtos de limpeza e remédios em armários altos. Não ter plantas tóxicas na casa nem no entorno.
2 a 4 a	Quedas: colocar grades ou redes de proteção nas janelas. Bicycletas: usar calçado e capacete, andar só na calçada. Moradia: usar obstáculos na porta da cozinha e banheiro. Automóvel: assento próprio para criança e no banco traseiro. Queimaduras: impedir acesso ao fogão, fósforos, isqueiros, ferro elétrico e aquecedores. Produtos domésticos: trancar produtos de limpeza, cosméticos e remédios em armário e locais de difícil acesso. Telefone do CIT - 0800 780 200 - à vista de todos e na agenda de celular. Rua: brincar só na calçada e atravessar a rua de mãos dadas com adulto.
4 a 6 a	Moradia: impedir acesso à cozinha. Queimaduras: impedir brincadeiras com fogo, evitar manuseio de álcool e fósforo. Quedas: colocar grades ou redes nas janelas. Não deixar as crianças sozinhas nos parques. Afogamento: ensinar a nadar. Não deixá-la na água sem supervisão de um adulto - Ensinar a entrar primeiro de pé e não pular de ponta. Rua: acompanhar a criança ao atravessar a rua.
6 a 8 a	Trânsito: ensinar hábitos de segurança ao atravessar a rua. Não permitir brincadeiras nas ruas. Bicycleta/patins/skate: usar capacete de proteção. Andar somente nos parques. Automóvel: no banco traseiro com cinto de segurança. Afogamento: não permitir que a criança entre na água sem a supervisão de um adulto. Armas de fogo: não ter armas de fogo em casa.
8 a 10a	Trânsito: acompanhar a criança ao atravessar a rua. Bicycleta/patins/skate: usar capacete de proteção e não andar na rua. Automóvel: banco traseiro com cinto de segurança. Afogamento: não permitir brincadeira na água sem a supervisão de um adulto. Armas de fogo: não ter armas de fogo em casa.
10 a 12a	Trânsito: usar faixa de segurança. Observar sinalização. Olhar para os dois lados antes de atravessar a rua. Automóvel: banco traseiro com cinto de segurança. Banco de passageiro dianteiro após 10 anos de idade ou 1,50 m de altura. Exigir cinto de segurança em transporte escolar. Bicycleta/patins/skate: usar equipamento de proteção. Observar os sinais de trânsito. Não andar à noite nem descer lombo. Armas de fogo: não manusear armas. Afogamento: não mergulhar em local desconhecido nem pular de cabeça. Não nadar sozinho, sempre perto da margem. Esporte: utilizar equipamento de proteção.

## Anexo F – Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastel Fassa

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

Prezada Pesquisadora;

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

*Patrícia Abranches Duval*  
Patrícia Abranches Duval  
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

